

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
CENTRE DE FORMATION EN ORTHOPHONIE

Année 2014-2015

MEMOIRE

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

présenté par :

Anne-Chloé PEROT

**APPROCHE SYSTEMIQUE DU TRAVAIL DES
EMOTIONS CHEZ L'ENFANT SOURD
APPAREILLE DE 9 A 12 ANS : CREATION D'UN
MATERIEL ORTHOPHONIQUE**

Directrice du mémoire :

Madame Stéphanie GOBET-JACOB, Maître de conférences en Sciences du
Langage et Langue des Signes Française

Autres membres du jury :

Madame Muriel GRASSIN, orthophoniste

Madame Hélène DUPIN, orthophoniste

Madame Typhaine VEAU, orthophoniste

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
CENTRE DE FORMATION EN ORTHOPHONIE

Année 2014-2015

MEMOIRE

en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie

présenté par :

Anne-Chloé PEROT

APPROCHE SYSTEMIQUE DU TRAVAIL DES
EMOTIONS CHEZ L'ENFANT SOURD
APPAREILLE DE 9 A 12 ANS : CREATION D'UN
MATERIEL ORTHOPHONIQUE

Directrice du mémoire :

Madame Stéphanie GOBET-JACOB, Maître de conférences en Sciences du
Langage et Langue des Signes Française

Autres membres du jury :

Madame Muriel GRASSIN, orthophoniste

Madame Hélène DUPIN, orthophoniste

Madame Typhaine VEAU, orthophoniste

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à l'ensemble des personnes qui m'ont apporté leur aide et leur soutien, à quelque niveau que ce soit, et qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire:

Madame Gobet-Jacob, directrice de ce mémoire, pour son professionnalisme et ses connaissances dans le domaine de la surdité;

Madame Muriel Grassin, orthophoniste et maître de stage principal, qui m'a encouragée et guidée tout au long de l'année dans l'élaboration de ce travail. Merci pour sa disponibilité, son écoute, son investissement et pour cette année professionnelle enrichissante et formatrice pour ma future pratique orthophonique;

Mesdames Amandine Bienaimé, Elisa Maréchal, Hélène Dupin et Laëtitia Puissant-Schontz, orthophonistes libérales, de m'avoir aidée dans la constitution de ma population;

Monsieur Jean-Pierre Bernard, psychologue systémicien à DIAPASOM, pour son expérience dans le domaine et son apport pertinent dans ce travail;

Les familles et les enfants concernés par ce projet, merci pour leur coopération et leur sympathie;

Les orthophonistes qui m'ont accueillie durant cette 4ème année, Madame Olivia Alexandre et Madame Hélène Desnoyers pour leurs qualités de maîtres de stage, les connaissances théoriques et pratiques qu'elles ont su me transmettre et pour leur gentillesse;

L'équipe pédagogique et de direction de l'école d'orthophonie de Poitiers;

Mes proches pour leur présence, leur soutien et leur confiance illimités durant ces années d'étude.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ANNEXES	1
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	2
INTRODUCTION	3
INTRODUCTION THEORIQUE	5
I- <u>UN TRAVAIL SUR LES EMOTIONS</u>	5
A) <i>Notions fondamentales</i>	5
1- Ce que sont les émotions	5
2- Ce qu'elles ne sont pas	6
3- Les grands courants théoriques.....	8
a) La conception évolutionniste	8
b) La conception Jamesienne.....	10
c) L'approche cognitive.....	10
d) L'approche socio-constructiviste	11
4- L'expression multimodale des émotions	12
B) <i>Le développement des émotions chez l'enfant typique</i>.....	13
1- Le développement des compétences émotionnelles de l'enfant	13
a) L'intersubjectivité et l'accordage affectif	14
b) L'empathie	15
c) La théorie de l'esprit	16
2- Chronologie du développement émotionnel.....	17
a) L'expression des émotions	17
b) Le lexique émotionnel.....	18
c) La reconnaissance des émotions.....	18
C) <i>Les fonctions communicative, adaptative et sociale des émotions</i>.....	20
1- Les émotions comme organisateur des échanges communicatifs	20
2- Les émotions sociales	21
3- Emotions et orthophonie.....	21

II- <u>SURDITE DE L'ENFANT ET EMOTIONS</u>	22
A) <i>La surdité</i>	22
1- Les classifications de la surdité	23
2- La prise en charge pluridisciplinaire et l'éducation précoce	25
3- Le développement du langage chez l'enfant sourd et l'intervention orthophonique.....	27
B) <i>Les émotions de l'enfant sourd</i>	31
1- La vie émotionnelle sans audition	31
a) Les compétences émotionnelles de l'enfant sourd.....	31
b) Les conséquences de la surdité sur le développement émotionnel et affectif.....	33
2- Le comportement social de l'enfant sourd	35
III- <u>APPROCHE SYSTEMIQUE DE LA SURDITE</u>	36
A) <i>La systémique</i>	36
1- Emergence du modèle systémique	37
2- L'Ecole de Palo Alto	38
B) <i>La famille comme système</i>	38
1- Propriétés formelles des systèmes ouverts	38
2- Principes d'un système ouvert.....	40
C) <i>Surdité et dynamique familiale</i>	41
1- La famille : rôles et fonctions	41
a) La conception systémique de la famille	41
b) La notion de « patient-désigné »	42
2- Les effets de la surdité sur le système	42
3- L'intérêt et les objectifs d'une thérapie familiale systémique en surdité	43
D) <i>Orthophonie et approche systémique</i>	44
1- Le « jeu de l'oie systémique » et le concept d'« objets flottants ».....	45
2- Jeu et orthophonie.....	45
E) <i>Problématique et hypothèses</i>	46

**MATERIEL ET METHODES : EVALUATION DES EMOTIONS ET CREATION
D'UN MATERIEL ORTHOPHONIQUE 49**

I- POPULATION 49

A) *Critères d'inclusion et d'exclusion* 49

B) *Présentation des cas cliniques*..... 50

1- N, 11 ans 50

2- R, 13 ans 50

3- M, 12 ans 51

4- C, 9 ans 52

II- MATERIEL 53

A) *Protocole d'évaluation objective des compétences émotionnelles de l'enfant* 53

1- L'expression des émotions 54

2- La compréhension des émotions..... 54

B) *Questionnaires destinés aux familles*..... 55

1- Questionnaire initial 55

2- Questionnaire final 56

C) *Présentation du jeu « Dés'Emotions » et du « Dé Géant »*..... 56

1- Le jeu « Dés'Emotions » 57

a) Objectifs du jeu 57

b) Concept du jeu..... 58

c) Contenu et déroulement du jeu..... 60

2- Le « Dé Géant »..... 61

a) Objectifs du jeu 61

b) Concept du jeu..... 61

3- Les fiches explicatives..... 62

III- PROCEDURE..... 62

A) *Premier entretien avec les familles* 62

B) *Deuxième entretien avec les familles*..... 63

RESULTATS	64
<i>A) N, 11 ans</i>	<i>64</i>
<i>B) R, 13 ans</i>	<i>68</i>
<i>C) M, 12 ans</i>	<i>72</i>
<i>D) C, 9 ans</i>	<i>76</i>
DISCUSSION	81
<i>A) Rappel des objectifs et des hypothèses</i>	<i>81</i>
<i>B) Principaux résultats et validation des hypothèses</i>	<i>82</i>
<i>C) Discussion des résultats</i>	<i>82</i>
<i>D) Les limites de notre étude</i>	<i>86</i>
<i>E) Les intérêts et les perspectives orthophoniques de notre étude</i>	<i>88</i>
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXES	

LISTE DES ANNEXES

Annexe I : Résultats de l'étude de Thommen, Guidoux et Pachoud (2008) dans *Les émotions chez l'enfant- le développement typique et atypique* (Thommen, 2010)

Annexe II : Anatomie de l'oreille dans *L'anatomie en orthophonie- parole, déglutition et audition* (McFarland, 2009)

Annexe III : Description générale d'un implant cochléaire

Annexe IV : Présentation du Jeu de l'Oie Systémique

Annexe V : Photographies utilisées pour la tâche d'imitation des expressions faciales

Annexe VI : Epreuve de dénomination des expressions faciales

Annexe VII : Grille d'évaluation pour l'épreuve de dénomination des expressions faciales

Annexe VIII : Epreuve de désignation des expressions faciales

Annexe IX : Grille d'évaluation pour l'épreuve de désignation des expressions faciales

Annexe X : Questionnaire initial destiné aux familles

Annexe XI : Questionnaire final destiné aux familles

Annexe XII : Le jeu "Dés'Emotions"

Annexe XIII : "Dés'Emotions": règle du jeu

Annexe XIV : Le "Dé Géant"

Annexe XV : Les "fiches explicatives", deux exemples: la colère et la joie

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Schématisation de l'énoncé multicanal

Tableau 1 : Résultats de N. au protocole d'évaluation des émotions

Tableau 2 : Réponses des parents de N. au questionnaire initial (1)

Tableau 3 : Réponses des parents de N. au questionnaire initial (2)

Tableau 4 : Réponses des parents de N. au questionnaire final (1)

Tableau 5 : Réponses des parents de N. au questionnaire final (2)

Tableau 6 : Réponses des parents de N. au questionnaire final (3)

Tableau 7 : Résultats de R. au protocole d'évaluation des émotions

Tableau 8 : Réponses des parents de R. au questionnaire initial (1)

Tableau 9 : Réponses des parents de R. au questionnaire initial (2)

Tableau 10 : Réponses des parents de R. au questionnaire final (1)

Tableau 11 : Réponses des parents de R. au questionnaire final (2)

Tableau 12 : Réponses des parents de R. au questionnaire final (3)

Tableau 13 : Réponses de M. au protocole d'évaluation des émotions

Tableau 14 : Réponses des parents de M. au questionnaire initial (1)

Tableau 15 : Réponses des parents de M. au questionnaire initial (2)

Tableau 16 : Réponses des parents de M. au questionnaire final (1)

Tableau 17 : Réponses des parents de M. au questionnaire final (2)

Tableau 18 : Réponses des parents de M. au questionnaire final (3)

Tableau 19 : Réponses de C. au protocole d'évaluation des émotions

Tableau 20 : Réponses des parents de C. au questionnaire initial (1)

Tableau 21 : Réponses des parents de C. au questionnaire initial (2)

Tableau 22 : Réponses des parents de C. au questionnaire final (1)

Tableau 23 : Réponses des parents de C. au questionnaire final (2)

Tableau 24 : Réponses des parents de C. au questionnaire final (3)

INTRODUCTION

D'après Robert Dantzer (2002) « *les émotions sont un élément essentiel de notre existence. Elles colorent nos réactions à l'environnement et influencent nos perceptions.* » (p. 3). En ce sens, les émotions sont fondatrices de l'être car elles permettent à chacun une régulation intra- et interpersonnelle. En effet, si les émotions sont des processus mentaux complexes qui permettent de donner une signification à notre vécu psychique, elles sont également essentielles pour entrer en relation avec les autres. Les émotions constituent d'ailleurs l'un des premiers systèmes de communication entre le bébé et son environnement. Les multiples interactions familiales et notamment émotionnelles permettent ainsi à l'enfant d'acquérir des compétences pragmatiques indispensables à son intégration sociale et culturelle.

Mais cette « compétence émotionnelle » n'est pas toujours efficiente, alors, l'orthophoniste, professionnel de la communication, doit tenir compte de cette dimension de l'échange dans certaines de ses prises en charge.

Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à deux mémoires en orthophonie (Hallié, 2010 & Huve, 2012) ayant évalué les compétences émotionnelles d'enfants sourds non signants et de parents entendants. La surdité a des répercussions sur les interactions précoces du nourrisson avec sa famille et entraîne un retard au niveau de l'expression et de la reconnaissance des émotions chez ces enfants. Face à ce constat, nous nous sommes demandé comment nous pourrions les aider à améliorer leurs compétences émotionnelles. Nous avons fait le choix de créer un matériel orthophonique, le jeu « Dés'Emotions » et le « Dé Géant », qui travaillent l'expression et la compréhension des émotions. Le jeu est une médiation thérapeutique couramment utilisée en orthophonie et comme l'explique Winnicott « *le jeu de l'enfant est spontané et universel* » et « *a des vertus thérapeutiques en soi* » (p.41), cité par Bailly (2001). Cependant, comme nous l'avons expliqué précédemment, la vie émotionnelle de l'enfant émerge au sein de sa famille et ce sont d'abord les parents et la fratrie qui en sont les acteurs privilégiés. Il semblait ainsi fondamental de donner une place centrale à la famille et à la communication familiale dans notre étude. Cette prise en compte du système familial comme « unité » nous inscrit dans le courant de la thérapie familiale systémique qui a émergé dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle. L'approche systémique a d'autant plus d'intérêt dans notre projet que le diagnostic de surdité peut retentir gravement sur la dynamique familiale entraînant le plus souvent une polarisation sur la surdité de l'enfant. Ainsi, la thérapie familiale systémique a pour objectif d'impacter le système familial dans son ensemble en y

introduisant du mouvement, on emploie le terme de « circularité ». Nous proposons justement aux quatre enfants sourds et leurs familles volontaires pour ce projet d'utiliser nos jeux d'inspiration systémique à leur domicile pendant plusieurs semaines.

Nous présumons que nos interventions et que ces deux outils induiront de la circularité dans les cercles familiaux. Nous verrons par le biais de deux questionnaires si cet effet se vérifie et si l'utilisation des jeux modifie le ressenti des parents à propos des émotions de leur enfant. Nous confronterons par ailleurs le ressenti parental à un protocole objectif d'évaluation de l'expression et de la compréhension des émotions. Nous pensons à ce propos que les parents auront une appréciation des compétences émotionnelles de leur enfant différente de celles mesurées par notre protocole. Ceci pourrait être lié au fait que les parents sont peu sensibilisés, renseignés ou interrogés sur cet aspect de la communication. Enfin, nous pensons que les familles investiront davantage l'un ou l'autre des deux supports élaborés en fonction de leurs habitudes de jeu.

Ainsi, nous commencerons par une revue théorique des concepts clés de notre étude. Nous aborderons, dans une première partie, le thème central des émotions. Nous traiterons dans une deuxième partie de la problématique de la surdité et de son incidence sur le développement de la vie émotionnelle de l'enfant. Nous nous intéresserons, dans une troisième partie, à la thérapie familiale systémique appliquée à la surdité et à son intérêt en orthophonie. C'est dans la partie pratique de ce mémoire que nous exposerons la méthode et le matériel mis en place pour notre projet. Enfin, nous terminerons par une analyse des résultats avant de les discuter et de conclure notre propos.

INTRODUCTION THEORIQUE

I- UN TRAVAIL SUR LES EMOTIONS

A) *Notions fondamentales*

Les émotions résonnent en chacun de nous. Nous en ressentons au travers d'un film, d'un discours, d'une musique, d'une odeur, d'un tableau, d'une personne ou d'une simple pensée. Selon Armelle Nugier (2009), Maître de Conférences en psychologie sociale, « *elles sont tout et sont partout* » (p.5). Les émotions sont fondatrices de l'individu car influencent continuellement notre quotidien. Cependant, si les émotions nous sont familières, elles sont difficiles à identifier. Dans cette première partie, nous commencerons donc par définir ce concept puis aborderons les différents courants théoriques des émotions avant d'étudier le caractère multimodal de leur expression.

1- Ce que sont les émotions

De nombreux auteurs, qu'ils soient philosophes, biologistes, anthropologues, psychologues ou médecins, se sont intéressés aux émotions et ont cherché à définir ce terme qui implique maints domaines. Nous verrons dans la partie réservée aux différents courants théoriques que les chercheurs ne s'entendent pas toujours sur cette définition. Cosnier (2006) explique que si les théoriciens ne parviennent pas à se mettre d'accord, c'est en partie dû au fait que le terme « émotion » embrasse au quotidien toutes nos expériences affectives. De plus, définir un état affectif nécessite une introspection et sous-entend une part inéluctable de subjectivité. Par conséquent, nous avons fait le choix de ne retenir dans cette partie que les définitions les plus actuelles et consensuelles concernant les émotions.

Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui considèrent que les émotions sont des expériences subjectives comprenant plusieurs composantes (Thommen, 2010). Sanders et Scherer (2009) considèrent les émotions comme « *un ensemble de variations épisodiques dans plusieurs composantes de l'organisme en réponse à des événements évalués comme importants par l'organisme* », cités par Thommen (2010, p. 7). Robert Dantzer (2002) fait ce même constat et

explique que les émotions sont des « *processus mentaux complexes comprenant plusieurs composantes* » (p.3). Il fait mention des trois composantes suivantes :

- « l'expérience subjective » : elle fait référence au ressenti interne, ce dernier étant fortement influencé par la personnalité de l'individu.
- « l'expression communicative » : elle peut être verbale ou non verbale et peut renvoyer à l'expression faciale, à la prosodie ou encore aux mots employés pour partager ses émotions. Nous reviendrons sur la valeur communicative des émotions dans la sous-partie dévolue à l'expression multimodale des émotions (cf. § I-A)-4).
- « les modifications physiologiques » : il s'agit de la réponse corporelle, plus ou moins contrôlable, à un stimulus interne ou externe. Dantzer (2002) l'illustre par la boule dans la gorge, on pense aussi à l'accélération du rythme cardiaque ou au rougissement.

Armelle Nugier (2009) explique de la même façon que les émotions renvoient à des manifestations compliquées et plurielles, elle parle de « *phénomènes complexes correspondant à des systèmes distincts et interdépendants qui incluent à la fois des réponses psychophysiologiques, comportementales et expressives, cognitives et expérientielles.* » (p. 6). Les chercheurs concentrent le plus souvent leurs études sur l'une de ces réponses qui livrent des données sur le processus émotionnel.

Enfin, pour Cosnier (2006), « *les 'émotions', stricto sensu, désignent aujourd'hui pour un grand nombre de spécialistes, uniquement les émotions dites 'basales' ou 'primaires' ou 'modales'* » (p. 6). On désigne communément sous le terme d'« émotions basales » les six émotions que sont la peur, la surprise, la colère, la joie, la tristesse et le dégoût. Nous reviendrons de manière plus approfondie sur cette notion d'émotions de base, très prégnante dans la littérature, dans la partie dévolue à l'approche évolutionniste.

2- Ce qu'elles ne sont pas

De nombreux auteurs ont cherché à distinguer les différents niveaux d'expériences affectives insuffisamment différenciés selon Cosnier (2006). Damasio (2002) et Kirouac (1995) considèrent que « *l'émotion correspond à la courte durée d'une réaction corporelle agréable ou désagréable. Ce qui distingue l'émotion des autres expériences affectives est sa brièveté et sa manifestation physiologique.*» (p.11), cités par Thommen (2010). Il est maintenant

nécessaire de différencier les émotions d'autres notions, souvent confondues, qui ne font pas l'objet de notre recherche.

Le sentiment : Il peut se définir comme étant la conscientisation et donc la représentation subjective de l'émotion. L'individu est conscient de son ressenti interne. Pour Dantzer (2002), il est une expérience affective qui se caractérise par un certain contrôle et recul de notre état affectif. D'autre part, les sentiments peuvent se prolonger dans le temps, ce qui n'est pas le cas des émotions, et ne sont pas directement perceptibles par l'autre puisqu'ils n'entraînent pas de manifestation physiologique. A ce propos Damasio (2002) dit que si « *les émotions sont publiques* », « *les sentiments sont privés* » (p. 11), cité par Thommen (2010).

L'humeur : Elle est un état affectif qui dure dans le temps et qui n'est pas obligatoirement provoqué par un facteur visible ou conscient. Thommen (2010) décrit l'humeur comme une « *toile de fond, un arrière-plan qui colore affectivement le vécu de la personne.* » (p.11-12). Ainsi l'humeur peut se définir comme l'expression de l'état général d'un individu.

La passion : Elle se différencie de l'émotion par son intensité et sa durée. Elle se caractérise par son ardeur. De plus, elle n'a pas besoin de stimulus déclencheur pour s'exprimer, elle « *naît d'un déclic interne et s'entretient par des objets externes.* » (p.11) selon Dantzer (2002). Enfin, alors que l'émotion est éphémère, la passion dure dans le temps.

Le tempérament : Il varie en fonction de chaque personne, nous agissons et réagissons de façon individuelle face à une situation. Nugier (2009) définit le tempérament comme étant « *la disposition biologique de l'individu qui le conduit à éprouver certains états émotionnels et à les exprimer de façon plus ou moins intense* » (p.6).

Les troubles affectifs : Ils concernent le domaine de la pathologie et plus particulièrement celui des pathologies émotionnelles comme la dépression ou l'anxiété (Nugier, 2009). Cosnier (2006) parle « d'échec » du contrôle émotionnel, il fait mention de l'angoisse, du stress ou encore de l'alexithymie¹.

¹Alexithymie : « *terme proposé par Sifneos (1973) pour désigner des patients prédisposés à des atteintes psychosomatiques et caractérisés par : 1-l'incapacité à exprimer verbalement leurs affects ; 2-la pauvreté de la vie imaginaire ; 3-la tendance à recourir à l'action ; 4-la tendance à s'attacher à l'aspect matériel et objectif des événements, des situations et des relations.* » (Cosnier, 2006, p.148).

Maintenant que nous avons défini le concept d'émotion, nous allons nous intéresser aux grandes approches théoriques qui les ont animées.

3- Les grands courants théoriques

a) La conception évolutionniste

Cette approche fait référence à Charles Darwin, naturaliste britannique, et à son œuvre publiée en 1872 qui s'intitule *The expression of the emotions in man and animals* traduite *L'expression des émotions chez les hommes et les animaux*. Son ouvrage pose véritablement les fondements de la recherche sur les émotions et influence par la suite de nombreux auteurs partisans de sa théorie, on pense à Ekman, Izard, Friesen ou encore Levenson. La théorie darwinienne, qui s'inscrit dans le contexte de la sélection naturelle, est fondée sur deux principes fondamentaux à savoir l'universalité des émotions et leur fonction adaptative. Selon Darwin, les émotions sont présentes dans toutes les cultures et pays du monde et favorisent la survie de l'espèce. Par exemple, un haussement de sourcils permettrait une meilleure acuité visuelle en cas de danger. Selon les évolutionnistes, les humains partageraient des émotions élémentaires et universelles décrites comme rapides et automatiques, il existerait ainsi un programme neuro-moteur inné pour chacune d'entre elles (Scherer, Bänziger & Grandjean, 2003). Depuis les années soixante, de nombreux chercheurs, à l'instar de Paul Ekman, ont voulu démontrer l'existence de ces émotions élémentaires dites « émotions de base ». D'après lui, elles recensent la peur, la joie, la tristesse, la surprise, la colère et le dégoût (Ekman, 1992). Il s'agit donc d'une liste fermée d'émotions (entités « discrètes ») considérées comme centrales et « *qui constitueraient les unités de base à partir desquelles se définirait l'ensemble des expériences émotionnelles. Ce petit groupe d'émotions aurait un statut particulier de constituants élémentaires, qui ne seraient pas eux-mêmes décomposables.* » (Thommen, 2010, p.17). Les recherches menées ont principalement concerné l'étude des expressions faciales. Ainsi, comme le reporte Dantzer (2002), Ekman a voulu démontrer l'existence de ces six émotions de base en présentant à des étudiants de divers pays trente photographies d'expressions du visage. Il constate, toutes cultures confondues, que 82 à 97% des étudiants ont identifié la joie et la surprise, 73 à 90% la tristesse et le dégoût et 63 à 88% la peur et la colère. Tandis qu'Izard obtient des résultats similaires, Ekman renouvelle sa recherche en dehors de l'Occident, dans une tribu de Nouvelle-Guinée, et obtient des scores tout aussi

convaincants. Ainsi, pour Ekman, les émotions de base ont neuf caractéristiques, elles sont reprises par Cosnier (2006):

- 1- L'« *universalité des signaux émotionnels* » (p.19) : exprimer et comprendre les émotions est un fait universel rendu possible par l'usage de mimiques faciales particulières. L'expression émotionnelle contribue ainsi au développement et à la régulation des interactions sociales.
- 2- La « *présence d'expressions comparables chez l'homme et chez les autres primates* » (p.20) : on rappelle que d'après Darwin, les animaux partagent des expériences émotionnelles, ceci étant toujours admis par les théoriciens actuels.
- 3- « *Chaque émotion s'appuie sur un contexte physiologique spécifique* » (p.20) : pour Ekman, il existe des tableaux, des schémas de mise en action du système nerveux autonome propres à chaque émotion de base.
- 4- L'« *universalité des événements déclencheurs* » (p.21) : selon lui les stimuli présentent des similitudes. Une réaction spécifique est déclenchée par un certain type d'événements.
- 5- « *La cohérence des réactions émotionnelles* » (p.21) : l'expression émotionnelle correspond à l'expérience émotionnelle et inversement.
- 6- « *Le déclenchement rapide* » (p.22) : il s'agit d'un point essentiel pour Ekman, cette mise en route rapide des émotions de base appuie leur valeur adaptative.
- 7- « *La durée limitée* » (p.22) : les émotions de base durent quelques secondes pour Ekman et permettent l'adaptation de l'individu à une situation.
- 8- « *Le mécanisme de perception automatique* » (p.23) : l'émotion n'est « *ni volontaire ni raisonnée* » (Cosnier, 2006, p.23).
- 9- « *La survenue spontanée* » (p.23) : l'expérience émotionnelle est difficilement contrôlable même si on l'a anticipée.

Ekman retient les six émotions de base suivantes: la joie, la colère, la tristesse, la surprise, le dégoût et la peur (Ekman, 1992). C'est cette classification que nous retenons dans notre étude car il s'agit des six émotions les plus admises dans la littérature mais aussi les plus connues et reconnues chez des enfants âgés de 9 à 12 ans. Des émotions comme le mépris, le remord ou l'appréhension sont des émotions beaucoup plus complexes et tardives. Les six émotions de base selon Ekman répondent bien à nos attentes, il s'agit d'émotions relativement « faciles » à travailler chez des enfants et sont en nombre limité.

b) La conception Jamesienne

William James, psychologue américain du XIX^{ème} siècle, est l'un des premiers à soutenir les études scientifiques en psychologie. Pour lui, comme pour Darwin, les émotions sont adaptatives. Cependant, James, s'intéresse plus particulièrement au fonctionnement et à l'organisation du processus émotionnel, il est en cela l'un des instigateurs de l'approche cognitive que nous détaillerons dans le prochain paragraphe. D'après lui, il existe un lien étroit entre l'expérience émotionnelle et les manifestations physiologiques. Ainsi, James, suivi de près par Lange (psychologue et physicien), stipule que c'est l'expérience corporelle qui est à l'origine du ressenti psychologique, autrement dit de l'émotion. Cette approche est dite « périphérique » car c'est parce que nous percevons une excitation physiologique, par exemple une accélération du rythme cardiaque, un écarquillement des yeux, une ouverture de la bouche, que nous ressentons la peur. D'après James, le corps est prédisposé à réagir spécifiquement à des situations particulières de l'environnement.

A cette théorie James-Lange ou théorie « périphérique » s'oppose très clairement Walter Cannon, physiologiste américain, qui défend une théorie « centrale » ou « thalamique ». Selon lui, l'émotion est le résultat de l'évaluation cognitive. Si pour James c'est le système nerveux autonome² avec ses réponses neurovégétatives qui déclenche l'émotion, pour Cannon c'est le système nerveux central³ qui est à l'origine de l'émotion (Nugier, 2009).

c) L'approche cognitive

La théorie cognitive est actuellement considérée comme la plus dominante parmi les grands courants théoriques des émotions. En effet, cette dernière s'accorde avec les autres courants historiques, elle a d'ailleurs été conçue dans le but de résoudre le conflit James-Cannon. Cette approche, appelée aussi « théorie de l'évaluation cognitive », s'est répandue dans les années soixante et spécifie que l'émotion est perçue grâce à une évaluation cognitive de l'événement

² Système nerveux autonome : « 1) au plan anatomique, il est sous la dépendance de l'hypothalamus et il est composé par des centres nerveux, par des nerfs sympathiques et par des nerfs parasympathiques. 2) au plan physiologique, il gère la vie de nutrition, il est inconscient et involontaire, il va innervé tous les muscles lisses contenus dans nos organes (viscères ou glandes) par l'intermédiaire de neurotransmetteurs. » (Brin-Henri, Courrier, Lederle & Masy, 2004, p.274)

³ Système nerveux central (SNC) : « 1) au plan anatomique, il est composé par le système nerveux cérébrospinal et par le système nerveux périphérique. 2) au plan physiologique, il gère la vie de relation, il est conscient et volontaire, il va innervé tous les muscles squelettiques du corps. » (Brin-Henri, Courrier, Lederle & Masy, 2004, p.274)

déclenchant que l'on nomme « appraisal ». A. Nugier (2009) définit le terme « appraisal », il renvoie aux « *interprétations et représentations cognitives de la signification de l'événement pour l'individu* » (p.13). Pour ces chercheurs, c'est l'évaluation subjective de l'événement, et non l'événement lui-même, qui permet de ressentir une émotion. Depuis, de nombreux travaux et recherches tentent de définir ces manifestations et ces dimensions cognitives dites d'« appraisal » et les relations qu'elles exercent avec le vécu de certaines émotions. A la différence de la théorie darwinienne, ce modèle ne suppose pas qu'un événement donné soit nécessairement lié à une émotion prédéterminée. D'après les cognitivistes, ce sont les intentions, les objectifs et les aptitudes de réaction de chaque personne dans une situation donnée qui vont déterminer la signification émotionnelle de cette situation (Nugier, 2009).

d) L'approche socio-constructiviste

Enfin, il est important de mentionner l'approche socio-constructiviste. Elle vient se confronter aux concepts des théories Darwinienne ou encore Jamesienne selon lesquelles les émotions sont biologiquement prédéfinies. Selon cette approche, c'est la société et l'environnement culturel dans lequel vit l'individu qui déterminent ses attitudes et ses comportements (Nugier, 2009). Ainsi, ils considèrent les émotions comme des produits culturels, acquis par la socialisation⁴ (Nugier, 2009). James Averill fait partie de ces théoriciens, pour lui les émotions, une fois intériorisées, s'appliquent automatiquement à des situations sociales précises. Ainsi, les socio-constructivistes s'attachent à dire que les émotions diffèrent selon les cultures et critiquent la théorie évolutionniste qui prône l'invariance culturelle. Pour eux, il est essentiel d'observer en quoi les cultures diffèrent et non en quoi elles se ressemblent. Leurs recherches se basent essentiellement sur une étude du langage car il est représentatif de l'émotion dans la culture étudiée. Le langage verbal est certes un indice émotionnel important mais nous allons voir que les émotions ont une expression multimodale. Cependant, nous verrons aussi par la suite que l'environnement social et plus particulièrement familial joue un rôle essentiel dans le développement émotionnel du jeune enfant.

⁴Socialisation : « *d'une façon générale, la socialisation est le processus par lequel les individus acquièrent la connaissance des valeurs, les compétences et la sensibilité sociales qui les rendent capables d'être intégrés et de s'adapter à une société donnée.* » (A. Nugier, 2009, p.13).

4- L'expression multimodale des émotions

La communication est actuellement considérée comme « multimodale » (Coquet, 2011). Auparavant, on distinguait la communication verbale de la communication non verbale, qui habituellement comprend les expressions faciales, le regard, les gestes, les postures ou encore la proxémie (distance physique entre les interlocuteurs). Aujourd'hui, on envisage le langage comme un système communicationnel pluriel. D'ailleurs, on peut résumer les caractéristiques d'un énoncé à l'aide du schéma suivant Coquet (2003), d'après Heddesheimer et Roussel (1986), cité par Coquet (2011) :

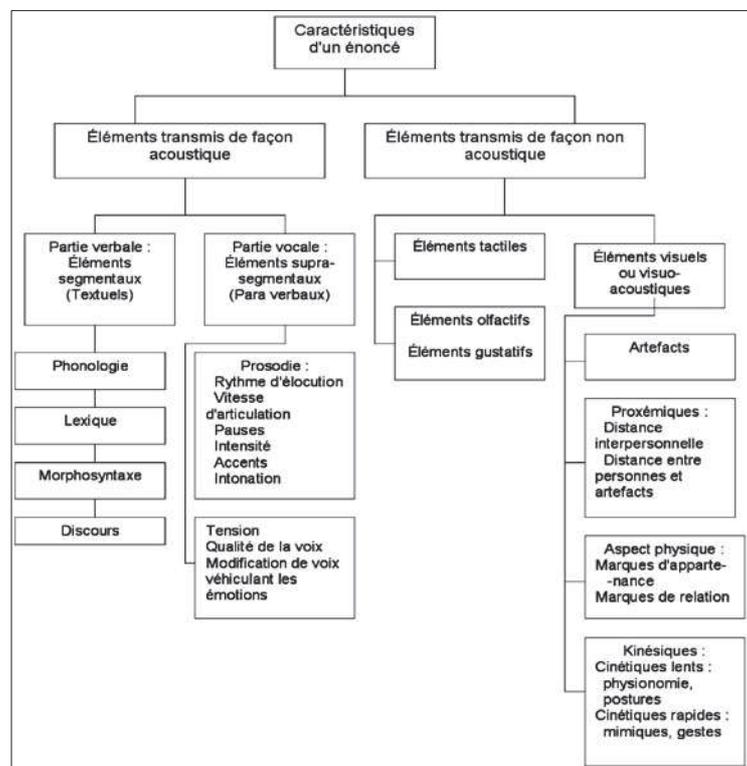


Figure 1 : Schématisation de l'énoncé multicanal

Les émotions, si elles sont des ressentis internes, ont aussi une « expression communicative ». Comme le souligne Dantzer (2002), elles « sont exprimées par des mimiques, des postures, des mouvements voire des gesticulations et des vocalisations caractéristiques » (p.15). Ainsi, les émotions sont à la fois verbales et non verbales pour ainsi dire « multimodales » comme en témoigne le schéma ci-dessus. Toutes ces modalités d'expression montrent à quel point les émotions sont au cœur de l'échange communicationnel. Il faut savoir que la plupart des études sur l'expression des émotions ont porté sur les expressions faciales ou mimiques faciales, elles sont essentielles dans le traitement émotionnel. On retient le travail d'Ekman et Friesen

qui ont mis au point une technique de codage de l'expression faciale « *en fonction des muscles impliqués dans chacune des émotions de base* » (Thommen, 2010, p.36) : le FACS (Facial Action Coding System) en 1978. Ces derniers ont pu coder les expressions faciales émotionnelles le plus objectivement possible, à partir des mouvements faciaux appelés « unités d'action » (Gil, 2009). Dans notre étude, nous avons fait le choix de privilégier le traitement des expressions faciales des émotions. Cependant, il existe d'autres manifestations émotionnelles dites non verbales comme la voix. L'expression émotionnelle vocale est aussi étudiée. On s'intéresse notamment à la prosodie⁵ et aux éléments suprasegmentaux (intonation, accentuation, rythme, mélodie, tons). Pour Bernard Golse (2008) ces éléments sont essentiels car ils composent « *la musique du langage* » (p.136) et transmettent la valeur affective du discours verbal entre la mère et l'enfant. Enfin, l'expression corporelle (mouvements, gestes et postures) est une manifestation émotionnelle non verbale qui participe de la même façon au traitement émotionnel bien qu'elle soit peu étudiée. Précisons pour finir que les émotions sont également verbales, nous disposons d'un lexique émotionnel que nous étudierons dans une prochaine partie (cf. § I-B)-2).

Nous savons désormais que même si les théoriciens ne s'accordent pas tout à fait sur la nature et les effets des émotions, ils s'entendent sur le fait qu'elles sont des manifestations à haute valeur communicative, Nugier (2009) parle de « *phénomènes hautement adaptatifs et dotés d'importantes fonctions sociales comme celle de la communication* » (p. 12). Nous allons maintenant nous intéresser au développement des émotions chez l'enfant.

B) Le développement des émotions chez l'enfant typique

1- Le développement des compétences émotionnelles de l'enfant

Beaucoup d'auteurs se sont intéressés aux processus neurologiques mis en jeu par les émotions. L'hypothalamus et le cortex limbique sont les principales structures impliquées dans les phénomènes émotionnels et sont opérationnels dès la naissance. En ce sens, la vie émotionnelle émerge dès la fin de la grossesse et c'est pourquoi « *les émotions sont le premier*

⁵Prosodie : « *ensemble des faits suprasegmentaux (intonation, accentuation, rythme, mélodie, tons) qui accompagnent, structurent la parole et qui se superposent aux phonèmes (aspect segmental). La prosodie regroupe différents paramètres acoustiques dont : la fréquence fondamentale, l'intensité et la durée* » (Brin-Henri, Courrier, Lederle & Masy, 2004, p.224)

moyen de communication » (p.11) d'après Balleyguier (1996). Mais si les centres neurologiques des émotions sont fonctionnels dès la naissance, le bébé naît aussi doué de compétences sociales (Trevarthen & Aitken, 2003). Les interactions précoces du nourrisson avec son entourage montrent d'ailleurs à quel point le bébé est performant. R. Simas et B. Golse (2008) expliquent que le bébé « *naîtrait, en effet, avec le sentiment fondamental de l'attente d'une rencontre, seule à même de le mener alors tout naturellement jusqu'aux processus empathiques et intersubjectifs* » (p.343). Nous allons désormais aborder ces processus interactionnels, premiers témoins d'une communication émotionnelle entre le nouveau-né et son entourage.

a) L'intersubjectivité et l'accordage affectif

Dès la naissance, le bébé est un être émotionnel. Les premières réactions émotionnelles du nouveau-né sont réflexes, elles sont liées à ses besoins physiologiques et vitaux comme la faim, la fatigue ou la digestion. Ils sont ainsi « *les premiers organisateurs émotionnels* » (p. 38) selon Balleyguier (1996). Par ses cris et ses pleurs, le bébé instaure une communication émotionnelle avec sa mère. Cette dernière répond et réagit aux sollicitations de son enfant en interagissant avec lui. Thomas (2003) relève trois types d'interactions précoces entre le bébé et sa figure maternelle : comportementales, fantasmatiques et affectives. Les interactions comportementales comprennent les interactions corporelles (le porter, les postures, les manipulations du bébé), les interactions visuelles (le regard) et les interactions verbales (les cris, les pleurs, la voix maternelle). Les interactions fantasmatiques renvoient à la façon dont s'expriment les représentations mentales imaginaires ou non, conscientes ou non, des deux partenaires dans l'interaction. Enfin, les interactions affectives renvoient aux aspects émotionnel et affectif des interactions, elles sont ainsi faites de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du nouveau-né et celle de sa figure maternelle. C'est ce que Stern, pédopsychiatre, appelle « *accordage affectif* » : « *la mère lit dans le comportement de l'enfant l'état affectif qu'il ressent et y répond par une activité qui lui correspond affectivement sans être de l'imitation* » (Balleyguier, 1996, p. 187-188). Entre 9 et 15 mois, l'enfant comprend alors qu'il est en mesure de partager son état affectif qui est différent de celui des autres. Par ces accordages, la mère construit, modèle le comportement émotionnel de son enfant. Trevarthen et Aitken (2003) parlent d'« intersubjectivité » pour désigner les interactions précoces de la dyade mère-enfant. Pour les auteurs, la théorie de l'intersubjectivité innée admet que le bébé naît avec une conscience des autres. Selon eux, deux aptitudes sont

nécessaires au bébé pour partager et accéder au contrôle mental d'autres individus. D'abord le nourrisson doit être capable de « subjectivité », c'est-à-dire qu'il doit disposer d'une conscience individuelle et volontaire. Ensuite, le bébé doit pouvoir accorder sa « subjectivité » à celle des autres, c'est l'« intersubjectivité ». Elle est dite « primaire » au cours des trois premiers mois, le nouveau-né peut comprendre et communiquer des intentions. Apparaît ensuite l'intersubjectivité secondaire qui se caractérise par la mise en place des relations triadiques (la dyade mère-enfant intègre un objet ou une nouvelle personne).

b) L'empathie

Les interactions précoces jouent un rôle déterminant, elles conditionnent le comportement social de l'individu. Pour Decety (2014), ces interactions « *vont constituer une véritable plateforme mentale valable pour la vie entière d'un individu dans ses relations aux autres* » (p.55). En effet, les interactions précoces en face à face permettent à l'enfant de décoder les expressions faciales émotionnelles de sa mère et à terme de ressentir les émotions maternelles grâce au système des neurones miroirs⁶. Cette capacité permet à l'individu de comprendre, anticiper le comportement et les intentions de l'autre mais aussi de réguler son propre comportement (Mondillon & Tcherkassof, 2009) : c'est ce qu'on appelle l'« empathie ». L'empathie joue un rôle fondamental dans nos relations et attitudes sociales et contribue à la différenciation de soi (Delage, 2014.). Selon Cosnier (2006), c'est l'empathie qui permet « *cette connaissance hypothétique d'autrui* » (p.70), elle permet à un même moment de vivre et partager le même état psychologique que notre partenaire de communication. Selon Decety (2014) et la plupart des neuroscientifiques actuels, l'empathie intègre trois composantes : affective (partager la même émotion qu'autrui), motivationnelle (prendre soin d'autrui) et cognitive (comprendre l'autre de son point de vue). Decety (2014) précise que si les capacités empathiques du nouveau-né sont innées, il est indispensable pour lui de les utiliser et de les activer en interagissant avec son environnement. L'empathie est donc un processus relationnel essentiel qui permet la mise en place d'autres capacités telle la théorie de l'esprit.

⁶Neurones miroirs : « *Ensemble de neurones présentant une activité significative lorsque l'individu effectue une action mais également lorsqu'il observe autrui effectuant la même opération. Le terme "miroir" découle donc de l'analogie entre effectuer soi-même et observer l'autre ; l'image d'autrui correspond au reflet de soi dans un miroir. Ces circuits neuronaux nous font adopter le point de vue de l'autre, ou ressentir des sentiments de nature similaire.* » (Mondillon & Tcherkassof, 2009, p.30)

c) La théorie de l'esprit

Comme nous l'avons vu précédemment, le bébé est attiré par tous les stimuli émotionnels présents dans les échanges avec son entourage comme les expressions faciales ou la voix maternelle. Comme le souligne Coquet (2005), c'est le partage de ces « *moments émotionnellement forts qui permettent la mise en place progressive d'un répertoire commun de comportements de communication non verbaux.* » (p.20). Le bébé va progressivement se différencier d'autrui, il comprend qu'il peut partager ses états émotionnels mais qu'il peut aussi reconnaître les émotions exprimées par l'autre et donc accéder à son état mental. On appelle ainsi théorie de l'esprit « *la connaissance construite par l'enfant sur les états mentaux, les pensées, les désirs et les interactions d'autrui* » (Thommen, 2010, p. 211). Cette notion, qui a été introduite par D. Premack et G Woodruff en 1978, se distingue de l'empathie par le fait qu'elle concerne tous les états mentaux (croyances, désirs, pensées, intention, connaissances...) et pas uniquement la compréhension des émotions (Martin & Tudoux, 2013). On compte de nombreux précurseurs à la théorie de l'esprit, nous avons parlé de l'intersubjectivité, de l'empathie mais on pense aussi à l'attention conjointe⁷ (vers 9 mois) ou au jeu symbolique⁸ (au cours de la deuxième année). La théorie de l'esprit est opérationnelle vers l'âge de 5 ans (Thommen, 2010). A partir de cet âge, l'enfant est capable de résoudre des énigmes dites de fausse-croyance c'est-à-dire qu'il tient compte des croyances et pensées d'autrui, il s'agit là d'une aptitude essentielle pour les relations sociales.

Retenons ainsi que les premières interactions entre l'enfant et son entourage sont capitales, selon Tourette (2000), elles s'effectuent « *dans un contexte émotionnel très fort qui conduit à un partage des affects qui sous-tend la progression de l'enfant* » (p.20), cité par Coquet (2005). Nous avons vu que, dès la naissance, l'enfant s'inscrit dans une communication émotionnelle, nous allons désormais nous intéresser à la chronologie d'apparition des émotions.

⁷Attention conjointe : « *c'est l'attention partagée par la mère et son bébé qui regardent ensemble la même chose en même temps. Essentielle pour la mise en place de la fonction langage, l'attention conjointe est liée au fait que la mère apprend, dès la naissance de son enfant, à suivre son regard et à lui parler de ce qu'il regarde.* » (Brin-Henri, Courier, Lederle & Masy, 2004, p.30)

⁸Jeu symbolique : « *les jeux symboliques supposent la représentation de l'image mentale. Ils ajoutent à l'exercice un élément structural nouveau qui est le symbole grâce à cette capacité de représenter par des gestes une série de réalités non actuelles, absentes et non données dans le champ perceptif* » (Ibid, p.144)

2- Chronologie du développement émotionnel

Précédemment, nous avons spécifié le caractère multimodal de l'expression des émotions. Nous allons maintenant concentrer notre écrit sur le développement des expressions faciales car elles font l'objet de notre étude. Nous allons également nous intéresser au développement du lexique émotionnel puis à la compréhension des émotions.

a) L'expression des émotions

De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que le nouveau-né a des capacités expressives. Pour certains, ces expressions émotionnelles qui sont d'abord réflexes soulignent la part d'innéité des émotions (Rusinek, 2004). Le bébé pousse des cris avec la bouche grande ouverte, il tire la langue, il sourit...En effet, Duchenne puis Ekman avec le FACS ont découvert le sourire « vrai » appelé aussi « sourire de Duchenne » qui marque l'expression de la joie par la double contraction des lèvres et des yeux. Ce sourire « vrai » n'est pas stimulé ni déclenché par l'autre (Rousseau, 2014). C'est vers 2 mois que le bébé est capable de faire un sourire intentionnel, appelé « sourire social » qui marque son envie d'entrer en communication avec les autres. Selon Oster (2005), les bébés expriment progressivement les expressions faciales de la joie, de la tristesse, du dégoût, de l'intérêt, de la surprise, de la colère et de la peur à compter de 2 mois et demi, cité par M. Suarez (2011). Vers 3 mois, le bébé est attiré par des expressions faciales plus que d'autres. Une étude de Kuchuk, Vibbert et Bornstein (1986) montre qu'à 3 mois les bébés fixent de façon préférentielle la mimique de la joie par rapport aux autres émotions, cités par Suarez (2011). Les mimiques de la joie et de la tristesse seraient véritablement fonctionnelles entre 3 et 5 mois (Martin & Tudoux, 2013). La colère et le dégoût seraient exprimés entre 5 et 7 mois (Martin & Tudoux, 2013). A 8 mois, le bébé est plus attiré par sa mère lorsque cette dernière fait l'expression faciale de la joie ou de la peur que lorsqu'elle fait une mimique neutre. L'enfant est aussi capable d'exprimer la peur (possible à partir de six mois) en lien avec la peur de l'étranger. Ainsi, l'enfant expérimente les différentes expressions émotionnelles au contact des autres. Les mimiques qu'il produit sont reprises par son entourage, ce qui lui permet en retour d'adapter son comportement. De plus, ces émotions, nommées par les autres, « *constituent un guide indispensable pour le développement du vocabulaire émotionnel* » (Brun, 2008, p.37).

b) Le lexique émotionnel

Comme l'explique Gosselin (2005), le vocabulaire émotionnel va véritablement permettre à l'enfant de partager ses propres émotions mais aussi de caractériser et exprimer celles des autres dans des situations qu'il connaît, cité par Suarez (2011). Le lexique émotionnel se développe tout au long de l'enfance. Ainsi, selon Russell et Bullock (1986), vers 2 ans, les enfants ne parviennent pas à nommer de manière exacte les émotions mais ils peuvent discriminer les émotions positives des émotions négatives, cités par Suarez (2011). A cet âge, les enfants utiliseraient des substantifs et des adjectifs ayant attrait à la joie et à la tristesse. Selon Brun (2008) les premiers termes émotionnels apparaissent de la même façon aux alentours de 18-20 mois. Widen et Russell (2003) ajoutent que les enfants feraient la différence entre « se sentir bien » et « se sentir mal » et qu'ils utiliseraient le terme « content » pour se référer aux émotions positives, cités par Suarez (2011). De nombreuses recherches comme celles de Denham, de Camras et Allison ou encore de Bullock et Russell révèlent que les émotions positives sont dénommées avant les émotions négatives, citées par Brun (2008). Ainsi, à 2 ans, les enfants sont capables de parler de situations émotionnelles positives et de les opposer aux autres situations émotionnelles. D'après Gosselin (2005), c'est à 3 ans que les enfants emploient le mot « joie » pour parler des émotions positives, ils utilisent les termes comme « fâché » ou « triste » pour évoquer les émotions négatives, cité par Suarez (2011). Selon Widen et Russell (2003), c'est à la fin de leur 4^{ème} année que les enfants utilisent des mots faisant allusion à la peur et à la surprise, cité par Suarez (2011). Il faut attendre 5 ans pour que l'enfant fasse référence au dégoût, Gosselin (2005) cité par Suarez (2011). Cependant des auteurs comme Widen et Russel (2003) soulignent que l'utilisation des termes émotionnels dépend de la culture et de l'importance qu'elle donne à certaines émotions, cités par Suarez (2011).

c) La reconnaissance des émotions

Pour Thommen (2010), cet intérêt que le bébé a pour les expressions émotionnelles d'autrui pour diriger son propre comportement est déjà révélateur d'une certaine compréhension des émotions. Selon Vauclair (2004), les bébés, dès les premiers jours qui suivent leur naissance, préfèrent fixer visuellement les visages plutôt que des objets quelconques, cité par Thommen (2010). Labarbera, Izard, Vietze et Parisi (1976) ou encore Schwartz, Izard et Ansul (1985) montrent que le bébé est capable, par la fixation visuelle, de commencer à discriminer les

expressions faciales vers 4 mois, cités par Gosselin, Roberge et Lavallée (1995). Pour Nelson (1987), c'est à 7 mois que le bébé est capable de catégoriser les expressions émotionnelles, cité par Gosselin et al. (1995). Le bébé est ainsi en mesure de discriminer les expressions des différentes émotions mais aussi de voir les similarités des expressions d'une même émotion. C'est à 1 an qu'il commence véritablement à donner une signification à l'expression faciale. La reconnaissance des émotions de base débute entre 2 et 3 ans (Gosselin & al., 1995). Ainsi d'après plusieurs études, les expressions faciales de la joie, de la colère et de la tristesse sont assez bien reconnues à partir de 3 ans et le sont parfaitement à 5-6 ans. Les expressions de la peur, de la surprise et du dégoût sont reconnues plus tardivement. Les enfants commencent à les reconnaître entre 3 et 5 ans et leur niveau de reconnaissance augmente entre 5 et 10 ans. Plusieurs études s'accordent sur les types de confusions rencontrées au cours du développement de l'enfant sur les discriminations émotionnelles, parmi ces confusions on relève les suivantes : joie-surprise, peur-surprise, dégoût-colère et colère-tristesse (Gosselin & al., 1995). De nombreuses études ont montré que les capacités de discrimination émotionnelle sont fonction de deux critères : l'âge de l'enfant et le type d'émotion. Ainsi les expressions de la joie, de la tristesse et de la colère sont mieux reconnues que celles de la peur, de la surprise et du dégoût et les enfants de 7-8 ans présentent de meilleures capacités que les plus jeunes enfants et distinguent donc mieux les différentes émotions (Suarez, 2011). Il est important de noter que la compréhension des émotions est aussi en lien avec le développement parallèle du lexique. D'autre part, le développement de la compréhension des émotions se ferait progressivement selon trois phases, d'après le TEC (Test of Emotion Comprehension) (Harris et Pons, 2003). Entre 3 et 5 ans, les enfants ont la possibilité de reconnaître la plupart des émotions de base (joie, tristesse, peur, colère et neutralité) à partir de leur expression faciale. Ils peuvent saisir certaines causes externes des émotions et comprendre l'influence des souvenirs sur les émotions. Entre 5 et 7 ans, les enfants sont en mesure de saisir l'impact des croyances ou des désirs sur les émotions, ceci étant en rapport avec la théorie de l'esprit. Ils sont aussi en mesure de différencier une émotion apparente d'une émotion ressentie. Enfin, entre 9 et 11 ans, les enfants ont accès aux émotions mixtes qui sont un mélange des émotions de base comme le mépris, la honte ou encore la culpabilité. Les enfants savent qu'ils peuvent adapter, réguler leur état émotionnel au moyen de stratégies psychologiques, c'est l'une des raisons pour laquelle nous avons fait le choix de nous adresser à des enfants à partir de neuf ans. De plus, nous nous sommes basés sur une étude récente de Thommen, Guidoux et Pachoud (2008) pour déterminer le critère « âge » des enfants de notre étude. Leur recherche porte sur la reconnaissance des six émotions de base sur le visage d'un enfant de dix ans qui

mime les émotions, citées par Thommen, 2010 (cf. Annexe I). Les enfants testés sont âgés de 4 à 9 ans. Les auteurs constatent que seuls les enfants de 9 ans sont capables de reconnaître les six émotions de base, c'est pourquoi nous avons fait le choix d'adresser notre jeu à des enfants âgés d'au moins 9 ans.

Ainsi, le développement émotionnel s'effectue de manière progressive mais retenons que les émotions sont présentes très précocement et qu'elles sont à la base des relations et des échanges entre l'enfant et son entourage. Elles ont une valeur communicative incontestable.

C) Les fonctions communicative, adaptative et sociale des émotions

1- Les émotions comme organisateur des échanges communicatifs

Les émotions ont une valeur de signal ou valeur communicative indiscutable. L'expression et la compréhension des états émotionnels est indispensable pour que l'enfant puisse entrer en communication avec son entourage. Elles sont donc à l'origine des échanges. D'ailleurs, nous disposons d'un lexique émotionnel très étendu. Dantzer (2002) fait remarquer qu'il existe plus de mille mots pour désigner nos émotions bien que nous n'en utilisions que le dixième. Ces émotions ont donc bien pour vocation d'être partagées avec l'autre. L'enfant, dès sa naissance, repère les signes de la communication émotionnelle. Comme l'explique Thommen (2010), au contact de ses proches, l'enfant apprend à caractériser, nommer ses ressentis. Il met au point ce que Saarni (1999) appelle sa « *compétence émotionnelle* » (p. 223), citée par Thommen (2010). La compétence émotionnelle se définit « *par les habiletés sollicitées par l'individu pour gérer les situations émotionnelles. Elle comprend autant les connaissances sur les émotions que la prise de conscience de ses propres émotions ainsi que les régulations plus implicites. Elle permet à l'individu une adaptation efficace à un environnement changeant et complexe.* » (Thommen, 2010, p.223). Parmi ces habiletés, on pense à la fonction de « *référenciation sociale* », c'est-à-dire que l'enfant est en mesure de décrypter les comportements émotionnels des autres (Thommen, 2010). Les émotions permettent bien à l'enfant de « *se lier* » à l'autre et de développer ses capacités communicationnelles. En ce sens, les émotions favorisent le développement social.

2- Les émotions sociales

Comme l'explique M. Suarez (2011), les émotions jouent un rôle important dans le développement, « *elles sont à l'origine et sont le résultat des interactions de l'enfant avec son entourage* » (p.40). Les émotions permettent à l'individu de devenir un être social et d'avoir un comportement adapté en respectant les lois et les normes de la société. P. Dumouchel (1999) affirme que « *les émotions sont sociales au sens où elles sont, non pas le moyen, mais l'être du vivre ensemble humain* » (p.84). En effet, l'individu, capable de référence sociale, peut analyser la communication verbale d'autrui et adapter son comportement au contexte social. Les émotions permettent en ce sens aux individus de se coordonner les uns aux autres. L'enfant apprend à contrôler l'expression de ses émotions pour agir sur autrui et réguler ses interactions sociales. Ainsi, l'individu peut faire le choix de partager ou au contraire masquer ses émotions. De nombreux auteurs, à l'exemple de Bernard Rimé, docteur en psychologie, observent un partage social des émotions. Selon Rimé (2014), la manifestation émotionnelle a une composante sociale inéluctable et fait l'objet d'un partage avec autrui. Nous avons besoin de verbaliser nos émotions et le partage émotionnel encourage le lien social, la cohésion de groupe mais aussi un travail cognitif de celui qui partage dans le sens où cette verbalisation renseigne non seulement soi mais l'autre.

Nous venons de voir que les émotions sont à la base des échanges sociaux et qu'une compétence émotionnelle est nécessaire à la bonne intégration de l'individu dans la société. L'orthophoniste, professionnel de la communication, doit prendre en considération cette dimension de l'échange chez certains de ses patients.

3- Emotions et orthophonie

C'est dans cette première partie que nous avons tenté de définir le concept d'émotion. Nous avons vu qu'il s'agissait d'états affectifs complexes et multimodaux. Nous avons ensuite retracé le développement émotionnel de l'enfant, processus long, avant d'insister sur la valeur communicative, adaptative et sociale des émotions. Cette dernière caractéristique constitue d'ailleurs le point d'ancrage de ce mémoire. Les émotions ont une fonction de communication essentielle, elles sont à l'origine des échanges entre les individus et permettent la régulation des interactions sociales. En ce sens, une perturbation du développement émotionnel peut altérer les capacités communicationnelles de l'individu et entraver son insertion dans la

société. L'orthophoniste, professionnel de santé, ne doit pas considérer uniquement la parole et le langage de son patient mais sa capacité à communiquer en général. Autrement dit, le thérapeute doit s'intéresser, certes, à la compétence linguistique mais aussi à la compétence pragmatique de son patient. Huppert (1996) définit cette compétence pragmatique comme « *la capacité d'un individu à effectuer des choix contextuellement appropriés de contenu, de forme et de fonction, implique à la fois la maîtrise d'habiletés spécifiques [...] et la maîtrise des habiletés cognitives générales [...]* » (p.17), cité par Coquet (2005). La pragmatique s'intéresse ainsi à l'utilisation du langage pour communiquer et les émotions font partie de ses habiletés pragmatiques dans le sens où elles permettent à l'individu d'avoir un comportement « adapté » à la situation de communication. Pourtant, cette compétence pragmatique, et plus précisément cette compétence émotionnelle, peut faire défaut chez certains de nos patients. Un travail sur les émotions en orthophonie semble donc tout à fait indiqué chez des personnes ayant des difficultés communicationnelles ou pragmatiques. C'est le cas notamment pour des enfants atteints de surdité. En effet, les interactions précoces du jeune enfant sourd de naissance non signeur issu d'une famille entendante sont considérées comme atypiques, ceci ayant d'ailleurs un retentissement sur la dynamique familiale. C'est dans cette seconde partie que nous allons voir que la surdité peut impliquer une prise en charge précoce et pluridisciplinaire. En effet, la privation auditive peut avoir des répercussions sur le développement émotionnel de ces enfants sourds impactant leur capacité à exprimer et reconnaître les émotions.

II- SURDITE DE L'ENFANT ET EMOTIONS

A) La surdité

En France, chaque année, un enfant sur mille est touché par une surdité congénitale dite aussi surdité du premier âge (Dumont, 2008). En 2012, le dépistage précoce de la surdité devient obligatoire. L'orthophoniste mais aussi les autres professionnels de santé comme l'oto-rhino-laryngologiste (ORL), l'audioprothésiste, le psychologue, le pédopsychiatre ou l'assistante sociale prennent en charge ces enfants le plus tôt possible, c'est ce qu'on appelle l'éducation précoce. En effet, l'atteinte sensorielle va avoir des incidences sur les premiers échanges entre le bébé et son entourage. Ainsi, comme le mentionne la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations de 2009, les différents professionnels vont participer au développement et au maintien de toutes les formes de communication verbales ou non verbales entre l'enfant

et son environnement. Il revient aux parents de choisir un projet éducatif pour leur enfant comme le précise la loi n°2005-102 : « *Dans l'éducation et le parcours scolaire des jeunes sourds, la liberté de choix entre une communication bilingue, langue des signes et langue française, et une communication en langue française est de droit* ». L'orthophoniste concourt au développement du langage de l'enfant sourd que les parents aient opté pour une approche dite audiophonatoire (acquisition du français parlé) ou pour une approche visuogestuelle (acquisition de la Langue des Signes Française et du français).

Notre étude concerne plus particulièrement des enfants sourds dont les parents ont fait le choix d'une éducation avec communication « en langue vocale française », c'est-à-dire que la voie auditive a été stimulée. Notre propos s'oriente donc sur la prise en charge de cette catégorie d'enfants sourds qui privilégie le développement du langage oral. Dans cette seconde partie, nous commencerons par définir et caractériser la ou les surdité(s), nous verrons ensuite que la surdité implique un suivi pluridisciplinaire et une action orthophonique particulière dans le cas des enfants sourds de naissance ayant un projet oraliste. Enfin, nous nous intéresserons au développement émotionnel de l'enfant sourd de naissance.

1- Les classifications de la surdité

La surdité ou hypoacousie se définit selon différents critères. En effet, l'audition est un phénomène sensoriel complexe qui implique l'oreille et ses afférences. Pour entendre un son ou un bruit, l'onde sonore parvient à l'oreille externe, elle traverse ensuite l'oreille moyenne qui contient toute la chaîne ossiculaire (marteau, enclume, étrier) avant d'atteindre l'oreille interne. L'oreille interne inclut l'organe de l'ouïe, appelé organe de Corti⁹, qui est constitué de cellules ciliées⁹. L'énergie mécanique y est alors transformée en énergie bioélectrique, c'est l'étape de la transduction. Le nouveau signal sillonne alors les voies nerveuses jusqu'à atteindre les centres de l'audition situés dans le lobe temporal (cf. Annexe II).

Nous allons maintenant voir que la surdité se caractérise selon la localisation de la lésion, selon sa date d'apparition et selon le degré de la perte auditive.

⁹Organe de Corti/Cellules ciliées: L'organe de Corti est la « *partie sensorielle de la cochlée, qui repose sur la membrane basilaire et qui contient les cellules ciliées. Ces cellules sont les récepteurs sensoriels qui convertissent les ondes de pression transmises par l'oreille moyenne en impulsions nerveuses qui parviennent au cerveau par l'intermédiaire du nerf statoacoustique.* » (Brin-Henri, Courier, Lederle & Masy, 2004, p.197).

Classification clinique :

La **surdité de transmission** concerne l'oreille externe et l'oreille moyenne c'est-à-dire le tympan et la chaîne ossiculaire. C'est véritablement la partie mécanique de l'oreille qui est touchée, l'onde sonore ne peut pas être transmise correctement à l'organe de Corti. Des traitements médicaux existent dans certains cas, elles sont donc moins définitives que les surdités touchant l'oreille interne. La cochlée étant intègre, l'atteinte auditive ne s'élève pas à plus de 60 décibels (dB) HTL¹⁰ et les déformations acoustiques sont peu nombreuses. La surdité de transmission n'a en général que peu d'impact psychologique (anxiété, repli sur soi, perte de l'estime de soi) mais elle peut entraîner un retard important chez l'enfant sur le plan du développement langagier lorsqu'elle est chronique (Virole, 2000).

La **surdité de perception** est liée à une atteinte de l'oreille interne et plus précisément des cellules ciliées de l'organe de Corti ou des voies nerveuses et centres supérieurs de l'audition (Manrique & Huarte, 2007). En cas d'atteinte neurosensorielle, les cellules ciliées internes, qui garantissent la transduction, sont de moins bonne qualité et en nombre réduit. Ceci va impacter la qualité du message transmis aux centres supérieurs, Virole (2000) précise que cette atteinte de l'organe de Corti entraîne « *sur le plan perceptif une perte en intensité mais également en définition du message par distorsion et perte des propriétés de discrimination* » (p.84). Les surdités de perception renvoient aux surdités dites sévères ou profondes. Elles ont un impact psychologique certain puisqu'elles empêchent le développement du langage spontané de l'enfant.

Classification selon l'âge d'apparition :

On distingue actuellement deux grands types de surdités intimement liés à l'apparition du langage :

- Les **surdités prélinguistiques** : il s'agit des surdités présentes dès la naissance ou avant l'apparition normale du langage, c'est-à-dire avant l'âge de 3 ans.
- Les **surdités postlinguistiques** : elles apparaissent alors que les premières acquisitions linguistiques sont en place. On parle d'enfant ou d'adulte « devenu sourd ».

¹⁰HTL : « On distingue les décibels HTL (Hearing Tone Level), qui sont des décibels de niveau d'audition, et les décibels SPL (Sound Pressure Level), qui sont des unités de mesure du signal physique. » (B. Virole, 2000, p.84)

Classification audiométrique :

L'audiométrie se base sur le seuil liminaire d'audition autrement dit sur le seuil d'audibilité minima d'un grand nombre d'adultes jeunes à oreilles normales. Il faut savoir que pour une audition normale, le seuil liminaire aérien de perception de sons purs est compris entre 0 et 20 dB HTL. D'après les normes du BIAP (Bureau International d'Audio-Phonologie) à la Convention de Heidelberg en 1968 et celles de l'ANSI (American National Standard Institute) en 1969, on compte quatre groupes de surdités (Manrique & Huarte, 2007) :

- les **surdités légères** comprises entre 20 et 40 dB HL (=Hearing Level)
- les **surdités moyennes** comprises entre 40 et 70 dB HL
- les **surdités sévères** comprises entre 70 et 90 dB HL
- les **surdités profondes** qui vont au-delà de 90 dB HL

Notre étude s'intéresse à des enfants ayant une surdité de perception prélinguistique, de degré moyen à profond et issus de familles entendants et non signantes. Les parents, souvent désemparés par le diagnostic de surdité, doivent être accompagnés et soutenus alors que l'enfant peut prétendre à une prise en charge précoce et multidisciplinaire.

2- La prise en charge pluridisciplinaire et l'éducation précoce

Les professionnels qualifiés doivent travailler en équipe de manière à déterminer le suivi et le projet de vie le plus adapté à l'enfant et sa famille. On compte parmi les professionnels un oto-rhino-laryngologiste, un audiologiste, un orthophoniste, une assistante sociale, un pédiatre et un psychologue. C'est l'action conjointe de ces différents intervenants auprès de l'enfant et de sa famille qui va assurer la qualité du développement de l'enfant sourd. D'autre part, nombreux sont les auteurs et les études qui témoignent de l'importance que cette prise en charge soit précoce pour assurer la progression de l'enfant. Ainsi, en quoi la précocité de la prise en charge de l'enfant sourd de parents entendants est-elle essentielle et indiquée?

D'abord parce qu'elle permet de guider les parents « désorientés » par le diagnostic de surdité de leur enfant le plus tôt possible. Nous verrons dans la troisième partie les effets du diagnostic de surdité sur la dynamique familiale (cf. § III-C)-2). La surdité est souvent qualifiée de handicap partagé, car si l'enfant est privé de la modalité auditive dans ses relations, les parents sont eux aussi en difficultés pour communiquer avec leur enfant. Ainsi, la guidance parentale passe par un temps d'écoute des parents, il convient ensuite de les accompagner au mieux pour les aider à accepter le handicap de leur enfant avant de les

informer et conseiller de manière personnalisée. Dumont (1988) parle d'ailleurs d'« *un accompagnement éclairé adapté à chaque situation* » (p.311), citée par Manrique et Huarte (2007). Il s'agit alors de mettre en place un projet thérapeutique avec des objectifs à court et moyen terme pour faciliter et privilégier la communication entre les parents et leur enfant. L'éducation familiale est l'une des préoccupations majeures des professionnels.

La prise en charge précoce permet aussi une meilleure intervention et surveillance orthophonique mais aussi médicale. On sait actuellement que beaucoup de choses se jouent pendant la petite enfance. L'enfant développe un certain nombre d'aptitudes pendant cette période comme l'expliquent Aimard et Morgon (1985), les relations de l'enfant avec son entourage permettent le « *démarrage de ses capacités motrices, intellectuelles, émotionnelles* » (p.88). On sait aussi aujourd'hui qu'il existe une période critique d'apprentissage du langage. Le cerveau est plus sensible à l'acquisition du langage entre la naissance et l'âge de 5 ans (Juárez & Monfort, 2003) d'où l'importance d'une action précoce auprès de l'enfant sourd et de ses parents entendants.

De plus, une prise en charge précoce permet d'élaborer le projet de vie le plus adapté à l'enfant et sa famille. Dans le cas d'un enfant sourd de parents entendants ayant fait le choix d'une approche oraliste, ceci passe notamment par une correction prothétique bien adaptée. Il existe actuellement plusieurs traitements. Ils sont indiqués en fonction du type de surdité, de l'étiologie, du degré d'atteinte auditive ou encore de la date d'apparition de la surdité. Concernant les surdités de perception, celles qui font l'objet de notre étude, deux types de traitements peuvent être proposés. D'abord les prothèses auditives, constituées d'un microphone, d'un amplificateur et d'un écouteur, permettent une amplification du signal pour que les seuils auditifs se rapprochent le plus possible de la normale. L'implant cochléaire est le second traitement qui peut être proposé. Il est constitué d'une partie externe (microphone, puce, piles et antenne) et d'une partie interne (implant et porte-électrodes) placée dans la cochlée dans l'oreille interne (cf. Annexe III). Les électrodes permettent une stimulation électrique du nerf auditif débouchant alors sur une sensation auditive.

Enfin, la prise en charge thérapeutique précoce et pluridisciplinaire de l'enfant sourd intègre aussi son parcours scolaire. La scolarité de l'enfant sourd dépend de ses capacités et de ses possibilités. Il existe des établissements médico-éducatifs pour les enfants ayant une déficience auditive grave. Ces instituts se chargent de l'éducation précoce mais aussi des enseignements scolaires. On privilégie actuellement, si possible, l'intégration scolaire même si un programme adapté est souvent mis en place de manière à privilégier l'écrit (lecture et écriture). On pense notamment aux CLIS type 2 (Classes d'Intégration Scolaire pour enfants

atteints d'un handicap auditif) qui se trouvent au sein des écoles primaires. Cependant, une intégration scolaire individuelle totale est possible, l'enfant sourd suit les mêmes enseignements que ces camarades et bénéficie d'un projet éducatif individualisé. Des intervenants (Auxiliaire de Vie Scolaire¹¹ (AVS), codeur Langage Parlé Complété¹² (LPC) ou enseignant Langue des signes française) viennent soutenir les apprentissages.

Nous venons de voir que la prise en charge de certains enfants sourds s'envisage très tôt et de façon pluridisciplinaire. Ainsi, la qualité du développement de l'enfant est sous-tendue par la guidance parentale, par un suivi médical et orthophonique rapproché, par un traitement et une scolarité adaptés. Nous allons maintenant cibler notre propos sur l'intervention orthophonique et les spécificités de la prise en charge de l'enfant sourd intéressant notre étude.

3- Le développement du langage chez l'enfant sourd et l'intervention orthophonique

Nous allons voir que l'orthophoniste peut avoir un rôle essentiel dans la prise en charge de l'enfant sourd. L'action du professionnel n'est pas la même selon le type et surtout selon la date d'apparition de la surdité. Nous concentrons ici notre propos sur le travail que l'orthophoniste peut mener dans le cadre d'une surdité congénitale.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'orthophoniste travaille en éducation précoce, nous allons voir en quoi cela consiste. Il doit accompagner les familles et les renseigner sur le handicap auditif mais aussi sur les aptitudes et capacités de l'enfant en développement. En effet, si la surdité a une incidence sur le développement langagier, d'autres facteurs tels que le comportement, le niveau intellectuel, culturel ou social jouent un rôle dans son acquisition. Dès le début de sa prise en charge, l'orthophoniste doit considérer les particularités de l'accès au langage de l'enfant sourd et en faire part aux parents. On sait aujourd'hui pour la plupart des enfants sourds que même s'ils ont été dépistés et appareillés précocement, une déprivation linguistique est observée. Ainsi, même si les parents envisagent une approche dite oraliste

¹¹Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) : « *personne s'occupant de l'accompagnement, de la socialisation, de la sécurité et de la scolarisation d'enfants en situation de handicap ou ayant un trouble de santé invalidant* » (Brin-Henri, Courrier, Lederle & Masy, 2004, p.33).

¹²LPC : Langage Parlé Complété : « *ou Cued Speech, c'est un codage gestuel simultané à la parole, destiné à faciliter la lecture labiale en différenciant les sosies labiaux, et en indiquant la présence des phonèmes non visibles : [R], [k], [g]...Huit configurations de la main informent sur les consonnes, cinq localisations de la main informent sur les voyelles. Configuration et localisation sont combinées pour permettre un codage syllabique, plus apte à être superposé à la parole et à la représenter (respect du rythme et du phonétisme de la langue) [...]* » (Ibid, p.149).

pour leur enfant appareillé, les signes de la Langue des Signes Française (LSF) sont les plus à la portée du jeune enfant et permettent un soutien de la parole. Ducharme et Mayberry (2005) expliquent à ce propos que cette initiation aux gestes de la LSF a des effets tout à fait intéressants à terme sur le développement du langage oral. On sait aussi actuellement que le petit enfant sourd suit les mêmes étapes « prélinguales » que l'enfant normo-entendant mais de façon décalée (Manrique & Huarte, 2007). Lors des premiers mois de la vie et notamment lors du stade des vocalisations (de 0 à 2 mois), plusieurs études s'accordent sur le fait que les vocalisations des bébés entendants et sourds ne présentent pas de différence significative (Manrique & Huarte, 2007). Lors du stade de la production des syllabes archaïques entre 1 et 4 mois, Vinter (1994) confirme par son étude le fait que les enfants sourds non signants, quel que soit le degré de perte auditive, ont un répertoire plus stéréotypé et produisent moins de sons, cité par Manrique et Huarte (2007). De plus, il observe une variation du timbre et des productions de plus courtes durées. L'orthophoniste peut à ce stade signifier aux parents l'importance des interactions avec leur enfant, notamment sur le plan visuel. Le regard permet la mise en place d'une relation et d'un lien fonctionnel avec les vocalisations des parents. Comme l'explique Dumont (2008), communiquer ne signifie pas seulement entendre, communiquer « *c'est échanger par tous les moyens dans une dynamique d'adaptations et d'ajustements réciproques.* » (p.24). Ce canal visuel peut être entraîné en séance d'orthophonie de façon à encourager l'enfant dans la prise d'indices visuels. Ainsi, l'orthophoniste peut conseiller aux parents d'accentuer leurs mimiques, leurs expressions faciales et de mettre les mains à hauteur du visage pour que l'enfant regarde en sa direction. En bref, le thérapeute tente de favoriser tous les indices corporels et moteurs, l'objectif étant de montrer aux parents l'importance de la communication en général pour qu'ils ne se focalisent pas uniquement sur la communication vocale. Concernant le babillage¹³ vocal, si d'après l'étude de Oller et Eilers (1988) il apparaît vers 7 mois et toujours avant 11 mois chez l'enfant entendant, il est présent en moyenne à 24 mois voire à 3 ou même 4 ans chez des enfants appareillés ayant une surdité sévère à profonde selon Vinter (1994), cités par Manrique et Huarte (2007). Cependant, Charlier (2006) observe un babillage manuel important chez l'enfant sourd exposé précocement à la langue des signes. Le babillage est un élément auquel est particulièrement sensible l'orthophoniste, il est l'un des premiers

¹³Babillage : « *Productions vocales du bébé, commençant aux alentours de 7 mois par le babillage canonique. On parle de babillage dès que l'enfant commence à produire des syllabes organisées selon l'opposition entre la contraction du tractus vocal (trait articulatoire de la consonne) et l'ouverture du tractus vocal (trait articulatoire de la voyelle) [...]* ». (Brin-Henri, Courrier, Lederle & Masy, 2004, p.35)

marqueurs de l'attention conjointe. Or les parents, du fait du retard et/ ou de la déviance des productions de leur enfant, ne répondent souvent pas suffisamment ni à cette première communication ni aux gestes de leur enfant (Hage, Charlier & Laybaert, 2006). En ce sens, l'enfant sourd a moins l'occasion d'être encouragé dans ses productions, il convient de sensibiliser les parents pour qu'ils soient plus attentifs à ces premiers échanges. D'autre part, Vinter (1994) constate que l'enfant sourd acquiert le stade de l'allongement final aux alentours de 30-32 mois, cité par Manrique et Huarte (2007). Ce stade constitue un marqueur essentiel de la structuration temporelle de la parole, il est présent entre 12 et 13 mois chez l'enfant entendant. Cependant, Vinter (1987) a montré qu'un appareillage précoce a des effets positifs sur les productions vocales de l'enfant sourd notamment sur le plan de la mélodie, de la qualité vocale et enfin sur le plan du babillage canonique, cité par Manrique et Huarte (2007). L'orthophoniste est amené à jouer un rôle important lors de l'appareillage de l'enfant. Il doit accompagner et contribuer à l'éducation auditive qui constitue un point fondamental de l'éducation précoce. Le port de l'appareil, qu'il s'agisse de prothèses auditives conventionnelles ou d'implant cochléaire, se fait progressivement, il est important que l'enfant ressente le bénéfice de son appareil. Ensuite, l'éducation auditive consiste à inscrire l'enfant dans le monde sonore de manière à ce qu'il se l'approprie et à ce qu'il interprète un maximum d'informations acoustiques. A compter du stade du développement proprement verbal, c'est-à-dire après 10 mois, qui comprend le babillage mixte mais aussi la phonologie, le lexique et la morphosyntaxe, Manrique et Huarte (2007) expliquent que l'enfant atteint d'une surdité sévère à profonde et ayant un projet oraliste ne peut pas développer spontanément la langue vocale. Une aide à la fois technique et orthophonique est alors nécessaire. Comme chez les enfants entendants, on observe des profils du développement langagier très hétérogènes chez les enfants sourds. L'étude de Gregory et Mogford (1981) met en avant un certain retard de l'enfant sourd dans l'acquisition du lexique par rapport à un enfant entendant, cité par Manrique et Huarte (2007). Ces données doivent être cependant interprétées avec précaution. Les enfants sourds sont dans un apprentissage et non dans une acquisition de la langue vocale, ils n'ont pas un feed-back auditif aussi important que les enfants entendants. Pour Juárez et Monfort (2003), un enfant qui entend bien « *peut profiter d'un « bain » de langage continu, qu'il le veuille ou pas, qu'il y prête beaucoup ou peu d'attention* » (p.34), ce n'est pas le cas de l'enfant sourd qui se voit privé de tout un tas de stimulations langagières vocales (le vocabulaire adulte, les apartés...). Ainsi des enfants sourds appareillés qui investissent la langue vocale ont souvent des difficultés sur les plans temporel (durées allongées) et rythmique (syllabe accentuée) de la parole, des difficultés

d'articulation (phonèmes vélaux et palataux), de vocabulaire, de compréhension et d'expression orales. Toutes ces difficultés rencontrées par l'enfant sourd mais celles rencontrées aussi par l'entourage entraînent des attitudes de communication particulières. Selon Deleau (2007), le langage adressé à ces enfants sourds est souvent simplifié et très utilitaire. L'auteur parle de « *langage de désignation* » (p.305) (« c'est une marguerite », « où est le chat ? ») et de « *langage d'ordre* » (p.305) (« passe-moi le sel »). Ainsi, le langage se voit modifié sur les plans quantitatif, les parents s'adressent moins à leur enfant, et qualitatif, les ébauches de l'enfant ne sont pas toujours reprises, le lexique employé est simple, peu varié, les intonations sont très souvent impératives, pouvant influencer à terme le développement langagier de l'enfant (Dumont, 2008). Ainsi, le rôle de l'orthophoniste peut consister à mettre en place une relation signifiant/signifié de façon à ce que l'enfant sourd puisse accéder à des significations partagées. On cherche à faire entrer l'enfant dans le code¹⁴ de manière à ce qu'il puisse comprendre son entourage et se faire comprendre. On note qu'il s'agit souvent au départ d'un code intrafamilial, on observe parfois des « familiolectes », des enfants sourds issus de familles entendantes mettent en place des systèmes de communication gestuels linguistiquement organisés que l'on nomme « homesigns » (Fusellier-Souza, 2001). L'orthophoniste peut alors utiliser et proposer aux parents toutes sortes d'aides à la communication, on pense au LPC, au français signé¹⁵, à la langue des signes française¹⁶ (LSF), au « motherese ¹⁷ » ou encore au regard, aux gestes, aux mimiques qui vont encourager l'émergence du langage oral. Enfin, l'orthophoniste, en fonction de l'âge et des besoins de l'enfant peut être amené à travailler et renforcer tous les domaines mentionnés plus haut comme l'articulation, la phonologie, le lexique, la syntaxe, la morphosyntaxe mais aussi l'orthographe, le sens, l'implicite, l'abstrait, les interactions ou encore les émotions.

¹⁴Code : « *système de signes conventionnels, commun à plusieurs individus, obéissant à des règles de fonctionnement déterminées communautairement, utilisé pour la transmission d'un message d'un émetteur vers un récepteur. Cette transmission s'effectue sur un mode prédéterminé (linguistique, gestuel, graphique, etc.).* » (Brin-Henri, Courier, Lederle & Masy, 2004, p.55)

¹⁵Français signé : « *compromis entre la langue française orale et la langue des signes française, le français signé utilise les signes de la langue des signes dans l'ordre syntaxique de la langue parlée, ce qui permet de signer et d'oraliser en même temps (communication bimodale) mais pas de respecter la syntaxe de la langue des signes française [...]* » (Ibid, p.116)

¹⁶Langue des signes française: « *langue à part entière, utilisée par les sourds pour communiquer entre eux, elle possède comme toutes les langues naturelles une double articulation, un lexique, une syntaxe et une grammaire* » (Ibid, p.151)

¹⁷Motherese (ou mamananais) : « *terme anglais exprimant une forme particulière de langage, renvoyant aux modulations de la prosodie et de la voix de la mère ou des adultes parlant aux bébés [...]* » (Ibid, p.178)

Ainsi, des enfants sourds de naissance appareillés et n'utilisant pas la langue des signes sont privés d'un « bain de langage vocal » durant leur petite enfance. Nous avons vu que ces enfants peuvent rencontrer des difficultés dans de nombreux domaines. Il est nécessaire de les accompagner en orthophonie pour qu'ils soient plus performants et plus autonomes dans leur communication. Nous allons voir maintenant en quoi le développement émotionnel de l'enfant sourd diffère de celui de l'enfant entendant et peut justifier un travail orthophonique.

B) Les émotions de l'enfant sourd

1- La vie émotionnelle sans audition

a) Les compétences émotionnelles de l'enfant sourd

Un jeune enfant sourd, ayant fait le choix d'une approche oraliste et n'ayant pas encore les ressources nécessaires pour verbaliser ou plus simplement interagir à propos des émotions, peut voir son développement émotionnel entravé. Nous avons vu précédemment que les émotions sont multimodales, elles s'expriment par des mimiques faciales, des mots (le lexique émotionnel), des postures corporelles mais aussi vocalement. Or, d'après Lecanuet, Granier-Deferre et Busnel (1987), le fœtus expérimente, durant les quatre derniers mois de la grossesse, la voix maternelle. Cette familiarisation prénatale aux signaux de la parole a un effet rassurant et tranquillisant après la naissance. L'enfant sourd serait donc privé de ces premières expérimentations vocales même s'il est à même de ressentir d'autres éléments émotionnels tels que les mouvements ou les postures de sa mère. On constate aussi que l'attention conjointe, bien que présente chez ces enfants, n'est perçue que dans sa modalité visuelle impactant alors les prérequis du langage vocal. En effet, vers 4 mois environ, l'enfant est capable de suivre le regard de sa mère. Cette dernière peut traduire verbalement toutes ses actions. L'enfant est exposé aux mots, à la mélodie langagière mais aussi à la verbalisation des ressentis de sa mère. L'attention conjointe permet ainsi à l'enfant d'accéder à des significations comme l'émotion ressentie par sa mère dans une certaine situation par exemple. C'est cette mise en mots qui permet entre autres au bébé d'atteindre la signification de ses propres émotions. Par ces interactions, l'enfant peut accéder à des représentations mentales et être plus performant dans l'échange. Ainsi, les enfants sourds qui intéressent notre étude ne bénéficient pas de cette mise en mots, notamment des émotions. Les référents visuels, souvent liés à des objets, leur sont les plus accessibles. De plus, pour Colleau-Attou, Silhol, Beaud,

Roman, Triglia, Bellier-Clary et Berthier (2011), la voix est un véritable « *visage auditif, elle s'associe aux expressions faciales pour en compléter et préciser le sens* » (p.3). Les enfants sourds ayant une surdité congénitale ne profitent pas de toutes ces stimulations vocales et références sonores. Ces enfants ne peuvent associer la voix, le ton avec le visage en mouvement ou la mimique faciale exprimée, ils ont une expérience différente et singulière avec les visages. Cependant, notons que ces enfants sourds peuvent associer les mouvements, la tension des gestes ou encore la vitesse des mouvements aux mimiques. Ils sont en mesure d'avoir des échanges interpersonnels comme tous les autres enfants (regards, gestes, vocalisations) mais ils n'empruntent pas les voies afférentes de l'audition. Plusieurs travaux de Goldin-Meadow, professeur en psychologie, appuient l'idée que chaque individu a besoin de communiquer, l'intention sémiotique serait inhérente à l'homme. Selon Goldin-Meadow (2006) les « homesigns » (gestuelle « maison ») chez les enfants sourds non signeurs assurent toutes les fonctions de communication. Cependant, l'accordage affectif et l'intersubjectivité, habiletés pragmatiques au cours de la période « prélangagière », bien que possibles, sont perturbées chez ces enfants sourds. Les interactions affectives, qui constituent le climat émotionnel de la communication entre l'enfant sourd de naissance non signeur et sa mère entendante, sont biaisées. La boucle interactive entre l'enfant et sa mère n'est que partiellement effective du fait du déficit auditif. Les interactions comportementales et notamment visuelles sont absolument essentielles, elles doivent être privilégiées par les parents. Rappelons que si l'enfant sourd non signeur n'a pas accès à l'expression verbale des émotions, il perçoit d'autres indices émotionnels tels que l'expression faciale ou la gestualité. De la même façon, l'enfant sourd a des capacités empathiques mais elles demeurent moins performantes que chez l'enfant entendant. L'enfant sourd de naissance non signeur accède plus difficilement à la signification de ses propres ressentis, il est donc en difficulté pour décoder le contenu psychique de son partenaire de communication. Ceci impacte une autre compétence pragmatique, plus tardive, à savoir la théorie de l'esprit. Marschark (1993) montre que les enfants sourds nés de parents entendants peuvent difficilement faire l'expérience « *d'états mentaux n'ayant aucun référent matériel et visible* » (p.83) avec leurs pairs ou les membres de leur famille, cité par Siegal, Pascalis et Want (2003). Or selon Siegal et al. (2003), plusieurs études semblent démontrer que la théorie de l'esprit est liée à une période critique et sa mise en œuvre serait dépendante de l'expérience. On sait que ces enfants sourds sont moins exposés à la verbalisation d'états mentaux d'autrui. Ils saisissent plus difficilement les croyances des autres et acquièrent ainsi des compétences en théorie de l'esprit plusieurs années après leurs homologues entendants. Il est intéressant de noter que

Cyril Courtin (1999), docteur en psychologie, a montré dans son étude que des enfants sourds de parents sourds signeurs développent normalement leurs capacités en théorie de l'esprit et ont même tendance à surpasser leurs homologues entendants par leur précocité dans la maîtrise des perspectives visuelles.

Ainsi, nous venons de voir que les compétences émotionnelles de certains enfants sourds de naissance issus de familles entendants et non signantes sont modifiées. Les habiletés pragmatiques de ces enfants sourds demeurent plus tardives et moins performantes, entravant leur développement émotionnel et affectif.

b) Les conséquences de la surdité sur le développement émotionnel et affectif

Si nous avons pu faire état du développement chronologique de l'expression, du lexique et de la reconnaissance émotionnelle chez l'enfant « typique », il existe peu de données concernant le développement émotionnel de l'enfant sourd de naissance non signeur. Ce manque de données dans la littérature tient notamment au fait que la surdité renvoie à de nombreux profils selon la date d'apparition, selon le degré d'atteinte, selon le milieu socio-culturel de l'enfant, le type d'appareil auditif, la date d'appareillage, le gain prothétique, la prise en charge ou non orthophonique, le projet thérapeutique engagé, la présence de troubles associés ou non... Les chercheurs sont confrontés à une population sourde très hétérogène rendant compliquée toute évaluation objective.

Cependant, nous savons, au vu du précédent point, que le développement émotionnel de l'enfant sourd de naissance non signeur se voit bouleversé par l'absence de dimension sonore. Les deux mémoires sur lesquels nous nous sommes appuyés témoignent d'un certain retard de l'enfant sourd dans le développement de ses capacités émotionnelles. Hallié (2010) a comparé les capacités émotionnelles d'enfants implantés cochléaires âgés de 4 à 9 ans (population de 9 enfants, moyenne d'âge : 7 ans 5 mois) et d'un groupe contrôle d'enfants entendants (population de 24 enfants, moyenne d'âge : 5 ans 5 mois). Les deux populations d'enfants ont suivi le même protocole qui se compose d'épreuves de production d'émotions, d'une épreuve de perception des modifications faciales, d'une épreuve d'inférence d'états mentaux et d'épreuves de reconnaissance des émotions. Son travail met en avant le fait que les enfants implantés cochléaires ont les mêmes capacités que les enfants entendants mais à deux ans d'intervalle. Ainsi, pour Hallié (2010) on peut « *supposer que les enfants implantés cochléaires connaissent un retard dans leurs compétences émotionnelles- secondaire à leur*

retard de parole-langage- par rapport à leur âge et donc à leurs pairs. » (p.100). En effet, son étude, qui se base sur la compétence langagière des enfants, montre globalement que les enfants implantés cochléaires n'ont pas plus de difficultés sur le plan des émotions que les enfants entendants lorsque les deux groupes ont un même niveau de langage. Cette dernière donnée est à tempérer au vu de l'échantillon étudié, nous savons que les interactions atypiques de l'enfant sourd non signeur avec son entourage modifient le développement global de l'enfant. Si le retard de parole-langage impacte fortement le développement du lexique émotionnel, il n'est pas le seul responsable du déficit des compétences émotionnelles de l'enfant sourd.

D'autre part, Huve (2012) s'est intéressée à la compréhension des états émotionnels à travers l'expression faciale, la prosodie et le contexte chez des enfants sourds de 3 à 6 ans portant un appareillage conventionnel (population de 8 enfants, moyenne d'âge : 4 ans 9 mois) par rapport à une population d'enfants typiques (population de 16 enfants allant de la PSM (Petite Section de Maternelle) à la GSM (Grande Section de Maternelle)). Les enfants sont regroupés par niveau langagier et passent un protocole d'évaluation des émotions qui comprend : des épreuves de production des émotions, des épreuves de reconnaissance des émotions, une épreuve d'appariement des émotions et une épreuve d'inférences d'états mentaux. Les résultats obtenus montrent que les enfants sourds obtiennent en général de moins bons résultats que les enfants entendants dans les épreuves de production des émotions hormis pour les épreuves d'imitation de la prosodie et d'appariement d'une expression faciale à une prosodie où les résultats obtenus sont similaires à ceux des enfants entendants. Dans l'épreuve de production sur imitation, Huve (2012) constate plusieurs différences entre les deux groupes. Les enfants sourds imitent d'abord mieux la colère puis la joie et la tristesse alors que les enfants tout-venants imitent respectivement mieux la joie, la tristesse puis la colère. Les enfants sourds ont tendance à faire les mêmes confusions dans les tâches de désignation et de dénomination de la prosodie que les enfants normo-entendants (joie-colère ; tristesse-colère ; tristesse-joie) mais elles sont plus nombreuses. Enfin, les enfants sourds réussissent en général moins bien l'épreuve d'appariement des émotions que les enfants typiques. Les émotions de la joie et de la colère sont les mieux comprises par les enfants sourds en fonction de l'expression faciale et de la prosodie. Les résultats de ces deux études, bien qu'ils doivent être interprétés avec précaution au vu des populations étudiées, appuient l'idée que ces enfants sourds appareillés connaissent un certain retard et donc des difficultés dans leurs aptitudes émotionnelles. En 1985, Aimard et Morgon évoquaient des « *difficultés de freinage émotionnel* » (p.31). D'après eux, l'enfant sourd est peu confiant. Il exprime davantage de

peur et d'appréhension que l'enfant entendant car il ne reçoit pas toutes les stimulations langagières engageantes et rassurantes de ses parents dans ses actions. L'enfant sourd non signeur qui n'a pas encore les ressources verbales suffisantes pour exprimer et comprendre son entourage a du mal à symboliser, contrôler ses émotions et a un sentiment d'insécurité. Il est soumis à une certaine immédiateté des événements le rendant davantage coléreux et susceptible. Comme l'explique Virole (2000), l'enfant sourd n'a pas toujours les moyens de partager ses émotions, il n'est pas toujours capable d'« *exprimer avec des signifiants linguistiques aisément disponibles les éprouvés internes (affects) ressentis* » (p.385), d'où la récurrence des tableaux de colères, d'hyperactivité ou de comportements parfois violents recensés chez certains enfants sourds. Nous allons désormais voir que ce développement émotionnel assez atypique a certaines répercussions sur la socialisation de ces enfants sourds.

2- Le comportement social de l'enfant sourd

Certains enfants sourds appareillés peuvent rencontrer des difficultés d'intégration dans la société. L'absence de contrôle auditif, l'espace de communication réduit, le défaut d'explications verbales, le manque d'indices prosodiques ou encore rythmiques, la perturbation des habiletés pragmatiques et en particulier celles centrales dans ce mémoire, c'est-à-dire émotionnelles, sont autant de raisons qui peuvent impacter le comportement social de l'enfant sourd.

En effet, nous avons vu que le déficit auditif de ces enfants impose des contraintes communicationnelles. La proximité et le contact visuel sont indispensables pour que l'enfant sourd puisse participer à une conversation. D'autre part, l'enfant sourd, qui n'a pas accès à tous les indices prosodiques et rythmiques du discours, est parfois en difficulté pour dialoguer et appréhender les intentions de son interlocuteur. Ce manque d'indices rend plus compliqué l'apprentissage des règles conversationnelles et sociales comme les tours de parole ou le maintien ou l'arrêt de l'échange. Comme nous l'avons expliqué dans la première partie de notre propos, les émotions sont sociales. Elles permettent à l'individu de devenir un être social et adapté. Or la compétence émotionnelle que nous avons définie dans la partie théorique n'est pas tout à fait opérante chez l'enfant sourd de naissance non signeur. Les habiletés nécessaires à la gestion des situations émotionnelles ne sont pas suffisamment développées ou efficaces entraînant le plus souvent un décalage dans la communication et menant parfois à une incompréhension voire à un échec de l'échange. Cet échec peut alors conduire à un certain isolement de l'enfant sourd n'ayant pas les ressources verbales

suffisantes pour comprendre et se faire comprendre. Il ne s'agit pas là d'une généralité mais l'enfant sourd peut être isolé car angoissé par la situation de communication. Il peut être amené à avoir peur de ne pas comprendre ceux qui l'entourent et peut alors éviter toute situation à risque. Certains enfants sourds, qui ne parviennent pas à décrypter le message de l'autre ou à se faire comprendre, peuvent parfois exploser et exprimer leur exaspération par des comportements plus agressifs et directs. Ainsi, il est parfois compliqué pour ces enfants d'entretenir un lien social avec leurs camarades.

Ainsi, nous comprenons que les émotions sont inhérentes à nos discours et, d'après Wallon (1984), indispensables à la création de liens sociaux structurés et adaptés, cité par Brun (2001). Les émotions, rappelons-le, sont l'un des premiers moyens d'échange entre le bébé et son entourage, elles sont donc aussi importantes pour l'enfant sourd que sa famille. C'est pour cette raison que nous avons fait le choix de nous inscrire dans une approche systémique.

III- APPROCHE SYSTEMIQUE DE LA SURDITE

A) La systémique

C'est suite aux cours dispensés à l'école d'orthophonie de Poitiers par Jean-Pierre Bernard, psychologue systémicien à l'association régionale DIAPASOM (Dispositif Individualisé d'Accompagnement Pour l'Autonomie des personnes Sourdes Ou Malentendantes) du Poitou-Charentes, que nous avons découvert la systémique. Ce propos se base en partie sur son apport théorique car il n'existe à notre connaissance pas d'ouvrage traitant de systémique et de surdité. Cette approche s'intéresse aux relations humaines et a conduit à la thérapie familiale systémique. Il s'agit d'une prise en charge globale, ainsi le symptôme présenté par l'un des membres de la famille est envisagé à l'échelle familiale. Nous allons voir que cette approche se révèle être intéressante dans le domaine de la surdité. En effet, la surdité renvoie à un handicap partagé, elle désorganise les premiers échanges, notamment émotionnels, entre le bébé et ses proches. Une thérapie familiale systémique peut alors être envisagée pour permettre une prise en charge plus intégrale, ou du moins différente, de l'enfant sourd. Ainsi, nous commencerons par présenter succinctement le courant systémique, nous nous intéresserons ensuite au système familial avant de voir les impacts que peut entraîner la surdité sur ce dernier. Nous verrons enfin en quoi cette approche peut être intéressante en orthophonie et comment notre étude s'est inscrite dans ce cadre théorique.

1- Emergence du modèle systémique

La pensée systémique émerge dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle alors que s'opère une sorte de prise de conscience de la complexité du monde. Elle vient alors s'attaquer à la pensée dite classique, appelée aussi « positivisme », basée sur la toute-puissance de la raison. Plusieurs chercheurs, par leurs travaux, montrent alors les limites d'une telle pensée, d'une part pour appréhender, comprendre la complexité, et d'autre part pour agir sur cette complexité (Certu, 2008). On pense en particulier à Gregory Bateson, chercheur qui marque le début de la pensée systémique. Historiquement, le modèle systémique naît d'un apport de nombreux champs théoriques comme la psychologie, la philosophie, la logique, les sciences de la communication, les sciences physiques ou encore la biologie. Tous s'intéressent à la communication et s'interrogent sur les relations, les interactions des êtres et des systèmes vivants et non vivants. Comme le définit Von Bertalanffy « *un système est un ensemble d'unités en interrelation mutuelle. Ces interrelations étant de nature non aléatoire (il y a une organisation) et telle que si l'une est modifiée, les autres le sont aussi. Par conséquent, tout l'ensemble est transformé.* », selon J-P Bernard (cours du 7/11/13). Ces études sur la communication mais aussi les « Conférences de Macy » organisées à New-York de 1942 à 1953 par des chercheurs spécialistes dans divers domaines font émerger une nouvelle discipline qui prend le nom de « cybernétique » en 1948. La cybernétique se veut la science du contrôle des systèmes. Elle est un modèle de communication et étudie l'information circulante et les principes de l'interaction dans des systèmes autorégulés. Les chercheurs s'intéressent à l'organisation, au comportement global du système et de ses composants et à son équilibre. Ainsi, la science cybernétique est considérée comme à l'origine de la conception systémique (Albernhe & Albernhe, 2014). C'est Ludwig von Bertalanffy, biologiste, qui est le premier à mettre au point les « *lois cybernétiques des systèmes ouverts à l'équilibre* » (Albernhe & Albernhe, 2014, p.51). Nous les verrons lors d'un prochain point, il s'agit de lois générales qui ont pour objectif de réguler, stabiliser ces systèmes. Il est aussi à l'origine, en 1968, de la « *Théorie générale des systèmes* » avec son ouvrage *General System Theory*, cette théorie défend l'idée selon laquelle tout est système et tout peut être envisagé selon cette logique des systèmes. Les chercheurs en sciences humaines ont d'ailleurs par la suite cherché à vérifier ces lois « universelles » en psychologie familiale, c'est l'émergence de l'Ecole de Palo Alto.

2- L'Ecole de Palo Alto

L'Ecole de Palo Alto marque véritablement l'origine de la pensée systémique. Elle désigne un groupe de chercheurs de divers horizons réunis dans la ville californienne de Palo Alto (Picard & Marc, 2013). Tous sont à la base des fondements de « *l'approche systémique et interactionniste des phénomènes humains* » (Picard & Marc, 2013, p.3) et de sa propagation mondiale. Bateson y joue un rôle très important, c'est lui, qui en 1950 à Palo Alto, met en place un premier groupe de travail. Bateson est en effet convaincu de l'importance des réactions de l'entourage sur l'individu, selon lui ces dernières impactent le comportement de l'individu. Ils posent déjà là de grands concepts comme celui de l'« autorégulation » ou encore celui de « feed-back » dit aussi de « rétroaction ». L'approche systémique révolutionne des modèles de pensée antérieurs dans le monde du travail ou de l'organisation mais aussi des disciplines comme la psychiatrie. La systémique est à la fois le nouveau paradigme scientifique de référence mais aussi une discipline avec une démarche intellectuelle particulière à suivre. L'idée novatrice de ce groupe consiste à considérer la communication sur un mode interpersonnel. L'homme est perçu comme un être « communicant ». Dans les années 1950, Bateson s'intéresse plus particulièrement à la schizophrénie et recrute Jackson, psychiatre, à Palo Alto. Les deux hommes abordent cette pathologie en tant que spécialistes des communications. Jackson se préoccupe alors de l'importance des relations familiales dans la pathologie de ses patients (Picard & Marc, 2013) menant à l'intérêt porté aujourd'hui au système familial et aux thérapies familiales systémiques.

B) La famille comme système

1- Propriétés formelles des systèmes ouverts

Comme nous l'avons expliqué, Jackson est donc le premier, en 1957, à s'intéresser de plus près au système familial (Durand, 2013). La famille renvoie en effet à un système ouvert hiérarchisé et organisé en sous-systèmes, on entend par là les membres qu'elle contient comme le couple parental ou la fratrie. Ces sous-systèmes sont liés, intriqués les uns aux autres car les membres de la famille entretiennent des relations durables dans l'espace et dans le temps. Ainsi, le système familial répond aux propriétés formelles des systèmes ouverts mentionnées ci-dessous, à savoir :

La Totalité du système : le système étant un tout constitué de plusieurs éléments, une modification de l'un de ses éléments entraîne une modification de tous les autres et donc du système entier. Cette propriété appliquée au système familial nous permet de comprendre que le comportement de chacun des membres est lié au comportement de tous et en dépend. Ainsi, si l'un des membres de la famille connaît une difficulté, un changement, on pense au diagnostic d'une surdité, l'ensemble de la famille en est impact  et modifié. Cette propriété est absolument fondamentale car c'est elle qui rend légitime l'intervention d'un tiers (psychologue, soignant, orthophoniste) dans le système familial, la famille étant considérée comme une unité.

La Non-sommativit  des éléments : si le système est un ensemble d'éléments, il n'est pas réductible à la somme de ses éléments. Les éléments du système sont en perpétuelle interaction, ainsi Albernh  et Albernh  (2014) expliquent que les « *possibilités interactives du système se trouvent multipliées et non seulement additionnées* » (p. 53). Cette propriété appliquée à la famille nous permet de concevoir qu'un enfant entretient des relations avec ses frères et sœurs mais aussi avec ses parents et parfois même des relations exclusivement maternelles ou paternelles. On comprend alors que l'analyse isolée d'un élément du système, par exemple l'enfant atteint de surdité, sans prendre en compte ses échanges avec son milieu, dénature l'objet étudié c'est-à-dire la famille en tant que système.

L'Equifinalit  et la Circularité : l'équifinalité renvoie au fait que le système, bien que composé de plusieurs éléments, forme une unité et les interactions qui en découlent sont spécifiques, codifiées et non prédictives ni généralisables. Si chaque élément du système concourt à sa propre finalité, ensemble ils permettent la survie du système entier, Albernh  et Abernh  (2014) parlent d'une « *cohérence interne* » (p. 53). Or, cette « *cohérence interne* » n'est pas le résultat de relations linéaires entre les éléments mais bien de relations circulaires faisant intervenir des boucles de rétroaction. La circularité est une notion absolument essentielle, elle renvoie aux échanges entre le système et son environnement ou entre les éléments du système. Tant qu'une énergie circule entre les éléments, le système peut s'adapter et évoluer, à l'inverse l'absence de circulation d'énergie conduit à un figement dangereux du système. Le système familial réagit à cette circularité et oscille entre deux tendances. La première consiste à rechercher une certaine stabilité, la famille recherche sans cesse un équilibre rassurant, la seconde tendance consiste à s'adapter au changement. Le système familial peut connaître des crises qui entraînent une transformation. Il doit alors s'adapter et

remettre en question l'ancien équilibre. On observe deux réactions possibles. La première est l'homéostasie. Comme l'expliquent Albernhe et Albernhe (2014), la famille déploie des « *moyens de contention* » (p.54), elle cherche à résister au changement et à maintenir son état initial. Cette tendance à l'homéostasie peut finir par provoquer l'apparition de symptômes. La deuxième réaction renvoie à la capacité de se transformer. La famille met alors en œuvre des mécanismes de régulation qu'on appelle boucles de rétroaction. Il existe deux types de rétroactions. Les négatives caractérisent l'état stable d'une famille, c'est lorsque la famille cherche à renforcer ses modes de communication existants et annule son aptitude au changement. Un tel comportement peut entraîner à terme une certaine rigidité familiale. Les rétroactions positives vont au contraire accélérer le changement et permettre au système d'évoluer. Ce sont ces rétroactions positives que le thérapeute va chercher à mettre en action en thérapie familiale systémique, mais attention, il faut une juste mesure car trop de rétroactions positives peuvent déstabiliser et entraîner une mauvaise cohésion groupale. Les jeux comme les questionnaires que nous avons conçus sont censés amener de la « circulation », chaque membre de la famille et plus particulièrement les parents vont se renseigner sur l'expression et la compréhension des émotions de leur enfant. Nous allons désormais voir que la famille répond aussi aux cinq principes d'un système ouvert permettant à terme son maintien et sa bonne évolution temporelle et spatiale.

2- Principes d'un système ouvert

D'après les cours de J-P Bernard (2013), les thérapies familiales systémiques s'appuient sur plusieurs grands principes de la systémique :

Les interactions : ce sont toutes les actions réciproques qui s'effectuent entre les éléments du système, tout ce qui se passe à l'intérieur du système. Ainsi, les membres du système familial interagissent et échangent entre eux de manière continue.

L'interface : tous les systèmes ouverts sont en général reliés à d'autres systèmes, ils communiquent avec d'autres systèmes. Ainsi, le système familial est amené à échanger avec d'autres systèmes familiaux ou avec l'école par exemple.

L'organisation : nous avons déjà mentionné le fait que le système est organisé en sous-systèmes. Il y a un agencement des relations entre les différents éléments du système

permettant la formation d'une nouvelle unité dotée de qualités que n'ont pas les éléments du système. Plus concrètement au sein du système familial, les échanges, par exemple, du sous-système « fratrie » ou « frères et sœurs » dépassent les qualités propres de ce sous-système.

La complexité : elle est justement liée à la notion d'organisation et dépend du nombre d'éléments qui composent le système mais aussi du nombre de relations entre ces éléments. Il s'agit en quelque sorte de la quantité d'informations que contient le système.

L'évolution : le système évolue dans le temps. Il se modifie au travers de phénomènes successifs de changements, de déstabilisations, de réorganisations, de crises. On parle de « cycle de vie » pour le système familial.

Nous allons maintenant voir que le diagnostic de surdité peut entraîner une crise potentielle du système familial d'où l'intérêt d'une thérapie familiale systémique.

C) Surdité et dynamique familiale

1- La famille : rôles et fonctions

a) La conception systémique de la famille

Le couple est l'élément fondateur de la famille. Deux individus négocient dans le temps ce qui est ou n'est pas permis dans leur relation et débouchent sur des règles d'ajustement de leurs échanges. Ces règles sur la relation sont absolument fondamentales car elles déterminent le cadre et le fondement de la famille. Ces règles sont relativement implicites et sont à l'origine de normes propres à chaque famille. Les normes sont les conduites adoptées par la famille. Elles régissent le comportement de chacun des membres du système familial. Ainsi, si l'un d'entre eux s'attaque à l'une des normes familiales, des mécanismes de défense comme les rétroactions sont déclenchés pour limiter les dérives comportementales des membres de la famille. Ces différentes règles et normes sont une sorte d'« héritage culturel » car sont imprégnées de la culture de chaque membre du groupe. De plus, chaque personne du système familial a une place différente au sein du groupe, on parle de rôles et de fonctions. Le rôle désigne les places et les fonctions officielles occupées par les individus dans le système, certains jouent un rôle de médiateur, d'autres de « clown »... La fonction renvoie, comme

l'explique Dauga (2013), au « *résultat des relations entre les différents membres de la famille et le rôle qui leur est attribué* » (p.37). En cas de dysfonctionnement familial, un membre du système peut être contraint dans une fonction, nous allons plus particulièrement nous intéresser à la fonction pathologique de « patient-désigné ».

b) La notion de « patient-désigné »

La fonction pathologique de « patient-désigné » s'apparente à celle de « bouc émissaire ». Un des membres du système bouleverse l'organisation familiale et va attirer toute l'attention familiale. Se met alors en place une sorte de « désignation » et l'individu en question se retrouve contraint d'endosser la fonction de « patient-désigné ». Comme l'expliquent Albernhe et Albernhe (2014) « *tout se passe comme si « le patient-désigné-porteur-du-symptôme » était une sorte de catalyseur du problème familial* » (p.123), il se voit obligé de rester dans cette position. Cette situation peut être rencontrée dans des familles entendants où l'un des membres a une déficience auditive. La famille, focalisée sur le symptôme que présente l'enfant, dans notre cas la surdité, ne le considère plus dans sa globalité. L'enfant, en position de « patient-désigné », renonce le plus souvent à ses besoins d'autonomie et de différenciation pour maintenir les relations et l'équilibre familial. L'objectif pour le systémicien consiste alors à passer par celui qui fait « symptôme » pour pouvoir accéder à la problématique familiale. Il cherche à introduire de la circularité, de l'énergie en dehors du handicap dans la famille pour éviter la désignation pathologique de l'enfant. Enfin, il doit aider la famille à dépasser sa rupture d'équilibre de manière à favoriser la cohésion familiale mais aussi l'individualisation de chacun dans le groupe.

Nous allons maintenant nous intéresser aux effets liés à l'annonce d'un diagnostic de surdité sur le système familial.

2- Les effets de la surdité sur le système

Le diagnostic de surdité est souvent brutal et retentit considérablement sur le système familial. Il amène de la confusion dans le groupe. Les relations de l'enfant sourd avec ses parents sont alors à haut risque car les incidences de la surdité sont multiples. D'abord, le diagnostic a des conséquences psychoaffectives et entraîne le plus souvent un traumatisme psychique. La surdité fait irruption dans l'organisation familiale et entraîne une rupture temporelle.

L'événement traumatique déclenche le plus souvent des défenses individuelles et de groupe. On observe parfois un débordement des capacités adaptatives de la famille qui ne sait plus comment gérer ce nouvel élément perturbateur. L'annonce du diagnostic est souvent suivie de plusieurs stades réactionnels. Un effet de sidération générant l'arrêt de toute circulation d'énergie dans le système familial est souvent observé. Les membres du système n'échangent plus et sont dans une détresse psychologique plus ou moins importante. S'ensuit souvent comme autre mécanisme de protection une phase de déni. Les individus nient la réalité du diagnostic, d'autant plus que la déficience auditive est invisible. On observe souvent une phase de colère lors de laquelle les parents extériorisent leur souffrance. Cette phase d'indignation est suivie d'une phase d'effondrement ou phase dépressive, les parents reconnaissent l'existence de la surdité et renoncent à l'« enfant rêvé ». Il s'agit souvent de la période au cours de laquelle les parents ne conçoivent plus leur enfant comme un véritable partenaire de communication. Ils sont en difficulté pour assurer la transmission de la langue orale et souffrent de ce manque. Cette dépression, le plus souvent maternelle, instaure une certaine distance entre la mère et son bébé, ce dernier est alors dans l'impossibilité de rétablir le contact avec sa mère, conduisant à un certain nombre d'« échanges manqués ». Un accompagnement de ces parents est alors nécessaire, nous avons vu à quel point ces premières interactions sont riches sur le plan du développement notamment émotionnel de l'enfant. De plus, si la surdité a des incidences sur l'enfant, elle va aussi en entraîner sur le couple parental. On observe souvent une certaine tension occasionnée par la souffrance des deux partenaires et leurs interrogations quant au projet éducatif de leur enfant. Ce diagnostic peut toucher également la fratrie, la polarisation des parents sur leur enfant sourd entraîne une désorganisation des relations familiales. Enfin, l'ultime étape décrite après l'annonce d'une surdité est celle dite de l'adaptation ou de l'acceptation. Cette phase arrive plus ou moins rapidement. Elle engage l'acceptation du handicap. Les parents mais aussi tout le système familial retrouvent une certaine confiance et sont aptes à se tourner vers l'avenir. Cependant, certaines familles « enkystées » dans leurs souffrances ne parviennent pas à accepter et à dépasser la déficience de leur enfant. La thérapie familiale systémique peut être une réponse adaptée pour maintenir le lien familial, nous allons voir les objectifs qu'elle se donne.

3- L'intérêt et les objectifs d'une thérapie familiale systémique en surdité

Rappelons que la thérapie familiale systémique s'intéresse à la famille comme unité. Ainsi, pour Alberne et Alberne (2014), « *le symptôme présenté par un des membres du groupe*

familial n'a de sens, et de fonction, que s'il est replacé dans une perspective globalisante et circulaire » (p.1). Ainsi, le thérapeute systémicien, lorsqu'il reçoit la famille, cherche à cerner la problématique familiale en interrogeant chaque membre sur son ressenti et ses hypothèses sur le problème rencontré. L'objectif premier consiste vraiment à ouvrir un questionnement de façon à réintroduire de la circularité, de l'échange entre les différentes personnes et pour que chacun puisse s'individualiser et penser librement. Le thérapeute cherche à faire sortir la famille de son modèle d'interaction nocif et à travailler la notion de l'individuel en groupe pour que chacun retrouve son autonomie. Le deuxième point essentiel pour le thérapeute consiste à éviter toute focalisation sur le « patient-désigné », dans notre cas l'enfant sourd, en tenant compte de chacun des membres de la famille et en introduisant du mouvement, de la flexibilité. Le thérapeute peut proposer à la famille d'expérimenter de petits changements dans son quotidien, de réfléchir à ses envies... il cherche à ouvrir des perspectives et à complexifier le système pour qu'il évolue et dépasse le handicap de l'enfant.

Ainsi, le spécialiste en systémique familiale a un objectif essentiel et commun avec l'orthophoniste, tous deux cherchent à rétablir les relations et la communication entre l'enfant sourd et ses parents. La systémique s'avère donc être une approche intéressante en orthophonie alors que nous privilégions déjà la guidance parentale dans le suivi de l'enfant sourd. L'orthophoniste, même s'il ne peut prétendre à la maîtrise et à l'application parfaite de cette approche réservée à des psychologues spécialistes, peut légitimement s'interroger sur les bienfaits de cette méthode dans sa pratique avec l'enfant sourd. Ainsi, n'y aurait-il pas un intérêt en orthophonie à adopter une vision « systémique » de l'enfant sourd ?

D) Orthophonie et approche systémique

Cette question une fois posée, nous nous sommes demandé comment nous pourrions en tant qu'orthophoniste adopter et adapter l'approche systémique à notre pratique. L'orthophoniste utilise beaucoup le jeu thérapeutique avec les enfants en séance. Nous avons justement pris connaissance d'un travail effectué par des thérapeutes familiaux et qui se présente sous la forme d'un « jeu de l'oie ». Nous allons voir en quoi ce support, intéressant pour l'orthophoniste, s'avère être un bon médiateur en thérapie familiale systémique.

1- Le « jeu de l'oie systémique » et le concept d'« objets flottants »

Yveline Rey, Maître de Conférences en psychologie clinique, thérapeute systémique de couple et de famille et responsable du C.E.R.A.S (Centre d'études et de recherche sur l'approche systémique de Grenoble) ainsi que Philippe Caillé, psychiatre, thérapeute de couple et de famille et formateur en systémique, ont tous deux mis au point « le jeu de l'oie (Loi) systémique ». Il s'agit de ce qu'appelle Philippe Caillé un « objet flottant ». Pour lui, les entretiens thérapeutiques font intervenir deux systèmes différents, à savoir l'espace propre de la famille et l'espace propre du thérapeute. Florence Calicis (2006), psychothérapeute systémicienne, parle du « *système consultant* » et du « *système intervenant* » (p.340). Mais selon Caillé et Rey (2004), ces deux systèmes, lorsqu'ils se rencontrent en thérapie, en font émerger un troisième : « *l'espace intermédiaire* » (p. 5). Ils écrivent d'ailleurs, à propos de ces deux systèmes distincts, qu'« *entre eux existera toujours une soudure mobile et transitoire, une aire de jeu qui est l'épicentre du champ thérapeutique, l'espace intermédiaire qui n'appartient à personne sauf à la rencontre et dont le souvenir sera la trace de la thérapie* » (p. 4-5). Pour Caillé et Rey, c'est au thérapeute de faciliter cette rencontre et ce au moyen de médias thérapeutiques ou « objets flottants ». Pourquoi « flottants »? Car comme l'explique Calicis (2006), ces médias, mis au point par le thérapeute, s'apparentent à des « bouées » comme flottant dans l'espace intermédiaire. Ces objets n'appartiennent ni au thérapeute ni au patient mais constituent le terrain de rencontre thérapeutique. Ces « objets flottants » permettent aux patients et notamment aux familles de se ré-informer les uns sur les autres et de faire une expérience nouvelle et ludique qui engage, encourage le changement et la créativité. Pour Calicis (2006), le processus de guérison passe aussi par cette dimension du jeu et de l'expérience en thérapie, les « jeux systémiques » s'avèrent totalement indiqués à certains moments de la prise en charge car ils ont des effets non prévisibles et insoupçonnés. Nous nous intéressons ici plus particulièrement au « jeu de l'oie systémique » créé par Rey et Caillé car il s'agit d'un jeu de plateau et provient du jeu de l'oie classique, support qui s'apparente aux jeux thérapeutiques utilisés par l'orthophoniste (cf. Annexe IV).

2- Jeu et orthophonie

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le jeu est très important en orthophonie. D'abord parce qu'il est fondateur chez le jeune enfant. Les jeux d'exercice comme le pédalage du nourrisson ou le babillage canonique lui permettent d'agir en tant que sujet. Par la suite les

jeux relationnels, lors du repas ou de la toilette, permettent à l'enfant d'accéder à l'intersubjectivité, au langage ou encore à la symbolisation. Ainsi, le jeu renseigne l'orthophoniste sur certaines compétences du jeune enfant. Le jeu symbolique constitue notamment une étape importante à laquelle l'orthophoniste veille car il participe à l'émergence de la pensée symbolique et du langage.

D'autre part, le jeu est un médiateur très utilisé en rééducation orthophonique, il est un outil de plaisir et de partage. Pour Winnicott (1971), « *la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. En psychothérapie, à qui a-t-on affaire ? A deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire.* », cité par Calicis (2006, p. 343). Ainsi, le jeu nous a semblé être le support le plus adapté à la fois pour proposer un travail autour des émotions, mais aussi pour nous inscrire dans une approche systémique.

E) Problématique et hypothèses

Ainsi, notre recherche part du constat de deux mémoires de l'école d'orthophonie de Poitiers (Hallié, 2010 ; Huve, 2012). Les deux auteurs ont évalué les compétences émotionnelles de quelques enfants sourds de naissance de parents entendants et ont décrit un retard au niveau de l'expression et de la compréhension des émotions. Le développement émotionnel de l'enfant est fortement lié à la qualité de ses premières relations et interactions avec son environnement familial. Or, l'enfant sourd de naissance non signeur est exempt d'un certain nombre d'indices sonores et verbaux. Il est par conséquent moins compétent sur les plans expressif et réceptif des émotions. Une prise en charge orthophonique peut permettre d'aborder cet aspect de l'échange, mais comment le professionnel peut-il engager ce type de travail ? Les émotions font partie des habiletés pragmatiques du langage, elles concourent à la compréhension de l'intention communicative du locuteur et sont en cela indispensables au bon déroulement des échanges. Ainsi, les émotions s'exercent en situation de communication, au contact des autres, dans des activités de la vie quotidienne et ne sont pas toujours faciles à travailler et à susciter en situation duelle en séance d'orthophonie. Nous avons donc pensé que ce travail avait tout intérêt à s'envisager et à se pratiquer avec les parents et la fratrie de l'enfant. Cette prise en compte de l'enfant dans sa famille nous inscrit dans une approche systémique. Nous nous sommes demandé comment nous pourrions aborder ce thème des émotions avec les parents pour les rendre partenaires de la prise en charge. Nous avons

d'abord pensé mettre au point des groupes thérapeutiques sous la forme d'ateliers « contes » sur les émotions où orthophoniste et psychologue systémicien auraient pu collaborer et accueillir des enfants sourds et leurs parents. Malheureusement, la mise en place d'un tel projet ne pouvait s'envisager sans l'accord d'une structure spécialisée, cela nécessitait des moyens importants: des professionnels disponibles, un groupe d'enfants sourds suffisamment homogène et la présence régulière des parents aux séances. Nous avons donc opté pour un projet plus adapté à notre approche. Nous avons pris le parti de créer deux jeux à réaliser dans le contexte familial de l'enfant. En effet, le diagnostic de surdité peut avoir des incidences sur la dynamique familiale et entraîne parfois une désignation pathologique de l'enfant sourd dans son entourage. Considérer l'ensemble du système familial permettrait d'éviter toute désignation et d'ouvrir la famille à de nouvelles perspectives. Ainsi, l'objectif de notre étude est de proposer un travail sur les émotions en intégrant et en sensibilisant le système familial à l'importance des émotions dans la communication et à la problématique émotionnelle de l'enfant sourd appareillé.

Pour cela, nous avons mis au point un premier questionnaire qui interroge les parents sur les capacités émotionnelles de leur enfant. Nous avons conçu en parallèle un protocole d'évaluation des émotions, inspiré des travaux d'Hallié (2010) et Huve (2012) pour comparer le ressenti des parents sur les émotions de leur enfant aux capacités « réelles » de ce dernier. C'est suite à cette première rencontre avec la famille que nous avons déposé le jeu D s'Emotions et le D  Géant au sein des foyers. Nous avons demandé aux familles d'utiliser les deux outils à leur façon, selon leurs disponibilités, leur fonctionnement et leurs envies. Dix semaines plus tard, nous nous sommes de nouveau rendus aux domiciles des familles pour recueillir leurs impressions sur les jeux et leur impact sur la dynamique familiale.

Ainsi, nous avons émis plusieurs hypothèses concernant notre étude.

Nous supposons que les interventions effectuées dans les familles et nos supports entraîneront du mouvement, notamment des échanges, de la parole et un intérêt plus marqué autour des émotions. En effet, les questionnaires comme les jeux que nous avons élaborés devraient mobiliser le système familial et créer une dynamique relationnelle autour des émotions. Nous pensons que les familles mettront en place des mécanismes de régulation appelés boucles de rétroaction. En effet, la pensée individuelle de chacun des membres devrait entraîner du mouvement et avoir un effet sur tout le système familial.

Nous supposons également que les parents auront une appréciation différente des compétences émotionnelles « réelles » de leur enfant mesurées par notre protocole,

notamment parce qu'ils ne sont peut-être pas suffisamment sensibilisés, renseignés ou interrogés sur ce sujet au cours du suivi de leur enfant sourd appareillé non signant.

Nous faisons aussi l'hypothèse que notre premier entretien, le questionnaire initial et l'utilisation des jeux modifieront le ressenti des parents sur l'expression et la compréhension des émotions de leur enfant. Si cet effet se vérifie, alors nous pourrions dire que nos outils, à la manière d'« objets flottants », ont introduit du changement dans le système familial.

Enfin, nous pensons que les familles investiront davantage l'un des deux outils au quotidien, celui correspondant le plus à leur fonctionnement et à leurs habitudes de jeu au quotidien.

MATERIEL ET METHODES : EVALUATION DES EMOTIONS ET CREATION D'UN MATERIEL ORTHOPHONIQUE

Nous allons désormais exposer notre méthode. Nous commencerons par présenter notre population. Nous verrons ensuite le matériel que nous avons mis au point, il comprend le protocole d'évaluation des émotions, deux questionnaires et deux outils d'inspiration systémique. Nous développerons enfin les procédures que nous avons suivies sachant que notre recherche s'est effectuée en deux temps principaux. Il s'agit des deux rencontres organisées avec chaque famille à leur domicile.

I- POPULATION

A) Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons recruté les enfants sourds de notre étude avec l'aide des orthophonistes libérales de la région Poitou-Charentes et de DIAPASOM (Dispositif Individualisé d'Accompagnement Pour l'Autonomie des personnes Sourdes Ou Malentendantes). Il s'agit d'une association de la région Poitou-Charentes qui veille à l'autonomie des personnes sourdes ou malentendantes, cette dernière a accepté de nous mettre en lien avec leur réseau d'orthophonistes pour trouver notre population. Quatre enfants et leur famille ont accepté de s'associer à notre projet. Nous avons admis différents critères pour choisir notre population tels que :

- l'âge de l'enfant (entre 9 et 12 ans)
- le type de surdité (surdité de perception, prélinguistique moyenne à profonde)
- le type d'appareillage (appareils auditifs conventionnels à conduction aérienne ou implant cochléaire)
- des parents « entendants »
- le choix d'une communication oraliste
- l'absence d'une pathologie mentale
- l'absence d'un syndrome, d'un trouble ou d'un handicap associé (en dehors d'un trouble visuel faisant l'objet d'une correction)

B) Présentation des cas cliniques

1- N, 11 ans

N. est né en 2004, il est âgé de presque 11 ans au moment de l'étude, il est en classe de CM2. N. est diagnostiqué tardivement puisque c'est en mai 2014 qu'est détectée une surdité moyenne bilatérale de perception, il est alors âgé de 10 ans. N. a d'abord consulté en orthophonie pour un problème de comportement et de concentration, or ces difficultés semblent en partie dues à la surdité jusqu'alors non détectée. N. a une petite sœur âgée de 7 ans, ils sont assez complices. Sur le plan du développement, N. a marché à 1 an et son langage s'est développé normalement. Dès la GSM (Grande Section de Maternelle), la maîtresse constate des difficultés de concentration. Ces difficultés se confirment en CP (Cours Préparatoire) et en CE2 (Cours Élémentaire 2^{ème} année). Les parents de N. s'inquiètent de ces difficultés de comportement et constatent une certaine lenteur de travail chez leur enfant. Un suivi orthophonique à raison de deux fois par semaine permet un travail de la langue (morphosyntaxe) mais aussi de la logique et du raisonnement. N. est décrit comme assez immature et doit être accompagné et stimulé dans les conduites de classification et de mise en relation. N. bénéficie d'une AVS et d'un ordinateur sur certains temps de classe.

2- R, 13 ans

R. est né en 2001, il est âgé de 13 ans et est en deuxième année d'ULIS (Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire). Une surdité sévère et bilatérale est décelée alors qu'il est en PSM (Petite Section de Maternelle), il reçoit son premier appareil en fin d'année scolaire. Le diagnostic de surdité de R. n'est pas très clair, les médecins n'ont jamais défini s'il s'agissait d'une surdité de transmission, car R. a fait beaucoup d'otites étant petit, ou de perception. Cependant, au regard de son audiogramme et du flou sur le plan diagnostique, nous prétendons être dans le cadre d'une surdité congénitale, nous avons donc intégré R. à notre protocole. R. a un grand frère qui a presque 18 ans. En maternelle, R. est un peu isolé, il bénéficie d'une AVS en MSM (Moyenne Section de Maternelle). R. poursuit sa scolarité en classe « ordinaire » jusqu'en CE1 (Cours Élémentaire 1^{ère} année). Les difficultés et le retard accumulé par R. sont tels qu'une admission en CLIS est décidée l'année suivante. Son passage en CLIS lui permet de bien progresser sur le plan scolaire. R. poursuit ensuite sa scolarité en ULIS 1 (déficience légère) alors qu'aucune déficience n'est aujourd'hui attestée par la psychologue. R. est intégré

cette année dans les matières suivantes : les sciences et vie de la Terre, l'histoire-géographie et le sport. R. est un garçon avenant, assez timide mais depuis quelques mois il fait preuve d'ouverture et vient avec beaucoup d'entrain aux séances d'orthophonie une fois par semaine, il s'agit d'un temps important pour lui. R. est parfaitement intelligible même si de petites imprécisions articulatoires persistent. Le garçon a bien investi l'écrit mais est davantage gêné en compréhension par le manque de lexique. Ainsi, les séances d'orthophonie sont principalement axées sur un travail du vocabulaire, du langage élaboré mais aussi de la compréhension (déduction, implicite, second degré...) pour aider R. à être plus performant dans ses échanges.

Nous avons fait le choix d'intégrer R. à notre étude, bien qu'il ait 13 ans, au vu de son niveau global. En effet, nous connaissons assez bien R. puisque nous le suivons en orthophonie durant cette année. Nous avons donc connaissance de son parcours assez atypique. Nous avons pensé qu'un travail sur les émotions pouvait s'avérer intéressant alors que R. semble davantage s'ouvrir aux autres en séance. R. a déjà fait part de ses difficultés dans ses relations avec ses pairs. En effet, R. ne comprend pas toujours l'humour ou les mots employés par ses camarades, ainsi, lui faire prendre conscience de l'importance des émotions dans la communication peut être bénéfique pour lui.

3- M, 12 ans

M. est né en 2003, il est âgé de 12 ans et est actuellement en classe de 6^{ème}. M est suivi en orthophonie depuis mars 2004, date à laquelle il reçoit sa première prothèse auditive. Le diagnostic de surdité est posé depuis l'âge de 3 mois. M. présente une surdité profonde bilatérale de type III (= perte supérieure à 110 dB). Il porte un implant cochléaire à droite depuis novembre 2004. Le seuil audiométrique tonal avec implant se situe à 25 dB tout comme le seuil d'intelligibilité vocale avec implant (données de décembre 2013). M. ne porte pas de prothèse controlatérale. Il a un grand frère en classe de 4^{ème}, ils sont tous les deux dans le même collège. M. communique uniquement à l'oral et sans appui du code LPC. La lecture labiale et/ou le micro Haute Fréquence (HF) restent cependant des outils essentiels pour M. lorsqu'il se trouve dans des milieux bruyants ou bien dans des conversations à plusieurs. M. est suivi par le service DIAPASOM, il travaille une fois par semaine avec une interface de communication pour un projet d'écriture. Les apprentissages se passent bien. M. est actuellement suivi en orthophonie une fois tous les quinze jours, les séances sont principalement axées sur le langage élaboré tant sur le versant expressif que réceptif. M. est

décrit en séance comme souriant, coopérant, curieux et assez joueur. Il est un enfant actif et motivé que ça soit en séance d'orthophonie, avec l'interface de communication ou à l'école. Cependant M. a besoin de se rassurer constamment, il vérifie s'il a bien compris car est souvent gêné dans la compréhension par ses difficultés en vocabulaire. Ainsi, s'il est actif en séance, M. prend peu d'initiatives par peur de se tromper. M. est assez perfectionniste, il veut très bien faire et se met souvent la pression.

4- C, 9 ans

C. est né en 2005, il est l'enfant le plus jeune de notre étude et est actuellement en classe de CM1. C. présente une surdité bilatérale profonde à gauche et non appareillée qui a été diagnostiquée à l'âge de 1 an (suspicion d'une infection à cytomégalo virus (CMV)) et moyenne à droite, appareillée de façon conventionnelle et diagnostiquée à l'âge de 3 ans et demi. C. a eu une méningite. Il a une sœur aînée qui n'a pas de problème auditif. Cette dernière a eu des difficultés à accepter la surdité de son frère. Dans la petite enfance, C. a quelques difficultés en psychomotricité, la station assise est acquise à 10 mois et la marche à 20 mois. Le suivi orthophonique débute en 2009 alors que la motricité fine de C. s'est bien améliorée. C. est encore parfois sujet à de légers troubles de l'équilibre. Dès le début, la prise en charge orthophonique s'effectue à l'école deux fois par semaine ou au cabinet deux fois par semaine pendant les vacances scolaires. Lorsque C. entame le suivi, il est totalement inintelligible. Le travail effectué porte d'abord essentiellement sur la construction du langage oral (langage et articulation). C. est un enfant vif et curieux, ce qui lui permet de pallier les déficits causés par la surdité. C. entre bien dans l'écrit mais c'est en CE1 et CE2 qu'apparaissent des difficultés de compréhension, de vocabulaire ou encore de gestion de l'implicite. C. étant un enfant motivé et bon élève, il parvient quand même à compenser au mieux ses difficultés. Les séances d'orthophonie sont actuellement orientées sur un travail de l'articulation, du souffle mais aussi sur de la mise en mots d'idées, du lexique et de la compréhension fine du langage écrit. C. est suivi par le service DIAPASOM et le SESSAD (Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile) depuis 2011. Il bénéficie de l'intervention d'une codeuse LPC en classe. C. porte des lunettes, il a engagé un suivi orthoptique depuis l'été 2014.

II- MATERIEL

A) Protocole d'évaluation objective des compétences émotionnelles de l'enfant

Nous nous sommes appuyés sur les travaux de Hallié (2010) et Huve (2012) pour élaborer notre protocole d'évaluation des émotions de l'enfant sourd. En effet, ces dernières ont mis au point un ensemble d'épreuves permettant une évaluation des capacités expressives, réceptives des émotions mais aussi des épreuves d'appariement ou encore d'inférence des états mentaux. De plus, Huve (2012) a testé les capacités de reconnaissance et de production des émotions de l'enfant sourd appareillé au travers de trois paramètres que sont l'expression faciale, la prosodie et le contexte. Nous avons fait le choix de restreindre les différents domaines testés par les deux étudiantes dans notre protocole. Nous avons décidé de conserver uniquement les épreuves de production et de compréhension des émotions de l'enfant sourd sur le seul critère de l'expression faciale mais en y intégrant les six émotions de base. L'expression faciale est l'indice émotionnel que nous avons choisi de travailler dans nos deux outils ludiques. Comme nous l'avons dit dans la première partie de notre propos, elle est un indice essentiel dans le traitement émotionnel et semblait être l'aspect expressif et réceptif le plus facile à mettre en place dans nos jeux et à considérer pour les parents. Ce sont, en effet, les parents qui sont ensuite chargés d'apprécier la qualité expressive et réceptive émotionnelle de leur enfant au cours des jeux. De plus, comme explicité dans la partie théorique de ce mémoire, nous avons considéré les six émotions de base selon Ekman dans notre protocole car elles sont le plus couramment admises dans la littérature. Il s'agit aussi des émotions qui apparaissent le plus tôt dans le développement de l'enfant et elles nous semblent être aussi les plus faciles à travailler dans un jeu.

Ainsi, le protocole élaboré est constitué de quatre épreuves. On compte deux épreuves de production des émotions et deux épreuves de compréhension des émotions. Le protocole débute par une courte explication donnée à l'enfant : « *Je vais te demander plusieurs choses sur les émotions. Tu fais du mieux que tu peux. Ne t'inquiète pas, il n'y a pas de note à la fin, tu fais ce que tu penses. Tu vas voir, c'est assez rapide. On commence ?* ». Le protocole proposé suit ensuite la progression suivante.

1- L'expression des émotions

- Production spontanée

Nous demandons uniquement en langue vocale à l'enfant de produire spontanément les six émotions de base avec la consigne : « *Montre-moi comment tu fais quand tu es/as ...* » :

- | | |
|---------------------|-------------------|
| a) <i>Triste</i> | d) <i>Surpris</i> |
| b) <i>Content</i> | e) <i>Dégoûté</i> |
| c) <i>En colère</i> | f) <i>Peur</i> |

L'examineur valide ou non l'expression de l'enfant.

- Production sur imitation

Nous demandons à l'enfant de produire sur imitation les six expressions faciales à partir de photographies (cf. Annexe V). La consigne est la suivante : « *Je vais te montrer des visages et tu vas devoir faire la même chose* ». De la même façon, l'examineur juge de la bonne imitation ou non de l'enfant.

2- La compréhension des émotions

- Dénomination des expressions faciales

Nous avons construit un PowerPoint constitué de vingt-quatre items et de deux exemples (cf. Annexe VI). Nous avons réutilisé les photographies du Protocole d'évaluation du Traitement des Emotions (PTE) de Hallié (2010) pour les émotions de la joie, de la colère et de la tristesse tandis que nous avons effectué celles pour les émotions du dégoût, de la peur et de la surprise. Chaque émotion apparaît quatre fois sur quatre personnes différentes sachant que quatre garçons et quatre filles se sont fait photographier. Les photographies sont en noir et blanc et nous n'avons fait apparaître que le visage de telle sorte que l'enfant se concentre uniquement sur l'expression faciale. Nous demandons à l'enfant de dénommer la mimique faciale en employant ses propres termes de façon à ce qu'il ne soit pas influencé par un choix multiple. La consigne est : « *Je vais te montrer des visages et tu dois me dire comment se sent la dame ou le monsieur* ». L'examineur valide ou non la réponse donnée par l'enfant à l'aide d'une grille (cf. Annexe VII).

- Désignation des expressions faciales

Nous avons de la même façon élaboré un PowerPoint composé de vingt-quatre items et deux entraînements (cf. Annexe VIII). Chaque émotion est demandée quatre fois. Chaque item se compose de trois photographies avec des émotions et des personnes différentes. Les photographies sont en noir et blanc et seuls les visages ressortent pour que l'enfant puisse se focaliser sur les expressions faciales. Nous demandons à l'enfant d'identifier parmi les trois photographies autrement dit les trois mimiques faciales celle demandée par l'examineur. La consigne est : « *Tu vas regarder trois visages et tu vas me montrer lequel est/a...* ».

- | | |
|---------------------|-------------------|
| a) <i>Triste</i> | d) <i>Surpris</i> |
| b) <i>Content</i> | e) <i>Dégoûté</i> |
| c) <i>En colère</i> | f) <i>Peur</i> |

L'examineur valide ou non la réponse de l'enfant à l'aide d'une grille (cf. Annexe IX).

B) Questionnaires destinés aux familles

1- Questionnaire initial

Le questionnaire initial est délivré aux familles lors du premier entretien. Ce questionnaire interroge les parents sur l'expression et la compréhension des émotions de leur enfant. Nous précisons aux parents de prendre le temps nécessaire (quelques jours) pour remplir le questionnaire. Peut-être auraient-ils besoin de comparer leurs avis, peut-être aussi auraient-ils besoin d'observer leur enfant dans des scènes quotidiennes pour pouvoir répondre aux questions posées... Si le questionnaire permet de nous renseigner sur les capacités émotionnelles de l'enfant sourd, il est aussi l'outil clinique qui nous permettra ou non de provoquer de la circularité dans le système familial. En effet, nous espérons par le biais de ce questionnaire impacter toute la relation familiale. Les parents devront se renseigner l'un l'autre sur ce qu'ils ressentent. Ce questionnaire a pour objectif de faire émerger de la parole, des remarques, des souvenirs. En bref, nous souhaitons qu'il crée une dynamique relationnelle, qu'il ait des effets sur les parents et sur leur rôle parental et donc sur le système familial tout entier (totalité du système). Nous avons opté pour un questionnaire car il s'agit d'un outil simple, relativement bien accepté par les participants d'une étude et surtout il permet la synthèse de l'opinion des parents sur la problématique émotionnelle de leur enfant. Nous avons fait le choix de poser des questions fermées tout en laissant une possibilité de

faire des remarques. Les questions fermées simplifient la compréhension des questions posées mais aussi les réponses. Cependant, elles ne permettent pas aux parents d'exprimer totalement leur ressenti ou bien de l'illustrer, c'est pourquoi nous avons laissé des espaces « remarque ». Le questionnaire initial se compose de sept questions. Pour la plupart des questions, les parents ont quatre possibilités de réponse : jamais/ parfois/ souvent/ toujours, ou bien ils doivent s'interroger sur les performances de leur enfant pour les six émotions de base (joie, tristesse, colère, peur, dégoût, surprise) (cf. Annexe X).

2- Questionnaire final

Nous avons fait le choix d'envoyer par courrier le questionnaire final de façon à le récupérer lors du deuxième entretien. De la même façon, nous avons laissé environ une semaine aux parents pour répondre aux questions, l'objectif étant toujours d'entraîner une circulation de l'information dans le couple parental. Le questionnaire final se compose de vingt questions. Les sept premières questions sont identiques à celle du questionnaire initial. Nous souhaitons savoir si les parents ont ressenti une amélioration ou du moins un quelconque changement sur les plans expressif et réceptif des émotions de leur enfant après utilisation des deux outils. Nous avons ensuite fait le choix d'axer notre questionnement sur les impressions des parents quant aux supports proposés mais aussi sur l'utilisation qu'ils en ont eu. Nous avons ainsi posé davantage de questions ouvertes de façon à comprendre au mieux comment les familles ont communiqué mais aussi investi et apprécié le matériel proposé. Nous avons également souhaité savoir si ces jeux ont eu un effet sur le fonctionnement familial et s'ils ont amené les parents à (re)considérer la surdité de leur enfant. Pour terminer, nous avons demandé aux parents de nous livrer leur point de vue quant à l'importance des émotions au quotidien (cf. Annexe XI).

C) Présentation du jeu « Dés'Emotions » et du « Dé Géant »

Comme nous l'avons déjà mentionné, nous avons très rapidement fait le choix de créer et proposer des outils ludiques aux familles participantes de notre étude. En effet, les jeux présentent plusieurs avantages. Ils sont appréciés des enfants et permettent à l'ensemble de la famille de participer. Les jeux favorisent une ambiance agréable, plus légère et détendue, encourageant une mise en retrait du trouble, dans notre cas la surdité. Les jeux imposent aussi un cadre à respecter ce qui peut être rassurant pour l'enfant. Enfin, ils encouragent et

entraînent plusieurs compétences importantes comme l'imaginaire, le plaisir d'être ensemble, le plaisir de communication, le tour de rôle, le respect de l'autre...

Nous avons mis au point deux jeux que nous allons désormais présenter. Ils s'accompagnent de fiches explicatives sur les six émotions de base.

1- Le jeu « Dés'Emotions »

a) Objectifs du jeu

Nous avons souhaité créer un premier jeu de plateau à l'exemple du jeu de l'oie. Yveline Rey et Phillippe Caillé ont d'ailleurs revisité ce jeu traditionnel pour en faire un « objet flottant ». Nous avons cherché de la même façon à détourner ce jeu de plateau pour à notre tour essayer d'en faire un outil de médiation familiale. En effet, nous nous fixons un premier objectif avec ce support. Nous souhaitons que notre jeu, à la manière d'un « objet flottant » décrit par Caillé et Rey (2004), engage du changement dans le système familial. Ce support créé est le moyen que nous avons choisi d'utiliser pour amener de la « circulation », du « mouvement » dans la famille et pour qu'à terme chaque membre reconsidère la surdité de l'enfant perçue comme symptôme. En effet, nous souhaitons, par le biais de ce jeu, travailler sur le statut de patient-désigné souvent endossé par l'enfant sourd. On a vu qu'en systémique, on considère qu'un des membres de la famille est « désigné » comme « malade » (car porteur d'un trouble comme la surdité), il devient en quelque sorte le « détenteur » des souffrances familiales c'est pourquoi on le nomme « patient-désigné ». Il s'agit d'une situation couramment rencontrée chez l'enfant sourd de famille « entendante ». Cette désignation permet à la famille, non consciemment, de maintenir son équilibre et sa cohésion. Il s'agit alors pour le systémicien de passer par le symptôme du patient, dans notre cas la surdité de l'enfant, en proposant un jeu sur les émotions pour éviter cette désignation pathologique de l'enfant dans sa famille. Plus modestement, car nous ne prétendons pas que notre jeu ait toutes les qualités d'un outil systémique, notre objectif est de provoquer de la « circularité » et de l'intérêt familial autour des émotions. D'autre part, eu égard aux difficultés de l'enfant sourd de parents entendants dans l'expression et la compréhension des émotions, nous nous donnons comme second objectif avec ce support de proposer un travail sur les six émotions de base.

b) Concept du jeu

Ce jeu est conçu pour remplir plusieurs conditions. D'abord, il doit être suffisamment court. Nous avons décrété qu'une partie ne doit pas dépasser 30 minutes environ de façon à ne pas décourager l'enfant et ses parents. D'autre part le jeu doit être simple d'utilisation et son appropriation rapide. Enfin, le support doit répondre à l'ensemble de nos objectifs. Il s'agit notamment de proposer un travail sur l'expression et la compréhension des mimiques faciales des six émotions de base à l'enfant sourd et ses parents (cf. Annexe XII).

Le but du jeu : Pour répondre à notre objectif, nous avons rapidement déterminé la tâche à réaliser par les joueurs. Chacun leur tour les participants doivent jouer la mimique faciale de l'une des six émotions de base dans une sorte de saynète, parfois ils doivent deviner l'émotion jouée par l'un des participants. Ces deux modalités permettent à la fois un travail sur le plan expressif mais aussi réceptif des six émotions.

Le plateau de jeu : Nous avons entièrement conçu le plateau de jeu. Le jeu se compose de 27 cases en comptant la case « départ » et celle d'« arrivée », il tient sur un plateau de 40x40 cm. Le parcours que nous avons élaboré est simple et visuellement clair. Nous nous sommes rapidement confrontés à une première difficulté. Le jeu ne comportant que 25 cases à jouer, inscrire une épreuve à réaliser sur chacune d'entre elles allait rapidement le rendre redondant d'une utilisation à l'autre. Nous devions faire en sorte que le jeu soit différent à chaque partie. Nous avons ainsi mis au point un système de dés et de cartes. Nous avons fait apparaître trois types de cases différentes sur notre plateau. Les plus récurrentes sont celles appelées cases « dés » car comme nous l'expliquerons, lorsque le joueur tombe sur elles, il doit lancer différents dés. Le joueur peut également rencontrer les cases « défi », il est alors invité à piocher une carte « défi », nous allons les présenter dans un prochain paragraphe. Enfin, nous avons fait apparaître un troisième type de cases, ces dernières rendent le jeu plus pétillant et amusant comme « passe ton tour », « impose une émotion au joueur de ton choix pour le prochain tour et relance les dés », « avance de 2 cases » ou encore « recule de 2 cases ».

Les dés : Le dé est rapidement apparu comme un support adapté pour introduire une variété de possibilités. Un premier dé numéroté permet de se déplacer de case en case sur le plateau. Nous avons choisi un dé à trois faces de façon à ce que les joueurs n'avancent pas trop vite sur le parcours. Un second dé, cette fois à six faces, renvoie à chacune des six émotions de

base que sont la joie, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise et la peur. Nous avons choisi de faire figurer sur ce dé les six mimiques faciales étudiées. Les expressions faciales des émotions utilisées pour ce dé sont tirées d'un jeu orthophonique qui s'intitule « le jeu des expressions » de Patrice Causse édité chez l'atelier de l'oiseau magique. Nous avons dessiné le personnage pour la mimique du dégoût car cette émotion ne figure pas dans son jeu. Nous avons fait le choix de laisser les personnages en noir et de les imprimer sur des pastilles à fond blanc de façon à ne pas influencer l'enfant par des couleurs (par exemple la colère en rouge, la tristesse en bleu...). Un troisième dé compose ce jeu, il est en rapport avec le système de cartes décrit ci-après. Figurent sur ce dé six modalités : « une carte objet », « une carte objet et une carte personnage », « deux cartes objet », « deux cartes objet et une carte personnage », « une carte objet et deux cartes personnage » et la modalité « aucune carte ». Le joueur pioche alors les cartes correspondant à son tirage.

Les cartes : Les cartes renvoient à des images d'objets ou à des images de personnages et permettent d'alimenter la saynète à jouer. Ainsi, les joueurs s'appuient sur les différents éléments, l'émotion tirée et les cartes piochées, pour exprimer la mimique faciale de l'émotion et raconter leur histoire. Nous avons utilisé, avec l'autorisation de Laurence Boukobza, orthophoniste, les images du logiciel Ortholudo pour créer les cartes. Le jeu se compose de 80 cartes représentant des objets et de 80 cartes renvoyant à des personnages. Nous avons ajouté 5 personnages ne figurant pas dans le logiciel pour arriver à un total de 80 cartes (le papa, la maman, le père-noël, Obélix et le bébé). Nous avons fait le choix d'utiliser des images pour que tous les membres de la famille, y compris non lecteurs, puissent participer. Nous avons fait aussi figurer le nom de chaque objet et de chaque personnage de façon à ce que les joueurs aient les mêmes références.

Nous avons créé 30 cartes « défi » pour que le jeu soit plus drôle et moins répétitif, cinq types d'épreuves sont proposés : « mime quelqu'un de joyeux », « impose une émotion au joueur de ton choix et prends-le en photo si sa pause te convient ! », « mime l'émotion de ton choix et fais-là deviner », « un joueur mime une émotion et tu dois la deviner », enfin « dis la phrase 'je vais acheter du pain' en ayant l'air surpris » par exemple.

Les grilles de jeu : Chaque joueur dispose d'une grille de jeu. Cette grille se compose de six cases qui renvoient aux six émotions de base. Nous avons fait figurer les mêmes expressions faciales que sur le dé pour plus de cohérence et plus de simplicité. Chaque fois que le participant joue une émotion, il la valide en mettant un jeton sur sa grille.

Le nom du jeu : Nous avons choisi d'intituler notre jeu « Dés'Emotions ». Nous avons souhaité que le terme « émotion » apparaisse dans le nom du jeu car il s'agit du thème central de notre étude. Nous voulons sensibiliser la famille à cet aspect de l'échange. Nous avons eu au départ l'envie d'introduire l'idée de « famille » mais finalement le jeu en lui-même constitue déjà un moyen de réunion familiale. Finalement, nous nous sommes recentrés sur le support que nous avons conçu, le jeu utilise différentes cartes et différents dés. Nous avons pensé à « Emotions à la carte » et avons finalement préféré le jeu de mots « Dés'Emotions ». Nous l'avons choisi car il s'agit d'un nom clair, court et qui illustre bien le thème traité.

c) Contenu et déroulement du jeu

Chaque boîte de jeu remise aux familles contient : un plateau de jeu, 6 pions, un dé numéroté à trois faces, un dé « émotions », un dé « objets et personnages », 80 cartes « objets », 80 cartes « personnages », 30 cartes « défi », 6 grilles de jeu, 36 jetons plastiques et une règle du jeu (cf. Annexe XIII). Nous avons expliqué dans la règle du jeu l'intention du jeu Dés'Emotions et avons spécifié à qui il s'adresse. Dés'Emotions se joue de deux à six joueurs. Le gagnant est celui qui a rempli sa grille de jeu le premier, cela signifie qu'il a joué une saynète ou effectué une épreuve pour chacune des six émotions. Si le jeu se termine avant que les participants aient rempli leur grille, c'est celui qui a le plus rempli sa grille qui gagne.

Pour débiter une partie, les joueurs disposent chacun leur pion sur la case départ « A vos dés, prêts, partez ». Le joueur le plus jeune commence à jouer, il lance le dé numéroté à trois faces et déplace son pion en fonction de son tirage. Si le joueur tombe sur une case « dés », il doit lancer simultanément les dés « émotions » et « objets et personnages ». Le joueur obtient une émotion parmi la joie, la tristesse, la peur, la surprise, le dégoût et la colère et doit piocher le nombre de cartes « objets » et « personnages » comme indiqué sur le second dé. C'est à partir des différents éléments tirés et piochés que le participant doit jouer une petite scène ou raconter une histoire et exprimer l'émotion. Par exemple, le joueur tombe sur l'émotion « colère » en lançant le dé « émotion » et sur la modalité « un objet et un personnage » avec le dé « objets et personnages ». Il pioche une carte « objets » : un chapeau et une carte « personnage » : le singe. Il doit alors incorporer les différents éléments dans sa petite scène. Il peut faire le choix de jouer le personnage (ici le singe) ou bien de rester dans sa position. Il peut par exemple jouer la scène ou raconter l'histoire suivante : « Je suis allé au zoo la semaine dernière, je me promenais avec mes parents et un singe m'a volé mon chapeau, j'étais très en colère ! » tout en ayant la mimique faciale de la colère. Si la prestation du

joueur convient à l'ensemble des participants, il peut alors valider l'émotion de la colère par un jeton sur sa grille de jeu. Si le joueur tombe sur la case « Impose une émotion au joueur de ton choix pour le prochain tour et relance les dés ! », il choisit une émotion parmi les six et l'impose au participant de son choix avant de relancer les dés. Enfin, si le joueur arrive sur une carte « défi », il pioche une carte « défi » et réalise ce qui lui est demandé. S'il y parvient, le joueur relance les dés.

2- Le « Dé Géant »

Nous avons pris la décision de créer un deuxième support pour travailler les émotions en famille. En effet, le jeu Dés'Emotions nécessite un peu de temps et une certaine disponibilité de la part des parents, il se destine plus à être utilisé le week-end. Nous avons donc pensé qu'il serait intéressant de proposer un outil encore plus simple, rapide et pratique aux familles pendant la semaine. D'autre part, proposer deux outils aux familles leur permettrait de recourir à au moins l'un d'entre eux si toutefois un des supports proposés ne leur convient pas. Les familles peuvent aussi comparer les deux jeux, nous recueillons d'ailleurs leur avis après utilisation dans le questionnaire final.

a) Objectifs du jeu

Comme pour le jeu Dés'Emotions, le Dé Géant a deux principaux objectifs. Nous souhaitons que l'utilisation de ce support entraîne de la « circularité », du mouvement dans le système familial pour les mêmes raisons que dans le jeu Dés'Emotions. De la même façon cet outil propose un travail ou du moins une réflexion, un échange entre les différents membres de la famille sur les six émotions de base.

b) Concept du jeu

Pour plus de cohérence et de simplicité, nous avons pensé que le deuxième support devrait rester en lien avec le jeu Dés'Emotions de façon à ce que les joueurs puissent faire des relations entre les deux outils. Nous avons donc repris l'idée du dé « émotions ». Nous nous sommes munis de dés de plus grande taille, d'où l'appellation de Dé Géant, et y avons fait figurer les six mêmes mimiques faciales que dans le jeu Dés'Emotions. Nous conseillons aux familles de lancer le Dé Géant le matin ou la veille au soir autant de fois qu'elles le souhaitent

dans la semaine, lorsque tous les membres de la famille sont présents. Nous leur demandons de penser à l'émotion tirée durant toute la journée qui suit en se posant des questions : « est-ce que j'ai ressenti cette émotion aujourd'hui ? », « est-ce que mon ami, mon camarade de classe ou mon collègue de travail a exprimé cette émotion ? », « pourquoi ai-je ressenti cette émotion ? »... Tous les joueurs doivent réfléchir, se concentrer sur cette émotion durant la journée pour pouvoir échanger à son propos le soir en famille, à un moment opportun lors du dîner ou en début de soirée par exemple. Ainsi, chacun se renseigne sur le ressenti de l'autre, sur l'expérience de la journée de l'autre. C'est le moment pour les parents de discuter des émotions avec leur enfant et de revenir précisément sur une émotion si l'enfant fait une confusion ou s'il a ressenti deux émotions contradictoires (cf. Annexe XIV).

3- Les fiches explicatives

Nous avons pensé utile de fournir un support d'aide aux parents et à l'enfant sourd pour expliquer les six émotions de base. En effet, nous avons vu dans notre première partie à quel point il est difficile de définir les émotions, c'est pourquoi nous avons conçu six fiches explicatives. Chaque fiche est construite de la même manière. Nous avons mis le nom de l'émotion en titre et avons fait figurer en haut à gauche la même expression faciale que dans nos jeux Dés'Emotions et le Dé Géant. Nous avons proposé une définition simple pour chaque émotion tirée du Petit Robert (1985). Enfin, nous avons mis une image ou bien une photographie qui illustre l'émotion (cf. Annexe XV).

III- PROCEDURE

A) Premier entretien avec les familles

Le premier entretien débute par une courte discussion. Nous réexpliquons aux familles notre démarche et donnons le questionnaire initial aux parents. Nous demandons ensuite s'il est possible de s'isoler dans une pièce au calme avec l'enfant pour la passation du protocole. Les épreuves durent entre 15 et 20 minutes selon les enfants.

Nous clôturons le premier entretien par la présentation des deux supports créés : le jeu de plateau Dés'Emotions et le Dé Géant. Nous faisons systématiquement découvrir les supports à l'ensemble des membres de la famille présents. Nous initions chacun à la règle du jeu et à ses objectifs en jouant des exemples. Les parents et les enfants nous assurent alors leur bonne

compréhension des différents éléments. Enfin, nous soumettons aux familles d'utiliser les jeux selon leurs disponibilités et leurs envies. Nous voulons véritablement rendre les membres des familles « acteurs » de leur propre changement au moyen de ces deux outils. Nous ne souhaitons pas imposer de condition particulière ni contraindre les familles à une utilisation forcée des deux supports. Nous leur expliquons que peut-être utiliseraient-ils les jeux une fois par semaine ou plusieurs fois, peut-être feraient-ils des pauses selon leur disponibilité ou leur envie ou peut-être ne les utiliseraient-ils pas si les supports ne leur conviennent pas. Dans tous les cas, leur expérience serait intéressante pour notre étude.

Nous avons rencontré les familles de la mi-décembre à début janvier, chaque entretien a duré environ une heure. Nous avons souhaité laisser les jeux pour une période de dix semaines dans les foyers.

B) Deuxième entretien avec les familles

Le deuxième entretien avec les familles dure moins longtemps que le premier. Ce deuxième rendez-vous nous a permis, en plus du questionnaire, de recueillir le ressenti global des familles. L'enfant peut alors nous faire part de ses éventuelles remarques. C'est aussi l'occasion de récupérer le matériel et de le commenter une dernière fois avec les familles. Nous avons rencontré les familles durant les vacances de février jusqu'à mi-mars, nous avons atteint notre objectif puisque les jeux ont été utilisés sur une période de dix semaines.

RESULTATS

Nous allons désormais exposer nos résultats pour chacune des familles participantes de notre étude. Nous commencerons par commenter la première rencontre avec l'enfant et sa famille. Nous comparerons ensuite les résultats de notre protocole au ressenti parental (premier questionnaire) de façon à vérifier notre hypothèse selon laquelle les parents auraient une appréciation différente des capacités émotionnelles « réelles » de leur enfant mesurées par nos épreuves. Nous mettrons ensuite en parallèle les deux questionnaires remplis par les parents. Nous verrons si notre intervention et les jeux proposés ont modifié leur ressenti sur les émotions de leur enfant. Enfin, l'analyse du second questionnaire nous permettra de vérifier les deux dernières hypothèses de notre sujet. Nous verrons si l'hypothèse principale qui consiste à dire que notre intervention et que les deux outils que nous avons élaborés sont à l'origine de circularité est confirmée. Puis, nous verrons finalement si les familles ont plus investi un support que l'autre.

A) N, 11 ans

Lors du premier entretien, nous sommes reçus par l'ensemble de la famille de N. N. est assez à l'aise, il accepte de se retrouver seul avec l'expérimentateur dans sa chambre pour effectuer le protocole. N. reste concentré les cinq premières minutes, il est plus compliqué pour lui de rester mobilisé lors des épreuves de compréhension des émotions. Une fois le protocole terminé, nous avons présenté les deux supports à l'ensemble de la famille. La famille de N. aime beaucoup les jeux de société, il semble donc assez aisé pour elle d'intégrer nos deux outils dans son quotidien pour quelques semaines. Dès ce premier entretien, les parents de N., après lecture du questionnaire, nous expliquent que leur enfant est peu expressif, qu'il est souvent nécessaire de l'interroger pour savoir si quelque chose ne va pas et que ce travail s'avère donc intéressant pour leur enfant.

	Tristesse	Joie	Colère	Surprise	Dégoût	Peur
Production spontanée	✓	✓	✗	✓	✗	✓
Production sur imitation	✓	✓	✗	✓	✓	✗
Dénomination des expressions faciales	⤿	✓	⤿	✓	✓	✗
Désignation des expressions faciales	✓	✓	✓	✓	⤿	⤿

 Majorité de bonnes réponses
 Majorité de mauvaises réponses
 Autant de bonnes que de mauvaises réponses

Tableau 1 : Résultats de N. au protocole d'évaluation des émotions

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS
COMPREHENSION	Q1			✗	
	Q2	JOIE		✗	
		TRISTESSE		✗	
		COLERE		✗	
		PEUR		✗	
		DEGOÛT		✗	
		SURPRISE		✗	
EXPRESSION	Q4			✗	
	Q5	JOIE		✗	
		TRISTESSE		✗	
		COLERE		✗	
		PEUR		✗	
		DEGOÛT	✗		
SURPRISE	✗				
ADAPTATION	Q7			✗	

		Joie	Tristesse	Colère	Peur	Dégoût	Surprise
COMPREHENSION	Q3			✗	✗		
	Q6			✗	✗		

Tableau 3 : Réponses des parents de N. au questionnaire initial (2)

Tableau 2 : Réponses des parents de N. au questionnaire initial (1)

Nous remarquons que le ressenti des parents sur les compétences émotionnelles de leur enfant est plutôt en accord avec les résultats de notre protocole. En effet, pour ses parents, N. n'exprime que parfois les émotions de la colère, de la peur et de la surprise alors qu'il n'exprime jamais le dégoût. Enfin, selon eux, la colère et la peur sont les deux émotions les plus difficiles à exprimer pour leur enfant. Leur appréciation coïncide assez bien avec nos résultats à l'exception de la surprise. Concernant l'aspect réceptif des émotions, les parents de N. surestiment légèrement les capacités de leur enfant. D'après eux N. comprend souvent la peur alors qu'il s'agit de l'émotion la plus chutée en compréhension dans notre test. Cependant, les parents de N. soulignent que la colère et la peur sont les deux émotions les plus difficiles à comprendre pour leur enfant, c'est ce que révèle aussi notre test. Nos épreuves montrent également que les scores obtenus en compréhension pour les émotions de la tristesse et du dégoût sont moyens. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle les parents auraient un ressenti différent à propos des performances émotionnelles de leur enfant comparé aux données objectives de notre test, n'est pas vérifiée pour le cas de N.

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS									
COMPREHENSION	Q2	JOIE												
		TRISTESSE												
		COLERE												
		PEUR												
		DEGOÛT												
		SURPRISE												
EXPRESSION	Q5	JOIE												
		TRISTESSE												
		COLERE												
		PEUR												
		DEGOÛT												
		SURPRISE												
ADAPTATION	Q7													

		Joie	Tristesse	Colère	Peur	Dégoût	Surprise	Remarque
COMPREHENSION	Q3							
	Q6							

Tableau 5 : Réponses des parents de N. au questionnaire final (2)

Tableau 4 : Réponses des parents de N. au questionnaire final (1)

On constate une modification du ressenti parental à propos des compétences émotionnelles de leur enfant après le premier entretien et l'utilisation des jeux. Le couple parental a tendance à revoir légèrement à la hausse les performances de leur enfant sur le plan de la compréhension comme sur le plan de l'expression des émotions. D'après eux, N. perçoit toujours la joie alors que la tristesse est souvent reconnue, c'est ce que nous observons dans notre test. On note cependant que pour les parents, les deux émotions les plus difficiles à comprendre pour leur enfant demeurent la colère et la peur. C'est aussi ce que nous avons relevé dans nos épreuves. De la même façon sur le plan expressif, les parents ont davantage valorisé les performances de leur enfant pour les émotions de la joie, de la colère, de la peur et du dégoût. Ils persistent tout de même à penser que la colère est l'émotion la plus dure à exprimer pour leur enfant ce qui coïncide avec nos données. Ainsi, les parents de N. ont affiné leur perception après utilisation de nos supports. Leur nouvelle appréciation est très en lien avec les observations de notre test. Il semblerait que le questionnaire initial comme les jeux aient mobilisé le système familial et engagé de la circularité. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle on noterait une modification du ressenti parental après utilisation de nos outils est ici validée. Nos outils ont créé une certaine dynamique relationnelle dans le couple parental, ce qui leur a permis d'activer des rétroactions positives puisqu'ils ont modifié leur appréciation.

	Oui	Non	Difficile à dire	Absence de réponse	Remarque
Q1					
Q4					
Q8					
Q14					
Q15					
Q17					"J'y suis déjà beaucoup."
Q18					"Pas d'impact sur l'organisation. Par contre, nous avons beaucoup plus échangé sur toutes les émotions, d'en discuter et d'en rire."

Tableau 6 : Réponses des parents de N. au questionnaire final (3)

Il est difficile à dire pour les parents de N. si leur enfant exprime ou comprend mieux les émotions après utilisation de nos deux supports. Cependant ces derniers expliquent qu'il a été aisé d'introduire les jeux dans leur quotidien. Les deux supports leur paraissent adaptés même s'ils trouvent que le jeu Dés'Emotions est plus difficile à utiliser. Ils expliquent qu'il est compliqué pour leur enfant de se mettre en situation. La maman raconte lors du deuxième entretien: « *il n'arrivait pas forcément à se mettre en colère* ». Elle ajoute aussi qu'il était difficile de considérer tous les éléments piochés avec la modalité « 1 objet + 2 personnages ». Ainsi, la mère de N. explique que c'était elle qui créait l'histoire imaginaire pour ses enfants lorsqu'ils tombaient sur cette modalité. La famille de N. a préféré l'utilisation du Dé Géant, selon eux: « *il est plus simple d'utilisation, plus rapide* ». L'hypothèse selon laquelle les familles investiront davantage l'un des deux supports est ici vérifiée. Nous conseillions aux familles de lancer le Dé Géant le matin de façon à échanger sur l'émotion en fin de journée. N. et sa famille ont préféré lancer le Dé Géant le soir. Selon la maman « *cela faisait appel à la journée* » et il était donc plus facile pour N. d'évoquer les émotions. Surtout, la mère, seule présente lors du deuxième entretien avec ses enfants, explique que s'ils tombaient par exemple sur la surprise et que cette émotion n'avait pas été ressentie pendant la journée, ils se posaient mutuellement la question « *alors quelles émotions as-tu eues aujourd'hui ?* ». Finalement, le Dé Géant apparaît ici comme un véritable média thérapeutique ou « objet flottant ». Il a permis à chacun des membres de la famille de se renseigner sur les émotions des autres et d'engager un échange. Comme l'explique la maman : « *on a partagé, on a parlé et on a rigolé des émotions* ». N. et sa famille ont joué de manière assez irrégulière, ils leur arrivaient de jouer plusieurs jours de suite et de faire des pauses c'est pourquoi ils se disent avoir joué moins d'une fois par semaine. S'il est difficile pour les parents de N. de dire si les jeux leur ont permis de percevoir les éventuelles difficultés d'ordre émotionnel chez leur

enfant et s'ils leur ont paru bénéfiques, ils mettent en avant le fait qu'il a été profitable à N. et à l'ensemble de la famille. Comme l'expliquent les parents dans le questionnaire : « *les enfants aiment partager un moment ensemble autour d'un jeu. On a bien rigolé, mais très difficile de faire les mini saynètes quand l'émotion n'est pas celle du moment.* ». Il était a priori compliqué pour N. de jouer l'émotion sur commande, notre test révèle d'ailleurs que N. est plus en difficulté dans les tâches de production. Pour finir, les parents de N. expliquent bien que les jeux ont permis d'échanger autour des émotions (question 18) et apportent une réponse tout à fait intéressante quand nous leur demandons en quoi la compréhension des émotions est importante dans la relation à l'autre (question 19) : « *Elle est importante car c'est un outil dans l'évolution des relations. La compréhension des émotions permet de décoder le monde qui nous entoure et apprendre à s'y adapter. Le décodage permet de percevoir les changements émotionnels et de comprendre les autres.* ». Ainsi, nous pouvons affirmer que l'hypothèse principale de notre travail est ici vérifiée. Notre intervention et les deux outils que nous avons conçus ont permis l'émergence d'une certaine circularité dans la famille de N. On observe la mise en place de rétroactions positives telles que le dialogue, le questionnement ou l'intérêt porté aux émotions. D'autre part, la famille a su s'adapter et s'appropriier les supports que nous leur avons proposés. Cette dynamique à la fois relationnelle et communicationnelle souligne l'aptitude au changement et à l'évolution du système familial de N.

B) R, 13 ans

Lors du premier entretien, nous sommes reçus par l'ensemble de la famille de R. Sont donc présents ses parents et son grand-frère. Rapidement son grand-frère retourne à ses occupations et ne participe pas à notre discussion. Le papa de R. se tient également plus en retrait dans la même pièce que nous. R. souhaite réaliser le test dans la pièce principale, sa mère reste à côté de nous le temps du protocole. R. est assez gêné et timide mais il effectue l'ensemble des épreuves de notre protocole. Nous demandons à la maman de R. de ne pas intervenir pendant les épreuves, cependant R. a tendance à la regarder pour avoir son approbation lorsqu'il ne sait pas ou est en difficulté. On note que pendant l'épreuve de production spontanée, R. ne sait pas ce qu'est le dégoût, sa mère lui donne un exemple et lui montre la mimique faciale. Une fois les épreuves terminées, nous avons présenté les deux supports à R. et ses parents. La mère de R. nous explique que si le jeu est effectué, il le sera uniquement avec elle car le père de R. n'est pas un adepte des jeux de société. Notons que le comportement de R. est assez différent

de celui qu'il a en séance, il apparaît ici beaucoup plus timide, fermé et ne montre que peu d'intérêt à ce que nous lui proposons.

\	Tristesse	Joie	Colère	Surprise	Dégoût	Peur
Production spontanée	✓	✓	✓	✗	✗	✓
Production sur imitation	✗	✓	✓	✓	✓	✗
Dénomination des expressions faciales	↪	✓	✓	✓	✗	✓
Désignation des expressions faciales	✓	↪	✓	✓	✓	↪

Tableau 7 : Résultats de R. au protocole d'évaluation des émotions

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS											
COMPREHENSION	Q1			✗	✗	COMPREHENSION	Q3	Joie					✗	✗		
	Q2	JOIE			✗			✗	EXPRESSION	Q6	Tristesse					
		TRISTESSE			✗			✗			Colère					
		COLERE			✗			✗			Peur					
		PEUR			✗			✗			Dégoût					
		DEGOÛT			✗			✗			Surprise					
		SURPRISE			✗			✗								
EXPRESSION	Q4			✗	✗											
	Q5	JOIE			✗	✗										
		TRISTESSE		✗	✗	✗										
		COLERE		✗	✗	✗										
		PEUR		✗	✗	✗										
		DEGOÛT		✗	✗	✗										
SURPRISE		✗	✗	✗												
ADAPTATION	Q7			✗	✗											

Tableau 8 : Réponses des parents de R. au questionnaire initial (1)

Tableau 9 : Réponses des parents de R. au questionnaire initial (2)

Nous constatons que le ressenti des parents quant aux compétences émotionnelles de leur enfant n'est pas tout à fait en accord avec les résultats de notre protocole. Selon ses parents, R. exprime souvent ses émotions. Pourtant, ils estiment que seule la joie est souvent exprimée alors que les autres émotions ne le sont que parfois. Les résultats à notre protocole confirment assez bien le dire des parents à la question 5 puisque nous avons relevé des difficultés pour les émotions de la tristesse, de la surprise, du dégoût et de la peur en expression. Pour eux, ce sont les émotions de la colère et du dégoût qui sont les plus dures à exprimer pour R. D'autre part, les parents de R. pensent que leur enfant comprend souvent les émotions. La joie, la tristesse et la peur sont toujours comprises alors que les autres le sont souvent. D'après eux, les émotions de la surprise et du dégoût sont les plus difficiles à comprendre pour leur enfant. Nos résultats ne sont pas en accord avec le ressenti des parents de R. En effet, nous relevons des difficultés concernant les émotions de la joie, de la tristesse, de la peur et surtout du

dégoût. Notre hypothèse est ici vérifiée, nous notons un certain décalage entre nos résultats et le ressenti parental.

Il est important de noter que R., quatre semaines après notre intervention, s'est rendu à sa séance hebdomadaire d'orthophonie avec les supports. Il nous a expliqué qu'il ne ferait pas les jeux chez lui, sans nous donner d'explication particulière. Nous lui avons proposé de faire le jeu en séance de façon à ce qu'il puisse essayer de le refaire avec sa mère. Nous avons donc joué à Dés'Emotions lors d'une séance, R. y a pris beaucoup de plaisir. Nous lui avons réexpliqué le fonctionnement du jeu et lui avons demandé de repartir avec pour essayer de faire une partie en famille. Nous allons voir par la suite que les jeux n'ont pas pu être exploités au sein de la cellule familiale de R.

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS									
COMPREHENSION	Q2	JOIE												
		TRISTESSE												
		COLERE												
		PEUR												
		DEGOÛT												
		SURPRISE												
EXPRESSION	Q5	JOIE												
		TRISTESSE												
		COLERE												
		PEUR												
		DEGOÛT												
		SURPRISE												
ADAPTATION	Q7													

		Joie	Tristesse	Colère	Peur	Dégoût	Surprise	Remarque
COMPREHENSION	Q3							
	Q6							

Tableau 11 : Réponses des parents de R. au questionnaire final (2)

Tableau 10 : Réponses des parents de R. au questionnaire final (1)

Nous observons un changement du ressenti parental entre les deux questionnaires. Cependant, nous remarquons que la nouvelle appréciation des parents de R. ne coïncide pas plus avec les résultats de notre protocole. Sur le plan de la compréhension, alors que l'émotion de la surprise était souvent comprise selon les parents dans le questionnaire initial, elle ne l'est plus que parfois dans le deuxième questionnaire. D'après eux les émotions les plus difficiles à comprendre pour leur enfant sont désormais le dégoût, la surprise et la tristesse. Sur le plan de l'expression des émotions, on observe un changement pour l'émotion de la colère, elle n'est jamais exprimée alors que la surprise l'est souvent. Enfin, les deux émotions les plus difficiles à exprimer pour leur enfant sont désormais la colère et la surprise. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle notre intervention modifie le ressenti des parents sur les émotions de leur enfant est ici vérifiée. Globalement, nous pouvons observer que les parents de R. ont revu

légèrement à la baisse les compétences émotionnelles de leur enfant après notre intervention. Il semblerait que nos outils, à la manière d'« objets flottants » aient entraîné une certaine circularité ayant mené le couple parental à reconsidérer les compétences émotionnelles de leur enfant.

	Oui	Non	Difficile à dire	Absence de réponse	Remarque
Q1					
Q4					
Q8					"R n'a pas été facile à convaincre pour faire une partie avec moi."
Q14					
Q15					
Q17					"R est un enfant ouvert qui sait exprimer ses émotions tout en étant dans une certaine retenue. Il a peut-être du mal parfois à comprendre si la situation peut être gaie ou triste ou s'il doit être en colère."
Q18					

Tableau 12 : Réponses des parents de R. au questionnaire final (3)

Comme l'explique sa mère, R. n'a pas souhaité réaliser les jeux à la maison. Si les supports proposés semblent adaptés pour la mère de R., il n'a pas été possible de les expérimenter une seule fois avec son enfant. La maman explique qu'ils ont manqué de temps, elle ajoute en remarque : « *R. n'a pas voulu faire de partie en famille. Il a peut-être eu peur que dans le cercle familial on se moque un peu de lui* ». Cette remarque est très intéressante et expliquerait le changement d'attitude de R. entre la maison et les séances d'orthophonie. En effet, R. est un garçon assez timide, sans doute lui est-il compliqué de travailler cet aspect de la communication en famille. Cette remarque formulée par la maman révèle que cette dernière s'est interrogée ou peut-être même renseignée auprès de son fils. Cependant, la maman explique qu'elle ne sera pas plus attentive aux émotions de son enfant (question 17), pour elle R. n'a pas de difficulté pour exprimer ses émotions, il est un enfant réservé. Pourtant, la mère précise juste après que R. est parfois dans la confusion pour comprendre une émotion. Il semblerait, au travers de ce discours peu cohérent, que la mère de R. ait pris conscience de certaines difficultés sur le plan des émotions chez son enfant. Pour autant, la maman de R. ne semble pas vouloir engager de changement pour travailler cet aspect de l'échange lorsqu'elle explique que R. n'a pas de difficulté. Cependant, elle estime à la question 19 que : « *Les émotions, et savoir les exprimer, permettent certainement d'être ouvert aux autres. Si l'on est triste, on peut se faire consoler. La joie comme la tristesse on peut la partager. La colère permet d'extérioriser ce que l'on garde en nous. Le dégoût quand on n'aime pas quelque*

chose.». Elle considère bien la valeur communicationnelle des émotions. Lorsque nous rencontrons R. et sa mère lors du second entretien, cette dernière nous raconte clairement que R. n'a pas osé exprimer ses émotions dans le cercle familial parce qu'il avait certainement peur du jugement et peur ne pas y parvenir. De plus, la maman ajoute qu'il n'y a pas seulement R. qui n'exprime pas ses émotions, « *nous non plus nous ne les exprimons pas, nous ne sommes pas des personnes expressives* ». Cette dernière remarque est particulièrement intéressante, nous comprenons que même si les supports n'ont pas été utilisés, notre intervention a permis malgré tout d'introduire une certaine circularité dans le système familial de R. En effet, nos questionnaires ont permis aux parents de s'interroger sur le fonctionnement de leur enfant mais aussi sur leur propre fonctionnement familial. La mère est en mesure de nous dire que les émotions ne sont pas des indices communicationnels couramment utilisés par les différents membres de la famille. Cependant, nous comprenons aussi par cette phrase que le système familial de R. a mis en place des boucles de rétroaction dites négatives dans le sens où la famille a annulé toute aptitude au changement. En effet, la famille ne semble pas vouloir dépasser ce constat et souhaite maintenir son mode de communication actuel. Notre hypothèse principale se confirme une nouvelle fois. Dans le cas de R., nos interventions et les questionnaires ont permis une certaine prise de conscience et un dialogue autour des émotions. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer que nos supports aient amené du changement, nous ne pensons pas que la famille porte plus d'attention aux émotions après notre intervention.

C) M, 12 ans

Nous sommes reçus par M. et ses parents lors de notre premier rendez-vous, son grand-frère n'est pas présent. M. est un garçon souriant et posé qui accepte facilement de se retrouver en situation duelle avec l'expérimentateur. Nous remettons le jeu Dés'Emotions et le Dé Géant à la famille. Les parents de M. nous font part du parcours de leur fils, ils acceptent tout à fait d'utiliser nos supports même s'ils pensent que M. n'a pas de difficulté particulière dans le domaine des émotions.

\	Tristesse	Joie	Colère	Surprise	Dégoût	Peur
Production spontanée	✓	✓	✓	✓	✗	✓
Production sur imitation	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Dénomination des expressions faciales	✗	~	✓	✓	~	✗
Désignation des expressions faciales	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tableau 13 : Réponses de M. au protocole d'évaluation des émotions

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS										
COMPREHENSION	Q1			✗	✗	COMPREHENSION	Q3	Joie	Tristesse	Colère	Peur	Dégoût	Surprise		
	Q2	JOIE			✗			✗	✗						
		TRISTESSE						✗							
		COLERE						✗							
		PEUR			✗			✗							
		DEGOÛT			✗			✗							
		SURPRISE						✗							
ADAPTATION	Q7			✗	✗	EXPRESSION	Q6				✗	✗			
EXPRESSION	Q4				✗										
	Q5	JOIE			✗	✗									
		TRISTESSE				✗									
		COLERE				✗									
		PEUR			✗	✗									
		DEGOÛT			✗	✗									
		SURPRISE		✗											

Tableau 15 : Réponses des parents de M. au questionnaire initial (2)

Tableau 14 : Réponses des parents de M. au questionnaire initial (1)

Nous remarquons que le ressenti parental n'est pas tout à fait en accord avec les résultats à notre protocole. En effet, d'après ses parents, M. comprend toujours la joie, la tristesse, la colère et la surprise. Or, nous observons quelques difficultés pour les émotions de la tristesse et de la joie en compréhension. D'autre part, selon les parents de M., la peur et le dégoût sont souvent compris, il s'agit pourtant des deux émotions les plus chutées dans notre protocole en expression et en compréhension. On note cependant que les parents pensent que la peur est l'émotion la plus dure à comprendre ce qui rejoint nos résultats, elle est aussi selon eux la plus dure à exprimer avec la surprise. Nous n'observons aucune difficulté concernant l'émotion de la surprise dans nos épreuves. On note des performances nettement supérieures dans l'épreuve de désignation. Si l'épreuve de dénomination nécessite un lexique émotionnel en expression, l'épreuve de désignation sollicite le lexique émotionnel en compréhension. On peut penser que M. comprend mieux le lexique émotionnel qu'il ne sait l'utiliser. Notre hypothèse est ici vérifiée, nous constatons pour le cas de M. que ses parents n'ont pas une représentation des

compétences émotionnelles de leur enfant semblable à nos données objectives. Ils ont plutôt tendance à valoriser les compétences émotionnelles de leur enfant.

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS									
COMPREHENSION	Q2	JOIE												
		TRISTESSE												
		COLERE												
		PEUR												
		DEGOÛT												
		SURPRISE												
EXPRESSION	Q5	JOIE												
		TRISTESSE												
		COLERE												
		PEUR												
		DEGOÛT												
		SURPRISE												
	Remarque	"Concernant la peur, M. n'exprime pas cette émotion, non pas parce qu'il ne la comprend pas mais parce qu'il n'en exprime pas le besoin."												
ADAPTATION	Q7													
	Remarque	"Sauf dans le cas de la colère qui est dû à sa susceptibilité."												

		Joie	Tristesse	Colère	Peur	Dégoût	Surprise	Remarque
COMPREHENSION	Q3							
EXPRESSION	Q6							"Au cours du jeu, nous nous sommes rendus compte que cette émotion était difficile à exprimer, par l'ensemble des joueurs."

Tableau 17 : Réponses des parents de M. au questionnaire final (2)

Tableau 16 : Réponses des parents de M. au questionnaire final (1)

Nous constatons un changement du ressenti parental entre nos deux interventions. En effet, s'il est difficile à dire pour les parents de M. si leur enfant comprend mieux les émotions, ils pensent désormais que M. comprend toujours les émotions sauf celle du dégoût qui ne l'est que parfois. Selon eux, M. n'exprime pas plus ses émotions après utilisation des supports. Mais d'après ses parents, il exprime désormais toujours ses émotions sauf la peur car il n'en ressent pas le besoin. On constate que d'après eux, le dégoût est désormais l'émotion la plus difficile à exprimer pour leur enfant. On remarque que les parents ont reconsidéré l'émotion du dégoût après utilisation des jeux. S'ils trouvaient qu'elle était acquise lors du premier questionnaire, ils sont désormais plus en accord avec les résultats de notre évaluation. Il semble que nos outils aient engagé une réflexion dans le système familial autour des émotions. Les parents sont, en effet, capables d'analyse quand ils expliquent à la question 6 que l'émotion du dégoût a mis en difficulté tous les membres de la famille. Globalement, nous constatons que notre hypothèse est une nouvelle fois vérifiée, nous observons une modification du ressenti parental après dix semaines d'utilisation de nos supports. Les parents de M. ont tendance à augmenter les compétences émotionnelles de leur enfant.

	Oui	Non	Difficile à dire	Absence de réponse	Remarque
Q1					
Q4					
Q8					
Q14					"Mais cela n'est pas lié au jeu mais plutôt au fait que M. n'a pas de problème particulier."
Q15					"Nous avons passé de bons moments à rigoler."
Q17					
Q18					

Tableau 18 : Réponses des parents de R. au questionnaire final (3)

Les parents de M. expliquent qu'il n'a pas été facile d'introduire les jeux dans leur quotidien, ils se disent y avoir joué moins d'une fois par semaine. D'après eux, les supports proposés sont adaptés mais ils ont préféré le jeu Dés'Emotions. M. et ses parents ont pensé à quelques améliorations concernant ce jeu. Ils souhaitent davantage de cases défi car elles sont assez drôles à réaliser. Le papa se pose la question de la mise en place d'un sablier pour obliger le joueur à constituer sa saynète dans un temps imparti, la maman ne rejoint pas cet avis. Selon elle, il est important de laisser le temps au joueur de s'exprimer. Enfin, ils nous expliquent qu'il serait bien de pouvoir relancer le dé lorsqu'une émotion a déjà été jouée pour que la partie ne soit pas trop longue. Le papa nous rapporte lors du deuxième entretien que le jeu de plateau permet de consacrer un véritable temps à ce travail des émotions. Il est aussi un moyen de partager un temps en famille, le grand-frère de M. a d'ailleurs participé au jeu. La famille n'a pas investi le Dé Géant, il est selon eux compliqué de l'intégrer au quotidien, par manque de temps notamment. Notre hypothèse selon laquelle les familles utiliseront davantage l'un des deux supports est une fois encore vérifiée. Les parents notent que les supports ne leur ont pas permis de mieux cerner les éventuelles difficultés émotionnelles de leur enfant car M. n'a pas de problème particulier. Cependant, ils conviennent que les jeux ont été bénéfiques. Les parents et M. nous expliquent lors du deuxième entretien qu'ils ont beaucoup ri. Ils nous avouent qu'il n'a pas été facile au début de se mettre dans le jeu car ils n'osaient pas suffisamment « jouer », le papa nous dit même: « *il a fallu se lâcher* ». Ils se sont rendu compte que les saynètes n'étaient pas toujours évidentes à réaliser et que le jeu était donc profitable à tous les membres de la famille. Lorsque nous demandons en quoi la compréhension des émotions est importante, les parents nous expliquent que « *ce sont des éléments importants qui permettent de comprendre l'autre et d'être à son écoute. C'est une partie intégrante de la communication interpersonnelle* ». Nous pouvons penser que notre hypothèse centrale est de nouveau concluante, notre intervention, nos questionnaires et nos

supports sont à l'origine d'une certaine circularité dans le système familial. En effet, au travers du discours tenu par la famille, nous comprenons que le jeu Dés'Emotions a eu des effets sur le système familial. Il leur a permis de se retrouver, de partager un moment agréable en famille. Cependant, nous ne pouvons affirmer que la famille de M. porte un intérêt plus appuyé aux émotions. Les parents de M. pensent que leur enfant n'a pas de difficulté particulière dans ce domaine. Même si les parents de M. ont échangé, se sont interrogés à propos des émotions, nous ne pensons pas que nos outils les aient véritablement sensibilisés à ce sujet.

D) C, 9 ans

Nous sommes reçus par C. et sa mère lors du premier rendez-vous. La sœur de C. est présente mais ne participe pas à notre entretien. C. est assez timide, il souhaite que sa maman reste avec nous le temps du protocole. C. reste concentré durant les épreuves. Nous présentons les supports à la fin du protocole. C. est très intéressé par ce que nous lui proposons et souhaite faire une partie du jeu Dés'Emotions. Nous acceptons de jouer avec C. et sa mère. La mère de C. nous explique que son fils aime beaucoup les jeux de société et qu'ils en font souvent en famille.

\	Tristesse	Joie	Colère	Surprise	Dégoût	Peur
Production spontanée						
Production sur imitation						
Dénomination des expressions faciales						
Désignation des expressions faciales						

Tableau 19 : Réponses de C. au protocole d'évaluation des émotions

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS	
COMPREHENSION	Q1			X		
	Q2	JOIE		X		
		TRISTESSE			X	
		COLERE			X	
		PEUR			X	
		DEGOÛT			X	
		SURPRISE			X	
Q4			X			
EXPRESSION	Q5	JOIE			X	
		TRISTESSE			X	
		COLERE			X	
		PEUR			X	
		DEGOÛT			X	
		SURPRISE			X	
ADAPTATION	Q7			X		

Tableau 20 : Réponses des parents de C. au questionnaire initial (1)

		Joie	Tristesse	Colère	Peur	Dégoût	Surprise
COMPREHENSION	Q3						X
	Q6						X

Tableau 21: Réponses des parents de C. au questionnaire initial (2)

On constate que les parents de C. ont une appréciation assez différente des compétences émotionnelles de leur enfant comparé à nos résultats. En effet, si pour les parents de C. leur enfant comprend et exprime souvent les six émotions de base, les résultats obtenus à notre protocole sont plus mitigés. D'après eux, C. a plus de difficultés avec l'émotion de la surprise. Nos résultats confirment le ressenti parental mais il ne s'agit pas de l'émotion la plus chutée d'après notre test. Nos épreuves révèlent aussi et surtout des difficultés d'expression et de compréhension de la tristesse. La tristesse, dans l'épreuve de dénomination, est confondue avec la surprise et le dégoût. D'autre part, nous constatons que la compréhension des émotions de la colère et de la peur, qui sont selon les parents deux émotions souvent comprises, est peu fiable chez C. On note que le garçon est plus performant sur l'épreuve de désignation qui sollicite le lexique émotionnel en compréhension. Ainsi, C. semble mieux comprendre le lexique des émotions que l'exprimer. Notre hypothèse selon laquelle les parents auront une appréciation différente des compétences émotionnelles réelles de leur enfant est ici vérifiée, ces derniers ont tendance à valoriser les compétences de C.

		JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT	TOUJOURS	
COMPREHENSION	Q2	JOIE				
		TRISTESSE				
		COLERE				
		PEUR				
		DEGOÛT				
		SURPRISE				
EXPRESSION	Q5	JOIE				
		TRISTESSE				
		COLERE				
		PEUR				
		DEGOÛT				
		SURPRISE				
ADAPTATION	Q7					

Tableau 22 : Réponses des parents de C. au questionnaire final (1)

		Joie	Tristesse	Colère	Peur	Dégoût	Surprise	Remarque
COMPREHENSION	Q3							"En général il les comprend. C'est ce que l'émotion induit qui n'est pas forcément adapté."
EXPRESSION	Q6							"Souvent excessives. A du mal à prendre du recul."

Tableau 23 : Réponses des parents de C. au questionnaire final (2)

Nous relevons une modification du ressenti parental entre nos deux interventions. En effet, si les six émotions de base étaient souvent comprises selon les parents de C., désormais la joie, la tristesse et la colère sont toujours reconnues tandis que les émotions de la peur, du dégoût et de la surprise ne le sont plus que parfois. Cette reconsidération rejoint davantage nos résultats même si nous n'obtenons pas des données semblables au ressenti des parents pour la tristesse. En effet, la tristesse, émotion la plus chutée lors des épreuves, est selon eux acquise par leur enfant. Désormais, les parents expliquent que les émotions de la colère, de la peur et de la surprise sont les plus difficiles à comprendre pour C. alors qu'ils considèrent dans la question 2 que la colère est toujours comprise. Sur le plan expressif, les parents ont le même ressenti que dans le premier questionnaire, cependant s'ils considéraient auparavant que la surprise était l'émotion la plus difficile à exprimer selon leur enfant, ils pensent désormais qu'il s'agit de la colère et de la peur. Nous relevons ces mêmes difficultés dans notre protocole même si nous en constatons aussi pour l'émotion de la tristesse. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle notre intervention et les jeux modifieront le ressenti des parents est ici validée. Les parents de C. sont plus en adéquation avec nos résultats du fait d'une certaine prise de conscience des difficultés de leur enfant. Il semble que nos outils, à la manière d'« objets flottants » ont introduit une certaine circularité dans le système familial autour des émotions.

	Oui	Non	Difficile à dire	Absence de réponse	Remarque
Q1			X		Ca dépend de l'expression de l'autre. Si l'émotion est exprimée "visuellement", elle sera plus claire."
Q4			X		"Ca dépend de notre disponibilité et de la sienne pour discuter de cette émotion. Le jeu facilite l'échange."
Q8	X				
Q14			X		
Q15			X		"Permet de mettre des mots sur des situations vécues de façon ludique."
Q17			X		" On essaie toujours de dialoguer pour voir si l'émotion ressentie est adaptée, si la situation a été bien comprise."
Q18		X			"On utilise déjà le support ludique dans nos échanges."

Tableau 24 : Réponses des parents de C. au questionnaire final (3)

Selon les parents de C., il est difficile à dire si leur enfant exprime et/ou perçoit mieux les émotions. La maman nous explique lors du second entretien que la compréhension des émotions de son enfant dépend aussi de la façon dont les autres expriment leurs émotions. Pour elle, C. décrypte parfaitement les émotions de sa mère et est un enfant « *très réceptif visuellement* ». Cependant pour elle, « *C. peut mettre la même émotion sur plein d'émotions différentes* ». La maman nous raconte par exemple que C. a cassé un verre, il a su dire qu'il avait eu peur mais n'a pas pu considérer la surprise. Les parents expliquent dans le questionnaire qu'il a été facile d'introduire le jeu dans leur quotidien. Ils considèrent les deux supports comme adaptés mais ont préféré le Dé Géant. Selon eux, il est « *plus facile à manipuler au quotidien. Il permet de verbaliser une situation vécue ponctuelle* ». La maman rajoute lors de l'entretien que le Dé Géant « *ouvre le dialogue et permet de mettre des mots sur des choses* ». Notre hypothèse selon laquelle l'un des deux supports sera davantage investi est une nouvelle fois vérifiée. Elle nous explique qu'ils ont apprécié le jeu Dés'Emotions mais qu'il fallait revoir le final du jeu car il est parfois nécessaire de relancer plusieurs fois le dé pour arriver à jouer les six émotions. D'autre part, la maman explique qu'il était par moment difficile d'inventer une histoire avec les cartes piochées : « *parfois on avait des histoires un peu tordues* ». Les jeux ont été réalisés plusieurs jours de suite ou moins d'une fois par semaine. Il est difficile à dire pour les parents si les supports ont été bénéfiques, cependant les parents précisent en remarque que les jeux permettent « *de mettre des mots sur des situations vécues de façon ludique* ». De la même façon, les parents expriment le fait que les jeux ont été profitables à leur enfant mais aussi à toute la famille, ils ajoutent en remarque: « *Ouverture du dialogue. Echange sur des émotions vécues. C. est très émotif. Il a tendance à être excessif dans certaines émotions notamment la peur et la colère. L'échange, le partage permettent de dédramatiser.* ». Il est difficile à dire pour les parents s'ils seront plus attentifs aux émotions

de leur enfant mais précisent en remarque qu'ils y sont bienveillants. D'après eux, le jeu n'a pas eu d'impact sur leur organisation car les jeux sont déjà utilisés en famille. Enfin, lorsque nous leur demandons d'expliquer en quoi la compréhension des émotions est importante dans la relation, ils nous répondent qu'elle « *permet d'éviter des malentendus, permet l'intégration dans le groupe, permet de mieux les appréhender, les gérer.* ». On constate lors de l'entretien que C. et sa famille ont véritablement investi les supports, ils ont su mettre en place des rétroactions positives. En effet, la maman a su faire des liens avec des situations de la vie courante. Elle s'est aperçue par exemple que C. ne parvenait pas toujours à gérer ses émotions, qu'il « *était dans l'explosion* » pour reprendre ses termes. En effet, quelques jours auparavant C. a eu notamment très peur de l'alarme à incendie de son école et s'est réfugié dans un local à vélo. Ainsi, nos supports ont permis d'engager de la communication autour des émotions dans le système familial de C. La maman nous explique « *avant, on ne parlait pas du mot « émotion », cela nous a permis de mettre des mots et de prendre du recul, il y a une certaine prise de conscience. Par exemple, hier, C. a ressenti de la colère, je l'ai nommée alors qu'avant je ne l'aurais pas fait* ». Notre hypothèse selon laquelle nos interventions engageront du mouvement est ici vérifiée. Les outils que nous avons créés ont permis d'introduire une certaine circularité. A la manière d'« objets flottants », nos supports ont entraîné du dialogue, une réflexion autour des émotions. Nous pensons également que nos supports ont éveillé un intérêt familial plus appuyé autour des émotions.

DISCUSSION

A) Rappel des objectifs et des hypothèses

Notre étude s'appuie sur deux précédents mémoires (Hallié, 2010 & Huve, 2012) ayant mis au point un protocole d'exploration de la reconnaissance et de la production des émotions chez des enfants sourds de naissance appareillés. Les deux auteurs constatent un certain retard des compétences émotionnelles dû notamment aux interactions et aux expériences communicationnelles et langagières précoces atypiques de ces enfants. L'objectif de notre étude était donc de construire un matériel orthophonique qui travaille cet aspect de la communication tout en s'inscrivant dans une approche dite systémique. En effet, il nous semblait pertinent que les parents soient les acteurs privilégiés de ce travail alors que la vie émotionnelle de l'enfant émerge normalement au sein de sa famille, en situation de communication et au contact des autres. De plus, le diagnostic de surdité peut retentir de façon importante sur le système familial menant parfois à une désignation pathologique de l'enfant sourd dans son entourage. Ainsi, nos jeux et nos interventions auprès des familles avaient pour objectif d'entraîner de la circularité, c'est-à-dire du mouvement, du dialogue voire une prise de conscience de l'importance des émotions dans la communication. En considérant l'ensemble du système, nos outils devraient avoir une répercussion sur chaque individu et pourraient empêcher une éventuelle désignation de l'enfant sourd au sein de sa famille. Pour ce faire, nous avons mis au point des questionnaires destinés aux parents pour recueillir leur ressenti sur les émotions de leur enfant avant et après utilisation de nos supports de médiation familiale. Nous avons en parallèle soumis les enfants à un protocole d'évaluation de l'expression et de la compréhension des expressions faciales émotionnelles inspiré du travail de Huve (2012) pour mettre en regard l'appréciation des parents et nos données objectives.

Selon notre première hypothèse, nous avons supposé que nos interventions et que les deux outils que nous avons élaborés, le jeu D s'Emotions et le D  Géant, seraient porteurs de mouvement autrement dit de « circularité » dans le système familial. Nous pensions notamment que nos deux supports allaient faire émerger de la parole et un intérêt familial plus appuyé autour des émotions.

Nous avons ensuite supposé que le ressenti des parents sur les émotions de leur enfant recensé par le questionnaire initial serait diff rent des compétences émotionnelles « réelles » mesurées

par notre protocole d'évaluation. En effet, nous pensons que les parents ne sont pas suffisamment sensibilisés, renseignés ou questionnés sur cet aspect de la communication pendant le suivi de leur enfant sourd appareillé.

Selon notre troisième hypothèse, les entretiens effectués dans les familles ainsi que nos jeux modifieraient le ressenti des parents sur l'expression et la compréhension des émotions de leur enfant.

Enfin, en dernière hypothèse, nous avons pensé que les familles investiraient davantage l'un des deux supports en fonction de leur organisation et habitudes de jeu au quotidien.

B) Principaux résultats et validation des hypothèses

Nos résultats permettent de valider notre première hypothèse. Globalement, nous constatons que les questionnaires comme les supports que nous avons élaborés ont permis d'introduire une certaine circularité dans les différents systèmes familiaux. Nos outils ont permis d'interroger les parents sur les émotions et d'amener de la parole de façon à créer une dynamique relationnelle et communicationnelle autour de ce sujet.

Notre deuxième hypothèse est réfutée. En effet, nous remarquons pour une seule famille que le ressenti parental est très proche des résultats de notre évaluation. Ainsi, les parents peuvent avoir une appréciation des compétences émotionnelles de leur enfant tout à fait proche de la réalité.

La troisième hypothèse est vérifiée. En effet, nous notons que les questionnaires et/ou l'utilisation des jeux ont modifié le ressenti des parents sur l'expression et la compréhension des émotions de leur enfant. Il s'agit là d'un des effets de la circularité au sein du système familial. Les parents ont su échanger à ce propos et reconsidérer leur appréciation.

Enfin, la quatrième hypothèse est validée. Nous constatons que chacune des familles ayant utilisé nos jeux a davantage investi l'un des deux supports proposés, le jeu de plateau Dés'Emotions pour l'une d'entre elles et le Dé Géant pour les deux autres. L'une des familles participantes n'a pas expérimenté nos jeux.

C) Discussion des résultats

Dans cette étude, nous portons plus particulièrement notre intérêt sur les effets de nos outils sur la considération familiale des émotions et la place de l'enfant sourd au sein de sa famille.

Nous avons constaté dans chaque famille que le questionnaire et/ou les supports que nous avons construits ont eu l'effet escompté. Ils ont mobilisé notre finalité puisqu'ils ont eu des répercussions sur le ressenti parental à propos des émotions de leur enfant dans chacune des familles de notre étude. De plus, le questionnaire initial comme les jeux ont amené de la parole. On remarque que si aucune famille n'a utilisé les espaces « remarques » dans le premier questionnaire, elles ont toutes usé de ces espaces libres dans le second. Certes, nos outils ont engagé du mouvement au sein des systèmes familiaux, c'est pourquoi nous pouvons valider notre première hypothèse, mais à des degrés différents. De plus, nous remarquons que nos supports n'ont pas toujours sensibilisés les parents à l'intérêt d'un travail sur les émotions. Ce résultat est donc à nuancer.

C'est le cas pour la famille de M. Les parents de M. ont exprimé le plaisir qu'ils avaient eu à se retrouver, à jouer et à partager ce moment en famille. Le jeu leur a permis d'échanger, de se divertir et de se renseigner les uns sur les autres. En ce sens, nos jeux ont renforcé la cohésion familiale et ont favorisé la mise en retrait du symptôme de M. Ainsi, notre intervention a permis d'ouvrir la famille à de nouvelles perspectives de communication mais nous ne pensons pas qu'elle considère davantage les émotions après notre intervention. Rappelons que les parents de M. estiment que leur enfant n'a pas de difficulté émotionnelle particulière. Ce constat nous avait été fait dès le premier entretien par la famille de M. et l'utilisation de nos outils n'a pas conduit les parents de M. à revoir leur impression. Ainsi, si notre jeu a introduit de la circularité dans le système familial de M., il n'a pas mobilisé entièrement notre finalité.

Prenons maintenant le cas de R. La mère de R. a su s'interroger sur les émotions de son enfant, modifier son appréciation et nous faire part de sa réflexion. Cette faculté témoigne bien de la capacité du système de R. à s'adapter et à reconsidérer son ancien équilibre. Cependant, si la maman de R. en est venue au constat que tous les membres de la famille exprimaient peu leurs émotions, le système n'a pas envisagé d'évoluer sur cet aspect de la communication. Il n'a pas été possible d'investir une seule fois les jeux dans le cercle familial de R. annulant son aptitude au changement dans le domaine des émotions pour notre étude. Ainsi, nous ne pensons pas que les questionnaires aient fait émerger un intérêt familial plus marqué autour des émotions. Cependant, notons que nos questionnaires ont permis aux parents de convenir de cette difficulté émotionnelle à l'échelle familiale contribuant à une dépoliarisation de la surdité de R. Nous pourrions nous demander si un travail autour des émotions aurait pu être envisagé par cette famille s'il ne s'était pas agi de supports ludiques tels que nos jeux. En effet, nous avons le sentiment que les jeux ne sont pas couramment

utilisés dans la famille de R. Ainsi, peut-être que notre demande, une réflexion sur les émotions ajoutée à une utilisation de nos jeux, a entraîné trop de changement dans le système familial. Or, nous avons vu dans la partie théorique de ce travail (cf. § III-B)-1) que si le thérapeute engageait trop de rétroactions positives, il pouvait entraîner une désorganisation du groupe. Peut-être est-ce pour cette raison que le système familial de R. a mis en place des rétroactions dites négatives de façon à préserver son équilibre actuel et assurer sa stabilité.

Pour les cas de N. et C., nous constatons que nos entretiens comme nos jeux ont permis d'atteindre pleinement notre objectif. En effet, nos outils ont permis à ces deux familles d'engager un dialogue constructif sur le thème des émotions. Les parents de N. ont eu une analyse fine des performances et des difficultés de leur enfant, ils ont su investir les questionnaires comme les jeux pour travailler cet aspect de la communication. Les parents de N. ont fait preuve d'adaptabilité pour que les jeux soient plus à la portée de N. et de sa petite sœur. Les parents de C. ont quant à eux su faire des liens permanents entre l'intérêt de nos outils et leur vie quotidienne. Nos supports leur ont permis de mettre davantage de mots sur les émotions et de mieux comprendre certaines réactions de leur enfant. Si nos outils ont introduit de la circularité dans ces deux systèmes familiaux autour des émotions, nous pensons aussi dans les cas de N. et C. qu'ils ont fait émerger un intérêt familial particulier autour des émotions.

Nos résultats réfutent l'hypothèse selon laquelle les familles ont un regard différent des compétences émotionnelles « réelles » de leur enfant mesurées par notre protocole d'évaluation. Pour le cas de N., nous constatons que l'appréciation des parents et nos résultats sont assez congruents. Cependant, nous observons une différence assez significative pour les autres cas, ce résultat doit donc être considéré avec précaution. On constate pour les cas de R., M., et C. que les parents ont tendance à valoriser les performances réelles de leur enfant. Nous pensons que cette tendance à surestimer les capacités de leur enfant est liée au fait que les parents ne sont pas souvent interrogés ni renseignés sur l'importance des émotions dans la communication. De plus, le terme « émotion » est un mot familier qui est souvent employé au quotidien. Nous pensons savoir ce que sont les émotions, or nous avons vu dans la partie théorique de ce mémoire qu'elles ne sont pas si faciles à identifier et sont à distinguer du sentiment ou encore de l'humeur ou du tempérament.

Notre troisième hypothèse selon laquelle les parents modifieraient leur appréciation après l'entretien initial, la complétion du premier questionnaire et l'utilisation des jeux, est validée

par nos résultats. En effet, les quatre familles de notre étude ont reconsidéré leurs impressions, cependant nous n'observons pas les mêmes changements selon les cas.

En effet, pour le cas de N., nous constatons que les parents, dès le questionnaire initial, ont un ressenti très corrélé aux résultats de notre test. Les parents de N. ont tendance à légèrement augmenter les capacités émotionnelles de leur enfant dans le deuxième questionnaire et leurs modifications rejoignent encore plus précisément nos résultats. Les changements opérés témoignent de l'analyse fine qu'ils ont eue des compétences émotionnelles de leur enfant.

Pour le cas de R., on constate que les parents ont tendance à valoriser les compétences de leur enfant dans le premier questionnaire comparé à nos résultats. Ces derniers renvoient à la baisse les performances émotionnelles de R. dans le second questionnaire mais les modifications ne convergent pas plus avec nos observations objectives. Ainsi, nous pouvons penser que le questionnaire initial a permis d'introduire une réflexion pertinente autour des émotions dans le couple parental puisque les parents de R., globalement, réduisent les performances émotionnelles de leur enfant. Pour autant, les changements apportés ne se recoupent pas avec nos résultats, cette observation conforte notre impression selon laquelle le système familial de R. ne s'est pas davantage intéressé aux émotions. D'ailleurs nous notons une certaine incohérence dans le discours des parents. Si ces derniers notifient certaines difficultés chez leur enfant dans le questionnaire, ils expliquent aussi que R. n'a pas de souci particulier dans ce domaine. C'est sa timidité qui le rendrait peu expressif.

Concernant M., ses parents ont tendance à surestimer ses performances émotionnelles dans le questionnaire initial comparé aux résultats de notre test. Pourtant, les parents de M., après utilisation des jeux, renvoient à la hausse les capacités émotionnelles de leurs fils dans le second questionnaire. Ce constat confirme notre ressenti selon lequel notre intervention n'a pas éveillé une prise de conscience ou du moins un intérêt familial particulier autour des émotions dans le système familial de M.

Dans le cas de C., nous remarquons que les parents ont tendance à valoriser les performances émotionnelles de leur enfant comparé aux résultats de nos épreuves. On observe cependant un réajustement de leur part dans le second questionnaire. Leur nouvelle appréciation est plus en accord avec nos résultats. Cette observation confirme notre sentiment selon lequel le système familial de C. a pris conscience de l'importance des émotions dans la communication.

Enfin, notre dernière hypothèse selon laquelle les familles utiliseraient davantage l'un de nos deux supports est validée. En effet, chacune des familles ayant expérimenté nos outils de médiation familiale a plus investi un support que l'autre. Cependant, nous remarquons que la

préférence exprimée par les familles ne reflète pas forcément leurs habitudes de jeu. Les familles de N. et C. nous avaient fait part de leur intérêt pour les jeux de société, portant ces deux mêmes familles ont préféré utiliser le Dé Géant. Pour elles, ce support permettait d'échanger plus facilement au quotidien à propos des émotions. Nous pensons que si ces familles ont préféré cet outil c'est parce qu'on peut en avoir une utilisation plus libre. De plus, il permet davantage de faire du lien avec des situations de la vie quotidienne, or ces deux familles ont perçu l'intérêt et l'importance des émotions dans la communication. La famille de M. a préféré le jeu de plateau Dés'Emotions. En effet, les membres de la famille ont apprécié passer un moment ensemble autour d'un jeu. Nous pensons que Dés'Emotions leur a permis en premier lieu d'ouvrir un espace de partage alors que l'intérêt porté aux émotions apparaît comme plus secondaire.

D) Les limites de notre étude

Notre étude comprend plusieurs limites méthodologiques liées à la population, à notre protocole d'évaluation des compétences émotionnelles ou encore à l'approche systémique et à notre matériel.

Limites liées à la population

Malgré les nombreuses sollicitations effectuées pour le recrutement de notre population auprès de professionnels, de structures ou encore d'associations, et l'aide apportée par des orthophonistes de la région et le service DIAPASOM, notre étude compte quatre familles participantes. En effet, les enfants de notre recherche devaient répondre à l'ensemble de nos critères (âge, type de surdité, appareillage...) et les familles devaient accepter notre démarche. Cependant, il n'aurait pas été envisageable, sur un plan pratique en huit mois, d'analyser un échantillon de familles beaucoup plus important. Par conséquent, il convient d'interpréter nos données avec une certaine prudence car notre faible effectif ne permet pas une généralisation de nos résultats.

D'autre part, nous n'avons pas pu prendre en compte un certain nombre de facteurs pouvant influencer nos résultats comme le niveau socio-culturel, le niveau d'expression et de compréhension du langage oral des enfants, leur niveau scolaire ou leur suivi antérieur. Ce groupe d'enfants assez disparate reflète déjà en partie l'hétérogénéité de la population sourde.

Limites liées au protocole d'évaluation des émotions

La passation du protocole n'a pu être réalisée dans des conditions tout à fait similaires dans les familles. En effet, nous nous rendions au domicile des enfants, nous devions donc nous adapter à chaque situation. Certains enfants ont accepté de se retrouver en situation duelle avec l'expérimentateur dans un lieu isolé, d'autres non. Notons aussi que certains enfants se sont montrés assez anxieux lors de la passation des épreuves. L'anxiété constitue ainsi un biais à nos résultats au protocole. Peut-être aurait-il été intéressant que les orthophonistes chargées du suivi de ces enfants aient fait passer ce test. Le cadre aurait été plus sécurisant pour ces enfants qui connaissent bien le cabinet et qui ont instauré une relation de confiance avec leur orthophoniste. Cependant, ce premier entretien au domicile de l'enfant nous permettait d'entrer en relation avec ses parents et ses frères et sœurs, ce qui aurait été difficile à mettre en place lors d'une séance hebdomadaire chez l'orthophoniste. De plus, l'implication des familles pour ce projet n'aurait peut-être pas été la même.

D'autre part, il convient de préciser que seul l'expérimentateur a pu évaluer les réponses de l'enfant à l'ensemble des épreuves. L'appréciation subjective de l'expérimentateur, en particulier pour les épreuves expressives des émotions, introduit un nouveau biais aux résultats de notre protocole. Cependant, il nous semblait compliqué et assez inapproprié de nous rendre à plusieurs au domicile des familles.

Limites liées à l'approche systémique et à notre matériel

Si cette étude, nous semble-t-il, révèle l'intérêt des thérapies familiales systémiques en orthophonie, nous sommes limités dans notre analyse par notre manque de connaissance approfondie et de pratique dans ce domaine. Notre projet s'est révélé satisfaisant pour deux des familles que nous avons suivies, celle de N. et celle de C. Les deux autres familles concernées par notre étude n'ont *a priori* pas développé un intérêt familial particulier autour des émotions. Nous avons pris la décision de ne pas intervenir pendant les dix semaines d'utilisation de nos supports mais peut-être aurait-il été intéressant de contacter les familles durant ce temps pour préciser notre objectif et proposer d'éventuelles alternatives aux familles plus en difficulté. Cependant, nos connaissances en thérapie familiale systémique étant encore limitées, nous aurions été en difficulté pour guider ces familles. D'autre part, nous estimons qu'une des limites de cette étude consiste à avoir proposé des outils d'inspiration systémique à des familles n'ayant pas fait la demande d'un tel travail, même si ces dernières ont accepté notre démarche en participant à notre projet. Ainsi, nous pouvons penser que deux des familles de notre étude ont été réceptives à ce type d'approche alors que

les deux autres n'ont peut-être pas accepté, adhéré ou du moins n'ont peut-être pas perçu l'intérêt de notre démarche. D'autant que pour pouvoir utiliser des outils de médiation familiale tels que nos jeux élaborés, il convient que toute la famille soit dans une démarche thérapeutique. Or, il nous était difficile de savoir pour chacun des cas de cette étude si une démarche familiale autour des jeux s'était engagée. En effet, nos données et notre analyse reposent sur les seuls dires des parents car en systémique nous n'avons pratiquement aucune possibilité de vérification, ceci pouvant constituer une nouvelle limite. En effet, nous ne pouvons pas affirmer que les questionnaires aient bien été remplis par les deux parents. Par exemple, pour le cas de R., nous pensons que seule la maman a engagé une réflexion autour des émotions. De la même façon, nous ne pouvons être sûrs de la bonne utilisation de nos jeux au sein des foyers même si la famille pouvait se référer à une règle du jeu.

Enfin, le matériel que nous avons conçu connaît quelques limites. Nous avons disposé de deux mois pour mettre au point le concept et construire nos supports en plusieurs exemplaires. Dans le jeu Dés'Emotions, la modalité « 1 objet + 2 personnages » semble trop compliquée à réaliser pour les enfants. Il est difficile pour eux de considérer le point de vue de deux personnages avec une émotion alors que la modalité « 2 objets + 1 personnage » ne semble pas poser de problème. D'autre part, il serait bien de définir une règle de telle sorte qu'on relance le dé si l'émotion tirée est déjà jouée car les joueurs se sont plaints de devoir jouer plusieurs fois la même émotion. Nous pourrions aussi ajouter davantage de cases et d'épreuves « Défi » de façon à introduire plus de variété dans le jeu. Enfin, quelques parents nous ont fait part de la difficulté pour leur enfant d'imaginer une saynète prenant en compte tous les éléments tirés. Nous pensons que tel que nous l'avons élaboré, Dés'Emotions sollicite peut-être trop l'imagination des enfants, pouvant les mettre en difficultés alors que l'objectif ciblé est l'expression et la compréhension des émotions. Cependant, nous pouvons aussi envisager que cette faiblesse pour ces enfants à imaginer une saynète réside peut-être dans leur difficulté à comprendre et exprimer l'émotion tirée. D'autre part, notons que l'imagination constitue une autre habileté pragmatique pouvant être insuffisante chez ces enfants.

E) Les intérêts et les perspectives orthophoniques de notre étude

Notre étude a consisté à proposer à des enfants sourds congénitaux appareillés et à leur famille des jeux d'inspiration systémique autour des émotions pour qu'ils prennent en

considération cette habileté pragmatique essentielle dans l'échange qui peut être altérée chez ces enfants.

Les intérêts de notre étude pour l'orthophonie sont donc multiples.

D'abord, parce que la systémique s'avère être une approche riche et intéressante en orthophonie. Le professionnel, lorsqu'il est sollicité pour prendre en charge un enfant, rencontre d'abord une famille. Ce premier entretien est fondamental, il permet au thérapeute de considérer globalement son futur patient et d'envisager la famille comme un éventuel partenaire du projet thérapeutique. Ce lien avec la famille est essentiel car c'est au sein de son entourage que l'enfant est le plus confronté à ses éventuelles difficultés. Dans le cas où la famille est investie, c'est-à-dire dans une démarche thérapeutique, il peut être tout à fait pertinent à un moment de la prise en charge d'entreprendre un « travail systémique ». Nous avons vu qu'une telle approche permettait d'engager un travail orthophonique, autrement dit d'introduire du changement, au sein du système familial pouvant améliorer le suivi de l'enfant et renforcer la cohésion familiale. Dans notre étude, nous avons mobilisé quatre systèmes familiaux de façon à ce qu'ils soient les acteurs privilégiés d'un changement autour des émotions. Cette démarche renvoie à une notion très actuelle dans le domaine de la santé notamment, celle d'« empowerment ». Selon Lacharité (2002), il s'agit d'un « *processus qui vise à soutenir et renforcer, chez les membres de la famille, leur pouvoir d'agir sur eux-mêmes et sur leur environnement, de manière à mobiliser les ressources (internes ou externes) nécessaires à la réalisation de leurs aspirations, projets ou besoins personnels et familiaux* » (p.5), cité par Jean et Miron (2002). Un travail systémique encourage ce « pouvoir d'agir », cette autonomisation puisqu'il place le système familial au centre du projet thérapeutique de l'enfant. L'orthophoniste, en proposant des outils axés sur la communication tels que les jeux que nous avons conçus, fait du lien entre le travail effectué en séance et la vie familiale et confère un certain pouvoir d'action au système familial. Ainsi, notre étude encourage le professionnel, lorsque la famille est susceptible d'adhérer à ce type de démarche au cours du suivi de l'enfant, à adopter une vision plus systémique de son patient. En mobilisant le système familial, l'orthophoniste peut améliorer son action et la prise en charge de certains de ses patients.

Ensuite, notre étude s'est intéressée à une capacité pragmatique particulière, celle des émotions. Cette composante du langage a été étudiée assez tardivement. Notre projet contribue en ce sens à prendre en considération cet aspect de l'échange parfois oublié car les

émotions ont une fonction de communication essentielle. Pourtant cette habileté peut faire défaut à certaines personnes. Ainsi, notre projet présente un autre intérêt majeur et cette fois très pratique. Les supports que nous avons créés, le jeu de plateau Dés'Emotions et le Dé Géant, pourraient être des outils utiles dans la pratique de l'orthophoniste. En effet, le thérapeute dispose actuellement de peu de matériel pour travailler ce domaine. On pense tout de même aux supports de travail tels que Orion (Mouterde, 2010), Jeu dit Tout (Cadina & Ruyer, 2010) ou Coup de Théâtre (Lacuisse, 2013) mais ces jeux ne s'intéressent pas uniquement aux émotions mais aux capacités pragmatiques en général (les inférences, l'implicite, la prise en compte du contexte,...). De plus, si ces supports ludiques sont très intéressants pour travailler les compétences pragmatiques chez certains enfants, ils ne permettent pas à ces derniers de faire une expérience réelle des situations proposées. Nos jeux, tels que nous les avons conçus, peuvent être utilisés en séance avec l'orthophoniste mais aussi au domicile de l'enfant. Nos supports ne nécessitent pas d'être expert dans le domaine, ils sont faciles à s'approprier et assez rapides d'utilisation pour être à la portée de tous. Surtout, à la différence de la plupart des matériels existants, le Dé Géant en particulier, permet à l'enfant de partager ses propres expériences émotionnelles. Le jeu Dés'Emotions permet à l'enfant d'inventer l'histoire de son choix et de s'exprimer plus librement. Ainsi, il serait aussi très intéressant d'expérimenter nos outils dans des séances de groupes ou dans un atelier regroupant des personnes avec les mêmes difficultés. D'autant que si nous avons adressé nos jeux à des enfants sourds de naissance appareillés du fait d'un certain retard montré par Hallié (2010) et Huve (2012), on observe cette difficulté émotionnelle dans d'autres pathologies. Nos outils pourraient être indiqués dans les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), les aphasies ou les dysphasies sémantico-pragmatiques par exemple. Ainsi, notre étude présente un intérêt certain pour l'évolution de la prise en charge orthophonique des patients dont la compétence émotionnelle n'est pas tout à fait opérante.

CONCLUSION

Au regard des précédentes recherches menées par Hallié (2010) et Huve (2012), notre étude s'est proposée de mettre au point un outil d'inspiration systémique autour des émotions à destination de l'enfant sourd de naissance appareillé et de son entourage. Nos deux supports avaient vocation à introduire de la circularité dans le système familial et de le sensibiliser à l'importance de cette habileté pragmatique parfois défaillante chez ces enfants.

Notre intervention physique au sein des quatre familles volontaires pour ce projet, nos questionnaires et l'utilisation de nos deux supports, le jeu de plateau Dés'Emotions et le Dé Géant, nous ont permis de mobiliser notre finalité.

Nous constatons pour deux des familles de notre étude que nos questionnaires et nos jeux, à la façon d'outils systémiques ou « objets flottants », leur ont permis de se ré-informer les uns sur les autres et d'encourager une forme de changement et de créativité autour des émotions. Plus encore, nous pensons que nos supports ont permis à ces deux familles de prendre conscience de l'importance des émotions dans la communication et de les ouvrir à d'autres perspectives pour qu'elles évoluent et dépassent la surdité de leur enfant.

Toutefois, les résultats obtenus pour les deux autres cas ne sont pas aussi concluants. Les deux autres familles, nous semble-t-il, n'ont pas perçu l'intérêt d'un tel travail ou n'ont pas souhaité engager de changement autour des émotions.

Ainsi, l'orthophoniste a tout intérêt à entreprendre un travail systémique avec certains de ses patients. Cependant, il doit s'assurer au préalable de la démarche thérapeutique de la famille pour qu'une telle approche puisse avoir l'effet orthophonique escompté. Le cadre thérapeutique est donc de première importance, pourtant il n'apparaît pas évident de le définir pour le professionnel. Certains enfants investissent beaucoup la relation thérapeutique avec l'orthophoniste et ne souhaitent pas toujours faire participer leur famille à cet espace personnel. Il serait intéressant d'élaborer un questionnaire à destination des enfants et un autre pour les familles de façon à recenser en amont leurs attentes, leurs demandes et leur éventuelle motivation pour un travail systémique. Ces outils de médiation familiale pourraient aussi être proposés sur des temps particuliers comme des périodes de vacances ou des pauses thérapeutiques de façon aussi à encourager le savoir-faire ou « empowerment » de la famille comme unité.

BIBLIOGRAPHIE

- Aimard, P., Morgon, A. (1985). *L'enfant sourd*. Collection Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France.
- Albernhe, K., Albernhe, T. (2014). *Les thérapies familiales systémiques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S.
- Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. *Enfances & Psy*, 15, 41-45.
- Balleyguier, G. (1996). *Le développement émotionnel et social du jeune enfant*. Paris : Presses universitaires de France, 10-39 ; 63-75 ; 100-113 ; 123-145 ; 151-187 ; 223-233 ; 307-310.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.
- Brun, P. (2008). Nommer et comprendre les états d'esprit émotionnels : une lente évolution des compétences chez l'enfant. In D. Maller, P. Brun & H. Tremblay (Eds), *Le langage émotionnel, le comprendre et le parler* (pp.37-54). Mont-Saint-Aignan : Publications des Universités de Rouen et du Havre.
- Brun, P. (2001). Psychopathologie de l'émotion chez l'enfant : l'importance des données développementales typiques. *Enfance*, 53, 281-291.
- Cadina, E., Ruyer A. (2010). *Jeu dit tout*. Isbergues : Ortho Edition.
- Caillé, P., Rey, Y. (2004). *Les objets flottants, méthodes d'entretiens systémiques*. Paris : Editions Fabert, 1-39 ; 100-134
- Calicis, F. (2006). Intérêt de l'utilisation des objets flottants dans l'approche des pans les plus douloureux de l'histoire des patients et de leur famille. *Thérapie familiale*, 27, 339-359.
- Charlier, B. (2006). L'évaluation des compétences linguistiques en langue des signes. In C. Hage, B. Charlier & J. Leybaert (Eds.), *Compétences cognitives, linguistiques et sociales de l'enfant sourd : Pistes d'évaluation*. (pp.127-149). Sprimont : Mardaga.
- Coquet, F. (2011). Multicanalité de la communication. *Rééducation orthophonique : Multicanalité de la Communication*, 246, 1-6.
- Coquet, F. (2005). Pragmatique : quelques notions de base. *Rééducation orthophonique : les Habiletés Pragmatiques chez l'enfant*, 221, 13-27.
- Courtin, C. (1999). Le cas des théories de l'esprit chez les enfants sourds : impact de la langue des signes. *Enfance*, 52, 248-257.
- Dantzer, R. (2002). *Les émotions*. Collection que sais-je ? Paris : Presses universitaires de France.
- Dauga, E. (2013). *Approche systémique du bégaiement chez l'enfant de moins de cinq ans : production d'un outil de médiation familiale*. Mémoire d'orthophonie, Université de Poitiers.
- Decety, J. (2014). Penser autrement l'empathie : l'apport des neurosciences sociales. *Sciences Psy*, 1, 52-59.
- Delage, M. (2014). Les émotions au cœur de l'humain. *Sciences Psy*, 1, 20-25.
- Deleau, M. (2007). 2^{ème} après-propos Surdité et psychologie : d'une approche sensorielle à une approche écologique développementale. *Enfance*, 59, 298-309.

- Ducharme, D-A., Mayberry, R-I. (2005). L'importance d'une exposition précoce au langage : la période critique s'applique au langage signé tout comme au langage oral. In C. Transler, J. Leybaert & J-E Gombert (Eds.), *L'acquisition du langage par l'enfant sourd : Les signes, l'oral et l'écrit* (pp.15-28). Marseille : Solal
- Dumont, A. (2008). Démutisation des surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implant cochléaire. In T. Rousseau (Ed.), *Les approches thérapeutiques en orthophonie tome 3* (pp.11-32). Isbergues : OrthoEdition.
- Dumouchel, P. (1999). *Emotions : essai sur le corps et le social*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 83-109.
- Durand, D. (2013). *La systémique*. Collection que sais-je ? Paris : Presses universitaires de France.
- Ekman, P. (1992). Are there Basic Emotions? *Psychological Review*, 99, 550-553.
- Fusellier-Souza, I. (2001). La création gestuelle des individus sourds isolés. *Acquisition et Interaction en Langue Etrangère* 15, 61-95
- Gil, S. (2009). Comment étudier les émotions en laboratoire ? *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 15-24.
- Goldin-Meadow, S. (2006). Talking and Thinking with our hands. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 34-39.
- Golse, B. (2008). *Du corps à la pensée*. Vendôme : Presses universitaires de France.
- Gosselin, P., Roberge P., Lavallée M-F. (1995). Le développement de la reconnaissance des expressions faciales émotionnelles du répertoire humain. *Enfance*, 48, 379-396.
- Hage, C. (2006). L'évaluation du jeune enfant sourd : la période prélinguistique. In C. Hage, B. Charlier & J. Leybaert (Eds.), *Compétences cognitives, linguistiques et sociales de l'enfant sourd : Pistes d'évaluation*. (pp.54-78). Sprimont : Mardaga.
- Hallié, M. (2010). *La compréhension et l'expression des émotions chez les enfants sourds implantés cochléaire*. Mémoire d'orthophonie, Université de Poitiers.
- Harris, P.L., Pons, F. (2003). Perspectives actuelles sur le développement de la compréhension des émotions chez l'enfant. In J-M. Colletta & A. Tcherkassof (Eds.), *Les émotions : Cognition, langage et développement*, (pp. 209- 228). Liège: Mardaga.
- Huve, A. (2012). *La compréhension des états émotionnels chez des enfants sourds de 3 à 6 ans portant un appareillage conventionnel : rôle du contexte, de la prosodie et de l'expression faciale*. Mémoire d'orthophonie, Université de Poitiers.
- Juárez, A., Monfort, M. (2003). *Savoir dire : un savoir-faire*. Madrid : Entha Ediciones, 19-83
- Lacuisse, L. (2013). *Coup de théâtre*. Isbergues : Ortho Edition.
- Lecanuet, J-P., Granier-Deferre, C., Busnel M-C. (1987). Familiarisation prénatale aux signaux de la parole. In G. Piérait-Le Bonniec (Eds.), *Connaître et le dire* (pp.15-36). Liège, Bruxelles : Pierre Mardaga, éditeur.
- Manrique, M.J., Huarte, A. (2007). Hypoacusies.Surdités. In C. Chevrier-Muller & J. Narbona (Eds.), *Le langage de l'enfant* (pp.299-359). Issy-les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson SAS.
- Martin, A., Tudoux, A. (2013). *Les apports de la multisensorialité dans l'identification et l'expression des émotions chez des enfants déficients intellectuels : Création de deux ateliers en IME*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

- Mondillon, L., Tcherkassof, A. (2009). La communication émotionnelle : quand les expressions faciales s'en mêlent... *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 25-31.
- Mouterde, C. (2010). *Orion*. Isbergues : Ortho Edition.
- Nugier, A. (2009a). Histoire et grands courants de recherche sur les émotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 8-14.
- Nugier, A. (2009b). Les approches théoriques des émotions : Histoire et grands courants de recherche sur les émotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 4, 5-7.
- Picard, D., Marc, E. (2013). *L'école de Palo Alto*. Collection que sais-je ? Paris : Presses universitaires de France.
- Rimé, B. (2014). Le partage social des émotions. *Sciences Psy*, 1, 100-105.
- Rousseau, P. (2014). Le sourire du nouveau-né : un sourire de plaisir ? *Sciences Psy*, 1, 65-70.
- Rusinek, S. (2004). *Les émotions : du normal au pathologique*. Paris : Dunod, 35-48.
- Scherer, K. R., Bänziger, T., Grandjean, D. (2003). L'étude de l'expression vocale des émotions : mise en évidence de la dynamique des processus affectifs. Université de Genève. In J. M. Colleta, A. Tcherkassof (Eds.), *Les émotions : Cognition, langage et développement*. (pp. 39-58). Liège: Mardaga.
- Siegal, M., Pascalis, O., Want, S-C. (2003). Le développement social des enfants sourds. *Enfance*, 55, 81-87
- Simas, R., Golse, B. (2008). Empathie(s) et intersubjectivité(s). Quelques réflexions autour de leur développement et de ses aléas. *La psychiatrie de l'enfant*, 51, 339-356.
- Suarez, M. (2011). Développement émotionnel de l'enfant. *Rééducation orthophonique : Multicanalité de la Communication*, 246, 31-44.
- Thommen, E. (2010). *Les émotions chez l'enfant - le développement typique et atypique*. Paris : Belin.
- Trevarthen, C., Aitken, K. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15, 309-328.
- Virole, B. (2000). *Psychologie de la surdité*. Bruxelles : De Boeck Université, 83-99, 259, 381-395

WEBGRAPHIE

- Certu (Centre d'Etudes sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques). (2008). Introduction à l'approche systémique., <http://www.certu-catalogue.fr/une-introduction-a-l-approche-systemique.html>
- Colleau-Attou, A., Silhol, C., Beaud, M-C., Roman, S., Triglia, J-M., Bellier-Clary, J., & Berthier, C. (2011). Traitement des émotions chez l'enfant implanté : cas clinique., <http://airdame.asso.free.fr/cmsms/uploads/documents/airdame2011-colleau.pdf>
- Cosnier, J. (2006). Psychologie des émotions et des sentiments., http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/Emotions_et_sentiments.pdf
- Jean, N. & Miron, J-M. L'empowerment en CPE (Université du Québec à Trois-Rivières), http://www.rceqc.org/files/file/Pres3%20jm%20miron_empowerment_en_cpe.pdf
- Thomas, N. (2003). Modalités d'observation et d'évaluation des fonctions psychomotrices aux différents âges de la vie (Université Pierre et Marie Curie), <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/devPSMobs.pdf>

ANNEXES

Annexe I : Résultats de l'étude de Thommen, Guidoux et Pachoud (2008) dans *Les émotions chez l'enfant- le développement typique et atypique* (Thommen, 2010)

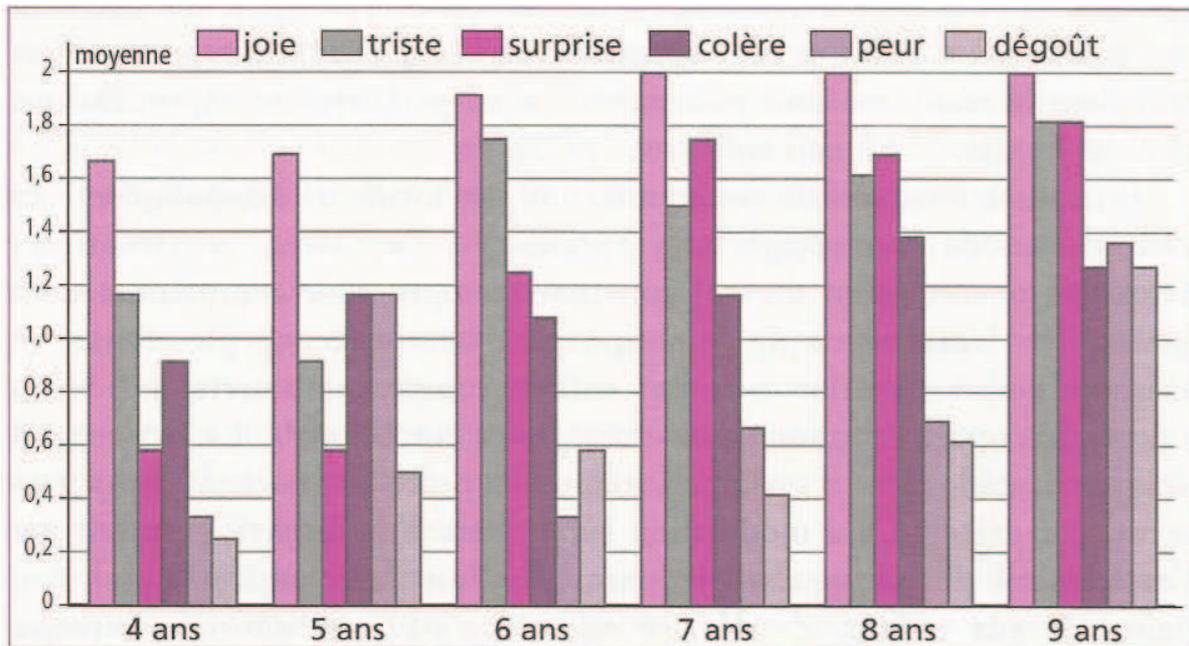
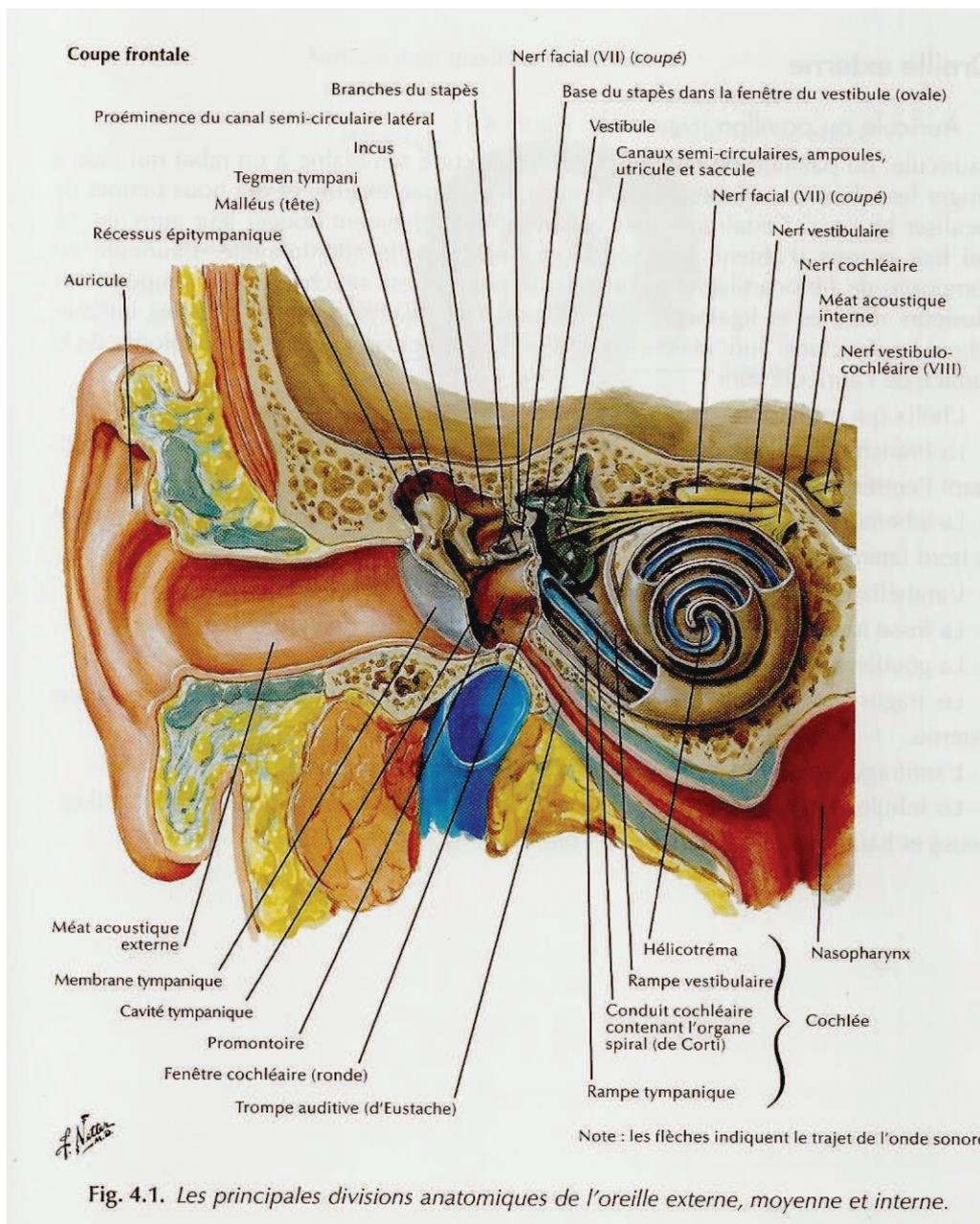


Figure 12. Score moyen de reconnaissance des émotions sur le visage d'un enfant qui mime les émotions (d'après Thommen *et al.*, 2008). (0 = échec, 1 = comportement ou imprécis, 2 = émotion cible)

« Le graphique montre que seuls les enfants de 9 ans reconnaissent toutes les émotions ; leur score est toujours au-dessus de 1. » (Thommen, 2010, p.175)

Annexe II: Anatomie de l'oreille dans *L'anatomie en orthophonie- parole, déglutition et audition* (McFarland, 2009)



Annexe III: Description générale d'un implant cochléaire



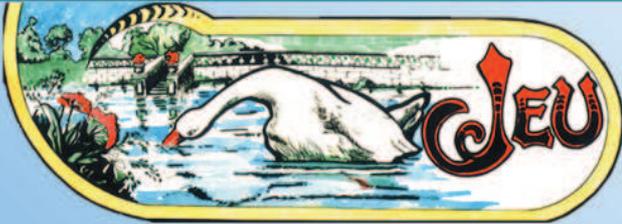
Source : <http://crtice33.ac-bordeaux.fr/0332660m/spip.php?article1124>

Qu'est-ce qu'un implant cochléaire ?

Annexe IV: Présentation du Jeu de l'Oie Systémique

Jeu de l'Oie Systémique

Centre d'Etudes et de Recherches
sur l'Approche Systémique



Accueil | Jeu de l'Oie Systémique | Formation | Bon de commande | Bibliographie | C.E.R.A.S ?

Vous êtes ici : Accueil • Jeu de l'Oie Systémique

Un jeu de l'oie, médiateur de la communication

Le jeu de l'oie qui s'inscrit dans une méthodologie systémique, est un « objet flottant » (Philippe Caillé, Yveline Rey), c'est à dire un médiateur de la communication. Il est utilisé dans le cadre d'entretiens par des professionnels systémiciens. Il favorise l'établissement d'une zone neutre qui n'appartient ni au système consultant, ni à l'intervenant. Il garantit la possibilité d'un dialogue innovant en activant les ressources et le potentiel de créativité des systèmes concernés.

Le jeu de l'oie systémique dérive du jeu de l'oie classique mais n'en conserve que l'idée d'un parcours initiatique semé d'embûches. C'est ce principe d'un itinéraire, c'est à dire une séquence d'événements ordonnés dans le temps qui a été au départ de l'exploitation de ce jeu comme outil thérapeutique. Il ne s'agit pas tant de suivre un labyrinthe semé d'embûches que de réécrire une histoire dans laquelle s'inscrit le drame du consultant.

Cette réécriture, ponctuée des résonances de l'intervenant et de ses points d'interrogation, comporte plusieurs niveaux : celui des événements dans leur déroulement temporel, celui de la valeur symbolique attribuée à ces événements, celui de l'émotion liée à ces représentations. Cette projection sur le plateau du jeu de plans différents, introduit une perspective et une nouvelle marge de liberté pour tous les partenaires.

Ce décalage dans la superposition de la trajectoire événementielle et du parcours symbolique initié et favorise un processus dynamique de transformation réciproque.



Source : <http://www.jeudeloiesystemique.fr/jeu-de-l-oie-systemique>

Annexe V: Photographies utilisées pour la tâche d'imitation des expressions faciales



JOIE



COLERE



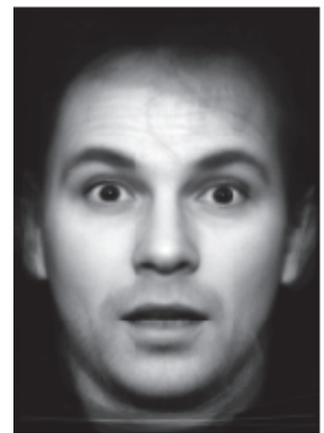
PEUR



DEGOUT



TRISTESSE



SURPRISE

Source : <https://prezi.com/3znrxlxk39be/la-communication-des-emotions-dans-l'expression-vocale-et-mu/>

Annexe VI: Epreuve de dénomination des expressions faciales

❖ Quelques exemples d'items:



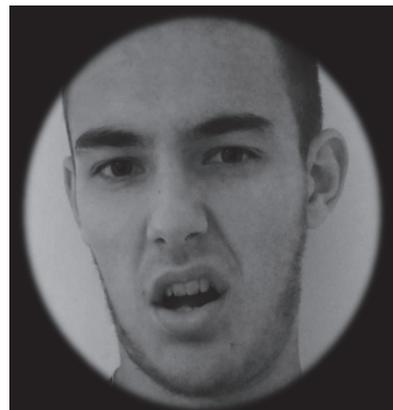
JOIE



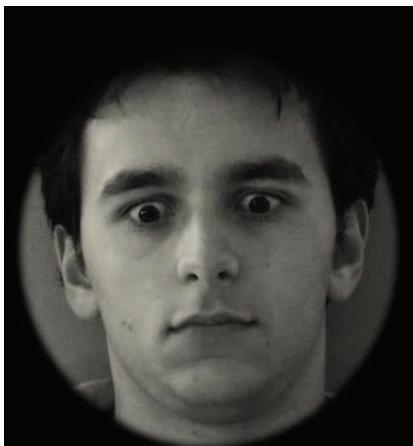
TRISTESSE



SURPRISE



DEGOUT



PEUR



COLERE

Annexe VII: Grille d'évaluation pour l'épreuve de dénomination des expressions faciales

ITEM	Réponse attendue	Réponse de l'enfant	Score (0 ou 1)
Entraînement 1	Joie		
Entraînement 2	Colère		
1	Tristesse		
2	Colère		
3	Dégoût		
4	Surprise		
5	Peur		
6	Joie		
7	Colère		
8	Tristesse		
9	Surprise		
10	Dégoût		
11	Joie		
12	Peur		
13	Surprise		
14	Colère		
15	Joie		
16	Tristesse		
17	Peur		
18	Dégoût		
19	Joie		
20	Colère		
21	Peur		
22	Dégoût		
23	Surprise		
24	Tristesse		
			Total=

Annexe VIII: Epreuve de désignation des expressions faciales

❖ Quelques exemples d'items



PEUR



SURPRISE



DEGOUT

Annexe IX: Grille d'évaluation pour l'épreuve de désignation des expressions faciales

ITEM	Emotion demandée	Réponse attendue	Réponse de l'enfant	Score (0 ou 1)
Entraînement 1	Tristesse	2		
Entraînement 2	Joie	1		
1	Joie	2		
2	Tristesse	3		
3	Peur	1		
4	Dégoût	3		
5	Surprise	2		
6	Colère	3		
7	Joie	3		
8	Tristesse	2		
9	Peur	1		
10	Dégoût	3		
11	Surprise	1		
12	Colère	2		
13	Joie	2		
14	Tristesse	1		
15	Peur	2		
16	Dégoût	1		
17	Surprise	3		
18	Colère	2		
19	Joie	1		
20	Tristesse	3		
21	Peur	3		
22	Dégoût	2		
23	Surprise	2		
24	Colère	1		
				Total=

Annexe X: Questionnaire initial destiné aux familles

<h2>QUESTIONNAIRE AUX FAMILLES</h2>

Ce questionnaire vise à recueillir votre ressenti sur l'expression et la compréhension des émotions de votre enfant, n'hésitez pas à vous appuyer sur des exemples de la vie courante.

1- En général, votre enfant comprend-il les émotions de l'autre?

Jamais Parfois Souvent Toujours

Remarque:

.....

.....

.....

.....

.....

2- Selon vous, votre enfant comprend-il les émotions suivantes?

- la joie	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Souvent
- la tristesse	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Souvent
- la colère	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Souvent
- la peur	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Souvent
- le dégoût	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Souvent
- la surprise	<input type="checkbox"/>	Toujours	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>	Parfois	<input type="checkbox"/>	Souvent

Remarque:

.....

.....

.....

.....
.....
3- Selon vous, quelles sont les émotions les plus difficiles à comprendre pour votre enfant?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| - la joie | <input type="checkbox"/> | - la peur | <input type="checkbox"/> |
| - la tristesse | <input type="checkbox"/> | - le dégoût | <input type="checkbox"/> |
| - la colère | <input type="checkbox"/> | - la surprise | <input type="checkbox"/> |

Remarque:

.....
.....
.....
.....
.....

4- Selon vous, est-ce que votre enfant exprime ses émotions?

- Jamais Parfois Souvent Toujours

Remarque:

.....
.....
.....
.....
.....

5- Selon vous, est-ce que votre enfant exprime les émotions suivantes?

- | | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
| - la joie | <input type="checkbox"/> | Toujours | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent |
| - la tristesse | <input type="checkbox"/> | Toujours | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent |
| - la colère | <input type="checkbox"/> | Toujours | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent |
| - la peur | <input type="checkbox"/> | Toujours | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent |
| - le dégoût | <input type="checkbox"/> | Toujours | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent |
| - la surprise | <input type="checkbox"/> | Toujours | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent |

Remarque:

.....

.....

.....

.....

.....

6- Selon vous, quelles sont les émotions les plus difficiles à exprimer pour votre enfant?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| - la joie | <input type="checkbox"/> | - la peur | <input type="checkbox"/> |
| - la tristesse | <input type="checkbox"/> | - le dégoût | <input type="checkbox"/> |
| - la colère | <input type="checkbox"/> | - la surprise | <input type="checkbox"/> |

Remarque:

.....

.....

.....

.....

.....

7- Selon vous, est-ce que les émotions de votre enfant sont adaptées à la situation?

Jamais Parfois Souvent Toujours

Remarque:

.....

.....

.....

.....

.....

Merci.

QUESTIONNAIRE AUX FAMILLES

Ce questionnaire vise à recueillir votre ressenti sur l'expression et la compréhension des émotions de votre enfant après utilisation des jeux thérapeutiques proposés. Nous souhaitons connaître vos impressions sur ce jeu pour le rendre le plus fonctionnel possible et l'adapter au mieux à ses utilisateurs.

1- Pensez-vous que votre enfant perçoit mieux les émotions de l'autre ?

Oui Non Difficile à dire

Remarque :

.....

.....

.....

.....

2- Selon vous, votre enfant comprend-il les émotions suivantes ?

- la joie Jamais Parfois Souvent Toujours
- la tristesse Jamais Parfois Souvent Toujours
- la colère Jamais Parfois Souvent Toujours
- la peur Jamais Parfois Souvent Toujours
- le dégoût Jamais Parfois Souvent Toujours
- la surprise Jamais Parfois Souvent Toujours

Remarque :

.....

.....

.....
.....

3- Selon vous, quelles sont les émotions les plus difficiles à comprendre pour votre enfant ?

- | | | | |
|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| - la joie | <input type="checkbox"/> | - la peur | <input type="checkbox"/> |
| - la tristesse | <input type="checkbox"/> | - le dégoût | <input type="checkbox"/> |
| - la colère | <input type="checkbox"/> | - la surprise | <input type="checkbox"/> |

Remarque :

.....
.....
.....
.....

4- Selon vous, est-ce que votre enfant exprime davantage ses émotions ?

- Oui Non Difficile à dire

Remarque :

.....
.....
.....
.....

5- Selon vous, est-ce que votre enfant exprime les émotions suivantes ?

- | | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|
| - la joie | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent | <input type="checkbox"/> | Toujours |
| - la tristesse | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent | <input type="checkbox"/> | Toujours |
| - la colère | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent | <input type="checkbox"/> | Toujours |
| - la peur | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent | <input type="checkbox"/> | Toujours |
| - le dégoût | <input type="checkbox"/> | Jamais | <input type="checkbox"/> | Parfois | <input type="checkbox"/> | Souvent | <input type="checkbox"/> | Toujours |

- la surprise Jamais Parfois Souvent Toujours

Remarque :

.....
.....
.....
.....

6- Selon vous, quelles sont les émotions les plus difficiles à exprimer pour votre enfant ?

- la joie	<input type="checkbox"/>	- la peur	<input type="checkbox"/>
- la tristesse	<input type="checkbox"/>	- le dégoût	<input type="checkbox"/>
- la colère	<input type="checkbox"/>	- la surprise	<input type="checkbox"/>

Remarque :

.....
.....
.....
.....

7- Selon vous, est-ce que les émotions de votre enfant sont adaptées à la situation ?

Jamais Parfois Souvent Toujours

Remarque :

.....
.....
.....
.....

8- A-t-il été facile d'introduire le jeu dans votre quotidien ?

Oui Non

Remarque :

.....

.....
.....
.....

9- Comment avez-vous trouvé les supports (Dé Géant, le jeu de plateau Dés'Emotions) ?

Adaptés Non adaptés Autre

Remarque :

.....
.....
.....
.....

10- Avez-vous préféré le Dé Géant des émotions ou le jeu de plateau Dés'Emotions?
Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

11- Avez-vous joué ... ?

Une fois par semaine Jamais
 Plus d'une fois par semaine Autre (précisez dans remarque)
 Moins d'une fois par semaine

Remarque :

.....
.....
.....
.....

12- Vous n'avez pas utilisé le jeu, pourquoi ?

Vous n'en voyez pas l'intérêt

Le jeu ne correspond pas à vos attentes

Vous avez manqué de temps

Autre (précisez dans remarque)

Remarque :

.....
.....
.....
.....

13- Vous n'avez pas utilisé le jeu mais en avez-vous eu une autre utilisation ? Précisez.

.....
.....
.....
.....

14- Ce jeu vous a-t-il permis de mieux cerner les difficultés liées à la surdité de votre enfant, notamment sur le plan des émotions?

Oui

Non

Difficile à dire

Remarque :

.....
.....
.....
.....

15- Pensez-vous que ce jeu sur les émotions a été bénéfique?

Oui

Non

Difficile à dire

Remarque :

.....
.....

.....
.....

16- Si oui, a-t-il été profitable à ... ?

Votre enfant Votre famille Les deux

Remarque :

.....
.....
.....
.....

17- Pensez-vous que vous serez plus attentifs aux émotions de votre enfant ?

Oui Non Difficile à dire

Remarque :

.....
.....
.....
.....

18- Le jeu a-t-il eu un impact sur votre organisation familiale et sur vos échanges ?

Oui Non

Précisez :

.....
.....
.....
.....

19- Selon vous, en quoi la compréhension des émotions est-elle importante dans la relation à l'autre ?

.....
.....

.....
.....
.....
.....

20- Avez-vous des conseils à nous donner, des propositions à nous faire pour améliorer ce jeu ?

.....
.....
.....
.....
.....

Merci.

Annexe XII: Le jeu "Dés'Emotions"



Boîte de jeu



Les dés « émotions » et « objets et personnages »



Le plateau de jeu



Cartes « défi »



Cartes « objets »



Cartes « personnages »

Annexe XIII: “Dés’Emotions”: règle du jeu

Règles du jeu

Dés’émotions est un jeu qui permet de développer les capacités communicationnelles et sociales de l’enfant en travaillant l’expression et la compréhension des émotions, la prise en compte du contexte et l’imagination. Ce jeu s’adresse à des enfants sourds âgés de 9 à 12 ans.

Nombre de joueurs: 2 à 6.

But du jeu:

Être le premier à remplir sa grille des émotions (au nombre de six: la joie, la peur, la colère, la surprise, le dégoût et la tristesse) en jouant des petites scènes qui tiennent compte des différents éléments tirés. Dans le cas où le jeu se termine, c’est celui qui a rempli le plus sa grille des émotions qui gagne.

Contenu:

1 plateau de jeu, 6 pions, 1 dé numéroté, 1 dé “objets et personnages”, 1 dé “émotions”, 80 cartes “objets”, 80 cartes “personnages”, 30 cartes “défi”, 6 grilles de jeu, 36 jetons plastiques.

Déroulement du jeu:

Les participants mettent chacun leur pion sur la case “A vos dés, prêts, partez”. Le joueur le plus jeune est le premier à jouer. Il commence par lancer le dé numéroté et déplace son pion en fonction du nombre tiré.



Si le joueur tombe sur la case “dés”, il doit lancer en même temps le dé “objets et personnages” et le dé “émotions”. Il pioche alors le nombre de cartes “objets” et “personnages” comme indiqué sur le dé . Le participant doit jouer une petite scène en tenant compte des différents éléments tirés et piochés.

Exemple: Le joueur tire l’émotion “surprise” et doit piocher une carte “objet”: “carotte” et une carte “personnage”: “policier” (par exemple). Il doit alors jouer une scène en prenant compte des trois éléments. Dans sa petite scène, le joueur peut faire le choix de jouer le personnage (ici le policier) ou bien de rester dans sa position face au policier. L’important est de tenir compte de tous les éléments (émotions, objet(s) et personnage(s)) et de jouer l’émotion.

Si le joueur tombe sur la case “Impose une émotion au joueur de ton choix pour le prochain tour et relance les dés!”, il doit tout simplement choisir une émotion parmi les six (la joie, la peur, la colère, la surprise, le dégoût et la tristesse) et l’imposer à l’un des joueurs. Il relance ensuite les dés.

Si le joueur tombe sur la case “défi”, il doit piocher une carte “défi” et réaliser l’action demandée. Si le joueur réussit le défi, il rejoue en lançant les dés.

Annexe XIV: Le "Dé Géant"



Annexe XV: Les “fiches explicatives”, deux exemples: la colère et la joie

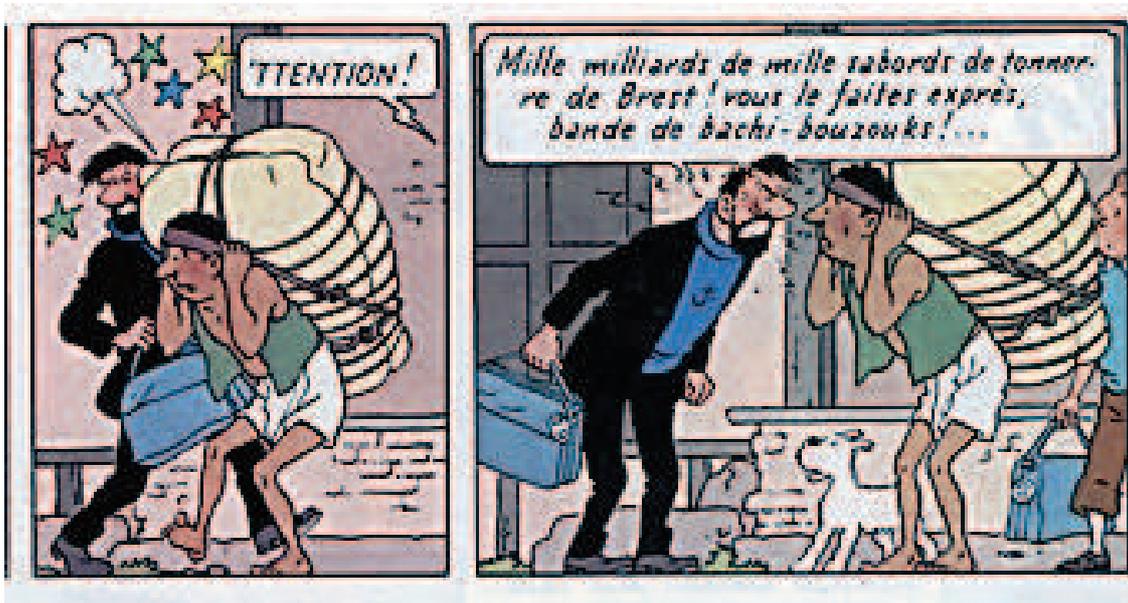


La COLÈRE

Qu'est-ce que c'est ?

La colère est un violent mécontentement accompagné d'agressivité. On parle souvent de crise de colère. C'est un sentiment d'irritation contre ce qui nous blesse.

➔ Être, se mettre en colère



Extrait de BD
-Tintin au Tibet-
Les aventures de Tintin (Hergé)



La joie

Qu'est-ce que c'est ?

La joie est une émotion agréable et profonde.
C'est un sentiment exaltant ressenti par toute la conscience.

- ➔ Joie extrême
- C'est une joie de vous revoir
- Les joies de la vie



APPROCHE SYSTEMIQUE DU TRAVAIL DES EMOTIONS CHEZ L'ENFANT SOURD APPAREILLE DE 9 A 12 ANS : CREATION D'UN MATERIEL ORTHOPHONIQUE

RESUME

Les émotions sont des processus mentaux complexes qui permettent au jeune enfant et à son entourage d'entrer en relation. Cette composante pragmatique de la communication est garante de l'adaptation et de la bonne insertion sociale des individus. Pourtant, cette « compétence émotionnelle » n'est pas toujours opérante. L'enfant sourd de naissance appareillé connaît un développement émotionnel particulier. Sa privation auditive comme le diagnostic bousculent les premières interactions familiales et mènent parfois à une désignation pathologique de ces enfants dans leur famille. Nous nous sommes donc basés sur la thérapie familiale systémique qui considère la famille comme une unité. L'objectif de cette étude était de créer et proposer un matériel travaillant l'expression et la compréhension des six émotions de base selon Ekman (joie, colère, tristesse, surprise, dégoût, peur) à des enfants sourds appareillés et leurs familles pour engager de la « circularité » autrement dit un dialogue voire une prise de conscience de l'importance des émotions. Quatre familles ont accepté d'expérimenter nos jeux, Dés'Emotions et le Dé Géant, à leur domicile. Au moyen de deux questionnaires et d'un protocole d'évaluation des émotions, nous avons pu observer cliniquement les effets de notre intervention. Nos deux supports, tels des outils systémiques, ont permis à deux des familles participantes d'aboutir à un dialogue constructif et un intérêt particulier autour des émotions. Les résultats pour les deux autres cas sont plus mitigés, nous pensons qu'ils n'étaient pas dans une démarche familiale et thérapeutique suffisantes. Ainsi, il serait intéressant que l'orthophoniste, plus expert dans le domaine, puisse déterminer le cadre thérapeutique d'une telle approche. Cette démarche comme nos outils pourraient être proposés dans le cadre d'autres pathologies présentant cette difficulté émotionnelle et contribuer à améliorer la prise en charge orthophonique de certains patients.

MOTS CLES :

Emotions ; pragmatique ; système familial ; enfant sourd de naissance appareillé ; circularité ;
compétences émotionnelles ; jeux ; expression faciale