



HAL
open science

La prise en soin d'enfants déficients visuels en psychomotricité, de l'intérêt du médiateur cheval

Julie Maunoury

► To cite this version:

Julie Maunoury. La prise en soin d'enfants déficients visuels en psychomotricité, de l'intérêt du médiateur cheval. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01342124

HAL Id: dumas-01342124

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01342124v1>

Submitted on 5 Jul 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.

Université de Bordeaux
Collège Sciences de la Santé
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Psychomotricien

**La prise en soin d'enfants déficients visuels en
psychomotricité,
de l'intérêt du médiateur cheval**

MAUNOURY Julie

Née le 06 novembre 1995 à Cholet (49)

Directrice de Mémoire : Carine GRANARA-BOURASSEAU

Juin 2016

Université de Bordeaux
Collège Sciences de la Santé
Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Psychomotricien

**La prise en soin d'enfants déficients visuels en
psychomotricité,
de l'intérêt du médiateur cheval**

MAUNOURY Julie

Née le 06 novembre 1995 à Cholet (49)

Directrice de Mémoire : Carine GRANARA-BOURASSEAU

Juin 2016

Remerciements

Je remercie Carine GRANARA-BOURASSEAU, ma maîtresse de stage et directrice de mémoire de m'avoir accompagnée dans ma réflexion et ma pratique psychomotrice, ainsi que pour son apport théorique-clinique riche en thérapie avec le cheval.

Je souhaite également remercier Magali COMTE pour m'avoir transmis son savoir-être et son savoir-faire auprès de jeunes déficients visuels, pour m'avoir fait confiance et soutenue dans mes projets de stages.

Merci à toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien dans la rédaction de ce mémoire, tout particulièrement mes relecteurs pour leur œil aiguisé et leurs conseils pertinents.

Pour finir ces remerciements, je pense à tous les professionnels que j'ai rencontrés durant mes trois ans de formation. Par leurs enseignements théoriques, leur expérience clinique et en transmettant avec envie la diversité de leurs pratiques psychomotrices, ils ont contribué à mon cheminement de future psychomotricienne.

Sommaire

Introduction	p.3
Partie I. La vision : voir et regarder	p.6
A. Structures neuro-anatomiques du système visuel	p.6
B. Ontogénèse de la vision	p.10
C. Rôle de la vision dans le développement de l'enfant	p.12
Partie II. La déficience visuelle et ses retentissements	p.25
A. Approche générale de la déficience visuelle	p.25
B. L'impact fonctionnel du handicap visuel : un suivi spécialisé	p.29
C. Lecture psychomotrice de la déficience visuelle	p.34
Partie III. Apport de la médiation équine dans la prise en soin d'enfants déficients visuels en psychomotricité	p.48
A. L'intervention du psychomotricien auprès de jeunes déficients visuels	p.48
B. Le cheval, un médiateur possible en psychomotricité	p.56
C. Les spécificités du cheval comme médiateur auprès de jeunes déficients visuels en psychomotricité	p.63
Partie IV. Illustrations cliniques	p.69
A. Quentin	p.69
B. Maria	p.78
Conclusion	p.85
Annexes	p.87
Bibliographie	p.89
Table des matières	p.91

Introduction

En 2010, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recensait près de 285 millions de personnes déficientes visuelles dans le monde, dont 90% vivent dans des pays à faibles ressources, ce qui complique l'accès au soin. Ainsi, 120 millions de personnes seraient susceptibles de retrouver une vue correcte si elles bénéficiaient d'une prise en charge adaptée. De plus, la moitié des cas de cécité infantile (1,4 millions d'enfants aveugles selon l'OMS) pourrait être évitée, les principales causes étant la cataracte congénitale¹, la rétinopathie des prématurés² et l'avitaminose A³.

La déficience visuelle est donc un enjeu de santé publique nécessitant une prise en charge importante, cependant dépendante du niveau de développement socio-économique des pays. Dans les états industrialisés, grâce aux progrès de la médecine, la cécité d'origine purement oculaire diminue, elle est principalement associée à des pathologies d'ordre plus général (syndromes polymalformatifs, atteintes cérébrales...). En France, on compte environ 2000 enfants aveugles, dont 65 à 75% des cas sont liés à des pathologies génétiques.

La politique de santé publique de notre pays permet le déploiement de moyens importants, tant médicaux, paramédicaux, que pédagogiques ou sociaux par exemple. Cet accompagnement pluridisciplinaire peut se faire en libéral, en parallèle d'une scolarisation en milieu ordinaire, ou en centre spécialisé, selon l'importance des troubles et leur retentissement.

Mes différents stages de psychomotricité m'ont permis d'aborder ces deux types de suivi. Lors de mon stage de 2^{ème} année en Centre de Soins et d'Éducation Spécialisée pour Jeunes Déficients Visuels, j'ai pu situer la psychomotricité dans une prise en soin institutionnelle et pluridisciplinaire.

Au fil de mes rencontres avec ces enfants malvoyants, je me suis intéressée au lien entre la sensorialité et le développement psychomoteur. En effet, selon moi, la sensation est une des notions essentielles en psychomotricité ; je me suis donc questionnée sur l'impact potentiel d'un déficit sensoriel (ici visuel) sur les interactions de la boucle « corps senti – corps perçu – corps

¹ Cataracte congénitale : opacification du cristallin de l'œil liée à une infection durant la grossesse ou d'origine génétique

² Rétinopathie des prématurés : développement anormal de la vascularisation de la rétine chez le nourrisson

³ Avitaminose A : carence en vitamine A

représenté », et sur le rôle du psychomotricien dans le soutien du développement psychomoteur de l'enfant déficient visuel.

De ces réflexions émerge la première problématique du sujet de mon mémoire :

En quoi la psychomotricité a-t-elle sa place dans la prise en soin pluridisciplinaire du jeune déficient visuel ? Quels sont les objectifs thérapeutiques psychomoteurs et par quels moyens le psychomotricien peut-il les atteindre ?

Un an de stage à côtoyer de jeunes déficients visuels, tant lors des rencontres en psychomotricité que sur des temps éducatifs ou pendant les repas, m'a permis de construire des éléments de réponse.

Le choix de mon sujet de mémoire est aussi lié à ma pratique personnelle de l'équitation, que j'ai ensuite pu relier aux théories centrales en psychomotricité, à la formation pratique et à l'expérience clinique des stages. Les notions de dialogue tonique, de communication non-verbale, d'ajustement postural, de gestion du poids du corps ou du centre de gravité par exemple, ont fait écho chez moi à des éprouvés corporels expérimentés dans le cadre de disciplines équestres.

Le cheval, partenaire de l'Homme depuis des siècles, trouve aujourd'hui une nouvelle place dans le domaine du soin. C'est notamment l'un des nombreux médiateurs potentiellement utilisables en psychomotricité. J'ai choisi d'approfondir ce sujet lors de mon stage en 3^{ème} année, dans un cabinet libéral de psychomotricité. J'y ai notamment rencontré un jeune patient déficient visuel, que ma maître de stage accompagne en thérapie psychomotrice avec le cheval. Cela m'a permis d'observer, puis de participer à la mise en pratique de cette médiation pour ce jeune malvoyant, en lien avec son projet de soin psychomoteur.

Ma deuxième problématique se dessine ici :

En quoi le médiateur équin répond-il aux objectifs thérapeutiques d'une prise en soin en psychomotricité pour des enfants déficients visuels ? Qu'apporte-t-il en particulier ?

Je fais l'hypothèse que le cheval regroupe des particularités à la fois sensorielles, physiques et relationnelles, qui feront vivre au sujet des expériences sensori-motrices importantes pour rétablir un développement psychomoteur harmonieux. Le cheval n'étant pas soignant en lui-même, c'est le travail du psychomotricien qui va structurer les situations vécues par le sujet.

Poursuivant cette réflexion, j'ai proposé un projet d'atelier de psychomotricité à médiation cheval au centre spécialisé dans la déficience visuelle où j'avais déjà effectué mon stage de 2^{ème}

année. J'y rencontre des enfants pour lesquels un suivi psychomoteur est indiqué, dans le cadre d'un atelier hebdomadaire autour d'un poney.

Ainsi, pour traiter mon sujet « la prise en soin des enfants déficients visuels en psychomotricité, de l'intérêt du médiateur cheval », je commencerai par évoquer la vision, dans ses aspects anatomiques et ontogénétiques ; puis j'aborderai son rôle dans le développement de l'enfant. En effet, bien que normal et pathologique constituent un continuum, il me paraît important de contextualiser un fonctionnement sain pour envisager le dysfonctionnement et ses répercussions.

Ma seconde partie traitera donc de la déficience visuelle, de son impact sur le sujet et de la prise en soin qui en découle, avant de l'envisager d'un point de vue psychomoteur.

Ma troisième partie fera le lien entre les objectifs thérapeutiques en psychomotricité dans le cas d'enfants malvoyants, et les particularités du cheval intéressantes pour y répondre.

Une dernière partie illustrera mon propos, élaborée à partir de ma pratique : je présenterai deux suivis que j'ai menés tout au long de cette dernière année professionnalisante, dans mes différents lieux de stage.

Enfin, je proposerai une conclusion à mon mémoire.

I. La vision : voir et regarder

Voir. Regarder. Synonymes ? Contraires ? Ces deux termes ont une signification différente. Voir, c'est percevoir l'environnement à travers l'œil, c'est être spectateur. Regarder, c'est diriger activement son œil pour porter son attention sur un élément qui intéresse. Cette première partie cheminera du « voir » au « regarder », du préalable organique à l'investissement de la fonction visuelle.

A. Structures neuro-anatomiques du système visuel

Je débiterai cette partie par un exposé sur le système visuel sain, composé du globe oculaire et de ses annexes, mais aussi des voies optiques qui relient l'œil et le cortex. Ce sont les éléments indispensables au bon fonctionnement de la fonction visuelle.

Grâce à ce système, les ondes électromagnétiques de la lumière sont transformées en influx nerveux, qui lui-même sera traduit par le cortex, donnant lieu à une perception visuelle. Une première analyse automatique permettra une activité réflexe, puis une analyse synthétique des données donnera lieu à une vision consciente unifiée de l'environnement.

Je décrirai et expliquerai le fonctionnement de cet appareil sensoriel complexe à partir des enseignements anatomiques du Dr M.LAURENTJOYE [15], et illustrerai mes propos par des schémas afin de faciliter sa compréhension.

1. Le globe oculaire

L'œil humain est sphérique, encastré dans la cavité orbitaire osseuse. Le globe (ou bulbe) oculaire est creux, et séparé en deux sur le plan frontal par une lentille biconvexe élastique : le cristallin. Ce dernier permet l'accommodation de la vision par un jeu de contraction/décontraction du muscle ciliaire. Bombé, le cristallin facilite la vision de près. A l'inverse, quand le muscle ciliaire se décontracte, les fibres reliant le cristallin se tendent, l'aplatissant, ce qui favorise la vision de loin.

La partie antérieure de l'œil est occupée par un liquide clair, l'humeur aqueuse, tandis que l'on trouve une substance gélatineuse, le corps vitré, dans la partie postérieure. L'humeur aqueuse est sécrétée en permanence et résorbée dans le système veineux. L'équilibre entre sécrétion et résorption détermine la pression intra oculaire.

La partie postérieure du globe oculaire est constituée de trois couches :

- La sclérotique :

Elle constitue la couche externe, fibreuse. C'est le point d'attache des muscles oculomoteurs, que je décrirai par la suite. A l'avant de l'œil, elle devient transparente et forme la cornée.

- La choroïde :

Cette couche intermédiaire est riche en vaisseaux sanguins, ce qui la rend opaque. A l'avant, cette couche sombre s'épaissit pour former l'iris. Le trou formé par l'interruption de l'iris est appelé pupille : c'est le seul point d'entrée de la lumière dans le globe oculaire. L'ouverture de la pupille a un diamètre variable, selon que les muscles sphincter ou dilatateur l'agrandissent (on parle de mydriase) ou la réduisent (myosis).

- La rétine :

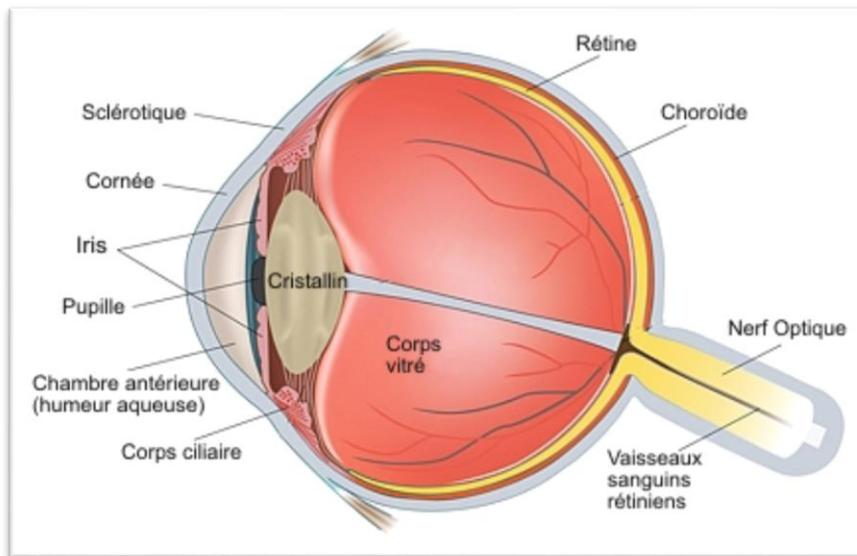
C'est la couche la plus interne, dite nerveuse car la rétine est une protrusion du système nerveux central. En effet, les récepteurs de la vision, sensibles à la lumière, sont répartis en dix couches de neurones. Ces photorécepteurs sont de deux types :

- Les cônes, qui permettent la vision colorée en pleine lumière. Ils sont fortement concentrés dans une zone centrale de la rétine, la macula.
- Les bâtonnets, qui permettent de distinguer les formes, même dans un environnement sombre. On les retrouve majoritairement à la périphérie de la rétine.

Les axones des neurones sensoriels se rejoignent pour former le nerf optique, qui traversera la sclérotique par la lame criblée.

Tous ces éléments anatomiques sont illustrés sur le schéma⁴ suivant, présentant une coupe sagittale du globe oculaire.

⁴ Schéma du Dr HAY A. sur www.drhay-ophtalmo.fr



2. Les annexes du bulbe oculaire

- Les paupières

Ce sont des replis cutanés qui protègent le bulbe oculaire en glissant sur la cornée. La couche de peau est solidifiée par une plaque fibreuse : le tarse. C'est le point d'attache des deux muscles permettant le mouvement des paupières : le muscle orbiculaire de l'œil et le muscle releveur de la paupière supérieure.

- L'appareil lacrymal

Son rôle est d'humecter le globe oculaire. Les larmes sont produites par la glande lacrymale, située sous le plafond de la cavité orbitaire du côté temporal (externe). Les larmes sont étalées par le battement des paupières puis récupérées au bord nasal (médial) de l'œil. Elles passent par les canalicules lacrymaux, puis dans les sacs lacrymaux, avant de relier le nez par le conduit naso-lacrymal.

- Les muscles oculomoteurs

Au nombre de six, ils permettent d'orienter le regard par les mouvements du globe oculaire. Les muscles droits (supérieur, inférieur, médial et latéral) et l'oblique supérieur s'insèrent au fond de l'orbite, sur la sclérotique entourant le passage du nerf optique. Le muscle oblique inférieur s'insère quant à lui sur le plancher de l'orbite. Les muscles obliques, antagonistes, permettent les mouvements de rotation, d'élévation et d'abaissement de l'œil.

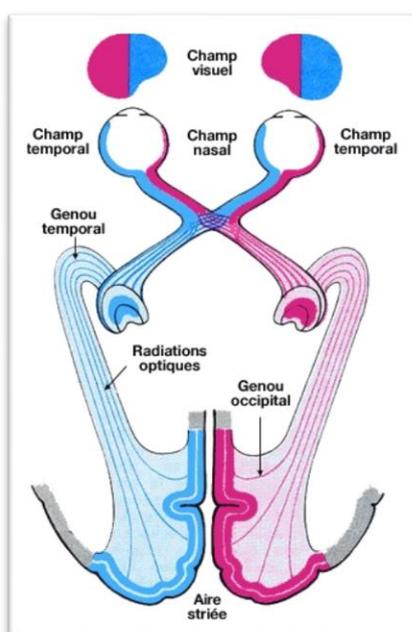
3. Les voies visuelles

Les voies visuelles sont d'abord constituées des nerfs optiques droit et gauche (seconde paire des nerfs crâniens). Ils sont chacun composés de fibres nasales et temporales. Les fibres temporales sont excitées par les stimuli environnementaux provenant du champ visuel nasal (situés du côté interne de l'œil). Les fibres nasales sont pour leur part stimulées par les images provenant du champ visuel temporal. Les fibres nasales vont se croiser, l'intersection formant le chiasma optique, tandis que les fibres temporales restent sur le bord externe.

Les tractus optiques font suite aux nerfs optiques et se terminent à la surface corticale du diencephale (ou cerveau moyen), dans les corps géniculés latéraux. Là, les fibres nasales et temporales se dédoublent: on peut distinguer les fibres véhiculant les stimuli de la partie haute et basse de l'environnement. Ce sont les radiations optiques, qui vont rejoindre le cortex visuel primaire situé dans le lobe occipital.

L'activité cérébrale va permettre la vision consciente. En effet, le seul bon fonctionnement du globe oculaire n'est pas suffisant, la perception visuelle consciente nécessite un traitement de l'information sensorielle par le cerveau. Par exemple, la vision de la profondeur et des couleurs relèvent d'une interprétation cérébrale.

Le schéma⁵ suivant (vue du dessous du cortex) illustre mon propos, afin de mieux visualiser l'intégralité du trajet des voies visuelles, des nerfs optiques jusqu'au cortex.



⁵ Schéma tiré du site ophtalmologie.pro

Toutes ces structures sont impliquées dans la transformation du stimulus lumineux en perception visuelle consciente. Pour que la fonction visuelle soit efficace, il faut que les éléments neuro-anatomiques qu'elle met en jeu soient bien formés et que le processus de maturation se déroule correctement.

B. Ontogénèse de la vision

Le bébé a longtemps été considéré comme naissant vierge de compétences ou d'activité psychique, comme un « tube digestif » passif, aveugle et sourd. Au XIX^{ème} siècle, les chercheurs se sont intéressés à ce petit être et ont ouvert de nouvelles perspectives sur le statut de l'enfant : à sa naissance, le nourrisson est immature sur le plan somatique et psychique, mais il présente des compétences précoces, parfois mêmes présentes in-utéro, à la fois relationnelles, motrices, et sensorielles.

Le terme compétence désigne « *les aptitudes potentielles d'un système à capter et à intégrer l'information, et à émettre des signaux ou à réaliser des comportements* » selon J.COSNIER⁶. Dans le cas du système visuel, l'activité neuronale permet la perception lumineuse et l'accommodation réflexe, ce qui provoque le comportement d'orientation du regard.

- In-utéro

Le système visuel se développe pendant la grossesse et pendant les premières années de vie, la naissance ne marquant pas l'arrêt de la maturation neurobiologique. Les capacités visuelles évoluent tout au long de la vie : le sujet passe d'une vision très immature in-utéro à la vision adulte optimale, puis la dégénérescence du système visuel entraîne un certain déclin de la vision.

La formation du globe oculaire et de ses annexes commence dès la 3^{ème} semaine de gestation, et s'achève à la fin du second trimestre de grossesse. Le système nerveux sera plus long à se mettre en place. Les photorécepteurs sont présents autour de 26-28 semaines de grossesse, mais encore immatures. A cette période, les voies visuelles se connectent au cerveau, mais leur myélinisation ne s'achèvera qu'autour des 2 ans de l'enfant.

La vision est le dernier sens à se mettre en place in utéro. Le tact est un sens très précoce, suivi de l'olfaction et du goût, puis de l'audition. Le fœtus reçoit donc des perceptions tactiles

⁶ COSNIER J. La communication non-verbale, 1984

au contact avec la paroi utérine, connaît le goût et l'odeur du milieu amniotique, entend les bruits internes à l'organisme maternel mais aussi les sons de l'environnement extérieur.

Le cortex du bébé reçoit ses premières perceptions visuelles à partir du 7^{ème} mois in-utéro. Les bâtonnets, bien qu'immatures, sont plus nombreux et plus efficaces que les cônes : la vision est donc floue et globale. Le bébé perçoit la lumière extérieure qui traverse le ventre de sa mère et est capable de distinguer les changements d'intensité liés aux saisons, aux moments de la journée, ou au positionnement intra-utérin (la luminosité diminue si l'épaisseur des tissus maternels traversés augmente).

A 30 semaines de gestation, les premières fixations apparaissent. Selon C.GRANIER-DEFERRE [9], dans une position adéquate et si la luminosité est suffisante, le bébé peut regarder ses mains, ses pieds, et le cordon ombilical, qu'il est aussi capable de tenir dans ses mains. Les premières poursuites oculaires sont notées à 32 semaines de gestation: le bébé suit des yeux des cibles lumineuses en mouvement.

- La vie aérienne

Lors de l'accouchement, le bébé passe brutalement dans un environnement riche en stimulations de tous genres, auquel il lui faudra s'adapter. La lumière perçue par le bébé est nettement plus forte que pendant la grossesse, car le ventre de la maman et le liquide amniotique ne peuvent plus jouer leur rôle de filtre.

A la naissance, la vision du nourrisson n'est pas optimale, les photorécepteurs ne sont pas encore matures et le cristallin est peu élastique. La vision périphérique est fonctionnelle, à l'inverse de la vision fine.

L'accommodation est impossible le premier mois mais le bébé discrimine les objets placés à une trentaine de centimètres de lui, comme le visage de son parent lorsqu'il est porté.

Le bébé répond très tôt au contact oculaire et montre un intérêt marqué pour les visages. Ce même attrait est manifeste quand on présente une figure ronde avec 3 points formant un triangle (yeux – bouche). Le bébé ne voit pas les détails mais discerne ces points saillants du visage.

Vers 3 mois, quand le contrôle moteur passe au niveau cortical, le bébé commence à orienter son regard, les premières conduites de recherche visuelles apparaissent, ainsi que des mouvements oculaires coordonnés. A cet âge, on note l'apparition de la convergence binoculaire (strabisme) : la juxtaposition des images provenant des deux yeux permet de percevoir les reliefs.

Jusqu'à 2 ans, âge où la myélinisation du nerf optique s'achève, l'exploration visuelle va se développer, depuis les objets tenus entre les mains jusqu'aux objets plus lointains. A 3 ans, le tissu de la rétine est mature, les bâtonnets et les cônes sont efficaces, permettant une vision fine des détails, des couleurs...Le système visuel sera pleinement efficace après une dizaine d'années.

La maturation physiologique de l'appareil visuel permet au nourrisson de voir, d'observer, d'examiner, de regarder son environnement. Cette exploration et son investissement sont dépendants de l'investissement dont fait l'objet le bébé lui-même par son environnement humain. Si ce dernier est suffisamment étayant, le bébé sera en permanente recherche d'informations visuelles, qui auront un impact sur son développement global.

C. Rôle de la vision dans le développement de l'enfant

A sa naissance, le bébé est un être « néoténique », c'est-à-dire immature. Des facteurs intrinsèques (équipement neuromoteur) et extrinsèques (environnement humain et physique) vont participer au développement de l'enfant, tant sur les plans psycho-affectif et cognitif, que dans l'acquisition des schèmes moteurs.

Quand la vision est instrumentée et investie, c'est-à-dire quand l'enfant passe du « voir » au « regarder », elle permet l'exploration, la rencontre avec l'environnement ; elle participe alors grandement au bon développement de l'enfant dans ses divers aspects.

1. Développement psycho-affectif

a) L'installation d'une relation précoce

- Attachement et identification

Le processus d'attachement qui lie l'enfant à son parent est une construction interactive et bidirectionnelle, qui s'origine dans le désir d'enfant et se poursuit pendant la grossesse et tout au long de l'enfance.

A partir des travaux de H.HARLOW, J.BOWLBY⁷ a théorisé l'attachement chez l'Homme. Pour lui, l'attachement – ce lien affectif entre un individu et une figure d'attachement - est un « *besoin biologique premier* », au même titre que l'alimentation. Les conduites d'attachement ont pour fonction et conséquence d'induire et maintenir la proximité avec la mère, qui sera confortée dans son rôle. Celle-ci deviendra un repère sécurisant pour son enfant, qui pourra ensuite s'en détacher afin de découvrir le monde et nouer des relations sociales.

La vision est à l'origine du phénomène d'empreinte, décrit par l'éthologiste K.LORENZ. C'est le « *processus d'attachement social et de reconnaissance de son espèce* »⁸. L'animal photographie mentalement et s'imprègne de l'image de ses congénères, auxquels il va s'identifier.

Des expériences ont montré que le regard du nourrisson se porte naturellement sur le visage de son parent. En effet, il est attiré de manière réflexe par la triade yeux-bouche du visage humain, ce qui va faciliter le contact oculaire, l'attachement et la relation.

- Le contact œil à œil dans la relation

A.GRENIER [10] montre qu'en soutenant l'enfant sous la nuque et le bassin, c'est-à-dire en l'installant en position de motricité libérée, on observe un échange par le regard de quelques secondes avec le parent dès deux semaines de vie.

La position pendant le nourrissage (sein ou biberon) est propice aux échanges car la distance entre les visages est faible, permettant une vision plutôt nette des points d'accroche visuelle sur le visage de la mère. Le regard est un support relationnel qui complète le dialogue tonique que j'évoquerai plus loin.

W.BION dit qu'entre la mère et l'enfant, par l'échange du regard, un envisagement mutuel s'élabore. Ce regard soutient l'attachement de part et d'autre : le parent se sent valorisé d'être objet d'intérêt, et le regard qu'il renvoie à son bébé, par sa fonction enveloppante, lui permet de se sentir exister. La vue est donc un sens essentiel permettant l'instauration d'une relation précoce, fondamentale au bon développement de l'enfant.

- Communication non-verbale

Il existe deux grands types de communication chez l'Homme, qui se complètent : le langage verbal et la communication non verbale. Cette dernière prend diverses formes : il s'agit de la

⁷ BOWLBY J. cité dans [24] SCIALOM P, GIROMINI F, ALBARET J-M. Manuel d'enseignement en psychomotricité, Ed De Boeck Solal, 2013

⁸ www.universalis.fr

posture adoptée, de la gestuelle, des mimiques, des réactions toniques ou émotionnelles, de l'intonation de la voix, ou du regard.

Le jeune enfant qui n'a pas encore accès au langage oral n'est pas sans communiquer. Le langage non-verbal prédomine : attitudes, tonus, expressions et mimiques, regards et sourires... Le parent donne du sens aux manifestations précoces involontaires de son bébé. Par la répétition, celui-ci assimilera les réponses du parent à ce qu'il a exprimé, et pourra donc se manifester pour déclencher les comportements parentaux. Le regard deviendra ensuite un signal intentionnel. Le nourrisson est donc compétent pour établir la relation avec son environnement, le solliciter, et communiquer.

L'action de communiquer sous-entend la présence de deux partenaires : celui qui émet, et celui qui reçoit. Le récepteur engage sa propre subjectivité, son expérience personnelle pour décrypter les signaux qu'il perçoit, mais cette lecture de l'autre dépend aussi de mécanismes physiologiques.

C.MARENDAZ [17] décrit le lien anatomique reliant la rétine, le thalamus et l'amygdale. Certaines fibres du nerf optique rejoignent le circuit limbique, base des émotions. Ainsi, nous pouvons décrypter les émotions de notre interlocuteur quand nous le regardons dans les yeux. Le regard porte donc en lui des éléments internes ayant trait à l'état émotionnel du sujet.

b) Individuation

Les premiers temps de vie du bébé sont marqués par la fusion et l'indifférenciation. La symbiose organique de la grossesse laisse place à la symbiose affective. Si la vision est importante dans le processus d'attachement, elle joue aussi un rôle dans ce second temps de séparation et d'individuation de l'enfant, nécessaire pour qu'il devienne sujet.

- Contenu et contenant

D.W.WINNICOTT [25] a décrit le handling – les soins apportés au bébé – et le holding, portage tant physique que psychique. L'attention et l'investissement dont fait l'objet le bébé sont à l'origine du sentiment d'être contenu et localisé dans son corps, qu'il appelle « personation ».

Pour G.HAAG [11], la première fonction du regard concerne l'intégration et la participation à la formation des enveloppes psychique. Ce sentiment d'enveloppe apparaît dès le 2^{ème} mois

si la présence de l'entourage est suffisamment stable et étayante. Ce dernier est notamment stimulé par les regards et sourires qu'offre le bébé, modalités d'être en relation.

Le sentiment de globalité, de sécurité, de confiance, commence par « l'arrière-plan ». Le regard, lors du portage ou de l'allaitement, est corrélé à la sensation d'être tenu à l'arrière du corps. Le bébé expérimente simultanément l'appui dorsal et l'interpénétration des regards : il assimile la contenance arrière procurée par le bras de son parent et la relation à l'avant de son corps.

C'est une théorie, en même temps qu'un éprouvé du bébé. Le bébé se sentant contenu physiquement « fabrique » cette enveloppe psychique, ce qui participe à son sentiment d'être unique et différencié. Le psychisme, dans sa construction, a besoin d'un « *double ancrage corporel et interactif* » pour reprendre les termes de B.GOLSE.

- Le miroir

Le stade du miroir, décrit par J.LACAN, fonde le sentiment d'être un et donc différencié de l'autre, sur le plan physique et affectif. En se voyant dans le miroir, l'enfant passe d'un corps vécu comme morcelé à la vision unifiée de son corps. Il voit dans le reflet deux personnes distinctes : lui et l'objet parental, qu'il peut comparer à la personne en chair et en os à ses côtés. C'est bien l'impact visuel de l'image spéculaire qui permet au jeune enfant, vers 8 mois, de comprendre que sa mère n'est pas une partie de lui et inversement. Ainsi, se créent simultanément l'entité Moi du bébé, et l'objet parental (non-Moi) différencié du sujet.

Cependant, le miroir n'est pas uniquement concret, c'est aussi ce que renvoie l'entourage au bébé, sur ce qu'il perçoit des éprouvés de celui-ci. D.W.WINNICOTT [25] souligne que « *la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* ». Le parent exerce aussi cette fonction de miroir. C'est en voyant l'expression de son parent, et en entendant ce qu'il en dit, que l'enfant pourra intégrer quelque chose de ce qui se passe pour lui. Cela fait référence à la théorie de W.BION sur la fonction α maternelle. C'est la capacité du parent à accueillir « *les impressions sensorielles et les émotions exprimées par l'enfant à l'état brut, qu'il nomme éléments β , pour les transformer en éléments α . Ce travail permet au psychisme de l'enfant d'assimiler ce qui auparavant n'était qu'excitation informelle* » [24]. La mère a un rôle « détoxifiant » des états somato-psychiques de son bébé, car, sur le mode du miroir qui réfléchit l'image, elle lui renvoie ses éprouvés sur un registre « pensable ».

La vue est un sens à distance, la relation avec l'objet ne se rompt pas quand il s'éloigne car cet objet reste dans le champ visuel. Le regard médiatise la séparation, la facilite : un contact perceptif persiste malgré l'absence du corps-à-corps. Cela permet au bébé d'évoluer sous le

regard narcissisant de son parent, sans être dans un corps à corps symbiotique qui empêcherait cette individuation. Ainsi, la vision rend acceptable la distance qui s'instaure entre le parent et son enfant, pour chaque protagoniste.

2. Développement psychomoteur

Le développement neurophysiologique est indissociable et concomitant au développement psycho-affectif. C'est dans l'interaction que s'effectue l'intégration motrice. Le bébé naît avec des potentialités neuro-motrices, qui se développeront si elles sont mises en jeu et investies. Il s'agit du processus d'instrumentalisation des fonctions motrices potentielles. En effet, le bébé n'investit son corps que secondairement à l'investissement de la relation instaurée entre lui et son entourage. C'est donc parce que le parent investit le corps de son enfant, que ce dernier le découvrira et apprendra à le connaître.

a) *La modulation tonique*

- Le tonus

C'est l'état de tension permanent du muscle qui subsiste au repos. Il est contrôlé par des données physiologiques (état d'étirement du muscle) mais aussi émotionnelles et psychiques. On distingue 3 formes de tonus :

- le tonus de fond est une constante physiologique vitale en lien avec les émotions, les affects éprouvés par le sujet dans la relation
- le tonus postural est modulé par les stimuli environnementaux, notamment visuels
- le tonus d'action sous-tend et prépare la motricité volontaire.

La régulation tonique est donc à la fois consciente et inconsciente.

Chez le nouveau-né, la modulation tonique se fait sur le mode du tout ou rien : on parle d'hypertonie d'appel (déplaisir) et d'hypotonie de réplétion (satisfaction). En effet, le tonus est le premier moyen d'expression des états internes du bébé. En étant en relation avec l'enfant, notamment lors du portage, le parent peut ressentir ces différents états de tension, tenter de les décoder et d'y répondre. H.WALLON, puis J.DE AJURIAGUERRA ont formulé le terme de dialogue tonico-émotionnel, car le tonus est le moyen de communication privilégié du bébé.

- Les facteurs intrinsèques

Le développement psychomoteur suit les lois de maturation céphalo-caudale et proximo-distale. Le bébé naît avec un axe hypotonique et des membres rigides. Au fil des semaines, la tonicité distale va diminuer des ceintures aux extrémités, tandis que la tonicité axiale va augmenter dans le tronc, de la nuque au sacrum. Ceci va permettre le redressement de la tête, qu'on observe dans la manœuvre du tiré-assis, ou lorsque le bébé est allongé sur le ventre. En moyenne, le contrôle de la tête est acquis vers 2 mois.

Plus tard, l'action des muscles redresseurs de la nuque va permettre à l'enfant de maintenir sa tête dans l'axe de son buste pendant qu'il se déplace à quatre-pattes : le bébé appréhendera ainsi la profondeur de l'espace. La station debout nécessitera une tonicité encore plus importante dans le cou.

- Facteurs extrinsèques

La modulation tonique est aussi induite par les flux sensoriels dont parle A.BULLINGER [6] : le bébé mobilise son tonus selon les stimulations sensorielles. La vision est la principale source de stimulation, 75% des informations passent par ce canal. L'enfant, pour orienter son regard vers le stimulus, tonifie les muscles de sa nuque afin de maintenir sa tête droite. Ce même auteur décrit l'utilisation de damiers noir et blanc : le contraste stimule la rétine du bébé et augmente de façon automatique sa tonicité.

b) Vers de nouveaux schèmes moteurs

- Initiation et régulation du mouvement

Lorsque les réflexes archaïques disparaissent et laissent place à une motricité volontaire, que le tonus périphérique diminue, alors les membres supérieurs deviennent disponibles pour l'exploration de l'environnement.

A partir de 3 mois, bien que les mouvements soient amples et saccadés, de type balayage, l'enfant va chercher à atteindre des objets situés dans son champ de vision. Petit à petit, avec le contrôle moteur croissant, le bébé pourra prendre et manipuler les objets plus finement. La motricité visuo-guidée, ou coordinations oculo-manuelles, est généralement efficace vers 4-5 mois.

La vision a un rôle déclencheur de l'action, elle motive l'initiation du mouvement, le guide, puis va pouvoir corriger le programme moteur. La vision exerce un rétro-contrôle : une évaluation du geste s'effectue simultanément au déroulement de l'action. C'est le seul sens permettant d'apprécier instantanément la distance séparant le membre préhenseur de l'objectif.

De la même manière, c'est parce que l'enfant voit un objet mais qu'il ne peut l'atteindre qu'il va, d'abord par hasard, initier un retournement qui lui permettra d'attraper l'objet avec la main opposée. La vision joue, dans chaque schème moteur, son rôle d'amorce, car l'exploration de l'environnement se fait d'abord visuellement, avant de pouvoir toucher, sentir, goûter l'objet concerné.

Lorsqu'il aura la maturation neuroanatomique suffisante pour se déplacer, le jeune enfant va élargir sa zone d'exploration. Il pourra ramper, se déplacer à quatre-pattes, puis marcher. En plus de l'importance du soutien relationnel nécessaire à la locomotion, la vision permet d'envisager l'espace proche et lointain de manière synthétique, donc d'y trouver des sources d'intérêt.

La vision permet aussi l'appréciation des distances, de combiner la perception à l'action motrice nécessaire pour parcourir la distance séparant l'enfant de l'objet à rejoindre.

- Equilibration

S.PORTALIER et F.VITAL-DURAND⁹ insistent sur l'importance de la vue dans le maintien des équilibres statiques et dynamiques. Que ce soit dans la station assise ou debout, le regard permet à l'enfant de s'équilibrer : c'est en fixant un point droit devant lui que le tout-petit peut se stabiliser. L'accroche visuelle est un élément essentiel complétant les informations vestibulaires. Chez l'homme, l'organisation posturale de la station debout se fait à partir du regard, celui-ci doit être horizontal. Très simplement, fermer les yeux lorsqu'on est debout sur un pied précarise notre équilibre.

- L'imitation

L'imitation est un comportement spontané chez l'enfant. D'abord réflexe, elle deviendra volontaire et prendra valeur de communication. L'enfant peut imiter ses pairs (leur mimique, leur gestuelle ou posture par exemple) afin d'entrer en relation, d'initier un jeu.

⁹ Cités dans [12] HATWELL Y. Psychologie cognitive de la cécité précoce, Ed Dunod, 2003

Imiter est secondaire à la perception visuelle, on ne peut imiter sans avoir préalablement vu l'action d'autrui. L'imitation est liée aux neurones miroirs, qui s'activent lorsque nous effectuons un geste, mais aussi lorsque nous voyons autrui réaliser ce geste.

Dans un second temps, l'acte observé sera intégré, mémorisé, l'enfant s'en fera une représentation, et le reproduira ultérieurement. C'est l'imitation différée, qui signe l'accès du jeune enfant aux fonctions symboliques.

3. Développement cognitif

Le développement de la pensée abstraite, de la représentation mentale, des fonctions symboliques, distingue l'Homme de l'animal. Nous allons ici aborder le déroulement de ce processus, et le rôle qu'y joue la vision.

a) De la sensation à la représentation

- Une boucle interactive

La sensation est le stimulus brut arrivant aux organes des sens. Lorsqu'elle est traitée au niveau cérébral, que le sujet en prend conscience, on parle alors de perception. L'image mentale que l'on se fait de cette perception est appelée représentation.

Ce n'est pas un trajet à sens unique, mais bien une boucle interactive. Les représentations fondent l'action, qui nourrit les sensations, etc... J.ANDRE [1] considère que « *la perception est un résultat auquel la psyché joue plus d'un tour* » : le traitement cognitif de la sensation est influencé par nos représentations préalables, nos états psycho-affectifs et relationnels. La psyché agit comme un filtre de nos perceptions.

Au début de sa vie, le jeune enfant est dans une recherche de sensations, dans le plaisir d'agir, J.PIAGET parle de sensori-motricité. Ces expériences sensorielles seront cependant classées en bonnes ou mauvaises selon l'environnement relationnel dans lesquelles elles s'inscrivent, première forme de catégorisation et donc prémisse de représentations.

Les sensations sont le point de départ de cette boucle créatrice de sens, de représentation mentale. Le raisonnement, l'analyse, ne peuvent se baser que sur un matériel concret, perçu.

Saint Thomas d'Aquin, au XIII^{ème} siècle, défendait déjà l'idée que tout élément de l'intelligence provient d'abord des sens.

- Les coordinations intermodales

C-F.RAMUZ, cité par B.GOLSE [1], dit de l'enfant : « *il lui faut d'abord observer, par tous ses sens, le monde qui l'entoure, avant de pouvoir y mettre du sens et d'être capable de s'y repérer* ». Il illustre le nécessaire passage par la découverte sensorielle pour comprendre et se représenter le monde environnant.

Au départ de la vie de l'enfant, chaque modalité sensorielle correspond à un espace séparé : l'espace tactile, visuel, auditif, gustatif et olfactif. Ces espaces vont être mis en lien par le traitement simultané de ces afflux sensoriels, grâce à la maturation cérébrale. L'unification de l'espace sensoriel s'effectue en parallèle de la constitution de l'enveloppe psychique permettant d'advenir comme sujet unique. Les sensations sont rassemblées en une perception globale du corps ou de l'objet, et la représentation qui se construira sera unifiée.

Ceci permet à l'enfant d'user d'un sens pour percevoir une information sensorielle et d'utiliser un autre sens pour y répondre. La transmodalité peut être illustrée par l'exemple de l'enfant qui tourne sa tête vers un bruit : il oriente son regard vers la source sonore.

La vision a un rôle particulièrement unificateur des différences afférences sensorielles : elle permet de rassembler sous une image les différentes caractéristiques et proto-représentations de l'objet.

- Illustration : la permanence de l'objet

La permanence de l'objet est une étape pour laquelle le sens visuel est essentiel. C'est le moment où le jeune enfant comprend que l'objet qui sort de son champ perceptif (majoritairement visuel) continue d'exister. Auparavant, tout objet perdu de vue était disparu à jamais. Il comprend alors que sa mère existe même lorsqu'il ne la voit pas, et que c'est la même mère qu'il retrouve lorsqu'elle réapparaît. Une représentation de l'objet maternel s'élabore et prend le relais de la présence réelle. Cela ne peut se mettre en place que si l'attachement entre le bébé et son parent est suffisamment sécurisé.

b) Schéma corporel et structuration spatiale

- Le schéma corporel

J. DE AJURIAGUERRA propose la définition suivante : « *Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* »¹⁰.

Le schéma corporel est le support de l'identité du sujet, ce qui lui permet de se reconnaître comme appartenant à l'espèce humaine. C'est la perception de soi-même et la spatialisation de son corps dans l'environnement.

J. DE AJURIAGUERRA décrit quatre étapes par lesquelles passe l'enfant pour construire la représentation de son corps :

- Le corps vécu, lieu de sensations, de gestualité, de motricité.
- Le corps perçu où l'enfant prend conscience de ses gestes dans l'espace qui l'entoure.
- Le corps connu : l'enfant peut nommer, montrer les différentes parties de son corps
- Le corps représenté est l'étape où l'enfant peut se représenter mentalement la forme de son corps, sa position dans l'espace.

La vision, comme évoqué précédemment, joue un rôle d'initiation du mouvement, elle motive et guide l'action de l'enfant, lui permettant d'enrichir son répertoire moteur et de fonder les bases de ce schéma corporel.

Par la suite, la vision complète, unifie et rassemble les données proprioceptives et kinesthésiques, c'est-à-dire la localisation des segments corporels et la perception de leurs mouvements dans l'espace. Voir et ressentir son corps bouger participe, par la coordination multimodale, à l'obtention d'une représentation globale du corps dans l'espace.

Cependant, si ce cheminement de l'éprouvé corporel à la représentation mentale paraît linéaire, il ne faut pas omettre la dimension relationnelle et affective dans laquelle se joue ce développement. En présence du parent, le corps de l'enfant devient objet de relation, investi et traversé d'émotions. Ainsi, si le schéma corporel est la représentation du corps physique spatialisé, F.DOLTO [8] parlera de l'image du corps comme de la représentation d'un corps

¹⁰ DE AJURIAGUERRA J. cité dans [24] SCIALOM P, GIROMINI F, ALBARET J-M. Manuel d'enseignement de psychomotricité, Ed De Boeck Solal, 2013

investi, historicisé, chargé d'affect : « *L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles [...]. C'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente* », nous dit-elle.

- La structuration spatiale

De la même manière, la structuration de l'espace et sa représentation symbolique ne peuvent s'affranchir du passage par le corps propre : le schéma corporel est le premier référentiel spatial. La motricité est le support de l'aspect figuratif de la pensée. La pensée est incarnée, indépendante de son enracinement corporel.

Les notions topologiques ne prennent sens qu'après avoir été éprouvées corporellement. A.BULLINGER [6] décrit l'interrelation entre les schèmes moteurs de base et la construction primaire de l'espace chez l'enfant. Je cite : « *les étapes du développement sensorimoteur peuvent se caractériser comme une succession d'espaces emboîtés que l'enfant habite et s'approprie* ».

- L'espace utérin est la source des premiers flux sensoriels.
- L'espace oral : la bouche est la première zone investie. Pendant la tétée, le lait passe du sein (ou biberon) à la bouche du bébé. Les notions d'extérieur et intérieur sont ainsi préalablement éprouvées.
- L'espace du buste : les mouvements de flexion et d'extension du bébé lui font ressentir l'avant et l'arrière de son corps.
- L'espace du torse : le bébé peut ensuite expérimenter les mouvements de rotation du buste à partir du bassin, ce qui soutient l'intégration des espaces latéraux droit et gauche.
- L'espace du corps : c'est le début de la locomotion, de l'investissement du bas du corps et donc de la coordination et dissociation entre le haut et le bas.

Chaque nouvelle acquisition motrice (tenue de la tête, quatre pattes, marche), permet à l'enfant d'accroître son champ visuel, l'espace perçu augmente. A mesure qu'il peut se déplacer, il explore un espace de plus en plus lointain, encouragé par ses figures d'attachement.

Le premier référentiel spatial est égocentré : l'enfant vit puis pense l'espace par rapport à lui-même, puis il pourra se décentrer. On parlera alors de référentiel allocentré, où l'enfant peut adopter le point de vue spatial d'autrui, et enfin de référentiel géocentré, c'est-à-dire construit par rapport à des repères orthonormés.

La vision est le seul sens permettant d'appréhender l'espace, en termes d'étendue, de distance, de surface. Les variations de sons entendus renseignent sur le changement de distance entre le sujet et la source sonore mais pas sur ce qui entoure cet objet, l'odorat permet de sentir mais pas de spatialiser la source, et le toucher n'est possible qu'à proximité. La vue réalise la synthèse des afférences centrales et périphériques des deux yeux pour construire une image globale de l'environnement perçu.

c) L'émergence des fonctions symboliques

Le langage est l'ultime étape dans le processus de symbolisation. C'est l'utilisation de mots (le signifiant) pour représenter un objet (le signifié). Il permet de comprendre, d'analyser, d'organiser les pensées. Il est représentation de la réalité, mais aussi création. Il est décrit comme l'instance refoulante du vécu archaïque brut par S.FREUD : les sensations, perceptions, représentations peuvent être partagées grâce au langage, mais ne peuvent pas être retranscrites parfaitement puisque les mots viennent mettre une distance entre l'éprouvé et l'expression verbale de cet éprouvé.

Le langage n'apparaît pas brutalement vers 2 ans, il y a des étapes préalables qui permettent à l'enfant d'acquérir cette fonction symbolique.

- Pointage et attention conjointe

Pointer du doigt est un pré-requis pour accéder au langage. L'enfant commence par désigner les objets par un geste, avant d'utiliser les mots. C'est une étape intermédiaire entre l'usage de la motricité comme support de la communication non-verbale et le langage. Le pointage est impossible sans l'investissement de la fonction visuelle. Au départ, le pointage peut se faire par l'orientation du regard, avant que le geste souligne le désir de l'enfant.

Pointer, c'est montrer à quelqu'un d'autre. L'objet désigné devient alors objet d'une attention conjointe.

- Imitation différée et faire-semblant

L'imitation différée, c'est la reproduction, sans le modèle, d'une activité préalablement observée. L'enfant a intériorisé l'action, intégré la séquence motrice : son corps est l'instrument de représentation, c'est le premier signifiant du sujet, utilisé pour traduire le signifié (ici l'action imitée).

Quand l'écart entre l'action et l'imitation s'accroît, que l'enfant transforme les situations vécues ou vues, il passe progressivement au jeu symbolique. On observe des jeux de rôle, comme « jouer au papa et à la maman » ou « au docteur ». Faire-semblant résulte de l'intériorisation de l'imitation : des images mentales se créent, se complexifient et s'intègrent.

- Le dessin

Au départ découverte hasardeuse d'un crayon qui laisse trace, le dessin va devenir support d'expression, de symbolisation des états psychiques de l'enfant.

Se rendre compte que nous laissons trace n'est possible que grâce au sens visuel. C'est la fascination de l'enfant de découvrir que sa pulsion motrice est créatrice d'une trace qui va le solliciter pour renouveler l'expérience. Plus tard, ce dessin sera guidé par la notion d'esthétisme, il confrontera sa production à un modèle ou à une image mentale (objet vu ou imaginé).

Instauration du lien parent-enfant, initiation motrice, équilibration, contrôle gestuel, construction du schéma corporel, structuration spatiale, représentation mentale... la vision intervient manifestement dans de nombreuses étapes développementales. Qu'en est-il lorsque la vision ne peut jouer ces rôles correctement ? Comment la déficience visuelle impacte-elle l'enfant ? Je répondrai à ces questions dans la partie suivante après avoir présenté ce handicap sensoriel.

II. La déficience visuelle et ses retentissements

A. Approche générale de la déficience visuelle

La déficience visuelle peut être héréditaire, congénitale (présente à la naissance), périnatale (qui survient dans la période suivant la naissance), ou acquise ultérieurement. En effet, elle peut résulter d'un accident, d'un traumatisme, d'une pathologie, ou être liée à l'âge. Elle peut être évolutive ou non.

1. Définitions

La déficience visuelle est considérée, en France, comme un handicap. Selon la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), établie par l'OMS en 2001 et fondée sur une approche bio-psycho-sociale, un trouble ou une maladie peut provoquer un dysfonctionnement des fonctions organiques ou des structures anatomiques. Conjugué à des facteurs contextuels (environnementaux ou personnels), cela peut placer le sujet en situation de handicap.

En effet, dans la loi française du 11 février 2005, le handicap est défini comme suit : « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant* »¹¹.

La déficience visuelle, c'est-à-dire la diminution qualitative et/ou quantitative de la fonction visuelle, liée à l'altération des structures neuro-anatomiques du système visuel, peut avoir des répercussions sur la vie du sujet : on parle donc de handicap visuel. Une situation quotidienne, comme aller chercher son pain à la boulangerie, devient source de difficultés pour le sujet déficient visuel. On peut décomposer cet exemple en plusieurs actions : se rendre à la boulangerie, choisir un produit, et le régler. Pour un sujet déficient visuel, le déplacement est

¹¹ www.mdpsh.fr

déjà problématique (retenir le parcours, s'orienter sans repères visuels, éviter les obstacles). Ensuite, le choix du pain ne peut se faire seul, l'aide de la vendeuse est nécessaire pour savoir quels produits sont disponibles. Enfin, il faudra reconnaître les pièces sans pouvoir discerner les chiffres inscrits.

2. Classification

Deux critères permettent d'évaluer le degré de déficience visuelle : l'acuité visuelle et le champ visuel. L'évaluation considère toujours l'œil le plus efficient après correction.

- L'acuité visuelle :

C'est la « *grandeur mesurant la capacité de l'œil à discriminer deux points distincts, en fonction de la distance les séparant et de l'éloignement de l'observateur* », selon le dictionnaire Larousse Médical [14]. Elle est exprimée en dioptrie.

- Le champ visuel :

C'est « *l'espace que l'œil peut percevoir quand il est immobile* » [14]. Il est normalement de 180° sur les côtés, 70° en bas et 60° en haut.

Ces deux critères sont à la base de la classification officielle de la déficience visuelle établie par l'OMS :

- Catégorie I ou déficience visuelle moyenne: acuité visuelle corrigée comprise entre 3/10^{ème} et 1/10^{ème}, et/ou champ visuel inférieur à 20°
- Catégorie II ou déficience visuelle sévère : acuité visuelle comprise entre 1/20^{ème} et 1/10^{ème}
- Catégorie III ou déficience visuelle profonde : acuité visuelle comprise entre 1/50^{ème} et 1/20^{ème}, et/ou champ visuel compris entre 5° et 10°
- Catégorie IV ou déficience visuelle presque totale: acuité visuelle inférieure à 1/50^{ème} mais perception lumineuse préservée et/ou champ visuel inférieur à 5°
- Catégorie V ou cécité absolue: absence de perception lumineuse

Les catégories I et II concernent les sujets dits « malvoyants », souffrant de basse vision. Pour les catégories III à V, on parle de cécité.

Ce classement quantifie la fonction visuelle, mais ne caractérise pas le trouble. Pour comprendre comment le sujet voit ou non, nous avons besoin d'informations qualitatives concernant sa vision.

3. Les différentes altérations de la vision

Il existe de nombreuses pathologies ophtalmiques, que je ne pourrai pas exposer en détail. Je fais donc le choix de n'expliquer ici que les principales conséquences de ces diverses affections, afin de comprendre le retentissement fonctionnel de la déficience visuelle. Vous en trouverez l'illustration en annexe 1.

- La vision floue :

L'acuité visuelle est globalement diminuée, le flou s'étend sur tout le champ visuel. La perception de la lumière est décuplée : les rayons lumineux sont moins focalisés, ils diffusent jusqu'à un large nombre de photorécepteurs, ce qui entraîne l'éblouissement. Les objets peuvent être déformés (surtout s'ils sont faiblement contrastés), car la vision des contours est altérée. Du fait de l'atténuation générale de la perception visuelle, on préconise des couleurs vives et contrastées, des lettres grossies et un éclairage doux, afin de ne pas amplifier le phénomène.

Différentes altérations du cristallin peuvent engendrer ce flou. S'il est trop bombé, les rayons lumineux se rejoignent en avant de la rétine et l'image des objets lointains est déformée : c'est la myopie. A l'inverse, lorsque le cristallin n'est pas assez convergent, du fait de son aplatissement, l'image se forme en arrière de la rétine : les objets les plus près sont floutés. La cataracte ou opacification du cristallin augmente avec l'âge. Il peut être alors proposé une opération chirurgicale visant à remplacer le cristallin altéré par une lentille artificielle, ce qui permettra de retrouver une vision nette.

- La vision périphérique :

La vision du sujet est perturbée par une tâche (scotome) plus ou moins opaque au centre de son champ visuel. En effet, les cônes situés dans la macula (zone rétinienne de la vision centrale et précise) sont défaillants.

Cela rend difficile les activités fines, comme lire un livre ou reconnaître un visage, mais la perception de l'espace périphérique rend l'orientation spatiale et les déplacements possibles.

Nous retrouvons ce type de vision dans la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA) chez les personnes âgées ou la maladie de Stargardt¹² chez l'enfant.

Le sujet peut aussi souffrir d'un défaut de fixation qui l'empêche de percevoir correctement l'objet qu'il regarde, la stabilisation du regard est perturbée par un nystagmus. Le nystagmus est un mouvement d'oscillation involontaire et saccadé de l'œil, lié à une perturbation de la coordination des muscles oculomoteurs.

- La vision tubulaire ou centrale :

Le déficit concerne la périphérie du champ visuel, car les bâtonnets sont défailants. Les cônes, cellules nerveuses qui permettent de voir les couleurs et les détails dans la partie centrale de la rétine, sont en revanche fonctionnels. La vision est donc focalisée sur le centre du champ visuel.

Les déplacements et l'orientation sont difficiles car la perception globale de l'environnement est impossible. Les stratégies de balayage de la tête, afin d'appréhender l'espace latéral, haut et bas, n'apportent qu'une image fragmentée de l'environnement. Cela nécessite une grande concentration : l'analyse visuelle est coûteuse en énergie, tant physique que psychique.

La vision tubulaire est typique des rétinopathies pigmentaires, maladies génétiques caractérisées par la perte progressive des photorécepteurs bâtonnets.

- La vision avec tâches :

Les scotomes (ou tâches) apparaissent sur l'ensemble du champ visuel, ce qui gêne considérablement la vie quotidienne.

On retrouve ce symptôme dans la rétinopathie diabétique ou lors d'un décollement de la rétine.

- La vision en couleur

Les dyschromatopsies affectent la discrimination des couleurs : la perception visuelle est globale, mais non conforme à la réalité, ce qui peut engendrer des difficultés dans la vie quotidienne (reconnaitre les feux tricolores par exemple). En effet, les cônes –cellules rétinienne- liés à la vision des couleurs, sont déficients. Il existe différentes types de dyschromatopsie, dont la plus connue est le daltonisme.

¹² La maladie de Stargardt est une affection génétique qui provoque la dégénérescence progressive de la région centrale de la rétine chez l'enfant

- La vision partiellement tronquée

Une lésion sur les voies visuelles peut provoquer héli ou quadranopsie. Si le nerf optique gauche est lésé, seul le champ visuel droit sera perceptible, soit la moitié du champ visuel : on parle d'hémianopsie. Si la lésion est située sur le chiasma optique, la vision des champs visuels temporaux sera amputée, le sujet ne verra que les éléments présents au centre du champ visuel. Si les radiations optiques sont touchées, on pourra constater l'absence de perception visuelle provenant d'un quart du champ visuel : une quadranopsie.

B. L'impact fonctionnel du handicap visuel : un suivi spécialisé

Comme abordé précédemment, la déficience visuelle est à l'origine de retentissements fonctionnels handicapants. Ainsi, ce trouble sensoriel nécessite une prise en charge spécifique et personnalisée, à la fois médicale, paramédicale et socio-éducative.

Compte-tenu de la diversité des formes de déficiences visuelles, chaque sujet doit être pris en soin selon sa pathologie et son potentiel visuel, en fonction des difficultés qu'il rencontre et de ses capacités d'adaptation.

Suivant les différents domaines de la vie du sujet impactés par le trouble visuel, je présenterai les professionnels directement liés au trouble visuel, puisque ce sont eux qui amorcent, en France, la prise en soin spécifique de chaque patient déficient visuel.

1. Suivi médical et rééducation oculaire

a) Un suivi médical spécifique

Chez les enfants, un premier diagnostic est réalisé par le médecin généraliste lors de deux examens de santé obligatoires à 9 et 24 mois : les troubles visuels et auditifs doivent faire l'objet d'un dépistage précoce. Si des signes alertent le pédiatre ou les parents, le médecin

procède à l'examen clinique et recherche un signe de malvoyance ou de strabisme¹³. Si des examens approfondis sont nécessaires, le nourrisson est orienté vers un ophtalmologiste.

Ce dernier a choisi comme spécialité médico-chirurgicale le traitement de l'œil et ses annexes, qui nécessitent un examen régulier de par leur complexité et leur sensibilité. L'ophtalmologue possède des appareils pour mesurer la vision et vérifier l'intégrité du système visuel. S'il détecte une pathologie visuelle, il peut prescrire un traitement médicamenteux ou réaliser les actes chirurgicaux nécessaires. Même en cas de cécité, un suivi ophtalmologiste est important, car l'œil peut être endommagé ou dégénérer. Le médecin peut prescrire une rééducation orthoptique ou des outils de correction nécessaires au sujet malvoyant.

b) Rééducation, potentialisation, palliation

L'orthoptiste est un professionnel paramédical qui vise la rééducation, la réadaptation ou la prévention des troubles visuels. Il est à même d'évaluer et de mesurer des déviations oculaires, comme le strabisme, la diplopie¹⁴... Les techniques rééducatives visent à préserver le potentiel visuel ou à améliorer les capacités de l'œil. Il n'intervient pas auprès de sujets aveugles.

Il évalue les conséquences pratiques du trouble visuel et peut donc proposer des solutions palliatives au patient pour optimiser sa fonction visuelle. Par exemple, il détermine la police de caractère la plus adaptée pour lire, indique quel éclairage (direct ou indirect) facilite la tâche, enseigne des stratégies de balayage visuel pour examiner l'intégralité d'un espace... Il peut aussi préconiser des aides visuelles, comme des loupes grossissantes.

L'opticien, quant à lui, exerce en libéral. Sa mission est de fournir des instruments optiques (verres correcteurs ou lentilles de contact par exemple) adaptés à la symptomatologie du patient. La correction optique nécessaire est déterminée et prescrite par le médecin ophtalmologue.

¹³ Le strabisme est un défaut de convergence des axes visuels : on dit que l'enfant « louche ».

¹⁴ La diplopie est la vision double

2. De la dépendance à l'autonomie

a) *Des difficultés quotidiennes*

Le sujet déficient visuel est en permanence confronté à des difficultés pour effectuer des actes de la vie quotidienne, et doit donc demander l'aide d'autrui. Face à cette dépendance qui peut être vécue comme infantilisante, l'éducateur en Activité de la Vie Journalière (ou AVJiste) intervient dans les lieux de vie des sujets déficients visuels, afin de leur fournir des « clés » pour le quotidien. Il leur apprend des gestes, techniques, stratégies pour que les actes courants soient effectués de la manière la plus autonome possible. Concrètement, l'AVJiste peut apprendre à reconnaître les pièces de monnaie, utiliser un four, faire ses lacets, s'habiller seul... selon les besoins et demandes exprimés par le sujet.

L'ensemble de ces techniques permet au sujet d'être acteur de sa vie quotidienne, de conserver ou d'acquérir une certaine autonomie.

b) *Un parcours semé d'embûches*

Dans cette perspective d'autonomie, l'instructeur en locomotion travaille avec la personne malvoyante des stratégies lui permettant de se déplacer en sécurité. Il ne s'agit pas de mémoriser des trajets par cœur, mais bien d'apprendre à s'orienter, éviter les obstacles placés sur les trottoirs, repérer les intersections et les passages cloutés, entre autres.

C'est une prise en charge individuelle et personnalisée selon le projet de vie de la personne malvoyante. Le travail en locomotion peut commencer très tôt chez les enfants déficients visuels, tout comme faire l'objet d'une rééducation en cas de perte tardive de la vision.

Chez les enfants, une prise en soin en psychomotricité est souvent effectuée au préalable ou en parallèle, compte-tenu des pré-requis nécessaires pour se déplacer : attention perceptive, investissement des afférences sensorielles et kinesthésiques, spatialisation du corps propre puis décentration. De plus, nombre d'instructeurs en locomotion étaient psychomotriciens avant de se spécialiser dans la compensation de la déficience visuelle.

Le travail en locomotion commence donc d'abord par la mobilisation des sens disponibles (tactile, auditif, visuel s'il est encore efficace), et un travail corporel sur la conscience de soi et

de ses mouvements dans l'espace (kinesthésie et proprioception). Se déplacer, c'est appréhender l'espace grâce aux différentes afférences perceptives et se le représenter mentalement.

Au départ, se déplacer nécessite l'aide d'un tiers. L'instructeur en locomotion peut travailler en collaboration avec l'entourage (famille, éducateurs...) pour apprendre les techniques de guidage par le bras. Puis, des techniques de déplacement autonome peuvent être proposées, comme la canne blanche. Cette dernière fera l'objet d'un apprentissage particulier, afin qu'elle devienne le prolongement du bras du sujet pour reconnaître les obstacles sur son chemin.

Le sujet aveugle peut aussi être accompagné d'un chien-guide s'il le désire. Ces animaux, dociles et fiables, ont été dressés par un éducateur de chien-guides : ils savent répondre aux ordres d'obéissance et de direction, indiquer les trottoirs et les escaliers, trouver une porte ou un arrêt de bus, mémoriser des parcours, prendre des initiatives voire désobéir en cas de danger.

Le chien-guide permet donc au sujet malvoyant ou aveugle de se déplacer en sécurité, d'être actif et autonome. Il favorise et facilite aussi le contact avec l'extérieur, ce qui évite le repli sur soi. En effet, il est autorisé dans les transports (bus, avion), les hôtels, restaurants, afin que le sujet puisse mener une vie sociale harmonieuse. C'est également un compagnon de vie, dont les effets sur l'humeur, la confiance en soi, ne sont plus à démontrer.

3. L'accès à la culture

Si les chiens-guides aident à l'intégration sociale, celle-ci passe aussi par l'insertion scolaire (puis professionnelle), où l'enseignant spécialisé est un acteur important. Membre de l'équipe pédagogique, il permet l'accès à la lecture et à l'écriture, donc à la culture, pour le jeune déficient visuel. Il fournit des documents scolaires adaptés à la déficience visuelle de ses élèves, mais est aussi chargé de l'apprentissage du braille.

L'alphabet inventé par Louis Braille en 1829, puis abrégé par d'autres auteurs, est un code en relief déchiffrable grâce au sens tactile. Chaque lettre « noire » (d'imprimerie classique, non visible par un aveugle) correspond à une combinaison unique de points répartis sur une matrice de deux colonnes de trois points. L'effleurage digital des points en relief permet de lire chaque lettre d'un texte. Pour l'écriture, des machines à écrire spécifiques ont été créées.

Les technologies informatiques ont révolutionné l'accès à la culture et à la communication pour les sujets déficients visuels : désormais les ordinateurs peuvent transcrire les textes ou des

partitions musicales en Braille par exemple. Des logiciels traduisent oralement les textes écrits à l'écran, ou au contraire transforment les sons prononcés en texte écrit.

4. Les préconisations des spécialistes de la déficience visuelle

Si certains corps de métiers s'adressent spécifiquement au sujet déficient visuel, d'autres professionnels (psychomotricien, ergothérapeute, infirmier, éducateur, aide médico-psychologique, éducateur de jeunes enfants...) sont amenés à travailler auprès de personnes malvoyantes : ils se doivent donc d'être (in)formés sur le trouble visuel en général, mais aussi sur la symptomatologie singulière du sujet rencontré.

Malgré la diversité des déficiences visuelles, les professionnels spécialisés ont pu repérer des mesures facilitantes pour la majorité des sujets déficients visuels, et les diffuser aux autres intervenants. Mon stage auprès d'enfants déficients visuels m'a permis d'intégrer ces recommandations pratiques, et de les appliquer lors de mes rencontres avec les enfants.

- Une rencontre multi-sensorielle:

La voix, l'odeur, le contact peau-à-peau, l'attitude tonique sont autant de marqueurs de notre identité corporelle qu'utilisent les personnes déficientes visuelles pour nous reconnaître. En tant que future psychomotricienne, je suis sensible à ces modes d'entrée en relation lorsque je rencontre un jeune déficient visuel. Ainsi, je signale vocalement mon arrivée lorsque j'entre dans une pièce, notamment sur les temps de groupe, et je préviens les enfants quand une personne quitte la pièce. Lorsque je rencontre un enfant, je me place face à lui, à une distance qui lui permet de me toucher s'il étend son bras, et le laisse sentir ma main s'il en ressent le besoin.

- Un espace délimité :

Il est essentiel de décrire l'environnement où nous nous situons, afin que le sujet puisse se le représenter et s'y repérer. En entrant dans la salle de psychomotricité, on pourra situer les différents espaces et objets présents dans la pièce (tapis, bureau, armoire à jouets, modules en mousse...), en ayant préalablement débarrassé le sol d'éventuels obstacles afin que l'exploration autonome ne soit pas entravée. Je trouve aussi important de travailler la représentation globale de l'établissement lors des temps de transition, en parlant des différents

espaces traversés et en reliant les changements d'orientation avec les sensations kinesthésiques éprouvées lors du déplacement. Cela renforce aussi les bases du travail en locomotion.

A un niveau institutionnel, pour faciliter les déplacements, il est important de contraster et délimiter les différents espaces. Par exemple, des scotchs rouge sont placés au bord de chaque marche (distinction visuelle), et un revêtement à picot est installé en haut et en bas des escaliers (discrimination tactile). Lorsque j'accompagne un enfant aveugle, je marque un léger arrêt avant de monter ou descendre pour qu'il comprenne qu'il y aura un changement. Les portes sont fermées ou grandes ouvertes, afin que les enfants se déplaçant seuls ne se cognent pas.

Lors d'un travail à la table, je fais attention à ne pas placer l'enfant face à une fenêtre, ce qui pourrait l'éblouir, et veille à lui présenter les objets dans son champ visuel. En psychomotricité, quand on rencontre de très jeunes enfants voyants, on propose des objets en face d'eux et au milieu, de manière à ne pas influencer la prévalence manuelle. Avec les enfants déficients visuels, il est d'abord important de connaître acuité et étendue du champ visuel, pour proposer l'objet dans l'espace perçu.

Ces préconisations, simples et logiques, sont appliquées dans tous les lieux où sont reçus les sujets déficients visuels. Tout professionnel intervenant auprès d'enfants déficients visuels doit avoir en tête ces particularités, afin de les intégrer à sa pratique.

C. Lecture psychomotrice de la déficience visuelle

Nous avons vu l'impact fonctionnel de la déficience visuelle sur le quotidien de l'enfant, mais qu'en est-il de l'impact sur ses fonctions psychomotrices ? Au vu de l'importance de la fonction visuelle dans le développement de l'enfant, il est légitime de penser que la déficience visuelle peut impacter ce développement. Mon propos est élaboré à partir d'auteurs-référents, mais il se fonde aussi sur mes observations et mon expérience clinique pour aborder dans cette partie l'expression psychomotrice de la déficience visuelle.

1. Tonus

Le tonus est au carrefour du système neuro-musculaire, des émotions, et des afférences environnementales comme la vision. On trouve une perturbation de la régulation tonique chez certains enfants malvoyants, qui peut s'exprimer selon deux versants : un excès de contraction (hypertonie) ou au contraire un relâchement exagéré (hypotonie).

a) Hypertonie

L'enfant déficient visuel peut présenter des tensions corporelles dans des parties ou dans la totalité du corps. Il adopte une posture lui permettant d'orienter son regard dans le champ visuel résiduel, nécessitant parfois de conserver la tête penchée ou de garder le cou en torsion : ceci peut provoquer des tensions localisées.

L'hypertonie généralisée est liée à la difficulté d'appréhender et d'anticiper l'environnement. Cette incapacité à prévoir peut être très angoissante, et l'enfant se maintient alors dans un état d'hyper-vigilance afin de parer à toute situation imprévue ... c'est-à-dire constamment. Les états d'éveil, de vigilance et d'attention étant liés au tonus, nous pouvons observer des enfants malvoyants très toniques.

Les notions de « cuirasse musculaire » de W.REICH ou de « paroi tonique » de S.ROBERT-OUVRAY [22] soulignent le rôle de barrière protectrice que joue le tonus contre les intrusions permanentes (contact, sons imprévus et imprévisibles) pour ces enfants privés de la vue. Ce bouclier tonique est un moyen de défense pour lutter contre l'effet de surprise qui provient des stimuli environnementaux.

Cette hypertonie est réactionnelle, elle n'est pas liée à un trouble neurologique : elle doit normalement diminuer lorsque l'enfant se sent en sécurité (dans les bras de son parent, ou dans un lieu repéré comme stable). Le dialogue tonique dans le corps à corps est normalement instauré, permettant à l'enfant d'expérimenter le relâchement. Dans le cas contraire, l'hypertonie sans possibilité de modulation, de nuance, peut être considéré comme pathologique.

En effet, chez certains enfants, cet état hypertonique ne cède pas. Nous pouvons aussi faire l'hypothèse que c'est un moyen de pallier le manque de sentiment d'enveloppe corporelle, qui, je le rappelle, dépend notamment des interactions visuelles entre le bébé et son parent

(notamment dans la construction de l'arrière-plan). Ce serrage musculaire procurerait des sensations de dur dans tout le corps, qui s'en trouverait ainsi unifié, globalisé. A-M LATOUR¹⁵ évoque ces phénomènes d'agrippement tonique chez les enfants présentant des troubles autistiques, dont souffrent 25% des enfants aveugles.

b) Hypotonie

D'autres enfants malvoyants présentent au contraire un tonus faible, un axe corporel affaissé, la tête est enroulée. Autour du 3^{ème} mois, on peut voir des enfants présenter un effondrement tonique car les flux visuels, décrits par A.BULLINGER [6], n'exercent pas leur effet mobilisateur. Le bébé reste enroulé, sa curiosité n'est pas stimulée pour qu'il soutienne ou oriente sa tête.

Non sollicitée, la fonction visuelle qui soutient l'exploration, la découverte de l'environnement, la rencontre avec l'autre, est alors désinvestie.

Cette hypotonie peut aussi être envisagée comme un moyen de se défendre contre les stimulations intrusives et surprenantes : la passivité, le repli, comme manière de contrôler l'angoisse ou les agressions extérieures.

2. Motricité

a) Motricité globale et locomotion

En lien avec le désinvestissement de la fonction exploratoire du regard, on note fréquemment un retard dans le développement moteur. La motricité de l'enfant voyant se développe car l'enfant est avide de découvrir le monde qui l'entoure, d'attraper le jouet qu'on lui présente ou situé plus loin dans son champ visuel. C'est la vision qui motive et initie l'action.

L'enfant déficient visuel est privé de ce moteur, de ce sens qui attise sa curiosité. On observe donc des enfants plutôt statiques, qui ne prennent pas d'initiatives. Les stimulations auditives, tactiles et relationnelles (présence du parent) doivent remplacer l'information visuelle, pour que

¹⁵ LATOUR A-M. « Un effet paradoxal des enveloppements serrés : l'expérience du tonus et du mouvement »

l'enfant découvre de nouvelles possibilités de mouvement. Un étayage important doit être proposé pour que le tout-petit enrichisse son répertoire de schèmes moteurs dans un climat relationnel sécurisant.

On remarque des stratégies de déplacement différentes par rapport aux enfants voyants : l'enfant malvoyant passe rarement par le quatre-pattes, où sa tête sera premier point d'impact en cas de collision avec un obstacle. Certains enfants se déplacent sur les fesses, ou sur le dos.

L'équilibre statique et dynamique est mis à mal chez les sujets déficients visuels. Privés du point d'ancrage visuel et de l'horizontalité du regard, ils ne peuvent se fier qu'au système vestibulaire et à la proprioception. Ces derniers offrent des perceptions moins fines, la sensation de verticalité est moins précise.

L'acquisition de la marche est donc plus tardive, car les préalables que sont l'équilibre et l'orientation spatiale sont défaillants. De plus, la curiosité motivant le déplacement fait place à l'appréhension, l'enfant ne sait pas ce qu'il va trouver après le temps de suspension, ne peut anticiper le « terrain d'atterrissage » de ses pieds. Le réflexe parachute étant lié à la vision et au sens kinesthésique, il peut ne pas se mettre en place et rendre les premières chutes traumatisantes, renforçant l'aspect anxiogène de la marche. Les premiers pas doivent se faire dans un climat motivationnel d'autant plus important que l'enfant n'a pas de cible visuelle à atteindre.

Les interactions avec l'entourage ont aussi une influence sur la motricité et la locomotion de l'enfant malvoyant. Ce dernier est généralement hypomobile, calme, il incite involontairement ses parents à le laisser tranquille. Ce schéma est un cercle vicieux, l'absence de stimulation entraînant l'absence de mouvement. De plus, certains parents, par crainte que leur enfant se blesse, ou parce qu'ils le croient incapable de se déplacer seul, ont tendance à le déplacer d'un endroit à l'autre. Cela retarde d'autant plus l'acquisition de la locomotion autonome.

S.FRAIBERG¹⁶ a évalué le retard dans le développement moteur chez des bébés aveugles: ils ne peuvent s'asseoir seuls qu'à 12 mois (contre 6-7 mois chez un enfant voyant) et la marche autonome n'est acquise qu'à 22 mois, soit environ 10 mois plus tard qu'un enfant non atteint de cécité.

Une fois acquise, la marche de l'enfant aveugle présente quelques particularités : elle est plus lente, les pas sont rétrécis. Nous pouvons observer un écartement des pieds élargissant le

¹⁶ FRAIBERG S. citée dans [12] HATWELL Y. Psychologie cognitive de la cécité précoce, Ed Dunod, 2003

polygone de sustentation, ce qui préserve l'équilibre en station debout. La posture générale est aussi impactée par l'absence d'afférences visuelles : le regard n'est pas porté vers l'avant, le menton est donc rentré, enroulant la colonne dans une cyphose globale. Les vibrations de la canne blanche, lorsqu'elle est utilisée, stimulent l'attention de l'individu et permettent un léger redressement.

Une tendance à « virer » à droite ou à gauche est remarquée : c'est la difficulté majeure à maintenir une trajectoire rectiligne que rencontrent les sujets pour qui les stimulations visuelles ne permettent pas de repérage spatial suffisant.

Paradoxalement, la locomotion de certains enfants malvoyants au fond tonique important peut au contraire être très vive. La toute-puissance motrice n'est pas tempérée par le handicap visuel, et on peut voir des enfants « foncer » sans prendre en compte les limites qu'impose leur déficience. Ils trébuchent alors fréquemment, se cognent, etc.

b) Motricité fine et préhension

L'espace de l'enfant déficient visuel est limité à ce que le sens tactile lui permet de découvrir du monde, c'est-à-dire un petit périmètre de préhension. L'activité manuelle et la manipulation des objets sont relativement faibles, du fait de l'absence de stimuli visuels permettant d'engager une exploration spontanée. Les bébés déficients visuels ou aveugles ne peuvent manipuler que ce qu'ils trouvent au hasard de leurs mouvements, et ce qu'on leur présente directement dans leur main, car les réflexes d'agrippement (« grasping reflex ») sont présents.

Normalement, la station assise est une position favorable à la manipulation des objets. Seulement, chez les enfants déficients visuels, du fait de la difficulté à trouver l'équilibre, les mains servent de stabilisateurs. Cependant, lorsque le jeune enfant trouve un appui dorsal, les mains sont libérées et peuvent être instrumentées : elles trouvent leur fonction de préhension, d'exploration et de manipulation.

Afin de recevoir le plus d'informations possibles simultanément, l'enfant déficient visuel privilégie la prise palmaire. La motricité très fine, comme la prise en pince, est plus difficile à investir car cela réduit la surface de contact avec l'objet. Nous imaginons aisément les difficultés graphomotrices que cela pourra entraîner. Celles-ci sont aussi dues à la « maladresse » des enfants visuels, liés à la défaillance de la coordination main-œil, qui ne peut

jouer son rôle d'évaluation et de correction pendant que le geste est effectué. Si les capacités visuelles résiduelles sont suffisantes, l'enfant préfère souvent dissocier les tâches de localisation de la cible et l'acte moteur, car c'est moins coûteux en énergie.

Chez l'enfant aveugle, la coordination visuo-manuelle ne peut se mettre en place, elle sera remplacée par la coordination audition-préhension. Celle-ci est plus longue à se mettre en place et n'advient qu'autour des 12 mois, selon S.FRAIBERG¹⁷. C'est un préalable pour l'acquisition de la permanence de l'objet, objet qui peut exister sous deux modalités et donc être recherché quand il disparaît d'un champ perceptif (auditif ou tactile). Elle se met en place vers 16 mois pour des aveugles complets, rapporte BIGELOW¹⁸.

H.WALLON a énoncé 3 lois traitant de l'évolution motrice :

- La loi de différenciation : la motricité passe de mouvements globaux involontaires à des gestes fins et volontaires.
- La loi de variabilité : la motricité progresse de manière générale mais l'évolution peut être marquée par des stagnations, des arrêts, voire des régressions.
- La loi de succession : tous les enfants passent par les mêmes étapes de développement, l'ordre de maturation est établi au niveau génétique.

Ces lois s'appliquent aussi à l'enfant déficient visuel qui, s'il est correctement soutenu et stimulé, doit acquérir les schèmes moteurs de base même si son rythme de développement est plus lent qu'un enfant ne présentant pas de troubles.

3. Sensorialité

Quand la vision fait défaut, l'enfant doit trouver d'autres sources l'informant sur son environnement. Il utilise donc les sens fonctionnels à sa disposition : on parle de vicariances sensorielles. Si l'enfant aveugle n'a pas d'autre choix, l'enfant déficient visuel est constamment tiraillé entre regarder ou privilégier un autre sens pour obtenir l'information souhaitée. Cela dépend du degré de déficience visuelle, de ce que ses capacités lui permettent. On note cependant une difficulté à utiliser spontanément les vicariances, l'accrochage visuel reste important même s'il est moins efficace.

¹⁷ FRAIBERG S. citée dans [12] HATWELL Y. Psychologie cognitive de la cécité précoce, Ed Dunod, 2003

¹⁸ BIGELOW cité dans [12] HATWELL Y. Psychologie cognitive de la cécité précoce. Ed Dunod, 2003

On pense souvent que l'enfant aveugle possède un sens tactile plus aiguisé, mais il ne naît pas avec ces capacités supérieures : la cécité oblige à porter une attention particulière aux organes sensoriels vicariants, à les solliciter de façon soutenue et répétée, ce qui développera leur sensibilité et augmentera le volume des aires corticales associées.

- Le toucher

C'est le sens le plus utilisé pour pallier l'absence d'informations visuelles. Le sens tactile concerne l'ensemble du corps (récepteurs cutanés à la pression) mais l'organe du toucher principal, auquel on pense premièrement, est la main. Les récepteurs situés dans la pulpe des doigts sont les plus fins, ce sont eux qui sont sollicités dans la lecture du braille par exemple.

Le toucher est un sens de contact qui nécessite une action volontaire de la part du sujet. Pour R. BEYLIER-IM [5], « *l'acquisition d'un toucher efficient prend en compte l'aspect sensitif de la fonction du toucher et l'aspect psychomoteur de l'utilisation des mains* ». Il ne permet d'appréhender que les objets situés à une distance accessible en tendant les bras. Sa surface d'exploration étant réduite, il offre une compensation limitée de la vision.

C'est par le toucher que nous pouvons distinguer la texture, la densité, le relief, le poids, la forme de l'objet.

Plusieurs procédures d'exploration existent pour connaître ces caractéristiques :

- Le frottement latéral pour percevoir la texture de l'objet
- La pression indique la dureté du matériau
- L'enveloppement statique qui permet de connaître la forme générale et la température
- L'enveloppement dynamique et le contour digital assurent la précision des formes
- Le soulèvement est utilisé pour connaître le poids de l'objet.

Spontanément, les sujets déficients visuels restent dans l'enveloppement statique, les autres types d'exploration nécessitent un apprentissage pour être automatisés.

Avec l'effet de répétition, l'enfant malvoyant peut identifier très rapidement les objets usuels à sa disposition. Dans le cas d'objets nouveaux, l'exploration tactile est contraignante : tous ces gestes doivent être effectués pour obtenir une représentation globale de l'objet. Cela requiert aussi beaucoup de temps, alors qu'un coup d'œil aurait suffi à un sujet voyant pour appréhender toutes les particularités de l'objet.

L'exploration tactile peut être couplée à d'autres vicariances, afin d'apporter une information plus complète : certains enfants sentent ou tapotent les objets par exemple.

- L'audition

Ce sens, deuxième vicariance la plus sollicitée, fonctionne de la même manière que le système visuel : le son est une onde qui fait vibrer le tympan, ce qui excite le nerf auditif et transmet l'information au cortex. « *Ces vibrations dépendent des caractéristiques des objets émetteurs (matériaux, taille, forme, etc), de celle de l'action qui produit cette vibration (percussion, grattement, etc)* » explique Y.HATWELL [12]. Le volume du son produit permet de connaître la distance séparant le sujet de l'objet, sa position dans l'espace ou la trajectoire de son déplacement. Cependant, cette localisation est moins précise que celle du système visuel.

« L'écholocation », c'est-à-dire la capacité à localiser les obstacles en l'absence de perception visuelle, se base sur la réverbération de l'onde sonore sur les objets situés sur son trajet. Par exemple, en frappant au sol et en analysant l'écho de ce bruit, nous pouvons connaître approximativement le volume de la pièce, ou savoir si un obstacle est proche. Malgré tout, cette sensibilité n'est pas suffisante pour se déplacer seul en cas de trouble visuel important.

Pour permettre à l'enfant de pouvoir sélectionner les éléments auditifs le renseignant sur son environnement, il est important de ne pas le « noyer » dans un bain verbal incessant ou un fond sonore qui pourrait saturer ce canal sensoriel.

- Le goût et l'odorat

Naturellement, les jeunes enfants portent les objets à la bouche, cela leur permet d'enrichir l'information tactile par le contact avec les lèvres, très sensibles, et de conjuguer cette sensation avec le goût de l'objet et l'odeur qui en provient. Chaque objet, ou matière, possède une odeur caractéristique que l'enfant apprend à discriminer finement. L'odeur corporelle, propre à chaque individu, est un moyen fiable pour l'enfant déficient visuel pour identifier les personnes qui l'entourent.

Cependant, ce mode de compensation est progressivement délaissé car l'entourage familial ou éducatif ne l'encourage pas, voire l'interdit, pour des raisons de savoir-être en société.

- La proprioception

Elle peut être considérée comme un sixième sens. Les capteurs proprioceptifs des tendons, articulations et muscles, mais aussi l'orientation des canaux vestibulaires renseignent sur la position du corps dans l'espace à un instant précis. Cette prise de conscience de la forme globale du corps permet donc un ajustement postural fin. La kinesthésie est la perception du mouvement, elle peut être pensée comme le sens proprioceptif sur le versant dynamique. Ainsi, pour R.BEYLIER-IM [5], c'est ce sens qui permet à l'enfant de sentir son corps bouger.

4. Les représentations corporelles

L'absence d'afférences visuelles de l'enfant aveugle freine l'accès à une perception globale de son corps. La cécité prive de l'image réelle que renvoie le miroir, un élément primordial dans cette compréhension d'un corps unifié, limité et différencié de l'autre.

La représentation du corps dépend aussi du répertoire d'expériences corporelles qu'aura pu faire l'enfant. Or, l'impossibilité d'imiter et le manque d'initiatives motrices liées au manque de stimuli visuels motivants, conduisent à une insuffisance d'expériences corporelles concourant au sentiment de continuité corporelle, de globalité dans le mouvement.

On observe donc des enfants ayant une représentation morcelée d'eux-mêmes, les sensations ne sont pas réunies et assemblées pour former un tout.

Généralement, s'il n'y a pas de trouble cognitif associé, les enfants connaissent bien le nom des parties du corps, peuvent les montrer sans difficulté. La somatognosie ne reflète cependant pas le niveau de construction du schéma corporel. En effet, ces enfants ont des difficultés à repérer les différentes parties de leur corps les unes par rapport aux autres et la position de leur corps dans l'espace, à spatialiser un geste ... Le schéma corporel, privé de ses afférences visuelles, doit s'élaborer à partir des autres sens disponibles, mais qui n'apportent pas cette vision unifiée du corps.

« La proprioception visuelle fournit à la proprioception corporelle et au système vestibulaire un cadre de référence à l'intérieur duquel l'enfant voyant situe plus facilement son corps et les segments de ce corps », explicite Y.HATWELL [12].

Chez l'enfant malvoyant, cette conscience corporelle peut rester confuse, manquer de limites stables. Si le champ visuel est tronqué, cela peut retentir sur la perception de la globalité du corps, une partie n'étant pas visible.

- Les blindismes :

Ces représentations corporelles assez morcelées peuvent amener le sujet déficient visuel à chercher des sensations d'unité du corps dans certains mouvements, appelés blindismes.

« Ce sont des stéréotypies gestuelles ou rythmiques qui accompagnent un discours, une émotion, ou qui sont présentes dans l'inaction », définit R.BEYLIER-IM [5].

C'est une caractéristique spécifique des non-voyants, mais ces stéréotypies n'altèrent pas la qualité de présence du sujet comme dans les troubles autistiques ou psychotiques. Quand

on lui fait remarquer ou qu'il prend conscience de ses manifestations, le sujet peut les cesser immédiatement, il n'y a pas d'enjeu existentiel.

Il peut s'agir de mouvements corporels globaux ou segmentaires, décrits comme des « *décharges motrices de sécurisation ou d'autobercement, de stimulation du système vestibulaire, voire l'expression de l'émotion qui surgit* » selon cette même auteure [5].

J'ai observé des enfants aveugles appuyer fortement et fréquemment sur leurs yeux. Ce signe digito-oculaire est à la fois effectué pour apaiser l'irritation de l'œil mais aussi pour procurer une stimulation lumineuse par compression du globe.

Les enfants malvoyants montrent aussi des stéréotypies, à la recherche de stimulations visuelles intenses : ils peuvent se balancer face à une source lumineuse, ou provoquer des séquences « jour-nuit » avec l'éclairage ou avec un mouvement de balayage de la main, doigts écartés, devant les yeux.

De plus, ces comportements « étranges » pour les voyants peuvent entraver la socialisation de ces jeunes, parfois déjà mise à mal. Quand l'enfant grandit, un travail de prise de conscience des blindismes et des émotions ou situations déclencheurs permet de les diminuer.

5. La structuration spatiale

- Des éprouvés corporels...

Le corps étant le premier modèle d'organisation spatiale, l'hypomobilité des enfants déficients visuels et le retard dans la mise en jeu des différentes coordinations (haut/bas, gauche/droite, avant/arrière, etc) freinent ou entravent l'éprouvé puis l'intégration des repères topologiques structurant l'espace de son corps.

Il pourra ensuite projeter ces repères dans l'espace, d'abord par rapport à lui-même (« le cube est devant moi ») puis par rapport à des repères fixes (« le cube est à gauche du cerceau »). Ceci demande comme préalable la différenciation Moi/non-Moi, la différenciation d'un espace interne et externe.

Au départ, le bébé perçoit plusieurs espaces sensoriels : espace visuel, espace auditif, espace tactile... Les sensations et donc l'espace sont morcelés. Un travail cognitif de synthèse est nécessaire pour se représenter un espace extérieur global et unifié. Les coordinations

intermodales sont alors importantes : les perceptions isolées peuvent se croiser, se coupler, afin de construire un environnement cohérent. Un effort de création est aussi nécessaire à l'enfant malvoyant pour obtenir une représentation du monde qui l'entoure. L'étendue, par exemple, ou les couleurs, sont uniquement appréhendables par la vision.

On sait que l'enfant a construit un espace extérieur à son propre corps quand il se déplace vers des objets sonores à distance. C'est que la coordination audition-préhension et la permanence de l'objet se sont mises en place : l'objet, bien que non perçu tactilement, existe pour lui-même, indépendant de l'enfant.

Les sens tactile et auditif donnent la position relative de l'objet touché ou entendu par rapport au corps de l'enfant, il s'agit d'une localisation égocentrée.

De même, la proprioception évalue la position du corps par rapport à la position antérieure et la sensation du mouvement qu'il a fallu effectuer pour passer de l'une à l'autre. C'est aussi un sens égocentré qui ne permet pas de situer le déplacement dans un espace orthonormé.

La principale difficulté de représentation spatiale des sujets déficients visuels concerne la représentation exocentrique, moins facile d'accès et moins naturelle.

- ... à la décentration

La vision indique simultanément la position relative de plusieurs points de repères dans l'espace qui permettent de situer un objet dans ce référentiel externe. L'enfant malvoyant n'a pas toujours accès à cette vue d'ensemble, il faut donc qu'il recherche tactilement ou auditivement ces points de repères stables. Par exemple, imaginons un enfant qui touche une chaise autour d'une table, dans sa cuisine : il ne sait pas à quelle place est la chaise, il faut qu'il touche un autre meuble pour situer la chaise par rapport à ce repère extérieur.

Ces conduites d'exploration nécessitent l'apprentissage de stratégies afin de pallier le manque d'informations périphériques : on a en effet vu précédemment que naturellement l'enfant privilégie un contact statique avec l'objet.

Dans un espace familier, l'enfant déficient visuel pourra former des « cartes cognitives », c'est-à-dire visualiser son déplacement. Le sujet aura alors intégré les conséquences spatiales de ses gestes et pourra les projeter dans l'image mentale de l'environnement si l'organisation de celui-ci est stable.

- L'évaluation des distances

Le tact est un sens de contact et l'audition un sens « à distance. Les distances sont difficilement évaluables : soit le sujet est en contact direct avec l'objet concerné, soit il en est éloigné mais il ne peut connaître précisément la distance qui les sépare. La question des distances interpersonnelles se pose alors, car le regard ne peut jouer son rôle d'évaluation mais aussi de mise à distance, de tiers séparateur.

La notion de proxémie, établie par E.HALL¹⁹, ne semble pas envisageable dans le cas d'une déficience visuelle. Il a décrit 4 zones ou « bulles » séparant les sujets, règle tacite des interactions sociales : les distances intime, personnelle, sociale, et publique.

Le sujet déficient visuel n'a pas naturellement accès à ce mode de communication non-verbale. L'enfant a spontanément besoin de toucher la personne avec qui il parle, sans prendre en compte le degré d'intimité qui le lie à son interlocuteur.

6. La communication et les interactions avec autrui

a) *La communication non-verbale*

La vision a un rôle déclencheur des échanges sociaux. L'enfant déficient visuel est donc privé de ce pouvoir d'appeler ou interpeler par le regard, tout comme il ne peut réagir au regard de l'autre. De la même manière, le sourire n'est jamais initié par l'enfant aveugle pour entrer en contact avec autrui, cela ne peut être qu'une réponse à l'interaction.

Il est aussi en difficulté dans la reconnaissance des expressions du visage, des émotions, des états affectifs d'autrui, permis par le pont neuronal entre la rétine et le système limbique. Les sujets malvoyants sont eux-mêmes généralement peu expressifs, les mimiques se communiquant par l'imitation. Sans la vision, la posture et l'attitude corporelle, pourtant vecteurs de communication, ne sont pas appréhendables sans contact direct avec le sujet.

Les vicariances sensorielles prennent alors toute leur place dans la communication non-verbale. L'ouïe est importante pour déceler les variations du ton de la voix, et le sens tactile permet un corps-à-corps nécessaire pour percevoir les états internes du sujet, via le dialogue tonico-émotionnel.

¹⁹ HALL E.T. La dimension cachée, Ed Points, 1978

Cette absence de contact visuel perturbe les interactions précoces entre le parent et l'enfant déficient visuel, et ces difficultés relationnelles pourront durer si l'enfant ne trouve pas d'alternatives pour établir le contact. 25 à 50% des enfants aveugles congénitaux développent d'ailleurs des troubles autistiques : les troubles des interactions sociales et de la communication représentent deux des trois piliers de la triade autistique, selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

b) Le langage

L'acquisition du langage est permise par le bon fonctionnement de l'ouïe : entendre est un préalable pour dire, cela facilite l'accès au symbolisme. L'environnement langagier dans lequel est baigné l'enfant déficient visuel est important : le mot entendu permet d'unifier les différentes perceptions de l'objet, de rassembler plusieurs éprouvés sous une même signification. Par exemple, le mot « canard » ne sera pas associé à la seule vision de l'animal, mais pourra aussi être mis en lien avec l'audition des « coin-coin », le contact avec des plumes ou avec une reproduction miniature, ou encore avec le jeu de marcher en canard.

Les études menées, notamment par S.FRAIBERG²⁰, ne montrent pas de retard de langage. Les échanges visuels entre l'entourage et le nourrisson sont perturbés par le handicap visuel, mais la communication verbale s'établit plus facilement et facilitera les échanges ultérieurs.

Les très jeunes enfants aveugles sont moins expressifs vocalement, la parole ou les babillages spontanés sont peu nombreux, mais ils répondent à l'interaction. Nous pouvons penser que l'enfant n'échange pas spontanément car il ne voit pas son interlocuteur, il ne peut donc pas savoir s'il peut s'adresser à lui avant que ce dernier ne lui parle. Comme pour le sourire et le regard, le mot ne prend pas valeur d'appel et d'initiation à l'interaction. Nous pouvons aussi imaginer que ne pas émettre de sons lui permet d'écouter ce qui se passe autour de lui sans « polluer » l'environnement sonore.

Par la suite, la communication orale est généralement très investie, voire surinvestie. C'est un mode de communication avec l'entourage très important qui ouvre les portes d'une socialisation nouvelle.

²⁰ FRAIBERG S. citée dans [12]HATWELL Y. Psychologie cognitive de la cécité précoce, Ed Dunod, 2003

Les mots permettent aussi de décrire l'espace environnant et les actions qui s'y déroulent. Ainsi, la représentation s'en trouve facilitée. Le langage est créateur d'une réalité commune, partagée, entre l'enfant déficient visuel et son interlocuteur, voyant ou non. L'enfant aveugle présente une tendance au « verbalisme », c'est-à-dire qu'il peut utiliser des mots uniquement signifiants pour les voyants, comme les couleurs : même s'il ne s'en fait pas une représentation réaliste, le mot est vecteur d'échange.

Des difficultés dans l'acquisition et la différenciation des pronoms personnels sont parfois notées : l'enfant confond « Je » et « tu », « moi » et « toi ». Différentes hypothèses sont envisageables : le phénomène d'écholalie d'une part (l'enfant répond « oui tu aimes le chocolat » lorsqu'on lui demande « tu aimes le chocolat ? ») et la difficulté à se construire en tant que sujet, puis à se décentrer d'autre part.

Cette expression psychomotrice de la déficience visuelle est à nuancer selon chaque enfant. En effet, des différences interindividuelles sont présentes selon les capacités visuelles restantes (acuité et champ résiduels, sensibilité à la lumière, perception des couleurs...), les facteurs relationnels (interactions précoces étayantes ou non, motivation...) et environnementaux (repères spatiaux, contraste et luminosité) dont dispose l'enfant.

Après avoir notifié les difficultés, majoritairement perceptivo-motrice et spatiales, que peuvent rencontrer les enfants malvoyants, nous pouvons désormais envisager le rôle du psychomotricien à leurs côtés.

III. Apport de la médiation équine dans la prise en soin d'enfants déficients visuels en psychomotricité

A. L'intervention du psychomotricien auprès de jeunes déficients visuels

1. Bilan psychomoteur

Nous avons vu précédemment les particularités psychomotrices que sont susceptibles de présenter les enfants du fait de leur déficience visuelle : perturbation des représentations spatiales et corporelles, difficultés posturo-motrices, inadéquation tonique, difficultés relationnelles et de communication non-verbale...

Le psychomotricien est le professionnel habilité à faire passer des bilans psychomoteurs, qui comprennent des tests standardisés et/ou de l'observation clinique. Ce bilan permet de mettre à jour les difficultés, mais aussi les compétences de l'enfant sur lesquelles il va pouvoir s'appuyer, et les potentialités à faire émerger.

Il existe peu de tests adaptés à la déficience visuelle²¹, dans leur passation et dans l'étalonnage. Pour réaliser un examen psychomoteur complet, il faut donc utiliser des tests, non-spécifiques au handicap visuel, et les adapter : acuité et champ visuels, vision des reliefs et contrastes, photosensibilité... sont autant d'éléments pouvant impacter les compétences de l'enfant lors de la passation. Il est donc important de se fier aux préconisations des spécialistes pour proposer à l'enfant les conditions optimales afin de minimiser l'impact des répercussions fonctionnelles.

²¹ A. BERNARD recense le B.101 DV, le Manuvis et l'échelle de développement de Reynell-Zinkin dans SCIALOM P, GIROMINI F, ALBARET J-M. Manuel d'enseignement en psychomotricité, 3. Clinique et thérapeutiques, Ed de Boeck-Solal, 2015.

Il pourra s'agir d'agrandir les figures ou de les contraster, d'adapter la luminosité ou de proposer des ballons sonores qui permettront à l'enfant de situer l'objet dans l'espace et de l'attraper... En cas de cécité ou de déficience visuelle sévère, quand l'imitation « visuelle » est entravée, il est important de verbaliser pour décrire notre position et de proposer à l'enfant de toucher pour passer par une imitation « tactile ».

Si la standardisation permet de situer l'enfant par rapport à une norme, les résultats obtenus peuvent être biaisés par le degré des difficultés visuelles de l'enfant. Par son expérience clinique, le psychomotricien nuance donc l'interprétation des résultats obtenus et réalise la synthèse des compétences, potentialités et problématiques notées chez l'enfant. Il peut ensuite envisager des pistes de travail, en fonction du projet global de soin et de vie du jeune rencontré.

2. Le rôle du psychomotricien auprès d'enfants déficients visuels

Je décrirai ici les principaux axes de travail du psychomotricien, les objectifs de son intervention auprès de jeunes malvoyants. Je proposerai une trame guidant la rencontre singulière avec chaque enfant, ces axes généraux étant à nuancer selon l'expression psychomotrice de l'enfant.

- Favoriser des échanges relationnels de qualité

L'enfant se construit dans la relation à l'autre, et la déficience visuelle peut altérer ce lien : absence du contact œil-à-œil, difficulté pour le parent à investir un enfant porteur de handicap, fonction d'enveloppe corporelle et de construction de l'axe corporel du regard entravée, tant dans la verticalisation physique que psychique...

Le psychomotricien peut étayer l'entrée en relation de l'enfant et suppléer la vision par un support verbal, tactile : il porte à l'enfant une attention à la fois corporelle et psychique, sur le modèle du « holding » et du « handling » de D.W. WINNICOTT [25]. Il s'agit de proposer les conditions optimales pour entrer en relation avec l'enfant, afin qu'il puisse intérioriser ces modes de communication et s'approprier ses propres ressources. Le dialogue tonico-émotionnel, théorisé par J.DE AJURIAGUERRA, est alors un mode de communication non-verbale privilégié dans notre profession : enfant et thérapeute sont à la fois émetteur et récepteur d'un message corporel traduisant leur état interne. Une communication corps-à-corps peut alors s'instaurer, que le psychomotricien, par sa sensibilité corporelle, parvient à décoder et à induire.

- Stimuler le désir d'explorer et d'être actif

C'est dans ce climat relationnel sécure que l'enfant pourra s'autonomiser, qu'il pourra oser expérimenter, malgré l'appréhension procurée par l'absence d'une vision unifiée de l'environnement. Grâce à la sécurité de base apportée par la contenance du psychomotricien, l'hypervigilance de l'enfant déficient visuel pourra céder et le tonus sera plus adapté. L'enfant sera alors corporellement plus disponible, à la fois à la relation à l'autre et à la découverte de son environnement. A l'inverse, chez l'enfant hypotonique, le psychomotricien devra susciter ou soutenir cette envie d'explorer en mettant en place un environnement stimulant : des accroches relationnelles et sensorielles doivent remplacer l'accroche visuelle initiant le mouvement. Ainsi, on peut imaginer des ballons sonores, des jouets colorés et contrastés, couplés à un encouragement vocal mais aussi tactile. Il est parfois nécessaire de « montrer » à l'enfant aveugle certains mouvements : le mobiliser pour qu'il expérimente les étapes de l'action, ou, pour les plus grands, faire le geste pendant qu'ils touchent notre corps en mouvement permet l'imitation tactile.

- Etayer la découverte pluri-sensorielle et le développement de la multimodalité

Toute représentation est élaborée à partir d'un substrat sensoriel. Les différentes sensations, issues de multiples modalités sensorielles, sont combinées par le cerveau pour créer une image mentale de l'objet. Plus l'enfant explore via différents sens, plus la représentation qu'il s'en fera sera complète. Seulement, l'enfant déficient visuel se cantonne généralement à un contact tactile statique, ce qui ne lui permet pas d'appréhender les différentes caractéristiques de l'objet. Nous savons aussi que l'enfant aveugle de naissance, n'ayant jamais pu coupler ses afférences auditives ou tactiles à la vision synthétique de l'objet, aura plus de difficultés de représentation mentale qu'un enfant devenu aveugle plus tardivement. En effet, les traces mnésiques d'afférences visuelles, même quand la vue n'est plus efficiente, se combinent avec les perceptions tactiles et enrichissent la représentation de l'objet.

Le travail du psychomotricien ira dans le sens d'une stimulation sensorielle précoce, afin que l'enfant puisse coupler ses différentes afférences sensorielles le plus tôt possible, mais surtout que cette exploration pluri-sensorielle soit investie par l'enfant. En effet, le corps n'est pas une machine qui, plus elle serait stimulée sensoriellement, plus elle produirait de représentations mentales : il faut que l'exploration soit investie et source de plaisir, que le lien entre les différentes perceptions prenne du sens pour l'enfant afin que la comodalité soit efficiente.

Le psychomotricien, dans cette perspective, veillera à nommer l'objet présenté à l'enfant déficient visuel, l'incitera à le toucher, l'écouter, le sentir, mais pour que cela devienne automatique chez l'enfant, il faut que cet apprentissage soit pris dans une dimension interactive, ludique et non contraignante dans un cadre relationnel sécurisé et étayant.

- Enrichir et mettre en sens le stock d'expériences sensori-motrices

Sur ce même modèle, toutes les représentations de l'enfant, qu'elles soient corporelles, spatiales ou conceptuelles, doivent d'abord avoir été éprouvées dans le corps propre. Les propositions du psychomotricien suivent la logique du développement psychomoteur de l'enfant, du sensori-moteur à l'abstraction. Chez l'enfant déficient visuel, privé de la synthèse qu'opère le regard, le passage par l'éprouvé corporel prend encore plus de sens, il doit mettre en jeu toutes ses vicariations sensorielles pour élaborer une représentation unifiée.

Le répertoire d'expériences vécues du corps propre fournira un socle d'ancrage aux représentations mentales et au raisonnement logique. C'est en développant une motricité active, exploratoire, que l'enfant découvrira ce qu'est « passer dessus, dessous, faire le tour, aller derrière ou devant, d'un côté ou de l'autre », en lien avec les mots mis par le psychomotricien sur ces éprouvés kinesthésiques. Cette mise en jeu du corps, tant dans le mouvement que dans la découverte sensorielle, permet la structuration progressive du schéma corporel, qui s'étoffera à mesure que le répertoire moteur et sensoriel s'enrichira. La représentation de l'espace extérieur à l'enfant se construit de manière analogue à la représentation qu'il a de son corps, premier référentiel spatial.

Le psychomotricien vise donc le renforcement du référentiel corporel de l'enfant déficient visuel, qui fournira une base solide pour sa représentation de l'espace, aussi entravée par sa pathologie.

- Participer à la construction d'une identité et d'un narcissisme solides

Chez l'enfant déficient visuel, par sa situation de handicap et par l'absence spécifique de la vision, nous pouvons craindre des difficultés dans le processus de construction identitaire, d'estime de soi, etc.

Un travail psychomoteur, invitant à l'implication corporelle et valorisant celle-ci, est important car, comme le souligne F.JOLY [13], « *c'est par le corps que nous pensons, c'est par le corps que nous nous reconnaissons ; il s'agit là de notre carte d'identité la plus intime et la plus fondamentalement incarnée* ».

Comme développé précédemment, la déficience visuelle peut perturber précocement la relation du nourrisson à son environnement, tant humain que matériel. Les interactions précoces et la fonction verticalisante du regard, permettant la construction d'un axe corporel psychique, la construction de l'arrière-plan psychique, l'intégration de la permanence de l'objet, l'accès à la différenciation soi/non-soi via le stade du miroir... peuvent être entravées si la vision ne peut jouer son rôle dans le développement de l'enfant.

Le psychomotricien va accompagner le jeune déficient visuel dans son processus de croissance psychique, en instaurant un cadre thérapeutique contenant (notion développée dans la partie suivante) qui favorisera le sentiment de sécurité interne. La construction de celui-ci passe aussi par un éprouvé de la solidité du corps, tant réelle que fantasmatique, imaginaire. La permanence de l'objet (l'objet extérieur mais aussi la continuité d'exister du corps propre) passera par l'expérience d'une relation stable et par des sensations tactiles, toniques, auditives qui viendront stimuler l'éprouvé d'un corps unifié.

Plus tard, à l'âge de la socialisation, le sujet pourra être stigmatisé, subir les regards curieux et/ou des moqueries, ou être rejeté en raison de sa différence si son handicap est visible. Outre le matériel de compensation (matériel scolaire adapté, canne blanche...), l'enfant peut présenter des comportements atypiques par rapport aux enfants voyants, comme les blindismes ou les conduites d'exploration auditive ou tactile par exemple. Si les railleries deviennent trop importantes et que le groupe de pairs ne peut constituer un repère affectif stable, l'insertion sociale de l'enfant déficient visuel pourra être entravée. En temps normal, à l'âge scolaire, l'enfant s'autonomise progressivement de son système familial pour s'identifier à ses pairs. Un rejet de la part de ses camarades peut provoquer une baisse de l'estime de soi chez l'enfant déficient visuel et freiner son processus d'individuation, la construction de son identité d'enfant et d'élève.

Des actions de sensibilisation sont donc importantes à mener dans les établissements scolaires accueillant des enfants en situation de handicap, auprès des élèves mais aussi des professionnels. Le psychomotricien, quant à lui, interviendra auprès de l'enfant pour lui offrir un espace de symbolisation de ses éprouvés, parfois emprunts de tristesse, de colère, de dévalorisation ou d'incompréhension, qu'il tentera de teinter d'affects positifs.

Nous pouvons aussi travailler avec l'enfant sur la reconnaissance des émotions ou l'identification des situations qui déclenchent les blindismes. Il sera ainsi plus aisé de comprendre leur but afin de proposer à l'enfant d'autres façons socialement plus acceptables de diminuer son anxiété ou de se procurer une stimulation sensorielle par exemple.

3. Le cadre thérapeutique

« *L'attention visuelle soutenue fournit au bébé un cadre relationnel, temporel et spatial de repères familiers, et donc à priori rassurants et non insécurisants* », rappelle H.MONTAGNER [20]. Quand la vision ne peut jouer son rôle pour relever les invariants de l'environnement, elle ne peut pas toujours étayer la sécurité interne de l'enfant déficient visuel. Le cadre thérapeutique instauré par le psychomotricien constituera une base solide sur laquelle pourra s'appuyer l'enfant.

Le cadre thérapeutique est un dispositif spatio-temporel, une capacité de présence, une assise solide qui contient le soin. En effet, poser un cadre, c'est offrir au patient un lieu, un temps et une pensée où il pourra s'exprimer. En psychomotricité, ce cadre est un préalable à toute relation thérapeutique, il représente un socle à la fois stable, permanent, mais adaptable au patient.

- Le cadre spatio-temporel

Pour C.POTEL [21], « *il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps* ». Le terme de « réceptacle contenant » renvoie à la notion de délimitation, de frontière. Le cadre spatial, c'est matérialiser l'espace de la thérapie et le distinguer de l'extérieur : c'est la question du dedans et du dehors, de l'individuation et de la différenciation Soi / Non-soi.

Le temps de la séance est aussi important : l'action thérapeutique est contenue et délimitée entre un début et une fin ; les rituels instaurés, par leur répétition, deviennent des repères stables rythmant le temps de la rencontre. Cette temporalité, intégrée par l'enfant, permet l'anticipation et donc la représentation temporelle de la séance psychomotrice.

Le psychomotricien spécifie à l'enfant qu'à l'intérieur de cet espace-temps, tout est possible, tout peut se jouer, à condition de respecter certaines règles : ne pas se faire mal ou faire mal aux autres, ne pas casser le matériel. Le cadre psychomoteur est donc un espace de liberté d'expression, tant motrice, verbale, que fantasmatique.

- Le cadre, contenant psychique

Le cadre thérapeutique n'est pas uniquement concret, c'est aussi la capacité du psychomotricien à contenir les manifestations corporelles, émotionnelles, psychiques de son patient. Le cadre a une fonction de pare-excitation, dans le sens où il accueille et contient les

angoisses du patient afin qu'il n'en soit pas débordé. Contenir n'est pas « gérer » au sens de diminuer le symptôme, c'est rendre pensable et assimilable à l'enfant ce qui se passe pour lui.

Selon le modèle de la fonction alpha maternelle de W.BION, le bébé projette ses éléments corporels bruts (sensations, décharges toniques et motrices) et la maman joue un rôle de filtre, de détoxifiant : elle renvoie à son enfant un contenu transformé, pensable. Le psychomotricien, de la même manière, accueille les éléments primitifs non élaborés et prête son appareil à penser pour poser du sens sur l'expression corporelle de son patient. Ce rôle de pare-excitation permet l'appropriation, après transformation par le thérapeute, de l'expérience subjective du patient.

Plus que d'actes, c'est donc d'une qualité d'écoute, de présence et d'attention psychique à l'autre qu'il est question dans la relation thérapeutique. Ce qu'exprime le patient (verbalement ou sur un registre corporel) sera entendu, éprouvé, décodé à travers une grille de lecture propre au psychomotricien et renvoyé par différents canaux de communication pour une intégration multi-modale.

- La solidité du thérapeute

Le psychomotricien est le garant du cadre. Pour qu'il puisse être un repère stable pour son patient, il faut qu'il se sente lui-même solide professionnellement. Tout au long de sa formation et de son parcours, le psychomotricien acquiert un bagage théorique et pratique qui le guidera dans l'exercice de la psychomotricité.

En effet, la psychomotricité, par son étymologie même, signe la liaison indissociable et l'interdépendance du soma et de la psyché. Etre psychomotricien, c'est poser comme préalable que « *le passage par l'acte moteur, psychomoteur, ou la sensorialité (sensations, éprouvés, ressentis) participe au travail de symbolisation, primordial à la construction psychique* », comme l'énonce C.POTEL [21]. Dans l'autre sens, c'est aussi dire que l'expression corporelle du sujet est en lien avec sa vie interne (émotionnelle, affective, psychique, pulsionnelle) et que l'acte a valeur de communication.

F.JOLY [13] écrit que le cadre est un « *espace de rencontre garantissant des expériences potentielles du corps et singulièrement du corps en relation* », où le psychomotricien est un « *interlocuteur transitionnel accompagnant et nourrissant « du dehors », par le prêt de sa fonction de co-pensées et de jouer-avec, via l'engagement de sa propre « motricité ludique en relation », les processus de jeux, d'appropriation psychomotrices et de symbolisations du patient* ». Il résume là l'implication psychique et corporelle du psychomotricien, co-auteur de la rencontre avec le corps en relation de son patient. Plus que d'un savoir-faire, cette posture

thérapeutique propre au psychomotricien relève d'un savoir-sentir, d'un savoir-être et d'un savoir-être avec.

Par sa formation pratique, le psychomotricien a senti, éprouvé, perçu, ressenti, vécu différentes situations motrices, sensorielles, relationnelles... Il est devenu sensible à son état tonique, attentif au déroulement spatial et temporel de sa gestuelle, à sa manière d'investir l'espace corporellement ainsi qu'aux éléments de communication non-verbale qu'il dégage...

On dit que le corps est le premier outil du psychomotricien : grâce à cette connaissance « psychomotrice » de lui-même, le thérapeute peut se placer dans une communauté d'expérience avec son patient. C.POTEL [21] nous dit que « *des ressources psychiques et corporelles du psychomotricien, de l'importance qu'il donne aux éprouvés du corps, vont dépendre l'émergence des éprouvés du patient et leurs transformations en représentations symboliques* ». Les mots que le psychomotricien pose sur l'expression corporelle de l'enfant sont d'abord en lien avec ce qu'il ressent et perçoit de l'autre, qui fait écho à son propre répertoire corporel. Le discours le plus juste concerne d'abord ce qui fait sens pour nous.

C'est cette résonance entre le vécu du psychomotricien et ce qu'il perçoit de l'enfant qui peut l'amener à choisir une médiation pour conduire son projet de soin. L'utilisation d'une médiation peut être une composante du cadre thérapeutique du psychomotricien.

Je commencerai par exposer ce qu'est une médiation psychomotrice, pour pouvoir ensuite spécifiquement envisager l'équidé comme médiateur de la relation en psychomotricité.

B. Le cheval, un médiateur possible en psychomotricité

1. La médiation en psychomotricité

- Etymologie et définitions

Selon le dictionnaire Larousse²², le mot « médiateur » est construit sur la base du mot « médiat » qui signifie « passer par un intermédiaire, se faire indirectement », contraire d'immédiat. Le terme de médiation provient du verbe latin « mediare » qui signifie « s'interposer ».

C.POTEL [21] donne donc une définition simple de la médiation en psychomotricité : « *la médiation, c'est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* ». Pour elle, la médiation « *propose un espace « entre » et un objet commun à partager et à créer, cet objet se faisant en quelque sorte témoin de la relation existante entre deux personnes ou entre les membres d'un groupe* ».

Cette notion d'objet commun partageable et à créer par le patient et le thérapeute rejoint la notion de transitionnalité de D.W.WINNICOTT [25]. Il décrit notamment le jeu comme un espace potentiel entre l'enfant et son partenaire : l'activité de jouer n'est ni complètement dehors, c'est-à-dire extérieure à l'enfant, ni complètement dedans, inhérente à l'enfant. Il s'agit d'une aire intermédiaire où se mêlent les créativité des deux protagonistes, au carrefour de l'illusion subjective et de la réalité objective perçue.

Le médiateur est un objet d'attention commune, il organise une activité, la médiation, « *cette activité étant, en même temps qu'un but en soi, un temps propice à l'échange, à la créativité, à l'expression* », d'après C.POTEL [21].

- La psychomotricité, une thérapie à médiation corporelle

La psychomotricité est souvent décrite comme une thérapie à médiation corporelle. Cette expression sous-entend plusieurs concepts :

²² www.larousse.fr

- La place du corps comme médiateur entre le sujet et le monde qui l'entoure, intermédiaire dans la relation entre deux sujets. « *La fonction motrice est la première fonction de relation* », nous dit M.RODRIGUEZ [23].
 - L'engagement du corps dans le processus de soin : cette implication corporelle concerne le patient, mais aussi le psychomotricien. La médiation est donc une activité psychomotrice qui implique la globalité du sujet, dans ses dimensions motrices, psychiques, relationnelles.
 - La fonction de tiers qu'offre le dispositif de médiation dans la relation. L'objet médium fournit un support d'attention commune mais met à distance le patient et son thérapeute, favorise l'individuation car il ouvre la dyade à l'altérité.
- Quels objectifs quand on médiatise ?

Selon C.POTEL [21], le psychomotricien utilise une médiation pour « *donner à vivre et à éprouver des sensations, des perceptions, on pourrait dire les émotions du corps* » ; les objectifs sont alors :

- « *De proposer un lieu d'expérience, de sensations et de perceptions*
- *De favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant*
- *D'aider à la transformation des éprouvés en représentations* »

On retrouve les deux registres des médiations thérapeutiques que distingue F.JOLY [13] :

- le médiatif, c'est-à-dire l'expérience réelle psycho-corporelle du corps en relation
- le travail médium qui concerne la subjectivation et la symbolisation secondaire de l'éprouvé par le psychomotricien.

En effet, si le médium est l'opportunité de vivre une expérience corporelle, sensorielle, relationnelle..., c'est bien la reprise de cet éprouvé par le thérapeute, permise par le partage et la création commune de cette expérience, qui fait de la médiation un processus soignant. Le psychomotricien donne du sens au vécu corporel de l'enfant, permet le passage à la représentation symbolique : la sensation peut donner lieu à des émotions conscientes, l'acte prend une valeur de message.

Les médiums choisis par les psychomotriciens sont variés, ils peuvent concerner la relaxation, l'eau, la musique, ou encore les animaux. Parmi ces derniers, le cheval est de plus en plus utilisé : ses qualités intrinsèques, connues depuis des siècles, en font un médium singulier.

2. La place du cheval dans l'Histoire

- Une place de choix aux côtés de l'Homme

D'abord chassé par l'Homme de Neandertal pour sa viande et sa peau, le cheval, animal sauvage, a très vite été domestiqué. Il est devenu un partenaire indispensable dans de nombreux domaines : transport de marchandises et de personnes, monture de guerre, animal de trait agricole... mais le lien entre l'Homme et l'animal n'est pas seulement utilitaire. Toute personne au contact de chevaux ne peut nier l'attachement affectif qui se crée. Au fil du temps, les innovations techniques ont évincé le cheval de ses utilisations premières mais il est resté aux côtés de l'Homme comme animal domestique, élevé pour le loisir et le sport équestre. L'équitation, aujourd'hui, est un sport très répandu, dont les différentes disciplines sont héritées des utilisations passées du cheval. Par exemple, l'équitation western provient du travail du bétail des cow-boys ou des gauchos argentins, tandis que le dressage ou le saut d'obstacle sont des pratiques plus académiques issues des arts de la guerre.

- Mythologie et inconscient collectif

On observe la présence du cheval dans la mythologie de toutes les civilisations ancestrales. Il était lui-même vénéré comme Poséidon, dieu grec des océans, ou fidèle compagnon des dieux adorés comme le cheval à huit pattes du dieu slave Odin.

On prête à ces chevaux des caractères et des vertus différents. Ainsi, Pégase, cheval ailé, est le symbole de l'immortalité de l'âme ou encore de l'inspiration du poète. Dans la mythologie grecque, cette créature sauvage a été capturée et montée par un guerrier qui tomba après avoir voulu rejoindre les cieux. Le Centaure, avec son buste d'Homme et son corps de cheval, est une chimère sauvage et violente, tandis que les licornes représentent la pureté.

Majestueux, il est considéré comme un animal noble, présentant une double facette de douceur et de puissance. Dans l'inconscient collectif d'aujourd'hui, il est encore symbole de force, de vitesse ou de liberté, à la fois fascinant et impressionnant. A cela s'ajoutent les représentations personnelles de chaque individu, teintées par leur expérience, leur culture...

- Et dans le soin ?

Envisager le cheval comme vecteur de soin ne date pas d'hier, bien que les médiations animales connaissent actuellement un essor.

HIPPOCRATE, en -400 av-JC, observait déjà un effet bénéfique de l'équitation sur le tonus musculaire et disait que l'adaptation aux rythme(s) du cheval était bon pour la santé. XENOPHON²³, philosophe grec socratique, énonçait: « *Le cheval est un bon maître, non seulement pour le corps, mais aussi pour l'esprit et le cœur* ». DIDEROT, au XVIIIème siècle, rédigeait plus tard dans l'Encyclopédie un traité intitulé « *De l'équitation et de ses compétences pour se maintenir en bonne santé et la recouvrer* ». Dès l'Antiquité, penseurs, érudits et médecins s'accordaient sur les bienfaits psychocorporels que procure le cheval à l'homme.

Plus récemment, l'utilisation du cheval dans des pratiques soignantes est apparue dans les pays nordiques. En 1952, une jeune cavalière danoise atteinte de poliomyélite (pathologie neuro-motrice) a pu retrouver le haut niveau équestre grâce à un programme de rééducation par l'équitation élaboré par une kinésithérapeute, E.BODIKER. Cette dernière a ensuite ouvert des centres pour enfant handicapés afin de développer cette pratique en Norvège.

En France, c'est par la question du corps et des thérapies corporelles qu'a été introduit le cheval dans le soin : en 1970, R.DE LUBERSAC (psychomotricienne) et H.LALLERY (kinésithérapeute), créent l'association nationale de rééducation par l'équitation, qui deviendra ensuite la fédération nationale de thérapie avec le cheval.

Aujourd'hui, en parallèle de l'équitation adaptée où un moniteur adapte les disciplines équestres au handicap du cavalier sans aucun objectif thérapeutique, l'utilisation du cheval dans le soin, globalement nommée équithérapie, prend de l'essor sous différentes formes :

- La rééducation par l'équitation vise la réduction du symptôme neuro-moteur par des exercices de rééducation fonctionnelle à cheval, stimulés par les mouvements équins.
- L'hippothérapie s'adresse aux personnes gravement handicapées : le patient est placé passivement sur sa monture. Les mouvements du cheval vont mobiliser la structure musculo-squelettique et stimuler l'équilibre ou le tonus par exemple.
- La thérapie avec le cheval s'adresse aux sujets présentant des difficultés motrices, psychomotrices, psychiques, relationnelles... dans une vision plus globale de l'individu et du processus de soin.

La dernière approche correspond davantage au concept de thérapie psychomotrice, où le cheval est médiateur dans le processus thérapeutique fondé sur un cadre relationnel sécurisé.

²³ XENOPHON, cité dans AUBARD.I « *Activité thérapeutique et cheval* », VST n°94, 2007

3. La thérapie psychomotrice avec le cheval

- Principes généraux

Dans le terme de thérapie avec le cheval, « avec » souligne la relation de partenariat qui s'instaure entre l'enfant et le cheval, mais aussi entre le psychomotricien et l'équidé. Le cheval est le « *sujet d'intérêt partagé par le patient et le thérapeute* », souligne B.LIPPMANN-MARTIN [16]. En effet, il est essentiel de garder à l'esprit que dans ce dispositif de soin, c'est le psychomotricien qui permet la fonction thérapeutique, le cheval n'est pas soignant en soi. En effet, « *l'objet médiateur n'opère que parce qu'il inscrit le processus de symbolisation qui le constitue au sein d'une relation avec autrui comme objet transférentiel* » selon R.ROUSSILLON, B.CHOUVIER et A.BRUN, que cite F.JOLY [13].

Le cheval est médiateur dans la rencontre entre le patient et son thérapeute, c'est dans l'interaction entre ces trois protagonistes que se déroule le processus de soin. « *La thérapie avec le cheval est une approche à médiation corporelle qui propose aux personnes des expériences relationnelles visant tout d'abord une réappropriation du corps vécu* », définit L.MERMET [18]. Au contact de l'animal et du thérapeute, l'enfant va vivre des expériences corporelles en relation, qui vont structurer et/ou remanier sa façon d'être au monde par l'action transformatrice, symbolisatrice du psychomotricien qui permettra la subjectivation du vécu corporel.

- Le choix de la médiation équine

« *Chaque dispositif choisi oriente l'attention du thérapeute et du patient sur un registre corporel préférentiel* », nous dit M.RODRIGUEZ [23]. La thérapie psychomotrice avec le cheval se situe dans le vécu d'expériences sensori-motrices et relationnelles doubles, avec l'animal et le thérapeute.

Le psychomotricien choisit d'utiliser un médiateur plutôt qu'un autre selon les difficultés psychomotrices présentées par l'enfant qu'il rencontre et les objectifs du projet thérapeutique : en effet, si un cadre thérapeutique à médiation présente des invariants, précédemment exposés, chaque médiateur possède des singularités qui en feront un médium de choix pour un patient donné.

Au vu de l'implication personnelle et psycho-corporelle qu'engage le psychomotricien dans le processus de soin, il est important que le médiateur choisi soit investi par le thérapeute, afin qu'il puisse se placer dans une communauté d'attention, d'action et d'expérience avec l'enfant.

Le cheval requiert tout particulièrement cet attrait de la part du psychomotricien, car le contact avec un animal vivant diffère de l'utilisation d'un médium objet. Le psychomotricien n'a nul besoin d'être cavalier pour proposer la médiation cheval, mais apprécier son contact et en avoir une bonne connaissance est primordiale : cela permet de se familiariser avec l'équidé, de se dégager de l'appréhension qu'il peut induire, afin d'assurer la sécurité physique et psychique de l'enfant rencontré.

A l'inverse, il est important pour les psychomotriciens qui pratiquent l'équitation par ailleurs de se dégager de la passion pour l'animal et de la notion de performance équestre.

- L'éthologie, base essentielle en thérapie avec le cheval

L'éthologie est une discipline scientifique, caractérisée par l'étude biologique du comportement animal. Ses fondateurs (K.LORENZ, K. VON FRISH ou N.TINBERGEN) ont réalisé des études scientifiques fondées sur l'observation des animaux dans leur milieu naturel, afin de déterminer les causes et la fonction des comportements présentés.

En effet, connaître le fonctionnement du cheval permet de mettre du sens sur ses réactions, d'anticiper ses comportements face aux stimuli environnementaux pour s'en protéger (le cheval peut manifester des réactions de défense s'il se sent menacé par un élément extérieur : enfant, soignant, autre animal...) ou d'induire une action de l'animal (se déplacer vers sa tête ou sa queue permettra de le faire ralentir ou accélérer par exemple).

L'utilisation du cheval (comme de tout médiateur) ne s'improvise pas : il est nécessaire que le psychomotricien se forme sur un plan théorique aux bases de l'éthologie équine et qu'il expérimente les situations qu'il pourra proposer à ses patients, afin de pouvoir par la suite mettre du sens sur ce qui se jouera en séance de psychomotricité. J.ANSORGE [2] nous dit que la thérapie psychomotrice avec le cheval consiste en un « *décryptage des symbolisations tout autant qu'en un accompagnement vers la symbolisation* ».

- Des propositions variées

Pratiquer la médiation équine nécessite des installations particulières (chevaux, matériel, lieu adapté...) : les psychomotriciens exerçant en institution se rendent généralement dans un centre équestre pour y assurer les séances. Plus rarement, l'établissement est équipé pour cette pratique qui peut alors se dérouler au sein de l'institution. Certains psychomotriciens pratiquent aussi la thérapie avec le cheval en cabinet libéral.

Aux règles régissant tout cadre thérapeutique s'ajoutent les règles spécifiques à la médiation équine : les règles du centre équestre s'appliquent lors des séances, et des règles de sécurité

auprès des chevaux sont à respecter. Le cheval est inclus dans la règle de non-violence envers autrui : l'enfant doit prendre conscience que ce n'est pas un objet, mais bien un être-vivant.

La thérapie psychomotrice avec le cheval ne s'effectue pas uniquement à cheval, et la monte ne constitue pas un objectif en soi ! Un temps pour s'occuper du cheval (le pansage) est incontournable, et peut constituer en lui-même l'essentiel de la séance. Lorsque l'enfant monte à cheval, il est généralement à cru (sans selle), mais on peut placer un tapis voire une selle si le contact direct est trop intrusif par exemple. Il peut diriger à l'aide de rênes, ou se laisser guider par le thérapeute qui tient le cheval en longe (corde reliée au licol autour de la tête de l'animal). Les propositions peuvent aussi concerner l'attelage, le travail en liberté ou à pied aux côtés du cheval, voire l'observation des animaux dans leur habitat.

Ainsi, le choix du cheval utilisé en séance se fait selon le type d'exercice proposé (un cheval puissant pour tracter la carriole d'attelage par exemple), selon la pathologie et le caractère de l'enfant. Parfois, le thérapeute propose à l'enfant de choisir son poney, il est alors intéressant d'observer vers quelle monture il se dirige (mâle ou femelle, petit ou grand, blanc ou noir) et les projections fantasmatiques qui motivent ce choix (la femelle est plus gentille, le grand paraît fort, le petit blanc semble fragile...).

Comme dans une séance se déroulant dans une salle de psychomotricité, lors des séances de thérapie avec le cheval, l'enfant est libre d'explorer, de découvrir et expérimenter ce que permet le médiateur à sa disposition. Il n'y a pas de contrainte de performance, de pratique, il existe plusieurs manières d'entrer en relation avec l'équidé. Le psychomotricien guidera cette approche, soutenant l'enfant dans ses découvertes tout en restant garant du cadre thérapeutique et triangulant la relation entre le sujet et l'animal, possiblement fusionnelle.

Il est désormais temps d'aborder les caractéristiques propres de cet animal afin de mieux comprendre son utilisation en psychomotricité, spécifiquement pour les enfants déficients visuels.

C. Les spécificités du cheval comme médiateur auprès de jeunes déficients visuels en psychomotricité

1. Un médiateur vivant

Le cheval est un être vivant, ce qui le distingue des médiations construites autour d'objets ou de pratiques (théâtre, relaxation...). Cette qualité amène certains auteurs comme J.ANSORGE [2] à contredire le caractère « malléable » du médiateur cheval : « *le patient peut rêver, imaginer, projeter un peu de son histoire dans le cadre offert par la médiation, près du cheval ou sur lui. Mais il se confronte à la réalité de « l'objet » médiateur* ». En effet, le cheval exprime des besoins et un caractère propres qui vont régir ses comportements.

« *Dans ce cadre particulier, le cheval est amené lui aussi à jouer son rôle dans cette relation triangulaire et, par son authenticité, il aidera le patient à se rendre compte, dans la réalité, des effets de ses comportements, déplacements, postures etc. et donc de les ajuster* » explique B.LIPPMANN-MARTIN [16]. Je trouve cette particularité importante dans le travail psychomoteur auprès de l'enfant déficient visuel, pour qui il est parfois difficile de différencier le Soi et le non-Soi. Ainsi, le cheval confronte directement à l'altérité, à l'épreuve de réalité.

Un des besoins primaires du cheval se traduit par les relations inter-individuelles qu'il noue au sein de son troupeau. En effet, les chevaux sont des animaux grégaires. De nature curieuse, ils viennent spontanément vers les humains, qu'ils ne considèrent pas comme des prédateurs... si nous ne nous conduisons pas comme tels en courant, criant derrière eux pour les approcher. Cette qualité du cheval est intéressante pour le psychomotricien qui peut laisser l'animal initier l'entrée en relation avec l'enfant. Ce sera valorisant pour ce dernier et solidifiera le lien d'attachement qui se crée au fil des séances.

Dans un troupeau, les déplacements s'organisent autour du phénomène d'aspiration : chaque cheval possède un espace virtuel autour de lui et projette une bulle sur chaque congénère. Les bulles de chaque cheval interagissent : quand une bulle se déplace, elle « aspire » les autres et tous les chevaux vont alors se déplacer dans la même direction que leur leader.

En séance de psychomotricité, nous pouvons nous servir de ce fonctionnement du cheval pour qu'il nous suive si on se déplace devant lui. L'enfant aura alors l'impression de diriger son

cheval, que ce dernier l'aime et le suit, ce qui sera source de fierté. C'est un levier motivationnel important pour l'enfant déficient visuel qui présente des difficultés à initier une action faute d'accroche visuelle motivante. Se positionner en tant que leader est plus facile dans ce lien à l'animal qui soutient le désir de se déplacer. De plus, cette situation ne recourt pas à la vision : l'aspiration permet d'amener le poney et la sensation de son souffle ou de sa tête dans le dos de l'enfant l'assure de sa présence.

Le lien d'attachement est aussi mis en jeu dans l'acte consistant à prendre soin du poney : le pansage. Ce temps participe à la prise de conscience de l'altérité : accepter de s'occuper du poney, c'est reconnaître ses besoins, sa qualité de « sujet ». Le pansage recrée le « handling » dont parle D.W.WINNICOTT [25] : la déficience visuelle a pu entraver le processus d'attachement et d'interactions parentales qui se rejoue et se symbolise ici.

C'est l'occasion d'instaurer un échange autour de ce corps que l'on soigne. La proximité de l'Homme et du cheval ont conduit à une dénomination similaire des parties du corps : on parlera de tête du cheval, de pieds et de jambes, de ventre. Le pansage est donc un temps important dans la reconnaissance des parties du corps et du lien entre elles, il participe au renforcement du schéma corporel de l'enfant déficient visuel. Quand la vision n'a pu unifier les représentations corporelles, que le corps est vécu comme morcelé, la sensation tactile de continuité des poils sur l'ensemble du corps de l'animal participe à l'expérience d'une continuité corporelle qui, dans un second temps, pourra être assimilée et intériorisée par l'enfant pour lui-même.

Cette homologie entre l'homme et l'animal dans l'organisation corporelle, ainsi que le caractère vivant du médiateur, permet à l'enfant de projeter ses angoisses, ses fantasmes, sur sa monture. Le cheval ne peut y répondre, il n'est que surface de réception, c'est bien le psychomotricien qui va offrir un écho, une symbolisation, une mise en sens des paroles et actes de l'enfant.

En effet, nous pouvons ici aborder le caractère sensori-moteur du cheval : le néo-cortex du cheval (lieu de raisonnement) n'est que peu développé, à l'inverse du cortex limbique qui reçoit les afférences sensorielles et gère les émotions. Ainsi, le cheval réagit très sensiblement aux actions et émotions qu'il perçoit de l'autre, sans y mettre de jugement de valeur car il n'a pas de capacité de projection mentale.

« Le cheval a cette particularité qui n'existe pas chez les hommes, il ne cherche pas à faire plaisir, à nuire ou à donner ce qu'on attend de lui. Il réagit en fonction de ses besoins, de ce

qu'il perçoit du langage de qui est près de lui. Il est cheval et réagit en cheval, doué d'absence de jugement et de réponses toutes faites », nous dit I.CLAUDE [7].

Le psychomotricien, formé en éthologie, peut donc décrypter les réactions de l'animal et les mettre en lien avec l'action ou l'émotion de l'enfant qui les a déclenchées. Le cheval joue un rôle de miroir émotionnel par rapport aux états internes de l'enfant. Dans son rôle de verbalisation, de mise en sens, de métabolisation du vécu de l'enfant, le thérapeute peut alors renvoyer directement (en s'adressant à l'enfant) ou en commentant les réactions de l'animal pour aider l'enfant à mettre du sens sur ce qu'il vit dans l'interaction avec le cheval.

2. Un animal porteur

La spécificité la plus évidente du cheval, qui le différencie des autres médiateurs en psychomotricité, est sa capacité à porter l'enfant.

Cette situation de portage, associé au mouvement de bercement que procure le pas du cheval, recrée le « holding » maternel. Par sa voix, son regard et le toucher, sa présence bienveillante et sécurisante, le psychomotricien double ce portage physique d'une qualité psychique, relationnelle, comme l'explique B.LIPPMANN-MARTIN [16]. C'est primordial pour que se vive ou revive l'expérience d'être contenu, fondatrice de l'unité corporelle et psychique souvent défaillante chez l'enfant déficient visuel, privé de contact œil-à-œil globalisant ou pour qui le stade du miroir n'a pas été structurant.

De la même manière, à cheval, la communication entre l'enfant et sa monture passe par le registre corporel : un dialogue tonico-émotionnel s'instaure. Le cheval reste sensible aux mouvements, au tonus (et donc au substrat émotionnel) de l'enfant et agit en conséquence. L'enfant expérimentera ces variations et pourra chercher à induire des réactions chez son cheval en modulant son état tonique. La communication entre eux est basée sur un ajustement réciproque, à l'image de l'accordage affectif décrit par D.STERN entre la maman et son bébé au moment des interactions précoces, perturbées chez l'enfant déficient visuel.

Cette expérience relationnelle permet à l'enfant déficient visuel de vivre des moments d'interaction sur un registre corporel qui viendra enrichir ses ressources internes, étayer les moyens à sa disposition pour communiquer avec autrui.

Monter à cheval nécessite aussi un ajustement tonico-postural permanent. Les mouvements du cheval entraînent une modification de la posture et donc de l'équilibre du

cavalier, qui doit alors s'adapter pour conserver son équilibre, pas après pas. L'enfant déficient visuel, privé d'un point de fixation visuel, doit alors porter une attention accrue à ses sensations corporelles et se fier à ses impressions proprioceptives et vestibulaires, d'autant plus fortes à cheval, pour ne pas chuter.

Ainsi, dans cette recherche d'équilibre, l'enfant déficient visuel va ajuster son tonus pour trouver une posture stable et confortable, ce qui implique de n'être ni trop crispé, ni trop « mou ». Les enfants hypotoniques devront recruter activement leur tonus axial, et cet effort sera facilité par la stimulation naturelle des mouvements équinés sur le redressement de la colonne. Ces mêmes mouvements de balancier, par effet massant, participeront à diminuer l'hypertonie réactionnelle que présentent d'autres enfants malvoyants.

Le dos du cheval offre un socle solide au bassin de l'enfant, apportant à la fois un état concret fondateur du sentiment d'être porté et contenu, mais favorisant aussi la position de motricité libérée décrite par A.GRENIER [10]. L'enfant déficient visuel, dans une double disposition physique et psychique, aura les mains libres pour explorer, manipuler des objets, jouer ou diriger son cheval.

Le cheval est un être sensori-moteur égocentré qui n'a pas de représentation mentale de l'espace où il évolue. Il a un rapport topologique à l'espace, c'est-à-dire qu'il se déplace de proche en proche, suivant les obstacles ou la nourriture qu'il rencontre. Pour le cheval, l'espace est une propriété de l'action, les deux sont indissociables : il faut qu'il se déplace pour explorer mais ne va explorer que parce qu'il doit se déplacer.

Lorsqu'il est monté, le cheval doit donc être guidé corporellement, il ne peut réagir à des ordres vocaux « tout droit, à gauche, à droite » : le cheval est donc dirigé par l'intermédiaire des aides. Les rênes permettent au cavalier d'orienter la tête et donc d'indiquer la direction, pendant que les jambes pressées ou relâchées régulent l'intensité de l'allure.

La communication entre le cheval et son cavalier passe aussi par le phénomène d'isopraxie, basé sur l'homologie d'organisation corporelle : lorsque le cavalier mobilise un segment corporel, cela aura une action sur ce même segment chez l'animal.

Pour diriger sa monture, l'enfant devra donc coordonner ses gestes, dans des schèmes de coordination et dissociation, entre bras et jambes, gauche et droite, pour donner des informations claires et cohérentes à l'animal.

Les sensations proprioceptives, kinesthésiques et vestibulaires ressenties lors du déplacement, couplées à la perception du trajet d'un point à un autre, étayeront la conscience

du corps dans l'espace, puis la construction d'une représentation mentale de celui-ci, basée sur le vécu du corps propre. Plus la déficience visuelle de l'enfant est importante et plus ses difficultés de structuration spatiale seront perceptibles : la thérapie avec le cheval permet une mise en jeu globale du corps dans l'espace, qui sera perçue, mais aussi mise en action.

3. Des caractéristiques sensorielles

La thérapie psychomotrice avec le cheval plonge l'enfant déficient visuel dans un bain sensoriel qui mobilise tous ses sens dans la relation à l'animal et au thérapeute. Cela permettra à la fois de développer une conscience corporelle plus fine et d'étayer l'enveloppe corporelle tout en investissant les vicariations sensorielles.

Le cheval, mais aussi son environnement, offrent d'emblée un plein de sensations singulières : olfactives (odeurs du cheval, des crottins, de la sciure du manège), auditives (bruits de tracteurs et hennissements des chevaux), tactiles (douceur des poils, épaisseur des crins) mais aussi proprioceptives et kinesthésiques à cheval.

Par les mouvements du cheval, les vibrations perçues dans le bassin et la colonne vertébrale quand les sabots frappent le sol, l'enfant prend ressent l'intérieur de son corps, prend conscience de ses muscles, os et articulations. Le contact tactile peau-à-peau est aussi particulièrement sollicité avec l'animal. A.AUVE-DEBACQUE [3] nous dit que « *la réalité biologique de la peau donne à voir l'unicité de la personne ce qui constitue une des bases sur laquelle se met en place le processus psychique d'individuation* »

Ces stimulations permettent un ressenti corporel intéressant à la fois les différents segments corporels, mais aussi l'ensemble de la structure, ce qui favorisera le sentiment d'unité de l'enfant déficient visuel dont le vécu peut être morcelé. L'ensemble de ces afférences sensorielles va participer à la construction d'une enveloppe psycho-corporelle solide et à la construction du schéma corporel. En se référant à la définition de J.DE AJURIAGUERRA, nous pouvons dire que cette implication globale du corps à cheval stimulera le schéma corporel de l'enfant déficient visuel, référentiel peu construit du fait de la pauvreté des afférences visuelles et des impressions sensori-motrices car l'enfant malvoyant engage peu sa corporalité.

Quand une acuité résiduelle persiste, l'enfant déficient visuel peine à se détacher des afférences visuelles pour investir les vicariations sensorielles qui lui permettraient d'appréhender son environnement de manière plus efficiente. Le toucher reste souvent statique,

ne permettant pas de déployer sa capacité informative. Or, dans le processus de représentation mentale, nous avons vu combien la comodalité joue un rôle important.

Le psychomotricien est présent aux côtés de l'enfant pour l'inviter à écouter, sentir, toucher. Il peut le solliciter, l'encourager à découvrir l'animal par d'autres modalités que la vision, en même temps qu'il joue un rôle de pare-excitation filtrant ces nombreuses afférences sensorielles : leur donner du sens, mettre des mots permet de mettre du « connu » sur de l'inconnu.

Quand cette exploration sensorielle se déroule dans un contexte relationnel sécurisant, que l'enfant prend plaisir dans cette découverte multimodale, alors l'image du corps s'en trouve aussi consolidée. En effet, nous parlons ici du corps empreint d'affects qui, s'ils sont positifs, vont étayer le narcissisme de l'enfant.

La déficience visuelle peut engendrer des affects négatifs sur ce corps dysfonctionnant, l'image du corps se délite. Le psychomotricien, garant d'un contexte relationnel sécurisant, va permettre à l'enfant de retrouver cette dimension de corps-plaisir dans la découverte multimodale de l'animal.

Sur le plan théorique, le cheval présente des qualités majeures répondant aux objectifs thérapeutiques d'un enfant déficient visuel. Il lui permet de s'impliquer corporellement dans l'action et dans la communication, mobilise l'intégralité de la structure corporelle et sollicite les vicariances sensorielles. Il permet l'investissement d'une relation affective sécurisante, soutenant le sentiment d'unité corporelle et le processus d'individuation psychique. Ce lien d'attachement soutient le narcissisme de l'enfant et son désir d'agir, de communiquer.

« Cette thérapie propose des possibilités de régression dans une dynamique évolutive de réaménagement des fonctions psychiques et physiologiques. [...] Elle vise au remaniement des modalités relationnelles, de la communication à soi, à autrui, au monde extérieur » nous dit L.MERMET [18].

La spécificité du psychomotricien se situe dans son travail de mise en lien des éprouvés sensoriels primaires, de la mise en jeu d'une motricité en relation (avec l'animal et le thérapeute) et de la symbolisation secondaire du vécu corporel pour que se construise une représentation mentale du corps et de l'environnement, mais aussi que se construise une enveloppe corporelle et identitaire solide, qui permettra à l'enfant déficient visuel d'investir ce corps comme interface avec le monde ; comme le montrent les illustrations cliniques suivantes.

IV. Illustrations cliniques

Dans cette partie, je présenterai ma pratique de la médiation équine auprès de deux enfants déficients visuels que je rencontre dans des lieux de stages différents.

Les pathologies des enfants sont différentes, donnant lieu à des observations singulières : cela a suscité chez moi une réflexion et des conclusions particulières pour chacun concernant l'intérêt du médiateur cheval pour les enfants déficients visuels en psychomotricité.

A. Quentin

Quentin est un petit garçon âgé de 8 ans, né le 01.12.2007. Je le rencontre depuis le mois d'octobre 2015 dans le cadre de mon stage en cabinet libéral. La psychomotricienne qui m'y encadre pratique notamment la médiation cheval.

1. Présentation de Quentin

Quentin souffre d'une pathologie génétique provoquant des kystes sur la rétine, détectée à ses 2 ans quand ses parents ont constaté des difficultés visuelles. L'altération des photorécepteurs (cônes et bâtonnets) provoque donc une importante déficience visuelle : le bilan ophtalmologique de 2013 classe Quentin dans la catégorie II de l'OMS « déficience visuelle sévère »

Son œil droit est aveugle, et l'acuité visuelle de son œil gauche est notée à 1/20 à 2m50. Par exemple, il peut lire une police Arial 18 à 30 cm, mais pour déchiffrer Arial 10, il doit rapprocher son œil gauche à 5 cm de la feuille.

La pathologie de Quentin est évolutive, son œil gauche perd ses capacités au fil du temps, sans pour autant que les médecins ne puissent prévoir s'il deviendra aveugle, ou à quel moment. Son affection oculaire l'oblige à se faire opérer régulièrement depuis l'âge de 5 ans pour essayer de conserver l'efficacité de l'œil gauche par la réduction des kystes, mais aussi pour sauver le globe oculaire droit, notamment en réduisant la pression intra-oculaire.

2. Le projet de soin de Quentin

- Une prise en charge adaptée à sa déficience visuelle

Quentin consulte fréquemment des médecins ophtalmologistes depuis le diagnostic de ses troubles visuels. Il est suivi depuis septembre 2013 par le Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSAD) pour jeunes déficients visuels de Charentes Maritimes, en parallèle d'une scolarisation en milieu ordinaire (en CE2), accompagné d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS).

Quentin rencontre régulièrement un enseignant spécialisé qui lui apprend le Braille et lui fournit les documents pédagogiques adaptés à sa vision, ainsi qu'un instructeur en locomotion avec lequel il travaille les stratégies de déplacement en autonomie. Ne pouvant prédire la cécité, Quentin apprend à optimiser son potentiel visuel plutôt que d'utiliser la canne blanche.

Compte-tenu de l'éloignement entre son domicile et les locaux du SESSAD, Quentin ne peut être suivi aussi fréquemment que le voudrait son projet individualisé par l'orthoptiste, le psychologue et l'éducateur en Activité de la Vie Journalière (AVJiste).

- L'indication d'une prise en soin en psychomotricité

Suite à une première année de prise en soin au SESSAD, les professionnels rencontrant Quentin ont sollicité la psychomotricienne de l'équipe pour effectuer un bilan psychomoteur, car ils soupçonnaient une « instabilité motrice ».

Vous trouverez les éléments du bilan psychomoteur réalisé en octobre 2014 en annexe 2. En voici les principales conclusions permettant la suite de mon exposé clinique :

Quentin présente de bonnes capacités de communication verbale, permettant un relationnel adapté et agréable, ainsi qu'une solide connaissance des repères topologiques, temporels et somatognostiques.

En revanche, l'instabilité motrice est confirmée ainsi qu'une impulsivité idéique et motrice. Le projet moteur n'est pas adapté à ses capacités réelles dont il semble ne pas avoir conscience. La psychomotricienne note un décalage entre les connaissances intellectualisées de Quentin et l'investissement corporel qu'il exprime (ajustement tonique, rythmique et gestuel).

Elle soutient l'indication d'un travail en psychomotricité afin que Quentin puisse mieux investir son corps, tout en s'appuyant sur ses connaissances pour consolider son référentiel corporel et ainsi être dans un rapport au monde plus ajusté.

Le médecin coordinateur a confirmé la nécessité d'une prise en charge psychomotrice, pour laquelle la psychomotricienne du SESSAD était disponible. Cependant, afin de privilégier la régularité du suivi, il a été décidé d'orienter Quentin vers un psychomotricien plus proche de chez lui. C'est ainsi que la prise en soin hebdomadaire de Quentin a commencé en mars 2015 au cabinet libéral où je le rencontrerai quelques mois plus tard.

Les deux psychomotriciennes ont pu échanger au sujet de Quentin et ont vu en la médiation animale la possibilité de travailler autour de son instabilité psychomotrice, compte-tenu des qualités intrinsèques du cheval. Quentin a très vite adhéré à ce projet.

3. L'évolution de Quentin au fil de sa thérapie psychomotrice avec le cheval

Quentin est un jeune garçon très souriant et expressif. Au moment où je le rencontre, sa déficience visuelle n'est pas perceptible extérieurement de prime abord, il porte des lunettes de vue souvent teintées et il se déplace seul aisément. Cependant, certains comportements signent tout de même la présence de difficultés visuelles : Quentin trébuche fréquemment, il ne peut faire ses lacets seul et fronce les sourcils quand il est à la recherche visuelle d'un petit objet. Quand le sol est irrégulier, sa posture bascule vers l'avant et sa tête s'enroule davantage à la recherche d'appuis visuels supplémentaires.

Pour vous parler de la prise en soin de Quentin, je prendrai appui sur les différentes problématiques que j'ai vu émerger au fil de nos rencontres autour du cheval.

- L'instabilité psychomotrice

Les premiers temps de la prise en charge ont été marqués par cette instabilité, qui s'exprime sur le plan moteur, mais aussi verbal. Quentin est très vif, il a beaucoup de choses à raconter. Parfois, cette agitation le déborde, il ne peut se réguler seul.

La psychomotricienne instaure un cadre thérapeutique stable qui permettra de sécuriser Quentin et de réduire ses tensions internes. L'espace thérapeutique est délimité et les séances sont ritualisées, permettant à Quentin d'intégrer une temporalité stable pour anticiper les étapes de la séance.

Il faut d'abord préparer le matériel dans la sellerie, aller chercher le poney dans son pré, l'amener dans le rond de longe pour s'en occuper. L'enfant peut construire ensuite un parcours

psychomoteur ou choisir faire un jeu dont la mise en pratique se fait à cheval ou à pied (avec l'animal en liberté ou tenu en longe). Pour finir, le poney est ramené au pré et le matériel rangé dans la sellerie.

Ce dernier joue aussi un rôle dans la diminution de l'excitation qui s'empare de Quentin. Son fonctionnement sensori-moteur l'amène à renvoyer corporellement les états émotionnels et comportement qu'il perçoit chez Quentin : quand celui-ci s'agite, son poney réagit de la même manière. La psychomotricienne se saisit de cette fonction miroir pour verbaliser et mettre du sens sur les réactions de l'animal, permettant ainsi à Quentin de prendre conscience du trop-plein d'énergie qui l'anime : il peut s'ajuster en ralentissant ou chuchotant pour calmer son shetland et donc s'auto-réguler.

- Un accrochage visuel inflexible

Quentin s'applique lors du pansage, il apprécie le contact avec l'animal mais recherche beaucoup les détails visuels (poils, terre), qui le captivent.

Or, du fait de la dégradation progressive de sa vision, Quentin devra de plus en plus utiliser ses vicariances sensorielles pour appréhender son environnement. Un de nos objectifs est donc de l'amener à investir ses autres sens pour se détacher de ce lien absolu aux perceptions visuelles.

Petit à petit, nous avons incité Quentin à caresser, toucher son poney en même temps qu'il le brossait. Désormais, il s'amuse à chercher une brosse sans regarder dans le sac, uniquement par discrimination tactile, et il évalue l'efficacité du pansage en passant la main sur le corps du poney.

Le canal sonore est bien investi, il peut porter son attention sur la voix de la psychomotricienne, qui se place à l'avant du poney, face à Quentin. Il peut ainsi anticiper la direction du déplacement.

- Une hypertonie réactionnelle

Quentin présente un tonus global élevé, que je mets en relation avec l'hyper vigilance dont il doit faire preuve pour observer finement ce qui l'entoure, localiser les objets lointains par le son qu'ils produisent, etc. Je rapproche également cette hypertonie réactionnelle de la notion de paroi tonique dont parle S.ROBERT-OUVRAY [22], barrière de protection contre les stimuli environnementaux que l'enfant déficient visuel ne peut anticiper.

A cheval, ses tensions corporelles étaient flagrantes lors des premières séances : il se penchait en avant de manière à s'appuyer sur ses bras et à tenir les crins. Il serrait les genoux,

rendant sa position instable. Il me semblait que la posture tendue vers l'avant était une tentative de Quentin de garder un contrôle visuel sur son environnement. Il trouvait ainsi un moyen de pallier l'absence d'accroche visuelle solide soutenant son équilibre, dont le prive sa déficience visuelle.

R.BEYLIER-IM [5] fait une hypothèse à ce sujet : pour elle, « *l'enfant amblyope aura plus de difficultés à se lâcher, plus par manque de sécurité interne que par incapacité psychomotrice* ». Ainsi, cette hypertonie et cette hypervigilance pouvaient figurer le manque de structure interne qu'éprouvait Quentin, à mettre en lien avec son référentiel corporel révélé comme peu construit lors du bilan. De plus, ce serrage tonique empêchait Quentin de se fier à ses sensations corporelles, notamment aux données proprioceptives.

Travailler en binôme thérapeutique présente un avantage : la psychomotricienne peut guider le poney pendant que je reste à côté de Quentin pour parer à ses déséquilibres, une main posée sur son genou. L'étayage passe à la fois par le regard, par la voix et par le toucher, assurant une sécurité tant physique que relationnelle.

Sa posture restant crispée vers l'avant, j'ai placé mon bras le long de sa colonne vertébrale, ce qui crée un appui dos. Je pense que Quentin a pu expérimenter par ce dispositif le sentiment d'être contenu dans la relation, cet « arrière-plan » dont parle G.HAAG [11], qui donne un fond à l'espace physique et psychique. Mon bras crée un axe corporel auxiliaire, dont il se saisira pour se redresser, ne pouvant bénéficier de la fonction verticalisante du regard.

En basculant son poids contre mon bras, il a pu retrouver une station assise plus stable et son bassin a retrouvé sa fonction de socle solide, porté par le dos du cheval. Le soutien du bassin par le cheval et l'appui dorsal recréent la position de motricité libérée observée par A.GRENIER [10]. Chez Quentin, en effet, cela a permis une diminution du tonus périphérique permettant d'investir ses mains dans le jeu à cheval.

La situation de holding, dans le portage physique par l'animal et par la présence du psychomotricien, a permis à Quentin de trouver détente et confort. Son hypertonie et son accroche visuelle absolue ont laissé place à une relation de confiance, entre lui et sa jument, mais aussi avec nous. Quentin est plus à l'écoute de ses sensations : tactiles, auditives, proprioceptives, etc. Je pense que c'est l'intériorisation de nos qualités sécurisantes, qu'il s'est appropriées, qui lui a permis de se faire confiance pour appréhender le monde ainsi.

La sensation de contenance et de solidité de son axe a aussi pu être intériorisée, étayant sa sécurité interne. L'étayage de mon bras est de moins en moins nécessaire pour trouver la posture

verticale, favorisée naturellement par les mouvements du pas du cheval qui stimulent le déroulement de sa colonne.

- Du visible à l'invisible, des angoisses scénarisées

Ses premiers parcours étaient construits au hasard des objets qu'il apercevait, qu'il plaçait très proches les uns des autres, sans laisser de vide. Selon A.BERTHOZ [4], « *tout déficit dans la capacité à construire une visée unique du regard dans l'espace induira ainsi des déficits dans la capacité à produire des trajectoires locomotrices vers un but.* »

L'objectif a donc été de l'aider à organiser sa pensée, à se poser pour structurer l'espace mentalement, créer un parcours dans sa tête, puis le matérialiser.

Au départ, l'idée de fermer les yeux pour penser au parcours était impossible. Ses parcours étaient empreints de « chemins lumineux », de « lumières », de feux tricolores : que de lumières ! Etait-ce pour être sûr qu'il ne fasse pas noir ?

Un jour où Quentin a évoqué ses rêves, la psychomotricienne s'est saisie de son propre terme et lui a proposé de « rêver » le parcours, ce qu'il a accepté. Cela a permis une représentation préalable de l'installation mais le parcours restait restreint, les éléments serrés.

Petit à petit, nous avons pu amener de l'amplitude, de l'ouverture, en utilisant le support imaginaire dont il s'est saisi : le parcours part d'une histoire, d'un récit que Quentin amorce. Il choisit une région du monde à explorer, et nous construisons ensemble un parcours selon ce pays : forêt, ponts, routes sont matérialisés. Ces voyages prennent une dimension « transitionnelle » où se mêlent nos créativité et où le cheval est un partenaire actif. Il devient bateau, voiture ou avion mais impose une épreuve de réalité : le parcours doit être adapté aux capacités motrices de ce quadrupède, ce qui oblige Quentin à espacer ses constructions.

A cette période, Quentin nous parlait d'un ami imaginaire, comme son double (même structure familiale, même nom de poney, même âge, etc) mais qui vivait dans un monde souterrain plongé dans le noir, un monde invisible. Dans ses paroles, j'ai perçu un parallèle avec sa propre histoire, ses angoisses liées à la perte de la vue. J'ai eu le sentiment qu'il a exprimé, à travers un récit fictif, ses propres craintes de disparaître s'il venait à devenir aveugle. Il semble que pour lui, ce qui ne se voit pas n'existe pas.

La séance s'effectuant de 17h à 18h, quand les jours ont raccourci, nous devions rentrer du pré dans la pénombre. Nous avons choisi de conserver ce créneau pour le soutenir et l'accompagner dans une appréhension plus sereine de l'obscurité. Sa peur du noir restait fortement présente, il manifestait cette angoisse par une verbalisation continue. Ce flot de

paroles était un moyen de créer une continuité sonore pour pallier l'absence de perception visuelle lui assurant son sentiment d'exister.

Pour le rassurer, pour lui renvoyer que nous avons entendu ses angoisses sous-jacentes, nous avons repris son idée de chemin lumineux, la transformant en lumière intérieure. Nous voulions transmettre l'idée que la connaissance, la représentation mentale du chemin permet de l'imaginer dans notre tête et d'avancer sans crainte. Séance après séance, Quentin a pris conscience de ses capacités à se déplacer dans le noir, de l'absence de danger en notre présence, et a même essayé de fermer les yeux de lui-même sur la dernière portion.

Lors d'une séance, il m'a demandé spontanément de refaire un jeu de guidage qui l'avait fortement angoissé quelques mois auparavant : je devais poser mes mains dans son dos, et le guider pour qu'il marche à reculons, face à son poney qu'il tenait en longe. Bien que tendu au départ, il a pu se laisser aller à s'appuyer contre mes mains pour que je le guide. La fierté de voir le poney le suivre a contribué au plaisir d'avoir réussi. Il a pu vivre l'expérience d'être en sécurité même s'il ne voyait pas, d'abandonner le contrôle visuel au profit de la relation de confiance à l'autre (animal et thérapeute), avancée positive dans l'accompagnement de Quentin.

Il s'est créé un lien d'attachement avec l'animal, Quentin apprécie son contact, aime s'en occuper. Durant le pansage, il questionne le rapport au temps, le lien avant/après. La ponette qu'il monte étant assez âgée, il demande souvent : « est-ce qu'une fois brossés, ses crins seront aussi doux qu'avant, lorsqu'elle était jeune ? ». Selon moi, le poney devient ici support de projection de sa propre problématique, sa confrontation avec l'impossible retour à l'état antérieur, lui dont la vue se détériore.

Au fil des séances, nous remarquons que la vue de Quentin diminue significativement : il ne perçoit plus les obstacles sur son passage, se cogne plus souvent. Son regard est plus absent, il s'oriente davantage au son de notre voix. Quand il cherche un objet qu'il ne trouve pas ou qu'il essaye de voir les éléments de l'environnement, son expression faciale change : son visage est plus marqué, présentant des mimiques de crispation laissant deviner l'effort de concentration qu'il fournit.

Un jour, après avoir trébuché, il lâche : « je démolis tout ». Cette notion de démolition s'est petit à petit matérialisée, symbolisée dans le jeu : dans ses parcours il y a toujours un volcan qui explose, une tour à détruire... et s'il n'y arrive pas (en lançant un ballon par exemple), il retourne détruire l'objet une fois descendu de cheval, bien que nous soyons sortis du jeu.

En lien avec la notion de passage par l'acte de R.ROUSSILLON, S.MIGLIORANZA [19] rappelle que « *l'espace et le matériel sont des voies et des outils à travers lesquels l'enfant*

exprime les conflits internes ». Le besoin irrépressible de démolition extériorisé par Quentin soulève chez moi deux hypothèses concernant ses préoccupations internes. Détruire le parcours peut être une façon pour Quentin de détruire les signes de sa maladie, ces objets qui entravent ses déplacements et rendent concrète la dégradation de sa vue. Ce besoin de démolition peut aussi symboliser et mettre en scène ses angoisses de mort, sa crainte d'être lui-même détruit s'il devenait aveugle. Je rappelle ici l'association de Quentin entre l'invisible et l'inexistant.

Nous acceptons ce besoin pulsionnel de faire table-rase à la fin de la séance, tout en maintenant une présence « pare-excitante », dans le but de contenir ses angoisses. Nous apportons un cadre sécurisant, dans lequel il peut extérioriser ses tensions internes tout en trouvant des limites. Je pense que c'est ce cadre stable et l'alliance thérapeutique créée entre nous qui lui ont permis d'aborder verbalement sa peur de l'hôpital. Nous avons déjà remarqué ce phénomène par la nette augmentation de son instabilité psychomotrice lorsqu'une intervention chirurgicale approchait. Ces opérations sont source d'une grande angoisse chez Quentin, elles menacent son intégrité corporelle (le rayon du laser ophtalmologique pénètre dans son œil) sans qu'il puisse garder le contrôle de la situation, étant endormi.

Le cheval est là aussi support de projection de ses états internes : Quentin montre beaucoup d'attention à l'égard des yeux de sa ponette, les protège quand il brosse, et imagine lui confectionner des lunettes de protection semblables à celles qu'il porte. Ce handling permet de recréer une expérience de soin positive : il peut ici rejouer ce qui le préoccupe en inversant les rôles : il est celui qui contrôle, qui prend soin.

4. Pour conclure

L'accompagnement en thérapie psychomotrice avec le cheval a permis à Quentin de trouver de nouvelles ressources pour se réguler.

Sa motricité débordante et ses épanchements verbaux nous montraient une fragilité dans sa sécurité interne de base. Le référentiel corporel de Quentin n'était pas solide, ne lui permettant pas de trouver suffisamment d'appui pour réguler ses débordements.

La fonction de miroir émotionnel du cheval lui a permis de prendre conscience de ses états internes, et d'ajuster son comportement en fonction des réactions de l'animal. Dans ce dialogue tonique permanent, les mouvements du cheval de berceement du cheval associés au portage du bassin lui ont permis de retrouver une tonicité ajustée.

C'est dans cette situation de holding, soutenu par le portage psychique de la psychomotricienne, que Quentin a pu retrouver un sentiment de sécurité interne.

Dans la relation à l'animal et à ses thérapeutes, Quentin a pu trouver un socle lui permettant de progressivement lâcher prise sur le contrôle visuel pour davantage se fier à ses perceptions corporelles (tactiles, auditives, proprioceptives). Sa conscience corporelle est plus fine. L'univers sensoriel riche dans lequel plonge le cheval a aussi participé à l'investissement de ses vicariances sensorielles pour découvrir son environnement.

Ces stimulations sensorielles, couplées à la mise en jeu globale du corps à cheval, étayant le schéma corporel de Quentin, ce qui lui fournit un référentiel d'action plus solide. Les moments avec le poney, source de plaisir, participent à la construction d'un « corps-plaisir » malgré la dégradation physique.

L'instauration d'un cadre spatio-temporel et relationnel stable, renforçant sa solidité interne, lui a permis d'ouvrir son imaginaire, c'est-à-dire, métaphoriquement, ce qui n'est pas visible. Ce fut une étape importante dans ce travail de représentation mentale. Il a pu aussi extérioriser et matérialiser ses angoisses dans le jeu, les mettre en scène dans ses parcours mais aussi les projeter sur son poney auquel il a pu s'identifier. Nous avons recueilli ses manifestations corporelles, avons mis du sens sur ses mises en acte pour lui proposer des réponses ajustées.

La thérapie psychomotrice avec le cheval a permis à Quentin de trouver de nouvelles ressources pour se réguler et interagir avec son environnement de manière plus adaptée. L'accompagnement en thérapie psychomotrice avec le cheval est à poursuivre dans ce sens, pour consolider les appuis psychiques, corporels, sensoriels de Quentin, afin qu'il appréhende plus sereinement sa perte de vision et les angoisses associées.

B. Maria

Je rencontre Maria dans un Centre de Soins et d'Education Spécialisé pour jeunes déficients visuels, où j'avais déjà effectué mon stage de 2^{ème} année de psychomotricité en 2014-2015 et où je monte un projet de stage cette année. Ce centre propose une prise en soin pluridisciplinaire, médicale, scolaire et paramédicale adaptée au profil des enfants. Plusieurs services les accueillent, en fonction de leur pathologie et de leur autonomie. J'ai rencontré les enfants du SEPHAI (Service d'Education pour Personnes avec Handicap Associé Important) qui présentent, associés à leur déficience visuelle, des troubles psychiques, neurologiques, moteurs...

1. Anamnèse

Maria est une jeune fille aveugle âgée de 12 ans, née le 13.04.2004 en Espagne. Elle est arrivée en France en 2008. La situation parentale est compliquée, il semblerait que les parents soient séparés mais qu'ils vivent toujours sous le même toit, avec les deux petites sœurs.

Elle souffre d'une anophtalmie bilatérale congénitale (naissance sans globes oculaires). Au cours de sa croissance, elle a dû subir de nombreuses interventions chirurgicales pour élargir les paupières afin qu'elles restent closes, agrandir la cavité orbitaire et y greffer du tissu muqueux. Une tentative d'appareillage a été réalisée en 2013 mais Maria ne supportait pas sa prothèse oculaire qui a donc été retirée.

Maria souffre aussi de problèmes endocriniens : une hypothyroïdie engendre un déficit en hormones de croissance.

Sur le plan psychosomatique, Maria présente un ensemble de symptômes préoccupants : effondrements toniques, auto-agressivité, troubles sphinctériens (rétention et constipation le jour, incontinence la nuit), anxiété, troubles du sommeil (insomnies nocturnes et somnolence diurne), difficultés à supporter la présence d'autrui et troubles de l'oralité (mérycisme²⁴ et schème de succion/déglutition archaïque nécessitant une nourriture mixée). Le diagnostic posé dans le dossier médical est celui de Troubles Envahissants du Développement (TED) et/ou de Troubles du Spectre Autistique (TSA). Le mois dernier, il a été demandé une consultation en

²⁴ Mérycisme : trouble alimentaire où le sujet régurgite les aliments avalés et les remastique

Centre Médico-Psychologique afin qu'elle rencontre un psychiatre, en raison de l'augmentation de ces troubles.

2. Une prise en soin institutionnelle

Après une tentative de scolarisation en maternelle en école ordinaire accompagnée d'une Auxiliaire de Vie Scolaire, Maria est accueillie au SEPHAI à raison de 5 jours par semaine depuis 2008. Elle y bénéficie d'un suivi spécifique à sa déficience visuelle (ophtalmologie et locomotion), à ses troubles psychiques (suivi psychiatrique jusqu'en 2014 et paramédical) ainsi que d'un accompagnement éducatif sur le pavillon de vie.

- Ses différentes prises en soin

En 2015, la psychologue note dans son compte-rendu de séances une insécurité interne de base : stéréotypies, écholalies, opposition et effondrements... Malgré la présence d'un cadre rassurant et ritualisé, Maria mobilise peu les jeux, touche peu et n'entre pas vraiment en relation.

Dans son pavillon de vie, Maria s'oriente grâce à la voix des adultes et place ses mains devant elle quand elle se déplace. Un travail de locomotion a été commencé en 2013 pour qu'elle apprenne à porter son attention sur les différentes modalités sensorielles, ainsi que sur la proprioception pour ressentir la rectitude et les « virages ». Maria a commencé à utiliser la pré-canne, qu'elle a bien investie mais qui la fatigue cependant.

Maria participe aussi à un atelier musique conduit par un animateur et est suivie en psychomotricité depuis son arrivée au centre, en 2008. Actuellement, ce suivi s'effectue en groupe.

- L'atelier « raconte et bouge »

La psychomotricienne et une éducatrice y rencontrent depuis 3 ans Maria et un autre jeune, lui aussi aveugle. Les notions spatiales, corporelles, sensorielles y sont expérimentées par l'intermédiaire de comptines qui sont mimées, impliquant l'ensemble du corps, afin d'ancrer corporellement le discours. J'ai pu participer à cet atelier en 2014-2015, et assister à l'évolution de Maria.

Au fil des mois, elle a présenté moins d'angoisses lors des transitions ou lorsque nous amenions une nouvelle chanson, grâce à l'instauration de rituels sécurisant pour Maria. Elle pouvait chanter, effectuer les gestes, mais dès lors que nous cessions de la solliciter directement,

la relation s'interrompait. Ses initiatives étaient rares. De la même façon, elle ignorait la présence de l'autre enfant, les interactions étaient rares. Maria présentait de bonnes capacités mnésiques et des coordinations correctes, mais sa conscience corporelle me paraissait de faible qualité. Maria semblait en proie à des angoisses archaïques, le sentiment de continuité et la permanence de l'objet posaient question. L'indifférenciation des pronoms « Je » et « Tu » m'a conforté dans l'idée d'une individuation encore à construire.

3. Mon projet de stage : un atelier psychomoteur à médiation équine

Après un an de stage dans cette institution, qui m'a permis d'aborder différents aspects de la prise en soin psychomotrice auprès de jeunes déficients visuels, j'ai eu envie de poursuivre et d'approfondir mon expérience dans ce domaine.

En parallèle, je débutais un stage auprès d'une psychomotricienne pratiquant la thérapie avec le cheval. A cela s'ajoutaient les liens entre théorie et pratique psychomotrice et mon expérience personnelle auprès des chevaux. L'utilisation du cheval comme médiateur en psychomotricité faisait écho en moi, et j'ai réfléchi à sa pertinence auprès des jeunes déficients visuels que j'avais accompagnés, du fait de leurs difficultés relationnelles et de communication, mais aussi de leurs troubles du schéma corporel, toniques et spatiaux.

J'ai proposé à l'institution un projet de stage concernant la médiation équine, qui a été accepté. Les premières séances de cet atelier, que je mène en autonomie, supervisée par ma maître de stage, ont commencé en décembre 2015. Indienne, le poney que j'ai pu utiliser n'étant pas montable, j'ai centré l'atelier sur l'approche de l'animal comme objet d'attention commune pour le découvrir et en prendre soin. S'occuper du cheval, observer son comportement, est prétexte à la relation, à parler du corps et de ses éprouvés, tout en découvrant de nouvelles sensations et émotions à son contact.

Les objectifs généraux sont de favoriser la relation entre l'enfant, le thérapeute et l'animal, de développer une communication verbale et non-verbale, de proposer un environnement sensoriel riche permettant l'investissement des vicariences et stimulant la comodalité. La solidification et l'unification des représentations corporelles et la structuration spatiale sont aussi visées.

Chaque semaine, je rencontre d'abord un groupe de deux enfants, puis Maria pour une séance individuelle. Je vais chercher la ponette au pré, l'amène à côté du pavillon de vie et je vais ensuite chercher les enfants.

4. Une évolution positive aux côtés d'Indienne

Maria m'a reconnue dès la première séance : le contact avec ma main, le son de ma voix lui ont permis de faire le lien avec l'atelier psychomoteur « Raconte et bouge ».

L'atelier est construit autour d'une structure ritualisée : dire Bonjour et caresser le poney, aller chercher une brosse installée sur la petite table, brosser en chantant, reposer la brosse puis faire une dernière caresse avant de dire au revoir.

L'instauration de ces rituels est très importante pour Maria, qui présente une grande fragilité psychique. La régularité des séances et la rythmicité de son contenu participent à l'effet contenant du cadre thérapeutique. Elle peut s'y sentir en sécurité, anticiper les différents temps, ce qui diminue son angoisse.

Maria vient à l'atelier sans montrer de signe d'opposition, elle a trouvé des repères stables. Ainsi, au fur et à mesure, lorsqu'elle a intériorisé cette régularité, elle a pu me faire des demandes, et décider elle-même du passage d'une étape à une autre : prendre la brosse, la reposer, ou chanter pour démarrer le brossage.

Toute modification de ce cadre est très anxiogène, comme le changement de lieu (lorsqu'il pleut) par exemple. Elle se réfugie alors dans un discours stéréotypé, fait d'écholalies. La venue surprise de sa famille, de la même façon, aura stoppé son élan : elle a pu reprendre le brossage après s'être assurée qu'il n'y avait plus qu'elle, Indienne, et moi.

- « Brosse, brosse, brosse Indienne »

Au départ très furtif, le toucher provoquait des réactions d'angoisse : retrait de la main, repli mutique, hypotonie du tronc accrue... Accompagné de ma main et de mes paroles, le contact est devenu de moins en moins anxiogène, plus long et plus franc. Désormais, elle caresse seule les crins et les flancs de l'animal. Un étayage verbal et tactile est essentiel pour que Maria puisse dépasser les angoisses qui l'envahissent. Une relation de confiance s'est créée entre elle et moi, qui a pu s'étendre à Indienne.

Maria, lors de notre première séance, m'avait chanté les comptines de l'atelier « Raconte et bouge », auquel j'avais participé l'année passée. J'ai choisi d'utiliser ce support pour étayer l'action du pansage : réservé au temps de brossage, cela permet de rythmer les mouvements de Maria. Elle investit beaucoup ce support, la comptine est bien associée à l'action. Elle peut initier la chanson pour dire qu'elle souhaite passer au temps de pansage, ou au contraire, je remarque que Maria n'est plus présente à ce qu'elle fait quand elle s'arrête brutalement de chanter. La rythmicité du geste de brossage permet à Maria d'éprouver la rythmicité de la présence et de l'absence (contact avec le corps de l'animal puis passage dans l'air avant de revenir contre les poils). La comptine est construite de la même manière, le mot « brosse » coïncide avec le moment de contact, et le silence à la pause : la chanson, bien assimilée, permet d'anticiper ces moments de contact, de savoir qu'ils reviendront après chaque silence : l'objet ne disparaît pas.

Maintenant que les caresses et le brossage sont des moments bien intégrés, qui ne représentent plus un facteur anxiogène, je sollicite Maria pour qu'elle élargisse sa zone d'exploration. C'est une jeune fille peu mobile, très statique, présentant une hypotonie du tronc, la tête est enroulée vers l'avant, faute d'accroche visuelle permettant la fonction verticalisante du regard [11]. Du fait de sa cécité et de ses difficultés psychiques, initier une action est très compliqué pour cette enfant. Elle reste cependant très à l'écoute de mes indications pour s'orienter et se déplacer pas à pas.

Avec un étayage suffisant, elle amorce désormais le tour du poney. C'est un animal offrant différentes sensations : les poils, les oreilles, les naseaux, les crins ont des textures caractéristiques, qui permettent de reconnaître et situer les différentes parties du corps. Par discrimination tactile, elle peut désormais se situer par rapport au cheval, et se déplacer vers la zone qu'elle souhaite brosser. Sa représentation de l'animal est donc plus unifiée, elle expérimente ici la liaison entre les différentes parties, rassemblées en un tout et non morcelées.

- Toi, Moi, Indienne

Les séances commencent toujours par une série de questions stéréotypées, des écholalies que Maria répète inlassablement chaque fois qu'elle rencontre une personne « T'as fait quoi hier soir ? », « T'as mangé quoi ce matin ? ». Ce discours n'est pas adressé, elle répond à mes questions en écho à ma réponse, confondant « Je » et « Tu ». J'utilise nos prénoms, en association avec les pronoms « moi » et « toi », pour marquer le sujet de nos phrases. En relation duelle, Maria persiste dans ce discours ritualisé, sans valeur de communication. Parler d'Indienne, la nommer en même temps qu'on la panse, décrire ses réactions et le bien-être qu'elle ressent quand Maria la brosse, c'est faire exister cet animal comme un sujet à part

entière, acteur de la relation. Le cheval joue ici son rôle de tiers séparateur, qui empêche la fusion de la dyade.

Depuis quelques semaines, le discours de Maria semble plus adressé, les pronoms « Je » et « Tu » sont utilisés à meilleur escient. Elle peut m'appeler même quand je ne suis pas en train de lui parler ou de la toucher, ce qui signe une meilleure intégration de la permanence de l'objet. Ainsi, elle peut avancer le bras devant elle et me chercher à tâtons en disant « Julie », puis dire « Indienne » en touchant la ponette avant de me dire « de l'aide » pour que je vienne l'aider à brosse l'animal. Le discours est adressé, les protagonistes sont identifiés, et elle a pu exprimer un besoin par rapport à un éprouvé personnel.

La présence de l'animal, avec qui la communication passe par un contact corporel, permet à Maria de revenir dans un espace réel et concret. Quand ses phrases stéréotypées l'envahissent et qu'elle ne peut s'arrêter, amener Indienne dans le discours et proposer un contact tactile ramène Maria dans « l'ici et le maintenant ». De la même façon, quand elle est intrusée par les bruits extérieurs, ce qui la paralyse tant physiquement que psychiquement, le fait d'initier la comptine ou de lui faire toucher le poney permet de revenir dans la relation. Le cheval, dans son rôle de médiateur, est un objet d'attention commune qui permet à Maria « d'être avec ».

5. Conclusion

Après une dizaine de séances, je peux dresser un bilan de mi-parcours. L'évolution de Maria dans cet atelier à médiation cheval est positive et les progrès, bien que se résumant à une somme de petits signes, sont notables : diminution des manifestations d'angoisse, autonomisation, exploration tactile qui s'élargit, unification des représentations, et surtout disponibilité dans la relation. En lien avec la permanence de l'objet et la différenciation Soi/non-Soi, le processus psychique d'individuation continue.

L'animal, dans le processus de soin de Maria, a permis d'introduire un tiers séparateur. Médiateur de la rencontre et de la relation, c'est un support concret de communication entre elle et moi, mais cette communication tonique, sensorielle, s'instaure aussi entre Maria et Indienne. Ce rapport à la réalité qu'amène l'animal permet à Maria de se remobiliser dans les moments où son attention psychique est accaparée par tout autre chose. En effet, cette hypersensibilité aux perceptions extérieures est à relier à l'hypervigilance induite par la cécité, mais je pense aussi à un défaut d'enveloppe psychique contenante, notamment constituée lors des premiers échanges œil-à-œil.

Bien qu'elle présente une excellente mémoire, Maria ne peut filtrer l'afflux d'informations, les trier et les classer, faute d'ancrage corporel qui leur permettrait de prendre place et sens. Du fait de la fragilité de ses enveloppes corporelle, Maria est envahie par toutes ces perceptions. La ritualisation des étapes de l'atelier, ainsi que la communication concrète qui s'instaure avec Indienne permettent de faire du lien entre l'action régulière, le contact avec Indienne et les sensations éprouvées.

Au vu de cette porosité psychique, Maria ne peut se positionner en tant que sujet, elle ne se perçoit pas réellement différenciée de l'autre, avec qui la fusion est donc possible. Le cheval triangule la relation et permet de retrouver une place différenciée.

En offrant un support sensoriel riche mais uniforme - les poils recouvrent l'intégralité du corps du poney, mais leur texture permet de discriminer les différentes parties touchées - Maria a pu envisager Indienne dans sa globalité. Je pense que la représentation du poney est de plus en plus unifiée et que l'analogie entre les parties du corps d'Indienne et les siennes permettra ce même processus d'intégration pour elle.

L'exemple de Maria montre combien le monde sensoriel des jeunes aveugles est primordial dans leur manière « d'être au monde », dans deux aspects paradoxaux de morcèlement des données perçues, et de support à la relation. C'est au thérapeute d'en prendre conscience et de proposer un étayage tactile, auditif suffisant, tout en faisant les liens nécessaires pour que s'inscrivent ces différentes sensations dans un espace unifié.

Dans cette illustration clinique, outre l'intérêt du médiateur choisi, c'est l'importance du cadre contenant qui me paraît essentiel à retenir. Malgré l'absence d'un espace clos protecteur, c'est par l'intégration d'une temporalité régulière de l'atelier et par ma présence étayante, dans un rôle de « pare-excitation », que Maria a trouvé un socle solide pour s'exprimer, mettre en mouvement son corps, prendre des initiatives et investir cet espace thérapeutique.

Conclusion

Ce mémoire retrace le cheminement de ma réflexion et de ma pratique concernant la prise en soin d'enfants déficients visuels en psychomotricité. Avant de partager mon point de vue sur l'intérêt de la thérapie psychomotrice avec le cheval pour ces enfants, j'ai voulu inviter mes lecteurs à entrer dans le monde de la déficience visuelle.

Compte-tenu des nombreuses fonctions de la vision, la déficience visuelle n'empêche pas seulement l'enfant de voir : elle entraîne des troubles psychomoteurs secondaires qui entravent sa manière d'être au monde. Les fonctions sensorielles, toniques, motrices et relationnelles de tout sujet sont intriquées et inter-dépendantes ; c'est pourquoi la déficience visuelle affecte de manière globale la psychomotricité de l'enfant déficient visuel, c'est-à-dire sa façon d'être en relation, corporellement, avec son environnement physique et humain.

Nous retrouvons cette conception complexe et globale de l'individu dans les fondements de la psychomotricité. Ses bases théoriques et pratiques se situent au carrefour de plusieurs disciplines (psychiatrie, phénoménologie, neuro-anatomie, physiologie...), soulignant combien il importe d'envisager chaque sujet d'un point de vue holistique.

Pour soutenir le développement psychomoteur de l'enfant déficient-visuel, le psychomotricien s'appuie sur l'unité corps-psyché où le substrat corporel, en lien étroit avec l'environnement relationnel, constitue un socle sur laquelle se construira la pensée.

Pour ma part, j'ai choisi comme support d'expériences corporelles le médiateur équin et je me suis intéressée à son apport dans la prise en soin des jeunes déficients visuels. Si au départ mes hypothèses étaient fondées sur mes propres ressentis aux côtés des chevaux, je suis aujourd'hui en mesure de pointer la pertinence et les atouts spécifiques de la thérapie psychomotrice avec le cheval auprès de ces enfants, résultat d'une recherche théorique et d'observations cliniques lors de ma pratique en stage.

Cette immersion professionnelle m'a avant tout permis de me détacher de l'aspect « magique » de la médiation équine et d'asseoir mon identité professionnelle. Le cheval n'est pas soignant en lui-même, c'est le psychomotricien qui donne la dimension thérapeutique à la médiation corporelle. Certes, cet animal présente des qualités singulières qui placent l'enfant dans une certaine disposition corporelle : il sera porté, baigné dans un environnement sensoriel et relationnel favorable, avec un animal communiquant sur un registre non-verbal. Cependant,

ces expériences ne pourront donner lieu à un remaniement somato-psychique que si elles sont transformées, pensées, symbolisées par le psychomotricien. L'éprouvé corporel doit être rendu pensable pour qu'il permette une structuration du schéma corporel et de l'espace, pour que l'enfant déficient visuel éprouve le sentiment d'être contenu et unifié, pour qu'il investisse ses vicariances sensorielles...

C'est dans la rencontre avec les enfants que j'ai réellement pris conscience de la dimension « transitionnelle » de la médiation équine, où une co-création de l'action et de la relation se joue entre trois partenaires interagissant : l'enfant, le cheval, et moi-même. C'est par mon implication - sur un plan concret mais aussi psychique, en pensant le soin et en donnant du sens à ce qui se vivait - que cet espace intermédiaire a pris sa dimension psychomotrice.

Avant de mettre un point final, je souhaiterais partager les mots de J.ANSORGE [2]: « *La médiation équine invite à prendre le temps. Le temps d'écouter, de comprendre et d'apprendre à son rythme* ». Ces paroles m'évoquent d'emblée l'évolution progressive de Quentin et Maria en thérapie avec le cheval, mais elles reflètent aussi parfaitement ma propre évolution durant les mois où je les ai accompagnés. D'une propension naturelle à « aller au galop », j'ai appris à avancer « pas à pas ». Je pense avoir trouvé en moi un état plus juste, une énergie active mais calme, me permettant d'être plus à l'écoute de ce qui se joue dans la relation avec l'enfant et le cheval.

Je clôture donc ici mon mémoire, mais poursuis mon cheminement psychomoteur avec l'envie de me former davantage, notamment en thérapie avec le cheval, pour donner la possibilité à d'autres enfants de découvrir et d'investir leurs propres ressources, de s'ouvrir à leur corporalité afin de « voir » le monde autrement.

Annexes

- Annexe 1 : altérations illustrées de la vision



Vision Centrale²⁵



Vision floue²⁶



Vision avec tâches²⁷



Vision périphérique²⁸



Daltonisme²⁹



Hémianopsie droite³⁰

²⁵ <http://chien-guide.org/déficience-visuelle.php>

²⁶ <http://chien-guide.org/déficience-visuelle.php>

²⁷ <http://chien-guide.org/déficience-visuelle.php>

²⁸ <http://chien-guide.org/déficience-visuelle.php>

²⁹ Ophtalmologie.pro

³⁰ Ophtalmologie.pro

- Annexe 2 : bilan psychomoteur de Quentin

Une impulsivité idéique et motrice est relevée, Quentin n'attend pas la fin des consignes pour exécuter la tâche demandée. Il teste beaucoup, prend des risques : il semble ne pas avoir conscience de ce qui est possible ou non pour lui. Malgré un projet moteur inadapté à ses capacités réelles, la motricité globale et les coordinations dynamiques sont correctes.

L'équilibre est correct compte tenu de son trouble visuel. L'immobilité est impensable, Quentin est toujours en mouvement. Il présente en effet une légère instabilité motrice, il lui est difficile de se poser s'il n'est pas canalisé.

Au niveau tonique, le relâchement volontaire est possible. Le tonus de soutien est adapté, mais la psychomotricienne remarque une petite immaturité neuromotrice. La latéralité tonique est à droite pour le membre supérieur et à gauche pour le membre inférieur. La latéralité neurologique et usuelle montre aussi que Quentin est droitier (main, pied, oreille).

La motricité fine est bonne, tant dans la prise en pince que dans les coordinations bi manuelles. Quentin présente des mouvements vifs lors des épreuves à la table, il fait beaucoup tomber les choses, ne prend pas son temps. Pendant les épreuves graphiques, il change fréquemment de position, l'ajustement tonique n'est donc pas efficace. La psychomotricienne remarque aussi de petites apnées. Malgré cette instabilité et sa déficience visuelle, le bilan conclut sur de bonnes compétences perceptivo-graphiques.

L'imitation de gestes est bien réalisée, ce qui montre une bonne intégration du schéma corporel. Cependant, son référentiel corporel n'est pas assez solide : c'est surtout observé quand il doit se mettre en mouvement (construction d'un parcours). Il a une très bonne connaissance des parties de son corps. Le dessin du bonhomme est celui attendu pour un enfant de son âge.

Concernant l'espace, il a acquis de bons repères de base, sur lui et autrui. Il connaît sa gauche et sa droite, et on observe une bonne représentation de ses espaces de vie. La copie de la Figure de Rey le situe dans la moyenne des enfants de 10-11 ans.

Quentin a de bons repères dans le temps (jours, semaines), mais l'adaptation corporelle à un rythme est difficile. Cela s'améliore si le tempo proposé s'accélère, se rapprochant ainsi de son rythme propre. Il y a un décalage entre ses connaissances et son adaptation corporelle.

L'instabilité motrice est confirmée, la psychomotricienne soutient l'indication d'un travail en psychomotricité qui permettrait à Quentin de renforcer son référentiel corporel afin qu'il puisse mieux s'adapter à son environnement, tout en s'appuyant sur ses connaissances.

Bibliographie

- [1] ANDRE J. BAUDIN B. GOLSE B. La vie sensorielle, la clinique à l'épreuve des sens, Ed PUF, 2002
- [2] ANSORGE J. « *La médiation équine comme outil thérapeutique* », Le journal des psychologues n°206, 2011
- [3] AUVE-DEBACQUE A. « *L'impact de la thérapie avec le cheval sur les enveloppes corporelles* », Thérapie psychomotrice et recherches n°167, 2011
- [4] BERTHOZ A. « *L'échange par le regard* », Enfances & Psy n°41, Ed Eres, 2008
- [5] BEYLIER-IM.R. La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant, L'enfant déficient visuel, Ed Broché, 2003
- [6] BULLINGER A. « *A propos du développement psychomoteur* », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence n°55, Ed Elsevier Masson, 2007
- [7] CLAUDE I. Le cheval, miroir de nos émotions, Ed DFR, 2007
- [8] DOLTO F. L'image inconsciente du corps, Ed du Seuil, 1984
- [9] GRANIER-DEFERRE C. « *Sensibilité visuelle prénatale* », Revue Spirale n°59, pages 59 à 66, Ed Eres, 2011
- [10] GRENIER A. La motricité libérée du nouveau-né, Ed Broché, 2000
- [11] HAAG G. « *De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme* », Enfances & Psy n°41, Ed Eres, 2008
- [12] HATWELL Y. Psychologie cognitive de la cécité précoce, Ed Dunod, 2003
- [13] JOLY F. « *Psychomotricité & médiations corporelles thérapeutiques : le médiatif et le travail du médium malléable* », Thérapie psychomotrice et recherches n°173, 2013
- [14] LAROUSSE MEDICAL sur <http://larousse.fr/encyclopedie/medical>
- [15] LAURENTJOYE M. Anatomie tête et cou, Ed Bergeret, 2012
- [16] LIPPMANN MARTIN B. « *La thérapie avec le cheval* », Thérapie psychomotrice et recherches n°161, 2010

- [17] MARENDAZ C. Du regard à l'émotion : la vision, le cerveau, l'affectif, Ed Le Pommier, 2009
- [18] MERMET L. « *Equithérapie, du corps vécu au corps relationnel* », Le journal des psychologues n°303, 2013
- [19] MIGLIORANZA S. « *L'utilisation de l'espace en psychomotricité* », Enfances & Psy n°33, Ed Eres, 2006
- [20] MONTAGNER H. L'enfant et l'animal, Ed Odile Jacob, 2002
- [21] POTEL C. Etre psychomotricien, Ed Eres, 2013
- [22] ROBERT-OUVRAY S. « *Le corps étai de la psyché* », sur www.suzanne-robert-ouvray.fr
- [23] RODRIGUEZ M. « *Apport des médiations corporelles en psychomotricité* », Thérapie psychomotrice et recherches n°173, 2013
- [24] SCIALOM P, GIROMINI F, ALBARET J-M. Manuel d'enseignement en psychomotricité, Tome 1 Principes fondamentaux, Ed de Boeck-Solal, 2013
- [25] WINNICOTT D.W. Jeu et Réalité, Ed Gallimard, 1975

Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
I. La vision : voir et regarder	6
A. Structures neuro-anatomiques du système visuel	6
1. Le globe oculaire	6
2. Les annexes du bulbe oculaire.....	8
3. Les voies visuelles.....	9
B. Ontogénèse de la vision	10
C. Rôle de la vision dans le développement de l'enfant	12
1. Développement psycho-affectif.....	12
a) L'installation d'une relation précoce.....	12
b) Individuation	14
2. Développement psychomoteur	16
a) La modulation tonique.....	16
b) Vers de nouveaux schèmes moteurs.....	17
3. Développement cognitif	19
a) De la sensation à la représentation	19
b) Schéma corporel et structuration spatiale.....	21
c) L'émergence des fonctions symboliques.....	23
II. La déficience visuelle et ses retentissements.....	25
A. Approche générale de la déficience visuelle	25
1. Définitions	25
2. Classification.....	26
3. Les différentes altérations de la vision	27
B. L'impact fonctionnel du handicap visuel : un suivi spécialisé.....	29
1. Suivi médical et rééducation oculaire.....	29
a) Un suivi médical spécifique	29

b) Rééducation, potentialisation, palliation	30
2. De la dépendance à l'autonomie.....	31
a) Des difficultés quotidiennes	31
b) Un parcours semé d'embûches.....	31
3. L'accès à la culture.....	32
4. Les préconisations des spécialistes de la déficience visuelle	33
C. Lecture psychomotrice de la déficience visuelle.....	34
1. Tonus.....	35
a) Hypertonie.....	35
b) Hypotonie.....	36
2. Motricité.....	36
a) Motricité globale et locomotion	36
b) Motricité fine et préhension.....	38
3. Sensorialité.....	39
4. Les représentations corporelles	42
5. La structuration spatiale	43
6. La communication et les interactions avec autrui	45
a) La communication non-verbale.....	45
b) Le langage	46
III. Apport de la médiation équine dans la prise en soin d'enfants déficients visuels en psychomotricité.....	48
A. L'intervention du psychomotricien auprès de jeunes déficients visuels	48
1. Bilan psychomoteur.....	48
2. Le rôle du psychomotricien auprès d'enfants déficients visuels	49
3. Le cadre thérapeutique	53
B. Le cheval, un médiateur possible en psychomotricité	56
1. La médiation en psychomotricité	56
2. La place du cheval dans l'Histoire	58
3. La thérapie psychomotrice avec le cheval.....	60
C. Les spécificités du cheval comme médiateur auprès de jeunes déficients visuels en psychomotricité	63
1. Un médiateur vivant	63
2. Un animal porteur.....	65
3. Des caractéristiques sensorielles	67
IV. Illustrations cliniques	69
A. Quentin.....	69

1. Présentation de Quentin.....	69
2. Le projet de soin de Quentin	70
3. L'évolution de Quentin au fil de sa thérapie psychomotrice avec le cheval	71
4. Pour conclure.....	76
B. Maria	78
1. Anamnèse	78
2. Une prise en soin institutionnelle	79
3. Mon projet de stage : un atelier psychomoteur à médiation équine	80
4. Une évolution positive aux côtés d'Indienne	81
5. Conclusion.....	83
Conclusion.....	85
Annexes	87
Bibliographie.....	89
Table des matières	91