



HAL
open science

Exister et se construire par le regard : les fonctions du regard dans la structuration psychomotrice du jeune enfant. Quelle place dans le soin en psychomotricité ?

Anissa Cherchari

► To cite this version:

Anissa Cherchari. Exister et se construire par le regard : les fonctions du regard dans la structuration psychomotrice du jeune enfant. Quelle place dans le soin en psychomotricité?. Psychologie. 2018. dumas-01835664

HAL Id: dumas-01835664

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835664>

Submitted on 11 Jul 2018

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'État de Psychomotricien

EXISTER ET SE CONSTRUIRE PAR LE REGARD :

Les fonctions du regard dans la structuration
psychomotrice du jeune enfant

Quelle place dans le soin en psychomotricité ?

Cherchari Anissa

Née le 07.10.1995, à Agen (47)

REMERCIEMENTS

Par ces quelques lignes, j'adresse mes plus sincères remerciements,

À ma directrice de mémoire Madame BIREM-MARCHAL Julia, pour son accompagnement dans l'élaboration de ce mémoire. Je la remercie pour ses précieux conseils, ses nombreuses relectures, et sa grande disponibilité tout au long de cette année,

À tous mes maîtres de stage, rencontrés dans le cadre de cette formation, pour le partage de leur pratique, savoir et expérience, et cela toujours avec gentillesse et professionnalisme,

Aux équipes et professionnels qui m'ont accueillie durant mes stages, et m'ont permis de découvrir le travail en interdisciplinarité,

À l'équipe pédagogique, et aux professeurs de l'IFP, d'avoir rendu cette formation si riche,

À mes camarades de promotion pour ces trois années vibrantes,

À ma famille, qui n'a jamais cessé de me soutenir, et de croire en moi,

À Vincent pour sa présence, ses conseils, et sa relecture attentive,

À mes amis pour leurs encouragements,

À l'ensemble des patients, ainsi qu'à leur entourage, de m'avoir accordé leur confiance tout au long de mes stages.

Un grand merci à vous tous !

AVANT PROPOS :

« Il suffit de contempler un moment cet extraordinaire échange entre la maman et son jeune bébé lorsqu'ils se regardent pour comprendre qu'il s'agit là de beaucoup plus qu'un simple mouvement, une simple « visée », la simple création d'une image. Il s'agit d'une pénétration réciproque, d'une « commune union » ou communion au sens plein du terme ; le monde extérieur n'existe plus pour deux êtres complètement absorbés par cette fascination réciproque où l'on sent que s'échangent, se donnent et se prennent de multiples messages, mais surtout s'élabore un vécu partagé. »

BERTHOZ (2008)

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
AVANT PROPOS :	2
INTRODUCTION GENERALE :	4
CHAPITRE 1 : LA VISION COMME INSTRUMENT DU REGARD	7
I. L'œil, et ses annexes :	8
II. Le traitement de l'information visuelle :	12
III. Le développement de la vision :	16
IV. Voir et regarder :	19
CHAPITRE 2 : LE REGARD DANS LA CONSTRUCTION PSYCHOMOTRICE DU JEUNE ENFANT.....	21
I. Généralités autour du regard :	21
II. Le regard dans la dimension psycho-affective	23
III. Le regard dans l'approche cognitive et sensori-motrice :	38
IV. Des concepts clés du développement psychomoteur :	42
V. Spécificité du regard dans certains troubles :	53
CHAPITRE 3 : LA PLACE DU REGARD DANS LE	60
SOIN EN PSYCHOMOTRICITÉ.....	60
I. Le regard dans le soin psychomoteur :	60
II. Présentation générale de mon stage en cabinet libéral :	72
III. Cas clinique : rencontre avec Lison	74
CONCLUSION GENERALE :	89
BIBLIOGRAPHIE	92
GLOSSAIRE.....	95
TABLE DES MATIERES	96

INTRODUCTION GENERALE :

Ce mémoire traite des différentes fonctions que revêt le regard dans la construction psychomotrice du jeune enfant et sa place dans le soin en psychomotricité. Il est issu de diverses observations, rencontres, et questionnements, sur mes lieux de stages.

En fin de deuxième année de psychomotricité, j'effectue un stage court dans un service de maternité accueillant des enfants nés prématurément. Mes premières interrogations autour de la question du regard émergent à ce moment-là :

Emma est une petite fille prématurée née à 26 +1 SA, et à 37+4 SA le jour de notre rencontre.

*Je la rencontre une première fois lors d'une prise en soin à quatre mains avec l'infirmière puéricultrice et la psychomotricienne. Puis, une deuxième fois, pour une évaluation psychomotrice en présence de sa mère et de sa grand-mère. Elle est très réactive aux stimulations auditives, visuelles, et tactiles et y répond de manière adaptée. Elle est curieuse et prend soin de s'orienter, tête et regard, régulièrement vers sa grand-mère, qui semble émue. L'évaluation met en évidence des compétences pour la poursuite oculaire, au test de la cible, et j'observe les prémices de coordinations oculo-manuelles lors de propositions d'objets par la psychomotricienne. Ces diverses situations sont à l'origine de mes premiers questionnements : **Quel rôle occupe le regard au sein du développement psychomoteur ?**
Quel est l'intérêt à le considérer au sein de la dynamique relationnelle ?*

Puis, durant cette troisième de psychomotricité, j'effectue un stage long dans un cabinet libéral, où je rencontre principalement des enfants, plus rarement des adolescents, et leur entourage. En début de stage, plusieurs rencontres m'ont amenée à me questionner, et sont ainsi à l'origine de cette réflexion.

*Léo, 5 ans, en fin de séance, installé sur un gros ballon en face du grand miroir. Je lui propose de se relâcher, et j'énumère avec lui, les différentes parties de son corps : « Tu peux relâcher tes pieds, tes jambes, ton bassin, ton dos, ton ventre, tes bras, ton cou, et la tête. » À ce moment-là, il me dit : « Et les yeux aussi ? », puis tire la porte du placard où se situe le miroir afin de ne plus se trouver en face du miroir : **Que signifie le miroir pour lui à ce moment-là ? Quel lien avec le regard ?***

J'ai aussi été interpellé dans les premiers temps de mon stage par le regard de Mathis, jeune garçon de 3 ans, m'amenant à me questionner à propos de cela : Pourquoi son regard se fixe régulièrement sur des détails de ma personne lorsque je m'adresse à lui ?

Et enfin, pourquoi Lison, jeune fille de 4 ans, ne me regarde pas à notre première rencontre dans la salle d'attente ? Qu'exprime-t-elle de son vécu lorsqu'elle met ses mains devant les yeux ?

Ce sont à partir de ces 3 rencontres depuis ce début de stage, que se porte ma réflexion à propos du regard : **En quoi le regard est-il un organisateur du développement psychomoteur du jeune enfant ? Et quelle place tient-il dans le cadre du soin psychomoteur ?**

Dans la rédaction de ce mémoire, je m'appuie sur le concept que l'Homme est un être biopsychosocial. En psychomotricité, l'intérêt se porte sur le sujet dans sa globalité, ainsi, le développement psychomoteur, est le développement de l'être humain dans toutes ses dimensions, que ce soit, sa motricité, sa posture, sa sensorialité mais aussi les dimensions biologique, cognitive, affective et sociale. Ce développement est considéré comme une co-construction qui va constamment faire intervenir et interagir entre eux ces différents éléments dont le regard.

Le regard tout comme la psychomotricité, est au carrefour de différentes disciplines et courants de pensée tel que les différentes approches en psychologie, la psychanalyse, la physiologie, la neurologie, la philosophie, ainsi, très tôt, chez le jeune enfant, le regard met en jeu des aspects identitaires, physiques et psychiques de son être en devenir. Il est un moyen de communication non-verbale s'appuyant sur la fonction visuelle, et si ces deux notions, le regard et la vision, sont intimement liés, il est important de noter qu'elles ne sont pas similaires.

Dans le dictionnaire Le Larousse, le regard désigne l'action de regarder, de porter la vue sur quelqu'un ou quelque chose. La vision quant à elle, est définie comme une fonction par laquelle les images captées par l'œil sont transmises par les voies optiques (cellules rétinienne et ganglionnaires, nerf optique, chiasma optique) au cerveau.

La fonction visuelle est donc à envisager comme le support, l'instrument, rendant possible l'investissement du regard. Pour autant, il existe de multiples façons d'investir le regard, et cela m'amène donc à postuler que la vision bien qu'elle soit efficiente, ne permet pas toujours à l'enfant de regarder. Dans le regard, on retrouve, l'idée d'une implication, une dimension affective et subjective.

Dans une **première partie**, je m'attacherai à présenter la vision comme possible instrument du regard, tout en spécifiant les différences entre ces deux notions. Ensuite dans une **seconde partie**, je développerai plus spécifiquement les fonctions du regard dans la dimension psycho-affective, cognitive, et sensori-motrice de l'enfant, les concepts clés du développement psychomoteur, ainsi que les troubles du regard. Enfin ma dernière et **troisième partie** s'intéressera à aborder la place du regard dans la prise en soin psychomotrice.

CHAPITRE 1 : LA VISION COMME INSTRUMENT DU REGARD

La vision est un sens utilisé chez l'ensemble des animaux, y compris chez l'Homme. Elle est un sens prédominant chez les primates, et c'est aussi un sens très développé chez l'être humain. La vue représente la principale source d'information que possède le cerveau sur le monde extérieur, en effet, environ 70% des informations de l'environnement sont traitées par la vision. Le champ visuel de l'humain correspond à l'étendue de l'espace, pouvant être perçue visuellement sans bouger les yeux et la tête. Dans une situation où un adulte fixe un point avec ses deux yeux, le champ visuel s'étend sur une surface de 180° dans un plan horizontal, et 115° dans une dimension verticale. (S. CHOKRON, A. STRERI, 2012).

Le système visuel repose sur un ensemble de structures, dont le principal organe est l'œil, organisé en paire, les yeux. L'appareil de la vision se compose du bulbe ou globe oculaire, un des premiers éléments des voies visuelles, et de ses annexes. On retrouve aussi des aires cérébrales spécialisées dans le traitement de l'information visuelle.

S. **CHOKRON** et A. **STRERI** (2012, p 51) définissent la vision comme : « une modalité de choix chez l'être humain qui va être à l'origine de l'éveil de l'enfant et de son bon développement psychomoteur ». La vision revêt donc un rôle majeur dès la naissance de l'enfant, car à travers celle-ci, l'enfant peut utiliser son regard pour explorer son environnement et interagir avec lui. Cette exploration s'appuie ainsi sur un système visuo-moteur, qui procède à des transformations sensori-motrices, rendant possible l'orientation du regard vers un objet d'intérêt du champ visuel.

Dès la naissance, les structures neuro-anatomiques centrales et périphériques de base sont en place. Elles permettent très tôt à l'enfant, la perception visuelle, mais également l'orientation du regard, au moyen de saccades oculaires. La maturation de ces structures évolue ensuite au cours de l'enfance, et de l'adolescence. La perception et l'oculo-motricité reposent ainsi sur cette maturation qui progresse au cours du développement de l'enfant. Toutefois, l'apprentissage sensorimoteur à travers l'expérience visuelle participe aussi à l'amélioration des performances visuo-motrices très tôt au cours de la première enfance.

D'un point de vue purement physiologique, la vision correspond à l'analyse des rayons lumineux qui vont être captés au niveau du bulbe oculaire ou globe oculaire.

Ces informations ainsi captées par le globe oculaire, vont ensuite, grâce aux voies nerveuses visuelles, aussi appelées voies optiques, être transmises vers le cerveau, au niveau des aires corticales spécialisées dans le traitement de l'information.

I. L'œil, et ses annexes :

a) **Définition :**

L'*œil* est l'organe de la vision, il est également l'organe récepteur de la lumière. Les informations visuelles vont être traitées par ce dernier et transmises au *cerveau*, pour enfin permettre la commande motrice des muscles oculaires.

Le dictionnaire Le Petit Larousse de la médecine (2001), fournit une brève explication du mécanisme physiologique des yeux : “ Les deux yeux travaillent de façon conjuguée sous le contrôle du cerveau, prenant la même direction pour fixer un objet afin qu'une image nette se forme sur chaque rétine. Ils font la mise au point en fonction de la distance de l'objet regardé grâce aux processus d'accommodation”.

b) **Anatomie :**

Le *bulbe oculaire* se situe au sein de son orbite osseuse du crâne, et sa protection est assurée au moyen d'un *coussin graisseux*, lui permettant de bouger en avant et en arrière, ainsi que par les *paupières* sous lesquelles il repose.

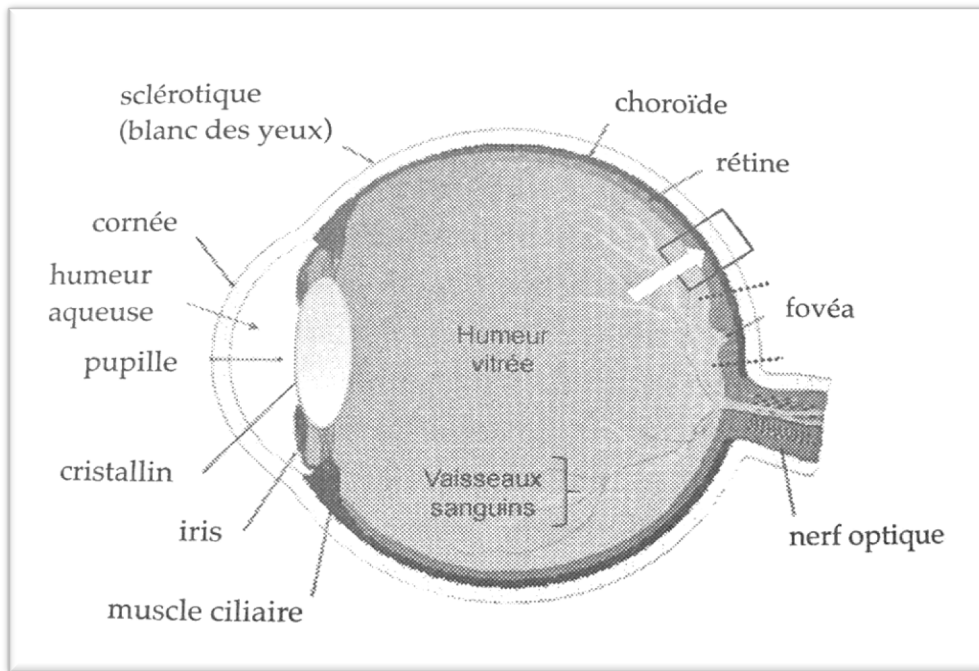


Schéma de l'anatomie de l'œil en vue sagittale

(Du regard à l'émotion : la vision, le cerveau, l'affectif, C. MARENDAZ, 2009, p 11, Image reproduite avec l'aimable autorisation de Monsieur Christian Marendaz)

En vue sagittale, on retrouve **trois tuniques** nommées : tunique *supérieure*, *moyenne* et *profonde*.

La tunique supérieure se compose vers l'avant de la *cornée*, et vers l'arrière de la *sclère* appelée aussi sclérotique sur laquelle s'insèrent les *muscles oculomoteurs*.

- La cornée correspond à une tunique transparente, et fine.
- La sclérotique est la partie de l'œil qui correspond au blanc de l'œil. Elle est entourée d'une membrane très fine et transparente, que l'on nomme conjonctive.

La tunique moyenne correspond à une tunique aux propriétés essentiellement vasculaires, elle se compose dans la partie dorsale de la *choroïde* et en avant des *corps et muscles ciliaires* dont est issu l'*iris*.

- La choroïde est une enveloppe pigmentée qui donne la couleur noire de l'intérieur de l'œil. Elle est très vascularisée et permet la nutrition de l'iris et de la rétine.
- Les muscles ciliaires participent en se contractant et décontractant à l'accommodation du cristallin. Ils règlent la netteté de la vision en fonction de la distance entre l'œil et l'objet, sur lequel se porte le regard. (C. MARENDAZ, 2009)
- La pupille représente l'orifice par lequel la lumière entre dans l'œil.
- L'iris est à l'origine de la couleur de l'œil. Il peut se contracter en réaction à un stimulus lumineux, on parle de myosis, ou se dilater dans les situations de faible luminosité, on parle alors de mydriase.

La tunique profonde ou interne : est composée de la *rétine*, appelée aussi *couche sensorielle*.

- La rétine correspond à une membrane épaisse, résidant dans le fond de l'œil, sur la paroi interne de celui-ci. Son rôle est de capter la lumière qui parvient à l'œil. Cette structure est également composée de nombreuses cellules nerveuses nommées : photorécepteurs.
Au moment où notre regard se met à fixer un objet, s'opère une focalisation des rayons lumineux sur la fovéa. Cette dernière est une zone au centre de la rétine qui participe à la netteté, et « la fovéa est la région où les objets sont vus avec la plus grande précision, où l'acuité visuelle est la meilleure » (S. CHOKRON, A. STRERI, 2012, p 11).

La structure de l'œil se compose également de 3 **milieux liquides** :

- Le cristallin est une lentille biconvexe, transparente, pouvant modifier sa forme, pour assurer la mise au point de l'image. C'est aussi ce processus de transformation que l'on désigne par le terme d' « accommodation ». Il se situe en arrière de la pupille et de l'iris. Sa position délimite deux autres milieux liquides, à savoir l'*humeur aqueuse* dans sa partie antérieure, et le *corps vitré* dans sa partie postérieure.
- L'humeur aqueuse correspond à un liquide transparent, qui a pour rôle de maintenir la pression et la forme du globe oculaire. L'eau est son principal élément, mais l'on retrouve aussi de la vitamine C, du glucose, de l'acide lactique, ainsi que des protéines.

- L'humeur vitrée, cette partie de l'œil aussi nommée *corps vitré*, correspond à l'espace entre le *crystallin* et la *rétine*. Sa texture est gélatineuse et transparente.

On retrouve aussi des **annexes de l'œil**, à savoir, les *nerfs optiques* et les *muscles oculomoteurs*:

- Les nerfs optiques ont pour rôle de transmettre les informations parvenues à la rétine, au cerveau, dans la zone du cortex visuel. Ces fibres nerveuses vont par la suite se croiser au niveau d'une zone appelée : le chiasma optique.
- Les muscles oculomoteurs sont des muscles qui s'insèrent majoritairement au niveau de la partie postérieure de l'orbite, et au niveau de la *capsule de tenon* du bulbe oculaire. On compte 4 muscles droits (supérieur, inférieur, médial, latéral) et 2 muscles obliques (supérieur et inférieur). La contraction de ses muscles, est à l'origine des déplacements du bulbe dans les différentes orientations (droite, gauche, haut, bas).

c) **Fonctionnement** :

La lumière en provenance des objets, pénètre dans nos yeux, et traverse l'ensemble de milieux transparents afin de former une image sur la rétine. Elle va ainsi traverser, la cornée, l'humeur aqueuse, le cristallin, puis l'humeur vitrée.

Afin de faciliter le passage de la lumière, les structures de l'œil procèdent à des transformations physico-chimiques :

- *L'ouverture de la pupille* permet de gérer la quantité de lumière qui entre au sein de l'œil. Elle est, elle-même délimitée par l'iris.
- *L'accommodation* désigne la modification de forme du cristallin afin de permettre à l'image formée sur la rétine une meilleure netteté. Celle-ci est permise grâce aux différents muscles qui entourent le cristallin.
- *Les réactions chimiques* dans des cellules nerveuses, appelées *photorécepteurs*. Ce sont des cellules nerveuses regroupées au sein de la rétine. Ces photorécepteurs se regroupent en 2 catégories : les cônes et les bâtonnets.

Ce tableau ci-dessous, permet de rassembler succinctement les caractéristiques de chacune de ces cellules nerveuses.

Type de photorécepteurs	<i>Les bâtonnets</i>	<i>Les cônes</i>
Présence dans la rétine	Plus importante	Plus faible
Distinction	Formes	Couleurs
Sensibilité à la luminosité	Faible	Forte
Acuité visuelle	Faible	Forte
Localisation	Périphérie	Centre

II. Le traitement de l'information visuelle :

Ces réactions chimiques issues des cônes et des bâtonnets, sont à l'origine d'un message nerveux qui se propage au travers du nerf optique, ce sont des signaux de nature électriques. Les voies visuelles vont permettre à ce message nerveux d'arriver au sein d'une zone spécialisée dans le traitement de l'information visuelle : le lobe occipital.

a) Le trajet des voies visuelles :

Le trajet des messages nerveux s'effectue au niveau de jonctions, aussi appelées : synapses. Il met en jeu successivement un ensemble de structures et zones : les nerfs optiques, le chiasma optique, les tractus optiques, les corps genouillés latéraux, et enfin le cortex visuel occipital, où l'analyse visuelle proprement dite va commencer (C. MARENDAZ, 2009).

On distingue deux trajets différents du message nerveux :

- Les messages nerveux issus des **parties temporales** de chaque rétine, restent au niveau du même hémisphère cérébral.
- Les messages nerveux issus des **parties nasales** de chaque rétine vont changer leur trajectoire et se croiser dans la zone appelée *chiasma optique* et donc se retrouvent par la suite projetés dans le cortex visuel occipital de l'hémisphère cérébral opposé à l'œil.

L'association des deux champs visuels droit et gauche participe à la **vision binoculaire**, et permet ainsi de percevoir la position en trois dimensions des objets et donc la profondeur.

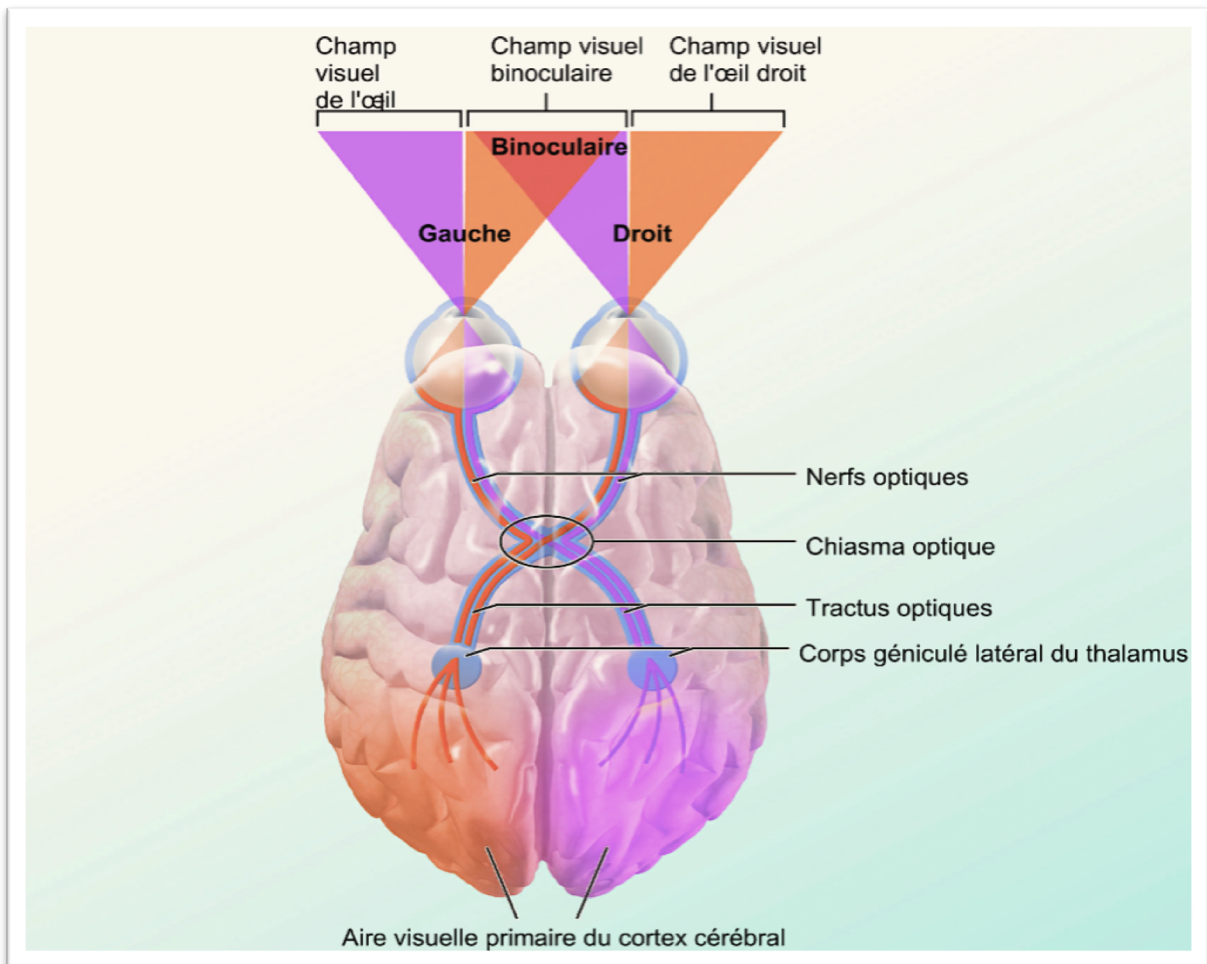


Schéma du trajet des voies visuelles

(Image reproduite avec l'aimable autorisation de Visible Body)

b) **Le lobe occipital et les aires cérébrales associés :**

Le lobe occipital est responsable d'une grande partie du traitement des informations visuelles, il se situe dans la partie arrière du cerveau. Dans celui-ci se trouve un ensemble d'aires cérébrales spécialisées dans le traitement des messages nerveux. Ainsi, selon la fréquence des signaux électriques générés par les photorécepteurs, chaque aire (V1, V2, V3, V4, V5) interprète une caractéristique de l'image observée : la forme, la couleur, le mouvement.

D'un point de vue objectif, la vision est donc considérée comme une interprétation cérébrale de signaux électriques, mais pour autant, une même image peut prendre sens différemment selon les individus, les expériences vécues, et les stades de développement.

c) **Les régions cérébrales associées :**

Il existe également deux voies visuelles en provenance du cortex visuel occipital, l'une est appelée « **ventrale** » et l'autre « **dorsale** ».

- La voie ventrale : elle emprunte une trajectoire qui s'organise du cortex visuel primaire vers le cortex temporal, et prend le nom de trajectoire *occipitotemporale*.
- La voie dorsale : elle emprunte une trajectoire qui s'organise du cortex visuel primaire vers le cortex pariétal, et prend le nom de trajectoire *occipitopariétale*.

Schématiquement, ces deux voies permettent à la personne regardant un objet d'en définir les caractéristiques. Ainsi, en ce qui concerne la **voie dorsale**, elle peut être rattachée aux mots : *où ? Comment ?* C'est-à-dire en lien direct avec l'espace et la façon de faire. Elle renseigne à propos de l'endroit où se trouve l'objet dans l'espace proche et la programmation de gestes moteurs associés afin de pouvoir s'en saisir. La **voie ventrale** se rattache plutôt à : *quoi ?* C'est-à-dire qu'elle permet d'identifier les objets, les reconnaître.

- Les neurones-miroirs :

Dans l'ouvrage, *Du regard à l'émotion : la vision, le cerveau, l'affectif* (2009), **C. MARENDAZ** se réfère aux travaux de plusieurs chercheurs, afin d'aborder le regard, sous l'angle de l'apprentissage, et de l'empathie.

Dans les années 90, les chercheurs dont **G. RIZZOLATTI**, enregistrent les neurones de commande motrice, situé dans le lobe frontal du singe, au moment même où il effectue une action particulière. Ils découvrent ainsi par hasard, que lorsque le singe est inactif, c'est-à-dire qu'il ne bouge pas, et qu'il regarde un autre singe effectuer le même geste, ces mêmes neurones s'activent. Cette découverte permet donc de nommer les « neurones miroirs », que l'Homme possède également dans plusieurs zones du cortex. En effet, plus tard, une autre expérience menée par **T. SINGER** est proposée à un duo de personnes proches. Ainsi, le principe était le suivant : une stimulation non dangereuse mais désagréable est envoyée à une des deux personnes. Il est mis en évidence au cours de cette expérience que les neurones issus d'une zone appelé « insula », responsable de la douleur, s'activent lorsque la personne reçoit la stimulation mais également lorsque l'autre personne ne reçoit pas la stimulation. Cette seconde observation affirme donc la présence de « neurones miroirs » chez l'Homme et établit par conséquent un lien direct avec la notion d'empathie.

Ainsi, d'après **C. MARENDAZ** (2009, p 66) : « les neurones miroirs pourraient être donc la clé nerveuse de notre compréhension de l'autre, que ce soit au niveau moteur, cognitif, ou émotionnel. ».

III. Le développement de la vision :

La vision est une fonction qui s'inscrit dans le système sensoriel de l'humain, elle fait partie des sens extéroceptifs distants tout comme l'odorat, et l'audition. L'acquisition de ces compétences sensorielles débute in-utero, et à la naissance, l'enfant qui n'a pas encore accès au langage s'appuie sur ses différents sens pour créer ses premières relations avec son entourage. L'ordre chronologique de la maturation des cinq organes sensoriels, identique à tous les vertébrés, commence par le tact, l'olfaction, le goût, l'audition et pour terminer la vision. Il existe aussi deux autres sens : le système vestibulaire en lien avec l'équilibre et la gravité, et le système proprioceptif correspondant à la conscience de son corps. Le développement de la vision si elle débute in-utero, mature progressivement pour atteindre son développement optimal autour de l'âge de 18 mois.

a) In-utero :

Dans la vie intra-utérine, l'utilisation du terme "système visuel" n'est pas encore approprié. L'œil en tant qu'organe apparaît très tôt chez l'embryon, c'est une forme qui se développe en même temps que la bouche et le cerveau.

Dès 14-15 semaines d'aménorrhées (SA), les muscles oculomoteurs et les globes oculaires sont formés, mais le système visuel à la naissance n'est pas encore mature, car le câblage et la myélinisation sont inachevés. A 5 mois de grossesse, les yeux de l'embryon sont pratiquement terminés. Ils prennent ensuite du volume et les connexions reliées au cerveau s'affinent. A ce stade du développement utérin, les informations et impressions visuelles qui arrivent au cerveau, provenant de l'œil droit ou de l'œil gauche, sont encore indifférenciée. Vers 7 mois de grossesse, l'enfant présente une sensibilité à la lumière.

b) **La naissance** :

o Le nouveau-né, un être compétent :

Grâce aux recherches au cours des dernières décennies, et l'apport de l'échographie en 1970, il est actuellement possible d'affirmer que le nouveau-né est un être compétent, actif, possédant des compétences très riches à sa naissance et même in-utéro.

En 1983, **POMERLEAU et MALCUIT** désignent la compétence de base comme « l'ensemble des comportements, actions et réactions, que le jeune enfant, en se fondant sur son équipement biologique de départ, est susceptible de manifester, quand les circonstances, le contexte, et les conditions environnementales s'y prêtent. » (Cités par **SCIALOM, GIROMINI, ALBARET**, 2015, p 96 - 97)

Les compétences perceptives visuelles du nouveau-né au cours du 20^{ème} siècle sont mis en évidence par de nombreux auteurs. Ainsi, en 1963, **FRANTZ** (Cité par **PERRIN et MAFFRE**, 2013, p 183) met évidence que les nouveau-nés ont une préférence pour les images semblables à des visages humains. Ensuite, il est également démontré en 1995 par **PASCALIS et al.** (*Ibid.*), que les nouveau-nés peuvent fixer plus longtemps le visage de leur mère, plutôt que celui d'un étranger, dès leur troisième jour de vie.

Au moment de la naissance, le développement visuel de l'enfant est inachevé. Ainsi, à la naissance, le bébé a une vision moins précise que celle de l'adulte (immaturité de la fovéa), moins fluide (mouvements saccadés) et sa sensibilité au contraste est faible. Toutefois, le nouveau-né est capable de fixer son regard, suivre un objet très contrasté se déplaçant dans un mouvement lent et à faible distance (entre 20 et 30 cm), de forme géométrique, et proche sur un arc de 90°. La cible est d'ailleurs très souvent utilisée au cours de l'évaluation du bébé. La coordination visio-auditive est aussi présente dès la naissance, ce qui permet à l'enfant de tourner sa tête et ses yeux, vers une source sonore.

Le nouveau-né, a donc déjà des compétences visuelles à sa naissance, et cela vient contredire les théories antérieures évoquant un bébé « aveugle » à la naissance. Aussi, à la naissance, un des premiers réflexes du nouveau-né, est d'ouvrir les yeux en direction de sa mère et rechercher l'image de l'auréole du sein de sa mère, vers laquelle il va amorcer un mouvement, c'est ce qui s'appelle : le réflexe de foussement, où toute la motricité du nouveau-né est engagée, afin de réaliser sa tétée. Puis progressivement, la poursuite oculaire s'accompagne d'un mouvement de la tête. Le nouveau-né redoute les intensités lumineuses trop fortes, car la rétine ne comporte pas encore assez de pigments, cela crée une sensation assez irritante pour lui. L'absence de pigment donne un regard bleu foncé à tous les bébés, ils ont un regard très sombre, épais. Ainsi, le nouveau-né possède des compétences en lien avec ses différents sens, qui lui permettent de voir, d'entendre, de sentir son environnement. Cet équipement biologique de base, s'il est sollicité, et stimulé, lui permet de se développer harmonieusement.

c) **Période post-natale** :

Petit à petit, l'enfant va apprendre à voir, à regarder. Les structures cérébrales responsables de la vision sont pratiquement fixées à 18 mois, mais vraiment définitives à l'âge d'environ 6 ans. Si les yeux sont des organes fonctionnels, la vision va se construire normalement. S'il y a un défaut visuel, les lésions vont s'ordonner de façon pathologique, et il y peut s'ensuivre d'un défaut dans la perception.

Pour ce qui est de la *poursuite oculaire*, à partir de 4 semaines, l'enfant peut suivre des yeux un objet déplacé devant lui, puis à 6 semaines, il peut suivre des yeux des personnes en mouvement dans une pièce. Dès 12 semaines il peut suivre un objet d'un côté à l'autre, son accommodation visuelle est donc déjà très performante.

Concernant, sa *perception visuelle*, elle s'approfondit, et à 6 – 7 semaines, il est possible pour lui de distinguer déjà le plat du volume. Dès l'âge de 6 mois un enfant cherche à regarder ce qui l'intéresse et peut déjà changer de posture. Il repère la profondeur, même s'il n'a pas encore forcément la notion, il peut la percevoir. Les nourrissons perçoivent aussi la nouveauté, ils ont une appétence pour les images nouvelles, et peuvent ainsi fixer plus longtemps ces dernières. Ceci est considéré comme un indicateur de vivacité chez les enfants, une marque d'un potentiel d'évolution positif. En effet, chez des bébés présentant un handicap tel qu'un déficit intellectuel, l'intérêt pour les images nouvelles est moins manifeste.

L'*acuité visuelle* du jeune enfant, va se préciser très progressivement : à la naissance le bébé a une acuité visuelle de 1/20^{ème}, puis 4 mois et demi il passe à 2/10^{ème}, à 18 mois l'acuité visuelle est déjà excellente, il peut percevoir des objets minuscules, de la taille d'une miette. C'est à cette période que débute l'émergence de la motricité fine, et il existe une concomitance temporelle entre l'évolution des capacités visuelles et la préhension.

Concernant, la *vision des couleurs*, vers 5 – 6 semaines il commence à réagir au rouge et au vert, et vers 6 mois au bleu et au jaune mais il faut que les couleurs soient assez saturées.

Une autre étape importante de maturation de la vision, c'est la mise en place de la *vision binoculaire* vers 2 – 3 mois, qui va permettre à l'enfant de commencer à appréhender la distance d'un objet, ce qui va aller en faveur de son développement psychomoteur. En effet, au moment où l'enfant développe une perception plus précise de la distance de l'objet, son envie motrice d'aller attraper un objet d'intérêt s'accroît. A contrario, ce qui est loin l'intéresse moins car il a une perception très floue, rendant cela beaucoup moins attractif pour l'enfant.

Au fur et à mesure de ses performances sur le plan visuel, son monde va se nourrir des objets qu'il perçoit de façon plus distincte.

IV. Voir et regarder :

Selon A. BERTHOZ (2008), il serait une erreur d'envisager le regard à une simple orientation de l'œil vers un point de l'espace, mais plutôt signifier que le regard tient le rôle de projection sur le monde de perceptions, et s'inscrit dans une intention, une volonté, une anticipation.

M. PIOT (2006, p 131) s'intéresse à la place regard au sein de l'interaction mère-enfant. Pour l'auteur, résumer l'œil seulement à un organe cognitif ne semble pas envisageable, ainsi selon elle « ce qui se joue dans l'interaction mère-bébé, dans cet échange entre la mère et l'enfant, n'est pas uniquement d'ordre cognitif, il ne s'agit pas uniquement de l'œil comme organe cognitif, mais du regard. Le regard est au niveau de l'affectif, des sensations, de l'amour. Voir et regarder sont deux choses différentes ».

Selon **P. MAZET et al.** (2001, p 425), la différence entre voir et regarder, est intimement lié à la notion d'intentionnalité, c'est en sens qu'il affirme que « voir implique la perception sensorielle automatique de l'image alors que regarder présuppose l'utilisation active de la capacité perceptuelle. »

Conclusion Chapitre I.

Dans ce premier chapitre du mémoire, le regard est envisagé dans un premier temps à travers la fonction visuelle, en s'intéressant à l'œil et la vision. Toutefois, si ces concepts théoriques éclairent quant au fonctionnement oculaire, traiter la question du regard ne peut se résumer aux soubassements seulement physiologiques et anatomiques de la vision. Comme en témoignent les auteurs ci-dessus, la vision et le regard ne sont pas tout à fait identiques, et ainsi à mon sens, aborder la question du regard dans sa globalité, demande de s'intéresser à la fonction visuelle dans un premier temps, pour ensuite aller explorer toutes les dimensions, tous les courants de pensée, qui s'articulent autour de celui-ci.

CHAPITRE 2 : LE REGARD DANS LA CONSTRUCTION

PSYCHOMOTRICE DU JEUNE ENFANT

I. Généralités autour du regard :

a) Définitions :

M. KHOURY (2005) considère que le regard ne peut être appréhendé que dans un mouvement dynamique, au-delà de la vision comme fait sensoriel plus ou moins statique.

Le regard est un mode de *communication non-verbale*, privilégié dans la rencontre entre deux personnes. Cette communication non-verbale est d'ailleurs définie par **J. CORAZZE** (1980) comme « un terme que l'on applique à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des orientations, buts et hypothèses d'objets, à des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information est émise ». Avant même de pouvoir parler, l'enfant s'appuie sur cette communication non-verbale pour s'exprimer, par le biais de son tonus, ses pleurs, ses gestes, son sourire, et son regard.

A. BERTHOZ (2008), suggère ainsi le regard comme la première interaction de l'enfant avec le monde. Pour lui, l'enfant, avant de pouvoir marcher avec ses jambes, il marche avec son regard, il interroge sa mère. Ainsi, dès la naissance, le nouveau-né qui n'a pas encore accès au langage utilise la communication non-verbale pour créer les premiers liens avec son entourage, les premières relations avec son environnement.

b) Travaux et recherches :

R. FANTZ en 1963, s'intéresse à l'évaluation des compétences des bébés par le regard. (Cité par P. SCIALOM, F. GIROMINI, J.M ALBARET). Il suggère au cours de ses travaux que l'enfant ne fixe pas toujours de manière similaire. Il élabore la « technique du choix préférentiel », et met en évidence que l'enfant fixe plus longtemps la cible l'intéressant le plus.

Dans les années 70, la « motricité libérée » est un concept développé par **A. GRENIER**, (Cité par X. **HERNANDORENA**, 2011) d'après une expérience sur des nouveau-nés âgés de 10 à 30 jours. Il met en évidence, l'idée selon laquelle si l'enfant est en position assise, avec la nuque maintenue par une main, alors la motricité réflexe et les mouvements spontanés cessent. Cette position favorise la communication, à travers les échanges visuels et permet à l'enfant d'effectuer des gestes précis et non parasités, vers un objet présenté.

Les expériences de **M.M HAITH**, **T. BERGMAN**, et **M. J. MOORE** (Cités par A. PINELLI, 2006), autour du regard du nouveau-né témoignent d'une part que le regard du nouveau-né contourne le visage et la bouche de sa mère, mais se dirige aussi de nombreuses fois vers les yeux de sa mère.

Une autre expérience de **S. DE SHONEN** (*Ibid*¹), met en évidence que le regard du bébé s'intéresse plus particulièrement au visage humain. En effet, deux formes géométriques sont proposées à l'enfant, l'une est un triangle avec la pointe vers le haut, et l'autre avec la pointe vers le bas. Les scientifiques ont pu observer que le bébé porte toujours un intérêt plus marqué pour la seconde. Ceci permettant d'affirmer que le bébé dirige préférentiellement son regard vers des formes ressemblant au visage humain.

Enfin l'expérience de **B. CRAMER** (*Ibid.*), met en évidence le lien très fort qui existe entre le regard de l'enfant et sa figure d'attachement. Pour cela, il place le bébé en position quatre pattes sur une plaque de verre transparente. Dans un espace tout proche, se trouve sa figure d'attachement, silencieuse. Le bébé est appelé à rejoindre l'expérimentateur. Ce qui apparaît au cours de cette expérience est que l'enfant avant de se déplacer, recherche immédiatement l'approbation de sa figure d'attachement. Si le regard est bienveillant, sécurisant, porteur, l'enfant réalise le déplacement, et dans le cas contraire, il ne le fait pas.

Ces travaux et expériences participent déjà à considérer l'existence d'un lien étroit entre le regard et la relation mère – enfant.

¹ Ibid : est une abréviation renvoyant à la référence précédente.

II. Le regard dans la dimension psycho-affective :

L'humain est un être de relation, c'est ce que S. **ROBERT-OUVRAY** suggère en disant cela : « la relation identifie l'humain » (2004, p 115). Le petit Larousse définit le mot relation comme étant « le lien, le rapport d'une chose à l'autre », et « l'interaction, liaison entre deux personnes, ou entités ». Cette relation est possible par l'intermédiaire du regard dans les premiers instants de vie du nouveau-né.

Dans son ouvrage « Porter le bébé vers son autonomie » (2006, p 32), **A. PINELLI** considère que « le bébé humain ne s'épanouit que dans l'échange. Caresses, sourires, regards, gestes, paroles sont autant de briques qu'il peut assembler pour construire l'image et l'estime de soi. ». Ainsi, pour cet auteur, le bébé dont le développement neurologique est en évolution au cours des premières années de sa vie, a besoin d'être en relation.

C. POTEL (2010, 77-78) affirme que « dès la naissance, les besoins corporels du nourrisson sont assumés par sa mère, et ce dans l'amour et la plus étroite des relations qui puissent exister entre deux individus. La mère ressent dans son corps (et pas seulement dans sa tête) les besoins de son bébé, elle donne un sens à ses pleurs, ses regards, ses gestes les plus infimes. »

Cette mise en sens de la mère, rejoint la théorie de **W. BION**, lorsqu'il envisage le rôle de la mère dans la détoxification des éprouvés et angoisses de son enfant (*Ibid.*). En effet, dans les premiers instants de sa vie, le jeune enfant éprouve des sensations de son environnement de manière désorganisée, en parallèle la mère par l'intermédiaire de son appareil psychique va contenir les éprouvés de son enfant. Elle ne va pas seulement les contenir, elle va leur donner du sens, les transformer, afin de les rendre pensable pour l'enfant. C'est aussi ce que l'auteur désigne comme le passage chez l'enfant des éléments bêta (non-pensable) en éléments alpha (pensable).

a) **Le regard dans les interactions précoces** :

Le terme « interaction » désigne l'influence réciproque de deux phénomènes, de deux personnes. Une interaction est l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps, entre le nourrisson et ses différents partenaires.

Dès la naissance, il existe, une sorte de fascination naturelle entre les parents et le bébé. La période de la naissance est le moment de la rencontre entre l'enfant et ses parents. **J. WENDLAND** (2004, p 186) qualifie la période néonatale pour les parents comme « la découverte de leur bébé, bien réel et unique, dont les échographies ne pouvaient donner qu'une image approximative. ».

Du côté du bébé, pour **S. LEOVICI** (1993) (*Ibid.*), cette période néonatale représente une forme de découverte des personnes qui l'ont conçu, ses parents. Ces découvertes passent du côté de l'enfant, comme du côté des parents au détour d'échanges mutuels de regards.

C'est ainsi que **D. MARCELLI** (2006), dans son ouvrage « *Les yeux dans les yeux* », s'attache à décrire le premier regard que pose la mère sur son enfant quelques instants après la naissance. Dans ce qu'il désigne comme une rencontre d'une mère avec son enfant, il suggère trois types de regards maternels possibles, l'un « en-visage », l'autre « dé-visage », et un dernier « in-visage ».

Le premier est le regard maternel qui « *en-visage* », c'est le regard doux, et tendre que la mère pose sur son enfant, en même temps qu'elle pense à lui, à son avenir. Pour **D. MARCELLI** « en envisageant ce bébé, cette mère l'humanise, elle l'inscrit d'emblée dans une histoire, un paysage qui le précède, l'entoure, le soutient. » (*Ibid.* p 40). C'est donc un regard qui insuffle quelque chose à l'enfant, le « rempli », l'« anime », pour reprendre les termes employés par l'auteur.

Il se peut aussi parfois que le regard de la mère « *dé-visage* » son enfant à la naissance. Lorsque la grossesse a été source d'inquiétudes, d'incertitudes vis-à-vis d'une échographie, d'une anomalie, d'un handicap possible. C'est le regard maternel inquiet, qui examine, observe, et pour **D. MARCELLI** c'est un « regard inquisiteur, un regard dont le souci est de vérifier que tout est normal. » (*Ibid.* p 40). Il est désigné comme un regard déshumanisant, en contraste avec le premier, pouvant donner lieu à des réactions chez l'enfant tel que, le détournement de regard.

Enfin, le regard qui « in-visage » s'apparente à un regard vide, absent. Il est retrouvé chez la mère qui vit au moment de la naissance, une situation émotionnellement difficile (deuil d'un proche, séparation). Pour **D. MARCELLI**, lorsque la mère regarde son enfant, « la jeune maman cherche surtout la trace de l'image du disparu : son regard n'accommode pas sur les yeux de son bébé mais sur son propre objet perdu, sur son souvenir, sur son image interne » (*Ibid.* p 41). Il y a dans ce regard, les marques d'une indisponibilité psychique et émotionnelle de la mère pour son enfant. Pour l'auteur, en réponse, l'enfant scrute le visage de sa mère, et son regard prend alors un caractère vif et brillant. C'est ainsi par ce regard empreint de vivacité que l'enfant permet à la mère de réanimer son regard maternel.

En 1989, **S. LEBOVICI** et ses collaborateurs, suggèrent trois niveaux d'interactions entre le parent et son enfant (**SCIALOM, GIROMINI, ALBARET, 2015**) : comportementales, affectives et fantasmatiques. Ces trois niveaux d'interactions appelées également « matrice interactive » permettent à l'enfant de se développer, de construire la parentalité et de créer des liens et s'apparentent à ce que **D.W. WINNICOTT** désigne lorsqu'il énonce « un bébé tout seul ça n'existe pas ».

- *L'interaction comportementale* correspond à l'ensemble des échanges que l'on peut observer dans l'interaction mère – bébé. Ce sont l'ensemble des comportements de l'enfant et de sa mère, s'agençant l'un par rapport à l'autre. Ils sont de trois ordres : corporel, vocal, et visuel.

L'interaction par le regard s'inscrit dans le registre visuel, et constitue une modalité d'échange privilégié, il existe ainsi un regard mutuel entre la mère et le bébé, un « contact œil à œil ». D'une part, le regard du bébé comporte des effets sur la mère, en la valorisant, la gratifiant, et d'autre part, le regard réciproque de la mère sur son enfant accentue la tendance du bébé à fixer les yeux de sa mère. Ceci rejoint ce que **S. ESCALONA** nomme « spirale transactionnelle » en 1968 (*Ibid.*), en effet, pour lui l'enfant et son environnement, que ce soit la mère ou le père, « s'influencent l'un et l'autre dans un processus continu de développement et de changement. »

- *L'interaction affective*, celle-ci, s'attache à désigner l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de la mère. Elle s'apparente au concept que développe D. STERN (*Ibid.*) lorsqu'il parle d « accordage affectif » entre la mère et son enfant, désignant dans ces termes le sentiment d'une intimité profonde entre ces deux partenaires.
- *L'interaction fantasmatique* s'enracine dans l'inconscient, l'imaginaire, et tous les processus fantasmatiques, avant même la conception de l'enfant.

Les premières interactions entre l'enfant et sa mère, sont aussi mises en lumière lorsque qu'en 1977, J. AJURIAGUERRA (Cité par M. BACHOLLET & D. MARCELLI, 2010), père fondateur de la psychomotricité, conçoit le dialogue tonico-émotionnel. Ce dialogue entre ces deux partenaires, favorise les ajustements interactifs entre la mère et le bébé, et s'appuie sur un langage non-verbal, tel que les sourires, mimiques, regards, et le tonus musculaire. Il permet ainsi que se crée une relation entre la mère et l'enfant, s'inscrivant dans un espace et un temps donné.

Autre auteur à s'être intéressé aux processus d'interactions, **H. MONTAGNER** (1997), met en place une grille de lecture comprenant les particularités du développement individuel de l'enfant. Il met en lumière dans sa théorie les processus d'attachements et les comportements de l'enfant, et définit ce qu'il appelle les « compétences-socles » en rapport avec les « capacités du bébé et du jeune enfant à conduire leurs interactions et processus de communication selon leurs particularités et celles de leur(s) partenaire(s), et plus généralement selon les particularités de l'environnement dans ses dimensions de relation, de temps et d'espace » (*Ibid.* p 2). Il existe ainsi pour l'auteur 5 *compétences-socles* : la capacité d'attention visuelle soutenue, la capacité de manifester un élan à l'interaction, la capacité à privilégier les comportements affiliatifs, la capacité à organiser le geste de façon structurée et ciblée, la capacité à reproduire et imiter les actes, vocalisations, activités, paroles et conduites des autres.

Pour l'auteur, la *capacité d'attention visuelle soutenue* est à l'origine de nombreuses compétences chez l'enfant, dont l'ajustement du comportement de l'enfant à celui de son partenaire. De plus, selon l'auteur, grâce à cette compétence, l'enfant s'insère dans le monde des émotions et des représentations, lui permettant ainsi une compréhension de son entourage proche et de tout autre individu qu'il rencontrera au cours de sa vie.

Les différentes expériences menées par l'auteur, l'amènent aussi à parler d'une concomitance d' « accrochage visuel » entre les deux partenaires (mère – bébé). En effet, d'une part, le bébé recherche le regard de sa mère, en même temps qu'il exprime des manifestations corporelles (orientation de la tête et du regard, pédalages avec ses jambes, augmentation de son tonus). Ces derniers comportements interpellent la mère qui oriente alors son regard vers son enfant.

H. MONTAGNER (Cité par M. VILLARD, 2017) affirme ainsi que « l'accroche et le pilotage mutuels des deux regards sont désormais reconnus comme des fondements des interactions ajustées entre les deux personnes, et jouent un rôle dans leur accordage ». Ces échanges de regards permettant que se créent les premiers liens d'attachement mère-enfant.

b) **Le regard dans l'attachement mère-enfant :**

A. PINELLI témoigne dans ses écrits, de l'importance pour la vie psychique de l'enfant, d'avoir une figure d'attachement. Ainsi selon elle, les réponses de la mère aux besoins d'ordre physiologique ne permettent pas à eux seuls la survie de l'enfant. Il ne suffit pas seulement de répondre aux besoins d'alimentation, de propreté de l'enfant, mais aussi, lui apporter une sécurité affective, et le nourrir de liens, afin d'assurer sa survie psychique. Selon elle, « tous les enfants du monde ont besoin, pour exister et pour grandir, d'exister et de grandir dans la relation à une figure d'attachement. Sans elle, ils ne sauraient être que prostrés, murés dans l'absence de l'autre et d'eux-mêmes, incapables d'accéder à leur part d'humanité. » (2006, p 32),

R. SPITZ est un psychiatre et psychanalyste, s'intéressant à la dimension affective mise en jeu dans les premières interactions entre la mère et son enfant. Il est à l'origine du concept du « Syndrome d'hospitalisme » en 1947, et le définit comme étant un ensemble des troubles physiques dus à une carence affective par privation de la mère survenant chez les jeunes enfants placés en institution dans les dix-huit premiers mois de la vie. Ses travaux accordent de l'importance au regard dans la construction psychique du jeune enfant. Selon lui, « pendant qu'il tète, l'enfant fixe le visage de sa mère et les perceptions visuelles sont fondues avec les perceptions buccales et tactiles. Puis, elles se différencient progressivement à l'occasion de certaines expériences où l'enfant perd le mamelon, mais continue à regarder le visage de la personne qui le nourrit. » (Cité par J. ABECASSIS, 1979, p 175).

Il développe aussi l'idée de 3 organisateurs dans le développement de l'enfant : le sourire, l'angoisse de l'étranger et le non, les deux premiers sont en étroit lien avec le regard. (*Ibid.*)

- Le sourire : lorsque l'enfant accède à ses 3 mois, il sourit en réponse au visage humain, et plus particulièrement en réponse au sourire de sa mère, plutôt qu'à une autre personne.
- L'angoisse de l'étranger : elle correspond à la réaction de l'enfant vers 8 mois, face à un visage étranger. L'enfant qui a déjà les traces mnésiques du visage de sa mère, perçoit un visage qui ne correspond pas à celui de sa mère. Ceci va être à l'origine d'une angoisse du contact avec autrui mais également l'angoisse de la perte d'objet. Au cours de cette période, l'enfant prend petit à petit conscience qu'il existe d'autres psychismes, autre que le sien, et accède à l'intersubjectivité.
- Le non : cette étape qui débute vers les 15 mois de l'enfant, et est à son apogée à ses 2 ans, marque l'opposition et l'affirmation de soi.

J. BOWLBY est le fondateur de la théorie de l'attachement (Cité par S. TERENO et al., 2007). Sa théorie s'influence particulièrement des travaux des éthologistes **H.F. HARLOW** et **K. LORENZ**. En effet, dès 1958, il formule que « l'attachement du bébé à sa figure d'attachement a pour base un équipement comportemental constitué par un nombre déterminé de « réponses instinctives » qui l'orientent vers la figure d'attachement » (*Ibid.* p 151). Il identifie cinq comportements innés, qui selon lui, permettent de favoriser l'attachement de l'enfant : le sourire, les pleurs, l'étreinte, la succion, et le suivi. Pour cet auteur, ce sont des comportements au cours de la première année de vie de l'enfant, qui participent aux premiers liens mère-enfant, il parle alors de « comportements d'attachements ». Lorsqu'il emploie le terme de « comportement d'attachement », l'auteur le conçoit comme une forme de comportement permettant à l'enfant « la recherche ou le maintien de la proximité à un individu différencié et préféré » (*Ibid.*). C'est grâce à la disponibilité de la mère en retour, que les échanges de regards peuvent ainsi se produire.

Puis, les apports de **D. W. WINNICOTT** (1975) sont considérables autour de la question du regard au sein de la relation mère-enfant. Il emploie le terme de « mère suffisamment bonne » pour désigner la mère qui permet à son enfant, au-delà des soins, de recevoir des stimulations de manière adéquate. Afin de lui offrir un environnement « suffisamment bon », l'auteur développe 3 concepts : le « holding », le « handling » et l'« object-presenting ».

- Le *holding* se définit par la manière de porter, de maintenir l'enfant à la fois avec son corps mais aussi, avec son psychisme. Le portage de la mère pour son enfant est tant physique que psychique. Dans cette perspective, la place du regard est évidente, la mère à travers son regard amène bienveillance, sécurité et affection à son enfant.
- L'*handling*, correspond quant à lui, aux soins maternels et aux mobilisations de l'enfant par la mère, tel que les moments de change, de toilette, d'habillage. Ces moments font appel à un bain de sensations vécues par l'enfant et sont accompagnés par la posture, la voix et le regard de sa mère.
- L'*object-presenting*, se définit par la capacité pour la mère de mettre à disposition de l'enfant un objet, selon les besoins qu'il témoigne, ceci afin de lui donner l'illusion de le créer. De plus, en mettant cet objet à disposition de l'enfant, elle lui donne la possibilité de l'appréhender par le regard et les manipulations.

Grâce à ces trois concepts, la psyché s'installe dans le soma et l'enfant acquiert le sentiment d'habiter son corps, ils lui offrent un premier sentiment d'enveloppe.

D'ailleurs, **C. POTEL** témoigne également de l'importance de cette enveloppe afin que l'enfant puisse se sentir comme un sujet singulier, unique, avec une identité. Selon elle, l'enfant construit son enveloppe continuellement, et elle affirme cela à ce sujet que « c'est une construction de tous les jours : avoir un corps, l'éprouver comme étant le sien alors qu'il est encore dépendant pendant longtemps de ses parents. » (2010, p 77)

Le premier miroir de l'enfant est le visage de sa mère, c'est ce que souligne **D.W. WINNICOTT** dans ouvrage « Jeu et réalité » : « Que voit le bébé, quand il tourne son regard vers le visage de sa mère ? Généralement ce qu'il voit c'est lui-même » (1975, p 205). Cette expérience participe pour l'enfant à construire son identité, son sentiment d'exister et son processus psychique d'individuation.

D'ailleurs, à ce propos, ce sentiment continu d'exister s'apparente à la construction d'un Self chez l'enfant, que **GOLSE et SIMAS** désignent comme « l'intériorisation graduelle du sentiment de la continuité d'exister, à la fois physiquement et psychiquement. » (2008, p 132). Cette construction du Self de l'enfant est possible dans ses premières interactions.

D.W. WINNICOTT (1975) aborde aussi la difficulté que peut éprouver la mère dans ce rôle de miroir. En effet, dans certaines situations l'ajustement semble entravé, la mère ne reflète seulement son propre état d'âme, ne réponds pas, et laisse l'enfant sans réponse face à ce qu'il est en train de donner.

Un autre auteur, **B. GOLSE** considère que l'enfant dans ces situations-là, perd sa capacité créative, et n'a aucun reflet de lui-même, et selon lui : “ le début d'un échange avec le monde extérieur n'est pas possible”.

Enfin, **S. ROBERT-OUVRAY** (2004) insiste sur l'importance de la protection de la communication infra-verbale afin d'éviter l'installation d'un lien toxique entre la pulsion d'attachement de l'enfant et la pulsion d'emprise de la mère. En effet, selon cet auteur, ce lien peut venir perturber le rythme relationnel établi entre la mère et son enfant. Il peut ainsi y avoir des défaillances entre les échanges des deux partenaires :

- *Le regard intrusif* : il se caractérise par une recherche intrusive de regard de la mère envers son enfant. L'enfant, peut alors avoir une réaction de fuite.
- *Le regard absent, froid, hostile* : dans ce type d'interaction, le bébé peut ressentir un sentiment d'effroi et agir par un retrait de son corps.

Dans ces deux situations, l'auteur énonce qu'« entre le vide de la relation et l'étouffement, l'enfant prit dans une enveloppe tonique sur-stimulée, perd les repères émotionnels et affectifs qu'il puise dans le regard de sa mère. » (*Ibid*, p 141)

Selon **A. PINELLI** (2006), la relation-miroir, le holding et l'handling sont des besoins essentiels au développement de l'enfant, au même titre que le besoin de nourriture, de propreté, et de sommeil.

L'« échoïsation primaire » est un concept développé par **J. COSNIER** (Cité par PINELLI, 2006) pour désigner les premières expériences du bébé. En effet, pour cet auteur, ces expériences s'inscrivent en miroir de l'adulte.

c) La construction d'un Moi :

B. GOLSE et **R. SIMAS** (2008) s'appuient sur les travaux notamment de **S. FREUD** afin d'aborder la construction du Moi-propre. En effet, selon S. FREUD, le Moi-corporel est un préalable au Moi-propre. Pour **B. GOLSE**, (*Ibid*, p 130) « le Moi-corps, renvoie au corps, bien entendu, tandis que le self se co-construit dans le regard de l'autre, et renvoie donc à la relation. ». Pour les auteurs, les processus de subjectivation, s'enracinent ainsi dans un double ancrage corporel et relationnel, où le regard tient une place importante

Dans son ouvrage « intégration motrice et développement psychique », **S. ROBERT-OUVRAY** (2004), développe l'idée selon laquelle, le dialogue tonique, dans lequel sont engagés l'enfant et sa mère, favorise les différents processus de différenciation, d'organisation et de coordinations de stimulations. Ainsi, grâce à son corps propre, et les diverses expériences communes partagées avec sa mère, le bébé découvre petit à petit des sensations opposées. Ses oppositions sensorielles, vécues dans un rythme satisfaisant et sécurisant pour l'enfant, lui permettent de construire et d'intégrer ses limites sensorielles. Lors du portage, le bébé éprouve à la fois « le mou physiologique du dos » et « la détente affective de la relation » pour reprendre les termes de l'auteur. L'auteur insiste sur l'importance pour l'enfant d'avoir vécu de nombreuses expériences de sensations opposées afin de permettre à l'enfant l'accès à la représentation de soi et des autres, ainsi que la possibilité d'entrer en relation et de communiquer.

La tétée est l'une des situations mettant en lumière ses propos, et les associations de sensations opposées que vit le bébé au quotidien dans la relation avec sa mère. Lors de la tétée, le bébé dont le dos est mou, repose dans les bras durs de sa mère, ainsi, cette expérience lui permet de ressentir à la fois la sensation dure de ses bras et de ceux de sa mère et la sensation molle de son dos et de la poitrine de sa mère. De plus quand l'enfant tète, il sent le mamelon dur de sa mère dans sa bouche molle, en même temps qu'il voit le visage de sa mère. Ainsi, selon elle, « le regard joint à l'expérience du dos mou dans les bras durs participe à la constitution de l'enveloppe tonique, prémisses du Moi-peau » (*Ibid*, p 95).

Le Moi-peau est un concept développé par **D. ANZIEU** en 1985, il est ici à considérer comme une ébauche du Moi-corporel, qui pourra par la suite intégrer le Moi-sonore, le Moi-postural, le Moi-kinesthésique, le Moi-visuel, etc.

Si d'un point de vue métaphorique, le visage de la mère est le premier miroir de l'enfant, permettant au nourrisson une image primitive de soi, comme le suggère **D.W WINNICOTT** (1975), d'autres auteurs comme **R. ZAZZO**, **H. WALLON**, **J. LACAN**, ont souligné l'importance du rôle du miroir dans la construction du sujet. C'est ainsi que **J. LACAN** (1966) conceptualise le « Stade du miroir » comme préposé à l'émergence du Moi de l'enfant, à la formation de la fonction « Je » de l'enfant. Cette étape se déroulant entre les 6 et 18 mois de l'enfant, lui permet de se considérer comme un être unifié et singulier.

Dans cette étape, l'enfant qui regarde son reflet dans le miroir, cherche à le saisir, à l'attraper et il se produit à ce moment-là une double confusion entre sa propre image et celle d'un autre ; ceci restant dans le registre de l'imaginaire. Puis, l'enfant qui comprend que ce qu'il regarde dans le miroir, son reflet, n'est autre qu'une image. S'il comprend à ce moment-là que ce qu'il regarde n'est pas de l'ordre du réel, il n'est pas encore au stade de la reconnaissance de l'image comme sienne. Toutefois, il n'est plus dans une démarche active de désir de l'attraper. Enfin, l'enfant la prend conscience que l'image dans le miroir, est le reflet de lui-même : c'est son image. Cette étape se fait notamment grâce à la présence de sa mère.

Ce stade du miroir est une étape structurante dans le développement de l'enfant, puisqu'elle permet l'élaboration de son Moi-propre. **J. LACAN** suggère qu'au cours de cette étape quand l'enfant se regarde dans le miroir il prend conscience de sa totalité, et cette image remplace l'image morcelée qu'il avait de lui-même auparavant. L'émergence du Je de l'enfant, est ainsi d'après **J. ABECASSIS** (1979) possible par « la médiation de l'image du corps que l'enfant appréhende dans le miroir comme extérieur à lui-même. » (*Ibid*, p 174).

d) **Les trois fonctions du regard selon G. HAAG :**

Dans le courant psychanalyste, G. HAAG (2008) conceptualise les trois fonctions précoces du regard.

○ **La fonction d'intégration et la participation à la formation des enveloppes psychiques :**

Cette fonction apparaît comme la possibilité à travers le regard d'intégrer les modalités sensorielles et ainsi de créer ses **enveloppes « corporo-psychiques »**, à l'image du Moi-Peau.

○ **La fonction binocularisante et les composantes bisexuelles du regard :**

Pour l'auteur, le regard détient deux polarités, et cette bipolarité s'organise de là telle manière : pôle enveloppant – pôle pénétrant. Le premier pôle, est très en lien avec la sensibilité tactile mettant en jeu la peau, les caresses, les situations d'enveloppement. Le second, le pôle pénétrant, est plutôt associé à la sensibilité orale et pour **G. HAAG**, il s'organise autour de : « l'expérience buccale, dans la composante kinesthésique de la mâchoire, de la langue, et de la puissante succion des lèvres, et plus tard avec les éléments du sadisme oral lié à la dent. » (2008, p 17). Ainsi, cette fonction permet à l'enfant d'acquérir le sentiment de profondeur. Pour l'auteur, le regard pris dans la relation permet alors à travers cette fonction d'unifier et d'intégrer d'autres modalités sensorielles, toniques, et kinesthésiques. En permettant cela, l'enfant accède au **sens de la profondeur**, c'est-à-dire pour G. HAAG : « profondeur de ce qu'il y a derrière les yeux de l'autre, localisé par le bébé derrière ses propres yeux, sa propre tête, l'espace en arrière devenant l'espace de la mémoire et de la pensée. » (*Ibid*).

○ **La dernière et troisième fonction représente la fonction verticalisante du regard :**

Ici, l'auteur définit la fonction verticalisante plutôt sur un versant psychique. En effet, selon elle, pour l'enfant, le désir de se redresser apparaît dans le même temps qu'il vit des expériences de portages soutenantes et contenant, en amont des prémisses des capacités motrices telles que tenir assis (vers 6 mois) ou se mettre debout (vers 9 mois). De plus, **G. HAAG** soutient l'idée selon laquelle, le soutien du dos associé à la présence d'un regard pénétrant, participe à la construction dans l'**image du corps** de l'**axe vertébral**.

L'interpénétration des regards décrit par **G. HAAG**, s'envisage dans l'**échange de regards** entre le bébé et sa mère. L'enfant ainsi porté physiquement et psychiquement, à l'image du holding et handling Winnicottien, met en jeu des dimensions psychotoniques et psychomotrices. Pour l'auteur, le regard permet la constitution du Moi-Corporel, et l'enfant construit les **limites de son corps** par un double appui dos – regard, à l'origine de la construction de son **arrière-fond**. C'est notamment dans ses premières expériences de tétées au sein de sa mère, que le bébé acquiert le premier sentiment d'enveloppe, de continuité d'existence et de sécurité.

e) **Vers une autonomisation :**

Une fois que l'enfant a éprouvé un attachement sûr, l'enfant peut alors s'engager dans une exploration du monde extérieur, s'autonomiser, et se tourner vers la socialisation. **A. PINELLI** (2006) désigne trois étapes essentielles qui contribuent à favoriser cela, ce sont la distanciation, la séparation et le temps des retrouvailles.

La **distanciation** se met en place une fois que l'enfant a acquis une certaine sécurité interne grâce à la participation de la mère pour répondre à ses besoins les plus primitifs. Le bébé se met ainsi à explorer son environnement, et commence peu à peu à s'extraire de la relation symbiotique, de dépendance entretenue avec sa mère, il devient curieux et présente un attrait particulier pour les objets de son environnement.

Pour **A. PINELLI** « la répétition du soin maternel l'a plongé dans un bain de sensations enveloppantes dont l'introjection va lui permettre de survivre à l'absence maternelle et de se découvrir comme un individu à part entière. La satiété, le contact physique, le regard, la vibration de la voix... sont autant d'éléments qui vont installer des repères rassurants dans la relation du bébé avec son environnement. » (*Ibid*, p 144). C'est dans cette continuité que s'insèrent donc les premières distanciations entre la mère et l'enfant, permettant ainsi à l'enfant d'aller vers une autonomie psychique et motrice, au service de l'exploration, de la socialisation, et de ses premières découvertes. Bien que l'enfant se soit construit dans une certaine stabilité et sécurité interne, l'éloignement avec sa mère engendre pour ce petit être, une désorganisation dans ses repères, c'est ainsi qu'il peut avoir recours à ce que **D.W. WINNICOTT** (1975) désigne comme « l'objet transitionnel », lui offrant même en l'absence de sa mère une forme de représentation de celle-ci.

A. PINELLI (*Ibid.*) souligne par ailleurs, l'importance d'offrir à l'enfant au moment de cette distanciation un appui visuel, détournant ainsi son regard de son premier objet d'investissement : le visage de sa mère. Selon elle, la relation en face à face est encore primordiale pour accompagner l'enfant à se distancer, sans qu'il ne ressente une trop forte appréhension, et se doit par ailleurs d'être stable tout au long de ce processus d'éloignement. Ainsi, après avoir installé l'enfant de manière sécurisé et confortable dans un espace adapté, la mère donne à l'enfant des moyens de compréhension de la situation, elle lui signifie la situation et fait entrer dans son champ visuel dans un second temps un objet familier. Pour **A. PINELLI** à ce moment-là : « Le regard du bébé s'y dirige, s'y intéresse, oublie l'adulte qui peut alors partir, le laissant tranquille, en compagnie de lui-même. » (*Ibid*. p 145). C'est ainsi que l'enfant ayant expérimenté suffisamment la distanciation avec sa figure d'attachement, va pouvoir se séparer pour un temps, de cette dernière.

Cette **séparation** d'abord physique, renvoie l'enfant à une absence du corps de sa figure d'attachement, et ainsi à l'absence de son regard maternant, dans lequel il s'est construit dès les premiers instants de sa vie, lui offrant ainsi contenance et enveloppement.

Vignette clinique de Louis :

Louis est un enfant âgé de 5ans, il est suivi au cabinet une fois par semaine, depuis décembre 2017. Il vient aux séances, accompagné de sa mère, cette dernière restant dans la salle d'attente pendant la séance de 45 minutes. Les premières séances avec Louis sont très agitées, et cela dès notre entrée dans la salle d'attente. Lorsque nous entrons dans celle-ci, il jette souvent un regard dans notre direction et se met à sortir tous les objets du bac à jouets, il ne les regarde pas, ils les jettent un par un, tout en « jetant » aussi quelques regards vers nous de temps à autre. Louis amène toujours un objet de la salle d'attente (un tracteur, des œufs encastrés), pouvant faire office, d'objet transitionnel, le temps de la séance. Durant les séances, bien qu'il ait acquis le langage, Louis s'exprime pour la plupart temps par des bruitages semblables à des rugissements de lion, et se met dans une agitation motrice déconcertante, il passe d'un objet à l'autre, saute d'un espace à l'autre, se mettant ainsi quelque fois en danger. Très rarement, Louis s'exprime avec un langage verbal, qu'il utilise pour demander : « elle est où maman ? ». Nous lui signifions la présence de sa maman dans la salle d'attente, pour autant, Louis se précipite la plupart du temps, vers la salle d'attente, vérifie la présence de sa mère d'un coup d'œil, et revient dans la salle.

Le **temps des retrouvailles** se désigne par la réapparition de la figure d'attachement dans le champ visuel de l'enfant (A. PINELLI, 2006). Il est pour l'auteur, un moment de chamboulement psychique, puisqu'il réactive pour l'enfant toutes les émotions refoulées au cours de son absence. L'enfant s'appuie ainsi sur plusieurs modalités afin de gérer ces émotions, il peut alors soit réagir dans une hyperactivité motrice dans le cas où l'enfant est en âge de marcher, ou par une fuite quasi-systématique du regard pour les enfants les plus jeunes.

Vignette clinique de Louis :

En fin de séance, nous allons chercher ensemble la mère de Louis afin de lui faire un retour à propos de la séance. Ce dernier se met alors dans une hyperactivité motrice, il peut ainsi balayer d'une main tous les objets du bureau de la psychomotricienne, s'asseoir sur le bureau, sortir du cabinet en courant et revenir.

→ La séparation semble encore difficile à gérer émotionnellement pour cet enfant, qui ressent le besoin d'aller vérifier visuellement la présence de sa mère dans la salle d'attente. Cette vérification effectuée, il semble de nouveau disponible. Le temps des retrouvailles avec sa mère, met Louis dans une hyperactivité motrice conséquente, ses émotions mises de côté le temps de la séance resurgissent et semblent le désorganiser.

Conclusion partie II :

Dans cette partie, le regard est considéré d'une part comme un élément de communication non-verbale présent dès la naissance et assurant le lien, la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement. Si dans cette partie j'ai employé le terme de « la mère » pour étayer les différents propos des auteurs, il convient de le considérer au sens large et symbolique, d'une « figure maternelle » qui peut être représentée par d'autres personnes telle que le père. D'autre part, cette deuxième partie, montre aussi à quel point le regard prit dans une dynamique relationnelle, favorise le développement psycho-affectif de l'enfant, et son processus d'individuation. À travers le regard l'enfant acquiert son sentiment d'exister, son identité, participant ainsi à la construction d'un Moi-propre, unifié, et singulier. C'est ainsi sur cette base de sécurité interne, et affective, permise par le regard que l'enfant va pouvoir se détacher, s'autonomiser et mettre son regard à profit des diverses explorations de son environnement.

III. Le regard dans l'approche cognitive et sensori-motrice :

Au moment où le jeune enfant commence à pointer du doigt, entre 6 et 12 mois, il se produit quelque chose de propre à l'Homme. L'enfant à ce moment-là, est en recherche du regard de sa mère, ou de tout autre adulte qui l'accompagne, est présent, afin de trouver un sens à ce qu'il observe de son environnement. La mère et l'enfant de manière conjointe, vont porter leur regard sur un objet tiers. C'est ce que **M. VILLARD** (2017, p 60) désigne sous le nom d'« attention focale partagée ». Pour **B. CYRULNIK** (Cité par M. VILLARD, 2017, p 60), cette étape de développement favorise chez l'enfant, l'émergence du symbolisme et c'est ainsi que les objets de l'environnement prennent un nouveau sens, en s'inscrivant comme « objets de désignation ».

a) Les travaux de PIAGET :

Dans son article « A propos du regard de l'enfant », **J. ABECASSIS** (1979) reprend les travaux de **J. PIAGET** au sujet du stade sensori-moteur. En effet, il associe le regard au domaine cognitif et considère celui-ci comme un préalable à la connaissance du monde extérieur, des objets. Il est analysé comme un instrument d'expérimentations sur l'objet et il sert à découvrir les processus de constitution de l'intelligence infantile.

Les différents stades de **J. PIAGET** se regroupent en 4 stades. Ce sont, le stade sensori-moteur (0 – 2 ans), le stade préopératoire (2 – 7 ans), le stade des opérations concrètes (7 – 11/12 ans) et le stade des opérations formelles (à partir de 11 – 12 ans).

C. POTEL (2010) propose de distinguer l'acte moteur en deux dimensions, la première s'attache à relier l'acte moteur au plaisir et la seconde met l'acte moteur en rapport avec la réalisation d'un projet. C'est cette première dimension qui lie motricité et plaisir qui nous intéresse dans le stade sensori-moteur. Lier, motricité et plaisir, revient à décrire le « plaisir sensori-moteur », comme un préalable à la construction du sujet, et **C. POTEL** en donne une définition : « Le plaisir sensori-moteur, c'est avoir et sentir son corps, vivant, avec des sensations diverses et variées. » (2010, p 136)

Le *stade sensori-moteur*, se décompose en 6 sous-stades, s'articulant dans l'ordre chronologique de la telle manière :

- **1^{er} stade** : le stade reflexe (0 – 1 mois),
- **2^{ème} stade** : Le stade des réactions circulaires primaires (1 – 4 mois),
- **3^{ème} stade** : Le stade des réactions circulaires secondaires (4 mois ½ – 8 ou 9 mois),
- **4^{ème} stade** : Le stade de coordination des réactions secondaires (8-9 mois – 11 ou 12 mois),
- **5^{ème} stade** : Le stade de différenciation des schèmes d'action par réaction circulaire tertiaire et découverte de moyens nouveaux par expérimentation active (11 ou 12 mois – 18 mois),
- **6^{ème} stade** : Le stade d'acquisition du premier invariant et mise en place de la structure de groupe (18 mois à 24 mois).

Durant les *deux premiers sous-stades* entre 0 et 4 mois, l'enfant peut porter son intérêt sur un objet, le regarder fixement, par contre, lorsque cet objet quitte le champ visuel de ce dernier, aucune réaction n'est observée.

Lorsque l'enfant atteint le *troisième sous-stade* vers 4 mois et demi, la permanence de l'objet se met petit à petit en place. **J. PIAGET**, met en lumière deux processus chez l'enfant qui s'opère durant cette période. Le premier est l'accommodation visuelle aux mouvements rapides, permettant à l'enfant d'anticiper les futures positions des objets en mouvement, et lui offrant également la possibilité de suivre du regard un objet qui se déplace ou tombe devant lui. Toutefois des limites s'observent au cours de ce stade, d'une part, lorsque l'objet quitte soudainement le champ visuel de l'enfant, ce dernier le recherche à l'emplacement le plus récent, ou si une personne cache l'objet, l'enfant arrête la recherche de l'objet, il n'y donne pas de continuité. Le second est ce que **J. PIAGET** désigne comme : « la reconstitution d'un tout à partir d'une fraction visible » (Cité par J. ABECASSIS, 1979, p 173) et s'intéresse plus particulièrement aux capacités de perception visuelle de l'enfant. En effet, selon l'auteur, l'enfant ne peut saisir un objet caché derrière un écran, seulement si, l'objet est perceptible sur une petite surface. Vers 9 mois, à la fin de ce troisième stade, l'enfant a acquis les compétences nécessaires pour supprimer les obstacles gênant à sa perception visuelle, marquant ainsi les prémisses d'une coordination oculo-motrice.

Lors du *quatrième sous-stade* l'enfant utilise son regard pour chercher l'objet à l'endroit où l'objet a disparu la première fois, mais il n'a pas encore développé les compétences nécessaires, afin de suivre plusieurs déplacements successifs de cet objet.

Lorsque l'enfant rentre dans le *cinquième sous-stade* vers 11 – 12 mois, il peut rechercher l'objet à l'endroit où il l'a vu disparaître pour la dernière fois.

Enfin, le *sixième sous-stade*, débutant vers le dix-huitième mois de l'enfant, symbolise le stade où l'enfant a acquis les compétences pour suivre tous les déplacements visibles de l'objet. Ce stade marque ainsi l'arrêt du stade de l'intelligence sensori-motrice, et l'enfant accède alors au stade de l'intelligence représentative.

b) **Les travaux de BULLINGER :**

A. BULLINGER est un auteur qui considère le développement de l'enfant pris dans une continuité biologique qui s'étend de la conception à l'âge adulte. Il accorde une partie de ses écrits à la dimension sensori-motrice et développe de nombreuses théories qui mettent en lumière l'apport considérable du regard dans le développement de l'enfant. Son approche sensorimotrice prend en compte la dimension relationnelle de la personne dans ses expressions toniques et posturales en association la dimension cognitive. Ce sont pour lui, les entrées sensorielles qui sont à l'origine de réactions tonico-posturales et peuvent ainsi situer le corps dans l'espace.

Il conçoit une théorie à propos des flux sensoriels, et désigne un *flux* comme : « un apport continue et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par une surface sensible à l'agent : le capteur » (2017, p 25). Il décrit ainsi plusieurs types de flux tels que : le flux gravitaire, le flux tactile, les flux olfactifs, les flux auditifs et les flux visuels. Ces derniers, les flux visuels, sont le regroupement d'un ensemble de signaux issus de l'environnement éclairé.

A. BULLINGER (2017) décrit le **système visuel** sous deux formes, le *système visuel périphérique* et le *système visuel focal*.

- **Le système visuel périphérique** : ce système archaïque permet dès la naissance plusieurs types de réactions posturales, tels que l'alerte et l'orientation.

- **Le système visuel focal** : ce système d'apparition plus récent, permet les déplacements du regard par saccades.

Ces deux systèmes sont coordonnés vers l'âge de 3 mois chez l'enfant, et cette étape de coordination est à l'origine d'une exploration visuelle guidée par un projet spatial. Pour l'auteur, cette coordination « place le système focal dans ses relations spatiales avec le champ visuel périphérique » (BULLINGER, 1995).

Ainsi, de manière globale, les flux visuels sont constitués par l'ensemble des signaux qui émanent de l'environnement éclairé. Les déplacements des yeux sur l'environnement, créent un flux de même que les mobiles dans l'espace créent un flux. Ces flux visuels sont perçus majoritairement par le système visuel périphérique, se situant au niveau de la rétine périphérique. Ce système ne permet pas une discrimination fine de l'environnement, mais permet de percevoir les changements, et les mouvements.

Ce sont des flux essentiels dans la régulation posturale, et qui plus est, dans la régulation tonico-posturale, dans les mises en forme du corps, et les orientations de l'organisme. De plus, la vision périphérique, permet de comprendre le corps pris dans un environnement spatial et, s'insère ainsi dans l'élaboration du schéma corporel.

Conclusion partie III.

L'enfant se détachant ainsi de sa figure maternelle, met ainsi son regard au profit de ses explorations. Dans cette partie, le regard est considéré comme un élément favorisant le développement cognitif de l'enfant. **J. PIAGET** l'envisage comme un objet de connaissance pour l'enfant et un facteur favorisant le développement de son intelligence.

A. BULLINGER par son approche sensori-motrice, fournit un élément de plus dans l'importance du regard dans le développement de l'enfant et notamment dans l'acquisition des compétences psychomotrices telles que le tonus et la posture.

IV. Des concepts clés du développement psychomoteur :

Dans cette partie je souhaite aborder le regard sous l'angle plus spécifique de l'approche psychomotrice, tout en voulant signifier que le développement psychomoteur de l'enfant est la résultante d'une interaction entre des éléments psycho-affectifs, cognitifs, sensorielles, neuro-moteurs. En psychomotricité, l'intérêt se porte sur le corps de l'enfant en relation, en mouvement. C'est ainsi que le psychomotricien s'intéresse à des champs spécifiques, tels que la motricité fine et globale, le tonus et l'ajustement postural, le schéma corporel et l'image du corps, l'espace, le temps, la latéralité, etc. Je propose ainsi de donner quelques concepts clés de la psychomotricité où le regard tient une place primordiale dans l'émergence et l'utilisation de ces derniers.

a) Tonus – posture – axe corporel :

Dans leur livre « De la naissance à la marche – les étapes du développement psychomoteur de l'enfant », **M. RAULIER H DE FRAHAN et A. COEMAN** (2004), envisagent le bébé comme un être en construction avec cette ambivalence de se saisir en tant qu'être unique et relié à la fois. Ils évoquent la place essentielle du tonus dans la structuration du sujet et l'associent à la sensorialité et l'imaginaire. Pour ces auteurs, la sensorialité est présente dès l'origine, et l'imaginaire se nourrit par le regard et les rêves de l'entourage proche. La structuration posturo-motrice est donc pour eux, histoire d'un soi au milieu des autres, tramée par le fil de la relation. Cette dernière étant faite de gestes, d'appuis, de soutiens, de façons de se tenir, de placer le regard, la main. Ils considèrent cela comme un engagement corporel permettant une enveloppe et une sécurité tout en ouvrant des directions au jeune enfant.

Le *tonus* est défini par « l'état de légère contraction musculaire qui n'aboutit pas au mouvement mais assure la résistance à la pesanteur, qui fixe les articulations dans une position déterminée et donc maintient la posture lors de l'exécution d'un mouvement. » (Dir. P. SCIALOM, F. GIROMINI, J.M ALBARET, 2015, p 36). La maturation du tonus de l'enfant débute in-utéro, et à la naissance l'enfant présente une répartition tonique déséquilibrée. Cela se traduit notamment par une hypotonie générale de l'axe du corps, et une hypertonie des membres. Petit à petit, la maturation du tonus du bébé évolue, lui permettant de tenir sa tête à ses 3 mois. Cette étape du développement psychomoteur de l'enfant, contribue à stabiliser sa tête et par conséquent favorise déjà la stabilité du regard.

La *posture* est quant à elle, est désignée comme « le maintien du corps dans une position donnée grâce à une activité musculaire permanente qui s'oppose au jeu des articulations, c'est donc la position des parties du corps, les unes par rapport aux autres, et par rapport à la pesanteur. » (*Ibid.*). La posture évolue par des réactions de redressement antigravitaire, et suit une progression céphalo-caudale. Ces réactions précèdent les rotations axiales qui vont par la suite, latéraliser les appuis du jeune enfant. **VOTJA et ANNEGRET** (Cité par **VASSEUR**, 2000), considèrent donc que le redressement suit une progression céphalo-caudale et latérale.

De nombreuses recherches ont mis en évidence le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson et plus spécifiquement celui des flux visuels. En 1974, **LEE et ARONSON** (Cité par **BULLINGER**, 2017) s'attachent à décrire l'effet des mouvements de l'environnement visuel de l'enfant sur les régulations posturales. Puis, d'autres auteurs ont par la suite participé à définir le lien entre avec les flux visuels, le tonus et la posture. **JOUEN** (*Ibid.*) à la fin des années 80 démontre que la sensibilité à des flux visuels apparaît dès la naissance chez l'enfant. **BUTTERWORTH & al.** (*Ibid.*), désignent d'une part que la sensibilité aux flux visuels est corrélée au niveau de développement et s'exprime donc de manière différente selon celui-ci et d'autre part, le lien existant entre l'expérience motrice et les réponses des flux visuels.

Pour **A. BULLINGER**, les flux visuels provoquent chez l'enfant différentes types de réactions. La réaction d'alerte se produit dès lors que l'enfant perçoit une variation brutale d'un flux sensoriel. En réponse à cela, l'organisme de l'enfant réagit en augmentant le tonus. De plus, il met également en lumière le lien étroit existant entre le tonus et la posture : « Cet état tonique propre à la réaction d'alerte supporte la réponse d'orientation de l'organisme : sur la base d'un recrutement tonique adéquat, des moyens posturaux se déploient ; le regard, la tête et le buste s'orientent vers, ou dans un second cas, se détournent d'une source de stimulation. » (*Ibid.*, p 30).

Pour cet auteur, lors du passage d'une posture à une autre, les globes oculaires sont les précurseurs à se mobiliser. En effet, le regard se dirige en direction de la zone où le corps va s'orienter, et il indique que cela se produit, même lorsqu'il n'y a rien à voir.

Les enfants possédant des limitations motrices peuvent perturber ce comportement. L'enfant adresse son regard vers la zone où il souhaite amener son corps. Pour autant, l'impossibilité à pouvoir réaliser son mouvement et donc son changement de posture, que **A. BULLINGER** (2017) désigne sous le terme d' « inhibition active de la réponse posturale d'orientation », laisse l'enfant avec un “regard verrouillé” sur cette zone. De plus, lorsque l'enfant a un déficit moteur associé à un déficit visuel, l'auteur insiste sur la majoration des perturbations de la régulation posturale.

Vignette clinique de Lucie

Lucie est une jeune fille âgée de 4 ans, elle est suivie en psychomotricité dans le cadre d'un polyhandicap avec hyperlaxité. Lucie a d'importants troubles visuels qu'elle corrige par le port de lunettes. Au cours d'une séance, nous travaillons les coordinations oculo-manuelles et les rotations autour de son axe, en position assise, au moyen de sacs de graines. Lucie fait tomber le sac de graines hors de sa zone de préhension, lui demandant ainsi d'imprimer un changement de posture pour pouvoir s'en saisir. Toutefois, ses limitations motrices, l'empêchant d'amorcer le mouvement adapté, laisse Lucie dans une attitude statique, tout en exprimant un « regard verrouillé » comme figé, sur le sac de graines.

En 1948, **ANDRE-THOMAS**, et **J. AJURIAGUERRA** (cité par **VASSEUR**, 2000), s'attachent à définir l'axe corporel en lien avec les chaînes musculaires. Selon ces deux auteurs, ces dernières sont à l'origine de cet axe corporel, en effet, elles s'articulent de manière coordonnée, et possèdent trois fonctions : la lutte contre la pesanteur, la mobilité et les réactions d'orientation grâce aux systèmes sensoriels.

R. VASSEUR (2000) évoque les aspects biomécaniques et les points d'appui posturaux mis en jeu dans la construction de l'axe corporel. Au cours du développement moteur du jeune enfant, le regard tient une place importante dans cette genèse de l'axe corporel. Il étudie donc la posture et l'activité motrice spontanée du jeune enfant dans différentes positions.

En *décubitus dorsal*, durant les *deux premiers mois*, le bébé né à terme, s'oriente la tête tournée légèrement de côté, et ses quatre membres en flexion. L'auteur s'attache à décrire les membres animés comme : "des mouvements fluides, harmonieux, coulants et variables" (2000, p 223). De plus, au cours de cette période, l'observation des mains permet d'identifier leurs ouvertures et l'abduction du pouce. Aussi, toujours à cette période, le bébé tourne la tête et les yeux vers un stimulus qu'il soit auditif ou visuel, et les échanges de regards entre sa mère et lui sont un moyen de communication.

Lorsque l'enfant est positionné sur le dos ou préférentiellement en position semi-assise, avec le dos et la tête soutenus, lui offrant une liberté dans ses changements de position, il peut fixer et poursuivre avec son regard les objets ou personnes se présentant à lui. De plus, dès lors que l'enfant se met à effectuer cette poursuite oculaire, il procède à des modifications de sa posture. Il peut donc passer d'une posture asymétrique à une autre.

C'est donc vers *six semaines*, que l'on observe une amélioration de la fixation visuelle, ainsi qu'une participation asymétrique plus importante. À partir de six semaines, très progressivement la motricité spontanée change de caractère. Ce sont maintenant des mouvements plus petits, plus segmentaires, incessants et intéressants le tronc, la nuque, les membres.

A partir de *2 mois et demi - 3 mois*, c'est le début de la coordination oculo-manuelle, c'est à dire une association de l'œil et de la main. **R. VASSEUR** estime qu'à ce moment-là : "Le regard surprend la main dans le champ visuel" (*Ibid.*). Ceci est d'autant plus facilité, car d'un point de vue anatomique, la tête se positionne dans l'axe du corps, la ligne médiane, et est alignée avec le tronc. Durant cette période, l'enfant explore avec ses mains et ses yeux en même temps, ainsi, les mains se joignent, se palpent. Ses explorations combinées à un accompagnement de son regard, favorise les amplitudes de ses mouvements, ainsi que la construction d'un espace médian, grâce au rassemblement des membres venant du côté droit et du côté gauche.

Lorsque l'enfant grandit et atteint un âge d'environ *4 mois et demi- 5 mois*, le bassin gagne en mobilité et l'enfant commence à pouvoir relever ses fesses du sol. L'auteur parle d'un "véritable redressement contre la pesanteur" (R. VASSEUR, 2000, p 224).

Grâce à cela, il est possible pour l'enfant d'investir le bas de son corps et de mettre en place de nouvelles coordinations. Les mains du jeune enfant viennent toucher ses cuisses, ses genoux, puis le regard se porte dans un second temps sur ses parties du corps.

A. COEMAN et M. RAULIER H DE FRAHAN (2004) dans *Les étapes du développement psychomoteur de l'enfant*, affirment que dès lors qu'il est possible pour l'enfant de maintenir sa tête dans l'axe vertical, alors le regard devient plus stable, et donc la focalisation du regard se met doucement en place. Selon les auteurs, les positions d'enroulement sont essentielles pour relier les expériences sensorielles et affectives. De plus ils suggèrent aussi que la position couchée dorsale offre de meilleures possibilités au regard du bébé, contrairement à la position ventrale.

○ *La position en couché ventral :*

Les auteurs s'attachent à penser que cette position est inadaptée car elle favorise, une mobilisation de la tête dans un mouvement d'extension vers l'arrière, une traction des muscles du cou, une contraction excessive des muscles dans le dos, et un étirement des épaules et des bras en arrière. Ainsi, dans cette position, l'enfant ne travaille pas à l'alignement de sa tête dans l'axe de son corps. De plus, cette position amène désorganisation, plutôt que rassemblement autour de son axe corporel. L'enfant ne pouvant trouver des points d'appui stables, adopte une position crispée, afin de pouvoir utiliser son regard de manière focale et fixer les éléments de son environnement qui l'intéresse.

○ *La position en couché dorsal :*

Selon les auteurs, la position en couché dorsal est plus adaptée pour le jeune enfant, puisqu'elle lui permet d'exercer des enroulements, le maintien de sa tête dans l'axe et donc la possibilité de focaliser son regard. Ainsi, pour eux « la dynamique enroulée et la capacité à se poser diminuent le risque d'installation de tensions parasites et permet une fluidité dans la recherche de mouvements. » (2004, p 57). Dans cette position, l'enfant utilise son regard et mobilise sa tête de façon harmonieuse, sans que de multiples décalages et ruptures entre ces deux viennent nous interpeller. Dans cette dynamique enroulée, pour reprendre les termes de **D. STERN** « son regard semble s'adresser à quelqu'un » (Cité par A. COEMAN, M. RAULIER H DE FRAHAN, 2004, p 58).

Vignette clinique de Mathis :

Lors d'une séance avec Mathis, nous sortons le grand tapis d'herbe synthétique. Il se déplace dessus, dans un schème d'hyperextension, et son regard est « vague ». En effet, il n'est pas adressé à ma maître de stage ou moi, et n'est pas non plus utilisé pour guider son projet de déplacement dans l'espace. En fin de séance, nous lui proposons alors de s'allonger sur le dos, afin de lui offrir un temps d'apaisement, dans une position enroulée, ses jambes sont ainsi repliées et enroulées vers son ventre. Dans cette position, j'observe qu'il peut ainsi trouver un apaisement corporel, et se montre disponible dans l'échange, son regard s'ancre dans celui de ma maître de stage. Il semble ainsi dans ce temps-là, plus vigilant et attentif à l'autre. Son regard est ainsi adressé.

b) Schéma corporel – image du corps :

Par définition, le schéma corporel s'apparente à une connaissance consciente et objective de son propre corps. Cette connaissance prend source dès les premières expériences de l'enfant avec le monde environnant, et se développe tout au long de la vie du sujet. Intimement lié à la notion d'espace corporel, le schéma corporel permet de percevoir le corps comme une unité corporelle et organise ainsi la connaissance de soi.

H. WALLON (Cité par GOLSE & SIMAS, 2008) en 1958 affirme que pour que l'enfant prenne conscience de son corps propre, deux dynamiques sont nécessaires : la vision et le mouvement.

Puis, en 1970, **J. AJURIAGUERRA** donne une définition du schéma corporel : « Édifié sur la base des 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. » (*Ibid.*, p 131).

L'image du corps est désignée comme l'ensemble « des perceptions et des attitudes à l'égard de son propre corps qui s'expriment par des pensées, des convictions, des sentiments, mais aussi des comportements. » (Dir. P. SCIALOM, F. GIROMINI, J.M ALBARET, 2015, p 216). Elle se construit elle aussi dès les premières relations de l'enfant avec son environnement. Comme nous l'avons abordé auparavant, cette image du corps est un processus intégratif résultant de toutes les expériences vécues de l'enfant depuis sa naissance, où le regard joue un rôle important comme le soulignent des auteurs comme **J. LACAN**, ou **D.W WINNICOTT**.

Dans l'ouvrage « Clinique de l'image du corps » (2015), **A. R. DAMASIO**, s'appuie sur ces dernières théories de **D.W WINNICOTT**, et met en parallèle trois concepts : l'identité, l'image du corps et le regard. Pour lui, lorsque l'enfant regarde sa mère, il lui est renvoyé la présence d'images, et c'est dans ce processus que l'enfant commence à construire les notions de dedans et dehors, d'altérité. Ainsi, l'auteur nous indique que « le processus d'individuation et son résultat, l'identité, sont donc très ancrés dans le corps. A ce titre, il semble justifié d'envisager cette conceptualisation comme incluse dans l'image du corps. » (*Ibid.*, p 64),

F. DESOBEAU (2010) aborde le comportement de l'enfant se regardant dans un miroir. Pour lui, dans cette expérience, l'enfant retrouve un autre lui-même, il peut ainsi rester immobile face à son image ou imprimer des mouvements (jeux, grimaces) face au miroir. L'enfant face au miroir met en jeu son « moi-je » et son « moi-double », le premier commandant le deuxième, ainsi l'enfant peut se voir faire ce qu'il décide. Pour l'auteur : « Ce regard sur lui-même s'intériorise, et dans un va-et-vient, il passe de la connaissance du corps, à l'image de son corps, jouant et s'identifiant à lui-même » (*Ibid.*, p 67).

c) Espace :

La perception de l'espace s'inscrit dans le développement psychomoteur de l'enfant, elle est en rapport avec son équipement neuro-moteur et neuro-sensoriel, la qualité de son développement psycho-affectif, ainsi que ses diverses expériences vécues. Cette perception de l'espace évolue de manière progressive et dynamique dans la période de l'enfance, et l'intégration d'un référentiel spatial chez l'enfant est très lié au schéma corporel. En effet, connaître l'espace de son corps est un préalable à la connaissance des notions spatiales de l'environnement, et donc aux capacités de représentations.

Pour **A. BULLINGER** (Cité par A. KLOECKNER, 2001), la naissance ne se résume pas seulement au passage d'un milieu amniotique à un milieu aérien. Il développe ainsi un axe de développement évoquant la construction des différents espaces, de la naissance à la marche.

Pour en revenir à la naissance, le nouveau-né au moment de sa naissance perd l'enveloppe utérine, il sort ainsi de son premier *espace de pesanteur*, l'espace de la cavité utérine de sa mère. De plus, il perd l'alimentation en continue auparavant issue du sang maternel et du filtrage placentaire. Ainsi, c'est un nourrissage fractionné par la bouche qui se met à l'œuvre dès les premiers instants de sa vie. Cette alimentation s'organise autour de ce qu'il appelle « l'espace oral ».

L'*espace oral* correspond à une association de capture et d'exploration devant aboutir à l'instrumentation de la bouche. La première ayant une valeur plutôt nutritive et la seconde permettant à l'enfant d'explorer le monde qui l'entoure. Lors de ce stade, le regard revêt un rôle important notamment lors du portage, il participe en concomitance avec le tonus du dos à l'exploration du bébé de son environnement et de son espace oral. Selon l'auteur, les stéréotypies et les agrippements sensoriels sont des formes de symptômes résultant d'une construction inadaptée de cet espace oral.

L'*espace du buste* est l'étape suivante, elle permet à l'enfant d'acquérir une tenue assise avec des possibilités d'interactions favorisant son développement cognitif et affectif. Cette étape est considérée comme l'élaboration instrumentale de la vision. Grâce au tonus de son dos, le bébé éprouve la possibilité de se redresser et c'est à ce moment-là que son regard commence à se diriger vers un objet d'intérêt. La main peut aussi s'associer au regard dans cette étape. Dans cette étape il développe le « tonus pneumatique », qu'il désigne comme une sorte de bouée tonique des poumons bloqués en inspiration. Grâce à la mise en place de ce tonus, l'enfant peut ainsi stabiliser son regard sur l'objet d'intérêt.

L'*espace du torse* désigne la période où l'enfant amène à sa bouche les objets d'intérêt issue de la main droite et de la main gauche. **A. BULLINGER** (2006, p 134) décrit l'étape de la maîtrise du torse comme « la coordination des héli-espaces gauche et droit permettant la constitution d'un espace de préhension unifié organisé autour de l'axe corporel. » La bouche devient le lieu d'échanges entre la droite et la gauche. Les deux espaces droit et gauche sont ainsi mis en continuité par l'espace oral qui les rassemble afin de constituer l'espace du torse.

C'est un espace de rotation intégré dans lequel les mains exploratrices et le regard sont conjugués pour accroître les capacités de découverte du monde environnant. Ainsi, l'espace du torse corrélé à celui de la préhension manuelle, et à l'exploration visuelle, coïncide avec la maturation du tonus.

Enfin, l'*espace du corps* correspond à l'étape de coordination entre le haut et le bas du corps, étape essentielle dans la construction de cet espace du corps.

Les premiers espaces de l'enfant s'appuient ainsi sur le référentiel de son corps. La construction de l'espace, peut ainsi être comprise comme une facette du développement global, et **A. BULLINGER** (Cité par LIVOIR-PETERSEN, 2011, p 98) suggère ainsi : « L'objet « moi », les objets du milieu et l'espace où ils interagissent adviennent progressivement comme objets mentaux : conséquences d'un seul et même processus, leur représentation et l'instrumentation de l'organisme sont simultanées. »

Il existe aussi une relation entre la mémoire, la vision et l'espace. En effet, la mémoire joue un rôle majeur dans la représentation visuo-spatiale du monde extrapersonnel (manuel d'enseignement de la psychomotricité, tome1, page 268). Ainsi, il existe trois systèmes d'ordre cognitifs qui permettent une représentation visuo-spatiale du monde extrapersonnel :

- Le premier correspond à l'*orientation du regard* et à la *focalisation de l'attention visuo-spatiale*. Ce système permet au sujet de sélectionner et d'isoler les informations à traiter.
- Le second s'attache à définir la *mémoire de travail visuelle* comme prolongation d'un événement visuel lorsque ce dernier n'est plus présent dans le champ perceptif.
- Le troisième désigne l'*imagerie mentale visuelle*, qui permet d'élaborer et de transformer des représentations analogiques stockées en mémoire à long terme.

d) Les coordinations oculo-motrices :

La **coordination oculo-motrice** est l'habileté à pouvoir coordonner le regard avec les mouvements du corps et peut se définir en deux catégories : la coordination oculo-manuelle, et la coordination oculo-pédestre. Ce sont des coordinations nécessaires à l'enfant pour la réalisation de ses gestes fins ou plus globaux.

Pour A. **BULLINGER** (2004) : « Les flux visuels sont utiles pour contrôler la posture et situer le corps dans l'espace, mais ils participent aussi au réglage des mouvements des bras lors de la capture et de la manipulation d'objet. ». La coordination oculo-manuelle assure ainsi le lien entre les yeux et la main (uni-manuelle) ou les deux mains (bi-manuelle), c'est-à-dire qu'à travers celle-ci, les yeux suivent du regard la ou les main(s) en train d'effectuer une action.

Dans les trois premiers mois de la vie du bébé, le réflexe tonique asymétrique du cou (RTAC) ou aussi connu sous le nom « réflexe de l'escrimeur », s'inscrit comme les prémisses des premières coordinations œil-main. Il se caractérise de la telle manière : la tête du bébé est tournée du côté du bras et de la jambe en extension et au moment où le bébé tourne la tête, déclenche alors l'extension de l'autre côté et la flexion du côté de la nuque.

Le développement de la coordination œil-main ou oculo-manuelle est à l'origine de la préhension. La préhension se décompose en trois étapes : l'approche ou l'atteinte, la prise, et la manipulation, et le regard s'inscrit dans chacune d'entre elles.

Dans le « *Manuel d'enseignement de la psychomotricité, tome 1* » (2015, p 48 – 51), les auteurs s'attachent à définir le réflexe de pré-atteinte ou atteinte mis en évidence par **Von HOFSTEN** dans les années 80. Il se définit donc chez le jeune enfant par « une extension et une ouverture de la main orientée vers un objet positionné à proximité de l'enfant, alors que celui-ci est installé dans une chaise qui le maintien incliné sans qu'il ait à fournir d'effort. » Le déclenchement de ce réflexe s'opère par la vue et il est présent dès la naissance, ceci mettant en évidence la coordination précoce qui existe entre le regard et la préhension.

Selon **A. BULLINGER** (2017), la mise en place de ces coordinations visuo-manuelles est possible dès lors que l'axe corporel est constitué, de plus il affirme que : « le guidage visuel des mains pour la prise d'objet suppose non seulement un traitement spatial mais aussi la prise en compte de l'usage socialement défini de cet objet. Cette élaboration instrumentale n'est possible que si un équilibre existe entre l'état tonique de l'enfant et les entrées sensorielles et motrices, équilibre sensori-tonique qui conditionne tout le développement de l'enfant »

Les coordinations oculo-manuelles sont aussi importantes dans les tâches de motricité fine, de graphisme (dessin et écriture) et lecture.

Exemple 1 (activité de motricité fine) : enfiler des perles sur un lacet, demande de porter son regard d'une part sur la perle à attraper, et dans un second temps, une coordination entre la main et le regard, pour amener la perle sur le bout du lacet.

Exemple 2 (graphisme) : Dans l'écriture, le regard de l'enfant suit et guide la main pour la formation des lettres entre les lignes de haut en bas, ce sont les saccades verticales, et également pour le sens de l'écriture de gauche à droite, ce sont les saccades horizontales.

La **coordination oculo-pédestre**, est la coordination du regard avec les mouvements des pieds et des jambes. Elle permet à l'enfant d'assurer sa sécurité lors de ses déplacements, en ajustant ses mouvements de jambes et pieds aux différents obstacles qu'il rencontre sur son trajet. Elle soutient l'anticipation et la planification motrice. Cette coordination participe ainsi à la locomotion de manière globale, et également à des activités demandant une action spécifique.

Exemples : Shooter dans un ballon, marcher sur un banc.

Conclusion partie IV.

Le développement psychomoteur de l'enfant s'intéresse donc à l'enfant dans sa globalité corporo-psychique, et dans toutes les dimensions développées jusqu'ici (affectives, cognitives, sensorielles, neurologiques et motrices). Nous venons de voir qu'en nous intéressant aux notions clés du développement psychomoteur, il est possible d'envisager le regard comme un point d'appui des capacités psychomotrices de l'enfant. J'ai ainsi pu observer au cours de mes stages que les troubles du regard sont souvent associés aux troubles psychomoteurs. C'est pourquoi, nous allons nous pencher à décrire les principaux troubles du regard afin de mieux comprendre leur implication dans le soin en psychomotricité.

V. Spécificité du regard dans certains troubles :

a) Les troubles de la vision :

D'après le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF)² : « un enfant sur sept présente une anomalie visuelle, ce qui peut entraîner un retard dans son éveil et dans son développement psychomoteur. »

Les **troubles de la vision** s'articulent autour de troubles de la réfraction, troubles de la motricité oculaire et troubles neuro-visuels. Ces troubles ont ainsi un impact majeur sur les acquisitions psychomotrices. L'investissement du regard et les stratégies du regard de l'enfant sont ainsi mis à mal, et donnent lieu à des perturbations des capacités de fixation, de poursuite, d'exploration et de balayage visuel.

L'**acuité visuelle** désigne : « la capacité pour un sujet de distinguer un objet nettement. » (Trouble de la vision chez le jeune enfant, 2016, p 68). Pour que cette dernière soit optimale, l'image doit être analysée au niveau de la rétine, ce qui n'est pas le cas dans les troubles de la réfraction.

² Site internet : snof.org

- Les **troubles de la réfraction** sont ainsi un exemple d'une analyse qui ne se fait pas exactement au niveau de la rétine, ce sont : la myopie, l'hypermétropie, et l'astigmatisme.
- La *myopie* désigne une altération de la vision de loin, en réponse à une déformation de l'image. Elle apparaît chez l'enfant vers l'âge de 5-6 ans. Elle est à l'origine de complications plus importantes telles que la cataracte, le glaucome, l'hémorragie maculaire, le décollement de la rétine, et une diminution de l'acuité visuelle. Dans le cas d'enfant né prématurément, il existe des apparitions de myopie précoce, mais également dans le cas de syndrome génétique.
- L'*hypermétropie* se retrouve chez l'enfant dès la naissance, et peut augmenter légèrement jusqu'aux 7 ans de l'enfant et a contrario, s'améliorer, voire disparaître à l'adolescence. Ce trouble correspond à une altération de la vision de près à contrario de la myopie.
- L'*astigmatisme* apparaît chez l'enfant significativement dans la période 0 – 3 ans. Ce trouble se caractérise par une déformation de l'image, donnant une vision floue, à toutes les distances.
- Les **troubles de la motricité oculaire** ou « oculomoteurs » se désignent par un dysfonctionnement du contrôle des muscles oculomoteurs. Chez les enfants les troubles les plus connus sont le strabisme, nystagmus, et l'atrophie optique.

Vignette clinique de Noémie :

Noémie, 4 ans, présente d'importants troubles visuels. Elle est ainsi corrigée par des lunettes depuis ses 6 mois pour un strabisme associé à une astigmatie et une hypermétropie. Elle présente également une très légère cataracte en haut du champ visuel.

Les séances de psychomotricité avec elle portent ainsi sur le schéma corporel, les coordinations oculo-motrices, l'équilibration, la structuration spatiale et le graphisme. Dans les séances, Noémie montre des difficultés dans la gestion de l'espace environnant, entraînant celle-ci à se cogner régulièrement sur un mobilier (chaise, bureau) ou à chuter lorsqu'il y a du mouvement autour d'elle.

→ Dans le premier chapitre, nous avons abordé la vision comme instrument du regard. Ici, la vision de Noémie est altérée par d'importants troubles. Ces derniers, affectent, l'investissement de son regard, et les répercussions se retrouvent sur son développement psychomoteur global.

- **Les troubles neuro-visuels** : sont définis comme des « altérations du champ visuel, du traitement de l'information visuelle et/ou de l'orientation de l'attention dans l'espace et font suite à une atteinte rétrochiasmatique du système visuel, en général occipital » (S. CHOKRON, Troubles de la vision chez le jeune enfant, 2016, 137). Les dernières études montrent que les enfants nés prématurément et en manque d'oxygène dans la période néonatale sont les plus sujets à développer de tels troubles. Elles mettent aussi en évidence l'impact majeur dans le développement psychomoteur de l'enfant. Selon la localisation et l'étendue de la lésion, on retrouve des troubles de la vision élémentaire, et des troubles de la cognition visuelle. Les troubles de la cognition visuelle s'apparentent à des perturbations de l'exploration et l'attention visuelle, l'organisation et la représentation de l'espace, la reconnaissance visuelle ou la coordination visuo-motrice.

M. MAZEAU (2013) est un médecin ayant réalisé de nombreux écrits autour de la dyspraxie. Elle met en lumière au cours de ses recherches, le lien étroit qui existe entre la dyspraxie, aussi appelé trouble d'acquisition de la coordination (T.A.C) et le regard. Dans ses recherches autour de la dyspraxie, elle suggère une présence non négligeable de troubles neuro-visuels, associé aux troubles du geste. Pour étayer son constat, elle s'appuie sur une étude menée sur 15 enfants ayant un T.A.C et 15 enfants désignés comme « contrôles », âgés de huit à neuf ans. Le principe de cette étude est d'évaluer les capacités numériques de l'enfant. Pour ce faire, il est proposé à l'enfant d'estimer à quel nombre correspond telle ou telle marque disposée sur une ligne analogique de 0 à 100 et les mouvements de regard de l'enfant sont à ce moment-là enregistrés. Le résultat de cette étude a permis de montrer que les mouvements oculaires des enfants porteurs d'un T.A.C sont considérablement moins précis que ceux n'en n'ayant pas. Elle démontre également une corrélation entre le degré de difficulté observée lors de l'évaluation du M-A.B.C et l'instabilité des mouvements oculaires : en effet, plus l'enfant présente des troubles de la coordination important, plus le regard est instable.

Dans le cas d'une dyspraxie, le regard de l'enfant peut ainsi être mis en difficulté dans le domaine constructif et le domaine spatial.

- La *dyspraxie visuo-constructive* désigne chez l'enfant des difficultés dans l'assemblage, la construction et le dessin lorsqu'il y a un modèle à reproduire.
- La *dyspraxie visuo-spatiale* s'associe généralement à une dyspraxie visuo-constructive. Elle met en évidence des difficultés dans les stratégies du regard, en particulier dans la poursuite oculaire, le balayage visuel, et l'exploration spatiale.

Pour **M. MAZEAU** (*Ibid.*), ces troubles du regard, bien qu'ils ne soient pas systématiques, se retrouvent de manière fréquente. Ils sont mis en évidence de manière générale dans les épreuves mettant en jeu le domaine visuo-spatial et particulièrement dans les *épreuves de flèches de la NEPSY*, ainsi que dans le *jugement d'orientation de lignes de BENTON*, deux tests qui peuvent être utilisés par le psychomotricien dans le cadre d'une évaluation psychomotrice, où l'utilisation du regard s'inscrit comme l'unique possibilité.

b) Particularités du regard chez l'enfant avec un trouble du spectre de l'autisme :

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est l'un des troubles neurodéveloppementaux (TND). Dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – 5^{ème} édition), il se caractérise par la nouvelle « dyade symptomatique », comprenant, d'une part, des déficits persistants de la communication et des interactions sociales dans des contextes variés, et d'autre part un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.

D'après les récentes publications de l'HAS³, l'absence de babillage, de pointage à distance, ou d'autres gestes sociaux pour communiquer (coucou, au revoir) à 12 mois et au-delà, l'absence de mots à 18 mots et au-delà, l'absence d'association de mots (non echolaliques) à 24 mois et au-delà, ainsi que la régression de langage ou relationnelles, et l'inquiétude parentale, quel que soit l'âge sont des signes cliniques d'alerte en faveur d'un TSA.

³ Recommandation de bonne pratique de l'HAS, Publication février 2018.

En 1995, **G. HAAG** met au point une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité, dans laquelle elle s'attache à décrire dans chacune des étapes, les expressions émotionnelles et relationnelles, l'image du corps, le repérage temporel, le langage verbal, le graphisme, l'exploration de l'espace et des objets et les différents types de regards retrouvés chez les enfants porteurs d'un trouble du spectre autistique. Afin de décrire cette grille, je m'appuie sur la première version de 1995 et celle actualisée en 2006.

○ **Première étape : état autistique « réussi » ou sévère** (G. HAAG, 1995 ; 2006)

L'auteur précise que cette étape s'inscrit comme un concept limite, soulignant son doute à envisager qu'elle soit complètement atteinte par l'enfant. La réactualisation de la grille, propose de remplacer le terme « réussi » par « sévère » afin d'éviter toute ambiguïté.

Cette étape se caractérise par un retrait quasi permanent sur des stéréotypes d'autostimulation sensorielle, telle que l'agitation rythmée d'un objet sonore, la recherche de sensations auditives, visuelles ou tactiles, les balancements, les frottements, etc. (TUSTIN, Cité par G. HAAG, 2006) ou la recherche d'immuabilité (KANNER, cité par HAAG, 2006) à travers des rituels plus complexes. Ceci dans l'idée de pallier à un défaut d'enveloppe. Concernant la sphère relationnelle et émotionnelle, l'enfant est plutôt dans une recherche de sensations que d'émotions. De plus, l'enfant présente des crises que TUSTIN (cité par HAAG, 2006) nomme : « tempertantrum ». Elles correspondent à de longues crises d'angoisse en réponse à des contrariétés de stéréotypes ou rituels. Pour ce qui est de l'image du corps, les signes sont de l'ordre d'une hypertonie ou d'une profonde hypotonie, une autotenuë donnant lieu à une marche sur la pointe des pieds, des angoisses de chute et liquéfaction au cours des situations de la vie quotidienne (aspiration de l'eau des toilettes, écoulement de l'eau du robinet). Dans le registre du langage, il est retrouvé une absence de langage, ou des répétitions de type echolaliques. Le graphisme semble la plupart du temps inexistant dans cette étape.

Le **regard** au cours de cette première étape est désigné comme : *absent, évitant, traversant, collé sans pénétration, ou périphérique*. Pour G. HAAG, « Leurs peurs du regard : ils nous en donnent la démonstration après nos interprétations, même si la plupart du temps, ils se rendent psychiquement sourds ou aveugles » (1995, p 503)

G. HAAG, en s'appuyant sur les travaux de A. BULLINGER, désigne le regard périphérique comme « étant déjà le regard pré-natal et dévolu au contrôle postural ; c'est un regard très « tactile » qui ne donne aucun sentiment de profondeur de l'espace. (1997, p 31)

○ **Seconde étape : récupération de la première peau :**

Cette étape correspond aux prémices de la phase symbiotique, et se définit selon **G. HAAG** par « le premier sentiment d'enveloppe circulaire ». Au cours de cette étape, « les enfants peuvent entrer et ressortir très rapidement des contenants variés ou se mettre dans les bras et s'en échapper aussitôt ». Aussi, l'enfant présente moins de stéréotypies et retraits lorsqu'il est engagé au sein d'une relation. Ce premier sentiment d'enveloppe entretient un rapport intime avec d'une part la recherche par l'enfant d'un contact corporel du dos et une association de ce dernier à un regard pénétrant. Les rapports aux objets et à l'espace sont ainsi significatifs de l'émergence de ce sentiment d'enveloppe qu'offre l'association duelle : dos - regard.

Le **regard** au cours de cette seconde étape est désigné comme : *fuyant* et *hyperpénétrant*, avec l'idée d'une alternance entre ces deux. Il y a chez l'enfant une alternance de temps de jubilations et de craintes au moment de retrouvaille du regard. **G. HAAG** décrit chez l'enfant « une plongée du regard dans le regard de l'autre », amenant ainsi les enfants à s'approcher de très près du sujet en face et donnant l'impression d'un effet cyclope.

Vignette clinique de Mathis :

Les échanges de regards avec Mathis sont possibles, comme nous l'avons vu précédemment, son regard peut particulièrement s'adresser à l'autre, notamment dans les moments où il se trouve contenu, en position enroulée sur le dos. Lorsqu'il se montre disponible pour un échange de regards, son regard se dirige d'abord vers mes yeux, puis dans un second temps, je note souvent des accrochages de son regard à des détails de ma tête (boucle de cheveux, bouche). Dans ces accrochages sensoriels, son regard semble « absorbé » et peut ainsi l'amener à se rapprocher au plus près de l'objet d'intérêt, donnant ainsi à son regard, l'effet cyclope.

➤ **Troisième étape : la phase symbiotique installée :**

- *Clivage vertical de l'image du corps :*

Dans cette sous-étape de la phase symbiotique installée, l'enfant se rapproche de l'adulte et peut ainsi comme l'indique l'auteur « prendre la main pour faire » des activités tel que le dessin, ou désigner des images de l'index. La relation en tête-à-tête et les échanges de regards possibles au cours de cette étape, participent à l'intégration du buste dans l'image du corps.

Le regard se caractérise par un *strabisme* permettant ainsi d'éviter la binocularisation et la vision à distance. **G. HAAG** parle aussi d'un « *regard oral* » en s'attachant à décrire une assimilation des yeux à la bouche, l'enfant à travers son regard met en jeu ses pulsions orales.

- *Clivage horizontal de l'image du corps :*

Dans cette sous-étape, le **regard** est désigné comme *plus lumineux, renvoyant* et parfois *pervers*. Selon **G. HAAG**, le regard : « a généralement récupéré un échange presque normal »

➤ **Quatrième étape : individuation :**

Cette étape marque chez l'enfant la possibilité d'une individuation de soi. Elle se caractérise par l'émergence du symbolisme et la quasi-absence de stéréotypies. Cette dernière étape envisage le **regard** comme *pétillant*, donnant lieu à un échange de qualité.

Conclusion partie V.

Si les troubles du regard peuvent ainsi s'envisager sous différentes facettes en rapport avec des pathologies et troubles de l'enfant, il est aussi important de souligner que le regard peut aussi être investi d'une manière sans que cela apparaisse comme pathologique, mais plutôt comme une aire de compréhension de l'enfant, c'est ce que nous verrons dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 3 : LA PLACE DU REGARD DANS LE SOIN EN PSYCHOMOTRICITÉ

I. Le regard dans le soin psychomoteur :

a) L'évaluation psychomotrice :

Il y a 30 ans de cela, un 6 mai 1988, le **décret n°88 – 659**, relatif aux compétences du psychomotricien est publié. Il suggère que le psychomotricien est habilité à accomplir des bilans psychomoteurs. L'évaluation psychomotrice, outil du psychomotricien, permet de dresser un profil de développement psychomoteur de l'enfant. Elle évalue les difficultés et capacités de l'enfant, dans un temps et dans un lieu donné.

D'une part, l'examen psychomoteur « s'appuie sur une connaissance approfondie des troubles psychomoteurs, c'est-à-dire des associations symptomatiques, et des troubles associés ou comorbidités. » (Dir. P. SCIALCOM, F. GIROMINI, J.M. ALBARET p 310).

D'autre part, il permet au psychomotricien d'apprécier : « les capacités psychomotrices (coordinations, équilibre, motricité manuelle, écriture), les fonctions cognitives en lien avec la motricité intentionnelle (visuo-spatiales, attentionnelles, mnésiques et exécutives), la dominance latérale, les différentes dimensions du temps, les gnosies corporelles, les communications non-verbales et les manifestations toniques." (*Ibid.*, p 311)

Le bilan psychomoteur, s'envisage comme la possibilité d'une entrée dans le soin, il met en exergue les premières interactions entre le psychomotricien et l'enfant ainsi qu'avec le ou les parents, et s'appuie sur de l'observation clinique et des tests standardisés.

○ Les tests standardisés :

Il y a des tests standardisés qui évaluent de manière spécifique les composantes du regard et d'autres qui s'inscrivent de manière plus globale, et appréhendent le regard au moyen d'items spécifiques tout en restant dans un domaine plus large (communication, sensorialité, coordinations, etc.). Ce qui est essentiel à souligner, est que le regard même s'il n'est pas toujours l'objet même d'évaluation, est omniprésent dans la plupart des épreuves que propose le psychomotricien, ne serait-ce que dans certaines consignes de tests.

○ Les bilans psychomoteurs *spécifiques* :

- La NEPSY II, domaine « traitements visuo-spatiaux »
- Le Frostig : test de développement de la perception visuelle
- Le Benton
- La figure de Rey

○ Les bilans psychomoteurs *globaux* :

- Le Brunet Lezine Révisé
- Le profil sensoriel de Dunn
- Le NP-MOT
- Le M-ABC

Je tiens à préciser que ceci est une liste riche de mes expériences en stage, mais elle reste une liste non-exhaustive, et d'autres outils peuvent être utilisés par le psychomotricien pour évaluer le regard de l'enfant.

○ La NEPSY – II, domaine « traitements visuo-spatiaux » :

La NEPSY se définit comme un bilan neuropsychologique de l'enfant. Cette batterie d'évaluation est élaborée par trois auteurs, **M. KORKMAN**, **U. KIRK** et **S. KEMP**, trois professionnels spécialisés dans le champ de la neuropsychologie infantile. Dans sa seconde version en 2012, elle prend ainsi le nom de NEPSY II.

Elle est destinée aux enfants et adolescents âgés de 5 ans à 16 ans et 11 mois. De manière générale la batterie regroupe six domaines d'évaluation (attention et fonctions exécutives, langage, mémoire et apprentissage, fonctions sensori-motrices, perception sociale, et traitements visuo-spatiaux)⁴.

Dans ce mémoire, l'intérêt se porte plus particulièrement sur le domaine « traitements visuo-spatiaux » où le regard est appréhendé de manière spécifique, dans une dimension plutôt cognitive et fonctionnelle.

- *L'épreuve de copie de figures (5 – 16 ans)* est une épreuve qui évalue les compétences motrices et visuo-spatiales en rapport à l'aptitude à recopier des figures géométriques en deux dimensions.
- *L'épreuve des flèches (5-16 ans)* évalue l'aptitude de l'enfant à pouvoir juger de l'orientation d'un trait uniquement par l'intermédiaire de son regard. Cette épreuve permet ainsi de rendre compte de la convergence visuelle et du traitement visuo-spatial.
- *L'épreuve des cubes (5- 16 ans)* se définit par l'évaluation des compétences visuo-spatiales et visuo-motrices et visuo-constructives de l'enfant. L'enfant regarde attentivement le modèle proposé par le psychomotricien et grâce aux cubes mis à sa disposition, il doit reproduire l'image du modèle.
- *L'épreuve d'orientation (5- 16 ans)* permet d'évaluer les connaissances des relations visuo-spatiales et les aspects directionnels. Dans cette épreuve, l'enfant regarde une maison cible sur une carte simplifiée et dans un second temps, il doit retrouver cette maison sur une carte plus complexe, où sont inscrites d'autres maisons et plusieurs directions possibles.
- *L'épreuve de puzzles géométriques (5 – 16 ans)* permet l'évaluation de la rotation mentale, des compétences visuo-spatiales, et les possibilités du sujet à pouvoir porter son attention aux détails fins.

⁴ Informations issues du site ECPA.fr

➤ *L'épreuve de puzzle de photos* (7 – 16 ans) est proposée aux enfants plus âgés, et aux adolescents. Elle permet une évaluation de la discrimination visuelle, la localisation spatiale, le balayage visuel, la capacité à décomposer une image en plusieurs parties, et à reconnaître les relations entre les parties et le tout.

○ Le Brunet-Lezine Révisé :

Ce bilan est une échelle de développement psychomoteur de la première enfance. La première version a été élaborée en 1951, puis elle a été révisée en 1965 et 1997. Ce bilan s'inscrit dans une approche descriptive et comportementale. Il s'adresse aux enfants de 2 mois à 30 mois et il existe aussi une échelle complémentaire qui s'étend jusqu'aux 6 ans de l'enfant.

Le bilan se présente en plusieurs tranches d'âge, avec des items numérotés de 1 à 150, afin d'évaluer : le contrôle postural et la motricité, la coordination oculo-motrice, le langage, et les relations sociales.

➤ *Le contrôle postural et la motricité* (P) est une catégorie qui permet d'apprécier la locomotion, la posture et les mouvements de l'enfant.

➤ *La coordination oculo-motrice* (C) s'intéresse plus particulièrement au regard de l'enfant, à travers la poursuite oculaire, la préhension, la motricité fine, les praxies, et les comportements de l'enfant avec les objets.

Exemples d'item (non-exhaustif) :

N° 4, tranche d'âge 2 mois : « Suis des yeux une personne qui se déplace »

N°14, tranche d'âge 3 mois : « Regarde le cube posé sur la table »

N° 45, tranche d'âge 6 mois : « Tiens deux cubes, un dans chaque main, et regarde le troisième. »

➤ *Le langage* (L) s'intéresse aux aspects de la compréhension et de l'expression.

- Les *relations sociales* (S), cette dernière catégorie s'intéresse au rapport que l'enfant entretient avec soi-même, la conscience qu'il a de lui-même, ses capacités communicationnelles et relationnelles, mais aussi son accès à l'autonomie et au symbolique.

Exemples d'item (non-exhaustif)

N° 40, tranche d'âge 5 mois : « Différencie nettement les visages familiers des étrangers »

N° 38, tranche d'âge 5 mois : « Souris au miroir »

N° 50, tranche d'âge 6 mois : « Regarde ce que regarde l'adulte si celui-ci montre du doigt »

N° 89, tranche d'âge 10 mois : « Regarde ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt »

○ Le profil sensoriel de Dunn :

Ce bilan trouve son origine en 1994, lorsque **W. DUNN** élabore un profil sensoriel en se basant sur la théorie de l'intégration sensorielle d'Ayres de 1960. Cette dernière théorie suggère que l'organisation et l'interprétation des informations reçues grâce aux différents sens de l'enfant, contribuent à la planification et l'organisation de ses comportements, ainsi qu'à la mise en œuvre de réponses adaptées. Le profil sensoriel de Dunn a ensuite fait l'objet de plusieurs révisions jusqu'à récemment.

La version actuelle de ce bilan (version 2010), a été étalonnée auprès d'enfants français. Elle correspond à un hétéro-questionnaire évaluant les particularités sensorielles et l'impact des troubles sensoriels sur la vie quotidienne de l'enfant âgé de 3 ans à 10 ans et 11 mois. Ce test n'est pas spécifique à une population et peut être utilisé pour des enfants présentant des pathologies et troubles divers (retard mental, trouble du spectre autistique, infirmité motrice cérébrale, handicap sensoriel, troubles spécifiques des apprentissages, etc.). Il peut ainsi être adressé à l'entourage proche de l'enfant, les membres de sa famille, ainsi qu'à des professionnels présents dans son quotidien.

Cet hétéro-questionnaire regroupe 125 items, qui s'organisent en 3 catégories : la section 1 évalue le traitement des informations sensorielles : auditives, visuelles, vestibulaires, tactiles, sensorielles orales et multi-sensorielles (65 items), la section 2 évalue la modulation sensorielle (34 items) et enfin la dernière section évalue les réponses comportementales et émotionnelles de l'enfant (26 items).

Pour chaque item du bilan, la personne remplissant le questionnaire a plusieurs choix de réponses : toujours, fréquemment, parfois, rarement, jamais. Ces réponses permettent par la suite de rendre compte du seuil de sensibilité sensorielle de l'enfant, en terme d'hyposensibilité (seuil élevé) ou hypersensibilité (seuil bas).

Exemples d'item (non-exhaustif) :

N° 16, traitement de l'information visuelle : « Regarde attentivement ou intensément les objets ou les gens (par exemple, fixe du regard) »

N° 49, traitement de l'information multi-sensorielle : « Se détourne de ce qu'il est en train de faire pour observer tout ce qui se passe dans la pièce. »

N° 96, modulation de l'entrée visuelle : « Évite le contact visuel »

N°119, comportement résultant du traitement de l'information sensorielle : « A du mal à ne pas déborder quand il écrit ou colorie (dépasse les lignes). »

Si les tests standardisés permettent une approche objective des compétences, et qui plus est, du regard de l'enfant, il paraît important de souligner, que le bilan psychomoteur ne peut se résumer uniquement à une approche de la sorte. **C. POTEL** dans son ouvrage « Être psychomotricien » (2010, p 235) désigne ainsi le bilan psychomoteur, comme « un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles » où chacune de ses dimensions est à prendre en considération afin d'envisager l'enfant dans sa globalité. C'est donc aussi par l'intermédiaire de son observation clinique, que le psychomotricien étaye son bilan psychomoteur.

○ L'observation clinique :

Les apports de **A. COEMAN et M. RAULIER H DE FRAHAN** (2004, p 162 - 163) permettent une compréhension de l'essence même du mot « *observation* ». Ils proposent une définition de l'observation, issue du dictionnaire le Robert : « observer c'est considérer avec attention afin de connaître, d'étudier ».

Pour **C. POTEL** (2010, p 307), dans l'observation clinique le thérapeute se fie à sa propre subjectivité, à ses capacités d'analyse, de synthèse, plutôt qu'à des résultats quantifiables ou objectivables (réussite, échec, pourcentages de réponses justes, etc.), en référence aux tests standardisés.

Cette observation clinique permet alors d'appréhender le regard de l'enfant, dès la première rencontre avec la famille et l'enfant. Dans cette première rencontre en face-à-face, il y a d'ores et déjà, la possibilité d'un premier contact « œil à œil » qui s'établit entre d'une part le psychomotricien et les parents, et le psychomotricien et l'enfant. Je parle d'une « possibilité » dans le sens où ce premier échange de regards avec l'enfant n'est pas toujours d'emblée présent. Cette attention particulière que porte le psychomotricien à propos du regard de l'enfant le place déjà dans une dimension réflexive, et l'amène à penser quelle place occupe le regard dans cette première prise de contact, est-ce que l'enfant utilise ce canal sensoriel dans cette première rencontre ? Comment l'utilise-t-il (Regard périphérique, fuyant, pénétrant, interrogatif...) ? Le regard s'inscrit ainsi comme le reflet du vécu émotionnel de l'enfant. Le regard de l'enfant est une traduction, un reflet, de ses états internes. Ainsi par son regard teinté d'expression, l'enfant partage et extériorise son vécu émotionnel.

Vignette clinique de Théo :

Théo est un enfant âgé de 5 ans. Je le rencontre une première fois dans le cadre de sa deuxième partie d'évaluation psychomotrice, la première partie étant réalisée sur une journée où je n'étais pas présente au cabinet. Après un temps de présentation mutuelle, nous entrons tous les trois dans la salle. Théo s'installe rapidement sur le petit bureau et je m'installe ainsi au bureau de la psychomotricienne afin d'observer le déroulement du bilan psychomoteur. Très vite, je m'aperçois que Théo regarde plusieurs fois en ma direction, son regard semble à la fois interrogatif et inquiet de ma présence, il me fixe longuement, l'empêchant ainsi de s'investir dans les propositions de ma maître de stage.

→ Son vécu émotionnel de la situation, s'extériorise dans l'expression même de son regard, il est son reflet, à la fois inquiet et interrogatif. Par cette observation clinique de son regard, et d'autres observations, il est ainsi possible de donner du sens à la problématique de Théo.

Le regard de l'enfant, est ainsi un élément pouvant être appréhendé au cours de l'évaluation psychomotrice que ce soit lors de l'observation clinique, ou lors de bilans plus spécifiques. Pour C. POTEL (2010, p 308) : « il paraît donc essentiel de souligner la complémentarité d'une objectivation évaluante et d'un regard clinique subjectivant. ». Ces temps de bilan inscrivent déjà l'enfant, son entourage, et le psychomotricien dans ce qui prend le nom de « la relation thérapeutique ».

b) Le regard dans la relation thérapeutique :

La thérapie psychomotrice s'inscrit comme une approche globale de l'enfant, et pour F. DESOBEAU (2010, p 58), l'objet de la rencontre thérapeutique porte un intérêt sur le sujet dans son corps, plutôt que le corps du sujet.

Pour C. POTEL (2010, p 230) ce qui est important dans la pratique du psychomotricien, c'est d'éviter de réduire les troubles à des aspects objectifs, en dépit de toute subjectivation. En effet pour elle, cela « pourrait pervertir la notion de relation thérapeutique, et réduire le soin psychomoteur à sa seule composante instrumentale. »

Le psychomotricien s'engage ainsi dans cette relation thérapeutique, il s'implique corporellement dans cette relation thérapeutique qui se tisse au fil des séances. Les connaissances théoriques, pouvant se désigner sous le terme de « savoir – théorique », et les compétences pratiques, le « savoir – faire », apprises durant les études de psychomotricité ou lors de formations spécifiques après l'obtention du diplôme d'État (D.E), ne peuvent être envisagés comme seule condition à l'instauration d'une relation thérapeutique. Il y a aussi le « savoir-être », un savoir exister dans son corps, que le psychomotricien exerce particulièrement dans la rencontre avec ses patients.

Pour **F. DESOBEAU** (2010, p 60), la relation thérapeutique est spécifique par l'implication du psychomotricien, il « s'implique dans son langage corporel pour rencontrer l'enfant là où il est, comme il est. ».

○ La place du regard dans la relation duelle : enfant - psychomotricien :

Dans cette relation thérapeutique, la place du regard, s'envisage dans une dynamique interactionnelle, bidirectionnelle, c'est-à-dire, d'une part le regard du psychomotricien projeté sur l'enfant et à l'inverse, le regard de l'enfant projeté sur le psychomotricien. **F. DESOBEAU** (2010, p 61) suggère que « la relation thérapeutique s'instaure dès que la rencontre se noue par un échange, un accrochage sensoriel entre l'enfant et le psychomotricien. ».

De plus, toujours selon **F. DESOBEAU** (2010), le psychomotricien et l'enfant s'inscrivent dans un dialogue tonique, où chacun des protagonistes s'accordent mutuellement au travers du tonus, mais aussi des respirations, des mouvements, des postures, des tonalités de la voix et des regards.

Le psychomotricien « porte un regard » spécifique sur l'enfant, sur son corps en mouvement et en relation. Véritable portage, le psychomotricien grâce à son regard projeté sur l'enfant, le soutient dans l'expression de ses potentialités. En soutenant l'enfant de là telle manière, le psychomotricien offre une assise narcissique à l'enfant, en même temps qu'il le contient et le fait exister. En retour, l'enfant par son regard, soutient à son tour l'identité du psychomotricien, à l'image de ce qu'il se produit dans la relation mère-enfant.

Par son regard, le psychomotricien porte son attention sur les interactions de l'enfant avec les objets, son environnement, sa famille, et avec lui-même. Pour **A. COEMAN et M. RAULIER H DE FRAHAN** (2004, p 163), ce regard se doit d'être globale et revêtir plusieurs aspects :

Il y d'abord « *le regard qui reçoit les compétences* » (*Ibid.*), c'est le regard valorisant, qui met en avant les compétences de l'enfant au cours de l'observation, plutôt qu'un regard relevant et pointant les difficultés de l'enfant.

Il y a aussi « *le regard qui évite toute comparaison* » (*Ibid.*), il se désigne par une absence de comparaison de la part du professionnel d'une part envers les autres enfants, et d'autre part envers ce que les auteurs appellent une « norme ».

Les auteurs parlent aussi du « *regard qui tente d'exclure le 'voir' pour se réappropriier le 'sentir'*. » (*Ibid.*). L'idée est que pour pouvoir regarder l'autre, il est primordial de s'écouter soi-même, c'est-à-dire comment cette lecture psychomotrice de l'enfant fait écho en moi, dans mes sensations, mon langage corporel.

Puis, le « *regard qui tient compte du temps* » (*Ibid.*), en ce sens, l'observation des compétences de l'enfant ne peut se résumer à une seule rencontre dans un espace et un temps donné, mais plutôt dans une dynamique évolutive, puisque le développement de l'enfant, de ses compétences est en perpétuel remaniement avec des périodes de régression, stagnation, et des émergences.

Ensuite, il y a le « *regard conscient qu'il ne capte d'une partie de ce qu'il se passe* » (*Ibid.*). En psychomotricité, l'intérêt se porte sur l'enfant dans sa globalité, ainsi, dans le cadre d'une observation, d'une rencontre, il semble évidemment que le psychomotricien ne puisse relever tous les aspects de la structuration psychomotrice de l'enfant. Il en observe une partie, tout en gardant en tête, qu'il peut y avoir autre chose à côté.

Il y a enfin pour les auteurs, « *le regard conscient de ses filtres, de ses programmes cognitifs, de l'éducation reçue, des désirs projetés, du monde qu'il se crée* » (*Ibid.*). Dans ce dernier regard, la notion de subjectivité, menant à dire que chaque regard est singulier, empreint de l'histoire de chacun.

○ La place du regard dans la triade, parent – enfant – psychomotricien :

Pour les enfants, les plus jeunes, en général avant trois ans, le bilan et les séances se déroulent en présence des parents, et place ainsi l'enfant dans une situation d'être regardé à la fois par ses parents, et par le psychomotricien. Dans cette triade, parent(s), enfant, psychomotricien, ce dernier fait ainsi office de « tiers » dans la relation. Les parents, peuvent souvent amener dans ces temps-là, des questionnements quant à des inquiétudes, des incompréhensions. C'est ainsi que le psychomotricien, accompagne les parents dans cette recherche de sens, et leur permette de voir leurs enfants dans une situation différente.

Dans cette triade, le rôle du psychomotricien, est de valoriser les compétences de l'enfant aux yeux des parents, mettre en valeur la dynamique de l'enfant, tout en tenant compte des inquiétudes parentales. Ainsi, le psychomotricien, en tant que « tiers » dans la relation, offre aux parents et à l'enfant, un « miroir » valorisant et narcissique, dans lequel se reflètent les potentialités du jeune enfant, il renvoie une dynamique positive de ce que l'enfant exprime.

Vignette clinique de Sophie :

Je rencontre Sophie, 9 mois, et ses deux parents dans le cadre d'une évaluation psychomotrice, et quelques séances de psychomotricité. Dans le temps d'entretien, les parents expriment leurs inquiétudes quant au développement de leur fille, notamment sur le fait que Sophie commence juste le rampé et qu'elle n'a pas encore accès aux quatre pattes. Le travail au cours de ces séances était d'orienter le regard des parents vers toutes les autres potentialités de cette petite fille, en accompagnant par des mots.

En ce sens, le psychomotricien participe à modifier le regard des parents, porté sur l'enfant. Par son regard et ses mots, il offre aux parents une « aire de compréhension » de leur enfant. C'est d'abord un moment particulier où l'enfant peut se montrer et être perçu de façon différente. L'enfant peut être raconté par ses parents, tout en étant perçu et observé par le psychomotricien, cela crée donc des regards croisés, qui s'accordent sur certains ou divergent sur d'autres, permettant ainsi de mener une **réflexion ensemble**.

Il permet aussi, de donner la possibilité aux parents de retrouver leur place de parents, car ils se voient souvent occuper tous les rôles pour se protéger d'une souffrance, d'une anxiété majeure, lutter contre la culpabilité insupportable et pallier l'absence de soutien dans laquelle ils se vivent, d'autres fois car les pathologies des enfants l'exigent. Dans certaines pathologies, les symptômes nécessitent parfois que les parents identifient et notent les heures de survenue et la durée de chaque crise, les conduisant à guetter la maladie et dénaturant le regard porté sur l'enfant, comme dans le cas de l'épilepsie.

Il se peut parfois que les parents dans les temps d'échanges avec le psychomotricien détournent leur regard momentanément de l'enfant. Ce sont souvent des situations où l'enfant manifeste des comportements particuliers afin de signifier sa présence.

Vignette clinique de Léo :

A la fin de notre séance avec Léo, 6 ans, nous faisons entrer sa mère afin d'échanger sur la séance venant de se dérouler. Pendant que la psychomotricienne et sa mère discutent à propos de lui, j'observe Léo monter sur le banc. Il s'écrit « Eh maman ! Eh maman regarde-moi ! Tu vois ce que je fais ! ». Il répète cela plusieurs fois, jusqu'à ce que sa mère se retourne et le regarde.

→ Ce regard est peut-être pour Léo un moyen de soutenir son sentiment d'exister, sa présence dans la pièce, face à des adultes qui discutent à son propos.

○ Regards croisés : la place du regard en interdisciplinarité

Dans sa vie professionnelle, le psychomotricien est amené à croiser son regard avec les professionnels d'autres disciplines. Ces regards croisés se retrouvent lors de réunions dans les structures de soins, les établissements scolaires, les établissements d'accueil, ou tout autre lieu où le psychomotricien est invité pour mener une réflexion autour d'un patient. C'est ainsi que chaque professionnel, participe par son regard spécifique porté sur le même patient, à comprendre l'enfant sa globalité.

II. Présentation générale de mon stage en cabinet libéral :

Depuis le mois de novembre 2017, j'effectue deux jours par semaine, le jeudi et vendredi, un stage avec une psychomotricienne diplômée d'état (D.E) au sein d'un cabinet libéral. Les patients pris en soin sont de tout âge, du bébé jusqu'à l'adulte, avec des troubles et pathologies diverses et variées diagnostiquées ou en attente de diagnostic.

a) Le lieu :

Le cabinet se situe au 1^{er} étage d'un pôle médical, où se regroupent différents professionnels de l'enfance (pédiatres, orthophonistes, psychologues, psychomotriciennes). La pièce du cabinet est lumineuse, avec un *grand espace central*, autour duquel s'organisent différents petits espaces. Je propose d'en donner les détails afin d'offrir une meilleure visualisation.

- L'**espace dit de « détente »**, se compose d'un tapis, sur lequel repose un gros lion. J'emploie le terme « détente » car c'est souvent le lieu où se déroulent les temps de relaxation, ou d'apaisement. Il y a également accolé au matelas, dans l'espace arrière, un placard dont les 3 portes-battantes sont des miroirs.
- L'**espace du « petit bureau »**, se compose d'un petit bureau avec deux chaises, adapté pour les plus jeunes enfants. Cet espace est plutôt dédié pour les activités cognitives, de motricité fine, et de graphisme.
- L'**espace du « tableau blanc »** avec un banc, est un espace dédié principalement aux activités de graphisme, et spatiales.
- L'**espace du « bureau de la psychomotricienne »**, est utilisé pour les activités des plus grands enfants. C'est aussi un lieu permettant des échanges en toute confidentialité, entre la psychomotricienne et les familles.

b) La demande de soin :

Bien que la population accueillie, aille des bébés jusqu'aux personnes d'âge adulte, durant mes jours de stage, je rencontre des enfants de 4 mois pour le plus jeune à 12 ans pour le plus âgé. Ainsi, de manière générale, la demande initiale de soin en psychomotricité est issue de difficultés observées par les parents, l'école, ou un professionnel du secteur médical, paramédical ou social (médecins, orthophonistes, psychologues, etc)

La psychomotricienne, après s'être entretenue préalablement au téléphone avec la famille, propose **quatre temps de rencontres**. Ces quatre temps de rencontres sont nécessaires, afin d'évaluer la situation, la nécessité d'un soin en psychomotricité et définir un premier projet de soin pour l'enfant. Je regroupe ainsi 3 grandes étapes avant la mise en place d'un soin psychomoteur :

- Une **rencontre initiale** avec les parents en présence ou non de l'enfant. C'est dans cette première rencontre que la psychomotricienne découvre en face à face, la famille, et l'enfant, s'il est présent. C'est un moment demandant une écoute attentive de la part du psychomotricien, vis-à-vis des inquiétudes et de la demande parentale, et des difficultés rencontrés par l'enfant ou les parents dans le quotidien. Cette rencontre permet ainsi la prise d'informations à propos du parcours de l'enfant depuis sa naissance, jusqu'à ce premier entretien. Cette prise d'information, connue sous le terme d'*anamnèse*, rassemble donc les informations de la situation familiale, du développement psychomoteur de l'enfant, des différents compte-rendus médicaux et paramédicaux et toutes autres informations fournies par la famille ou l'enfant, lorsqu'il est en âge de le pouvoir.
- Une **évaluation des capacités psychomotrices** de l'enfant en deux rencontres. Elle repose sur une observation clinique du professionnel et des bilans standardisés lorsque la situation le permet.
- Le dernier temps correspondant à la **restitution des conclusions**, si possible avec les deux parents, et sans obligation de présence de l'enfant. C'est un temps où sont formulées les hypothèses et conclusions, et qui permet d'échanger sur la nécessité d'un suivi en psychomotricité.

c) Ma place de stagiaire :

Mon stage au sein du cabinet débute dès la rentrée scolaire des vacances de la Toussaint. Durant la période mi-novembre à mi-décembre, j'ai alterné entre une place d'observatrice et une participation aux séances aux côtés de ma maître de stage dans les situations où les triangulations étaient intéressantes pour l'enfant. Ceci m'a permis de mieux appréhender les spécificités de chaque enfant, et les objectifs de soin. A la suite de cette période, apprenant à connaître un peu plus chaque enfant, j'ai pu devenir plus autonome en proposant des séances aux enfants, tout en gardant quelques fois ma place d'observatrice.

Dans cette place de stagiaire, j'ai ainsi pu investir différents types de regards : **un regard à distance**, dans les temps d'observation, et un **regard en relation**, lorsque j'étais impliqué corporellement et émotionnellement dans les échanges avec l'enfant.

III. Cas clinique : rencontre avec Lison

a) Présentation générale :

Lison est actuellement âgée de 4 ans et 2 mois. Son suivi au cabinet se déroule, une fois par semaine, au cours d'une séance de 45 minutes depuis octobre 2017. En réalité, elle bénéficie d'un suivi en psychomotricité depuis 2015, il s'agit donc d'une reprise de suivi, suite au départ de son ancienne psychomotricienne. Elle a été diagnostiquée avec un trouble du spectre autistique au cours du mois de juillet 2017, associé à un retard de développement et de l'épilepsie.

Lison est âgée de 3 ans et 8 mois lors de notre première rencontre en novembre 2017. Elle est une enfant de petite taille, donnant ainsi l'illusion de paraître plus jeune que son âge. Sa chevelure rousse, souvent attachée par une couette sur le dessus de la tête, laisse apparaître un doux visage pâle, des yeux marron foncé et un sourire coquin. Lors de notre première rencontre, Lison est assise dans sa poussette, tout près de sa mère dans la salle d'attente, elle ne m'adresse **pas de regard**. Elle secoue son bras droit vivement, et de manière répétitive de haut en bas, puis, par moment elle porte sa main droite à la bouche et se mord l'index.

Ces comportements sont appelés « stéréotypies motrices » (Dir. J. PERRIN, T. MAFFRE, 2013) et correspondent à des mouvements rythmés, répétitifs, et sans but fonctionnel apparent. Ils peuvent mobiliser l'ensemble du corps (balancements, sautilllements), une partie de celui-ci (flapping, dodelinement de la tête), ou bien des éléments de l'environnement (stéréotypies d'objets).

b) Anamnèse :

o Situation familiale :

Le père âgé de 47 ans, et la mère de Lison âgée de 44 ans, sont mariés et travaillent tous les deux, ils sont respectivement [REDACTED] et [REDACTED]. Lison est la première et unique enfant du couple parental.

o Désir d'enfant, grossesse et naissance :

Lison est une enfant très désirée, en effet, de nombreuses fécondation in-vitro (FIV), au total 7, ont été menées par le couple pour aboutir à cette naissance. La période de grossesse est vécue dans un climat anxigène pour le couple parental. En effet, un hématome rétro-placentaire, survenu au cours du 5^{ème} mois, oblige la mère à rester alitée durant les 4 derniers mois. Le tri-test, évaluant un risque combiné, à 1/250, n'a pas permis d'entreprendre une amniocentèse par la suite, compte tenu de l'hématome et de cette « grossesse précieuse » comme le soulignent H. LAZARATOU et B. GOLSE (2006). Les auteurs emploient le terme de « grossesse précieuse » en rapport aux attitudes spécifiques que montrent les mères dans les situations où la grossesse a été un parcours long et difficile, comme ce qui peut être le cas lors de nombreuses FIV.

Pour autant, les échographies ne révèlent rien d'inquiétant, et la naissance se déroule à 41 semaines d'aménorrhées (SA), déclenchée par voie basse, avec un score APGAR à 8/10. A la naissance, Lison présente un développement staturo-pondéral, en cohérence avec son âge.

o Contexte médical :

Sur le plan somatique, Lison, a reçu la pose d'aérateurs trans-tympaniques à l'âge de 18 mois, à cause de multiples otites séreuses et une surdité de transmission. Le diagnostic du trouble du spectre autistique a réellement été posé en juillet 2017, avec un retard de développement, et de l'épilepsie. Lison est donc suivie par un spécialiste neurologue pour des épilepsies pharmaco-résistantes apparues au cours de l'année 2016.

La mère de Lison décrit des crises pouvant se produire plusieurs fois par jour et de plusieurs types : certaines généralisés tonico-cloniques inférieures à 5 minutes, d'autres partielles, et également, des formes de crises nocturnes. Elle suit donc un traitement médicamenteux journalier (URBANYL 8,5MG/ soir). Enfin depuis peu de temps, les spécialistes s'attachent à penser que Lison s'auto-déclenche des crises. Cela se caractérisant par un abaissement de sa tête, un retrait du menton vers l'arrière, bloquant sa respiration (hyperpnée), et déclenchant ainsi une crise.

o Les étapes de développement de Lison :

- **Alimentation – propreté – sommeil :** La *diversification alimentaire* ne témoigne pas d'une particularité, la mastication est possible, elle ne semble pas apprécier les mélanges. Elle utilise seule la cuillère. La *propreté* n'est pas acquise à 3 ans, et actuellement non plus, mais il est possible de la mettre sur le pot. Concernant le *sommeil*, Lison dort seule dans son lit, mais il arrive quelques fois qu'elle fasse ses nuits dans le lit parental. D'ailleurs, sa mère indique parfois être réveillé durant la nuit par les secousses de Lison en pleine crise d'épilepsie.
- **Communication – relation – langage :** Dans les premières étapes du développement de la *communication* de Lison, les parents, racontent une petite fille qui regarde dans les yeux, qui a acquis un sourire-réponse dans les délais attendus, à 2 mois. Cependant, avant l'âge de 18 mois, ils relèvent une absence de pointing et de gestes pro-sociaux. Le *langage* n'est pas acquis à 2 ans et actuellement elle fait des vocalises.

- **Tonus – posture – déplacements** : La *tenue de la tête* est acquise à 3 mois, la *tenue assise* à 6 mois et ½. Le *déplacement* assis sur les fesses ne s'est fait qu'à l'âge de 15 mois dans une forme « assis-bouddha ». La *marche* n'est pas acquise à ses 2 ans. Vers l'âge de 3 ans, il est possible pour Lison de se tenir debout avec appui et d'initier quelques pas pour se déplacer.
- **Préhension – motricité fine** : La *préhension* est absente à 9 mois, la mère, dit avoir été interloquée par l'absence d'utilisation de ses mains. Lorsqu'elle était installée en position assise ou sur les bras, elle pouvait mettre ses membres supérieurs en extension-rétropulsion.
- **Comportement** : Les parents relèvent dans le développement de leur fille, sans pour autant pouvoir donner une date de début, qu'ils observent des phénomènes d'accrochages visuels, des bruits de bouche sous forme d'aspiration salivaire, des moments où elle peut ignorer son prénom, et des rires inappropriés. Elle montre aussi des stéréotypies et un intérêt particulier pour les hochets, et balles très tôt dans son développement.

c) **Les évaluations antérieures et les accompagnements mis en place :**

o Les premières évaluations psychomotrices :

Deux **évaluations psychomotrices** ont été menés pour tenter de comprendre les difficultés et le fonctionnement de Lison et pour répondre aux inquiétudes parentales grandissantes.

Une **première évaluation psychomotrice** est réalisée au mois de juillet 2015, Lison est alors âgée de 16 mois. Elle s'appuie sur le test du Brunet-Lezine Révisé (BLR), et les observations cliniques du psychomotricien. Dans l'observation spontanée, il est constaté une absence de réaction pare-chute vers l'avant et sur les côtés, ainsi que des repoussés peu efficaces. A l'épreuve du BLR, Lison réalise l'ensemble des items jusqu'à l'âge de 5 mois, puis quelques-uns, entre 6 et 10 mois, et plus aucun à partir de 12 mois.

Ainsi, globalement, ce qui ressort de cette évaluation, est un retard global dans ses acquisitions psychomotrices, et une dysharmonie entre la maturation du tonus postural et axial. Il est recommandé au couple, un suivi en psychomotricité pour Lison, dans le but de l'accompagner dans son développement psychomoteur, et pour lui permettre de trouver les appuis qui lui manquent dans l'organisation de sa motricité. De plus il est également recommandé à la famille, une consultation en C.A.M.S.P, afin d'éliminer l'hypothèse d'un trouble organique.

Lison réalise une **seconde évaluation psychomotrice** à 18 mois, en septembre 2015, avec son ancienne psychomotricienne. Cette évaluation s'est prolongée par un suivi de deux ans jusqu'en octobre 2017. Je propose ici de résumer l'évaluation ainsi que de donner le projet de soin et les axes de travail proposés.

Au moment de l'évaluation, Lison ne marche pas, et il est observé une volonté pour la petite fille de retrouver une position assise lors des différentes propositions de la psychomotricienne. L'évaluation met en évidence un manque d'expérience de retournement au sol, notamment en décubitus dorsal et des rotations autour de l'axe non investies, en effet, dans les premiers temps en position assise, Lison présente peu de mobilité latérale pour attraper un objet placé derrière son dos. Sa stratégie est plutôt de pivoter sur elle-même afin de se retrouver face à l'objet. Pour les manipulations, Lison est curieuse des objets qui l'entourent, elle dirige son regard vers l'objet convoité mais elle ne pointe pas encore pour le désigner. Son exploration orale des objets est pauvre, la jonction main-bouche semble peu investie. Elle commence certaines explorations buccales lors notamment du passage des objets d'une main à l'autre. Une recherche de sensations est observée dans ses déplacements sur les fesses, elle peut sautiller sur les fesses sur une courte distance, et également dans ses mouvements de buste en avant et arrière.

Globalement, l'évaluation met en lumière un retard global des acquisitions, et une inadaptation dans l'utilisation des comportements non-verbaux, tel que le contact visuel, l'expression faciale, la position du corps, et les gestes, régissant l'interaction sociale.

A l'issue de ces deux évaluations, un suivi en psychomotricité est mis en place pour Lison, afin de renforcer les sensations au niveau de son dos et construire son arrière fond, soutenir les torsions du buste afin de permettre une libération et un meilleur investissement des membres supérieurs, et pour accompagner Lison et son entourage dans l'émergence de ses compétences psychomotrices que ce soit en séance, ou au quotidien.

o L'évaluation du Centre Ressource Autisme (CRA) :

Au mois de juillet 2017, une **évaluation au CRA** est proposée à Lison et sa famille dans le cadre d'un bilan diagnostique. Lison est alors âgée de 3 ans et 3 mois. L'évaluation au CRA est recommandée en troisième ligne par les dernières recommandations de bonnes pratiques de l'HAS (Février 2018). L'évaluation s'appuie sur l'ADI-R, l'ADOS module 1, une évaluation psychologique par l'intermédiaire du PEP-3, et du VINELAND II, et une évaluation psychomotrice avec le Profil sensoriel de Dunn.

Globalement, l'évaluation met en lumière, des symptômes d'allures autistiques dans les différents domaines explorés, un niveau bas dans les compétences développementales, et de même dans le domaine de la communication, avec une signification plus importante pour les interactions sociales et l'attention conjointe. Le **profil sensoriel de Dunn**, met en exergue une hypersensibilité auditive et visuelle avec des conséquences sur l'attention et les réponses émotionnelles. De plus, l'évaluation éclaire sur un degré d'autonomie faible.

Le diagnostic est ainsi posé pour Lison. Elle présente un trouble neurodéveloppemental complexe avec des éléments symptomatiques d'autisme, de retard de développement, et une comorbidité neurologique de type épilepsie. Cette évaluation préconise une prise en soin multidisciplinaire afin d'accompagner Lison dans l'émergence de la communication et du langage, l'adaptation relationnelle et sociale, et de son développement psychomoteur, Il est également proposé à la famille l'intégration dans une unité d'enseignement maternelle (UEM), ou le maintien dans du dispositif crèche avec un accompagnement SESSAD spécialisé dans l'autisme.

d) Les accompagnements de Lison dans son quotidien :

o Les modes d'accueil :

Actuellement, Lison est gardée par sa mère lorsque son emploi du temps professionnel le permet, sinon elle va à la halte-garderie ou chez une nounou dans la semaine. Ces derniers lieux lui permettent d'assurer sa socialisation auprès d'autres enfants et la faire sortir du lien exclusif à sa mère. (BOUTIN, 2009).

Lison, ne peut être accueillie en milieu scolaire ordinaire, pour autant le projet d'intégration dans une unité d'enseignement maternelle spécialisée, a pu être mené en fin d'année 2017, et il s'est révélé très rapidement être un échec. En effet, la période d'essai a mis en évidence d'importantes difficultés de Lison en termes de motricité globale, comportement et d'autonomie, ne pouvant ainsi correspondre au projet de l'UEM. Ceci a d'ailleurs été vécu assez difficilement pour la mère de Lison, qui avait de grandes attentes vis-à-vis de ce projet, et qui est actuellement dans le recherche active d'un lieu de soin le plus adapté possible pour sa fille.

o L'accompagnement éducatif :

Une éducatrice spécialisée se rend au domicile familial deux fois par semaine. Elle utilise la méthode A.B.A. Un récent entretien téléphonique et la participation de cette jeune dame à une séance de psychomotricité de Lison, au cours du mois de mars 2018 a permis de **croiser nos regards de professionnelles** (éducatrice, psychomotricienne, stagiaire).

o Les soins :

Le soin en orthophonie est mené par deux orthophonistes. L'une propose depuis 2 ans une approche plus cognitiviste et comportementale avec un travail autour de la communication et l'utilisation de méthodes en rapport, comme le PECS et le MAKATON. L'autre orthophoniste propose depuis 8 mois, un travail d'investissement de la sphère orale, basée sur la théorie de l'ajustement orthophonique proto-logique et langagier Cogi'act. Elle suit en parallèle de ces deux suivis en orthophonie, un suivi hebdomadaire en psychomotricité.

e) La prise en soin en psychomotricité :

Lison vient la plupart du temps accompagnée de sa mère, et il est désormais possible que les séances se déroulent sans la présence de celle-ci.

o L'évaluation psychomotrice :

Ce bilan se base sur le **profil sensoriel de Dunn**, rempli par la mère en janvier 2018, et sur les **observations cliniques** faites lors de nos séances de psychomotricité avec Lison depuis octobre 2017.

Le profil sensoriel de Dunn met en évidence une **performance typique de l'information tactile**. En psychomotricité, nous observons que Lison fait peu d'exploration tactile avec ses mains.

Une **différence probable** au profil sensoriel dans le traitement de l'**information auditive, orale, et multi sensorielle**. Lison est attentive aux stimuli sonores (bruit du téléphone qui sonne) et aux instruments présentés en séance. Dans son quotidien (domicile et halte-garderie), elle est sensible aux comptines. Lison est plutôt hyposensible aux sensations orales et buccales. Depuis son plus jeune âge, Lison ne porte pas les objets à sa bouche. Elle montre peu de sensibilité aux goûts comme aux textures. Lison est plus en difficulté lorsqu'elle doit gérer plusieurs flux sensoriels en même temps.

Une **différence avérée** dans le traitement de l'**information visuelle et vestibulaire**. Lison est hypersensible aux sensations visuelles. Elle met souvent ses mains devant les yeux pour se protéger. Une de ses stratégies de protection est également l'évitement du regard, ou le regard périphérique (en coin ou la tête penchée sur le côté). Une prise de contact de face avec Lison peut être trop brutale pour elle et la désorganiser aboutissant à parfois à une réaction d'autostimulation (chute de la tête en avant, blocage respiratoire et malaises). Lison est sensible aux sensations vestibulaires qu'elle reçoit parfois sur un versant hypersensible (transfert depuis la poussette), mais elle peut aussi être sur un versant hyposensible, avec une recherche de sensations (sautillement sur les fesses, balancement avant-arrière, marche en arrière).

En réponse aux différentes sensations qui lui parviennent, Lison réagit par des réactions toniques majoritairement. Elle peut se raidir et se mettre en hyper-extension dans les moments où elle est submergée par les flux sensoriels. Elle peut aussi, pour répondre à une arrivée de sensations trop importante, inhiber ses mouvements, c'est-à-dire, arrêter l'activité en cours.

o Projet de soin et les axes de travail :

Les séances hebdomadaires en psychomotricité ont pour objectif de permettre à Lison de mieux **réguler ses sensations** et d'**intégrer une perception sécurisante de son corps** pour **soutenir son ouverture au monde** et **aux autres** et lui permettre de **devenir autonome**. Ainsi, les axes de travail sont ceux-ci :

- Soutenir l'*intégration de son arrière-fond* pour lui permettre de s'apaiser dans le contact avec son environnement et d'être en meilleure capacité de soutenir le contact visuel.
- Travailler sur l'*autonomie motrice* de Lison dans ses déplacements (équilibration, passage d'obstacles, marche, gestion de l'angoisse du vide), dans ses transferts (monter et descendre de sa poussette).
- Travailler autour de ses *manipulations d'objets et sa préhension* (coordination oculo-manuelle, gestion des sensations tactiles).
- Travailler sur le *processus d'individuation psychique* : le moi, non-moi, la conscience de soi.
- Assurer une continuité avec le soin en orthophonie vis-à-vis du travail des *sensations buccales*.
- L'*accompagnement parental* reste un point important dans ce suivi en psychomotricité. Afin de soutenir, le processus de séparation en cours entre la mère et sa fille, et d'autre part, afin d'accompagner les parents de Lison dans l'acceptation du handicap de leur fille et des projets à venir.

D. W. WINICOTT (1975) parle de « préoccupation maternelle primaire ». En effet, dès le début de la vie du nouveau-né, la mère va entièrement se dévouer à son enfant. Il décrit un état d'hypersensibilité, une phase de « maladie normale » au cours de laquelle la mère met toutes ses ressources en jeu pour se rendre disponible auprès de son enfant. C'est au cours de cette période que la mère va développer une capacité à comprendre les besoins de son bébé. L'auteur emploie également l'expression de mère « ordinaire normalement dévouée ». Cette phase peut persister dans le cas où l'enfant présente un handicap, comme dans ce cas précis.

o Une première rencontre avec Lison :

Dès notre première rencontre, la question se pose quant à ma présence durant les séances. La mère de Lison, ma maître de stage ainsi que moi-même, nous nous questionnons en présence de Lison, quant à la manière de mener cette première séance ensemble afin que cela ne perturbe pas Lison. Nous convenons, dans un premier temps, que je me mette en retrait, en observation. Je me présente alors à Lison et m'installe discrètement sur une chaise dans le fond de la salle.

Au début de cette première séance, un jeu de ballon s'amorce entre la psychomotricienne et Lison, et très peu de temps après, Lison me sollicite, elle fait quelques pas pour venir à moi. Elle ne me regarde pas franchement, mais d'après son attitude corporelle j'observe une volonté d'entrer en relation avec moi. Elle se positionne de côté et me regarde en coin. Sentant l'appel de Lison à venir les rejoindre, je prends l'initiative de rejoindre le jeu et ainsi un jeu de balle en triangulation débute. Ce sera repris dans les premières séances ensemble, en tant que rituel de début de séance.

o Les séances de psychomotricité avec Lison :

Les séances de psychomotricité se font avec une luminosité modérée. Elles s'articulent selon la disponibilité de Lison au moment de la séance. En effet, Lison peut manifester des crises d'épilepsie durant les séances. Elles sont particulièrement importantes durant les moments vécus comme de fortes charges émotionnelles, lors des transitions (en fin de séance au moment de se dire au revoir), lors de situations nouvelles et inhabituelles (introduction d'un nouveau parcours sensoriel). Une voix calme et rassurante et un soutien physique contenant, lui permet dans ces moments de crises de revenir doucement à elle.

Lison n'a pas encore acquis le langage verbal, mais durant les séances, à travers son langage corporel, je perçois les signes de ses états émotionnels, internes, des moments d'inquiétudes, d'angoisses, j'observe des balancements d'avant en arrière, qui s'accroissent lors des moments libres ou non structurés. Lison peut mettre ses mains devant les yeux, et avoir une respiration accélérée et se couper de la relation lorsqu'elle perçoit trop d'informations, de stimulations sensorielles de l'environnement. Dans ces moments, avec la psychomotricienne, en l'accompagnant avec des mots, nous donnons du sens à ses éprouvés pour les rendre pensables, en référence à la théorie de **W. BION** (Cité par POTEL, 2010).

Son mode d'approche de l'environnement (objet ou personne), est plutôt dans la présentation de son dos, mais également par la présentation de son pied. Ceci s'observe dans les parcours sensoriels formés de tapis, où elle s'approche doucement, en glissant sur les fesses et en touchant progressivement les tapis par le bout du pied, puis la jambe pour enfin se retrouver assise sur le tapis.

Les **notions de dedans et dehors**, sont travaillées au moyen de tunnels, mais il n'est pas encore possible pour la petite fille de pouvoir rentrer à l'intérieur. Pour autant, nous remarquons son envie de le faire, par son engagement corporel.

Les **processus d'individuation**, c'est-à-dire la conscience de son corps et de celui de l'autre, se travaillent au moyen de tour de rôle dans les jeux de ballon.

La **modulation des sensations** est travaillée avec des parcours sensori-moteurs (plusieurs tapis avec différentes sensations), cela reste encore très compliqué car Lison est en difficulté dans le multi-sensoriel, et a du mal à percevoir plusieurs sens en même temps. Aussi, le travail autour des sensations buccales s'effectue au moyen de paille et d'abaisse-langue.

Également, nous travaillons en séance les **aspects moteurs**, notamment son équilibre et sa marche. En effet, Lison a un équilibre précaire, elle donne l'impression d'une marche ataxique avec des pieds en varus. Dans son quotidien et en séance, elle tombe et se cogne souvent, et peut parfois marcher en reculant. Cette dernière attitude témoigne là aussi de sa recherche d'arrière-fond.

Les fins de séances sont consacrées à un **retour avec la mère de Lison**. Au cours de ces échanges, la mère de Lison apporte la plupart du temps des observations très fines de ce qu'elle observe chez sa fille au quotidien, et écoute attentivement le travail proposé en séance. Elle peut d'ailleurs assurer une continuité au domicile en réutilisant les propositions de la séance (le travail avec le masseur nomade). Elle livre à chaque séance son **regard maternel**, à propos de l'évolution de Lison, et ses inquiétudes actuelles vis-à-vis de sa future orientation. Actuellement, elle s'investit pleinement dans la recherche d'une institution la plus adaptée possible pour sa fille, tout en signifiant, ne pas pouvoir pour l'instant envisager l'orientation de Lison dans certains types d'institutions.

o Le regard de Lison :

L'investissement du regard et le contact visuel « œil à œil » pour rentrer en relation avec Lison sont difficiles. D'après la grille d'évaluation clinique de l'autisme de **G. HAAG** (1995), développé en amont, son regard s'inscrit dans la première étape de l'état autistique « réussi » ou sévère, et se caractérise par un **regard évitant** ou **périphérique**. Ce dernier est selon **G. HAAG** (1997, p31) « le regard pré-natal et dévolu au contrôle postural ; c'est un regard très « tactile » qui ne donne aucun sentiment de profondeur de l'espace. ».

Lison peut ainsi mettre ses yeux en coin pour regarder ce qu'il se passe autour d'elle, pencher sa tête sur le côté lorsque l'on se place en face d'elle, ou mettre ses mains devant les yeux. C'est ce que décrit ainsi **G. HAAG** (*Ibid.*) : « Alors les autistes, soit se mettent les yeux dans le coin, soit se bouchent un œil pour supprimer le relief, soit regardent dans le flou et font quelques fois des jeux papillaires d'accommodations et de désaccommodations pour brouiller complètement ou maîtriser cette profondeur de champ. »

Un travail dos – regard est mis en place avec Lison. Un masseur nomade émettant des vibrations est utilisé depuis plusieurs séances afin de soutenir l'intégration de ses limites corporelles, son espace corporel, et d'autre part afin de lui permettre d'unifier et d'intégrer d'autres modalités sensorielles, toniques, et kinesthésiques. Dans ce travail avec Lison, l'association du contact tactile de son dos et de son regard, « ça fait du tout autour » (**G. HAAG**, 1997, p31) lui créant ainsi une enveloppe corpo-psychique. Avec la psychomotricienne, nous avons remarqué, lorsque l'on se place face à Lison, en passant doucement le masseur nomade sur son dos, la possibilité d'échanger des regards pendant quelques instants.

Le travail d'arrière-plan, de contenance, peut aussi se faire au moyen d'une couverture chauffante qui enveloppe Lison et lui permet de s'apaiser. Enfin, l'utilisation d'une couverture pour faire un « hamac » tenu en hauteur du sol, de chaque côté par la psychomotricienne et moi-même, soutien aussi son arrière-fond, et permet la conscience de l'espace du dos, l'espace arrière et facilite l'investissement de son regard.

○ **Une séance particulière** :

Cette séance se déroule durant la semaine de rentrée des vacances d'avril. Je revois Lison après deux semaines d'absence au sein du cabinet libéral.

Lison est assise sur le sol dans la salle d'attente, elle se positionne dos à nous quand nous entrons dans l'espace. Nous entamons une discussion avec la mère de Lison, elle évoque au cours de celle-ci, une situation s'étant produite un peu plus tôt dans la matinée. En effet, au cours du petit-déjeuner, Lison a manifesté « quelque chose » par sa gestualité et ses bruits vocaux, que la mère n'est pas parvenue à comprendre, entraînant Lison à déclencher une crise d'épilepsie. A la fin de cet échange, nous entrons avec Lison dans la salle de psychomotricité. Lison est très souriante, elle fait des bruitages vocaux. Elle marche jusqu'au milieu de la pièce et s'arrête quelques instants, puis revient vers nous et s'assoit. Je m'assoie en face d'elle, légèrement de biais, et pendant que ma maître de stage installe les tapis sensoriels, je lui enlève les chaussures. J'accompagne mes gestes par des mots : « j'enlève une première chaussure, clic-clac », Lison lève sa tête et me regarde furtivement, puis elle baisse sa tête. Sentant que cela l'a fait réagir, je réitère une seconde fois : « j'enlève une seconde chaussure, clic-clac », ainsi dans cette deuxième répétition Lison relève sa tête, penche sa tête légèrement sur le côté et son regard se plonge ainsi dans le mien pendant quelques instants. C'est donc dans nos différents échanges de regards, furtifs soient-ils, que s'amorce le travail avec les tapis sensoriels.

Depuis quelques séances nous travaillons, le multi-sensoriel, avec des tapis sensoriels et des sacs lestés. Les tapis sensoriels offrent des sensations tactiles (rugueux, lisse, doux, dur, piquant) et visuelles (couleurs, reliefs) et sont disposés l'un après l'autre, de façon à former un chemin coloré. Les sacs lestés s'utilisent aux chevilles de Lison et semblent lui conférer des effets positifs sur sa marche. En effet, ils lui assurent un ancrage corporel plus sûr, Lison présente ainsi un meilleur équilibre lors de ses déplacements, un polygone de sustentation réduit et par conséquent elle tombe moins souvent durant les séances. Son équilibre se stabilisant, sa tête semble plus stable, lui laissant la possibilité d'investir son regard de manière stable.

Par moments, Lison semble gênée par « quelque chose », elle se touche l'arrière de la tête et l'oreille gauche plusieurs fois au cours de cette séance. Je fais ainsi le lien avec les propos de la mère de Lison et essaie de mettre du sens sur ce qu'elle exprime à travers son attitude corporelle. Ressent-elle une douleur ? Une sensation désagréable ?

Après un temps d'exploration assise, Lison pivote de la station assise à une position quatre pattes et se met spontanément debout. Agréablement étonnées par ce mouvement, nous exprimons en même temps avec la psychomotricienne, un « Bravo Lison ! ». En réaction Lison amorce le signe bravo avec ses deux mains, geste qu'elle utilise depuis très récemment. Elle regarde ses deux mains se taper pendant tout ce temps-là. Ce rassemblement de ses deux hémicorps droit et gauche, me laisse supposer, en référence aux travaux de **A. BULLINGER** (2006), les prémisses d'un espace de préhension unifié et organisé autour de son axe corporel.

Puis Lison se met à faire un mouvement dansé, elle plie légèrement ses jambes, balance son buste de droite à gauche. C'est à partir de cette proposition que nous inventons une danse des mains et des pieds jusqu'à la fin de la séance. Dans ce temps, Lison semble alors très attentive, elle regarde chacune de nous deux. Elle alterne son regard, dans la direction de ma maître de stage, la mienne et sur ses mains.

o Évolution de Lison et projet futur :

Depuis le début de mon stage, je note une importante évolution pour Lison. Elle se montre plus **repérée dans le soin en psychomotricité** dans lequel elle semble vivre de bons moments avec des **comportements d'apaisement** et **d'ouverture relationnelle**. Lison montre des capacités d'évolution dans la modulation de ses sensations, ses réponses comportementales et émotionnelles s'améliorent, elle va ainsi moins loin dans sa recherche de sensations, et présentent moins de stéréotypies. Lison semble montrer un intérêt naissant pour les **sensations buccales** depuis quelques séances. Cet intérêt se manifeste par une sortie de sa langue hors de sa bouche et il est possible pour elle de porter à la bouche de manière autonome l'abaisse-langue. D'un point de vue **postural** et **moteur**, son autonomie motrice est encore à soutenir. Lison semble se tenir plus droite en position debout, elle reste très peu dans cette position et n'est pas encore stable dans ses appuis.

De nouvelles émergences s'observent dans l'**imitation de gestes**, son **intérêt pour autrui**, et dans ses capacités de **communication**. Les échanges de regard, en contact œil à œil, avec Lison sont devenus plus fréquents. Elle semble de plus en plus investir son regard en relation, et en coordination avec ses gestes, lui permettant ainsi, de soutenir son organisation psychomotrice.

Une réunion pluridisciplinaire, à laquelle j'ai participé, au mois d'avril, rassemblant les différents acteurs de l'accompagnement de Lison et sa famille (professionnels de la halte-garderie, psychomotricienne, éducatrice spécialisée) a ainsi permis de faire le point sur la situation et réfléchir ensemble à propos de l'orientation future de Lison.

○ Conclusion :

Cette rencontre avec Lison m'a dès le début de mon stage beaucoup questionné sur de nombreux points. Dans les premiers temps de mon stage, les soudaines manifestations épileptiques de Lison étaient pour moi, très brutales, me donnant ainsi parfois un sentiment d'impuissance, et d'avoir un regard en « alerte » aux moindres signes évocateurs d'une possible crise d'épilepsie. Son regard si spécifique a été source de nombreux échanges avec la psychomotricienne, questionnements, et réflexions.

Je tiens enfin à souligner un passage de l'ouvrage *Autisme & psychomotricité* (2013) : « L'accompagnement mené auprès de la personne avec autisme et de sa famille doit respecter la singularité de chacun et se faire le cadre d'un projet d'intervention clairement défini et en concertation avec les différents acteurs », car, à mon sens, il montre l'importance d'adapter le soin en psychomotricité auprès de l'enfant présentant un TSA, en tenant compte de sa spécificité, de son histoire de vie, de son état émotionnel qu'il amène à chaque séance et de chaque dynamique familiale.

L'accompagnement mené auprès de Lison et sa famille, demande un accompagnement global, et coordonné avec les différents acteurs, et une écoute attentive de l'entourage. En effet, le décodage mutuel (parent – professionnel) permet de mener une réflexion continue vis-à-vis des comportements de Lison, ses besoins, son évolution. Les observations communes au quotidien, sur les lieux de soins, sur les lieux d'accueil, permettent d'avancer ensemble dans une approche la plus cohérente possible, et donc d'apporter de la continuité à l'enfant entre ses soins et son quotidien.

CONCLUSION GENERALE :

« En quoi le regard est-il un organisateur du développement psychomoteur du jeune enfant ? Et quelle place tient-il dans le cadre du soin psychomoteur ? »

Ce sont ces deux questionnements qui ont été le point de départ de ma réflexion, et le fil conducteur dans l'écriture de ce mémoire. Ma réflexion, s'est soutenue par la rencontre de différents regards, observations cliniques, concepts théoriques, et échanges professionnels, me permettant ainsi de réaliser les enjeux du regard dans la structuration psychomotrice du jeune enfant et dans la pratique psychomotrice.

« La vision comme instrument du regard »

Dans un **premier chapitre** j'ai développé la fonction visuelle afin de comprendre le fonctionnement neurophysiologique sur lequel s'étaye le regard, tout en soulignant l'importance de ne pas confondre la vision et le regard. De nombreux auteurs s'attachent d'ailleurs à envisager cette distinction, en définissant le regard comme teinté d'intentionnalité, et d'affectivité. Cette distinction marque ainsi le passage de ma réflexion vers le second chapitre de ce mémoire.

« Le regard dans la construction psychomotrice du jeune enfant »

Dans un **second chapitre**, j'ai dans un premier temps souhaité mettre en évidence le rôle du regard dans la construction psychomotrice du jeune enfant, en faisant référence aux dimensions psycho-affectives, cognitives, sensorimotrices et aux concepts clés psychomoteurs qui étayent la spécificité de la psychomotricité.

Les apports théoriques nourrissant la dimension psycho-affective, accordent une grande importance à la place du regard dans la relation mère-enfant. Ils permettent aussi d'envisager que c'est à travers le regard que l'enfant assure son **existence au monde**, son **identité**, et la construction d'un **Moi-propre** unifié et singulier. D'un point de vue cognitif, grâce aux travaux de J. PIAGET, le regard est perçu comme un objet de connaissance, sur lequel l'enfant s'appuie au cours de ses premières explorations. Dans cette dimension cognitive, c'est bien, sur ce regard que s'étaye l'émergence de l'**intelligence infantine**.

A. BULLINGER, porte aussi son intérêt sur le regard par le biais de son approche sensori-motrice. Ses travaux à propos des flux sensoriels sont d'une grande utilité afin de comprendre le rôle important du regard dans les clés concepts clés de la pratique psychomotrice, telles que le tonus ou la posture ;

Ce deuxième chapitre a ainsi permis de mettre en évidence que le **regard** de l'enfant est au **cœur de son développement psychomoteur**, il est ainsi en étroit lien tout d'abord, avec son **tonus**, sa **posture**, et la construction de son **axe corporel**, puis il participe à l'élaboration de ses représentations corporelles, c'est-à-dire, à ce que l'enfant se construise un **schéma corporel** et une **image de son corps** unifiée et sécurisante. Intimement lié à ces derniers, le regard joue aussi un rôle dans la **structuration de l'espace** de l'enfant, dans un premier temps l'espace de son corps, et dans un second temps l'espace extracorporel, qu'il se représente. Enfin, son regard accompagne son corps en mouvement, lui permettant ainsi d'avoir des **coordinations oculomotrices** efficaces.

En développant certains troubles chez l'enfant ayant un impact sur la qualité et l'investissement du regard, j'ai souhaité souligner les répercussions de ce dernier sur le développement psychomoteur de l'enfant. Ce qui amène à la dernière partie de mon chapitre.

« La place du regard dans le soin en psychomotricité »

Dans cette **dernière partie**, le regard a été développé sous l'angle de l'**évaluation psychomotrice** de l'enfant, d'une part, de manière objective au moyen d'**outils standardisés** ou d'autre part par le biais de l'**observation clinique** du psychomotricien mettant ainsi en jeu, lui aussi, son regard clinique. Puis ma réflexion s'est orientée sur la place du regard dans la **relation thérapeutique** en envisageant les échanges de regards dans plusieurs dynamiques, permettant ainsi de conclure sur le fait que les échanges de regards rythment le soin en psychomotricité.

Enfin, **pour conclure**, ma réflexion autour du regard, pour le moins dans cet écrit, j'ai abordé ma rencontre avec Lison, dont le regard spécifique, a été une grande source d'inspiration.

Ces diverses observations cliniques et apports théoriques, ont permis de mettre en lumière, que le **regard** tient ainsi une place majeure dans la construction de l'enfant, il est ainsi un **ORGANISATEUR** de son développement psychomoteur, et qui plus est, de sa personne.

BIBLIOGRAPHIE

- ABECASSIS J.** (1979) A propos du regard de l'enfant. In: *Enfance*, tome 32, n°3-4. p. 171-194.
- BACHOLLET, M., MARCELLI, D.** (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, (4), 14-19.
- BERTHOZ A.** (2008) L'échange par le regard, *Enfances & Psy*, vol. 41, no. 4, pp. 33-49.
- BOSCAINI, F., SAINT-CAST A.** (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49, (4), pp 78-88.
- BOUTIN, M.** (2009). Socialisation précoce et handicap. *Contraste*, 30,(1), 121-131
- BULLINGER, A.** (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement, *Contraste*, vol. 25, no. 2, pp. 125-139
- BULLINGER, A.** (2000). De l'organisme au corps : une perspective instrumentale. In: *Enfance*, n°3. Le bébé, le geste et la trace, sous la direction de André Bullinger. pp. 213-220
- BULLINGER, A.** (1977). Orientation de la tête du nouveau-né en présence d'un stimulus visuel. In: *L'année psychologique*. vol. 77, n°2. pp. 357-364
- BULLINGER, A.** (2017). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Erès.
- CAUMEL DE SAUVEJUNTE, M.** (2002). Une clinique sans (r)egard ? *Journal français de psychiatrie*, vol. no16, no. 2, pp. 38-39
- CHOKRON, S., & STRERI, A.** (2012). *Comment voient les bébés?*. Éd. le Pommier.
- COEMAN A, DE FRAHAN RAULIER M. H.** (2004) De la naissance à la marche – les étapes du développement psychomoteur de l'enfant, Bruxelles, ASBL Etoile d'herbe.
- DESOBEAU, F.** (2010). Identité et fonction du psychomotricien. *Thérapie psychomotrice*, n°162.
- ETCHEVERRY, A.** (2016). Leurs yeux dans mes yeux. Le regard dans la relation thérapeutique avec l'enfant en psychomotricité, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.
- GOLSE, B & SIMAS, R** (2008). Du moi-corps freudien à la co-construction du self, en passant par l'image du corps : La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest. *Contraste*, 28-29, (1), 129-138.
- HAAG, G.** (2008). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *Enfances & Psy*, 41, (4), 14-22

- HAAG, G.** (1997). Constitution du Moi-corporel et des toutes premières étapes du développement du moi qui sont d'ordre corporel. p 29-41.
- HAAG, G, TORDJMAN, S, et AL** (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. In : La psychiatrie de l'enfant, n°2, vol 38, p 495 - 527
- HERNANDORENA, X.** (2011). À l'aube de la motricité. Spirale, 59, (3), 79-88.
- JOUEN F, MOLINA M.** (2000). Le rôle des flux sensoriels dans les débuts du développement. In: Enfance, n°3. Le bébé, le geste et la trace, sous la direction de André Bullinger. pp. 235-247
- KHOURY, M.** (2005). D'un regard regardé. Revue française de psychanalyse, vol. 69, (2), pp 459-478
- KLOECKNER, A.** (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 34-35, (1), 133-155.
- LACAN, J.** (1966). Le stade du miroir. *Écrits*, 94.
- LAZARATOU, H. & GOLSE, B.** (2006). Du désir à l'acte : les enfants de la procréation médicalement assistée (PMA). La psychiatrie de l'enfant, vol. 49,(2), 573-599
- LIVOIR-PETERSEN, M.** (2011). De l'organisme au corps dans l'approche sensori-tonique du développement. *Contraste*, 34-35,(1), 93-132.
- LEHALLE, H., & MELLIER, D.** (2013). Psychologie du développement-3e éd. : Enfance et adolescence. Dunod. pp. 54.
- LIVOIR - PETERSEN, M-F.** (2008). Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. *Contraste*, 28-29, (1), 41-70.
- MARCELLI, D** (2009) Se regarder les yeux dans les yeux : un privilège des êtres humains ? Le Carnet PSY, vol. 139, no. 8, pp. 25-33.
- MARCELLI, D.** (2012). *Les Yeux dans les yeux: L'Enigme du regard*. Albin Michel.
- MARENDAZ, C.** (2009) Du regard à l'émotion : la vision, le cerveau, l'affectif - Essais Le Pommier.
- MAZEAU, M.** (2013). La dyspraxie aujourd'hui. *Développements*, 16-17,(3), 94-102.
- MAZET, P., ET AL** (2001). Le regard dans les troubles des interactions précoces. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 49(7), 419-427.
- MESQUITA, M., & BIDAUD, E.** (2013). Autisme : une rencontre avec un « visage brisé ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(7-8), 395-399.

- MIGLIORANZA, S.** (2006). L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, no 33, (4), pp 104-112
- MONTAGNER, H.** (1997). Les compétences-socles : une nouvelle grille de lecture des constructions enfantines et de leurs anomalies. *Communication et organisation*, (12).
- PERRIN, J., & MAFFRE, T.** (2013). Autisme et psychomotricité. de Boeck Solal.
- PINELLI A.** (2006). Porter le bébé vers son autonomie. Editions Eres.
- PIOT, M.** (2006). Le regard est visage : Le visage est regard. *Recherches en psychanalyse*, 6, (2), 131-137.
- PIREYRE, E. W.** (2015). Clinique de l'image du corps-2e éd. : Du vécu au concept. Dunod.
- POTEL, C.** (2010). Être psychomotricien. Paris, Érès.
- POUILLAUDE, E.** (2018). L'enfant autiste et son parent face à l'échec de l'intersubjectivité : une clinique de la narrativité. *L'Évolution Psychiatrique*.
- RIOM, M.** (2016). Regardez-moi, j'existe ! Limites corporelles et regard chez le sujet adulte schizophrène, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.
- ROBERT-OUVRAY, S.** (2004). Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité. Desclée de Brouwer.
- SCIALCOM P, GIROMINI F, ALBARET J-M.** (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité – Tome 1 – Concepts fondamentaux – De Boeck
- TERENO, S., SOARES, I., MARTINS, E., SAMPAIO, D. & CARLSON, E.** (2007). La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, vol. 19, (2).
- VASSEUR, R.** (2000). Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel. In: *Enfance*, n°3. Le bébé, le geste et la trace, sous la direction de André Bullinger. pp. 221-233
- VILLARD, M.** (2017). Entre Méduse et Narcisse : Regard, psychose, institution. Editions Edilivre.
- WINNICOTT, D.W.** (1975). Jeu et réalité – l'espace potentiel – Chapitre IX, Éditions Gallimard

GLOSSAIRE

ADI-R : Guide d'entretien semi-structuré avec les parents à propos des comportements de l'enfant.

ADOS : Outil d'observation semi - structuré avec 4 modules, choisis en fonction du niveau de langage et de développement de la personne. Il existe donc le module 1 : pour les enfants peu verbaux ou non verbaux, les modules 2 et 3 : niveaux intermédiaires, module 4 : pour les adolescents et les adultes avec un niveau de langage élaboré.

EPILEPSIE : L'épilepsie correspond à 25% des comorbidités des personnes ayant un TSA (Autisme & Psychomotricité, 2013).

HAS : diminutif désignant la Haute Autorité de Santé.

HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE : Complication grave qui survient au cours de la grossesse.

PEP-3 : profil psycho-éducatif, informant sur les niveaux de compétence développementale de l'enfant.

VINELAND II : échelle d'évaluation du comportement socio-adaptatif.

RISQUE-COMBINÉ : il mesure le risque de grossesse d'un enfant atteint de trisomie 21 à partir de 2 marqueurs sériques et de l'âge maternel. La valeur seuil de risque au-delà de laquelle un examen invasif mais permettant un diagnostic de trisomie 21, est proposé aux parents est de 1/250.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
AVANT PROPOS :	2
INTRODUCTION GENERALE :	4
CHAPITRE 1 : LA VISION COMME INSTRUMENT DU REGARD	7
I. L'œil, et ses annexes :	8
a) Définition.....	8
b) Anatomie	8
c) Fonctionnement	11
II. Le traitement de l'information visuelle :	12
a) Le trajet des voies visuelles :	12
b) Le lobe occipital et les aires cérébrales associés	12
c) Les régions cérébrales associées :	12
III. Le développement de la vision :	16
a) In-utero	16
b) La naissance.....	17
c) Période post-natale.....	18
IV. Voir et regarder :	19
CHAPITRE 2 : LE REGARD DANS LA CONSTRUCTION PSYCHOMOTRICE DU JEUNE ENFANT.....	21
I. Généralités autour du regard :	21
a) Définitions	21
b) Travaux et recherches	21
II. Le regard dans la dimension psycho-affective	23
a) Le regard dans les interactions précoces	24
b) Le regard dans l'attachement mère-enfant	27

c)	La construction d'un Moi :	31
d)	Les trois fonctions du regard selon G. HAAG	33
e)	Vers une autonomisation	34
III.	Le regard dans l'approche cognitive et sensori-motrice :	38
a)	Les travaux de PIAGET	38
b)	Les travaux de BULLINGER	40
IV.	Des concepts clés du développement psychomoteur :	42
a)	Tonus – posture – axe corporel	42
b)	Schéma corporel – image du corps :	47
c)	Espace	48
d)	Les coordinations oculo-motrices	51
V.	Spécificité du regard dans certains troubles :	53
a)	Les troubles de la vision :	53
b)	Particularités du regard chez l'enfant avec un trouble du spectre de l'autisme :	56
CHAPITRE 3 : LA PLACE DU REGARD DANS LE		60
SOIN EN PSYCHOMOTRICITÉ		60
I.	Le regard dans le soin psychomoteur :	60
a)	L'évaluation psychomotrice :	60
b)	Le regard dans la relation thérapeutique :	67
II.	Présentation générale de mon stage en cabinet libéral :	72
a)	Le lieu :	72
b)	La demande de soin :	73
c)	Ma place de stagiaire :	74
III.	Cas clinique : rencontre avec Lison	74
a)	Présentation générale :	74
b)	Anamnèse :	75
c)	Les évaluations antérieures et les accompagnements mis en place	77

d) Les accompagnements de Lison dans son quotidien :	80
e) La prise en soin en psychomotricité :.....	81
CONCLUSION GENERALE :.....	89
BIBLIOGRAPHIE	92
GLOSSAIRE.....	95
TABLE DES MATIERES	96