



HAL
open science

Leurs yeux dans mes yeux. Le regard dans la relation thérapeutique avec l'enfant en psychomotricité

Anaïs Etcheverry

► **To cite this version:**

Anaïs Etcheverry. Leurs yeux dans mes yeux. Le regard dans la relation thérapeutique avec l'enfant en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340274

HAL Id: dumas-01340274

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340274>

Submitted on 30 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
Collège Sciences de la Santé
Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

Leurs yeux dans mes yeux

**Le regard dans la relation thérapeutique
avec l'enfant en psychomotricité**

ETCHEVERRY Anaïs

Née le 17 Novembre 1993
Dax (40)

Juin 2016

Directrice de mémoire : Sandrine Cornuau

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à l'équipe pédagogique de l'IFP de Bordeaux, pour ces enseignements d'une grande richesse.

Je remercie tout particulièrement ma maitre de stage et directrice de mémoire, Sandrine, pour sa bienveillance et ses précieux conseils. Merci aux membres de l'équipe du CMPEA pour leur accueil et leur disponibilité.

Merci également à mes maitres de stage, Shirley et Paul, pour leur présence, leur patience et leurs réponses à mes nombreux questionnements. Merci pour ces échanges, en séance ou en dehors ; de m'avoir transmis leur savoir-faire, mais surtout leur savoir-être psychomotricien.

Un grand merci à mes amies, mes proches, et surtout mes parents pour leur présence au quotidien, leur soutien sans faille depuis toutes ces années.

Enfin, je remercie mes amies, rencontrées au cours de cette formation, pour nos longues discussions sur les stages, la profession, la vie...

SOMMAIRE

Remerciements.....	1
Sommaire	2
Avant-propos.....	4
Introduction	5

I - La place du regard dans le développement psychomoteur de l'enfant :

A - <u>Définition</u> : Entrevoir et Regarder.....	7
B - <u>Ontogénèse du regard</u> :	8
a) L'œil	8
b) Le développement de la fonction visuelle	9
c) Les intermodalités sensorielles	11
C – <u>La dimension du regard d'un point de vue développemental</u> :.....	13
a) Les premières communications	13
b) Les neurones miroirs	15
c) Le passage du pointage proto-impératif au pointage proto-déclaratif	16
d) Le Stade du miroir.....	19
D - <u>Particularités et signes pathologiques du regard chez l'enfant</u> :	22
a) Les troubles de la vision	22
b) Le regard comme seul moyen pour communiquer	23
c) Le regard vide	23
d) Le regard évitant	23
e) Le regard qui persécute	24
f) Le regard dans les troubles du spectre autistique	24
E - <u>Etudes et recherches sur le regard chez le bébé</u> :	26
a) La recherche Préaut	26
b) L'échelle ADBB	27
F – <u>Conclusion Partie I</u>	30

Partie II - La place du regard dans la relation thérapeutique en psychomotricité :

A - <u>Définition</u> : La relation	31
B - <u>La relation mère-enfant</u>	31
a) Apports théoriques sur le modèle de la relation mère-enfant :	31
○ Grossesse et désir d'enfant.....	32
○ La préoccupation maternelle primaire	32
○ L'attachement	34
○ La mère : appareil à penser les pensées	34
○ L'accordage affectif	35
b) La place du regard dans la relation mère-enfant :.....	35
○ Les interactions précoces.....	35
○ La rencontre des regards entre la mère et l'enfant à la naissance	36
○ Le regard du nourrisson dans cette relation	37
○ L'interpénétration des regards	38
○ L'intégration du lien maternel : de la symbiose à l'individuation.....	39
○ L'expérience du Still Face	41
c) Conclusion sur la relation mère-enfant	42
C - <u>La relation thérapeutique en psychomotricité</u> :	43
a) Définition :	43
○ Le cadre thérapeutique	43
○ Le rôle de la relation dans l'efficacité thérapeutique	44
○ L'alliance thérapeutique.....	45
○ Le concept d'implication corporelle du psychomotricien	46
b) Le regard au cœur de la clinique psychomotrice :	48
○ L'observation clinique	49
○ Rôles cognitifs et instrumentaux du regard en psychomotricité	51
○ L'intersubjectivité des regards	54
D - <u>Conclusion Partie II</u>	59

Partie III - Cas cliniques :

A - Julia : « <i>Je t'ai à l'œil</i> »	61
B - Noa : « <i>Regarde-moi !</i> »	69
Conclusion générale	80
Bibliographie	82
Table des matières	85

AVANT - PROPOS

Vignette clinique de ma première rencontre avec Noa

« Une rencontre dans le noir »

Au cours de mes années de préparation au Diplôme d'État de Psychomotricien, j'ai effectué de nombreux stages dans des secteurs très différents. J'ai ainsi pu découvrir plusieurs façons d'exercer auprès de populations toujours très variées et enrichissantes.

Durant cette troisième année d'études, je me rends un jour par semaine au sein d'un CMPEA. C'est une unité d'un service de pédopsychiatrie qui accueille des enfants et adolescents âgés de 6 à 16 ans.

Dès le début, ma maitre de stage m'a permis d'observer et de participer aux séances individuelles en psychomotricité.

Lors de la première journée, mon attention se porte principalement sur un jeune garçon, **Noa**. Je n'ai que très peu d'informations le concernant.

Je constate d'emblée qu'il semble bien adapté aux échanges relationnels, qu'il peut jouer avec la psychomotricienne et même interagir avec moi, me raconter son parcours de vie etc...

Mais quelque chose chez lui me « *saute aux yeux* ».

En effet, la dimension du regard me questionne concernant cet enfant. Il **ne me regardera jamais dans les yeux** lors de la séance.

J'apprends également que sa prise en soin se déroule exclusivement **dans le noir**. Après avoir défini le programme au début de la séance, il se précipite vers l'interrupteur et éteint la lumière afin de commencer.

La salle de psychomotricité ne possède pas de fenêtre, ce qui par conséquent explique que ces temps puissent se dérouler dans une obscurité quasi-totale.

INTRODUCTION

La situation précédente illustre les questionnements qui me sont venus lors de cette première rencontre. Pourquoi les séances se déroulent-elles toujours dans le noir ? Quelle relation thérapeutique établit-il avec la psychomotricienne dans ce contexte ? Comment le travail thérapeutique s'organise-t-il autour de ce dispositif ?

Ces éléments ont été le point de départ de ma réflexion. Il semble que chaque relation comporte un partage de regards. Tout au long de ma formation, j'ai en effet croisé de nombreux regards d'enfants, très différents.

La qualité du regard apparaît comme spécifique à chaque relation. Les enfants qui m'ont principalement interpellée, présentaient des regards que je qualifierais de particuliers. Je n'en citerai que quelques-uns parmi les plus importants :

Hugo, 10 ans, son regard est fuyant. Il ne me regardait pas dans les yeux, et détournait sa tête lorsque j'échangeais avec lui. En revanche, il appréciait se filmer, et nous pouvions ensuite poser nos yeux sur lui, ou plutôt sur son image projetée à l'écran.

Inès, 9 mois, présente une importante déficience visuelle, elle ne parlait pas encore lorsque je la rencontrais. Notre relation s'établissait donc par d'autres modes de communication que le regard ou le langage ; notamment au moyen du toucher, du dialogue tonico-émotionnel.

Hovannes, 15 ans, est tétraplégique à la suite d'un combat de boxe en club. Son regard est hyper-expressif, c'était l'un de ses seuls moyens pour communiquer avec moi.

Ethan, 12 mois, est un grand prématuré, il a gardé comme séquelles un nystagmus. C'est un mouvement permanent d'oscillations involontaires et saccadées du globe oculaire causé par une perturbation de la coordination des muscles de l'œil. Cette pathologie venait également entraver les échanges de regards avec son environnement.

Enfin, le regard de **Julia**, 7 ans, traversait le mien sans véritable échange ou interpénétration, et me procurait un sentiment d'étrangeté vis-à-vis d'elle.

Chacun de ces regards est singulier. Il témoigne bien souvent des difficultés rencontrées par ces enfants.

Cela m'a amenée à un ensemble de questions concernant la place du regard en psychomotricité. Quel rôle joue le regard dans la prise en soin ? Comment considérer le regard en tant que composante du corps, et en tant qu'objet de relation ? Comment s'effectue le travail autour du regard en psychomotricité ? Comment considérer le regard pris dans la dynamique relationnelle du jeu avec l'enfant ?

Je pense que le regard est une dimension importante à envisager dans notre pratique. Il ne faut certainement pas l'aborder uniquement sous l'angle anatomique de la vision, mais plutôt sous l'enjeu du regard donné à l'autre, et c'est aussi considérer le regard que l'autre porte sur nous-même.

Le regard est un atout privilégié dans la communication. Il mobilise l'attention et va bien au-delà des mots. Regarder c'est entrer en contact avec quelqu'un, attirer et maintenir l'attention de la personne.

F. Desobeau dit que « la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est »¹. Dans cette relation particulière qui s'instaure, dans ce « corps à corps », les regards sont en permanence mis en jeu. Ils prennent une place que l'on ne peut négliger, dans la relation psychomotricien-patient, et dans la compréhension des troubles de celui-ci.

Ainsi, je pose l'hypothèse qu'**une attention particulière portée au regard de l'enfant dans la relation thérapeutique en psychomotricité** doit m'aider à **comprendre son fonctionnement**, et ainsi **orienter mes attitudes lors des prises en soin**.

Pour répondre à ces questionnements et vérifier l'hypothèse, je m'intéresserai dans un premier temps à la place du regard dans le développement psychomoteur de l'enfant.

Puis dans une seconde partie, j'aborderai le rôle du regard dans la relation thérapeutique en psychomotricité, en me basant sur les grandes étapes de la construction de la relation mère-enfant. Dans les premières années de vie le bébé est très dépendant de son environnement et particulièrement de sa figure parentale. Nous savons combien les qualités du regard du parent sont essentielles au développement de l'enfant.

Enfin j'illustrerai ces éléments par deux études de cas.

¹ F. Desobeau : Identité et fonction du psychomotricien – Thérapie psychomotrice, n°162, p.60

Partie I :

LA PLACE DU REGARD

DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT

A - Définition :

Entrevoir et Regarder

○ Le verbe « **voir** » désigne le fait de percevoir quelque chose ou quelqu'un par la vue : rencontrer, comprendre, remarquer.

Selon le Petit Robert, « la vision » est une « perception du monde extérieur par les organes de la vue. C'est un mécanisme physiologique par lequel les stimuli lumineux donnent naissance à des sensations. ».

La perception visuelle s'élabore en trois étapes : le trajet des rayons lumineux de l'objet à la rétine, la transmission des informations visuelles au cerveau et l'élaboration de la représentation mentale. Sa construction démarre au niveau des yeux. Ils contiennent environ 70% de récepteurs sensoriels et nous permettent ainsi d'analyser notre environnement, les couleurs, les mouvements, les formes...

○ Le verbe « **regarder** » désigne le fait de fixer intentionnellement son attention sur quelque chose ou quelqu'un : Observer, Examiner.

Selon le Larousse, « le regard » concerne « l'action de regarder, de porter la vue sur quelque chose ou quelqu'un ».

→ Ainsi, la différence entre « voir » et « regarder » semble être liée à l'engagement du sujet. Voir quelque chose, c'est uniquement l'apercevoir ou même le voir inconsciemment, sans forcément y faire attention. En revanche, regarder implique une attention particulière, une observation.

Chez l'homme, le regard est le signe d'un échange, d'un partage. Dès la naissance, il unit le bébé à son entourage, il permet la socialisation. D'après **Marcelli**, « le regard est fondateur du lien humain »².

De plus, le regard n'est jamais teinté de neutralité, il est porteur de sens dans notre société. Nous employons notamment différentes expressions telles que : « ca crève les yeux ! », « se regarder au fond des yeux », « se dévorer des yeux », « se tuer du regard »...

² Marcelli D. : Les yeux dans les yeux, L'énigme du regard – Albin Michel, 2006, Quatrième de couverture

En psychomotricité, il semble bien que se joue **une histoire de regards**. Si la vision de l'enfant est fonctionnelle, il faut donc souhaiter que la fonction « regarder » se mette en place. Il est possible d'avoir une bonne vision mais de ne pas investir le « regardé », qui est le principe de faire de la vision un objet de rencontre et d'exploration.

En effet, la vision sans regard semble possible : par exemple, le « regard vide » que nous devrions appeler la « vision vide », car elle est vide de regard. La vision serait donc une condition nécessaire mais pas suffisante au regard.

Ainsi, en psychomotricité, il faudra tenir compte qu'un enfant qui voit n'est pas forcément présent par le regard dans la relation.

B - Ontogénèse du regard :

a) L'œil :

○ Anatomie de l'œil :

L'œil se situe dans son orbite, il est protégé par une paupière et est lubrifié par des sécrétions lacrymales. Il se compose de trois enveloppes (la sclérotique, la cornée et la rétine) et de trois milieux transparents (humeur aqueuse, cristallin et le vitré).

L'acuité visuelle est optimale au centre de l'œil. En effet, la fovéa est la partie de la rétine qui est la plus concentrée en cônes (photorécepteurs permettant la vision diurne). Cette concentration diminue en allant vers la périphérie, ceci se retrouve de façon inverse pour les bâtonnets (qui assurent la vision nocturne).

De plus, la vision fait intervenir plusieurs paires de nerfs crâniens. Certains entrent en jeu dans la motricité de l'œil, dans sa sensibilité, et d'autres sont en lien avec l'information lumineuse. Il existe des relations entre le nerf oculaire et les nerfs auditifs et spinaux, respectivement en lien avec le sens de l'équilibre et les voies vestibulaires.

Enfin, il est important de souligner que le système nerveux autonome intervient dans certains phénomènes oculaires, non volontaires. Il s'agit du mécanisme de sécrétion lacrymale, ou encore l'ouverture de l'iris dans l'obscurité et sa fermeture lors d'une forte luminosité. Ainsi, nous constatons que nos yeux fonctionnent indépendamment de notre conscience.

○ Le cortex visuel :

La vision permet d'appréhender l'espace (la profondeur, les reliefs, les distances, les textures...). Le cerveau synthétise ensuite les informations qu'il reçoit. En effet, les informations visuelles, sont envoyées par voies nerveuses grâce au nerf optique. Elles passent le chiasma où les fibres se croisent, et atteignent le cortex visuel primaire se trouvant dans le lobe occipital.

La majorité des fibres en provenance de l'œil aboutissent donc au cortex visuel, mais il y a un contingent de fibres qui descend vers le colliculus supérieur, se situant au niveau du tronc cérébral. Le colliculus supérieur est relié au nerf oculomoteur, et en fonction de notre environnement, il permet de provoquer des saccades oculaires. Ce phénomène va ainsi permettre d'orienter le regard de façon rapide et automatique. Un ajustement tonique se fait également.

Ainsi, le regard a un rôle de déclencheur pour initier le mouvement des yeux, mais aussi de la tête si besoin, et par conséquent du corps.

b) Le développement de la fonction visuelle :

○ In utéro :

Nous allons maintenant aborder l'ontogénèse de la vision au cours du développement de l'enfant. Dès les 18° et 20° jours, le système visuel apparaît chez le fœtus : on parle de vésicule optique primaire. C'est ensuite vers le 3° mois de grossesse que les différentes structures visuelles se forment et se mettent en place sous les paupières, qui restent fermées. C'est à partir du 5° mois de grossesse que les éléments du système visuel sont quasiment formés, et les connexions se font autour du 7° mois³.

In utéro, l'enfant distingue des ombres, il perçoit une lumière plus ou moins diffuse. Il semble que ces impacts au niveau des cellules visuelles sollicitent les récepteurs de la vision. Il y aurait la constitution d'une forme de vision intérieure qui permet que les connexions du système visuel soient stimulées, elles feraient comme une image d'arrière-plan.

○ A la naissance :

Ainsi, au moment de la naissance, la transition est vive et l'enfant se retrouve projeté dans un monde où la luminosité est extrêmement importante. Il faut que le regard s'adapte.

A la naissance, le niveau de développement visuel des formes est inégal. En effet, la vision ambiante qui détermine des réponses aux intensités lumineuses est déjà fonctionnelle, en revanche, la vision maculaire ou fovéale finement discriminative est inexistante.

L'accélération de la maturation est corrélative des mouvements dont les yeux sont le siège. L'œil doit en effet se déplacer pour transférer sur la fovéa les éléments importants du champ visuel.

A la naissance, le bébé voit avec netteté à une distance de 25 cm, son acuité visuelle est de 1/10. Il n'y a pas d'accommodation, et il n'y a pas de convergence du regard. En revanche, des fonctions réflexes sont en place, comme l'ouverture des fentes palpébrales, l'attraction vers les lumières douces, et des clignements réflexes sur des lumières trop vives. Le réflexe de fixation des objets apparaît vers 2 à 4 semaines.

³ M. Auffret Pericone, avec la collaboration de F. Vital-Durand : Vision in utéro – Enfant magazine, site internet : www.enfant.com

○ Au cours des premiers mois de vie :

En effet, avant l'âge de 4 semaines, seuls les objets placés à 20 cm environ se projettent nettement sur la rétine. Ceci correspond précisément à la distance entre les visages de la mère et du bébé, quand celui-ci est dans les bras (lors de l'allaitement ou du portage en particulier).

Ainsi, le bébé ne perçoit que des objets qui ne sont pas très éloignés, et très contrastés. Au départ, il a une préférence pour ce qui est plat, qui va évoluer vers un attrait pour ce qui a du volume, puis un attrait pour ce qui est complexe et comporte des nuances.

La différence entre ce qui est plat et le volume, se fait vers 6-7 semaines, et que vers 4 mois le nourrisson voit les couleurs comme les adultes.

Au cours du 2^e mois, l'accommodation s'améliore progressivement et atteint son efficacité maximum à 3 mois et demi. Dès la 4^e semaine, l'enfant peut en effet suivre un déplacement horizontal alors qu'il faut attendre la 9^e semaine pour un déplacement vertical. A 10 semaines, l'enfant sera alors capable de poursuite horizontale.

Il faut noter que jusqu'à 6 semaines, un stimulus en mouvement entraîne plutôt une succession de réflexes de fixation plutôt qu'une véritable poursuite visuelle.

Les milieux aqueux n'ont pas encore la transparence acquise à l'âge adulte. Le cristallin encore rigide est limité pour modifier son rayon de courbure. En conséquence, l'accommodation physiologique qui permet d'obtenir une image nette quelque soit la distance n'est pas réalisée à la naissance. Elle serait semblable à celle de l'adulte après 4 mois.

Un autre mécanisme n'est pas totalement achevé à la naissance, c'est la convergence binoculaire (strabisme), qui permet la perception d'un relief. Elle serait convenable à partir de 3 mois. L'une des principales caractéristiques de la rétine à la naissance est l'existence d'une plus grande maturité de la région périphérique par rapport à la région centrale.

Le champ visuel avant l'âge de 2 mois, mesure un tiers de celui de l'adulte. Un nouveau-né fixant un point a la possibilité de percevoir l'apparition d'un deuxième stimulus si celui-ci se trouve à moins de 25 cm sur sa droite ou sa gauche, et à moins de 9 cm au-dessous ou au-dessus de sa ligne de regard. La taille de ce champ visuel augmente progressivement et elle est similaire à celle d'un adulte à 10 mois.

Une fois que la fonction visuelle s'accommode, les bébés mémorisent la forme de ce qu'ils perçoivent et vont manifester un attrait vers les objets nouveaux car ils sembleraient plus attractifs. Ceci est à la base de fonction d'exploration et de la curiosité.

➔ **Pour conclure**, nous savons donc qu'à la naissance, le système visuel n'est pas encore achevé puisqu'il n'attendrait sa pleine maturité qu'à l'âge de 10-11 ans.

En revanche ses capacités fonctionnelles sont loin d'être négligeables. Le bébé n'est plus considéré comme une somme de réflexes ou un être spinal. Il est capable de diriger son regard, d'effectuer diverses réponses d'identification et de discrimination. Le bébé est un être fonctionnel en quête constante d'informations lui permettant de continuer à se développer.

c) Les intermodalités sensorielles :

○ Les différents canaux sensoriels :

Comme le dit **Aristote**, il n'y a pas de pensée sans perception, et il n'y a pas de pensée sans corps. La façon dont les informations sensorielles sont reçues, traitées, organisées, permet au tissu d'informations sensorielles de devenir une perception, qui pourra ensuite se transformer en représentation. Nos sens nous informent sur nous-même mais aussi sur notre environnement car nous sommes en interaction avec ce qui nous entoure. La construction de soi se fait progressivement et s'appuie sur les informations reçues des différents canaux sensoriels (intéroceptif, proprioceptif, extéroceptif).

Ces canaux sensoriels commencent à s'exercer durant la grossesse. A la naissance ces sens continuent de livrer des informations, c'est une des continuités entre les deux mondes.

○ Le principe T.O.G.A.V. :

Ces différentes fonctions sensorielles ont une hiérarchie dans leur maturation, elles ne sont pas opérationnelles de la même manière au même moment. Elles se développent suivant le principe T.O.G.A.V : tact, olfaction, gout, audition et vision. Il existe donc un ordre défini d'apparition des différentes compétences sensorielles.

L'organisation de ces différentes fonctions sensorielles entre-elles est ce que l'on appelle : les intermodalités sensorielles. C'est le pouvoir de relier deux informations, par exemple : relier une information auditive à une information visuelle, ou relier une information visuelle à une information proprioceptive etc...

C'est une façon de collecter les informations et de les traiter autour d'un même objet, d'en faire le lien.

En effet, chaque modalité sensorielle est bien spécifique. Un objet perçu par différentes modalités sensorielles est identifié comme un même objet. Il est important que les modalités sensorielles puissent se coordonner pour unifier notre perception du monde. L'enfant, dans les premiers temps de sa vie, vit dans un univers morcelé, et la question est de permettre que tout s'unifie et se coordonne. L'enfant vit dans autant d'espaces qu'il y a de sens.

Mais ce sont les sens qui contribuent justement à donner du sens. Ce transfert des modalités sensorielles se met en place de façon précoce. L'enfant a une mémoire tactile, visuelle de ce qu'il a pu explorer.

➔ Le facteur génétique (l'innée), détermine un potentiel de connexions neurosensorielles et de ce fait des possibilités de compétences précoces. Cependant cela ne suffit pas et le milieu (l'acquis), a un rôle indispensable à jouer dans le développement et l'expression de ce potentiel. C'est ce qui objective l'utilité des stimulations sensori-motrices.

C'est pour cela que **J. Piaget** parle « d'intersensorialité », notamment lorsqu'il décrit « le schéma assimilateur »⁴. Selon lui l'intelligence est une forme d'adaptation. Les mécanismes d'assimilation renvoient à l'action du sujet et consistent à intégrer de nouvelles données aux patterns comportementaux qui existent déjà.

C'est par ce principe que les schèmes d'action vont évoluer et s'enrichir. L'enfant applique alors ses conduites à de nouveaux objets et à de nouvelles situations en unissant motricité et sensorialité.

Ainsi le bébé, donne progressivement un sens au monde et aux objets qui l'entourent. Les différents espaces sensoriels (visuel, sonore...) et moteurs vont donc se coordonner et permettre au bébé d'évoluer vers une certaine intentionnalité. L'enfant conçoit alors l'objet ou la personne dans sa globalité et se crée des représentations concrètes du monde.

- Les voies neurologiques :

Sur le plan neurologique, la faible efficacité de la perception visuelle du bébé est due à un manque général de maturation du système visuel, que ce soit au niveau de l'œil et de ses composantes optiques et musculaires (le cristallin, la commande des muscles ciliaires qui en règlent l'accommodation, la rétine etc...) ou au niveau des voies nerveuses visuelles qui partent de la rétine. La voie principale qui va de la rétine au cortex visuel permettra par la suite de situer les objets dans l'espace, de les saisir, et de les identifier. Il lui faut quelques semaines, voire des mois pour être efficace.

En revanche l'autre voie, plus courte : rétine-thalamus-amygdale, semble plus fonctionnelle. La vision du bébé des premiers jours et semaines, dépendrait donc principalement de cette voie. Elle paraît ainsi jouer un rôle important dans l'orientation de notre regard sur celui d'autrui.

C'est donc vraisemblablement par l'intermédiaire de cette voie, plus mature à la naissance, que le bébé apprend à orienter son regard sur les yeux et le visage de la personne qui le tient dans les bras. Le bébé apprendrait ainsi à regarder le regard d'autrui et, peu à peu, à explorer le reste du visage, et ainsi à savoir progressivement en lire les expressions faciales.

Il est également important de rappeler que le bébé répond très tôt au contact oculaire mais que vers deux mois, ce sera lui qui essaiera de le provoquer. Ce mécanisme d'orientation précoce du regard sur le regard d'autrui pourrait donc constituer le socle fonctionnel de la mise en place des compétences affectives, interrelationnelles du bébé.

⁴ Manuel d'enseignement de Psychomotricité : Chapitre 3 - De boeck solal, 2013, p. 98

→ **Pour conclure**, les compétences du bébé seraient donc vite renforcées par la coordination intersensorielle qu'il construit en se développant. Le bébé n'est pas seulement sensible au visage, mais il l'est aussi à la voix et à sa modulation en fonction de son contenu émotionnel. Il va donc apprendre à associer une expression faciale à une expression vocale particulière, ce qui va permettre de développer ses compétences pour comprendre entre autres les messages émotionnels d'autrui.

C - La dimension du regard d'un point de vue développemental :

Il semble bien que l'enfant ne se contente pas de subir l'ensemble des stimulations sensorielles du monde environnant.

Selon **A. Berthoz**, « échanger un regard exige que le sujet ait construit une perception cohérente de lui-même et de ses relations avec le monde »⁵. Ainsi nous allons maintenant nous intéresser à la dimension du regard chez l'enfant d'un point de vue développemental.

a) Les premières communications :

Avant d'avoir la parole, les bébés s'expriment notamment via le regard, les pleurs ou les gestes. C'est une première forme de communication non verbale.

Mais auparavant, un tout premier dialogue entre le bébé et l'adulte qui s'en occupe, s'instaure via le tonus : le dialogue tonique.

Le dialogue tonico-émotionnel :

Ainsi, un dialogue dit « tonique », théorisé par **H. Wallon**, va s'installer entre le bébé et son entourage. Ce premier dialogue est une alternance entre « l'hypertonie d'appel » et « l'hypotonie de réplétion, de satisfaction ». D'un côté le bébé pleure, il est en hyper-extension, de l'autre, il est en hypotonie, se love dans les bras et n'est pas loin de l'endormissement. Dans le premier cas, l'enfant fait part d'un inconfort, d'un besoin ou d'un agacement. Alors que dans l'autre cas, le bébé montre davantage une satisfaction, et un plaisir.

J. De Ajuriaguerra parlera plus tard de « dialogue tonico-émotionnel ». Il explique ainsi que le tonus est un support pour véhiculer les émotions. Ainsi, lorsque l'on est énervé, notre corps se crispe, et à l'inverse lorsque nous sommes au repos, calmes, le corps se détend.

Ce premier dialogue ne prend pas en compte les mots, ni les mouvements, il est aussi en deçà des gestes. Il s'instaure en réalité de « tonus à tonus » entre les partenaires, entre le bébé et son entourage.

De même, le regard est chargé d'émotion, et il est impossible d'évoquer l'échange du regard sans insister sur l'importance de l'émotion dans la détection du regard d'autrui.

⁵ A. Berthoz : L'échange par le regard – Enfances et Psy 2008/4 (n°41), p.33-49

Le regard dans la communication non verbale :

Le regard en est un autre mode de communication non verbale. En effet, dès le 2^o mois de vie, le bébé s'anime et bouge dès que l'on s'approche de lui. Il s'engage dans la relation par une motricité manifeste.

La communication par le regard va être intimement liée à son développement psychomoteur. Au départ, l'enfant se contente de suivre les choses du regard. Puis grâce entre autre, à la motricité de sa tête, il va suivre un objet en dehors de son champ de vision en la tournant sur la droite et la gauche. Ensuite par l'enrichissement de sa motricité, il sollicitera lui-même la communication au moyen de son propre regard.

Les pleurs, le sourire, l'imitation, les gestes symboliques... sont encore d'autres modes de communication non verbale :

Les pleurs de l'enfant, contrairement à ceux des adultes, ne sont pas toujours synonyme de chagrin. Ce sont souvent un signe d'appel. Au début de la vie du bébé, ils sont peu identifiables mais au fur et à mesure, ils vont se spécifier. Ils ne vont pas avoir la même intensité, tonalité, et grâce à cela le parent va proposer des hypothèses de compréhension de l'état et des besoins de son enfant, pour y répondre.

De même, le sourire est l'un des modes de communication non verbale importants. Il est physiologique à la naissance et s'inscrit dans l'échange relationnel par la suite. Il apparaît le plus souvent quand le bébé est en interaction avec une personne, et exprime généralement son plaisir et sa satisfaction. Il permet également de développer la fonction d'attachement entre les parents et l'enfant qui leur sourit.

L'imitation, est une fonction qui permet aussi d'entrer en communication avec l'enfant, sans utiliser la parole. En effet, il est possible de produire certains gestes afin qu'il les imite, comme l'adulte qui ouvre la bouche au moment où l'enfant doit manger avec la cuillère. L'imitation attire également l'attention de l'enfant, par exemple si nous reproduisons les mêmes mouvements que lui de façon simultanée, cela permet souvent de créer de la relation. C'est un mode de communication très utilisé notamment pour entrer en contact avec les enfants autistes.

Enfin, la communication gestuelle symbolique a une place importante dans la communication non verbale. Avant de savoir prononcer le « non », l'enfant d'un an peut par exemple secouer sa tête pour montrer son désaccord. Ainsi, grâce à la gestuelle symbolique, (comme faire les gestes coucou, au revoir...) l'enfant se fait comprendre, et ce, bien avant de maîtriser le langage.

→ **Pour conclure**, l'orientation et l'expression du regard sont donc des modalités de communications non verbales très efficaces afin que le jeune enfant interagisse avec son entourage.

b) Les neurones miroirs :

Il me semble important d'aborder le concept de neurones miroirs dans le développement de l'enfant, afin de faire un lien entre le regard, le fonctionnement du cerveau mais aussi les notions d'imitation, d'empathie et d'affectivité.

Le concept de neurones miroirs a été développé dans les travaux de **G. Rizzolati**⁶ et ses collègues en 1990. Ces chercheurs enregistraient les neurones de commande motrice situés dans le lobe frontal d'un singe lorsqu'il faisait une action particulière, comme saisir une pomme pour la manger.

Ils ont alors constaté qu'une partie de ces neurones s'activait également lorsque le singe était passif, ne bougeait pas, mais voyait un autre singe ou même l'expérimentateur exécuter le même geste de saisie de la pomme.

Les neurones moteurs s'activaient lorsque le singe exécutait l'action mais aussi, pour une partie d'entre eux, lorsque le singe voyait autrui exécuter la même action.

Ainsi, voir l'autre exécuter une action activerait donc en miroir les réseaux nerveux mis en jeu quand nous exécutons nous-même cette action, d'où le nom de « neurones miroirs ». Ces neurones miroirs agissent comme un savoir cognitif inconscient incarné dans le réseau nerveux. Ils contribuent à la compréhension des gestes de l'autre.

Les recherches ultérieures, notamment de **T. Singer** et ses collègues, ont montré que ces mêmes neurones existent chez l'homme, et que l'on en trouve dans différentes parties du cortex. Ces recherches s'intéressent à l'empathie vis-à-vis de la douleur d'autrui.

En effet, l'analyse des données à indiquer que les neurones de l'insula, qui est une partie enfouie du cortex impliquée dans le ressenti de la douleur, s'activaient lorsque le sujet recevait une stimulation électrique, ce qui semble normal, mais s'activaient également en miroir lorsque une autre personne la recevait. Nous comprenons alors, comme pour le singe, que la personne qui ne reçoit pas la stimulation électrique ressent la douleur de l'autre.

Les neurones miroirs seraient donc la clé nerveuse de notre compréhension de l'autre, que ce soit aux niveaux moteur, cognitif ou émotionnel. C'est ce que l'on appelle le « don d'empathie ». Ainsi, les neurones miroirs pourraient être à l'origine de nos capacités d'empathie essentielles à une vie sociale harmonieuse.

➔ **Pour conclure**, les neurones miroirs ont la capacité de recevoir le reflet d'une action, d'un mouvement ou d'un sentiment que nous observons chez quelqu'un d'autre et de provoquer en nous la tendance à l'imiter. Grâce aux neurones miroirs, le monde extérieur est alors reflété en nous.

Les réseaux de neurones miroirs existent chez les très jeunes enfants. L'activation est cependant réduite par rapport à celle observée chez les adultes, car leur cerveau est encore en plein développement, mais elle permet déjà des imitations simples.

En regardant faire les autres, la personne immobile active les mêmes circuits cérébraux. Chez les jeunes enfants, l'imitation est le premier moteur de développement et d'apprentissage. C'est donc le système miroir qui permet les premiers apprentissages, c'est-à-dire « apprendre en regardant », bien plus que les fonctions intellectuelles, qui sont encore en développement.

⁶ C. Marendaz : Du regard à l'émotion : la vision, le cerveau, l'affectif – Les essais, 2009, p.64

c) Le passage du pointage proto-impératif au pointage proto-déclaratif :

Le réflexe de détournement du regard :

D'après les travaux de **D. Marcelli**⁷, chez les primates supérieurs, le regard focal « les yeux dans les yeux » fait l'objet d'un évitement systématique, par un réflexe de détournement du regard. Les congénères s'observent du coin de l'œil, réagissent aux comportements et postures de leurs voisins mais n'échangent pas durablement des regards.

Il semble que cela soit différent chez les êtres humains, qui dès la naissance se regardent directement dans les yeux.

Nous partageons un patrimoine génétique important avec les primates supérieurs, il est donc possible que le réflexe de détournement du regard entre congénères fasse partie de notre héritage. Mais c'est un réflexe que chaque être humain doit pouvoir inhiber pour entrer dans une communication intentionnelle, caractéristique de notre espèce.

La rencontre régulière et répétée d'un regard humain dès la naissance pourrait représenter une condition nécessaire pour inhiber ce réflexe de détournement du regard.

Comme nous l'avons vu, la néoténie du bébé humain et l'immaturation assez importante de la fonction visuelle à la naissance, en particulier celle du mécanisme d'accommodation, pourrait rendre compte de l'absence initiale du réflexe de détournement du regard puis de son inhibition secondaire renforcée par la qualité des regards partagés.

Dès la naissance, l'appétence du bébé pour le visage humain et plus encore pour le regard suscite l'étonnement. Les exceptions sont toujours importantes à considérer. D'après **D. Marcelli**, « il n'y a aucune habitude au visage et au regard humain : un bébé peut voir plusieurs fois un visage humain, il y réagira toujours avec un attrait et une attirance jamais démentie alors que le comportement d'habitude régit absolument toutes les autres stimulations perceptivo-sensorielles »⁸.

De plus, il faut noter que cette attirance est croisée, elle est réciproque avec le partenaire qui regarde également. En effet, le regard de l'adulte, représente un attracteur pour le bébé, mais le regard d'un bébé est, pour le regard de l'adulte, un attracteur tout aussi puissant.

Cette attirance pour le visage et le regard humain constitue, toujours selon **D. Marcelli**, une parfaite illustration du concept de pulsion et permet de saisir la différence entre la pulsion et l'instinct. L'instinct étant lié à la satisfaction d'une fonction physiologique somatique (alimentation, sexualité etc...).

Ces échanges de regard conditionnent le passage du pointage proto-impératif au pointage proto-déclaratif.

⁷ D. Marcelli : Se regarder dans les yeux : un privilège des êtres humains – Le carnet Psy 2009/8 (n°139), p.30

⁸ Ibid – p.31

Le pointage proto-impératif :

Le pointage proto-impératif n'est pas le propre de l'homme, il se retrouve chez plusieurs espèces animales. En revanche, le pointage proto-déclaratif est une spécificité de l'espèce humaine.

Souvent, lors des interactions privilégiées entre le parent et son enfant, le parent est attentif à son enfant, il lui fait découvrir l'environnement en lui pointant son doigt dans différentes directions : « Là, regarde, tu vois c'est...! ».

Le regard de l'enfant semble alors dirigé par le doigt parental pour fixer la chose. Puis, son regard revient ensuite vers les yeux de sa mère ou de son père, l'enfant l'interroge alors du regard. Le parent commente ainsi l'objet désigné tandis que les visages de chacun expriment un plaisir partagé. Ce « pointage parental » précède le temps suivant.

Rapidement l'enfant, vers l'âge de 8-10 mois, devient actif, surtout s'il veut un objet hors de sa portée. Il regarde cet objet et tend le bras en sa direction. Son impuissance motrice l'entrave toutefois dans ses volontés de déplacements. Il comprend que en étant porté dans les bras de l'adulte, les objets peuvent devenir plus facilement accessibles. Sinon il ne peut se satisfaire que des objets proximaux de son corps propre : main, doigts, pieds, orteils...

Le bébé dans les bras de son parent tend donc sa main pour capter un objet. Mais souvent, avant de lui donner, la mère, par exemple, l'interroge : « Est ce que tu veux ton doudou ? ». Elle demande cela alors qu'elle connaît la réponse, mais ceci permet de donner « le mot » avant « l'objet ». Ces paroles permettent d'encourager le bébé à détourner ses yeux de l'objet vers le regard maternel pour ensuite regarder de nouveau l'objet.

Le partage de regards fonctionne comme un accordage de l'échange, l'intention est comprise, énoncée, partagée.

Le pointage proto-déclaratif :

Dans cette séquence, si le bébé effectue la part proto-impérative, la mère elle, transfère à son bébé la part déclarative. En nommant l'objet vers lequel la main de l'enfant est tendue, le parent non seulement donne à l'enfant le nom de l'objet, mais il attire également l'attention de l'enfant, il croise son regard, et formule une intention de second niveau : « Est ce que tu veux ton doudou ? ». Par ces propos, l'adulte transfère donc bien chez l'enfant la représentation du geste. Les êtres humains ne font pas qu'agir (tendre la main et prendre), ils pensent aussi leurs actions (j'ai envie de mon doudou), ils peuvent se représenter la motivation de leurs actes.

Dans le pointage proto-impératif, l'enfant n'est pas laissé seul face à son incapacité motrice initiale à se déplacer, il ne peut pas encore attraper ce qu'il désire. Il est important de ne pas, non plus, lui donner l'objet en main sans le regarder, ni rien lui dire.

Le désir de l'enfant doit donc être reconnu par l'adulte, prélude probable à la reconnaissance par l'enfant de son propre désir, à la capacité de mentaliser.

Ces échanges semblent même fonder la spécificité de la relation d'autorité-obéissance entre un enfant et un adulte, relation fondamentalement distincte de la relation pouvoir-soumission du monde animal.

A cette étape, **D. Marcelli** exprime que « la trans-subjectivité laisse place à l'intersubjectivité »⁹. Désormais le jeune enfant sait qu'en partageant un regard, il peut aussi partager un intérêt, une idée commune, un commentaire.

Quelques semaines plus tard, le bébé ne se prive pas de tendre la main vers un objet de convoitise en même temps qu'il cherche du regard l'adulte qui l'interpelle de son propre regard. Le pointage proto-déclaratif est alors installé, c'est un prérequis à l'apparition du langage chez l'enfant.

Ce type d'interaction ne sert pas aux soins primaires, ni aux besoins vitaux de l'enfant. Et pourtant tous les adultes au contact d'enfants de cet âge utilisent ce pointage. Le pointage sert précisément à partager un intérêt commun, et à relier grâce au fil immatériel des regards le geste, le mot et l'objet dans un ensemble cohérent et porteur de sens : la dyade mère-enfant s'ouvre aux curiosités du monde puisque l'un et l'autre prennent plaisir à commenter. Le monde de l'enfant devient alors à la fois intelligible et pensable.

→ **Pour conclure**, le regard indirect permet un échange partagé. Ce regard non frontal porté vers un objet d'attention conjointe peut aider l'enfant à entrer en relation avec le psychomotricien par exemple.

En effet, il sollicite moins l'effet persécuteur ou trop intense sur le plan émotionnel de l'œil à œil. C'est d'ailleurs souvent dans cette configuration d'assise cote à cote qu'enfant et soignant partagent autour d'une médiation thérapeutique une action commune, voire une satisfaction mutuelle. « Dans cette relation, le thérapeute en psychomotricité sera situé plutôt du côté du moi auxiliaire que du sur-moi. La relation avec le patient devient horizontale et non plus verticale. »¹⁰.

L'échange latéral de regards, associés à des mots et une gestuelle adaptés, permettent non seulement une communication, mais peuvent peut-être permettre aussi de développer une pensée et une intention commune. Qu'en est-il des échanges de regards entre l'enfant et l'adulte devant le miroir ?

⁹ D. Marcelli : Se regarder dans les yeux : un privilège des êtres humains – Le carnet Psy 2009/8 (n°139), p.32

¹⁰ M. Contant, A. Calza : Psychomotricité - Masson, 2007, p.23

d) Le Stade du miroir :

Les situations vécues par l'enfant devant le miroir sont un lieu privilégié de la mise en jeu du regard, notamment sur son propre corps. Je m'intéresserai alors successivement aux travaux de **H. Wallon**, **J. Lacan** et **D.W. Winnicott**.

Les travaux de H. Wallon :

H. Wallon s'est intéressé à l'importance du miroir dans la construction psychologique de l'enfant. Pour lui, « l'enfant se sert de l'image extériorisée du miroir afin d'unifier son corps »¹¹.

Il indique que lorsqu'on appelle un enfant par son prénom, ce n'est pas à lui au niveau proprioceptif que cela fait référence, mais plutôt à son image. Il a ainsi décrit avec **R. Zazzo**, les stades de la reconnaissance de l'enfant de lui-même face au miroir.

H. Wallon distingue la perception de l'image d'autrui de celle de la propre image de l'enfant. Il souligne que quelles que soient les expériences faites devant le miroir, la connaissance de son corps propre par l'enfant est subordonnée à la maturation neurologique : « l'enfant ne présente pas de réaction devant son corps propre avant l'époque où commence, avec la myélinisation des connexions intéroceptives et extéroceptives, l'établissement de relations intersensorielles »¹².

En effet, de la naissance à 4 mois, il n'y a aucune reconnaissance de soi chez l'enfant face au miroir. En revanche, il est attiré par les visages qu'il peut voir dans le miroir. Petit à petit, grâce à l'appropriation des visages familiers, l'enfant pourra les reconnaître dans le miroir et y sourire comme dans un face à face direct.

Entre 6 et 15 mois, l'enfant se met à vocaliser, à sourire devant le miroir. Il rentre en contact avec son image. Il pense d'abord que le reflet dans le miroir est un autre enfant. L'enfant touche, frappe, lèche son image dans le miroir comme si c'était un comparse. Il explore également à cette étape l'illusion de la profondeur du miroir, en allant notamment voir ce qu'il y a derrière.

De même, à partir de cet âge, l'enfant qui voit l'image d'autrui se retourne vers la personne réelle pourvu que celle-ci parle, c'est à nouveau une association intersensorielle. C'est selon **H. Wallon**, « la vérification d'un rapport, un acte de connaissance »¹³. Une fois la différence entre l'image et le modèle acquise, l'identité de l'autre va être reconnue. La reconnaissance de l'identité de l'autre correspond déjà à un début « d'individuation ».

Entre 9 et 18 mois, l'enfant fait des jeux de mains et de pieds devant le miroir, il établit ainsi un début de lien entre la réalité et l'image.

Entre 18 mois et 2 ans, on observe des jeux avec le visage (grimace, touchés au niveau de la tête, des cheveux...). L'enfant montre une forme de curiosité et d'inquiétude face à cette image qu'il observe dans le miroir.

¹¹ H. Wallon : Les origines du caractère chez l'enfant, Chapitre IV – Puf, 2009, p. 219-237

¹² H. Wallon : Les origines du caractère chez l'enfant, Chapitre III – Puf, 2009, p. 208

¹³ Ibid : Chapitre IV, p. 224

A partir de 2 ans, l'enfant est capable d'une reconnaissance de soi dans le miroir, il a alors une perception d'une image totale de son corps, qui est à l'origine du sentiment d'unité de la personne. **H. Wallon** exprime justement que « l'image du corps propre ne peut se former qu'en s'extériorisant ». Ainsi l'enfant, à partir de perceptions visuelles, va pouvoir se construire un sentiment d'exister dans le monde par une représentation de lui-même.

Les travaux de J. Lacan :

J. Lacan a poursuivi le travail du miroir initié par **H. Wallon**. Il va donc théoriser le « Stade du miroir ». Il approuve l'idée de Wallon selon laquelle le miroir permet le passage du corps vécu comme morcelé à une compréhension d'une unité du corps.

Il positionne toutefois le stade du miroir comme l'unification de l'image du corps, mais surtout comme un stade fondamental pour le sujet, un stade fondateur du « Je ».

Il y voit un processus d'identification qui va régir tous les rapports de l'enfant à lui-même, et aux autres. Il souligne en effet l'importance de l'autre, le fait que devant le miroir l'enfant n'est pas seul. Il est porté physiquement et psychiquement par un adulte. C'est l'adulte qui permet à l'enfant de comprendre, d'accéder à la représentation de lui-même¹⁴.

L'enfant est d'abord troublé par la présence de deux images identiques : celui qui le tient et l'image de celui qui le tient. Puis il exprime rapidement une jubilation devant sa propre image. C'est grâce à cette jubilation que l'enfant pourra se revoir avec plaisir devant le miroir. **J. Lacan** parle alors « d'assomption jubilatoire » au moment où l'enfant comprend que c'est bien son image, cela lui procure un extrême plaisir.

Étant perçu comme un être unique, l'enfant va concevoir qu'il est différencié des autres personnes. **J. Lacan**¹⁵ indique qu'après un temps de confusion entre soi et non soi, vient un second temps d'identification. Ce temps est donc le stade du miroir, l'image est toujours la même, l'enfant peut donc établir la permanence de sa propre structure associée à la permanence de son prénom prononcé devant le miroir.

Le troisième temps est alors la conviction chez l'enfant que l'image qu'il voit n'est qu'une image de lui. Cette étape ouvre ainsi la voie au schéma corporel et à la relation avec autrui, permettant alors la mise en place de la symbolisation. L'adulte qui tient l'enfant le nomme dans le miroir, ceci permettant d'associer ainsi l'image au prénom.

Le regard permet de vivre des émotions devant l'image, qui permettent de renforcer le sentiment d'existence qui favorise à son tour la mise en place du processus d'identification de l'enfant. Cette expérience se fait donc à partir d'un corps ressenti comme morcelé dont l'unification est permise par la vision de sa propre image spéculaire.

→ Nous comprenons ici l'importance du regard de l'enfant dans le déroulement du stade du miroir, et surtout l'importance de la qualité du regard de l'adulte accompagnant l'enfant dans cette acquisition d'une unité corporelle, et de l'avènement du « je ».

¹⁴ Supports de cours de Madame Renaud – IFP Bordeaux, 1^o Année de Psychomotricité

¹⁵ J. Dor : Introduction à la lecture de Lacan – Denoel, 2002, p. 97-113

F. Dolto ne partage pas entièrement le point de vue de **J. Lacan**. Elle affirme que « l'enfant se perçoit déjà comme uni : le corps de l'enfant qui subit l'impact du miroir n'est pas dispersé, ni morcelé, mais cohésif et continu ».

Elle souligne que l'image inconsciente du corps est façonnée par le miroir, qui « reflète toute une sensibilité plus qu'une simple image spéculaire. Cette étape est constitutive du narcissisme primaire »¹⁶.

Par conséquent, elle qualifie l'expérience du miroir de « blessure » puisque il y a une confrontation de deux images unifiées, celle inconsciente du corps (image du corps) et celle perceptive (schéma corporel) : « Cette blessure irrémédiable de l'expérience du miroir, on peut l'appeler le trou symbolique, dont découle pour nous tous, l'inadaptation de l'image du corps et du schéma corporel »¹⁷. Ces notions trouvent toute leur importance en psychomotricité.

Les travaux de D.W. Winnicott :

D.W. Winnicott s'intéresse à la relation entre le miroir et le visage de la mère.

Dès les premières expériences de nourrissage, le regard de l'enfant est mis en jeu de façon importante. Le visage de la mère serait donc un précurseur du miroir, nécessaire et qui précède le stade du miroir tel qu'il est décrit par **J. Lacan**. Il explique que le premier miroir, pour le nourrisson, est le visage de sa mère.

Au cours de cette étape, le processus de séparation du « moi » et du « non-moi » s'accomplit progressivement, selon un rythme variant à la fois en fonction de l'enfant et en fonction de son environnement.

« Les changements les plus importants s'effectuent dans le mouvement qui éloigne l'enfant de sa mère, celle-ci devenant ainsi une composante objectivement perçue de l'environnement. Si personne ne se trouve là pour faire fonction de mère, le développement de l'enfant s'en trouve infiniment compliqué »¹⁸.

Selon **D.W. Winnicott**, les fonctions de l'environnement sont le Holding (la manière dont l'enfant est porté), le handling (la manière dont il est traité, manipulé) et l'object presenting (le mode de présentation de l'objet).

Ainsi, « quand le bébé tourne son regard vers le visage de sa mère, ce qu'il voit généralement est lui-même. En d'autres termes, la mère regarde le bébé, et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »¹⁹.

Cependant, de nombreux bébés se trouvent longtemps confrontés à l'expérience de ne pas recevoir en retour ce qu'eux-mêmes sont en train de donner. Ils regardent mais ne se voient pas eux-mêmes. Ce qui ne va pas sans conséquence, comme le précise **D.W. Winnicott**. Leur propre capacité créative commence à s'atrophier et, d'une manière ou d'une autre, ils cherchent un autre moyen pour que l'environnement leur réfléchisse autre chose. Ainsi, si le visage de la mère « ne répond pas », le miroir devient alors une chose que nous pouvons « regarder », mais dans laquelle nous ne pouvons pas « se regarder ».

¹⁶ F. Dolto : L'enfant du miroir – Payot 2002, p.61

¹⁷ F. Dolto : L'image inconsciente du corps - Editions du Seuil, Paris, 1984, p.151

¹⁸ D.W. Winnicott : Jeu et réalité, Chapitre IX - Nrf, Editions Gallimard, 1994, p.153

¹⁹ Ibid

→ **Pour conclure**, ces travaux tendent à attribuer au miroir maternel, ou au miroir réel, un rôle dans le processus d'identification du sujet. Cette interpénétration des regards a donc un rôle important dans l'établissement des premiers vécus du corps. **F. Dolto** prolonge et élargit ces points de vue, en expliquant que le sentiment d'exister passe par l'autre de façon générale, plutôt qu'exclusivement par la mère ou la famille : « A rien ne sert le miroir plan, si le sujet est confronté en fait au manque d'un miroir de son être dans l'autre. Car c'est cela qui est important. Il n'y a pas que le miroir plan, il y a surtout le miroir que l'autre est pour nous »²⁰.

L'intérêt porté au bébé qui se voit d'abord dans le visage de sa mère puis dans le miroir, est une voie permettant d'envisager sous un certain angle le travail thérapeutique.

En effet, la thérapie psychomotrice ne consiste pas à faire des interprétations, il s'agit plutôt de donner en retour, à long terme, au patient ce qu'il nous apporte.

D - Particularités et signes pathologiques du regard chez l'enfant :

Je souhaite aborder maintenant quelques particularités ou signes pathologiques du regard chez l'enfant. C'est une liste non exhaustive, mais qui est riche des rencontres que j'ai pu effectuer au cours de mes différents stages.

a) Les troubles de la vision²¹ :

Au cours de la vie, les troubles visuels ne sont pas nécessairement liés aux pathologies les plus connues telles que la myopie, la presbytie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme.

En effet, contrairement aux problèmes de vue qui entraînent une diminution de la vue de loin (myopie) ou de la vue de près (presbytie), les troubles visuels n'ont pas pour origine un problème du globe oculaire proprement dit. Ils sont en effet le plus souvent dus à une atteinte de la rétine, ou du nerf optique. Les principaux troubles sont la vision floue, la diplopie, la diminution de l'acuité visuelle, la perception de halos lumineux, la mauvaise perception des couleurs ou des formes. La vision floue peut avoir pour origine une inflammation de l'œil affectant la rétine par exemple (rétinite). Mais, comme le dédoublement de la vue (diplopie), elle peut également avoir une cause centrale (AVC, tumeur du cerveau) ou circulatoire (thrombose).

Une diminution de l'acuité visuelle, en dehors des pathologies dues à la structure de l'œil, peut être due à une cataracte, c'est-à-dire à une opacification du cristallin. Dans ce cas, la baisse de la vue est progressive. Des troubles visuels peuvent également apparaître en cas de glaucome qui touche le nerf optique et qui s'associe souvent à une pression intraoculaire trop importante. Le glaucome est également à l'origine de la vision floue et de l'apparition de halos lumineux. La mauvaise perception des couleurs ou des formes peut quant à elle avoir une origine héréditaire (daltonisme ou cécité) ou être due à une atteinte inflammatoire de l'œil.

²⁰ F. Dolto : L'image inconsciente du corps - Editions du Seuil, Paris, 1984, p.148

²¹ www.sante-medecine.journaldesfemmes.com/troublesdelavision

De nombreuses pathologies peuvent également être à l'origine de troubles visuels, par exemple le diabète, la sclérose en plaques, l'hypertension artérielle, l'athérosclérose ou encore l'alcoolisme.

b) Le regard comme seul moyen pour communiquer :

Le regard ne fait pas toujours défaut. Il peut parfois être, justement, l'un des seuls moyens pour communiquer, notamment avec des patients souffrants de polyhandicap. Cela signifie que nous devons nous rendre disponible, être un interlocuteur réceptif et attentif aux moindres regards, aux moindres gestes ou à toutes modifications du tonus.

Nous nous devons de veiller à identifier les éventuels gestes parasites et involontaires, généralement d'origine neurologique, non voulus et peu maîtrisés par la personne. Le psychomotricien est actif dans cette communication.

Dans le domaine du polyhandicap, les échanges existent par un regard, un geste, un redressement, des pleurs, des rires, une vocalise plus ou moins intenses.

Pour comprendre ce langage corporel, nous essayons de nous baser sur notre expérience. En effet, beaucoup de ces personnes n'accèdent pas à la communication verbale et pourtant, elles communiquent : c'est donc une communication paradoxale par le biais du regard et de mouvements très informels.

c) Le regard vide :

C'est un regard que je qualifierai sans émotion, inexpressif, qui ne renvoie rien. La personne est physiquement présente, mais elle semble psychologiquement absente. Ce regard concerne par exemple le regard des enfants qui ont vécu et côtoyé la guerre. C'est un regard qui justement regarde sans voir. Le cerveau semble fermé sur lui-même et n'interroge plus un monde d'où ne vient que l'horreur²².

J'ai pu retrouver ce type de regard au cours de mes stages dans la rencontre avec des enfants qui ont subis des violences physiques, sexuelles, morales, ou pour qui la situation familiale est très précaire et difficile.

d) Le regard évitant :

Il peut s'agir d'un regard qui évite le nôtre par gêne, par timidité, ou au contraire en raison d'une pathologie. Cependant, ce n'est pas parce qu'une personne ne dirige pas son regard vers autrui ou vers un objet qu'elle ne les perçoit pas. Elle peut en réalité avoir déplacé son regard pour éviter un contact par le regard. L'évitement du regard est une certaine façon de regarder dans laquelle il n'y a pas de visée. La périphérie de la rétine même si elle ne donne pas une image précise permet quand même de percevoir le monde, de le saisir dans ses mouvements, ses relations... Elle permet aussi beaucoup plus d'analyse fine qu'on ne le croit.

²² A. Berthoz : « L'échange par le regard. » - Enfances & Psy 4/2008 (n° 41), p. 33-49

e) Le regard qui persécute :

Certains regards portés sur des personnes souvent fragiles de par leur pathologie, (anorexie, paranoïa...) peuvent paraître persécuteurs, c'est-à-dire que le regard d'autrui est d'emblée accusateur. La personne se sent opprimée, dérangée, elle imagine toujours que l'autre se montre agressif à son égard, qu'il est porteur de jugement.

Le regard persécuteur renvoie la personne à une forme de soumission. Il y a une confusion entre quelque chose d'agressif que l'on croit voir dans le regard de l'autre, et ce qu'il pense réellement de nous.

C'est un regard qui a donc une forme d'autorité sur le sujet. Ce regard persécuteur vient alors toucher le narcissisme de la personne.

Vignette clinique :

Je rencontre Alice au cours de mon stage en clinique pédiatrique, c'est une jeune fille anorexique de 14 ans.

Elle exprime en permanence combien le regard des autres la blesse, la persécute, elle se sent toujours jugée, « toujours trop grosse ».

Les séances en psychomotricité ont lieu 3 fois par semaine. Mais, avec la psychomotricienne, nous doutons du bien-fondé de cette prise en soin : rien ne se passe, elle ne souhaite ni parler, ni bouger, ni même s'allonger, d'autant plus que le moindre déplacement lui demande un effort considérable de par son état de dénutrition.

Au moment où nous pensions réduire le nombre de séances, l'équipe de la clinique raconte en détail combien Alice apprécie nos temps. Elle se prépare à venir en séances plusieurs heures avant : choix des habits, coiffure, maquillage... L'apparat de son corps et les changements ont alors retenu notre attention. Ils signifient l'importance donnée à notre rencontre et en particulier à notre regard sur elle, sur son corps qu'elle désinvestissait tant.

« Elle saisit au fond d'elle-même le moyen de faire naître et surgir du vivant » nous dit **F. Desobeau**²³. Alice s'approprie, durant ces temps silencieux, l'intérêt que nous lui portons.

f) Le regard dans les troubles du spectre autistique :

Dans son livre, **D. Williams**²⁴ témoigne de l'impact extrêmement perturbant du regard de l'autre dans les troubles du spectre autistique. En effet, le regard est complexe dans la relation établie avec les patients, notamment avec ceux qui n'ont pas encore bien constitué leur enveloppe psychique.

Je vais m'appuyer sur « la grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile » de **G. Haag**²⁵, pour illustrer différentes formes de regards chez ces patients.

Selon cette grille, durant « la phase d'autisme sévère », le regard peut être : absent ou fuyant, (évitant, collé sans pénétration, traversant), ou encore périphérique ou dévié (recherche du contour du corps propre et du collage de l'autre ou aux objets).

²³ F. Desobeau : Thérapie psychomotrice avec l'enfant – Eres, 2008, p.85

²⁴ D. Williams : Si on me touche, je n'existe plus – J'ai lu, 1999

²⁵ G. Haag : Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité

Il est à différencier du regard en coin paranoïaque, où le persécuteur est dans le dos. Ces hypothèses de compréhension de l'angoisse de l'enfant doivent aider le soignant à ajuster sa modalité relationnelle avec lui.

Lors de la phase suivante, « la phase symbiotique et l'étape de récupération de la première peau, Enveloppe, Contenance, Entourance », **G. Haag** observe des allers et retours entre l'hyperpénétration et le retrait : c'est-à-dire une alternance entre les regards de fuite et des regards hyperpénétrants.

Il y a souvent des pénétrations directes dans le regard de l'autre, visage contre visage jusqu'à « un effet cyclope », c'est-à-dire une impression de troisième œil au milieu du front. De même dans cette étape, il est possible de trouver des démonstrations du fantasme de se coller au fond : se coller derrière la tête après être « rentré dans les yeux » de l'autre. On trouve parfois des indices indirects d'un désir de piquer dans l'œil pour traverser (œil-bec), par exemple quand les enfants enfoncent la pointe d'un crayon dans l'œil d'une poupée, ceci est alors une pénétration indirecte. Enfin, nous pouvons également observer des regards de pénétration, de plongée, si l'enfant est en appui-dos.

Il s'agira de transformer ce regard pénétrant en l'accueillant, en le théâtralisant, en le chargeant de sens et d'émotions.

Lors de « la phase symbiotique installée, l'étape de la réduction du clivage vertical de l'image du corps », toujours selon **G. Haag**, le regard est marqué par un éventuel strabisme (pour éviter la binocularisation, le rapport aux deux yeux, dans une vision à distance) ou bien il est pris dans la problématique de la pulsion orale. C'est une assimilation des yeux à la bouche (« manger des yeux »), avec des mimes de dévoration avec la main ou des figurines animales. L'enfant peut aussi pointer des scènes de dévoration sur des livres d'images. Le regard est pris dans la problématique de la pulsion orale : danger de manger, être mangé avec les yeux.

Enfin, lors de « la phase de réduction du clivage horizontal », le regard est lumineux, renvoyant. Il peut parfois être « malin », recherchant la connivence dans les recherches de co-excitations sexualisées ou certaines activités destructrices.

Pour résumer, **G. Haag** décrit donc différentes peurs liées au regard dans l'autisme infantile :

- Peurs prédatrices : avoir les yeux percés ou risquer de percer par le regard
- Peurs spatiales : risquer de tomber dans un espace sans fond, si on utilise la vision binoculaire. C'est la démonstration de tomber derrière la tête de l'autre.
- Peurs orales : qui sont mieux connues, elles apparaissent plus tardivement dans l'évolution : dévorer, être dévoré.

➔ **Pour conclure** au cours de mes différents stages, j'ai donc croisé de nombreux regards, et certains dont les particularités m'ont interpellée. Il est important que l'enfant puisse faire de la vision un objet de rencontre et d'exploration.

La vision sans regard semble possible, mais le regard implique la vision. La vision serait donc une condition nécessaire mais pas suffisante au regard. Ainsi, en psychomotricité, il faudra tenir compte de cette variété de regards. Un enfant qui voit n'est pas forcément présent par le regard dans la relation.

E - Etudes et recherches sur les troubles du regard chez le bébé :

Dans la continuité des signes pathologiques et particularités du regard, je souhaite aborder deux études concernant le dépistage, entre autre, des troubles du regard chez des bébés à risque de devenir autistique ou chez des bébés déprimés.

a) La Recherche Préaut :

C'est une recherche menée en 1998 par des psychiatres, psychologues, psychanalystes, praticiens de l'autisme, dont notamment **M. C Laznik** (docteur en psychologie, psychanalyse).

Cette recherche vise à valider les signes très précoces de troubles de la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique.

Elle est en grande partie fondée sur un postulat théorique : « il y aurait chez le bébé à risque d'évolution autistique, un ratage du troisième temps du circuit pulsionnel ». C'est-à-dire une non-apparition de la capacité à initialiser les échanges sur un mode ludique et jubilatoire.

Les trois temps de la pulsion :

Ces trois temps du circuit pulsionnel sont des éléments théoriques qui se trouvent dans les travaux de **S. Freud**, et plus tard de **J. Lacan**.

Il y a un premier temps actif. Dans l'exemple de la tétée, le nourrisson ressent une sensation interne désagréable qu'il ne peut se représenter, il accroche alors sa mère par le regard, il cherche le sein, ou se met à pleurer. Il s'agit là d'un temps qui s'articule au besoin et à la fonction physiologique. C'est donc une dimension orale, incarnée par des moments de satisfaction des besoins, essentiellement l'allaitement, depuis le fuissement à la naissance jusqu'au geste de se laisser donner un biberon.

Le deuxième temps de la pulsion est auto-érotique. L'enfant ainsi satisfait dans ce qui relève du premier temps, va se prendre comme objet de satisfaction, en jouant avec son propre corps. Il joue avec ses doigts, sa tétine, son pied.

Le troisième temps, est celui de la passivation pulsionnelle. Le bébé se fait « objet de satisfaction » de son être familial. C'est-à-dire, et c'est là que se joue la possibilité d'échange avec l'autre, « qu'il se donne la place de l'autre, dont l'autre tirerait sa jouissance pulsionnelle ».

Cela s'observe, lorsque le bébé, lors des changes par exemple, se met à instaurer un jeu avec la personne qui prend soin de lui : donne ses pieds pour être chatouillé, cherche le regard pour rire etc... Le bébé depuis son parc peut également par son babillage appeler l'adulte qui le regarde, il se montre, rigole, se cache, essaie de susciter surprise et joie chez son interlocuteur.

Les travaux de la recherche Préaut :

Ce sont des éléments que ces professionnels, et notamment **M.C. Laznik**²⁶ ont tenté de mettre en exergue, en commentant des films qui montrent plusieurs scènes de bébés qui ne témoignent pas de cette capacité relationnelle, relevant du troisième temps de la pulsion.

Cette jouissance à interpeler l'autre, semble permettre au bébé de devenir sujet. La mère doit donner la limite, et elle doit se dégager si l'enfant s'excite trop.

Dans le développement d'un enfant à risque autistique, la mère dit à l'enfant « fait moi voir », mais il n'y a pas d'appel chez l'enfant à « se faire voir ».

De même **M.C. Laznik** insiste par ailleurs sur la différence structurale entre le bébé déprimé et le bébé qui est à risque de devenir autiste, notamment au niveau de la question du regard.

Les recherches d'**A. Guédénéy** s'intéressent également à cet aspect. Ces recherches ne sont pas sans conséquence sur la façon d'aborder ces enfants dans la relation thérapeutique.

L'enfant doit pouvoir se souvenir d'avoir été la source d'une jouissance primordiale d'un autre, il doit pouvoir en garder comme des traits, notamment dans le regard, le visage ou la voix. Ces traits sont les signes du plaisir de l'autre. Il doit passer de la position de « se laisser voir » à celle de « se faire regarder ».

Sur le plan thérapeutique, l'intérêt de la démarche de **M.C. Laznik** est de permettre un dépistage extrêmement rapide de la situation de risque, et donc aussi d'intervenir rapidement.

b) L'échelle ADBB²⁷ :

A. Guédénéy et son équipe ont imaginé et mis en œuvre l'échelle ADBB durant les années 1992 à 2000. Elle a pour intérêt, en recherche et en clinique, d'évaluer le comportement de retrait relationnel de l'enfant avant trois ans.

Apports théoriques sur la séparation dans le développement psychique :

La dépression chez le bébé a notamment été décrite par **R. Spitz** dans ses travaux sur le syndrome d'hospitalisme. La dépression précoce est difficile à reconnaître dans sa sémiologie, de même qu'elle est difficile à imaginer et à supporter pour les parents ou les personnes qui rencontrent le bébé.

Le retrait et la dépression précoce donnent à voir un bébé tout seul et renvoient son observateur à une situation souvent angoissante et difficilement représentable.

²⁶ <http://www.freud-lacan.com/index.php/fr/44-categories-fr/site/1513> : Le bébé et l'autisme dépistage et prise en charge

²⁷ A. Guédénéy, pédo-psychiatrie et M. Vermillard, puéricultrice dans la Revue : « L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant » - Médecine et Enfance, Juin 2004, p.367 à 371

La psychanalyse a proposé des systèmes de pensées qui reposent sur une conception spécifique du développement précoce et du rôle de la séparation dans le développement psychique propre de l'enfant.

Ainsi, après les travaux de **S. Freud**, **M. Klein** propose un système dans lequel la position dépressive fonde le rapport à l'objet « total », c'est-à-dire à la personne, à l'autre considéré comme un tout.

A sa suite, **D.W. Winnicott** s'intéressera à la dépression maternelle comme cause de distorsion du développement de la personnalité (« faux self »).

De même **R. Spitz**, repère l'apparition de comportements spécifiques chez l'enfant qu'il nomme des « indicateurs », révélant l'existence d'organiseurs du psychisme : Le sourire, l'angoisse du 8^{ème} mois, et le non.

J. Bowlby parlera du rôle majeur de la séparation et de l'attachement. Selon ses travaux, la dépression précoce n'est pas directement l'effet de la séparation mais celui de la conviction de son caractère irrémédiable, avec le rôle central de la perte d'espoir et du sentiment d'impuissance.

Au travers des travaux de ces auteurs, la notion de dépression précoce est alors importante, car elle peut contribuer à éclairer la question des origines de la pensée et de ses prérequis. Les relations parents-enfant peuvent être altérées en raison d'événements traumatiques, comme des deuils, ou du fait d'une pathologie mentale des parents, en particulier de la dépression maternelle, mais aussi, en raison d'une éventuelle atteinte organique du bébé gênant ses possibilités de résilience face à la séparation ou à la carence.

Les travaux d' A. Guédény :

Cette diversité clinique et théorique autour de la dépression précoce a conduit **A. Guédény** à s'intéresser au concept de « réaction de retrait relationnel durable chez le jeune enfant ». C'est un concept à la fois plus large que celui de dépression précoce, plus opérationnel, et qui peut apparaître toutefois comme le précurseur de la dépression précoce.

Il propose alors une échelle, où chaque item est coté de 0 à 4 points : 0 point si l'enfant ne présente pas de comportement anormal, 1 point si il y a un doute sur le caractère anormal du comportement, 2 points si le comportement est discrètement anormal, ou encore 3 points si le comportement est modérément anormal, et enfin 4 points pour tout comportement nettement ou massivement anormal.

L'échelle est remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations. Il faut évaluer d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher etc...), et enfin l'évolution des réactions tout au long de la rencontre avec l'enfant.

L'évaluation prend donc en compte plusieurs domaines comme : l'expression du visage, l'activité corporelle, les gestes d'autostimulation, les vocalisations, la vivacité de la réaction à la stimulation ou encore la qualité de la relation.

Concernant la qualité du regard de l'enfant, l'échelle ADBB évalue le contact visuel, et notamment l'évaluation de la réduction du contact visuel au moyen de plusieurs critères qui sont :

- 0 point si le contact visuel spontané est facile et prolongé,
- 1 point si le contact visuel est spontané, mais bref,
- 2 points si le contact visuel est possible, mais seulement lorsqu'il est recherché,
- 3 points si le contact visuel est fugace, vague, fuyant,
- et un score de 4 points si l'enfant présente un refus total de contact visuel.

➔ **Pour conclure**, le retrait est un élément majeur de la réponse du bébé à l'altération de la relation qui se produit lors de l'expérience d'un visage immobile dans le Still-face par exemple, ou en clinique lors de la dépression maternelle.

Le comportement de retrait relationnel précoce est donc un signal d'alarme important. Le répertoire défensif du bébé est en effet initialement assez limité, et se centre surtout autour de la protestation (pleurs, cris..). Le retrait est plus difficile à repérer que la protestation, et pourtant il intervient dans de nombreuses situations de la psychopathologie précoce, de façon manifeste ou accessoire, qu'il s'agisse de troubles causés d'abord par un trouble relationnel, ou par un trouble organique, comme dans la douleur intense et durable.

Il semble alors essentiel que les professionnels de santé exerçant dans le domaine de la petite-enfance, comme les psychomotriciens, soient formés au dépistage de ces comportements et notamment de ces particularités du regard.

F – Conclusion Partie I :

Entrevoir et Regarder

Pour conclure, la vision soutient donc la mise en relation du bébé avec son environnement. Elle lui permet de découvrir visuellement le monde : toucher les objets, les manipuler, se déplacer, se repérer dans l'espace ; mais aussi d'entrer en relation avec les autres.

Plus tard, le regard de l'enfant sur lui-même ou sur sa propre action conditionne l'accès aux représentations. Ces représentations sont alors sources de développement de sa pensée. Elles jouent un rôle dans l'établissement des premiers vécus du corps et par conséquent de la conscience de soi en tant que sujet unique et bien différencié, notamment de sa mère.

Ainsi la vision est une fonction sensorielle extéroceptive, qui nous met en relation avec l'extérieur grâce aux yeux, alors que le regard désigne davantage une attention que l'on porte à quelque chose ou quelqu'un.

Le regard est un mode d'expression, il peut être un message adressé à l'autre ou le signe d'une intention ou d'une attention. Il semble alors que « voir » ouvre l'espace « au regard ». Le regard implique la vision. L'enfant qui regarde autour de lui développe petit à petit ses intentions sur l'environnement.

En dépit des particularités et signes pathologiques, **le regard trouve une place importante dans le développement psychomoteur de l'enfant**. Il peut aussi être un mode d'expression des émotions, un moteur de communication et surtout de relation.

Ceci me permet d'introduire **la seconde partie du mémoire** : la place du regard dans la relation thérapeutique en psychomotricité, en me basant sur le modèle de la relation mère-enfant.

Partie II :

LA PLACE DU REGARD

DANS LA RELATION THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE

Jung disait que « nous percevons chez les autres les milles facettes de nous-mêmes ». En effet, il semble que c'est à travers le regard des autres que nous trouvons la reconnaissance personnelle, sans laquelle nous ne pouvons avoir le sentiment d'exister. C'est une sorte d'effet miroir, tout ce que nous voyons chez les autres, semble être un reflet de nous-même.

La prise en soin en psychomotricité doit justement être un support de ce sentiment d'exister pour les patients.

J'aborderai dans cette seconde partie, la question de la relation car le regard semble en être un élément essentiel. Je me baserai sur le modèle de la relation parent-enfant, pour ensuite détailler la place du regard dans la relation thérapeutique en psychomotricité.

A - Définition : La relation :

Le terme « **relation** » provient du latin « relatio » qui signifie rapport, compte-rendu. D'après le dictionnaire Larousse, la relation est définie par « le caractère, l'état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport. C'est donc l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles ».

Ainsi, la relation, concernant au minimum deux personnes, se révèle de nature dynamique, c'est-à-dire qu'elle est en constante évolution, en mouvement. C'est un phénomène actif.

B - La relation mère-enfant :

a) Apports théoriques sur le modèle de la relation mère-enfant :

Il ne s'agit pas ici de faire de façon exhaustive des ponts entre différentes théories concernant la relation précoce entre la mère et l'enfant. Mais je veillerai plutôt à repérer quelques points de concordance à propos de ce qui a mené ma réflexion : le regard.

Pour traiter la question de la relation thérapeutique en psychomotricité, je souhaite donc dans un premier temps aborder les grandes étapes de la construction de la relation mère-enfant.

○ Grossesse et désir d'enfant²⁸ :

Le désir d'enfant apparaît chez la mère bien avant la survenue de la grossesse. La démarche est souvent consciente, progressive, réfléchie et programmée s'intégrant aux idéaux familiaux et sociaux.

Ainsi la relation entre la mère et l'enfant trouve son origine dès la grossesse, qui favorise un lien privilégié entre la femme, future mère, et le fœtus en développement.

Les premiers mouvements fœtaux sont les premières manifestations d'un être séparé. La mère prend alors conscience du bébé, c'est le début de l'attachement, ça l'est également du pour l'enfant qui reconnaît la voix de sa mère.

« La mère vient à penser, lentement mais sûrement, que le centre du monde se trouve dans son propre corps. » nous dit **D.W. Winnicott**.

La naissance permettra la rencontre entre ces deux individus, qui doivent alors apprendre à se découvrir et se connaître. C'est le moment de la confrontation entre l'enfant imaginé et le nouveau-né réel.

De nombreux auteurs ont théorisé le développement affectif et intellectuel du jeune enfant selon les caractéristiques particulières de la relation à sa mère :

○ La préoccupation maternelle primaire :

Pour commencer, **D.W. Winnicott** a allié l'observation des enfants à une réflexion psychanalytique. Il a alors posé la formule selon laquelle l'enfant aurait besoin pour bien se développer d'une « mère suffisamment bonne ». Il place ainsi l'enfant dans la vie humaine en insistant sur l'aspect primordial des soins maternels adéquats, indissociables du bébé et garants de sa bonne santé psychique.

D.W. Winnicott dans ses travaux a souligné l'importance du regard, vecteur de la préoccupation maternelle primaire. Le bébé se construirait en regardant sa mère qu'il voit en train de le regarder et de le rêver.

Holding – Handling - Object presenting :

En 1960, au XXII^e Congrès international de Psychanalyse, dans une étude intitulée « La théorie de la relation parent-nourrisson », **D.W. Winnicott** affirme que c'est au cours du stade du holding que se développent chez l'enfant le processus primaire, l'identification primaire, et le narcissisme primaire, dans la dynamique interrelationnelle qui s'établit entre la mère et l'enfant.

Dans un article, **L. Aupetit** décrit les travaux de **D.W. Winnicott** en expliquant que c'est « d'abord le handling, qui est impliqué dans le holding »²⁹.

²⁸ Supports de Cours : Madame Plat – IFP Bordeaux : 3^e année de Psychomotricité

²⁹ L. Aupetit : « Et si la question était ailleurs ? Interrogations psychanalytiques des soins en néonatalogie » - Recherches en psychanalyse 2006/2 (n° 6), p. 81-99

Le handling est la manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné. Il s'agit de la façon dont la mère s'occupe de son enfant lors des soins quotidiens qu'elle lui prodigue.

Le holding désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel. La qualité du portage, sa régularité et sa dimension contenante apportent à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité. Ainsi, il est constitué d'actes physiques, parmi lesquels nous pouvons citer le portage, le contact de peau à peau, l'alimentation et toutes les formes de relations sensorielles qui constituent le quotidien des soins d'un enfant en bonne santé. Le holding apporte également une dimension psychique, dans la manière notamment de soutenir l'enfant dans sa voix, son regard et plus globalement dans sa posture jusqu'à ce qu'il puisse assurer lui-même cette fonction.

D'abord le bébé est dans un état de dépendance absolue vis-à-vis de ses parents. Durant les premières semaines de sa vie, la mère l'entretient dans l'idée que c'est lui qui crée ce dont il a besoin et il apprend ainsi à avoir confiance en lui. Puis, par des petits temps de frustration progressive, la mère lui permet de prendre conscience de la nécessité de trouver lui-même les ressources de son propre holding.

➔ **Pour résumer**, le regard de l'enfant est sollicité dans les rapports avec sa mère, dans le handling, l'object presenting, et le croisement des regards est d'autant plus fort dans la relation de holding.

La préoccupation maternelle primaire :

D.W. Winnicott parle de « phases de dépendance, absolue, relative et d'indépendance »³⁰. Ces phases durent environ les douze premiers mois de la vie. L'enfant va s'éloigner progressivement du sentiment d'omnipotence. En effet, la préoccupation maternelle primaire disparaît peu à peu pour laisser la place à une plus grande autonomie. La mère permet ainsi à l'enfant de trouver le moyen de se différencier, de devenir sujet. C'est dans ce cadre que s'inscrivent les notions d'objet et d'espace transitionnels.

La mère peut « s'identifier à son bébé et lui apporter le nécessaire », précise **D.W. Winnicott**. Progressivement, le bébé évolue vers un sentiment continu d'exister. La mère qui a atteint cet état qu'il nomme donc « préoccupation maternelle primaire » fournit « un cadre (setting) dans lequel la constitution de l'enfant pourra commencer à se manifester [...]. En d'autres termes, l'établissement du moi doit reposer sur un « sentiment continu d'exister » suffisant, non interrompu par des réactions d'empiètement. Pour que ce « sentiment continu d'exister » soit suffisant au début, il faut que la mère se trouve dans cet état. »³¹.

Il ajoute que « dans cet état, la mère peut se mettre à la place de son nourrisson. Elle fait alors preuve d'une étrange capacité d'identification au bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux comme aucune machine ne peut le faire et comme aucun enseignant ne peut le prescrire. »³²

Les réactions de l'enfant dans la relation avec son parent illustrent la qualité du lien d'attachement. Ainsi, il me semble important d'introduire à présent les travaux de **J. Bowlby**.

³⁰ Manuel d'enseignement de psychomotricité, Chapitre 9 – De Boeck solal, 2013, p. 287-288

³¹ D.W. Winnicott : La préoccupation maternelle primaire, De la pédiatrie à la psychanalyse – Payot, 1969, p. 289

³² D.W. Winnicott : Le Bébé et sa Mère – Payot, 1992, p.59

○ L'attachement :

J. Bowlby est un psychiatre et psychanalyste anglais qui s'est intéressé aux effets pathologiques de la séparation mère-enfant. Ses travaux s'appuient sur les apports scientifiques de l'éthologie animale, notamment de **H.F. Harlow** et **K. Lorenz**.

Le nourrisson doit exprimer avec sa mère une relation chaleureuse, continue et intime dans laquelle ces deux partenaires trouvent de la satisfaction et du plaisir.

C'est « une théorie de l'instinct » qui se différencie de « la théorie des pulsions » de **S. Freud** pour qui l'intérêt envers les autres est une tendance secondaire. Dans la théorie de **J. Bowlby**, attachement et alimentation sont situés au même plan, ils seraient à l'origine « d'un besoin biologique premier »³³.

Selon **J. Bowlby**, cinq conduites d'attachement se succèdent : la succion, l'étreinte, le cri, le sourire et la tendance à aller vers l'autre. L'attachement à la mère donne à l'enfant la possibilité de partir explorer le monde, mais de pouvoir revenir à son point de départ qui est vécu comme une véritable base de sécurité. Ces allers et retours contribuent à étoffer le comportement d'attachement.

➔ **Pour résumer**, la théorie de **J. Bowlby** éclaire l'origine et la nature des relations humaines, et notamment la relation mère-enfant. L'attachement de l'enfant à son parent a pour toile de fond la réponse de la mère aux besoins du bébé. Il semble que la mère permet une « mise en sens » des besoins de son enfant.

○ La mère : appareil à penser les pensées :

La mère sait doser la quantité d'excitation dont son enfant a besoin sans en dépasser les limites. Lors des jeux, par exemple, elle proposera des temps forts (rires, chatouilles) et des temps plus calmes de détente (bercements).

C'est la fonction de pare-excitation de la mère envers son bébé, elle est essentielle pour l'aider à se construire un rythme interne. La mère accompagne les jeux et leur donne du sens.

W. Bion a ainsi théorisé cette fonction en élément alpha et élément bêta. En effet, il a élaboré une théorie sur l'origine et la mise en place des mécanismes de la pensée qu'il formule à l'aide de modèles abstraits.

Il postule que « la naissance et la qualité de la vie psychique d'un être humain sont tributaires non seulement de la mère ou de celle qui en tient lieu mais aussi de la vie psychique de la mère et plus particulièrement de ce qu'il appelle « sa capacité de rêverie ».

La rêverie décrit « l'état d'esprit réceptif à toutes les projections de l'objet aimé, et capable d'accueillir ses « identifications projectives » bonnes ou mauvaises »³⁴.

³³ Manuel d'enseignement de psychomotricité : Chapitre 9– De boeck solal, 2013, p. 289

³⁴ Manuel d'enseignement de psychomotricité : Chapitre 9 – De boeck solal, 2013, p. 290.

→ La fonction alpha est alors la capacité de la mère à accueillir les impressions sensorielles et les émotions exprimées par l'enfant à l'état brut, que **W. Bion** nomme éléments bêta, pour les transformer en éléments alpha, c'est-à-dire pensables, et mentalisables.

Ceci permet au psychisme de l'enfant d'assimiler ce qui auparavant n'était que des excitations informelles. Ainsi, cette fonction de la relation mère-enfant constitue la première forme de travail de représentation. L'objet parental est alors un appareil à penser les pensées. Il apparaît donc que la mère s'ajuste et s'accorde avec ce que vit son enfant.

○ L'accordage affectif :

Selon **D. Stern**, l'accordage affectif est « un acte d'intersubjectivité dans lequel le parent répond à une expression affective du bébé en la remaniant d'une autre façon et en la jouant au bébé pour lui montrer qu'il a partagé son expérience subjective interne »³⁵.

En effet, la mère, en réponse à l'expression de son bébé, doit réaliser une imitation différée de ce qu'elle ressent. Cette modification parentale doit reproduire les propriétés de l'expérience affective intérieure, en particulier l'intensité, la répartition dans le temps et la forme.

Le plus souvent, la mère accomplit cela en transposant l'expression du bébé dans une autre modalité sensorielle. **D. Stern** appelle « accordage affectif » ce remaniement et ce jeu en retour.

C'est alors un phénomène entre la mère et son enfant, au cours duquel l'enfant est capable de percevoir l'état émotionnel de sa mère. De même, entre le psychomotricien et le patient, le temps partagé et le plaisir partagé se feront selon un échange affectif.

Ces auteurs sont reconnus pour leurs théorisations des interactions précoces. Toutefois, ils n'évoquaient que la mère comme partenaire de ces interactions. Bien plus que le sexe biologique du parent, c'est bien la fonction incarnée qui est essentielle au développement de l'enfant.

Si j'évoque la mère par facilité d'écriture, je pense que chaque parent peut occuper ces fonctions-là, et que chaque fonction parentale peut être jouée par plusieurs partenaires.

b) La place du regard dans la relation mère-enfant :

○ Les interactions précoces :

Une interaction est l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes avec les notions de réciprocité et d'interdépendance.

La relation entre le bébé et son entourage est envisagée comme un ensemble de processus bidirectionnels, où le bébé n'est pas seulement soumis aux influences de cet entourage mais est à l'origine de modifications considérables de celui-ci.

³⁵ D. Stern : Le monde interpersonnel du nourrisson – PUF, 2003

S. Escalona en 1968 parle de « spirale transactionnelle ou interactionnelle »³⁶. Ainsi, l'environnement et le nourrisson s'influencent l'un l'autre dans un processus continu de développement et de changement.

Il y a trois niveaux d'interactions :

- Les interactions comportementales : ce sont des interactions réelles concernant la manière dont les comportements de la mère et de l'enfant s'harmonisent et s'ajustent. Ces interactions, directement observables utilisent différents registres : corporel, visuel, vocal.

Ainsi, les interactions visuelles concernent la communication, le dialogue qui s'établit « œil à œil ». La rencontre des regards est un mode de communication privilégié entre la mère et son enfant. La réciprocité du regard renvoie à la notion de « miroir » et permet la constitution de « l'image de soi » du nourrisson, distincte de celle de sa mère. **D.W. Winnicott** nous dit que « la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »³⁷.

- Les interactions affectives : elles concernent le climat émotionnel ou affectif des interactions. **D. Stern** parle notamment d'accordage affectif entre la mère et son enfant. La tonalité affective globale des échanges permet de dégager des sentiments de plaisir, bien être, tristesse, ennui, indifférence, insécurité ou excitation.

- Les interactions fantasmatiques : La notion d'interaction fantasmatique a été étudiée par **L. Kreisler** et **B. Cramer** d'une part et **S. Lebovici** d'autre part. Ils prennent en compte l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de son bébé, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients que fantasmatiques inconscients.

○ La rencontre des regards à la naissance :

Un élément caractéristique de l'espèce humaine est qu'au moment de la naissance, le bébé posé sur sa maman a un mouvement d'ouverture des yeux, d'élévation du regard, il cherche le visage de sa mère et cela s'accompagne d'un plissement du front.

L'enfant s'oriente visiblement vers le regard de sa mère. Il est probablement guidé par la reconnaissance de l'odeur, mais la fonction de chercher le regard de l'autre, est caractéristique du mouvement humain.

Cette rencontre des yeux dans les yeux contribue aussi à mettre en place la fonction d'attachement.

D. Marcelli exprime que la mère « en-visage »³⁸ son bébé, à la naissance elle observe le regard de son bébé et pense à lui. Ce regard posé sur l'enfant semble lui insuffler quelque chose, le remplir, l'animer. Généralement, l'enfant ne bouge pas les yeux, ne détourne pas le regard, il semble aimanté.

³⁶ Manuel d'enseignement de psychomotricité : Chapitre 3 – De Boeck solal, 2013, p.95-97

³⁷ Manuel d'enseignement de psychomotricité : Chapitre 3 – De boeck solal, 2013, p. 96

³⁸ D. Marcelli : Les yeux dans les yeux – Albin Michel, 2005, p.38-44

En envisageant ce bébé, cette mère l'humanise, elle l'inscrit d'emblée dans « une histoire, un paysage qui le précède, l'entoure et le soutient ». En retour, le bébé fait de cette femme une mère, sa mère.

Ainsi, **D. Marcelli** a fait des recherches sur la rencontre « regard à regard », il a identifié trois types de regard maternel³⁹ :

- Une rencontre heureuse qui dans cet échange de regards la mère « **en-visage** » l'enfant. Elle a attendu cet enfant, il est désiré, et est porteur des idéaux parentaux. Lors de cette rencontre, elle perçoit son enfant et le reconnaît.

- Une maman qui pendant la grossesse a vécu des événements difficiles, anxiogènes : comme une annonce de malformation ou de handicap lors d'une échographie, ou encore une mère qui a envisagé une interruption de grossesse. L'auteur imagine alors que dans ce premier regard, l'enfant perçoit un regard qui le « **dé-visage** ». Elle fixe sur lui un regard inquisiteur, un regard dont l'objectif est de vérifier que tout est normal, qu'il n'y a pas d'anomalie morphologique.

Mais peut-être plus encore, elle cherche à percer le mystère de ce regard posé sur elle, et se demande si ce bébé ne lui en veut pas, ne lui en voudra pas. A ce moment-là **D. Marcelli** associe et fait l'hypothèse « d'une projection dans le regard de la mère de sa propre inquiétude ». Est-ce que le bébé a pu être affecté par ce qu'elle a vécu, elle cherche des signes et scrute dans le bébé quelque chose qui pourrait répondre à sa question.

- Une maman qui « **in-envisage** » l'enfant, c'est-à-dire une maman qui peut être elle-même aux prises avec des difficultés d'ordre pathologique suffisamment importantes pour qu'au moment de cette rencontre elle ne soit pas disponible pour accueillir cet enfant et pour se sentir suffisamment mère. L'enfant rencontre un regard qui ne le reflète pas, qui ne lui renvoie pas une forme de reconnaissance.

➔ Il semble alors que ces rencontres de regards, à la naissance, peuvent influencer la relation qui va se tisser entre l'enfant et son parent, et plus tard influenceront certainement le développement psychomoteur du tout petit.

○ Le regard du nourrisson dans cette relation :

Il ne s'agit pas ici de détailler à nouveau la vision du nouveau-né, mais d'aborder le fait que le nourrisson exprime d'emblée des choix de prédilections. En effet, à la naissance il n'est pas un œil « objectif » nouvellement posé sur le monde qui l'entoure.

Des études notamment de **R. Fantz** et **I. Bushnell** ont montré que l'enfant « préfère le visage humain à tout autre objet »⁴⁰. Il s'intéresse aux formes d'un visage plus qu'aux autres formes géométriques, à l'ovale plus qu'au rond, à l'image d'un visage plus qu'à celle d'un cercle, et à un visage mobile bien plus qu'à un visage immobile. Le bébé détient, très tôt, « l'attente d'une perception visuelle cohérente ».

³⁹ D. Marcelli : Les yeux dans les yeux – Albin Michel, 2005, p. 38-44

⁴⁰ G. Apter : « Regarde-moi, je te regarde, et pourtant le sais-tu ? » - *Enfances & Psy* 2008/4 (n41), p.23-32

Il s'intéresse à des visages animés, si ceux-ci sont construits de manière cohérente, il les choisit préférentiellement plutôt que des figures déconstruites ou déstructurées.

Selon **I. Bushnell**, « ce sera le visage de sa mère qu'il préférera à tout autre dès le deuxième jour de vie »⁴¹.

➔ Le nouveau-né développera alors essentiellement des interactions en lien avec le visage de sa mère. Il instaure progressivement une relation d'intimité avec elle à partir du regard en face-à-face, favorisé par la situation de nourrissage où le visage de sa mère est naturellement juste à la bonne distance.

Au bout de quelques semaines de vie, la partie du visage vers laquelle il est le plus attiré est, en miroir de lui-même, le regard de son parent.

○ L'interpénétration des regards :

Dès la naissance, le bébé a donc un attrait inné pour les visages. Il est le médiateur des premières interactions parents-enfant. Nous l'avons vu, le regard de l'enfant est sollicité dans les rapports avec sa mère : dans le handling et l'object presenting, et le croisement des regards est d'autant plus fort dans le holding développés par **D.W. Winnicott**.

Le nourrisson est ainsi agrippé par le regard. **G. Haag** souligne la métaphore « d'un regard agrippé à celui de la mère autant que la bouche au sein lors du nourrissage »⁴². Elle précise que le regard « joue progressivement un rôle unificateur, intégrateur des autres modalités sensorielles, sensorielles, toniques, et kinesthésiques particulièrement fondatrices dans l'émergence du sens de la profondeur »⁴³.

L'importance de l'appui au dos :

Lors de cette situation de nourrissage, **G. Haag** nous dit que le lien n'est pas seulement visuel. Il s'accompagne d'une tenue au dos, lors du portage. Elle précise que in utero la surface de contact certainement la plus importante est celle du dos. Ce qui fait donc de cette partie du corps un point de départ de la constitution de l'enveloppe, supposant que le fœtus en fin de gestation peut déjà « se sentir plus ou moins sécurisé ».

L'arrière du corps paraît ainsi permettre les premiers sentiments de sécurité chez le nouveau-né. En même temps que le regard de la mère est enveloppant, l'enfant fait l'expérience d'un soutien physique dos, nuque, tête.

Ce soutien physique et psychique est constituant « d'une peau psychique, un fantasme d'être contenu dans une enveloppe qui va plus ou moins se superposer à la limite corporelle en tant que limite du corps ». Elle renvoie ici aux travaux de **D. Anzieu**.

La tenue au dos est primordiale puisque la sensation d'unicité et d'existence du bébé va se fonder sur la relation psychique qu'il vit lors de ce soutien au dos. En effet le dos est la seule partie du corps que l'enfant ne pourra pas voir directement.

⁴¹ I.W.R. Bushnell : « The origins of face perception », in F. Simion et G. Butterworth, 1998

⁴² G. Haag : De la naissance physique à la naissance psychologique - Lezard, 1989, p. 214 à 216

⁴³ G. Haag : De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme » - Unité de psychiatrie infantile, 1988, p.5

→ **G. Haag** exprime que par ces expériences, le nourrisson fonde une troisième dimension physique et psychique permettant l'élaboration de la pensée. Cette jonction des regards permet donc la construction de l'image du corps avant-arrière mais aussi dans la différenciation des deux côtés du corps. En effet, dans les temps de nourrissage, un côté du corps est collé à la mère, alors que l'autre côté est plus « libre ».

Lors de l'expérience du nourrissage, l'enfant établit donc un lien visuel et corporel avec sa mère.

○ L'intégration du lien maternel : de la symbiose à l'individuation :

En raison de son immaturité à la naissance, le développement psychique de l'enfant ne peut se construire que dans la relation à l'autre, et notamment à la mère.

Intériorisation du lien à la mère :

Lorsque la symbiose entre la mère et l'enfant est solidement constituée, « la peau psychique » sécurisante va pouvoir être introjectée par l'enfant de manière contenantante.

C'est à partir du moment où ce lien sera intériorisé de façon rassurante que l'enfant va alors pouvoir supporter la sensation de distance, d'espace, avec la mère. Il faut que ce soit une rupture de lien sans que cela entraîne « d'angoisses insurmontables »⁴⁴ selon **G. Lavalée**.

Au cours des expériences sécurisantes de portage ou de nourrissage, l'enfant a donc pu établir un lien visuel et corporel avec sa mère. Puis, en son absence l'enfant peut alors se représenter sa mère, c'est-à-dire qu'elle peut être pensée par lui. Le lien entre la mère et l'enfant sera alors psychique et permettra ainsi de se détacher de façon supportable du lien physique de portage.

Le regard semble alors primordial dans le développement de la pensée qui se met d'autant plus en place que l'enfant peut se mettre à distance de sa mère. Le détour par l'autre, ici dans la relation à la mère, permet ainsi le passage de la symbiose à la séparation, puis à l'individuation.

L'enfant acquiert donc une représentation solide de sa mère. Après avoir pu s'éloigner d'elle, mais toujours sous son regard, il va pouvoir évoluer en son absence sans angoisse grâce à cette représentation. Le lien avec la mère n'est alors jamais rompu car il existe en permanence dans la pensée de l'enfant.

→ **Pour résumer**, le nouveau-né encore immature va s'accrocher à sa mère par le regard. Puis, pour que l'enfant accepte de se séparer, il faut qu'il ait bien établi le contact physique avec elle, et pour qu'il puisse ensuite supporter l'absence maternelle, il faudra qu'il ait suffisamment intériorisé le lien.

Ce vécu des enfants vis-à-vis de la présence de la mère se rencontre souvent. Ils appellent fréquemment le regard du parent (ou du psychomotricien), qui leur permet d'être rassurés sur la solidité du lien, et d'être tenus par le regard.

⁴⁴ G. Lavalée : Les contenants de pensée - Dunod, 2003, p. 87-126

Vignettes cliniques :

Au CMPEA, **Noa** me dit un jour : « *Regarde-moi ! Regarde comment je peux utiliser le gros ballon !* », comme si mon regard autorisait cet enfant à utiliser l'objet, et le soutenait dans sa découverte.

Ou encore, à l'IEM-FP, **Nicolas** m'interpelle lors d'une activité escalade : « *Est-ce que tu me regardes ? Regarde-moi ! Je vais grimper jusqu'en haut si tu me regardes !* ».

En effet, j'ai pu constater que lorsque je devais porter mon attention sur un autre enfant, pour l'aider à mettre son harnais par exemple, Nicolas se trouvait alors incapable de continuer à gravir le mur, et restait immobile jusqu'à ce que mon regard se pose à nouveau sur lui.

Vérification du lien à la mère :

G. Lavalée précise que le lien à la mère est toutefois vérifié régulièrement par l'enfant. Notamment dans l'exemple du jeu de la bobine de **S. Freud**, au cours duquel l'enfant fait revenir l'objet qui a disparu de son regard. Le lien est ici toujours matériel grâce au fil de la bobine. Ce jeu peut s'interpréter comme l'expression de la maîtrise du lien maternel, par la ficelle, ainsi que des alternances absence-présence de la mère. La bobine serait alors une représentation de la mère.

Cette vérification se fait ensuite dans le jeu plus évolué d'apparaître et de disparaître dans le miroir. L'enfant vérifie ici le lien en l'absence d'un matériel réel. Il doit avoir acquis la permanence de l'objet.

D. Houzel écrit : « lorsqu'il se regarde dans le miroir, l'enfant prend le rôle de sa mère qui le regarde. Lorsqu'il s'accroupit pour faire disparaître son image, il expérimente l'intériorisation du lien à l'objet maternel qui le regarde »⁴⁵.

G. Lavalée ajoute que par de tels jeux, l'enfant tente également de s'intérioriser lui-même, de se voir, de se sentir exister.

Dans le développement de l'enfant selon **J. Piaget**, l'accès à la représentation et à la symbolisation se fait lors de la deuxième année de vie. Il faut en effet que la période sensorimotrice soit achevée pour permettre à l'enfant d'accéder à la représentation grâce à une image devenue mentale. La permanence de l'objet est nécessaire à cette étape. L'enfant entre alors dans une période dite d'intelligence symbolique pré-opératoire. Il va pouvoir traiter les images comme des substituts de l'objet et il va réellement penser en faisant des liens entre les images.

Cette notion se retrouve également dans le jeu de cache-cache. Ce jeu met en avant la notion de continuité d'existence, en lien avec la permanence de l'objet et la permanence du lien à autrui. Selon **F. Desobeau** ce jeu permet « d'exister l'un, l'autre, en dehors du regard, de se perdre, puis de se reprendre »⁴⁶.

Des études particulièrement centrées sur les interactions des regards mère-enfant ont été menées, et notamment sur leurs ruptures ou leurs absences.

⁴⁵ G. Lavalée : L'activité de la pensée : l'écran hallucinatoire négatif de la vision – Dunod, 1994, p.77

⁴⁶ F. Desobeau : Thérapie psychomotrice avec l'enfant : la rencontre en son labyrinthe – Eres, 2008, p. 112

○ L'expérience du Still Face :

Je souhaite citer l'expérience du « visage impassible face à un bébé ». Le « Still face » désigne une situation paradigmatique mise en place dans le cadre de recherches en psychologie du développement, réalisées par **J. Cohn et E. Tronick** en 1989.

Le but était initialement d'étudier les réactions du bébé face à une mère figée. Par ailleurs, ces études visaient également à mettre en évidence que le bébé est sensible, et ce de manière extrême, aux modifications de son environnement relationnel. Mais aussi que le nourrisson est un être cohérent, doué de capacités d'établir des situations émotionnelles, tonico-posturales et expressives interprétables et harmonieuses, selon **M. Weinberg et E. Tronick** en 1996.

Dans un article consacré à cette expérience, **G. Apter**⁴⁷ décrit que le nourrisson est placé dans un siège approprié avec sa mère en face de lui, de manière à ce que puissent être simultanément observés leurs deux visages, le corps du bébé et le haut du corps de la mère. Il est demandé à la mère de jouer avec son enfant sans utiliser d'objet spécifique ou de hochet.

Puis la mère doit soudainement interrompre la séquence interactive et figer son corps et son visage. Il lui est demandé d'être là « sans être là », de ne pas intervenir ni de répondre aux sollicitations du bébé. Puis à nouveau au bout de deux minutes, le chercheur propose à la mère de reprendre l'échange interactif avec le bébé.

Lors de l'interruption le nourrisson manifeste plus ou moins de la surprise, généralement par un arrêt à peine décalé de quelques secondes de son propre comportement, voire parfois, pour les plus expressifs d'entre eux, par un haussement de sourcils.

Puis, dans les secondes qui suivent, le bébé va tenter en quelque sorte de « récupérer » sa mère. Il déploie des trésors de séduction, sourires, vocalisations plus ou moins nuancées pour attirer l'attention de sa maman. Si celle-ci est en mesure de tenir bon et de maintenir un visage impassible comme il le lui a été demandé, l'enfant va alors progressivement se retirer de la relation et chercher, plus ou moins activement, une autre façon de s'occuper. Au bout de deux minutes, le bébé est nettement plus centré sur lui-même dans une tonalité neutre ou émotionnellement plus négative.

Les minutes de retrouvailles sont une épreuve, tant pour la mère que pour l'enfant. Il s'agit de reprendre et de « réparer » le moment interrompu. Il faut généralement plus d'une minute pour retrouver la tonalité affective et émotionnelle du début. Les retrouvailles sont un temps de tâtonnements. Il est facile d'imaginer que des troubles antérieurs, tant de la mère que du bébé, vont considérablement renforcer les difficultés à différents moments de cet échange interactif.

➔ **Pour conclure**, dans l'expérience du Still Face, le regard et le mouvement sont les deux caractéristiques principales. Lorsque la mère interrompt son jeu, elle voit toujours son bébé, mais elle ne le regarde plus, elle ne bouge plus.

⁴⁷ G. Apter : « Regarde-moi, je te regarde, et pourtant le sais-tu ? Le regard en face-à-face mère-bébé dans le paradigme du Still Face », - Revue : *Enfances & Psy* 4/2008 (n° 41), p. 23-32.

L'absence de contact de la mère, mais aussi son « absence à lui » signifie le « départ » du regard, un regard vide, un visage immobile, inanimé, une absence plus difficile à appréhender que le départ physique. Elle est là sans l'être tout à fait.

Le paradigme du Still Face démontre à quel point « le bébé est sensible aux configurations affectives maternelles »⁴⁸.

Toujours d'après **G. Apter**, le bébé pour maintenir sa vigilance et sa capacité d'interagir avec ses partenaires, doit sans cesse réguler ses états émotionnels. Il est fortement dépendant de sa mère ou de la personne qui lui dispense les soins.

Cette dépendance fait du bébé « non seulement un système en lui-même, mais le constituant, avec sa mère ou son partenaire privilégié, d'un système dyadique ». Cette approche souligne ainsi le tissage nécessaire des deux partenaires, plutôt que l'apport de l'un ou de l'autre. De plus, il met en lumière le besoin de faire lien entre la mère et le bébé quelles que soient la qualité et la quantité des interactions.

Les recherches utilisant le paradigme du Still Face ont montré leur intérêt non seulement pour mieux appréhender les réactions du nourrisson en situation paradoxale, mais également dans le cadre des troubles des relations précoces.

Grâce à l'analyse des comportements, des regards et des gestes, les capacités de récupération et d'autorégulation du nourrisson peuvent être mises en évidence, celles-ci s'appuient sur les qualités de l'interaction.

c) Conclusion : la relation mère - enfant :

Les troubles de la relation, comme la dépendance ou la rupture, sont des pathologies qui semblent renvoyer à l'époque du sevrage et à la qualité des premières séparations symboligènes du nourrisson. Elles mettent en jeu la perte du lien ou la séparation et l'attachement insécuré.

J. Bowlby en particulier a montré « qu'un attachement insécuré, (dû à des carences affectives), induit des risques pathologiques du développement de la personnalité et surtout de la relation à l'autre »⁴⁹.

Le deuxième semestre de la vie est très riche en phénomènes impliqués dans ces pathologies : l'espace, le jeu et l'objet transitionnel de **D.W. Winnicott**, la position dépressive de **M. Klein**, l'angoisse du 8^e mois de **R. Spitz**, le stade du miroir de **Lacan**, la permanence de l'objet de **J. Piaget**, etc...

Pour s'ancrer symboliquement dans le corps, la pensée nécessite la médiation tierce de l'autre, notamment du parent.

Ainsi, le modèle de la relation précoce mère-enfant est important à connaître dans notre pratique. Il met en lumière des notions dont la relation patient-psychomotricien pourra être fortement inspirée.

⁴⁸ G. Apter : « Regarde-moi, je te regarde, et pourtant le sais-tu ? Le regard en face-à-face mère-bébé dans le paradigme du Still Face », Partie sur l'étude de Tronick et coll, en 1978 - *Enfances & Psy* 2008/4 (n° 41), p.30

⁴⁹ Manuel d'enseignement de Psychomotricité : Chapitre 9 – De boeck et solal, 2013, p.293

Nous pouvons considérer que le rôle de la mère (ou de la figure parentale en général) est d'aider son enfant à se construire lui-même, suffisamment solidement pour explorer le monde.

Dans la rencontre de patients avec des troubles relationnels, ce modèle semble nous aider à comprendre ce qui pose problème et nous permettre d'adapter nos attitudes et nos interventions.

Ainsi, je vais à présent aborder la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient, en axant mes propos sur la dimension du regard.

C - La relation thérapeutique en psychomotricité :

a) Définition :

Dans le cadre du soin, la relation soigné-soignant est nommée relation thérapeutique. Elle représente un ensemble d'échanges intervenant entre deux personnes dans le cadre d'une prise en soin apportée à l'une d'elles.

Selon **D. Liotard** : « pour qu'il y ait relation, il faut toujours qu'il y ait interaction de deux subjectivités, c'est la rencontre de deux désirs : généralement celui de soigner et celui de guérir »⁵⁰.

Avant que la relation thérapeutique ne soit instaurée, il faut qu'elle soit créée. C'est une co-construction entre le patient et le psychomotricien. Selon les situations, la rencontre et l'engagement de la relation peuvent être plus ou moins possibles. Le psychomotricien tentera alors de s'ajuster afin que le patient évolue vers une acceptation de la relation. En effet, il est important d'accompagner le patient à être acteur de sa prise en soin, et à être partenaire dans la relation.

Dès le premier entretien, le psychomotricien est sensible à un ensemble de signes émis par son interlocuteur. Il n'y a pas de mode d'emploi pour entrer en relation avec l'autre, car chaque relation sera singulière et nourrie de l'intersubjectivité des partenaires.

Chaque rencontre est unique, l'adaptation apparaît alors comme une base fondamentale de la pratique psychomotrice.

○ Le cadre thérapeutique :

D'après sa définition le cadre représente une bordure, une délimitation, qui va séparer l'intérieur de l'extérieur. Cette idée de cadre existe dans tout contexte de relation.

Concernant le cadre thérapeutique en psychomotricité, « il s'agit d'assurer un contenant assez stable et sécurisant pour que le patient ose s'aventurer dans la relation offerte »⁵¹, d'après **E. Gilbert et R. Mises**.

De même, **C. Potel** définit le cadre thérapeutique comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, une pensée »⁵².

⁵⁰ D. Liotard : Psychomotricité : Entre théorie et pratique – In press, p.52

⁵¹ Supports de cours de Madame Pontacq – IFP Bordeaux : 2° année de psychomotricité

Le cadre thérapeutique est donc une notion fondamentale en psychomotricité, regroupant des conditions particulières afin que les prises en soin se mettent en place : des conditions d'espace, de matériel, de temps, d'encadrement, de fonctionnement institutionnel. Ces choix sont organisés par le projet thérapeutique du patient en fonction des hypothèses cliniques de départ.

Ce cadre thérapeutique n'est pas uniquement pour le patient ou pour le psychomotricien, il appartient aux deux selon **M. Martin**. Il contient l'intériorité et la pensée de chacun ; qui sont partagées.

Le cadre thérapeutique permet au patient de trouver une place, c'est à dire « un espace-temps pour lui, qui lui est réservé ». Du côté du psychomotricien, le cadre thérapeutique laisse « la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, afin d'accueillir ce qui doit advenir et non attendre quelque chose de prévu »⁵³. En tant que psychomotricien, il s'agit de faire usage de notre propre sensibilité. Ce cadre doit permettre l'instauration d'un climat de confiance, dans le respect le plus rigoureux du patient et de soi-même.

C'est un contenant au développement de la relation. Il ne se réduit pas à ses dimensions physiques. Il se trouve mis en forme et en acte par le psychomotricien, il en fait une dimension de sa pensée. Ce cadre « dans la tête »⁵⁴ permet au psychomotricien d'avoir un accueil spécifique à chaque patient, de donner une direction aux séances en fonction du projet du patient. Ceci permet de se protéger contre l'instauration d'un cadre rigide, uniforme pour tous les patients. La rigidité serait l'uniformisation des séances et des suivis.

Le cadre thérapeutique prend donc une dimension spatio-temporelle « ajustable » à l'image de la posture du psychomotricien. Il est mis en œuvre dans l'espace et le temps. Le psychomotricien jouera sur sa présence, sur l'espace, les rythmes, la voix, ses mots...

○ Le rôle de la relation dans l'efficacité thérapeutique :

C. Rogers a été le premier psychothérapeute à mettre en lumière le rôle essentiel de la relation dans l'efficacité thérapeutique⁵⁵. Il définit « l'engagement » comme essentiel à la thérapie en y englobant la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité, avec des buts communs pour le patient et le soignant.

Il va décrire trois conditions essentielles pour permettre de promouvoir l'auto-actualisation du patient, c'est-à-dire pour permettre au patient d'être au plus proche de ce qu'il ressent :

- Avoir une attitude de compréhension empathique
- Faire preuve d'une estime positive et sans condition
- Etre en congruence : être sincère avec de que l'on pense.

Le psychomotricien doit également faire preuve d'empathie envers ses patients.

⁵² C. Potel : Etre psychomotricien – Eres 2013, p. 321

⁵³ C. Ballouard : L'aide-mémoire de psychomotricité – Dunod, 2011

⁵⁴ P. Lafforgue : La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques de AM. Latour - Eres, p.9

⁵⁵ Supports de cours de Madame Pontacq – IFP Bordeaux : 2° année de Psychomotricité

Selon **D. Liotard** : l'empathie est « indispensable pour comprendre autrui, cette notion s'appuie donc sur le vécu corporel et sensible du thérapeute qui accueille l'envahissement du patient, tout en le reconnaissant comme bien séparé de lui.

C'est de l'ordre de l'intime, un corps à corps symbolique et asymétrique où les qualités de regard, les tonalités de la voix, la musicalité des paroles, les odeurs, les couleurs, les gestes, le mouvement, le tonus, la bienveillance, la réceptivité de l'un ou l'autre des protagonistes, induisent une influence, une relation transférentielle ou contre transférentielle, dans la mesure où ce qui se passe dans le corps de l'un se passe dans une relation implicite à l'autre ». Elle insiste sur tout ce qui est communication non verbale.

La relation établie entre un psychomotricien et son patient est sans doute « l'un des moteurs sans lesquels la meilleure des techniques serait peu opérante »⁵⁶. La relation thérapeutique s'appuie sur l'établissement d'un lien humain fondamental, par l'engagement corporel du psychomotricien, au même titre que l'attachement est un lien que le nouveau-né établit avec son parent, et que la préoccupation maternelle infantile est un lien unique qui provient de la mère envers son bébé, mais aussi que la fonction paternelle apporte sa part de symbolisation dans ces relations.

En psychomotricité, c'est cette relation qui reste garante de la réalité du sentiment d'exister et du désir de franchir les étapes pour se développer.

- L'alliance thérapeutique :

La relation qui s'établit conduit à une véritable « alliance thérapeutique ». D'après les travaux de **J. Bowlby** la notion d'attachement est essentielle dans le modèle de la relation mère-enfant, mais elle l'est également en psychomotricité. La relation thérapeutique liant le patient au psychomotricien passe donc aussi par l'attachement. Ainsi, la confiance et l'alliance thérapeutique entre les deux partenaires naissent de cet attachement.

Le psychomotricien deviendra une figure d'attachement pour le patient, ce qui permettra la sécurité indispensable pour l'intégration de son vécu corporel en séance. La réassurance que procure cet attachement favorisera aussi une ouverture vers l'extérieur.

Les notions de portage et de contenance sont également importantes en psychomotricité pour offrir au patient un espace-temps sécurisant, afin que ses expériences corporelles puissent être représentées psychiquement. De ce portage et de cette sécurité ressentis, le patient pourra accorder sa confiance au psychomotricien et adhérer au projet de soin.

L'alliance thérapeutique est donc une alliance de travail entre le patient et le thérapeute. C'est différent du transfert, développé notamment par **S. Freud**, car elle se fait en dehors du champ de l'agressivité et de la sexualité.

L'alliance thérapeutique est un phénomène interpersonnel. Elle est spécifique à chaque relation patient-psychomotricien et naît de cette relation. C'est donc un contrat symbolique, qui rend le patient acteur de sa prise en soin. Elle signe la collaboration active des deux partenaires dans la prise en soin.

⁵⁶ Manuel d'enseignement de psychomotricité – De Boeck solal, 2013, p.295

- Le concept d'implication corporelle du psychomotricien :

Les travaux d'O. Moyano :

M. Contant et **A. Calza** expriment que dans ce cadre thérapeutique en psychomotricité, « définir la relation revient aussi à la définir comme une relation d'implication »⁵⁷.

O. Moyano a nommé « implication corporelle », la relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien dans le cadre des séances.

En effet, il semble que pour construire son système de représentation, l'enfant doit utiliser le psychomotricien comme premier support relationnel, générateur dans les interactions de traces mnésiques mais aussi affectives.

L'affect partagé n'est donc pas un affect du transfert au sens freudien du terme, mais un affect actuel, nouveau, véritable, qui trouve son origine dans la relation intersubjective, qui fait naître une expérience neuve et constructive pour l'enfant.

La thérapie psychomotrice nous permet de comprendre combien la relation est importante. C'est à partir d'elle que tout s'organise, « pour peu que le psychomotricien s'y implique suffisamment » ajoute **O. Moyano**.

La relation thérapeutique n'est pas et ne peut pas se définir comme une neutralité bienveillante, le psychomotricien engage en effet sa capacité à penser et à être affecté dans sa subjectivité propre.

En effet le psychomotricien est acteur du travail thérapeutique. Il se situe dans un « faire avec », une mise en jeu de son propre corps qui peut être un support identificatoire qui ne se « contente pourtant pas de se poser comme modèle où (l'individu) serait invité, voir contraint à devoir adopter nos façons de jouer ou de nous mouvoir. Il reprend, modifie, transforme certaines propositions (de l'individu) plus ou moins gangrénées par la pathologie pour relancer la recherche d'un plaisir d'être »⁵⁸.

La mise en jeu du corps du psychomotricien vient amorcer ou soutenir le mouvement de l'individu, dans la perspective rassurante que le psychomotricien s'investit lui aussi dans les expériences motrices.

Les capacités de l'enfant à accéder à la représentation vont se construire à travers la relation psychomotrice. Le psychomotricien se devra de « subordonner son intérêt pour l'objet médiateur à ses propres possibilités, de le laisser être utilisé voire détourné de son utilisation initiale. Cette métaphorisation de l'objet est la condition nécessaire au déploiement de l'activité créatrice du sujet »⁵⁹.

Le psychomotricien va également percevoir chez le patient des signes corporels et émotionnels avec lesquels il va entrer en résonance afin de pouvoir y apporter une réponse tant au niveau sensoriel et corporel, qu'au niveau du langage.

⁵⁷ M. Contant, A. Calza : Psychomotricité - Masson, 2007, p.23

⁵⁸ J. Boutinaud : Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles – 2^e édition actualisée, in Press, 2009, p.154

⁵⁹ O. Moyano : Manuel d'enseignement de psychomotricité – De boeck solal, 2013, p.292

Il y a donc de l'implication chez le psychomotricien. Cette implication nécessaire fait que pour pouvoir s'en extraire, il ne faut pas céder non plus sur la formation permanente et personnelle en tant que professionnel.

Les travaux de F. Desobeau :

Dans cette continuité, **F. Desobeau** nous dit : « la spécificité du psychomotricien est qu'il s'implique dans son langage corporel, pour rencontrer le patient là où il est, comme il est »⁶⁰.

Il y a en effet deux corps humains (le patient et le thérapeute), qui sont mis en interaction directe. Ces deux corps perçoivent les expressions de l'autre, les façons de se mouvoir, d'investir l'espace, l'autre, le temps. Ces rencontres se font sous des formes diverses comme : le jeu, l'activité à médiation, les outils techniques plus ou moins précis.

Le psychomotricien engage alors deux choses simultanément. La première est sa lecture de la problématique : penser quelque chose de ce que le patient donne à voir, de son être au monde immédiat et concret, ceci fait intervenir sa motricité. La seconde est sa lecture liée à une dynamique immédiate constante et continue d'ajustements⁶¹.

Ces deux dimensions, lecture et ajustement, se nourrissent l'une de l'autre. L'ajustement peut passer par le dialogue tonico-émotionnel, l'ajustement de sa voix, de sa place, parfois il s'agit aussi pour bien travailler d'être loin du patient.

L'implication décrite par **F. Desobeau** met en jeu notre propre posture sur le plan relationnel, ce qu'elle appelle le « savoir être, savoir exister dans son corps »⁶².

L'implication, traduit le fait que la pratique psychomotrice est liée à celui ou celle qui va la mettre en œuvre par son être. Il ne semble alors pas possible de réduire l'exercice de la psychomotricité à une méthode. Le processus thérapeutique se produit dans la relation.

Le psychomotricien : un objet médium malléable :

Dans cette relation d'implication, le psychomotricien se rend disponible pour que l'enfant puisse l'utiliser comme un double ou moi auxiliaire.

Selon **O. MOYANO**, « l'enfant doit pouvoir utiliser le thérapeute et en jouer avec plaisir ou déplaisir »⁶³. En effet, il est important que le psychomotricien se laisse impliquer et accepte d'être utilisé comme un « objet médium malléable ».

Le thérapeute instaure un espace d'illusion. Il devient l'objet de l'enfant, lui donnant la possibilité de retrouver un état de toute puissance infantile.

C'est un état qu'il a vécu lors des premiers mois de vie. En effet, la mère, lors de la « préoccupation maternelle primaire », est parfaitement ajustée aux besoins et satisfactions de son bébé. Ainsi, celui-ci a l'illusion que lui et sa mère forment la même personne et que c'est lui-même qui répond à ses propres besoins. Il se croit tout puissant.

⁶⁰ F. Desobeau : Identité et fonction du Psychomotricien – Thérapie psychomotrice n°162, p.60

⁶¹ Supports de cours de Monsieur Carrera – IFP Bordeaux : 3° année de psychomotricité

⁶² F. Desobeau : Identité et fonction du psychomotricien – Thérapie psychomotrice n°162, p.60

⁶³ O. Moyano : Manuel d'enseignement de psychomotricité – De boeck solal, 2013, p.292

Pour que cela semble vrai, le psychomotricien doit avoir la capacité de s'identifier à l'enfant. Il s'agit là d'une présence rendue sensible à travers une sorte de passivité, de non-intervention. Il doit être souple, malléable, se laisser utiliser pour le plaisir ou le déplaisir. Il permet ainsi à l'enfant, dans l'illusion, de le voir comme un double de lui-même. Il va alors laisser apparaître ses besoins profonds.

Cette relation va permettre au psychomotricien de comprendre plus facilement ce qui est en jeu, et d'agir en intégrant progressivement de la nouveauté, de la différence.

Ce travail de construction psychique est complexe, car il se déroule à deux, et ce qui vient de l'un et ce qui vient de l'autre se mélangent.

Ainsi, l'utilisation du psychomotricien comme « objet médium malléable » permet de rejouer des processus archaïques. Cela permet de restaurer le sentiment d'identité de soi, le sentiment de continuité d'existence.

La verbalisation : support de représentation :

Cet étayage corporel et psychique est consolidé par la verbalisation, car la mise en mots du vécu corporel va constituer l'étape obligée par laquelle passe la symbolisation. Je fais le parallèle avec les travaux de **W. Bion**, la verbalisation va développer le processus de représentation.

Un processus de distanciation va se créer entre le vécu corporel et la représentation du vécu corporel. Le langage du psychomotricien joue un rôle de tiers symbolique et devient un médiateur entre le corps et l'esprit.

« C'est la répétition dans la relation psychomotrice qui peu à peu pourra constituer des liens psychiques. Ce travail passe par les représentations du thérapeute qui sont sollicités en lui par l'enfant (...) et qui vont faire liens avec les éléments venant de l'enfant ce qui constitue un mouvement de symbolisation. Un champ thérapeutique transitionnel se crée.»⁶⁴.

→ **Pour conclure**, en psychomotricité, il s'agit d'appréhender « le corps en relation » selon **J. Ajuriaguerra**, et de s'intéresser à une « motricité en relation » d'après **B. Jolivet**. Cette relation thérapeutique partagée est une des bases fondamentales de l'accompagnement en psychomotricité. Quelle place occupe le regard dans cette relation thérapeutique ?

b) Le regard au cœur de la clinique psychomotrice :

L'analyse clinique des troubles psychomoteurs chez l'enfant s'appuie sur une connaissance référentielle approfondie du développement normal.

La clinique psychomotrice a une démarche singulière où s'affrontent plusieurs dimensions parmi lesquelles : l'observation, la narration, la disponibilité, la conceptualisation et l'évaluation.

⁶⁴ F. Desobeau : Thérapie psychomotrice avec l'enfant : la rencontre en son labyrinthe - Editions Erès, 2008, p.14

Le psychomotricien se caractérise donc par un regard et une écoute cliniques nécessitant une position « d'observation attentive », sollicitant toutes les modalités perceptives.

Ce regard clinique permet au psychomotricien de recevoir ce qui est en train de se jouer lors d'une séance. Pour pouvoir écouter l'autre, regarder l'autre, il est primordial de pouvoir s'écouter soi-même et de se regarder soi-même. **A.M. Latour** parle de l'importance de l'auto-observation.

- L'observation clinique :

De la perception à la construction de sens :

La notion d'observation, comme le soulignent **R.C. Kohn** et **P. Nègre**, indique à la fois une action, son résultat et la méthode utilisée.

Le Robert explique qu'observer désigne « l'action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de mieux connaître ».

L'observation est donc une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention, laquelle se définit comme une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier.

Le but de l'observation, d'après ces définitions, est donc l'acquisition ou le développement de connaissances, la création de sens nouveaux.

« L'observation suppose d'aller vers le réel, pour découvrir une nouveauté au-delà de ce qui se présente sous l'apparence du déjà connu. Observer suppose une position nouvelle, en rupture avec ce qui a jusque-là orienté le regard. »⁶⁵ selon **A. Ciccone**.

Le regard occupe une place privilégiée dans cette activité de perception.

De plus, la pratique de l'observation clinique suppose un glissement de l'observation à la construction, en effet, elle vise la subjectivité et est animée par une quête de sens.

A. Ciccone parle d'une position d'observation « intermodale », il exprime que « si le terme observation semble privilégié à un premier niveau ; la dimension visuelle et l'écoute (l'ouïe), ainsi que les autres modalités perceptives, c'est-à-dire les autres modalités de saisie du réel, font partie de la position d'observation »⁶⁶.

L'observation mobilise donc l'ensemble des modalités perceptives. Si l'observation repose sur la perception, elle ne se réduit pas à la perception : l'observation suppose donc une attitude d'attention. L'attention vient réunir l'observation et l'écoute. Plus qu'une observation, **A. Ciccone** évoque alors « une observation attentive ».

Selon **C. Potel** « l'écoute de l'enfant, comme de tout patient, passe par un certain nombre de conditions, qui sont les bases non seulement d'une pratique psychomotrice mais aussi de bien d'autres pratiques thérapeutiques : donner un cadre, poser des limites souples, solides, contenant, proposer une attitude basée sur le respect et la recherche d'une compréhension de l'autre, une attitude empathique »⁶⁷.

⁶⁵ A. Ciccone : L'observation clinique – Dunod, 2013, p.16

⁶⁶ A. Ciccone : Thérapie psychomotrice - Numéro 126, 2001, p. 141

⁶⁷ C. Potel: Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir – Eres, 2013, p. 59

L'observation clinique dans le cadre du bilan psychomoteur :

Notre expertise en tant que psychomotricien réside dans l'examen psychomoteur. Ainsi c'est généralement à partir du bilan psychomoteur que nous fondons notre clinique et notre démarche thérapeutique. L'observation trouve une place importante lors de ce temps.

Au cours du bilan psychomoteur, dans le cadre de cette pratique clinique de l'observation, le thérapeute se fie non plus à des résultats quantifiables ou objectivables (réussite, échec, bonnes ou mauvaises réponses...) mais à sa subjectivité et à ses capacités d'analyse et de synthèse.

Cette partie demande au psychomotricien de bien connaître les différentes étapes du développement psychomoteur, mais aussi les subtilités des défenses mises en œuvre dans un fonctionnement psychique et affectif.

Il semble toutefois que observer et décrire ne suffisent pas. Il est nécessaire de croiser les données observées et les données théoriques sur le fonctionnement corporel et psychique du patient. Ce croisement fait toute la richesse et l'intérêt d'une technique d'observation.

Ainsi l'observation d'un patient, en situation de bilan psychomoteur, va permettre de recueillir des informations cognitives et motrices sur ses acquisitions, mais aussi des informations sur la qualité corporelle mise en jeu dans la relation à l'autre, et des informations sur le vécu du corps, sur l'image du corps.

Le psychomotricien peut aussi rencontrer les patients en dehors du cadre de la salle de psychomotricité. Ces temps informels lui permettront alors de voir, d'observer, l'enfant dans un contexte différent. Ceci permet parfois de mettre en évidence des compétences et des comportements nouveaux. Toutes ces informations viendront donc enrichir son observation clinique.

Les observations nuancent les objectivations et précisent cliniquement le contexte des difficultés. Il y a donc une complémentarité entre l'objectivation d'une évaluation et un regard clinique davantage subjectif.

➔ **Pour conclure** sur la notion d'observation clinique du psychomotricien, il ne s'agit pas de rester attaché au regard, mais d'avoir à l'esprit que le regard n'est pas dénué de sens, et que la subjectivité du psychomotricien entre en jeu.

Le psychomotricien met du sens et des mots sur ce qui se joue en séance, ce qui est dit, mais aussi ce qui n'est pas dit par le patient.

E. Bick conseille à l'observateur de « faire table rase de ses connaissances et éviter de faire interférence dans la situation observée »⁶⁸, afin de pouvoir se faire surprendre par l'inattendu. Il faut alors admettre de ne pas comprendre tout, tout de suite. Progressivement, le psychomotricien pourra alors s'ajuster à ce qu'il voit, à ce qu'il perçoit de la relation thérapeutique.

Le regard dans la clinique psychomotrice ne concerne pas uniquement la notion d'observation. En effet, le regard semble jouer un rôle important dans les aspects cognitifs et instrumentaux du développement de l'enfant.

⁶⁸ R. Prat : L'observation de bébé selon la méthode Esther Bick – Perspectives Psy, p. 193-199

○ Rôles cognitifs et instrumentaux du regard en psychomotricité :

Les différentes fonctions du regard :

- des **fonctions relationnelles** : fonctions expressives, émotionnelles, de contenance, de soutien... mais aussi,

- des **fonctions cognitives et instrumentales** : par exemple, une fonction d'exploration qui permet une mise en relation avec l'environnement. Elle permet à l'enfant de s'orienter et de se positionner dans l'espace qui l'entoure. De même le regard présente une fonction haptique, c'est-à-dire de toucher, de préhension : une appropriation de ce qui est vu grâce à l'attention. Enfin, une fonction informative et cognitive permet de recueillir des informations pour traduire une symbolisation (la lecture), de reconnaître un objet (les gnosies), ou de regarder son propre corps en mouvement...

Chacune de ces fonctions peut influencer sur l'ensemble du comportement de l'enfant, notamment en séance de psychomotricité. Elles sont en interaction constante : les fonctions cognitives influencent les relations, pendant que les fonctions relationnelles influencent l'aspect cognitif.

Dans le cadre de la psychomotricité, il est alors essentiel d'aborder le rôle cognitif et instrumental du regard.

En effet, le regard est d'abord utilisé et vécu par l'enfant avec un abord très corporel, puis il permet de soutenir la naissance et l'utilisation des premiers processus de pensées.

La relation entre le regard et le tonus :

D'après **A. Bullinger**⁶⁹, les flux visuels, associés à d'autres entrées sensorielles, ont un rôle prépondérant dans la régulation du tonus. Chez le nourrisson, la modulation permanente du tonus par le flux visuel va permettre de constituer un fond tonique. En effet, les flux visuels qui trouvent leur origine dans les signaux issus d'un environnement éclairé, jouent un rôle fondamental dans la régulation tonique et posturale.

Ainsi, chez l'enfant aveugle congénital, il est possible de constater un effondrement tonique à l'âge de trois mois. Cette hypotonie axiale, particulièrement visible au niveau de la tenue de tête, va aussi impacter les conduites de redressement et tous les schèmes posturaux. Le regard, la fixation et les poursuites oculaires inexistantes ne servent pas de stimuli déclencheurs aux mouvements de tête comme chez un bébé voyant.

La vision périphérique a pour rôle principal de détecter les mouvements, c'est-à-dire les changements de l'environnement. Cela correspond à une fonction de mise en alerte caractérisée par une augmentation tonique.

⁶⁹ A. Bullinger : Le développement sensori moteur de l'enfant et ses avatars, Chapitre : le rôle des flux sensoriels dans le développement– Edition Eres, 2005

Cet aspect attribue au regard « un rôle expressif qui appuie l'instrumentation du corps puisque cette montée tonique prépare le corps à l'action, en réponse à ce qui est perçu dans le champ de vision »⁷⁰.

Des travaux de **A. Bullinger** ont montré que des informations visuelles de type rayures, quadrillages, damiers de couleurs, donnent à l'enfant un support visuel qui influence ses contrôles posturaux et son tonus. En effet en regardant ces supports, l'enfant améliore la qualité de la tenue de sa tête, de son dos en station assise, pour pallier notamment à un déficit tonique de l'axe du corps, par exemple.

Vignette clinique :

J'utilisais des damiers durant les prises en soin en psychomotricité de la petite **Inès**, 9 mois. Elle est atteinte du Syndrome de Charge. C'est une maladie rare qui affecte différentes parties du corps. Ce syndrome est reconnu comme étant la cause majeure de surdité et de cécité congénitale.

Au cours des séances, nous n'avons jamais cessé de la stimuler à l'aide de différents objets sensoriels et au fil des mois nous nous sommes rendu compte qu'un de ses yeux présentait une faible acuité, lui permettant toutefois une poursuite oculaire plutôt précise. Ainsi, en utilisant un damier de couleur rouge et blanche, Inès améliorait son tonus et sa posture en station assise. Ce support visuel stabilisait en effet sa posture dans cette position. Elle était alors capable de saisir un objet coloré placé devant elle, à une quinzaine de centimètres de ses yeux.

A. Bullinger note également que l'appui au dos est libérateur des fonctions instrumentales, notamment du regard, qui devient disponible et peut se fixer sur quelque chose ou quelqu'un.

Il rapporte ces observations par rapport à des enfants psychotiques, qui grâce à cet appui dorsal, deviennent davantage présents dans la relation. Ceci n'est pas sans rappeler la motricité libérée de **A. Grenier** concernant les nourrissons tenus au niveau cervical et avec lesquels une relation privilégiée peut être établie.

Les flux sensoriels, dont les flux visuels, permettent donc une régulation posturale par une adaptation tonique. « Leur redondance (notamment des différents sens associés), ainsi que la redondance des informations spatiales permet ensuite un déploiement d'activité »⁷¹ selon **A. Bullinger**.

Je note également que en pratique psychomotrice, de nombreuses techniques de relaxation se font justement les yeux fermés, dans un endroit calme et silencieux, à température constante, afin d'éviter des variations brusques de ces flux sensoriels, et en favorisant ainsi des flux les plus faibles possibles.

L'augmentation des stimulations, crée en effet une modification tonique, ces sensations entraînent un vécu corporel qui permet d'acquérir un certain réglage proprioceptif.

⁷⁰ A. Bullinger : Le développement sensori moteur de l'enfant et ses avatars, Chapitre : le rôle des flux sensoriels dans le développement– Eres, 2005

⁷¹ Ibid

Cependant les stimulations ne doivent pas être trop violentes, brusques, ou angoissantes sous peine de perturber le patient. « Ces stimulations suscitent un recrutement tonique, qui à l'extrême, désorganisent le bébé » nous dit **A. Bullinger**.

Le regard est donc en relation avec le tonus, qu'en est-il avec l'espace dans lequel évolue l'enfant ?

La relation entre le regard et l'espace :

A. Bullinger, explique que « la coordination entre les flux visuels et les postures donne un accès aux représentations spatiales »⁷².

La vision binoculaire, c'est-à-dire que les deux yeux sont utilisés simultanément, favorise la perception en trois dimensions. Ces informations visuelles s'associent aux autres informations sensori-motrices (proprioception, vestibule, toucher...) et permettent de percevoir l'espace par plusieurs modalités.

D'après les travaux d'**A. Berthoz**, ces informations permettent la construction d'une mémoire de l'espace appelée représentation spatiale. Il souligne également l'importance des sensations vestibulaires.

Ainsi « l'œil est le modèle de l'action à entreprendre »⁷³. A partir de projections oculaires en deux dimensions le sujet va percevoir et agir en trois dimensions. Un codage temporel permet également d'appréhender les variations de distance.

La coordination œil, tête et tronc est également essentielle. Elle permet l'exploration et l'orientation dans l'espace. L'exploration visuelle précède l'exploration motrice. En effet, dans le développement de l'enfant, le champ visuel s'élargit en même temps que les espaces du corps décrits par **A. Bullinger** évoluent.

Il a développé les notions d'espaces utérin, de la naissance, de la pesanteur, les espaces oral, du buste, du torse, et enfin l'espace du corps. Ce dernier espace désigne l'apparition des coordinations haut et bas du corps. Les déplacements organisent l'action de l'enfant et les distances s'intègrent. Il se fait une appropriation de plus en plus précise de l'espace.

Lorsque l'enfant est curieux du monde qui l'entoure, il se déplace au moyen du rampé, et ainsi il commence à partir à la conquête des espaces un peu plus lointains. Il se dirige vers des objets qui l'intéressent et qui ne sont pas simplement à porter de main.

Progressivement, il va se redresser en appui sur ses mains, jusqu'au moment où il va atteindre la position verticale et sa stabilisation. Il intègre alors la fonction instrumentale du bassin et des jambes. **A. Bullinger** considère que dans ces étapes-là, l'enfant construit « le corps véhicule ».

Ainsi, s'il voit un objet au loin, et si son âge et sa motricité le permettent, l'enfant doit alors se déplacer pour aller le chercher.

La vision permet de capter des informations de l'espace dans un champ très large. Les repères spatiaux sont donc essentiellement, mais pas seulement, visuels.

⁷² A. Bullinger : Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – Eres, 2005, p. 87

⁷³ A. Berthoz : Le sens du mouvement – Poches Odile Jacob, 2003, p. 161

Dans cette continuité, **A. Berthoz** a développé la notion « d'aller où je regarde », et non pas « de regarder où je vais ».

En effet, le regard est d'abord orientation. L'orientation peut être déterminée soit par un événement dans le monde extérieur, soit de façon endogène par l'intention du sujet. Les « réactions d'orientation » dirigent le regard, et parfois le corps, vers une source d'intérêt. Ces mouvements sont en général faits sur place, sans locomotion. Ce sont alors aussi des changements implicites de la direction de l'attention. La réaction d'orientation est donc « plus une préparation à l'action, qu'une simple réaction »⁷⁴.

S. Paillard parle lui « d'une fonction de détection » qui précède l'initiative de l'action. Le regard peut pleinement investir l'espace à partir du moment où l'enfant a acquis la station assise, puis la position debout. Ce changement de plan ouvre en effet l'espace du regard.

L'enfant à distance de l'objet, trop loin pour s'en saisir, va traduire son intention de préhension en tendant la main, puis le doigt. Ce geste signe l'intériorisation de prendre : c'est la représentation de la préhension et du désir.

L'exemple de la préhension illustre le lien entre le regard, l'espace et la représentation. En effet cette construction se base sur des ressentis visuels et tactiles, puis émotionnels. **A. Bullinger** dit bien à ce sujet que « lorsque l'œil et la main se parlent, leur langage est l'espace »⁷⁵.

Il semblait essentiel d'aborder le rôle cognitif et instrumental du regard en psychomotricité, notamment à travers les notions toniques et spatiales. Mais comment envisager la dimension relationnelle du regard en pratique psychomotrice ?

- L'intersubjectivité des regards :

Le regard du psychomotricien :

Le champ d'intervention des psychomotriciens est vaste. L'individualité de chaque psychomotricien fait la richesse de cette profession et reflète la très grande diversité des approches et des pratiques.

Nous sommes tous différents et nous avons donc tous un regard différent, empreint de notre subjectivité, de notre vécu, de notre expérience personnelle. Ce regard est également étroitement dépendant du contexte.

Ce regard s'enrichit dès la formation au Diplôme d'Etat de psychomotricien. Grâce à cette formation théorique et pratique, **C. Potel** nous dit que « les étudiants vont investir de l'intérieur, un certain nombre de modes d'être, ils vont pouvoir ensuite investir cette expression du corps qui fait symptôme et proposer de nouveaux modes d'être, de nouveaux modes de relation et d'expression »⁷⁶.

Ainsi, les étudiants explorent un certain nombre d'états corporels, médiatisés par de nombreuses activités. Cette exploration s'accompagne d'une verbalisation nécessaire à la prise de conscience et à la connaissance.

⁷⁴ A. Berthoz : Article « L'échange pas le regard », *Enfances et Psy*, 2008/4, n°41, p. 33-49

⁷⁵ A. Bullinger: *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* - Eres, 2005

⁷⁶ C. Potel : *Etre psychomotricien* – Eres, 2013, p. 426

Elle permet dans un premier temps d'accéder à une certaine connaissance d'eux même, parfois inhabituelle, et dans un second temps d'être sensibilisés à une écoute corporelle, et justement à un nouveau regard, qui passe par cette prise de conscience de la sensorialité et de la communication non verbale.

Ainsi, chaque futur professionnel est libre de faire son propre cheminement de pensée. Au cours de cette formation, nous abordons les principes généraux de la psychomotricité et la connaissance pratique des grands concepts psychomoteurs. Nous devons aussi acquérir les bases concernant les premières notions d'étayage psychomoteur au regard de la pathologie. Nous sommes formés à mener une observation psychomotrice et à la rédiger.

Enfin, nous devons effectuer des stages de formations professionnelles au cours desquels nous tissons des liens entre théorie, clinique et pratique psychomotrice. Ainsi, nous mettons à l'épreuve nos capacités relationnelles, créatives, mais aussi notre regard clinique.

→ **Pour conclure**, la subjectivité du regard du psychomotricien fait la richesse mais aussi les limites de notre profession, car nous avons tous un regard différent sur les patients que nous rencontrons, et donc tous une manière propre d'envisager leurs prises en soin.

Le psychomotricien peut faire en permanence des choix au niveau du regard qu'il porte sur ses patients, notamment lors des prises en soin de groupe.

Il peut feindre d'ignorer le comportement d'un patient, tout en ayant un regard bienveillant, ou encore il peut présenter un regard plus insistant et dirigé, permettant un rappel du cadre thérapeutique. Ce peut aussi être un regard rapide de contrôle, ou de connivence, complice, vis-à-vis d'un patient. Son regard peut également être fixe sur un membre du groupe, ou davantage flottant dans la salle de psychomotricité.

Le regard du psychomotricien a aussi pour fonction d'attirer l'attention et produit un effet de valorisation du patient regardé. Il constitue généralement un renforcement positif, essentiel à la pratique psychomotrice, et au renforcement du narcissisme du sujet.

Il y a donc une gestion des regards qui peut avoir une grande importance dans l'évolution des patients en prise en soin.

Le psychomotricien doit se garder d'un esprit et d'un regard réducteurs. Il s'agit « de maintenir un esprit ouvert dans l'attente de tout ce qui peut survenir, même l'incroyable. Il faut inventer avec le sujet son chemin de thérapie »⁷⁷ nous dit **F. Desobeau**. Avant tout, il faut être un observateur et un réceptacle de ce que le patient manifeste.

Le regard de l'enfant :

Dès l'accueil de l'enfant en séance, son regard et son comportement permettent souvent d'appréhender son humeur et son état émotionnel, de l'instant.

En un échange de regards, nous pouvons alors apprécier son envie, sa volonté, ou non d'être auprès de nous ce jour. Il est important de noter que ceci ne présage toutefois pas le déroulement de la séance.

⁷⁷ F. Desobeau : Thérapie psychomotrice avec l'enfant – Eres, 2008, p.108

Lors des séances, le regard de l'enfant peut être fuyant, insistant ou perçant, ou même absent.... Il peut rechercher celui de ses parents s'ils sont présents, ou celui du psychomotricien afin d'obtenir un soutien, un regard affectif, qui le rassure et l'encourage dans ce qu'il est en train de faire ou de vivre.

Nous pouvons souvent observer que lorsque l'enfant est face à une difficulté, une inquiétude, il se tourne alors vers l'adulte pour chercher son regard approuvateur, soutenant. Ainsi, à distance, par le regard, ou même la voix, le parent ou le psychomotricien assurent une fonction de contenance, qui redonne confiance à l'enfant.

➔ Une histoire de regard et de distance se jouera dans la rencontre avec les jeunes patients. Il faut maintenir la bonne distance, se garder de toute intrusion, laisser venir l'enfant. Il est important de s'installer à côté des patients, ni trop rapproché, ni trop éloigné. Le regard du thérapeute doit l'envelopper. Ce regard se fait plus dense ou plus léger selon les situations.

« Se voyant vu, l'enfant saisit qu'il existe pour quelqu'un, il existe dans ce qu'il fait. Il voit ce que l'autre voit. Il se voit dans le regard de l'autre. Celui-ci devient un miroir vivant. Ce regard extérieur donne de l'intérêt à son activité. Parce qu'il y a témoin, sa vivance devient pour lui importante »⁷⁸. C'est une sensation intense qui l'enveloppe et le soutient. Si le psychomotricien détourne cette attention, soit l'enfant interrompt son activité, soit il réclame la présence avec les yeux ou les mots, notamment en interpellant l'autre : « regarde ! Regarde-moi ! T'as vu ? ». L'importance du cadre thérapeutique, stable et fiable, viendra renforcer la qualité des regards dans la relation patient-psychomotricien.

Le partage des regards :

Le regard de la mère sur son bébé trouve une place importante dans la relation qui les lie dès la naissance. Le regard des parents doit alors être porteur, contenant et encourageant pour le bon développement de l'enfant.

Lorsqu'un enfant présente une pathologie, il est important que les parents puissent le considérer en dehors de ses difficultés.

Si cela semble trop difficile, c'est alors au psychomotricien d'essayer de faire changer le regard que les parents portent sur leur enfant. Il doit faire émerger aux yeux des parents les compétences de l'enfant.

Ceci se retrouve par exemple chez les tous petits, lorsque nous faisons découvrir aux jeunes parents les réflexes archaïques comme le grasping réflexe ou la marche automatique. Le professionnel sait que ce sont des programmes moteurs innés, mais les parents observent leur enfant comme ayant déjà des compétences malgré son jeune âge. Ce temps de découverte est souvent très précieux pour favoriser les liens d'attachement.

L'accompagnement en psychomotricité permet donc aux parents d'appréhender le potentiel de leur enfant.

E. Bick, dans ses travaux sur : « l'observation du bébé dans le cadre familial », exprime que les temps d'observation sous-tendent des phénomènes de modifications tant chez l'observateur (le psychomotricien ou les parents) que chez l'enfant. Cette observation attentive des échanges mère-bébé permet de comprendre certaines réactions de l'enfant.

⁷⁸ F. Desobeau : Thérapie psychomotrice de l'enfant – Eres, 2008, p. 111

Ainsi le psychomotricien peut aider le parent à regarder ce que l'enfant sait faire, lorsque qu'il ne le voit que par son handicap, ou par ses difficultés. L'image négative qu'il peut avoir de son enfant peut venir entraver leur relation, leur spontanéité et leur interaction.

Nous savons que l'annonce d'un handicap est vécue comme un traumatisme pour les parents, et chacun y réagit à sa façon. En effet, l'arrivée d'un enfant en difficulté constitue une immense blessure narcissique pour les parents. Nous observons alors souvent de la culpabilité, du déni, de la colère, une dépression... L'annonce du diagnostic constitue donc un choc important pour les parents. Parmi les conséquences que cela peut avoir, nous trouvons aussi les phénomènes de sidération qui peuvent altérer les relations parents-enfant et mettre en difficulté les premières interactions comme la peur de le toucher, de le porter...

Quand cela est possible, il semble alors important de les accompagner dans ces étapes, sans alarmer ou dédramatiser la situation, mais en les conduisant à un accordage et à un investissement de leur enfant « où il est, comme il est ».

Certains parents trouvent ou retrouvent, par exemple, le plaisir de jouer avec leur enfant lors des prises en soin en psychomotricité. C'est un temps différent du quotidien qui permet de changer le regard qu'ils portent sur leur enfant, et de favoriser leur relation.

Ainsi lors des séances dans lesquelles les parents sont présents, ils peuvent s'approprier leur enfant par identification et imprégnation de ce que le psychomotricien fait ou exprime au sujet du vécu de l'enfant.

Par exemple, lors de prise en soin auprès d'un nourrisson, celui-ci va entrer en contact avec le psychomotricien tout d'abord par une accroche visuelle, puis par une relation tactile lors du portage.

Le regard du psychomotricien va alors permettre à l'enfant de se sentir soutenu et en sécurité, il en sera de même lors du portage physique pendant les diverses mobilisations. Sans cesse à l'écoute des réactions de l'enfant et de ses propres ressentis, le psychomotricien n'aura de cesse d'ajuster ses attitudes à celles du bébé.

Un dialogue tonico-émotionnel s'instaurera alors entre l'enfant et le professionnel. Cet accordage pourra faire soin non seulement pour l'enfant qui se sentira compris par le psychomotricien, mais il donnera également la possibilité aux parents, possiblement désorientés, de prendre conscience de la façon d'être avec l'enfant.

Il n'est en aucune mesure question de remplacer la fonction parentale, ni de la critiquer ou de la réfuter. Mais, la façon d'agir du psychomotricien avec l'enfant peut néanmoins avoir une influence positive sur les actes futurs des parents⁷⁹.

⁷⁹ Supports de cours de Madame Ricard - IFP Bordeaux : 2^e année de psychomotricité

Vignette clinique :

Ethan est né à 6 mois et demi de grossesse, pour seulement 520 grammes. Lors de notre rencontre il a 8 mois, et est hospitalisé depuis sa naissance en clinique pédiatrique. Il est trachéotomisé, sous oxygène en permanence, et nourrit par bouton de gastrostomie. Sa maman est présente auprès de lui, elle lui rend visite tous les jours. Elle est très intéressée par tout ce qui est proposé à son fils, et se montre à l'écoute de l'équipe pluridisciplinaire. Cependant elle est très en demande concernant des progrès rapides de son enfant, qui sont souvent irréalistes.

Notre rôle en tant que psychomotricien est de l'accompagner, d'être à l'écoute, de répondre à ses questions, sans toutefois être prédictif concernant l'avenir d'Ethan.

Durant mon stage, notre objectif était de lui redonner sa place et son rôle de parent, de lui offrir le seul plaisir de jouer avec lui. Elle s'est souvent sentie dépossédée de cet enfant, devenu objet de soins médicaux et techniques. Elle s'est retrouvée dans une situation où l'ambivalence était majeure : entre l'envie de protéger son bébé et en même temps l'incapacité de le faire, face à la technicité et les savoirs nécessaires.

Cette maman était très inquiète et angoissée, elle avait besoin d'un accompagnement et d'un soutien dans ses fonctions parentales. Elle se questionnait sur le développement psychomoteur futur d'Ethan, et s'interrogeait sur les stimulations et l'environnement à lui apporter. Ce sont des questions auxquelles nous essayions de répondre.

Nous tachions de déculpabiliser cette mère, et de mettre en évidence les capacités de son enfant, de les faire émerger à ses yeux, afin de changer le regard qu'elle porte sur lui. C'est cet enfant renarcissisé qui pourra ensuite narcissiser ses parents.

→ **Pour conclure**, le psychomotricien doit permettre à l'enfant de devenir sujet en favorisant ses expériences corporelles dans le respect du cadre thérapeutique.

Le regard clinique du psychomotricien est une attitude active puisqu'il participe pleinement aux activités de l'enfant en séance, il « fait avec ». Ce regard est toutefois, subjectif, et riche de l'expérience de chaque professionnel. Il est composé de son vécu et de ses émotions et ceci participe justement à sa façon de voir le monde, de regarder.

D – Conclusion Partie II :

Il ne s'agissait pas ici de faire une liste exhaustive des différentes théories. J'ai plutôt essayé de repérer des points de concordance à propos de ce qui a conduit ma réflexion : le regard.

Le corps est un référentiel de développement, et ce aussi bien sur le plan cognitif que relationnel. Le regard prend largement sa place dans le corps. Nous avons vu qu'il va appuyer les déterminants moteurs de l'organisation tonique et spatiale, mais aussi soutenir les mécanismes de pensée à partir des relations vécues avec les figures parentales, et l'environnement en général.

L'importance de l'appui au dos, de l'arrière-plan, a également été soulignée. Ce soutien dorsal est libérateur des fonctions instrumentales. Le soutien au dos est aussi générateur de pensée avec l'intrication des regards selon **G. Haag**.

Le regard est également à la base des processus d'identification du sujet. Il l'est par les associations regard-proprioception et par les relations devant le miroir.

Le regard semble trouver une place d'articulation dans le développement et est ainsi un des instruments d'une évolution en harmonie. Par le regard, l'enfant peut franchir certaines étapes de son développement. Non pas qu'il soit suffisant, mais il trouve aussi son importance dans la connaissance du corps (schéma corporel) et dans le sentiment d'exister.

Le corps est « un objet visuellement limité et identifié »⁸⁰ selon **S. Paillard**, et la personne peut ainsi se reconnaître comme différenciée des autres.

Nous avons considéré le regard sur un mode fonctionnel et sur un mode psychique. Cependant les observations faites de l'un ou l'autre des points de vue impliquent des conséquences dans le second domaine. Ces relations sont particulièrement pertinentes en psychomotricité. En effet, la reconnaissance d'un objet s'accompagne d'une émotion, de même que l'intrication du regard des parents et de l'enfant s'accompagne d'une perception de distance.

Le regard a donc une position primordiale du point de vue du développement cognitif et instrumental. Cette position semble toute aussi primordiale pour le développement psychique. Il apparaît donc essentiel en psychomotricité de considérer l'importance du regard dans le développement global de l'enfant et dans la relation qu'il entretient avec l'autre.

Cette partie théorique justifie l'intérêt porté au regard dans la relation thérapeutique en psychomotricité. Ces éléments m'ont amené à formuler l'hypothèse qui guidera mes deux études de cas.

Le regard constitue un élément moteur de la relation thérapeutique et doit être considéré et utilisé en psychomotricité. Le psychomotricien, dans sa spécificité du « faire avec », « du jouer avec » met en jeu son corps et ses émotions en même temps que le patient met les siens. Les regards des partenaires vont donc, dans ce cadre thérapeutique, participer pleinement à la relation dans la prise en soin.

⁸⁰ S. Paillard : Le corps situé et le corps identifié - Revue médicale de suisse romande, n°100 - 1980, p. 129-140

Partie III : CAS CLINIQUES

Au début de ce mémoire, j'ai posé l'hypothèse qu'une **attention particulière vis-à-vis du regard de l'enfant dans la relation thérapeutique en psychomotricité** doit m'aider à **comprendre son fonctionnement**, et ainsi orienter **mes attitudes lors des prises en soin**.

Je souhaite valider cette hypothèse au moyen de deux études de cas :

- **Julia** : « *Je t'ai à l'œil* »
- **Noa** : « *Regarde-moi !* »

Il s'agit pour moi de considérer la place du regard dans les prises en soin auxquelles je participe.

A - Etude de cas Julia :

« Je t'ai à l'œil »

○ **Introduction :**

Je rencontre Julia au cours de mon stage de troisième année, une demi-heure par semaine, lors de sa consultation au CMPEA. Le centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents, qui accueille des patients âgés de 6 à 16 ans, est une unité d'un service de pédopsychiatrie, du centre hospitalier, comprenant également un Hôpital de Jour, un CATTP, une Maison des Adolescents, et un service d'Hospitalisation à Domicile.

Julia est une petite fille de 7 ans, brune aux yeux marron, souriante. Ce qui attire l'attention chez elle, c'est son regard qui fixe celui de ses interlocuteurs, comme s'il y était accroché. Il n'y a pas d'interpénétration des regards, son regard ne rencontre pas celui de l'autre, mais il le traverse.

Julia est accompagnée par sa maman, et son petit frère Yon. La maman est souvent évitante dans la salle d'attente, elle se présente avec une froideur relationnelle et une indifférence apparente. Elle questionne peu ce qui se passe durant les séances de sa fille. Elle peut toutefois verbaliser beaucoup de choses lors des entretiens avec les professionnels, notamment concernant les difficultés qu'elle rencontre avec Julia au quotidien.

Dans un premier temps, je détaillerai les éléments importants de l'anamnèse de Julia, puis sa prise en soin en psychomotricité, et enfin je proposerai une réflexion sur l'évolution de Julia.

○ **Anamnèse :**

De l'histoire de Julia, nous retiendrons qu'elle est née le 7 Janvier 2009, elle pesait 2kg 640, prématurée d'un mois. Elle n'a pas effectué de séjour en néonatalogie.

Elle est l'aînée d'une fratrie de deux, son petit frère est né en Janvier 2014. La maman travaille de nuit, elle livre le journal, et le papa de Julia est charpentier.

Julia souffre d'asthme, et elle a par période un traitement pour cela. A l'âge de 8 mois, elle a été hospitalisée de façon très brève pour une infection urinaire, et elle en aurait gardé une « phobie des médecins », selon sa maman.

Julia est reçue au CMPEA depuis Septembre 2015. Avant cela, elle était prise en charge au CAMSP pour un retard de langage, une intolérance à la frustration, et une hypertonie des membres supérieurs se manifestant par des particularités comportementales décrites par les parents avec l'expression suivante : « elle était crispée avec l'émotion », depuis ses 3 ans.

Elle a été orientée au CAMSP par le médecin de la PMI. Au départ les professionnels pensaient qu'elle ne voyait pas, des analyses ophtalmologiques et auditives ont été faites, mais n'ont rien révélé.

Un diagnostic de trouble envahissant du développement a été posé pour Julia. Elle présente une certaine adaptation à la relation, et soudain elle peut manifester un envahissement d'un monde fantasmagique et archaïque. En effet Julia parle spontanément, mais elle peut très rapidement être logorrhéique lorsqu'elle raconte une histoire. Son imaginaire peut devenir envahissant et excitant, et elle se met alors à crier, à sauter sur place, tout en riant de jubilation.

Les parents décrivent Julia comme une petite fille « dans son monde ». Petite, il lui arrivait d'être très présente dans la relation, mais à d'autres moments, même si les parents l'appelaient, elle ne réagissait pas.

Julia présentait également des gestes stéréotypés au niveau de ses mains. Elle était dans sa bulle et pouvait faire des allers retours d'une pièce à l'autre dans la maison, sans but précis. Jusqu'à ses 5 ans, elle a dormi dans le lit parental, sinon elle criait dans son propre lit. A présent, elle s'endort toute seule dans sa chambre, avec une veilleuse. Les parents expriment aussi qu'elle saute un mot sur deux dans ses phrases, mais qu'ils ont l'habitude et qu'ils la comprennent.

Au CAMSP Julia bénéficiait d'un suivi en psychologie, en psychomotricité, et d'une prise en charge éducative. Le relais du CAMSP est donc effectué par le CMPEA à partir de Septembre 2015.

Julia se rend désormais chaque semaine à ses rendez-vous avec la psychologue et la psychomotricienne. La prise en charge éducative s'est arrêtée. Un bilan orthophonique a été effectué mais n'a pas donné lieu à un suivi. Enfin, Julia entre facilement dans les apprentissages, l'école n'a jusqu'à présent pas interpellé le service pour cette petite fille.

○ Prise en soin en psychomotricité :

La psychomotricienne du CMPEA rencontre Julia et sa maman pour la première fois le 11 Septembre 2015, afin de poursuivre le travail en psychomotricité déjà proposé au CAMSP.

Lors de ce premier entretien, la maman présente Julia comme une petite fille qui s'intéresse à tout, active. Elle a des craintes et des peurs de l'inconnu (personnes, lieux), mais elle aime découvrir le monde, notamment à l'école où elle apprend vite.

Selon la maman la psychomotricité permet à Julia de « travailler son équilibre ». Elle s'appuie sur l'évolution du petit frère de Julia qui a 20 mois, pour montrer les retards d'acquisitions de sa fille. Elle n'a marché qu'à 20 mois, alors que lui à 18 mois. Il commence à empiler les jouets, alors que Julia a tout « fait en décalé ».

Toujours, d'après la maman, Julia aurait des difficultés à se représenter son corps. Elle a besoin de se rassembler pour retenir son imagination, sinon elle déborde : « son monde essaye de rentrer en elle ». Julia n'aurait également pas la notion du temps.

La maman semble satisfaite des soins proposés au CAMSP, elle exprime que tout s'est alors déclenché. Julia peut désormais raconter ses journées, ses histoires semblent plus cohérentes, la réalité et l'imaginaire se confondent moins. Elle a moins de gestes stéréotypés.

- Le bilan psychomoteur :

Le bilan psychomoteur a été effectué par le psychomotricien du CAMSP en Janvier 2015. Lors du premier entretien, Julia se présente comme une petite fille plutôt inhibée, qui reste collée à sa mère, silencieuse, l'observant, les yeux fixes et grands ouverts. Elle ne peut répondre à ses questions, et reste accrochée à son regard quand il s'adresse à elle.

Il note d'emblée chez cette enfant une particularité pour rentrer en contact avec autrui. Quand il va la chercher, elle commence par le regarder fixement, puis court dans la salle, la tête baissée. Une fois à l'intérieur, quand il lui dit bonjour, elle se jette sur lui, la tête baissée, et se colle à lui. Elle reproduira cela à chaque début de séances au CAMSP.

Durant le bilan, Julia se montre coopérante, volontaire, la relation est de bonne qualité mais il relève souvent des moments de rupture, où Julia le fixe, sans mot, comme interdite. Il lui semble que cet état s'observe surtout dans les moments où il invite Julia à parler d'elle, de ses ressentis corporels, ou quand il lui fait part de ses observations sur son propre éprouvé corporel ou émotionnel.

Il relève donc beaucoup de manifestations corporelles : rigidification du corps, fixité du regard, elle essaie de « rentrer dans le regard de l'autre », collage au corps de l'autre et des mouvements parasites des bras et des mains.

Son rapport au langage et aux objets est également particulier : Julia est capable de raconter des choses de son quotidien mais fait des associations très rapides, ce qui rend son discours parfois incompréhensible. Celui-ci est aussi très autocentré, elle parle de choses et de personnes comme si nous les connaissions aussi bien qu'elle. En ce qui concerne les objets, elle a tendance à fixer son exploration en dissociant les modalités sensorielles de l'objet.

Les conclusions du bilan psychomoteur indiquent que Julia parvient globalement à obtenir des résultats corrects aux différents items, ce malgré des difficultés corporelles sans doute tonico-émotionnelles importantes. Ses difficultés s'expriment surtout en relation à l'autre.

Le psychomotricien du CAMSP notait enfin une fragilité de l'image du corps, de la perception d'un corps unifié et solide, malgré une bonne structuration du schéma corporel. Ceci se traduit par des mouvements de diffusion tonique, une rigidification du corps, une accroche au regard de l'autre dans les situations anxieuses en lien avec des difficultés de relation à l'autre. Une prise en soin en psychomotricité est alors proposée à cette petite fille afin de l'accompagner à ressentir son corps de manière plus apaisée.

- Ma première rencontre avec Julia :

Je rencontre Julia pour la première fois, le 9 Octobre 2015, au cours de mon stage au CMPEA. Sa prise en soin a débuté récemment, il n'y a eu que deux séances seule avec la psychomotricienne.

Julia se présente à moi, elle est souriante et joyeuse. Toutefois la dimension du regard m'interpelle. Elle fixe longuement la psychomotricienne, et ne m'accorde que peu d'intérêt.

Elle se remémore le déroulement de la séance précédente, nous reprenons alors le jeu : le Mika-bille. C'est un jeu d'habileté. Il faut retirer les baguettes une à une d'un support vertical, en essayant de ne pas faire tomber les billes en équilibre. Le gagnant est celui qui en fait tomber le minimum.

Durant cette activité, Julia s'agite, elle rigole très fortement, elle fait des voix étranges, de nombreux bruitages, accompagnés des rires nerveux. Son langage me questionne aussi, il est très particulier. Julia passe souvent du coq à l'âne dans son discours.

→ Au premier abord, il m'a été difficile de rencontrer cette petite fille. Malgré le fait qu'elle accepte ma présence durant la séance, elle se montre très indifférente envers moi. En effet, dès les premières séances, elle m'a donné une place d'objet, fermant à toute forme de relation possible. Il m'a fallu de nombreuses semaines pour trouver ma place au sein de cette prise en soin.

La maman explique ce comportement en disant que Julia « attend de voir comment fonctionne la personne », elle précise : « quelqu'un qui ne la connaît pas, ne sait pas comment l'aborder ».

Son comportement particulier a quelque chose qui dérange et ne la rend pas d'emblée attachante. En effet, son regard fixe, ses envahissements soudains par l'imaginaire, et la rupture à certains moments dans la relation, créent une impression d'étrangeté vis-à-vis d'elle.

○ Déroulement des séances et réflexions sur l'évolution de Julia :

La prise en soin en psychomotricité au CMPEA a donc pour objectifs de favoriser un travail d'individuation, et de lui permettre de mettre en jeu son corps dans une dimension relationnelle.

Il est également important de développer l'investissement cognitif chez cette petite fille, en étayant sa curiosité par le jeu. Cet investissement lui donne un cadre, qui lui permet de contenir ses angoisses, de faire « tenir » sa pensée, tenir son corps, et favorise la relation à l'autre. Avec des propositions trop ouvertes à l'imaginaire et du côté du langage, Julia semble débordée, et n'est plus accessible à la relation. Elle coupe le lien à l'autre. Il apparaît donc essentiel qu'elle se constitue une image du corps solide et fiable, afin de vivre son corps de façon plus sécurisée, et de canaliser ses débordements imaginaires.

Les séances s'organisent avec une alternance de jeux au bureau et de jeux dans l'espace de la salle de psychomotricité. Toutefois, Julia s'intéresse préférentiellement aux jeux du bureau, comme par exemple :

- *Le zitternix* : ce sont des mikados pris dans un anneau en bois. Le but est d'en récupérer un maximum sans faire tomber la structure.

- *le formul-bille* : c'est un labyrinthe à billes géant à construire à l'aide de tubes, coudes et pièces selon un plan à respecter, ou des constructions faisant appel à la créativité de Julia.

- *les rondins des bois* : c'est un jeu de rapidité et d'habileté pour réaliser de hautes constructions avec des pièces en bois. Il faut aussi garder un œil sur la construction des adversaires.

- *le blokus* : c'est un jeu de stratégie où le but est de placer l'ensemble de ses 21 pièces sur le plateau avant les autres joueurs.

Ce sont des jeux de stratégies au cours desquels Julia comprend très bien ce qui lui est demandé. Mais ce sont surtout des jeux qui favorisent la construction de structures fiables et solides, et développent la cohésion et la cohérence entre les différentes pièces. Ces représentations de solidité vont venir faire écho au vécu corporel de Julia. Ainsi, ces jeux sont un outil qui permet d'aborder la dimension du corps dans la relation.

En psychomotricité, il existe bien « un travail du jouer » pour l'enfant, nous l'invitons à agir, à s'exprimer par le jeu pour qu'il puisse accéder à des représentations.

F. JOLY défend l'idée que le jeu est un travail, c'est une expérience nécessaire pour l'enfant et pour son développement psychomoteur. Il parle donc d'un « paradigme du jouer »⁸¹, c'est à dire qu'il situe le travail du jeu dans un double travail psychique : un mouvement à la fois intrasubjectif, qui concerne l'enfant, et un mouvement intersubjectif, dans le jouer avec l'autre.

L'enfant qui joue met au travail, dans le même temps et le même mouvement : sa sensori-motricité, sa curiosité, ses apprentissages cognitifs et le plaisir de son corps en relation autant que sa vie pulsionnelle, affective et représentationnelle.

D.W. Winnicott considère que le jeu est un espace de rencontre⁸² entre le patient et le psychomotricien. Cet espace potentiel n'est ni du côté de l'enfant ni du côté du thérapeute, il y a les espaces de chacun. Ce sont deux aires qui se chevauchent dans le jeu : l'aire de la créativité du thérapeute et l'aire de la créativité de l'enfant.

➔ Au fil des semaines, Julia peut mieux se concentrer, elle fait moins de bruitages, de changements de voix, elle n'est plus logorrhéique lors de ces temps de jeu.

Il semble alors que le cadre thérapeutique des séances de psychomotricité lui offre un espace qui ne la met pas trop en prise avec ses angoisses. Nous lui proposons des activités concrètes dans les séances, qu'elle peut se représenter, elle est dans un véritable enjeu de la pensée qui s'ancre dans le corps.

Son regard apparaît également de meilleure qualité dans les échanges relationnels lors de ces temps. Il vient moins se plonger dans le nôtre, comme s'il « traversait » notre tête. C'est l'impression que j'en avais en tout cas lors des premières rencontres.

Julia reste par moment très injonctive dans la relation. Sa maman dira à ce propos qu'elle « fait sa petite rebelle, qu'elle commande, elle met le ton pour se faire comprendre ».

En revanche, au cours des jeux au bureau, la règle est justement indépendante de nous trois. Sa maîtrise s'atténue et laisse la place à du relationnel. Au cours de ces temps de jeu, nous pouvons alors nous parler plus librement, intervenir, et nous regarder de façon plus apaisée.

Elle se montre alors dans une interaction relativement riche et adaptée. Mais elle peut aussi décrocher soudainement.

⁸¹ F. Joly : Le paradigme du jouer dans les thérapies à médiation – Thérapie psychomotrice, n°98, p. 42-43

⁸² D.W. Winnicott : Jeu et réalité – Paris, Gallimard

Par exemple au cours du jeu de *La belle au bois dormant*, il y a un moment où elle doit retrouver la princesse parmi différents jetons. Si elle ne la trouve pas, son imaginaire prend le dessus. Elle envisage alors que la princesse puisse se déplacer. Dès qu'elle n'est plus accrochée par le symbolique, l'imaginaire devient débordant. Le jeu est suspendu et la relation aussi. Elle peut alors imposer de rester à son écoute, de la regarder.

Elle est ensuite envahie de mouvements de flexions hypertoniques des bras, comme si elle cherchait une contenance à ses émotions.

Ceci l'amène parfois dans une série d'associations de pensées frénétiques sur des thèmes d'angoisses archaïques : les fantômes, les griffes, les dents pointues etc...

Le rôle du psychomotricien sera alors « de contenir le jeu, d'organiser le temps et l'espace et de permettre que réalité et fiction puissent coexister sans pour autant être confondues. »⁸³ selon **C. Potel**.

- Les angoisses corporelles :

Julia présente des angoisses, notamment d'intrusion, de morcellement, de liquéfaction. Ces angoisses se repèrent dès qu'il se produit un événement dans son corps (rhume, diarrhée, oreilles bouchées etc...).

De plus, elle est allergique aux acariens, elle souffre souvent d'otites, elle a fait des séjours à l'hôpital pour pneumopathie, ce qui vient renforcer ses angoisses. Tout ceci ne la rassure dans la fiabilité de son corps.

De même, quasiment à chaque séance, Julia évoque ses dents : qui bougent, tombent ou poussent. Et ce sujet était déjà abordé lors de ses consultations au CAMSP.

La chute des dents et leur repousse, montre la capacité de l'enfant à faire face à des phénomènes qui surviennent, qui disparaissent, qui ne sont pas toujours simples à comprendre, qui font mal, qui font peur. Ceci met aussi en évidence que l'enfant n'a pas appréhendé de façon satisfaisante l'environnement buccal, intra et extra buccal.

Les poussées des premières dents sont moins angoissantes car elles sont devant, l'enfant peut les voir. Mais les dents du fond qui font davantage mal, sont moins accessibles à l'exploration⁸⁴.

Il y a une angoisse terrible liée à cet événement qui se passe dans le fond de la bouche, qui fait réagir, qui est sensible et qui est difficile à comprendre. Il peut alors y avoir des réactions importantes chez certains enfants au moment des dents, et c'est ce que l'on retrouve chez Julia. Il y a une décharge expressive car cette douleur qui s'installe au fond de la bouche vient bloquer quelque chose. Si l'enfant explore à ce moment-là avec sa langue, c'est l'apparition d'objet dur ou piquant dans la bouche, et ceci peut être très angoissant.

En psychomotricité, nous nous devons alors de créer un espace contenant pour amener le travail du corps en relation, être dans la relation à l'autre, afin de favoriser des bases solides au corps. Julia doit trouver un espace où elle peut mettre à l'œuvre toutes ses angoisses, et les mentaliser.

⁸³ C. Potel : *Etre psychomotricien*, Chapitre VI.3 – Eres, 2013, p. 346 - 363

⁸⁴ Supports de cours de Monsieur Gosse, pédo-psychiatre – IFP Bordeaux : Troisième année de psychomotricité

▪ Une relation qui s'instaure :

Julia m'ignorait complètement au début du stage, fermant toute forme de relation. Puis au fil des séances, elle est devenue très injonctive, voire agressive, ceci apparaît comme un moyen de défense. Il semble indispensable pour elle de se conduire ainsi, car c'est justement lui laisser la possibilité d'être en relation. C'est une relation qu'elle contrôle et dirige, qui est alors moins source d'angoisses. En effet, elle montre des difficultés à tolérer les propositions de l'autre, et elle a besoin de maîtriser ce qui se joue dans le lien à autrui.

Au cours du mois de Janvier 2016, elle choisira par exemple de faire des dessins au tableau blanc chacune notre tour, et nous devons deviner ce que dessine l'autre. Durant ce jeu, elle définit l'ordre de passage, se met en colère si nous mettons trop de temps à dessiner etc...

Lors d'une autre séance, nous utilisons des cerceaux pour faire un parcours psychomoteur. Julia choisit alors la manière dont il faut sauter. Durant ce jeu, elle me commande, elle me pousse fermement pour que je commence le parcours lorsque c'est à mon tour...

Toutefois, malgré ses comportements je suis de plus en plus existante dans la relation, mais elle a besoin de maîtriser les situations et les échanges.

▪ Son regard :

La dimension du regard s'est véritablement mise en jeu à partir du moment où elle a souhaité se cacher dans la salle de psychomotricité.

Au cours du mois de Décembre 2015, elle s'est cachée sous le bureau, et nous a crié « Bouh ! » lorsqu'elle est réapparue. Son regard a alors semblé mieux accroché à celui de la psychomotricienne.

Au fil des séances, à la suite du temps au bureau, elle proposera systématiquement un jeu qu'elle nomme cache-cache. Nous tendons vers ce jeu mais il ne fait pas encore office « d'aire transitionnelle » entre nous trois. En effet :

- soit Julia nous impose où nous cacher avant d'aller compter,
- soit elle a besoin de se cacher au même endroit que la psychomotricienne ou moi-même,
- soit elle se met à compter uniquement si elle sait à l'avance où nous allons nous cacher.

Relationnellement, elle fonctionne toujours dans une maîtrise de l'autre. Elle pourra par exemple me dire « *je t'ai à l'œil* » au moment où elle s'apprête à compter face au mur avant de venir à ma recherche.

Julia peut être en relation mais il semble qu'il faut que ce soit maîtrisé par elle, cela diminue ses angoisses. Ainsi, nous ne sommes jamais vraiment libres de faire ce que nous voulons, Julia commande et organise les échanges.

○ **Conclusion :**

La compréhension des difficultés de Julia a pu être renforcée par une observation concernant la qualité de son regard en relation.

Ainsi, au début de mon stage le regard de Julia était souvent collé à celui de la psychomotricienne sans interpénétration, désormais il semble être de meilleure qualité dans les échanges. Elle est moins logorrhéique, les bruitages vocaux ont également diminué. Elle aime découvrir de nouveaux jeux et se montre créative.

Lorsqu'elle est en situation de jeu cadré, elle s'en saisit et s'appuie sur ces propositions pour restituer un comportement mieux structuré. En revanche il ressort parfois des préoccupations corporelles avec des fantasmes archaïques.

Au mois d'avril, un rendez avec la maman de Julia a eu lieu, afin de faire le point sur son évolution, d'aborder les difficultés qu'elle rencontre à la maison, et d'envisager la poursuite de la prise en soin en psychomotricité.

L'accompagnement de Julia se poursuit afin de favoriser son individuation et lui permettre de mettre en jeu son corps, dans une dimension relationnelle, de manière plus solide et stable. Il semble essentiel de continuer à accueillir son regard qui vient encore parfois « se coller derrière la tête, après être rentré dans les yeux » de ses interlocuteurs, il est important de le charger de sens et d'émotions⁸⁵ comme nous dit **G. Haag**. Le regard de ces enfants ne laisse pas indifférent, il vient questionner les questions identitaires que cela soit chez le patient ou chez celui qui est regardé.

La vision de Julia est fonctionnelle, il faut donc l'accompagner afin que le « regarder » se mette en place, pour qu'elle fasse de son corps et de sa vision, un objet de rencontre et d'exploration adapté.

Il faut aussi souligner que cette prise en soin débute, et qu'il est important que Julia continue de prendre confiance et de se sentir à l'aise dans la relation thérapeutique. Toutefois la qualité de relation par le regard, entre Julia et moi, a permis de se rendre compte de son évolution.

Je vais à présent aborder la prise en soin en psychomotricité du jeune Noa, et notamment comment l'attention portée à son regard a permis d'orienter son suivi (qui tend davantage vers la fin).

⁸⁵ G. Haag : Travaux sur la Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité

B - Étude de cas : Noa :

« Regarde-moi ! »

○ **Introduction :**

Je rencontre également Noa au cours de mon stage de troisième année, une demi-heure par semaine, lors de sa consultation au CMPEA.

Noa est un grand garçon de 10 ans, brun aux yeux marron, son développement staturo-pondéral est harmonieux. Sa tenue vestimentaire est soignée, ses cheveux sont coiffés en épis avec toujours un peu de gel. Il se présente souvent souriant et sympathique.

Il se rend à ce rendez-vous en taxi médicalisé, les rencontres avec les parents se font alors sur convocation de l'équipe pluridisciplinaire ou à leur demande.

Dans un premier temps, je détaillerai les éléments importants de l'anamnèse de ce jeune garçon, puis je développerai son projet de soin dans l'établissement notamment en abordant le bilan psychomoteur et la prise en soin en psychomotricité avant mon arrivée.

Ensuite, je m'intéresserai à ma première rencontre avec ce patient, pour enfin aborder le déroulement des séances et quelques pistes de réflexion concernant son évolution.

○ **Anamnèse :**

Noa est né le 7 Juillet 2005, il est le deuxième enfant du couple parental. Il a une grande sœur de 4 ans son aînée : Maelie.

Concernant l'histoire de sa naissance, sa famille vivait en région parisienne, mais son père (gardien de prison) avait obtenu une mutation dans le sud de la France. En revanche, sa mère (pompier professionnel) n'a pas pu être mutée, ils ont alors décidé de faire un deuxième enfant, Noa, pour permettre un rapprochement familial. La mère exprime qu'elle a été à la fois contente et contrariée d'être enceinte.

Noa est né prématurément à 7 mois et 3 semaines de grossesse pour 3 kg 150, il est resté 3 jours en néonatalogie pour un ictère.

Lors du premier entretien avec la psychomotricienne, la maman n'apportera que peu d'éléments concernant le développement psychomoteur de son enfant. Elle évoquera davantage les difficultés du quotidien qu'elle rencontre avec son fils, elle les soulève depuis longtemps mais elles ont souvent été banalisées par les différents professionnels rencontrés auparavant.

Dès sa plus jeune enfance, Noa a montré des difficultés avec le groupe, il avait tendance à choisir une personne qu'il collait, et ne travaillait pas s'il était en groupe. Il avait un seul ami et il était peu attaché aux jouets.

Il existait une rivalité avec sa sœur qui paraissait féroce. Il s'est structuré dans une importante adhésivité avec elle. Encore aujourd'hui, il la sollicite beaucoup, et il lui arrive également d'être agressif physiquement envers elle.

Le père de Noa est décrit comme très répressif alors que la mère fait preuve d'une patience tout autant excessive.

De plus, les parents n'ont pas la même vision de leur fils. La mère pense que Noa présente un syndrome d'Asperger car selon elle, « il ne regarde pas bien dans les yeux, on ne l'approche que difficilement et il a des attitudes de repli ». En revanche, le père trouve que Noa entre en communication facilement, qu'il est « juste timide et manque beaucoup de confiance en lui ». Selon lui, Noa « s'identifie à ce que l'on dit de lui et notamment aux difficultés que l'on pointe sur lui ».

Noa présente un diagnostic de psychose infantile. Il est suivi en psychologie au CMPEA depuis Novembre 2011.

Il est important de noter qu'en Novembre 2014, ses parents se sont séparés, ceci concorde également avec un changement de psychologue au sein du CMPEA. La psychologue était un repère pour lui, et son départ a beaucoup perturbé Noa. En effet, elle était très investie par Noa et ses parents. De plus, la séparation parentale a créé une grande confusion au niveau des espaces de chacun, les parents sont restés vivre sous le même toit alors qu'ils étaient séparés.

Noa s'est alors complètement désorganisé, ces deux événements (divorce et départ de la psychologue) se sont caractérisés notamment en séance par des effondrements corporels, et associés à une incapacité à mettre en œuvre ses apprentissages scolaires.

- **Prise en soin en psychomotricité :**

Noa est suivi en psychomotricité depuis Avril 2014, il a alors 8 ans et 9 mois. Il rencontre également l'orthophoniste et la psychologue du service, une fois par semaine.

- **Bilan psychomoteur :**

Lors du bilan psychomoteur, la psychomotricienne reçoit Noa accompagné de sa maman, à la demande de la psychologue du service. La maman rapporte les propos de l'école, Noa aurait « des problèmes avec l'outil stylo ». Pour elle, les difficultés sont ailleurs, elle est très inquiète, surtout par rapport au fait qu'elle a été très peu entendue par les professionnels précédents concernant ses inquiétudes. Les difficultés de son fils seraient apparues précocement.

Noa affiche une mine boudeuse, mais se montre agréable dans la relation malgré un regard plutôt fuyant. Il rit et sourit spontanément, surtout quand les réponses lui semblent évidentes. Face au bilan il se montre appliqué, et critique vis-à-vis de son travail. Il essaie les épreuves même si celles-ci le mettent en difficulté.

Le bilan met en évidence que Noa est perdu dans l'espace et dans le temps, il montre une grande fatigabilité, il s'écroule souvent sur la table et au sol. Cependant son organisation motrice est correcte. Mais il a des difficultés à adopter des positions particulières avec son corps (être accroupi, pencher le buste en avant...). Il est latéralisé à droite, il ne pourra pas, lors des épreuves d'imitation, croiser de sa main l'axe du corps.

Il est également observé chez lui un manque de consistance dans le corps, il s'effondre à la fin des épreuves motrices. Noa ayant besoin de se récupérer en étant allongé au sol ou en s'asseyant. Ceci peut être relié avec le défaut de consistance corporelle et le besoin de trouver un contenant, de sentir ses limites corporelles.

Un suivi individuel en psychomotricité est donc mis en place dès Avril 2014. L'objectif est de construire un espace corporel solide et fiable, de permettre la mise en pensées et en mots du vécu corporel, de soutenir un travail autour de la communication et de la dimension du corps dans la relation et enfin d'ouvrir Noa au jeu et à la créativité.

- Déroulement des séances avant mon arrivée :

Noa était beaucoup coupé de l'autre. Les séances s'organisaient autour de jeux pulsionnels et de décharges motrices sur le gros ballon. Noa était en recherche d'éprouvés de chutes, il se heurtait aux limites et aux contenants.

La psychomotricienne était souvent en retrait, et accompagnait Noa au moyen d'un soutien par le regard, par la mise en mots et en commentaires de ce qui se jouait en séance.

➔ Les séances se déroulent dans le noir depuis le 14 avril 2015. Ce jour-là, le gros ballon a percuté l'interrupteur de la salle de psychomotricité, ce qui a éteint la lumière. Depuis, il demandera systématiquement à ce que les séances se déroulent ainsi.

Ce dispositif de noir a permis à la psychomotricienne et à Noa d'être dans l'échange. Par ce moyen elle a pu entrer dans « l'aire de jeu ». Petit à petit ce noir s'est étendu à l'ensemble de la séance, en aire possible de jeu à deux. Elle a instauré à la fin de la prise en soin, un temps de jeux au bureau pour favoriser davantage les échanges relationnels, permettant des contacts plus directs tout en se confrontant à la règle et au cadre avec une limite donnée par un tiers dans la médiation.

- Ma première rencontre avec Noa :

Je rencontre Noa pour la première fois le 9 Octobre 2015. Je remarque immédiatement qu'il ne me regarde pas dans les yeux. Il se présente, il a dix ans et est en CM2, et il m'explique qu'il vit une semaine chez son père et une semaine chez sa mère. Cette présentation est plutôt pauvre, il se contente de répondre à mes questions, son regard est fuyant.

Après avoir défini le programme de la demi-heure de séance, Noa se précipite vers l'interrupteur et éteint la lumière. Les séances se dérouleront toujours de cette façon, lumière éteinte, dans cette salle de psychomotricité, sans fenêtre.

Ainsi durant cette première rencontre je reste observatrice, pendant que Noa et la psychomotricienne s'échangent le gros ballon dans le noir. Les échanges se font avec ou sans rebond, j'observe que Noa ne prévient pas avant de varier les propositions, il ne met pas non plus de distance par le langage, ce qui demande à la psychomotricienne une vigilance constante. Elle propose alors un travail de mise en mots, pour lui permettre de verbaliser et de penser ce qui est en train de se passer entre eux. Il a des réactions de prestance, et rigole fort à de nombreuses reprises.

Je constate qu'il a un grand attrait pour le gros ballon, car même durant la seconde partie de la séance, qui est le temps au bureau, il se lèvera plusieurs fois pour aller s'installer sur le gros ballon, avant de nous rejoindre à nouveau.

Noa semble bien adapté à la relation et aux échanges verbaux, même si les contacts visuels restent souvent difficiles à soutenir. Lors de ce premier jour de stage, je me questionne sur le fait que les séances se déroulent systématiquement dans le noir, est-ce un rituel ancré, duquel il ne peut se défaire ou est-ce en raison d'une difficulté à accepter le regard de l'autre posé sur lui, et une difficulté à nous regarder.

○ **Déroulement des séances et réflexions sur l'évolution de Noa :**

Avant chaque séance, j'accompagne la psychomotricienne pour aller chercher Noa dans la salle d'attente.

Lorsque nous lui disons bonjour, il semble toujours effondré toniquement sur sa chaise, il se donne à voir comme boudeur ou triste, et lorsque nous lui demandons comment il va, la réponse n'est jamais positive.

Cependant Noa change totalement de comportement une fois entré dans la salle de psychomotricité. Il devient plus souriant, joyeux et motivé. Il ne semble pas trouver de repères internes et corporels assez stables dans la salle d'attente. Mais il s'appuie sur les repères de l'environnement et notamment ceux de la salle de psychomotricité, qui lui donnent le sentiment d'être contenu. La salle de psychomotricité, sans fenêtre, paraît comparable à une enveloppe et peut expliquer ce changement de comportement.

Au début de chaque prise en soin, la psychomotricienne invite Noa à définir le programme de la séance.

Les séances s'organisent toujours autour d'un temps moteur, favorisant le vécu corporel, la gestion de son agressivité, la décharge pulsionnelle, l'investissement de l'espace, puis d'un temps plus calme au bureau, permettant des échanges relationnels plus apaisés autour de jeux de société, et favorisant également un travail de motricité plus fine.

Concernant le déroulement des séances, Noa choisit généralement un temps d'échanges avec un ballon (gros ballon, ballon de volley, de rugby...), puis un moment avec les modules de motricité (parcours psychomoteur, jeu de cache-cache...), et enfin un temps au bureau avec « un jeu du placard ».

La totalité de la séance se déroule donc dans le noir, même lors du jeu de société. Par exemple « le jenga » (tour avec des pièces en bois qu'il faut enlever au fur et à mesure sans que la tour ne s'effondre), Noa montre une grande facilité et une précision dans ses gestes, même en l'absence de lumière.

A la fin des séances, il demande souvent à nouveau un moment seul avec le gros ballon.

➔ Habituellement durant les premières séances, je me tenais à l'écart, en position d'observatrice lors du temps de jeu dans l'espace, mais je participais toutefois aux jeux au bureau, au cours desquels il interagissait plus facilement avec moi.

Noa acceptait ma présence, mais il me laissait à cette place d'observatrice. Petit à petit il m'a davantage sollicité, au début très peu, et uniquement à certains moments de la séance. Mais cela a évolué au fil des semaines.

▪ Décembre 2015 – Une séance «charnière» :

Cette répétition de séances dans le noir questionne la place du rituel, il semble que ce cadre défini par l'obscurité de la salle soit indispensable au déroulement de la séance.

Le rituel peut être décrit comme un acte symbolique qui a du sens, il existe des rituels « normaux » que l'on observe au cours du développement de l'enfant (lire toujours la même histoire avant de dormir, avoir toujours la même place à table), ils sont le plus souvent transitoires, et des rituels « pathologiques » qui désignent généralement des difficultés de communication, des mécanismes de défenses pour lutter contre des angoisses. Le psychomotricien devra tenir compte de ces différentes significations et donc adopter une attitude selon le type de rituel. Le rituel a un sens qu'il convient de souligner.

Ainsi, le psychomotricien se doit de respecter le rituel, pathologique ou non, et de lui accorder un sens.

Cependant, je constate que malgré cette demande indispensable de « noir », le contenu des séances n'est pas aussi ritualisé et rigide. Noa peut accepter le changement et les propositions nouvelles. En effet, le travail est à l'œuvre, les objectifs de prise en soin définis par la psychomotricienne peuvent se poursuivre. Il semble essentiel d'accepter ce besoin de noir comme tel, et de l'utiliser justement comme outil favorisant le travail thérapeutique.

Je note également que Noa a bien repéré la borne « Exit », qui indique la sortie de secours. Elle éclaire à minima la pièce, elle se situe au-dessus de la porte de la salle de psychomotricité. De même, il tolère que l'écran de l'ordinateur soit parfois allumé, le noir de la pièce est donc relatif. Ceci semble lui rappeler que la lumière existe, qu'il est possible de sortir du noir, qu'il y a « un après », « un ailleurs », qui permettent de créer des espaces à plusieurs dimensions et de ne pas être focalisé uniquement sur le regard, et sur l'image de l'autre.

Ainsi, depuis Avril 2015, les séances en psychomotricité se déroulent entièrement dans le noir mais ce jour de Décembre, j'ai assisté à **une séance qui semble charnière** dans la prise en soin de ce jeune garçon :

Noa se déplace dans l'espace de la salle de psychomotricité, **la lumière est allumée**. Il s'adresse à la psychomotricienne, qui est présente avec moi au bureau, il l'interpelle : « Regarde comme on fait avec le gros ballon », il s'assoie sur le gros ballon, se laisse glisser d'avant en arrière...

La psychomotricienne est assise au bureau, il l'appelle de nouveau : « Viens voir ! Je veux voir où va le gros ballon quand je lance ». Il la questionne ensuite : « Tu veux qu'on se fasse des passes, comment ? ». Pour une fois il lui laisse le choix. Il n'**éteindra** qu'ensuite la lumière, et l'échange de ballon commence.

Je les observe depuis le bureau, il commente chacun des échanges. Noa choisit ensuite de changer de ballon, il prend un ballon de volley. Et pour la première fois, il **allume la lumière** pour « jongler » et souhaite nous le montrer. La psychomotricienne prolonge ce temps de ballon en le valorisant durant quelques instants.

Elle propose ensuite à Noa **d'éteindre la lumière**, car il commence à s'agiter fortement. Elle repose ainsi le cadre dans lequel il a l'habitude d'évoluer. Selon C. Potel, « le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, un temps, une pensée »⁸⁶. Il doit être stable et fiable.

Je note que durant ce temps avec la lumière allumée, Noa ne nous regardera jamais dans les yeux, il baisse la tête ou détourne son regard en s'adressant à nous.

Puis une fois la lumière éteinte, Noa n'arrive plus à jongler dans le noir, donc il choisit de faire à nouveau des passes avec la psychomotricienne, « on ne voit pas où le ballon va » dit-il.

Quelques instants plus tard, il décide de lancer le ballon de volley sur le gros ballon, mais il prend à nouveau l'initiative de **rallumer la lumière** pour « mieux viser » nous explique-t-il. C'est donc la seconde fois au cours de la séance qu'il allume la lumière.

Au bout d'une ou deux minutes, **il éteint la lumière**. Il se cache ensuite sous la table, et s'engage alors un jeu de cache-cache dans **le noir**. Il insiste bien sur le fait que la psychomotricienne doit fermer les yeux lorsqu'elle compte, alors que la pièce est déjà très sombre.

Le cache-cache est le jeu du regard par excellence, la psychomotricienne lui dit justement « c'est parce que je te regarde que je t'ai trouvé ». C'est un jeu qui permet à la fois de voir l'autre, d'être vu et de demander à être vu. Ce jeu met aussi en avant la notion de continuité d'existence, en lien avec la permanence de l'objet et la permanence du lien à autrui, que Noa met souvent à mal.

La séance se conclura par le temps de jeu au bureau, toujours dans le noir.

→ Nous avons donc assisté ce jour-là à une séance charnière, où Noa, à deux reprises, a rallumé la lumière de la salle de psychomotricité, et a eu la possibilité d'évoluer corporellement sous notre regard, le sien est toutefois resté fuyant.

Il mettra également les dimensions du regard et de continuité d'existence en « jeu » par le cache-cache, auquel il jouera pour la première fois. Tout ceci se reproduira durant d'autres séances.

▪ Une relation qui s'instaure :

Je souhaite aborder la relation entre cet enfant et moi-même. Comme je l'exprimais plus haut, au début de la prise en soin, Noa acceptait ma présence mais m'accordait une place d'observatrice durant la première partie de séance, cependant je pouvais à participer durant les temps de jeux au bureau.

Au cours des premières séances, Noa se montrait assez injonctif avec moi. Il ne s'adressait à moi que de façon agressive et pulsionnelle. Il est arrivé que nous parlions, tous les deux, en début de séance avant que la psychomotricienne entre dans la salle de psychomotricité, et malgré ces temps privilégiés, il ne souhaitait pas pour autant que je participe aux échanges de balles.

⁸⁶ C. Potel : Etre psychomotricien, Chapitre VI – Eres, 2013, p.321

De même lors d'une séance, le temps de jeu dans l'espace était écoulé, la psychomotricienne invita alors Noa à ranger la salle de psychomotricité. J'ai proposé spontanément de les aider à ranger les modules de motricité pour gagner du temps, mais il refusa fermement. Finalement il accepta mon aide afin de se rendre plus vite au bureau, mais il m'interpella : « Tu ne sers qu'aux corvées, qu'au rangement ! ».

Dans une séance suivante, il me dira à nouveau que je « ne sers qu'à ramasser les billes » qu'il laisse tomber au sol en jouant au bureau. Il semble être dans une forme d'attaque de l'autre, c'est-à-dire ici envers moi.

Au début de mon stage, il était donc indifférent à ma présence, puis il m'a prise en considération, j'ai pu me décaler petit à petit de ma place d'observatrice. Il reste toutefois maître de la forme relationnelle en étant injonctif, il laisse peu de place à l'autre. Il règle la distance dans la relation, et nous en prenons acte, nous coopérons en étant à cette place-là pour lui permettre d'être en relation.

Cependant, relationnellement, il n'est pas dans un effondrement comme il a pu l'être auparavant lorsque j'évoquais la période de la séparation parentale.

Au cours d'une séance différente, durant le temps d'échanges avec le gros ballon entre Noa et la psychomotricienne, il m'interpelle alors que je les observe depuis le bureau. Il me dit : « je vais te tuer », en envoyant le gros ballon dans ma direction. Durant cette séance, il semble désorganisé et je constate qu'il tombera au sol très régulièrement.

Puis, ce même jour, lors du jeu au bureau, la psychomotricienne gagne la partie. J'inscris le résultat sur ma feuille de notes, et il me l'arrache des mains. Initialement, je n'ai pas su comment réagir à cette « nouvelle attaque ». Puis, je décide de le laisser lire, en pensant que cela pourrait lui permettre d'intégrer ce qu'il vient de vivre durant la séance. Il prétend vouloir vérifier si je fais des fautes d'orthographe et les corriger.

Mais finalement il souhaite lire l'ensemble de mes notes sur la séance. Il se rend compte que j'ai inscrit sa phrase « je vais te tuer ». Il se justifie et explique qu'il ne voulait pas dire cela.

Ce regard posé sur mes mots lui aura peut-être permis de mettre du sens sur ce qu'il produit en séance. C'est une activité qui est extrêmement structurante pour le patient, il ne suffit pas qu'il vive la séance, mais il est important qu'il s'aperçoive de ce qu'il vit, nous dit **A. M. Latour**⁸⁷. Ce n'est pas une prise de note qui est cachée, mais c'est l'occasion supplémentaire de mettre en mot ce qui se passe durant le temps de la séance.

Noa a pu avoir une pensée réflexive sur lui-même : vivre une chose et être conscient qu'il la vit. C'est une mise en forme psychique, ceci peut être mis en lien avec la fonction métaphorique développée par **R. Kaes et P. Delion**. C'est une fonction qui permet la création de sens, c'est proposer à l'enfant de mettre du sens sur ce qu'il produit.

Petit à petit, au fil des semaines, les relations entre nous semblent s'apaiser et Noa accepte plus facilement les échanges avec moi. Par exemple, à la fin d'un jeu de société au bureau, il y a une égalité entre nous deux, il me tape dans la main, en me souriant. De même, désormais, au moment de se dire au revoir, il porte son attention sur moi, me regarde rapidement dans les yeux, et ne dit plus uniquement au revoir à la psychomotricienne.

⁸⁷ Supports de cours de Madame A.M. Latour - IFP Bordeaux : 3^e année de psychomotricité

De plus, au fur et à mesure, durant les temps de cache-cache, il vient me chercher alors que je suis assise au bureau, afin que je l'aide à se cacher sous les modules. Il est alors capable de demander mon aide.

D'autres fois, je constate qu'il se cache dans la salle d'attente, afin que je le retrouve lorsque je viens le chercher pour le début de la séance.

Ainsi, pour la première fois, au mois de Février il m'a invitée à participer avec eux dès le début de la séance à l'échange de balles dans l'espace. Il précisera que les séances suivantes devront désormais se dérouler à trois (Noa, la psychomotricienne et moi-même). Il choisit de m'inclure et de me faire participer à la totalité de la séance.

Ces échanges s'associent dorénavant à des temps où la lumière peut être allumée quelques minutes, afin qu'il nous montre comment il sait « jongler » avec le ballon par exemple.

A plusieurs reprises Noa me nommera par mon prénom, ce qui est nouveau, et depuis récemment il échangera avec moi longuement sans y inclure la psychomotricienne.

Parfois, ses pulsions agressives peuvent ressurgir, par exemple un jour lors du rangement de la salle de psychomotricité, j'ai allumé involontairement la lumière avec mon coude en m'approchant de l'interrupteur. Il m'interpella alors en me disant : « Quelle mentalité, tu as 3 ans d'âge mental ! », tout en me fonçant dessus avec un module de motricité.

Au mois de Mars 2016, la psychomotricienne est allée seule chercher Noa dans la salle d'attente. Il sembla alors perturbé de constater que je sois absente. Mais il affirma le contraire quand il me découvrit finalement dans la salle de psychomotricité.

Ce jour, lors du temps de cache-cache, Noa souhaita que l'on soit « tous les deux en équipe contre la psychomotricienne » ; que l'on compte ensemble pendant qu'elle se cache, puis que l'on se cache ensemble pendant qu'elle compte. Ceci se reproduira durant toutes les séances au cours du mois de Mars.

→ Ainsi, la relation semble s'être apaisée entre nous, j'ai pu trouver ma place dans cette prise en soin, en tant que stagiaire en psychomotricité. Il m'inclut dans les propositions, dans ses choix de séances, mais ses injonctions et ses pulsions reprennent parfois le dessus, notamment dans les propos qui me sont adressés et certains de ses comportements.

Ses attaques entrent toutefois dans « un jeu relationnel ». Notre relation a évolué de l'indifférence, à une prise en considération, et maintenant vers une forme d'alliance entre nous deux.

- L'utilisation du gros ballon :

Le gros ballon est un objet d'attachement majeur pour Noa dans la prise en soin. Il l'utilise sans exception, à toutes les séances, et il en parle à sa maman à chaque retour chez lui. C'est par ce lien là que la maman a exprimé la nécessité de poursuivre la prise en soin en psychomotricité de son fils, tellement cela semblait être un besoin pour lui.

Ainsi, le gros ballon permet d'aborder la question du portage, il peut également être attaqué par Noa sans se déformer, à la manière d'un « médium malléable ».

M. Milner inaugure le concept de « médium malléable » matérialisant à la fois l'objet concret et le thérapeute, un peu comme l'objet transitionnel de **D.W. Winnicott**, il est et n'est pas le thérapeute.

Ce médiateur développe aussi une aire transitionnelle qui met du tiers dans la relation. Le transfert sur le médium, ici le gros ballon, rejoue des éléments précoces de la relation de l'enfant à son environnement.

R. Roussillon décrit cinq qualités essentielles, liées les unes aux autres, qui fondent la malléabilité du médium : indestructibilité, extrême sensibilité, indéfinie transformation, inconditionnelle disponibilité, et animation propre. Ces qualités peuvent être retrouvées en partie dans le gros ballon. Le psychomotricien, dans son positionnement, se doit d'incarner également ces propriétés.

Ainsi, le gros ballon fait partie de l'aire de jeu, une aire transitionnelle ; entre la psychomotricienne et Noa, et puis plus tard entre nous trois. Il peut être rattrapé, il peut détoxifier les vécus corporels, et ainsi mettre de la relation entre les partenaires. Le gros ballon permet à Noa d'exprimer du pulsionnel dans un cadre protégé.

Lors des échanges Noa, ne fait pas d'effort pour rattraper le gros ballon, il le laisse arriver sur son corps, comme pour en ressentir les limites. Et souvent, il exprime de la douleur. Il se blesse car le ballon lui arrive à l'entre jambe, par exemple. La psychomotricienne doit verbaliser à chaque fois qu'il est important de protéger son corps, qu'il en est responsable.

De plus, Noa chute à de nombreuses reprises lors de ces échanges. Son besoin de contenance semble s'exprimer à nouveau ici. Cette recherche de douleur, dans les contacts avec le ballon ou les chutes, paraît être pour lui une manière de sentir son corps, et c'est peut-être sa seule façon de le faire.

Selon, **D. Le Breton** « la douleur fait toujours sens, elle désigne une atteinte du corps et de la psyché. Elle a toujours un sens parce qu'elle a une valeur pour le sujet. La douleur est toujours souffrance car elle touche la globalité du sujet. »⁸⁸

Par exemple, lors d'une séance, durant le temps moteur dans l'espace de la salle, Noa choisit d'utiliser un petit ballon, mais il se rend compte que « il n'arrive pas assez sur son corps » dit-il, lorsque la psychomotricienne le lui lance. Il change alors pour le gros ballon. Il le laisse arriver sur son ventre, sur son dos, sur ses jambes. Parfois il saute par-dessus, mais surtout il chute au sol régulièrement. Ceci questionne à nouveau les notions de limites corporelles et d'enveloppe chez cet enfant.

La psychomotricienne propose parfois de mettre un tapis au sol pour le protéger. Le tapis vient renforcer ce sentiment d'enveloppe, elle décide ensuite d'ajouter autour les modules de motricité, pour favoriser une enveloppe contenante et de protection, qui semble faire défaut chez lui.

⁸⁸Supports de cours de Monsieur Mairey – IFP Bordeaux : 3^e année de psychomotricité

Souvent au cours des séances, il se cache enroulé dans le tapis, ou sous les modules, il en est recouvert et y reste. Il racontera un jour que lorsqu'il joue au rugby, il aime être recouvert d'eau et de boue quand il pleut, ce qui fait écho à la sensation d'une deuxième peau et au besoin d'être contenu.

De même, lorsqu'il décide de construire des cages de foot, il utilise initialement deux poteaux, puis choisit de compléter cette cage en plaçant le grand tapis entre les poteaux. Comme s'il était en recherche de l'arrière fond de la cage, qui vient le contenir et construire un arrière-plan. Durant les échanges, il va également souvent appuyer son dos contre le gros tapis relevé contre le mur.

On peut penser que le déroulement des séances dans le noir forme aussi une enveloppe d'obscurité.

▪ L'utilisation des modules de motricité :

Noa est souvent agité, il lance les modules anarchiquement à travers la salle de psychomotricité, pour pouvoir se cacher ensuite dessous.

Lors d'une séance, il propose un parcours psychomoteur en utilisant les modules. Il n'y a pas d'organisation entre eux, seuls deux modules sont mis bout à bout. La psychomotricienne l'invite alors à les organiser en choisissant un début au parcours et une fin.

A.M. Latour⁸⁹ explique, que l'utilisation des objets chez ces enfants psychotiques est une mise en acte somato-psychique. Il est important de lire les comportements et les conduites comme une sorte de figuration de leurs propres états somato-psychiques. C'est peut-être ce qu'ils ressentent de leur corps, ce qu'ils ne peuvent mentaliser. C'est comme si les objets fonctionnaient en miroir avec le vécu corporel.

Au moment de ranger le matériel pour passer au jeu au bureau, il demande souvent à être recouvert pas les modules, ou il se fait rouler le gros ballon sur le corps lorsqu'il est allongé par terre.

Un jour, il quittera la séance en rampant au sol, son dos contre le sol. Il passera la porte de la salle de psychomotricité, et traversera le couloir du CMPEA ainsi. Ce n'est qu'une fois dans la salle d'attente que le chauffeur du taxi devra l'aider à se relever. Ceci est certainement à mettre en lien avec les notions d'enveloppe et de recherche d'arrière-plan développées plus haut.

➔ **Pour résumer**, concernant le contenu des séances, je note que Noa accorde une place essentielle au gros ballon qui est un objet d'attachement important. Je constate également qu'il met à l'épreuve ses limites corporelles, son enveloppe corporelle, notamment au travers de ses nombreux effondrements et chutes, de ses contacts avec le gros ballon, et de son utilisation des modules de motricité.

La question du regard évolue, en particulier dans la dimension du lien relationnel, il accepte désormais d'être avec et face à l'autre ; la lumière peut à présent être d'allumée.

⁸⁹ Supports de cours de Madame A.M. Latour – IFP Bordeaux : 3^e année de psychomotricité

○ **Conclusion :**

Pour conclure, au cours de ces mois de stage, j'ai rencontré le jeune Noa pour lequel la prise en soin se déroulait depuis plusieurs mois, entièrement dans le noir, avec peu ou pas d'échange de regards.

Ces séances ont donc bien évolué avec désormais la possibilité d'allumer la lumière, à son initiative et d'agir sous le regard de l'autre. Noa présente toujours des difficultés à varier ses propositions, il impose ses propres règles dans les jeux ; et le gros ballon semble être un objet essentiel au cadre thérapeutique de la séance.

Au départ il n'y avait que peu d'interaction avec moi, mais désormais j'ai pu trouver ma place au sein de cette prise en soin.

Ainsi, en psychomotricité, des jeux dans le noir ont questionné son investissement du regard, et ont permis d'orienter nos attitudes et nos propositions concernant sa prise en soin.

Par ces séances dans le noir, il semble tenter finalement de se détacher de la dimension du regard pour approcher l'autre, ou de se représenter l'espace d'une autre manière que par l'image. Il y a tout un travail qui est fait autour de la question de l'enveloppe corporelle. Dans ces moments-là il cherche à mettre de côté une donnée sensorielle (la vision) pour s'exprimer, agir et être en lien avec l'autre, à partir des autres canaux sensoriels.

Récemment Noa, propose d'allumer la lumière durant le jeu au bureau, mais il souhaite toutefois vivre ces temps en étant assis sur le gros ballon.

Noa a une nécessité d'être porté, soutenu et enveloppé physiquement, et de même par un accompagnement verbal constant, qui se retrouve également en orthophonie.

En psychologie, il fait beaucoup de pâte à modeler, et insiste pour que ses constructions aient des bases solides. Je fais le parallèle avec le travail proposé en psychomotricité qui favorise ses expériences corporelles dans le respect du cadre thérapeutique. Noa construit une base corporelle plus solide et fiable, qui développe le sentiment d'une continuité d'existence. Il existe à travers son corps et peut désormais rallumer la lumière, et exister aussi face à l'autre, ceci lui permet également de pouvoir désormais parler de lui.

En effet, au départ lors des entretiens psychologiques, Noa se montrait souvent effondré physiquement, il présentait des difficultés pour construire une pensée. A présent, il a bien évolué au niveau de ses capacités relationnelles et de communication. Il parle plus facilement, avec moins de replis et de défenses. Noa s'est donc apaisé, il supporte et accepte les échanges verbaux.

Les fonctions de pare-excitation, de contenance et de mise en sens semblent essentielles dans la rencontre avec Noa.

L'intérêt porté au regard de cet enfant dans la relation thérapeutique en psychomotricité, a permis de comprendre son fonctionnement et d'orienter sa prise en soin en adaptant nos propositions.

CONCLUSION GENERALE

En psychomotricité, il y a une grande variété de situations, de regards croisés, échangés, partagés ou évités... Chaque enfant est unique, depuis les circonstances de la première rencontre jusqu'à la fin de la prise en soin. Il faut s'adapter à chaque fois. Comme le dit **F. Desobeau**, « la thérapie psychomotrice n'est pas instrumentale mais totale, c'est en effet accueillir l'enfant dans sa globalité »⁹⁰.

Au début de ce mémoire, j'ai posé l'hypothèse qu'une attention particulière portée au regard de l'enfant dans la relation thérapeutique doit m'aider à comprendre son fonctionnement et à orienter mes attitudes dans la prise en soin. En effet, le regard est porteur de sens.

La compréhension de l'enfant et de la dynamique relationnelle dans laquelle il évolue, est enrichie par l'attention portée à son regard, et permet de s'ajuster au mieux dans nos propositions. Le psychomotricien vient soutenir les compétences de l'enfant et faire émerger ses potentialités.

L'importance du regard dans le développement psychomoteur de l'enfant a été mise en évidence. Cependant ce regard, aussi primordial soit-il, n'est ni nécessaire ni suffisant pour garantir un bon développement. En effet, des enfants non-voyants parviennent à un développement harmonieux, même s'il est retardé. Ils peuvent tout aussi bien apprendre à se repérer dans l'espace et accèdent à des mécanismes de pensée. Il semble également que le regard ne suffise pas, car le développement est sous-tendu par une maturation biologique, et par un environnement sain sur lequel l'enfant peut construire ses relations.

Le regard du psychomotricien a également été abordé, il est important à différents niveaux du développement et de l'accompagnement de l'enfant. Ce regard se retrouve aussi dans ses observations cliniques, durant le bilan psychomoteur ou en séance.

L'observation du psychomotricien est basée sur ce qu'il perçoit du patient. Le professionnel conforte et aiguise ses repères corporels et son regard, par son expérience et son vécu corporel, ce qui lui permet d'assumer sa subjectivité dans l'observation.

C'est bien à partir de ses propres éprouvés dans la relation thérapeutique avec la personne soignée, que le psychomotricien adapte ses propositions. Chaque regard est donc empreint de sa subjectivité.

Le regard permet donc une dynamique d'allers et retours entre soi et l'autre. En psychomotricité, l'observation clinique du psychomotricien permet de réellement « regarder » et non pas seulement de « voir ». Le regard signe notre présence, il nous inscrit dans l'ici et maintenant, dans la relation thérapeutique avec le patient.

Etre regardé, et pas seulement vu permet à l'enfant d'être reconnu, d'exister aux yeux de ses parents, d'autrui, et de lui-même. Le psychomotricien, par son regard bienveillant, accompagne donc l'enfant dans son développement psychomoteur, et nous l'avons vu, il aide parfois les parents à changer le regard qu'ils portent sur les difficultés de leur enfant.

⁹⁰ F. Desobeau : Thérapie psychomotrice avec l'enfant – Eres, 2008

Sommes-nous dans les mêmes enjeux lors des prises en soin auprès des adultes et des personnes âgées ? Avons-nous le même regard posé sur eux, ce même regard clinique dans la relation thérapeutique ? Ce sont des questions qui me restent à l'esprit, car j'ai fait le choix d'aborder uniquement la rencontre avec le regard de l'enfant.

La relation thérapeutique s'instaure au cours des premiers entretiens. Dans la rencontre avec Julia ou Noa, j'ai pris le temps, avec patience et curiosité, de trouver ma place, en mettant tous mes sens en alerte, mon esprit en éveil, et en posant un regard bienveillant sur eux. Ainsi, quand l'attention réciproque à la présence de l'un et l'autre se manifeste, la relation se noue.

Tout au long de mes stages, j'ai essayé de m'ajuster aux enfants rencontrés afin de partager leur vécu, pour qu'ils puissent se construire des bases corporelles solides et fiables. Ainsi je me suis engagée avec eux dans leur langage corporel. A travers ce canal s'établissent nos premières communications, nos premiers échanges de regards.

Au fil des séances, j'ai bien compris la nécessité que l'enfant multiplie et répète les expériences corporelles, les productions et les mises en jeu. Ses actes deviennent alors le deuxième canal de communication, appelant ma présence interactive.

L'enfant utilise tous les moyens pour s'exprimer, satisfait de se faire voir et de se faire entendre. C'est dans l'action que les difficultés qu'il veut transmettre prennent formes et sens pour nous deux. Ma présence attentive, mon soutien par le regard, et mes commentaires, lui permettent de percevoir ce qu'il ressent et fait. Cette perception s'organisera alors pour lui en représentation mentale.

Il est essentiel que l'enfant se sente exister dans le regard de l'autre.

Un autre regard semble tout aussi essentiel dans la compréhension du fonctionnement et des difficultés de l'enfant. Il s'agit du regard croisé des différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire. Ce regard viendra enrichir notre perception de l'enfant notamment grâce à des bilans complémentaires, des prises en charge en parallèle, des co-thérapies, mais aussi grâce au discours des professionnels qui partagent leur regards lors des échanges cliniques.

Pour conclure, ma place d'observatrice au cours de certaines séances, et mon implication dans d'autres, m'ont donc permis de prendre conscience de l'importance des regards en psychomotricité : celui des enfants, celui des parents, celui du psychomotricien, mais aussi le mien.

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D. : Les contenants de pensée – Dunod, 2003

APTER G. : « Regarde-moi, je te regarde, et pourtant le sais-tu ? : Le regard en face-à-face mère-bébé dans le paradigme du Still Face », *Enfances et Psy* 2008/4 (n° 41), p. 23-32.

AUFFRET-PERICONE M., avec la collaboration de **Vital-Durand F.** : Vision in utero – *Enfant* magazine, site internet : www.enfant.com

BERTHOZ A. : « L'échange par le regard », *Enfances et Psy*, 2007/4, n°41, p. 33-49

BERTHOZ A., JORLAND G. : L'empathie – Odile Jacob, 2004

BION W. : Aux sources de l'expérience - Paris, Presses Universitaires de France, 2003

BOWLBY J. : Attachement et perte - Paris, PUF 1878-1984

BOUTINAUD J., JOLY F., MOYANO O., RODRIGUEZ M. : Où en est la psychomotricité – In Press, 2014

BRANCHARD L. : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien : Regards : Rôle et considération des regards en psychomotricité – IFP Bordeaux, Mai 1998

BULLINGER A. : Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars – Eres, 2005

BULLINGER A. : Orientation de la tête du nouveau-né en présence d'un stimulus visuel - *Année psychologique*, 1977, p. 357-364

CICCONE A. : L'observation clinique – Dunod, 2013

CICCONE A. : L'observation et écoutes cliniques, quelques repères – *Thérapie psychomotrice et Recherches*, n°126, 2001, p.140

CORRAZE J. : La relation en psychomotricité, Manuel d'enseignement de psychomotricité, sous la direction ALBARET J.M, GIROMINI F., SCIALOM P. – De boeck Solal, 2013.

DELARUE N. : Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de Psychomotricien : Découvrir l'espace du corps, les yeux grands fermés – IFP, Paris VI, Juin 2014

DELEGUE A. : « Evitement relationnel : le regard retrouvé/créé dans la relation thérapeutique – Colloque Propsi, Mars 2012

DESOBEAU F. : Thérapie psychomotrice avec l'enfant : La rencontre en son labyrinthe – Eres, 2008

DESOBEAU F. : Identité et fonction du Psychomotricien - Thérapie psychomotrice n°162, 2010

DOLTO F. : L'image inconsciente du corps - Editions du Seuil Paris, 1984

FRAISSE C. : Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de Psychomotricien : Toi, moi nous, vers une relation thérapeutique en psychomotricité – IFP Paris, Juin 2015

GADISSEUX C. et **VANRIE I.** : « Prendre le temps de se regarder... pour exister » - Thérapie Psychomotrice et Recherches, N°174, 2013

GOLSE B. : Le développement affectif et intellectuel de l'enfant - Masson, 1989

HAAG G. : « De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme » - Enfances et Psy, 2008/4, n°41, p.14-22

HAAG G. : « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité » - Psychiatrie de l'enfant, 1995

JOUEN F., MOLINA M. : « Le rôle des flux sensoriels dans le début du développement » – Enfance, tome 53, n°3, 2000, Le bébé le geste et la trace, p. 235-247

MARCELLI D. : Les yeux dans les yeux, l'énigme du regard – Albin Michel, 2005

MARCELLI D. : « Se regarder dans les yeux, un privilège des êtres humains » – Le carnet PSY, 2009 n°139 p. 25-33.

MARENDAZ C. : Du regard à l'émotion : la vision, le cerveau, l'affectif – Les Essais du pommier, 2009

MOULIN E. : Mémoire en vue de l'obtention du D.E. de Psychomotricien : Un regard pour exister, un corps pour s'exprimer, la psychomotricité pour tout allier - IFP Paris VI, Juin 2014

PELLOUX A.-S., MERY A. : « Regards croisés à l'hôpital de jour » - Enfances et Psy, 2008/4, n°41, Pages 82-94

PIAGET J. : La représentation du monde chez l'enfant – Presses Universitaires de France, 2013 (Copie de 1947)

POTEL C. : Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir - Eres, 2013

SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. : Manuel d'enseignement de psychomotricité - De Boeck Solal, 2013

STERN D. : Le monde interpersonnel du nourrisson – Le fil rouge, PUF, 2009

WALLON H. : Les origines du caractère chez l'enfant – Presse universitaire de France, 2009

WINNICOTT D.W. : Jeu et réalité, l'espace potentiel : Chapitre IX : Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant – Gallimard, 1994

WINNICOTT D.W. : L'enfant et le monde extérieur : le développement des relations – Paris Payot, 1957 (version 2001)

WINNICOTT D.W. : De la pédiatrie à la Psychanalyse - Paris Payot, 1969

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	1
Sommaire	2
Avant-propos.....	4
Introduction	5

I - La place du regard dans le développement psychomoteur de l'enfant :

A - <u>Définition</u> : EntreVoir et Regarder	7
B - <u>Ontogénèse du regard</u> :	8
a) L'œil :	8
○ Anatomie de l'œil.....	8
○ Le cortex visuel	8
b) Le développement de la fonction visuelle :.....	9
○ In utéro.....	9
○ A la naissance.....	9
○ Au cours des premiers mois.....	10
c) Les intermodalités sensorielles :	11
○ Les différents canaux sensoriels	11
○ Le principe TOGAV	11
○ Les voies neurologiques.....	12
C – <u>La dimension du regard d'un point de vue développemental</u> :.....	13
a) Les premières communications :	13
○ Le dialogue tonico-émotionnel.....	13
○ Le regard dans la communication non verbale.....	14
b) Les neurones miroirs	15
c) Le passage du pointage proto-impératif au pointage proto-déclaratif :	16
○ Le réflexe de détournement du regard.....	16
○ Le pointage proto-impératif.....	17
○ Le pointage proto-déclaratif	17
d) Le Stade du miroir :	19
○ Les travaux de H. Wallon.....	19
○ Les travaux de J. Lacan	20
○ Les travaux de D.W. Winnicott	21

D - <u>Particularités et signes pathologiques du regard chez l'enfant</u> :	22
a) Les troubles de la vision	22
b) Le regard comme seul moyen pour communiquer	23
c) Le regard vide	23
d) Le regard évitant	23
e) Le regard qui persécute	24
f) Le regard dans les troubles du spectre autistique	24
E - <u>Etudes et recherches sur le regard chez le bébé</u> :	26
a) La recherche Préaut :	26
○ Les trois temps de la pulsion.....	26
○ Les travaux de la recherche Préaut.....	27
b) L'échelle ADBB :	27
○ Apports théoriques sur la séparation dans le développement psychique ..	27
○ Les travaux d'A. Guedeney.....	28
F - <u>Conclusion Partie I</u>	30

Partie II - La place du regard dans la relation thérapeutique en psychomotricité :

A - <u>Définition</u> : La relation	31
B - <u>La relation mère-enfant</u> :	31
a) Apports théoriques sur le modèle de la relation mère-enfant :	31
○ Grossesse et désir d'enfant.....	32
○ La préoccupation maternelle primaire	32
○ L'attachement.....	34
○ La mère : appareil à penser les pensées	34
○ L'accordage affectif.....	35
b) La place du regard dans la relation mère-enfant :	35
○ Les interactions précoces :	35
▪ La spirale transactionnelle.....	36
▪ Les interactions comportementales.....	36
▪ Les interactions affectives	36
▪ Les interactions fantasmatiques.....	36
○ La rencontre des regards entre la mère et l'enfant à la naissance :	36
▪ Une mère qui envisage son enfant.....	37
▪ Une mère qui dévisage son enfant.....	37
▪ Une mère qui in-envisage son enfant	37
○ Le regard du nourrisson dans cette relation	37
○ L'interpénétration des regards	38
▪ L'importance de l'appui dos.....	38

○ L'intégration du lien maternel : de la symbiose à l'individuation :.....	39
▪ Intériorisation du lien	39
▪ Vérification du lien	40
○ L'expérience du Still Face	41
c) Conclusion : la relation mère-enfant	42
C - <u>La relation thérapeutique en psychomotricité</u> :	43
a) Définition	43
○ Le cadre thérapeutique	43
○ Le rôle de la relation dans l'efficacité thérapeutique	44
○ L'alliance thérapeutique	45
○ Le concept d'implication corporelle du psychomotricien :.....	46
▪ Les travaux d'O. Moyano	46
▪ Les travaux de F. Desobeau	47
▪ Le psychomotricien : un objet médium malléable.....	47
▪ La verbalisation : support de représentation	48
b) Le regard au cœur de la clinique psychomotrice :	48
○ L'observation clinique :.....	49
▪ De la perception à la construction de sens	49
▪ Dans le cadre du bilan psychomoteur	50
○ Rôles cognitifs et instrumentaux du regard en psychomotricité :	51
▪ Les fonctions du regard	51
▪ La relation entre le regard et le tonus	51
▪ La relation entre le regard et l'espace	53
○ L'intersubjectivité des regards :	54
▪ Le regard du psychomotricien	54
▪ Le regard de l'enfant	55
▪ Le partage des regards.....	56
D - <u>Conclusion Partie II</u>	59

Partie III - Cas cliniques :

A - Julia : « <i>Je t'ai à l'œil</i> »	61
○ Introduction	61
○ Anamnèse	61
○ Prise en soin en psychomotricité	62
▪ Bilan psychomoteur	63
○ Ma première rencontre avec Julia	63
○ Déroulement des séances et réflexions sur l'évolution de Julia	64
▪ Les angoisses corporelles	66
▪ Une relation qui instaure	67
▪ Son regard.....	67
○ Conclusion.....	68

B - Noa : « <i>Regarde-moi !</i> »	69
○ Introduction	69
○ Anamnèse	69
○ Prise en soin en psychomotricité :	70
▪ Bilan psychomoteur	70
▪ Déroulement des séances avant mon arrivée	71
○ Ma première rencontre avec Noa	71
○ Déroulement des séances et réflexions sur l'évolution de Noa :	72
▪ Une séance charnière	73
▪ Une relation qui s'instaure	74
▪ L'utilisation du gros ballon	76
▪ L'utilisation des modules de motricité	78
○ Conclusion	79
Conclusion générale	80
Bibliographie	82
Table des matières	85