



HAL
open science

Le regard pour expérimenter, comprendre et communiquer : l'approche par le regard dans la pratique psychomotrice auprès des enfants

Mathilde Godonou Dossou

► To cite this version:

Mathilde Godonou Dossou. Le regard pour expérimenter, comprendre et communiquer : l'approche par le regard dans la pratique psychomotrice auprès des enfants. Psychologie. 2019. dumas-02178207

HAL Id: dumas-02178207

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178207>

Submitted on 9 Jul 2019

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Le regard pour expérimenter, comprendre et communiquer.
L'approche par le regard dans la pratique psychomotrice auprès des enfants**

GODONOU DOSSOU Mathilde

Née le 20/09/1997 à Le Blanc-Mesnil (93)

Directrice de mémoire : Mme Bérenguer Valérie

Juin 2019

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier ma maîtresse de stage et directrice de mémoire, Valérie Bérenguer, pour m'avoir accueillie dans son cabinet libéral et pour tous ses conseils et nos échanges qui ont été très enrichissants. Merci pour sa confiance et son soutien dans la rédaction de ce mémoire.

Merci également à Julie Frappesauce, qui m'a accueillie durant deux années et m'a accompagné dans mon cheminement professionnel.

Je remercie toutes les psychomotriciennes avec lesquelles j'ai pu échanger et qui m'ont chacune apporté beaucoup dans mes questionnements et ma représentation du beau métier de psychomotricien.nne.

J'adresse mes remerciements à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux pour ces enseignements d'une grande richesse.

Je voudrais aussi dire un grand merci à ma famille qui m'a apporté un soutien sans faille tout au long de mes études. Merci en particulier à mes parents pour tout ce que vous m'avez apporté, votre amour, votre confiance, mon éducation, mes valeurs. Merci à mon petit frère.

Un grand merci enfin à tous mes amis rencontrés au cours de cette formation pour tous ces bons moments passés ensemble, votre soutien et nos discussions.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	2
Introduction	3
Partie 1 : Le regard dans la construction psychomotrice de l'enfant	5
I. Introduction à la vision et au regard :	5
1) Anatomie de l'œil et maturation de la fonction visuelle :	5
2) Entre voir et regarder, une différence d'intentionnalité :	10
II. Les rôles du regard dans le développement psychomoteur :	12
1) L'espace utérin :	13
2) L'espace de la pesanteur :	14
3) L'espace oral :	20
4) L'espace du buste :	22
5) L'espace du torse :	24
6) L'espace du corps :	25
III. Le regard dans la sémiologie psychomotrice :	32
1) Atteinte du regard dans sa dimension fonctionnelle :	32
2) Les troubles du regard sur le versant relationnel :	35
Partie 2 : Le regard du psychomotricien comme outil thérapeutique et rééducatif	39
I. La relation thérapeutique médiatisée par le regard en psychomotricité :	39
1) Le cadre thérapeutique :	40
2) L'alliance thérapeutique :	43
3) Les éléments transférentiels du regard :	45
II. Le regard dans la pratique psychomotrice :	48
1) L'observation clinique, l'œil comme outil :	48
2) Quel regard lors du bilan psychomoteur ?	51
3) La pluridisciplinarité, la pensée à la croisée de différents regards :	64
Partie 3 : Cas clinique	67
I. Présentation du cabinet libéral :	67
II. Etude de cas :	67
1) Anamnèse :	67
2) Indications en psychomotricité :	70
3) L'accompagnement en psychomotricité :	70
4) Conclusion :	77
Conclusion générale	79
Table des matières	81
Bibliographie	84

Introduction

L'être humain est par essence un être de relation. En effet, pour se développer et vivre, l'être humain a nécessairement besoin de tisser des liens avec son environnement humain et physique. Il utilise notamment pour cela sa sensorialité qui est composée de sept modalités : la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher, le vestibulaire et la proprioception. Chez l'homme, bien qu'il y ait de nombreuses différences interindividuelles, c'est le sens de la vue qui est généralement le plus utilisé.

D'ailleurs cette dominance de la vue est visible dans notre vocabulaire par la multiplicité des expressions qui font référence à l'œil, l'organe de la vue et du regard : « Avoir le coup d'œil », « Dévorer des yeux », « Loin des yeux, loin du cœur », « Garder les yeux ouverts », « Sortir par les yeux ».

Au cours de ma vie personnelle et de mes années de formation, j'ai pu observer l'omniprésence de la vision dans les rapports entre les individus et l'environnement. Plus encore, j'ai été captivée par l'impact et la place que peut avoir le regard dans nos vies et cela dans un monde de plus en plus axé sur le visuel où les écrans nous entourent.

Mes questionnements n'ont cessé de se multiplier et de se développer au cours de mes années de formation au sein de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux. Que ce soit lors des cours théoriques, pratiques ou des stages, mon attention et ma curiosité se sont orientées vers le regard.

Lors de ma deuxième année de formation, j'ai réalisé un stage long dans un Centre de Soins et d'Éducation Spécialisée (CSES) dans l'accompagnement des enfants, adolescents et jeunes adultes présentant une malvoyance ou une cécité, avec ou sans troubles associés. Durant ce stage, j'ai été très souvent impressionnée par les capacités de ces patients à se déplacer et communiquer malgré le peu ou l'absence d'informations visuelles qui me paraissent pourtant essentielles. J'ai pu cependant observer que cette difficulté de perception peut être une entrave importante dans le développement psychomoteur de ces patients.

J'ai également pu observer que ce manque de données n'altérait généralement pas leur appétence et curiosité à chercher activement ces informations et la relation à l'autre par le regard et c'est en cela qu'une première distinction entre la vision et le regard s'est faite dans ma pensée.

Passionnée par ce stage et les nouvelles questions qu'il m'apportait, j'ai décidé de le poursuivre au cours de ma troisième année.

Parallèlement, j'ai réalisé un jour par semaine un stage long dans un cabinet libéral. J'ai alors rencontré de nombreux patients, âgés de 5 mois à 9 ans, pour lesquels cette question du regard m'a paru centrale et m'a permis de penser et d'orienter ma pratique.

De plus, dans l'échange avec les patients et les familles, je lui ai redécouvert une fonction communicative qui pour moi ne peut être négligée.

Pour résumer, plusieurs questions ont conduit ma réflexion durant la rédaction de ce mémoire : **Quelle distinction peut-on faire entre la vision et le regard ? Comment le regard participe-t-il à la construction psychomotrice de l'enfant ? Comment le regard peut me permettre d'appréhender l'organisation psychomotrice d'un sujet ? Comment le regard peut me permettre de m'ajuster dans la relation avec les patients et les familles ?**

Dans une première partie, j'introduirai la vision, son anatomie et la différence qu'on peut faire entre le terme de vision et de regard. J'aborderai ensuite dans la continuité le rôle du regard dans la construction psychomotrice de l'enfant en utilisant la théorie bullingérienne à laquelle je relierai différents apports afin d'avoir une approche globale du développement psychomoteur.

Dans une deuxième partie, je m'intéresserai à l'utilisation du regard en psychomotricité que soit du côté de la thérapie ou du côté de la rééducation. Ces deux premières parties théoriques seront parsemées de vignettes cliniques, figurées par des encadrés, afin de relier les théories à ma pratique de stagiaire et future psychomotricienne.

Enfin, dans une dernière partie, j'illustrerai avec un cas clinique comment mes questionnements autour du regard ont enrichi et orienté ma pratique dans le cadre d'un suivi d'un garçon de 4 ans en cabinet libéral.

Partie 1 : Le regard dans la construction psychomotrice de l'enfant

I. Introduction à la vision et au regard :

Le regard s'appuie sur un organe des sens qui est l'œil. Il nous semble donc important pour introduire notre sujet de faire un bref rappel de l'anatomie de l'œil, du trajet de l'information visuelle et de la maturation de la fonction visuelle.

1) Anatomie de l'œil et maturation de la fonction visuelle :

L'œil humain a pour mission de capter et transmettre la lumière « visible » du spectre chromatique du milieu extérieur jusqu'au cortex cérébral. Nous décrivons dans un premier temps les différentes structures qui composent l'œil puis le trajet effectué par l'information lumineuse pour arriver jusqu'au cortex cérébral.

a) Les différentes composantes de l'œil :

Chaque structure qui compose l'œil a un rôle dans la réception de l'information visuelle. Nous les aborderons ici dans le sens antéro-postérieur (19).

Le globe oculaire est situé dans la cavité orbitaire, structure osseuse qui le protège des traumatismes. L'accès à l'information lumineuse est d'abord contrôlé par les paupières. Elles assurent également la sécrétion du film lacrymal qui améliore la transmission de la lumière par la cornée.

Directement sous les paupières, nous trouvons donc la cornée qui est la partie antérieure transparente de l'œil. Il s'agit de l'élément réfractif majeur dans le système oculaire humain. D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la réfraction oculaire correspond à la « modification subie par les rayons lumineux lors de leur passage à travers les milieux réfringents de l'œil de façon à former une image normale sur la rétine » (33).

L'iris est la partie colorée de l'œil. Son diamètre varie en fonction de l'intensité de la lumière. Elle a un rôle de diaphragme. Ainsi la taille de la pupille, orifice au centre de l'iris, varie de façon proportionnelle au diamètre de l'iris.

On trouve ensuite derrière la pupille, le cristallin, une lentille convergente maintenu en place par un ligament : la zonule. C'est l'association du muscle ciliaire, de la zonule et du cristallin qui permet l'accommodation. D'après le dictionnaire Larousse (34), l'accommodation représente les changements qui s'opèrent dans l'œil pour rendre la vision distincte à des distances différentes. Le cristallin sépare le bulbe oculaire en deux segments : un antérieur entre la cornée et le cristallin et un postérieur entre le cristallin et la rétine.

La partie postérieure de l'œil est composée de trois couches.

La première, la plus interne, est la rétine. Cette membrane sensible à la lumière transforme le message lumineux en message électrique conduit par les nerfs optiques jusqu'au cortex.

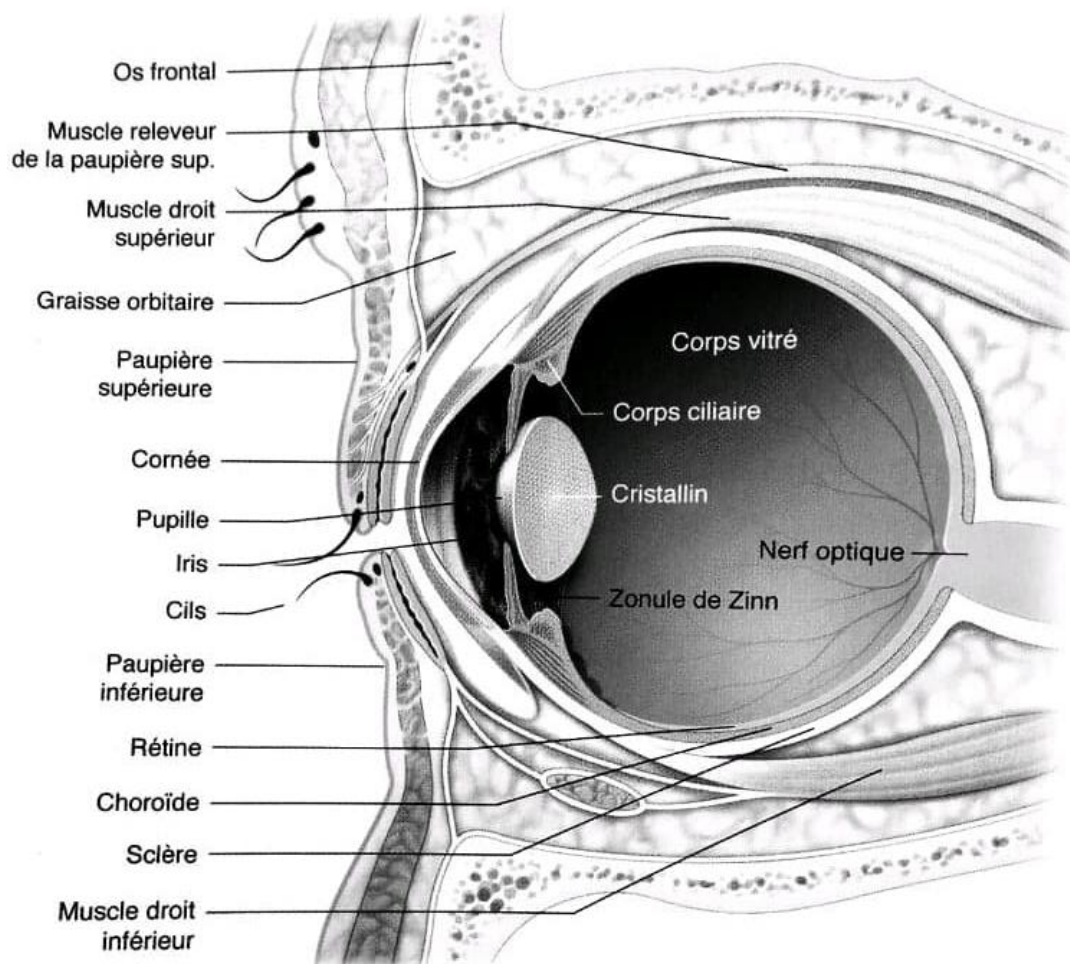
La deuxième couche est la choroïde, membrane richement vascularisée dont la fonction est d'irriguer la rétine.

La dernière couche, la plus externe, est la sclère ou sclérotique, une enveloppe dure, blanche et résistante. Sa partie la plus antérieure est la cornée. Dans sa partie postérieure, la sclère est perforée d'une petite lame criblée où vont circuler les filets nerveux pour la vision.

En outre, l'œil est composé de trois milieux transparents qui acheminent les rayons lumineux vers l'écran rétinien : l'humeur aqueuse qui remplit le segment antérieur de l'œil, le cristallin et le vitré, un gel qui remplit la cavité du segment postérieur de l'œil.

La motricité de chaque globe oculaire est assurée par six muscles : le droit supérieur, le droit inférieur, le droit médial, le droit latéral, l'oblique supérieur et l'oblique inférieur. Ces muscles sont innervés par trois nerfs crâniens : le nerf oculomoteur (III), le nerf trochléaire (IV) et le nerf abducens (VI). Chaque muscle oculomoteur amène le globe oculaire et par conséquent le regard dans une direction particulière. Ces orientations sont résumées dans le tableau ci-dessous. L'oculomotricité, aussi appelée fonction binoculaire, désigne la capacité de coordonner les mouvements des deux yeux.

Muscle oculomoteur	Mouvement réalisé
Droit supérieur	Essentiellement vers le haut et le dehors
Droit inférieur	Essentiellement vers le bas et le dehors
Droit latéral	Mouvement vers l'extérieur
Droit médial	Mouvement vers l'intérieur
Oblique supérieur	Essentiellement vers le bas et en dedans
Oblique inférieur	Vers le haut en dedans



Le schéma ci-dessus est une coupe sagittale d'un globe oculaire (CLENET et HERVAULT, (19), p.10) qui résume l'anatomie de l'œil.

Après avoir décrits les différentes composantes de l'œil qui acheminent les rayons lumineux vers la rétine, nous allons maintenant nous intéresser au trajet parcouru par le message lumineux pour atteindre le cortex visuel.

b) Les voies visuelles centrales :

Le trajet de l'information lumineuse débute au niveau de la rétine qui est composée par deux types de photorécepteurs : les cônes et les bâtonnets (19).

Les cônes sont spécialisés dans la vision diurne et chromatique. Ils sont sensibles aux détails de par leur fort pouvoir discriminatoire. On les trouve principalement au niveau de la fovéa, la zone centrale de la rétine.

Les bâtonnets, eux, sont spécialisés dans la détection du mouvement et la vision nocturne de par leur forte sensibilité à la lumière. Ils ont un faible pouvoir discriminatoire. On les retrouve à la périphérie de la rétine.

Les photorécepteurs reçoivent l'énergie lumineuse sous forme de photons et les transmettent aux cellules nerveuses dites ganglionnaires. Le rassemblement des axones des cellules ganglionnaires forment la deuxième paire des nerfs crâniens : les nerfs optiques (II).

Les nerfs optiques se rejoignent au niveau du chiasma optique, situé sous l'hypophyse. Une lésion à cet endroit est à l'origine de l'amputation des deux hémichamps temporaux appelé hémianopsie latérale bitemporale.

Les bandelettes optiques amènent ensuite le message nerveux vers le corps genouillé latéral, portion du thalamus qui prend en charge les informations visuelles.

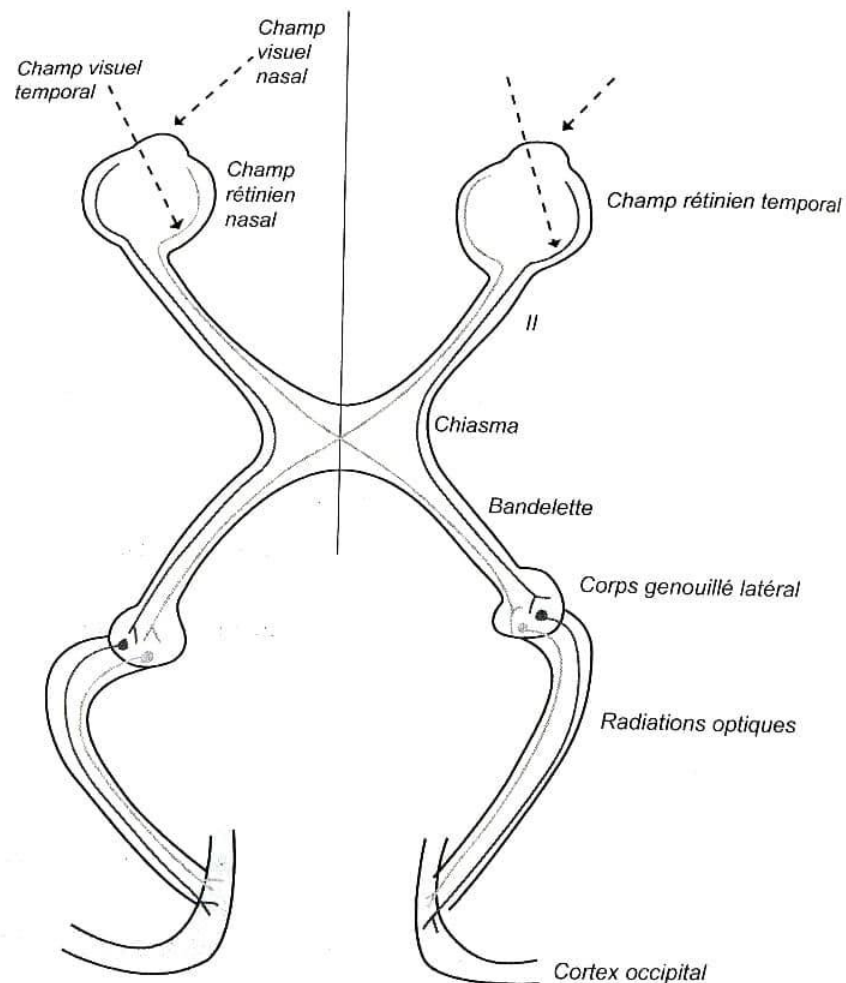
Ces informations sont ensuite dispersées sous forme de radiations optiques vers le cortex visuel primaire (V1).

Le cortex visuel primaire (aussi appelé V1, cortex strié, aire 17 de Brodmann) représente la partie la plus postérieure et médiale du lobe occipital.

L'information visuelle est ensuite relayée aux aires visuelles associatives. Sur le plan fonctionnel, on observe deux voies de traitement de l'information visuelle. La première, la voie occipito-temporale du « quoi », permet la reconnaissance des formes, des visages et des couleurs. La deuxième voie, l'occipito-pariétale du « où », joue un rôle dans l'analyse visuospatiale, la localisation des objets et des mouvements visuellement guidés.

Tout au long de leur trajet, les informations visuelles respectent une somatotopie très précise qui permet en cas de troubles de pouvoir détecter l'emplacement de la lésion.

Le schéma de D. LIGUORO ((39), p.142) ci-dessous est une coupe horizontale vue du dessus qui résume le trajet de l'information visuelle dans les voies optiques.



Nous allons maintenant nous intéresser au développement de la fonction visuelle.

c) La maturation de la fonction visuelle :

A quatorze semaines de gestation, les globes oculaires et les muscles oculomoteurs sont formés. Dès lors, on peut observer chez le fœtus des accélérations de son rythme cardiaque lors d'exposition à la lumière et aux différences clair/obscur (5, 19). Plus tard, lorsque la maturation des organes le permet, une réaction motrice accompagne l'accélération de rythme cardiaque. Cette réaction motrice stimule le processus d'attachement entre les parents et leur enfant.

A la naissance, la zone périphérique de la rétine, qui analyse le mouvement, détecte l'information et analyse le flux, est mature. A contrario, la rétine centrale appelée fovéa est encore immature. Cette zone est chargée de la reconnaissance de l'information, de la perception des détails et de l'analyse d'images. On considère que le nouveau-né a, à la naissance, une vision nette entre 18 et 30 centimètres.

Pendant les deux premiers mois, le bébé possède une faible acuité visuelle c'est-à-dire la performance visuelle, la capacité à discerner des détails. Il peut suivre des objets sur 185 degrés (15).

A trois mois, le bébé maîtrise sa motricité oculaire. Il peut fixer de façon volontaire un objet ou une personne.

Vers quatre mois, on observe une amélioration de la sensibilité au relief. En parallèle, on note un début de différenciation des hémisphères cérébraux : chaque hémisphère traite des aspects particuliers d'une même figure.

Vers l'âge de six mois, le bébé possède des capacités visuelles de base qui se rapprochent de celles de l'adulte. La grande majorité de la maturation visuelle se déroule donc dans les six premiers mois de la vie. Suite à cela, les capacités visuelles s'affineront pour atteindre vers six ans un niveau équivalent à celle de l'adulte. Cette période correspond à l'entrée à l'école élémentaire et dans les apprentissages comme la lecture et l'écriture. Ainsi la maturation et l'instrumentation visuelle doivent être accompagnées dans leur développement afin de soutenir l'enfant dans sa découverte du monde et ses apprentissages.

2) Entre voir et regarder, une différence d'intentionnalité :

Je vais d'abord m'intéresser aux éléments de définition concernant ces deux notions. D'après le CNRTL (33), le verbe voir représente le fait de « Percevoir par le sens de la vue. » et plus précisément « Enregistrer l'image de ce qui se trouve dans le champ visuel, d'une manière passive, sans intention préalable; en percevoir la forme, la couleur, la position, le mouvement. ».

Le verbe regarder, lui, concerne le fait de « Chercher à percevoir, à connaître par le sens de la vue. » et plus précisément de « Diriger, fixer les yeux sur quelque chose, sur quelqu'un, sur un spectacle. ».

Ainsi la première distinction qui ressort de ces définitions est la notion d'intentionnalité. Voir est un comportement passif, non dirigé contrairement à l'action de regarder qui est dirigée vers un but, une cible.

Cette distinction est également réalisée dans le domaine de l'orthoptie dans l'étude de la fonction visuelle par M-F CLENET et C. HERVAULT : « La fonction visuelle comporte un volet passif sensoriel, le voir, et un volet volontaire moteur, le regarder. » ((19), p. 34).

La notion d'intentionnalité soulève la question de la motivation.

A. BERTHOZ (9) donne une place essentielle à cette question de la motivation comme moyen de compréhension dans l'analyse du regard. Cet ingénieur et neurophysiologiste français expose le fait que le regard ne peut se réduire à un simple fait physiologique, il est porteur de l'intention et des désirs du sujet. Il est le prisme par lequel l'enfant se construit ses représentations du monde. Son regard est alors influencé par ses désirs, ses expériences passées, ses projets, les règles sociales auxquelles le sujet est soumis et le contexte développemental (familial, social, culturel, économique) dans lequel il évolue.

Il souligne le fait que s'intéresser à la question du regard, c'est s'intéresser à la question de son orientation car le regard est avant tout orientation. Cette orientation peut résulter d'une cause exogène (stimulus) ou endogène (intention du sujet). Le regard est alors porteur d'attention. J-C CARRIC et B. SOUFIR définissent l'attention comme « l'application volontaire de l'esprit à son objet. Instance de contrôle et d'orientation de l'activité mentale ; l'attention concerne toute l'activité cognitive. » ((56), p28). Ainsi l'orientation et la fixation du regard sur un objet ou une personne traduit l'attention qui leur est portée. L'enfant pourra alors en extraire des informations qui vont enrichir sa compréhension de l'environnement.

Cette fonction du regard est également observée par G. HAAG « Le regard est fortement impliqué, chez le voyant, dans la fonction d'attention indispensable au développement psychique de tout enfant. » ((31), p 20).

Après avoir introduit les bases anatomiques et neurologiques de la vision et la distinction qui peut être faite entre la vision et le regard, nous allons maintenant porter notre attention sur les rôles que peut revêtir le regard dans la construction psychomotrice du jeune enfant.

II. Les rôles du regard dans le développement psychomoteur :

Nous utiliserons ici comme fil conducteur l'axe de développement sensori-moteur théorisé par A. BULLINGER (35). Nous y mêlerons les apports de différentes disciplines afin de recréer la complexité du développement psychomoteur par les intrications entre le développement tonico-postural, cognitif et psycho-affectif.

Dans l'approche sensori-motrice, le bébé se construit par la mise en place des différents espaces corporels, cette construction n'est pas linéaire mais interactive et dynamique. Il s'agit des espaces : utérin, de la pesanteur, oral, du buste, du torse et du corps. On observe de façon spécifique à chaque étape des acquisitions et des élaborations sur différents plans : postural, organisation de l'espace et représentation du corps.

Dans cette approche, A. BULLINGER théorise le concept de flux sensoriels qu'il définit comme « un apport continu et orienté d'un agent susceptible d'être détecté par une surface sensible à cet agent : le capteur. » ((11), p.81). Ces flux sensoriels sollicitent de façon constante l'équipement biologique du bébé et participent à son développement. En effet, A. BULLINGER s'inspire dans son approche des travaux de J. PIAGET et reprend le terme de développement sensori-moteur. Ce terme s'inspire du concept d'intelligence sensori-motrice. Ces termes soutiennent l'idée que c'est par la motricité que l'enfant va accroître ses capacités d'exploration et de prises de connaissance du monde. Par ces comportements moteurs et l'interaction avec le milieu humain, l'enfant va développer son intelligence. De façon parallèle, les perceptions issues des différentes modalités sensorielles vont alimenter les compétences cognitives de l'enfant. Dans cette idée, on peut dire que le développement sensori-moteur se déroule dans l'interaction entre le sujet, le milieu physique et le milieu humain.

1) L'espace utérin :

L'espace utérin est l'espace corporel qui initie la vie du bébé qui est à ce stade un embryon puis à partir de neuf semaines de grossesse un fœtus.

a) Du côté du fœtus :

Dans l'enceinte que constitue l'utérus de la mère, le fœtus est baigné continuellement dans l'ensemble des flux sensoriels. La densité du liquide amniotique contrebalance les forces de la pesanteur. Le fœtus, dans cet environnement, est amené dans l'enroulement grâce au muscle utérin. Une sollicitation sensorielle provoque une extension du fœtus. Le muscle utérin ramène ensuite celui-ci en position d'enroulement. Ce même phénomène est observé lors de mouvements spontanés du fœtus et déjà très tôt durant la grossesse (11).

Ces mouvements d'extension et flexion dans l'enceinte maternelle vont amener chez le fœtus un premier ressenti de sa musculature, de la sensibilité profonde appelé la proprioception. L. MEUNIER (44) parle d'un premier éprouvé des limites corporelles.

Dans le même temps, la mise en place des systèmes sensoriels suit de manière universelle un même ordre : le tactile, l'olfaction, la gustation, l'audition et la vision. Le système visuel est donc le dernier système sensoriel à devenir mature. Ainsi le développement du système visuel va avoir lieu en grande majorité après la naissance pour se terminer durant l'adolescence. L'enjeu est alors d'accompagner le bébé, puis l'enfant et l'adolescent dans la maturation de sa vision en étant attentif, dès les premiers jours, aux sollicitations visuelles proposées. Dans les maternités ou services de néonatalogie, un travail d'adaptation a été réalisé afin de réduire au minimum les stimulations nociceptives ou dystimulantes notamment en diminuant le niveau d'éclairage dans les salles d'accouchement ou en mettant des couvertures sur les incubateurs (23).

Le psychomotricien sera également attentif à la mise en relation de la vision avec les autres sens, ainsi que sa bonne intégration dans l'organisation sensori-motrice de l'enfant.

b) Du côté des parents :

La grossesse s'accompagne d'un travail psychique pour les parents. Cette construction psychique évolue en parallèle du développement de l'embryon puis du fœtus, développement qui devient de plus en plus visible au cours des semaines.

B. AUCOUTURIER, à propos de la période prénatale, considère que la qualité des interactions entre la mère et le fœtus est tributaire de l'état physiologique et psychologique de la mère. Les premiers mouvements du fœtus perçus par les parents rendent la présence de ce nouvel être humain réelle et palpable : « les parents commencent à le rêver » ((7), p26).

L'enfant est alors avant sa naissance investi par les désirs conscients et inconscients des parents et de l'entourage à propos de son devenir. Ainsi, si la grossesse se déroule sans souci particulier, le ventre maternel est le réceptacle de regards rêveurs. Dans le cas contraire, il peut être au centre de regards inquiets par exemple.

2) L'espace de la pesanteur :

a) Un changement de milieu à enjeu :

La naissance constitue une rupture avec la vie utérine. L'espace physique augmente, le nourrisson est à présent soumis au flux gravitaire qu'il va devoir coordonner aux sensations issues des autres flux. On parle alors, après les premiers ressentis proprioceptifs in utero, de la mise en place de la fonction proprioceptive (12).

Dans les premiers mois de vie, le développement musculaire ne permet pas au bébé de retrouver seul la position d'enroulement éprouvée pendant la grossesse et qui constitue une position de sécurité. Cette mise en forme du corps doit donc être proposée par le milieu humain.

De nouvelles conditions de vie apparaissent également pour le bébé. P. DELION et R. VASSEUR (23) notent premièrement que le bébé est confronté à un changement de température. Il doit dorénavant assurer sa thermorégulation.

Le cordon ombilical coupé, le bébé doit assurer de façon autonome les échanges sanguins. Les premières respirations déplissent les poumons.

L'alimentation passe de passive et continue à digestive et fractionnée entraînant une part plus active du bébé dans son alimentation.

Sur le plan sensoriel, les stimulations vestibulaires et tactiles sont moins présentes. Le système visuel encore immature est stimulé par une grande quantité d'informations qui vont participer à sa maturation. Au niveau auditif, les bruits corporels de la mère et les bruits extérieurs étouffés par le ventre maternel laissent place à de nouveaux stimuli.

b) Un bébé aux nombreuses compétences :

Contrairement aux idéologies des siècles précédents, de nombreuses études ont démontré que le bébé ne subissait pas passivement ces changements. Le nouveau-né est désormais considéré comme un être compétent et actif dans la relation.

En 1983, A. POMERLEAU et G. MALCUIT (1) caractérisent 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. » ((1), p. 96-97).

Parmi celles-ci, J-C CARRIC (15) recense différentes compétences visuelles précoces. Il affirme que la vision du prématuré est fonctionnelle à la naissance malgré le peu d'informations visuelles reçu pendant la grossesse. Dès la naissance, le bébé peut détecter les visages qui se penchent sur lui. Dès un mois, le bébé est attiré préférentiellement par les visages humains et les objets en mouvement. Il différencie plusieurs couleurs. Ces découvertes ont eu des répercussions dans l'aménagement de l'environnement du bébé et notamment des objets qui lui sont présentés. De nos jours, on trouve par exemple des jouets très contrastés visuellement et/ou qui produisent des stimuli sonores.

Le fonctionnement de ces compétences est une base neurophysiologique nécessaire aux interactions parents-enfant et dans l'établissement des liens d'attachement. Par un phénomène de boucle réflexive, ces interactions vont elles-mêmes participer au développement des compétences de l'enfant.

c) Les interactions précoces et attachement :

D. MARCELLI considère que le regard est « l'organe psychique du sens, il est le souffle, la respiration du cerveau » ((41), p14). C'est la rencontre d'un autre regard humain chargé de sens qui va participer à l'apparition d'une vie psychique chez le bébé. Dès les premiers échanges de regards parents-enfants, une communication, prémices de l'attachement, se crée. La fonction communicative du regard est donc présente d'emblée chez le bébé. C. POTEL considère d'ailleurs que le regard est un des opérants relationnels primaires.

On peut d'ailleurs noter que la distance de vision nette du nourrisson à la naissance, 20 centimètres, correspond à la distance entre les deux partenaires lors des situations de nourrissage, facteur favorisant les liens d'attachement.

Ce dernier est défini par le CNRTL comme « Ce qui unit une personne, une collectivité à une personne, une collectivité, une fonction, un inanimé concret par des liens de dépendance (dévouement, service, parenté, intérêt). » (33). Cette notion a été théorisée par J. BOWLBY, un psychiatre et psychanalyste britannique. Dans ses travaux, J. BOWLBY place l'attachement et l'alimentation au même niveau : ils sont tous deux des besoins biologiques essentiels voire vitaux.

Au moment de la naissance, une rencontre a lieu entre la mère et son bébé. Leur regard se croise et plonge l'un dans l'autre un court instant en silence. D. MARCELLI différencie trois types de regard de la mère posés sur son bébé.

Dans le premier, la mère « en-visage » ((41), p. 38) son bébé. Ici la mère, le regard rêveur, pense son enfant, se représente son devenir. Par ce regard, elle humanise son enfant, l'inscrit dans une histoire familiale. Elle lui offre un environnement soutenant et une base, un socle pour sa pensée.

Dans un autre contexte de grossesse où l'angoisse a beaucoup été présente pour une multitude de raisons, le moment de la naissance peut alors être un moment particulier où la mère observe, scrute son bébé afin de vérifier qu'il va bien, qu'aucune anomalie n'est présente. Le regard est intrusif et insistant, on dira qu'elle « dé-visage » son bébé ((41), p. 40). Le bébé pour sa propre protection détourne son regard, ce qui paradoxalement amène la mère à le fixer d'autant plus pour comprendre ce qui ne va pas. Un cercle vicieux d'anxiété peut alors se mettre en route et rendre insécure cette relation.

Enfin, dans un contexte de perte d'un proche pendant la grossesse, le regard de la mère est vague et ne semble pas se focaliser sur celui du bébé. On dit qu'elle « in-envisage » ((41), p. 41) son bébé. La mère semble préoccupée par la perte d'un proche. Il est alors fréquent d'observer que le bébé fait un effort actif afin d'attirer le regard de sa mère.

Si la mère comme le bébé sont dans une bonne disponibilité psychique et physique, ces regards ont une fonction contenant pour le bébé. Il est pensé et au centre des préoccupations parentales. D. WINNICOTT (1) parle de préoccupation maternelle primaire comme un état psychologique de la mère dans lequel elle est particulièrement attentive aux moindres signaux provenant du bébé. Le bébé par ces regards est en quelque sorte porté par son entourage. Un lien peut ici être fait avec les notions de holding et handling qu'il a également théorisées. Le handling correspond à la manière dont l'enfant est traité, manipulé, soigné durant les gestes de la vie quotidienne. Le holding représente la manière dont le bébé est porté tant au niveau psychique que corporel. Au niveau corporel, il s'agit notamment des portages, des contacts peau à peau, du nourrissage. Au niveau psychique, il s'agit de toute l'enveloppe protectrice qui entoure le nourrisson. Cette enveloppe est constituée de la voix, des regards et de l'adaptation posturale réalisée par les parents lors des moments d'échanges avec leur enfant.

Ces ajustements corporels interactifs entre les parents et l'enfant s'appuient sur ce que J. de AJURIAGUERRA a nommé en 1970 le dialogue tonique (1). Il y a une interaction entre le tonus musculaire du parent et celui de l'enfant qui constitue un véritable outil de communication dans la relation parents-enfants. Cette communication est réalisée par les regards, les sourires, les touchers, les vibrations et les mimiques émotionnelles.

L'interprétation des signaux émis par le bébé repose en partie sur la notion d'empathie sous-tendue par l'utilisation des neurones miroirs.

d) Les neurones miroirs et les comportements d'imitation :

Au cours des années 1990, l'équipe de neuroscientifiques de G. RIZZOLATTI découvre une nouvelle catégorie de neurones : les neurones miroirs (1, 52). Les neurones miroirs sont des neurones corticaux, qui s'activent lorsqu'un individu exécute une action, mais, également, lorsqu'il observe un autre individu en train d'exécuter la même action. Ces neurones sous-tendent les activités d'imitation.

Ces neurones miroirs à l'origine des comportements d'imitation utilisent les informations visuelles et auditives. L'imitation a différentes fonctions dans le développement. Elle permet de comprendre les actions et les intentions d'autrui, elle est donc un élément essentiel dans les interactions et particulièrement dans la communication et le langage.

H. WALLON (52) confère également un rôle d'empathie à l'imitation. En effet, la posture étant directement liée au tonus et aux émotions, sa perception et son identification permettent de reconnaître les états émotionnels d'autrui.

Enfin l'imitation permet la reproduction de comportements moteurs et à ainsi un rôle dans l'acquisition de schèmes moteurs et donc dans les processus d'apprentissage.

Mathieu, 2 ans, présente un syndrome de West désormais stabilisé mais qui aura cependant laissé des séquelles dont un retard global de développement et plus précisément dans l'exploration des objets et dans le langage.

Durant plusieurs séances, nous avons joué, exploré et manipulé des boutons. Petit à petit, en nous observant, Mathieu a reproduit des semaines plus tard nos actions. J'ai fait l'hypothèse qu'après des semaines d'observation et d'assimilation, il avait intégré ce schème d'action lui amenant une nouvelle compréhension de l'objet.

Ainsi lorsque le regard s'oriente vers une personne ou une scène motrice, l'observation de ceux-ci participe à l'encodage de nouveaux comportements et compréhension du monde physique et humain. Le regard, qui joue un rôle dans la mise en œuvre des comportements d'imitation, permet donc au bébé de se socialiser par la reproduction de comportements sociaux.

Par exemple dès deux mois, le bébé qui observe un adulte lui sourit en réponse. Ce comportement favorise la création des liens d'attachement.

e) La fonction de « pare-excitation »:

Selon R. VASSEUR (23), le développement du contrôle postural du bébé nécessite dans un premier temps un recours indispensable au milieu humain pour assurer sa survie. C'est pourquoi le bébé fournit un grand nombre de signaux afin de provoquer une proximité avec l'adulte. Il utilise les cris, les pleurs, les sourires ainsi que son regard.

Ces signaux doivent être interprétés par l'entourage afin de pouvoir répondre aux besoins du bébé. Ces signaux sont décryptés et expliqués, mis en mots par les parents. C'est cette narration, accompagnée des intonations de voix et des regards, qui est progressivement intégrée par le bébé et participe à son développement psychique.

W. BION a théorisé ce phénomène en parlant de la fonction de pare-excitation de la mère. Le bébé envoie des éléments non cohérents, non métabolisables à sa mère : ce sont les éléments bêta. Celle-ci les reçoit et les transforme en matériaux métabolisables par l'enfant et qui vont lui permettre de se construire une représentation cohérente du monde : ce sont les éléments alpha.

f) Le contrôle de la motricité et du tonus :

Le développement bien que propre à chaque être humain, suit cependant des règles universelles en ce qui concerne le contrôle de la motricité et du tonus. L'une de celles-ci est la loi céphalo-caudale. Par conséquent, le bébé acquiert d'abord le contrôle des muscles du visage, puis de la tête avant d'acquiescer celui de ses jambes. Ainsi à la fin du premier mois, le bébé va avoir le contrôle nécessaire afin de coordonner les mouvements de la tête à ceux du regard.

Pour A. BULLINGER (12), l'espace de la pesanteur s'achève par la coordination entre les signaux vestibulaires et proprioceptifs lors des appuis. Le bébé va instrumenter la pesanteur au service de la création d'une verticale, nécessaire pour son redressement.

Le développement du bébé continue et se porte sur l'espace oral.

3) L'espace oral :

a) Sur le plan du développement cognitif :

L'alimentation avant de se complexifier est d'abord une activité réflexe utilisant les compétences acquises du bébé (réflexe de succion, de foussement). A. KLOECKNER (35), s'intéressant à la théorie bullingérienne, expose l'idée que la qualité affective et émotionnelle des moments de nourrissage par les échanges de regard, la voix, le portage, va permettre progressivement au bébé d'extraire des invariants de la situation. Il va alors pouvoir s'ajuster et développer de nouvelles conduites d'alimentation. Durant la construction de l'espace oral, le bébé va faire de sa bouche à la fois un espace de capture et d'exploration. La bouche va être pendant les 6-8 premiers mois de l'enfant, un outil d'exploration essentiel.

On peut ici faire le lien avec les travaux de J. PIAGET (46), psychologue qui divise le développement cognitif de l'enfant en quatre périodes : la période sensorimotrice (0-2 ans), la période de la pensée représentative et préopératoire (2-7 ans), la période des opérations concrètes (7-11 ans) et la période des opérations formelles (à partir de 11 ans). La période sensorimotrice est elle-même divisée en six stades.

Le premier stade de la naissance à 1 mois est celui de l'exercice des réflexes. L'enfant réagit de manière globale aux stimulations du milieu.

Le deuxième stade correspond au développement du bébé entre 1 et 4 mois et s'étend donc dans la théorie de A. BULLINGER sur les espaces oral et du buste. Durant ce stade, on observe la mise en œuvre des réactions circulaires primaires. Le terme « circulaire » signifie que l'enfant reproduit activement une action qui de manière fortuite a amené une sensation agréable que l'enfant veut maintenir. L'adjectif « primaire » quant à lui signifie que l'action est centrée sur le corps de l'enfant et s'oppose à l'adjectif secondaire où les actions de l'enfant sont dirigées vers les objets extérieurs. Durant le deuxième stade de la période sensorimotrice, l'enfant met en place à partir des réflexes ses premiers comportements volontaires. Il adapte notamment sa succion. Par ailleurs, l'enfant appréhende à ce stade son environnement à travers plusieurs espaces sensoriels sans relation entre eux.

b) Sur le plan du développement psycho-affectif :

Les sollicitations multi sensorielles vont faire vivre cet espace de la bouche. Une activité de représentation va prendre appui sur ces sensations et contribuer à constituer l'espace oral avec un sentiment de contenance. Selon R. VASSEUR, « l'espace oral est le premier espace auquel le bébé accède dans la construction de son image corporelle. » ((23), p.64).

L'enfant vit, à partir de sa bouche et du portage, le couple contenant/contenu. Les moments de nourrissage, de remplissage sont associés à la sensation positive de satiété.

Dans le champ psychanalytique, est utilisé le terme d'oralité impliquant toutes les fonctions dévolues à la bouche : succion, déglutition, alimentation, communication, cri, langage... Chez le bébé humain, elle est une forme de connaissance du monde et une modalité de la construction de sa personne selon le groupe « Oralité » de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (28).

En effet, la bouche étant au carrefour du dedans et du dehors, elle concourt progressivement à la formation de la limite dedans/dehors et soi/autre. Il s'agit donc de l'instauration d'une enveloppe psychique et corporelle qui vient créer un vécu de contenance et de sécurité interne permettant l'émergence d'une intimité psychique.

Selon A. CICCONE (17), les notions d'enveloppe psychique et de fonction contenante sont indissociables car l'enveloppe psychique n'est pas un objet mais une fonction. Cette fonction est divisée en deux pôles par R. KAËS (17) : une fonction contenance qui reçoit et contient ce qui y est déposé et une fonction conteneur qui transforme. L'enveloppe délimite une frontière dedans/dehors et participe donc au processus d'individuation du sujet qui aboutit à 3 ans à la possibilité pour l'enfant de se vivre comme une personne à part entière, distincte des autres avec des intentions personnelles. L'enfant emploie alors le pronom « je ».

Pour E. BICK, les instants de nourrissage rassemblant les différentes modalités sensorielles (par le portage, l'enveloppement, le regard, le bain de parole et la sensation positive de plein) offrent un premier sentiment d'être chez le bébé.

C'est autour des moments de nourrissage que le bébé va vivre l'alternance plaisir/déplaisir et les vécus toniques de relâchement/tension respectivement associés que les parents ressentiront dans leurs propres corps. Par les regards et les paroles, l'entourage du bébé met du sens sur ses vécus tonico-émotionnels et permet à l'enfant de créer une compréhension de lui-même. Progressivement, les plaisirs oraux et relationnels se greffent sur le besoin alimentaire vital. Le bébé associe au nourrissage la notion de plaisir et pas seulement la notion de besoin.

4) L'espace du buste :

Vers 10-12 semaines, les visions focale et périphérique vont se coordonner. On parle d'instrumentation de la vision comme outil dans l'exploration de l'environnement. Grâce à cette coordination, le bébé acquiert la capacité de poursuite visuelle et il va également pouvoir diriger son regard selon un projet d'exploration. Il s'agit donc de la mise en place de la fonction binoculaire du regard. Ce traitement des flux visuels est très dépendant de la régulation tonico-posturale.

Effectivement durant cette période, le bébé coordonne l'espace avant et arrière de son corps ce qui le mène à un équilibre entre les schèmes de flexion et d'extension. Cet équilibre permet la création d'un arrière-fond par l'intériorisation de l'appui dos durant les portages et l'interpénétration des regards. J. GROSTSTEIN parle d'un « arrière-plan de sécurité » (17). Cette période correspond chez A. BULLINGER à la construction de l'espace du buste dont l'aboutissement est l'instrumentation de la vision (11).

La notion d'arrière-plan est retrouvée chez G. HAAG (31), dans sa pratique de psychiatre et psychanalyste. Elle théorise trois fonctions précoces du regard.

Le regard joue dans un premier temps un rôle dans la formation et l'intégration des enveloppes psychiques. Cette fonction débute aux alentours de deux mois lorsque l'acuité visuelle du bébé lui permet de percevoir les yeux de l'adulte.

L'interpénétration des regards associée au portage fourni pendant les situations de nourrissage sont à l'origine d'un espace oral physique qui se double d'un espace psychique. Le contact du dos associé au regard permet la création d'un arrière-plan, une limite postérieure à l'espace corporel et psychique. Il y a alors formation de ce qui correspond à « la surface d'impression, l'écran des rêves, la toile de fond de la vie psychique. » ((31), p.16).

G. HAAG (31) confère également une fonction verticalisante au regard. Elle parle ici d'une verticalité psychique qui correspond à l'envie de se redresser qui apparaît très tôt lors des moments de portage de la tête. De l'arrière-fond va découler l'axe vertical qui participera au sentiment d'axe vertébral dans l'image du corps.

Vers trois mois, le bébé tient sa tête et peut en contrôler les mouvements. Le réflexe tonique asymétrique du cou ou réflexe de l'escrimeur, qui fait s'étendre le bras situé du côté où la tête se tourne, constitue une amorce de la coordination oculo-manuelle. Le regard, qui s'oriente vers un stimulus, entraîne un changement de posture. Le regard a très tôt dans le développement un rôle d'organisateur postural.

Dans cette position, un premier lien œil-main s'instaure. La rencontre du regard et des mains va progressivement permettre au bébé d'organiser et réguler son geste. Il peut donc agir sur son environnement et découvrir les objets et personnes qui s'y trouvent. Ceci participe au développement cognitif du bébé. En effet, plus le bébé enrichit ses expériences sensori-motrices, plus il en retire des informations lui permettant de se fabriquer une représentation du monde. Lorsque l'enfant est en décubitus dorsal, la recherche d'objets sur les côtés permet l'ouverture latérale du regard (44).

Titouan, 8 mois, présente un strabisme. Lors de notre première rencontre, j'observe que le lien œil-main n'est pas présent. Il tente d'attraper les objets sans les regarder. Mis en position asymétrique, une ébauche de coordination oculo-manuelle est perceptible. Un mois plus tard, les coordinations oculo-manuelles sont mises en place. Le regard suivi par la main se dirige vers l'objet et l'attrape avec précision.

Vers 4 mois, le bébé commence à être en capacité de mobiliser sa musculature antérieure abdominale, capacité qui lui permettra à 6 mois de fléchir le bassin pour attraper ses pieds. La maîtrise des conduites d'enroulement est une étape essentielle dans les développements postural et tonico-émotionnel. Il s'agit de la capacité du bébé à se rassembler et plus tard moduler ses états tonico-émotionnels.

Le développement suivant la loi céphalo-caudale, l'instrumentation du corps de l'enfant au service de ses intentions se poursuit au niveau du buste.

5) L'espace du torse :

La maîtrise de l'espace du torse aboutit à la mise en place de l'espace de préhension (11, 35). Selon A. BULLINGER, le bébé vit au départ son environnement comme divisé en plusieurs espaces : droit, oral et gauche. Un objet ne peut être attrapé que par la main correspondante à cet espace. Pour passer d'une main à l'autre, l'objet doit nécessairement transiter par l'espace oral. Progressivement, la fonction exploratoire de la bouche est transférée aux mains. Par le développement des mouvements de torsion, les espaces s'unifient et aboutissent à la constitution de l'axe corporel.

L'axe corporel est figuré anatomiquement par la colonne vertébrale. S. ROBERT-OUVRAY et A. SERVANT-LAVAL (1) confèrent à la colonne deux propriétés complémentaires : la mobilité et la stabilité. La mobilité du rachis permet l'orientation des trois sphères : le crâne pour la sensorialité et la communication ; le thorax pour l'usage des membres supérieurs ; le bassin pour la locomotion. En parallèle, le rachis représente un point d'appui interne, un axe d'ancrage essentiel pour l'activité posturale, le mouvement et la verticalisation.

Cet espace va concourir à l'instrumentation du torse et des mains. En effet, la coordination et coopération manuelles vont rendre possible le rôle dissocié des deux mains, prérequis au processus de latéralisation. Une fois l'axe corporel intégré, l'enfant va être en capacité d'attraper un objet avec la main de l'espace controlatéral.

De l'action du bébé va émerger progressivement une intentionnalité dans ses comportements de préhension et conduites exploratrices. L'enfant va intégrer vers 4-5 mois la coordination oculo-manuelle à son répertoire moteur, il est capable de frapper, secouer, agiter, laisser aller l'objet et explorer les objets en les manipulant. Sur le plan cognitif, cette période correspond au troisième stade de la période sensorimotrice décrite par J. PIAGET (46). Ce stade correspond à l'apparition des réactions circulaires secondaires et s'étale du quatrième au neuvième mois de la vie du bébé. L'adjectif « secondaire » signifie que les actions de l'enfant sont dirigées vers les objets du monde extérieur et plus sur son propre corps. Les actions sont mises en œuvre dans le but de faire durer des effets agréables.

Au niveau physiologique, les différents espaces sensoriels vont également se coordonner. On parle vers 5 mois de la mise en place de la coordination intermodale décrite par A. STRERI en 1991 (1). Il s'agit pour le bébé de pouvoir réunir les sensations visuelles, tactiles, auditives d'un même objet pour former une représentation unifiée de l'objet.

Cette capacité est pour G. HAAG permise par la fonction binocularisante et les composantes bisexuelles du regard. Cette psychiatre confère une bipolarité au regard qui oscille entre un pôle enveloppant féminin lié à la modalité tactile et un pôle pénétrant masculin relié aux expériences musculaires et kinesthésiques buccales. Selon cette psychiatre « Dans les moments intenses d'interrelation, le regard joue progressivement un rôle unificateur, intégrateur des autres modalités sensorielles et sensorielles, toniques et kinesthésiques particulièrement fondatrices de l'émergence du sens de la profondeur, 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. » ((31), p17). Le regard joue alors un rôle dans l'unification des différentes modalités sensorielles et dans l'apparition d'une vie psychique chez le bébé.

La conquête des espaces corporels s'achève par le bassin et les membres inférieurs.

6) L'espace du corps :

a) Sur le plan du développement tonico-postural :

A partir de six mois, le bébé investit progressivement le bas de son corps. Ces capacités d'enroulement vont lui permettre de fléchir volontairement son bassin. Le bébé peut alors attraper ses pieds qui entrent dans son champ visuel. La redondance des informations visuelles et tactiles va permettre une liaison et une coordination entre le haut et le bas du corps. Le bébé va également développer sa vision vers le bas.

Le bébé, à travers ses expériences sensori-motrices, vit différents appuis que ce soit au niveau des membres supérieurs ou des membres inférieurs. R. VASSEUR (23) observe que l'enfant à six mois peut, en décubitus ventral, se mettre en appui sur les mains avec les bras tendus et sur le bassin avec les hanches étendues. La tête est orientée à 90 degrés, le regard est porté à l'horizontale. Dans cette position, le bébé réalise la jonction haut-bas pour les appuis.

Intégrées au schéma corporel du bébé, les jambes vont se coordonner au reste du corps afin de permettre au bébé de se mouvoir dans son environnement. A. BULLINGER (35) parle d'instrumentation du bassin et des jambes. L'espace des déplacements va se déployer amenant la création du corps véhicule.

Le schéma corporel est un concept à l'origine de nombreux travaux dans différents domaines : neuropsychologie, phénoménologie, philosophie. B. DE LIEVRE et L. STAES (20) donnent quant à eux une définition du schéma corporel en plusieurs points « Le schéma corporel est la connaissance que l'on a de soi en tant qu'être corporel, c'est-à-dire : nos limites dans l'espace (morphologie) ; nos possibilités motrices (rapidité, souplesse...) ; nos possibilités d'expression à travers le corps (attitudes, mimiques) ; les perceptions des différentes parties de notre corps ; le niveau verbal des différents éléments corporels ; les possibilités de représentations que nous avons de notre corps (au point de vue mental ou au point de vue graphique...) » ((20), p.17). Le schéma corporel correspond à la perception et la représentation du sujet de son corps propre qui va lui permettre d'agir et de réguler ses actions. D'un point de vue neuropsychologique (1), le schéma corporel est formé par l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices nécessaires à la mise en œuvre de l'action comme les informations proprioceptives, tactiles, vestibulaires et visuelles. Ainsi lorsque l'enfant fléchit son bassin, le fait de voir ses pieds et de les toucher permet d'intégrer ses jambes dans sa représentation de son corps propre et de relier le haut et le bas de son corps.

L'instrumentation du bassin et des jambes s'effectue lorsque la migration du tonus jusqu'aux membres inférieurs selon la loi céphalo-caudale s'achève. Cette étape signe une évolution dans les possibilités d'exploration spatiale de l'enfant. Entre sept et dix mois, l'enfant va acquérir de nouvelles possibilités motrices. L'enfant qui voit ou entend un objet qui ne se trouve pas dans son espace de préhension va alors développer de nouveaux comportements moteurs. De façon réflexive, ces nouveaux comportements vont permettre le développement de la vision du bébé.

En effet, L. MEUNIER (44) précise que lors des retournements, la motricité oculaire se développe dans de multiples directions. Lorsque le bébé se retourne du décubitus dorsal au décubitus ventral, il accède à la vision à l'endroit et peut partager l'espace visuel de l'adulte et de ses pairs ce qui est primordial sur le plan relationnel. Par le balayage du champ visuel, le bébé éprouve la sensation des muscles oculomoteurs en action.

Dans cette même idée, le bébé va développer le mouvement de son regard du haut vers le bas. L. MEUNIER parle de la verticalisation du regard qui est nécessaire au bébé pour accroître sa représentation de l'espace et sa perception du relief (44).

La dernière étape du redressement correspond à l'acquisition de la station debout aux alentours de la fin de la première année de laquelle va découler la marche. L'organisation de la fixité centrale du regard de l'enfant lui offre un appui lors du redressement de la position accroupie à debout (44). L'utilisation d'un regard qui fixe un point à l'horizon est un point d'appui important pour les conduites d'équilibration durant la marche. Lorsque l'enfant marche vers une personne ou un objet, il marque l'intérêt et l'attention qu'il porte à ces derniers par son regard. Le regard permet également à l'enfant de contrôler sa trajectoire et son équilibre.

En séance, nous demandons à Mathieu, 2 ans, de rester sur les tapis pour jouer. Il jette un coup d'œil furtif vers l'étagère à jouets qui se trouve en dehors des tapis. Il se dirige vers nous puis change de trajectoire pour aller vers l'étagère. Ici, malgré son déplacement vers nous, son regard a « trahi » son véritable projet qui était d'aller chercher d'autres jouets.

En outre, D. MARCELLI (41) note qu'à partir de l'acquisition de la marche, le regard de l'adulte constitue un point d'appui pour l'enfant. En effet, il est fréquent d'observer l'enfant se retourner régulièrement vers l'adulte pour savoir s'il peut continuer d'explorer son environnement ou revenir près de l'adulte. Ce pédopsychiatre suppose en parlant de l'enfant que « Il sait qu'en regardant cette personne précise, son père, sa mère ou un adulte de confiance, il obtient une information utile en s'appuyant sur un partage d'intention. » ((41), p.61). L'enfant se sert de la lecture du visage de l'adulte (regard, mimiques) pour guider son propre comportement. Si le visage parental est ouvert et souriant accompagné de paroles positives, l'enfant poursuit son exploration. A contrario, si le visage est plutôt fermé, l'enfant revient près de l'adulte.

Une sortie dans un parc de jeux est organisée par l'établissement spécialisé dans la prise en charge de la déficience visuelle dans lequel je suis en stage. La psychomotricienne et moi-même sommes accompagnatrices avec les éducateurs de jeunes enfants. Dix enfants sont amenés en sortie.

J'ai la responsabilité de surveiller Gabriel âgé de 3 ans. J'ai pu observer le phénomène explicité ci-dessus. Gabriel monte dans le parcours de jeux et se retourne à plusieurs reprises, attendant mon approbation pour continuer. J'ai fait l'hypothèse que dans ce lieu inconnu, Gabriel m'a identifié comme personne ressource afin de le rassurer de sa sécurité dans son exploration.

b) Sur le plan du développement psycho-affectif et cognitif :

J. LACAN, psychiatre et psychanalyste français, va théoriser le stade du miroir, période entre 6 et 18 mois qui représente pour lui un stade fondateur dans l'identité du sujet et dans la fonction du « Je » (1,38, 47).

Dans un premier temps, l'enfant face au miroir n'identifie pas le reflet comme une image, il voit une personne. Dans un second temps, l'enfant perçoit dans le miroir l'image d'une personne. Il n'est pas encore en capacité d'identifier cette image comme la sienne. Dans un dernier temps, avec l'étayage du regard et des paroles du parent, l'enfant identifie que l'image dans le miroir est la sienne. LACAN parle d'une « assomption jubilatoire » liée au fait que le psychisme de l'enfant anticipe la globalité de son corps. D'une perception corporelle morcelée, l'enfant atteint une image unifiée de son corps. P. NAVARRI (47) soulève que les conditions de cette assomption d'un « moi » a des conséquences sur la stabilité et la satisfaction vis-à-vis de l'image interne de l'enfant.

Dans cette même idée et dans la continuité des travaux de J. LACAN et D. WINNICOTT, la psychanalyste A. LEMMA propose le concept de « mère miroir suffisamment bonne » pour mettre en avant le rôle structurant pour le moi de l'enfant d'un regard maternel accompagné des paroles et du toucher. La qualité des échanges de regards aura une influence sur la capacité de l'enfant à vivre des blessures narcissiques.

Le stade du miroir va participer à la formation de ce que de nombreux auteurs ont appelé l'image du corps c'est-à-dire l'image intériorisée de soi. Cette image du corps est influencée par les intégrations cognitives et les expériences émotionnelles avec l'entourage et plus particulièrement les parents. Elle va conditionner le sentiment d'être soi et de se reconnaître soi dans le miroir comme dans le regard de l'autre. Le regard joue alors un rôle essentiel dans la construction de l'identité du sujet. L'enfant va durant son enfance se construire à travers le reflet que lui renvoie le regard parental auquel il s'identifie, qu'il soit positif ou négatif.

Dans le domaine scolaire, R. ROSENTHAL et L. JAKOBSON ont théorisé ce phénomène sous le nom d'effet Pygmalion. E. PRAIRAT explicite que « L'enfant est sensible à ce que l'on affirme et à ce que l'on exprime de lui, il ne se construit pas seul et patiemment par une sorte d'autoscopie progressive. Il se construit parmi les autres, avec les autres, dans les autres devrions-nous dire, c'est-à-dire dans le regard que les autres (adultes notamment) portent sur lui. » ((51, p.123)

De façon concomitante, l'enfant qui progressivement se représente comme une personne à part entière, découvre que sa mère est différente et séparée de lui. Or si elle est séparée, cela veut dire qu'elle peut partir et ne pas revenir. R. SPITZ (1) parle alors dans cette période de l'angoisse du huitième mois aussi appelée peur de l'étranger. Autour de la fin de la première année, l'enfant réagit négativement aux personnes étrangères à son entourage proche. Seul dans une pièce, il semble que la présence d'une personne inconnue réactive le désir de la mère absente. Cette réaction signe qu'un attachement de bonne qualité a été mis en place avec les parents et qu'ils sont identifiés comme personnes ressources. Pour R. SPITZ, l'angoisse du huitième mois est le deuxième organisateur du psychisme, comportement indicateur de la présence d'une vie affective. Le premier organisateur est le sourire et le troisième le « non ».

Cette évolution sur le plan psycho-affectif est concomitante d'une évolution de la pensée de l'enfant sur le plan cognitif. C'est dans la période de la fin de la première année que J. PIAGET (46) note la fin du processus d'acquisition de la permanence de l'objet. Il s'agit pour l'enfant d'accéder à la compréhension de la propriété de conservation de substance des objets. Le sentiment de la continuité d'être, éprouvé lors du stade du miroir, se transpose dans la compréhension du monde extérieur : un objet caché existe toujours, lorsque la mère quitte la pièce elle ne disparaît pas.

L'enfant va donc chercher du regard un objet qui tombe de la chaise haute ou que l'on cache devant lui. Il pourra également dans un second temps, retrouver un objet dont il n'a pas vu le déplacement. C'est durant cette période que le bébé porte un intérêt particulier au jeu de coucou-caché.

Ce processus s'inscrit dans le quatrième stade de la période sensorimotrice (9-11 mois) de J. PIAGET (46). Il s'agit du stade de la coordination des schèmes secondaires. L'enfant agit avec un but, ses actions vont être plus intentionnelles et coordonnées. Il va utiliser des stratégies qu'il connaît mais dans des situations nouvelles, c'est le stade de l'adaptation et de l'anticipation. Il va commencer à anticiper afin d'obtenir ce qu'il veut et ce dont il a besoin. A cette étape, l'enfant commence à comprendre que c'est sa propre action qui entraîne le résultat c'est-à-dire qu'émerge chez l'enfant la compréhension du lien de cause à effet. A. BULLINGER parle lui d' « effet spatial du geste » (11).

Entre 12 et 18 mois, les échanges de regard avec l'adulte s'intensifient. Ces regards sont au service de la communication avec l'entourage et accompagnent les gestes de pointage. J. VAUCLAIR et H. COCHET (57) dans leur étude sur la communication gestuelle en répertorie trois fonctions distinctes. Le pointage de type « impératif », apparaissant entre 9 et 12 mois, est réalisé dans un but non social, il exprime une demande auprès d'une autre personne comme pour obtenir un objet désiré. Dans ce cas, autrui est considéré comme un moyen dans la réalisation de l'intention de l'enfant. Le pointage « déclaratif » à quant à lui un but social car il a à visée de partager l'attention et l'intérêt de l'émetteur avec autrui à propos d'un objet ou d'un évènement, on parle plus précisément de pointage déclaratif-expressif qui apparaît entre 12 et 15 mois (23). Ce deuxième pointage est l'étape supérieure du premier car il nécessite en plus la capacité d'identifier autrui comme une personne à part qui possède ses propres pensées et intentions. Dans ce cas-ci, autrui est considéré comme un partenaire, une personne avec qui échanger. Enfin, le dernier pointage est qualifié de déclaratif-informatif. Dans cette situation, l'enfant indique par le geste de pointage la localisation de l'objet cherché par l'adulte. C'est dans cette dernière situation comparativement aux autres que l'alternance du regard entre l'adulte et l'objet est la plus fréquente car elle permet à l'enfant de comprendre le besoin de l'adulte.

Ces gestes de pointage, où l'enfant identifie autrui comme partenaire dans l'échange, constituent les prémices du développement du langage, des comportements d'imitation et d'initiation d'attention conjointe.

L'apparition des gestes de pointages coïncident avec le cinquième stade de la période sensorimotrice de J. PIAGET (46). Entre 11 et 18 mois, on observe l'apparition des réactions circulaires tertiaires. L'enfant va expérimenter de nombreux nouveaux comportements et va se représenter mentalement des objets, des situations et des personnes. L'enfant va activement explorer, tester, en essayant de comprendre tous les possibles dans le monde qui l'entoure. A ce stade, l'enfant va continuer à orienter ses actions vers un but mais ses actions vont devenir plus complexes et originales.

Dans la suite du développement, les compétences précédemment étudiés vont continuer à se complexifier. A deux ans, l'enfant sait courir ; monter et descendre des escaliers marche par marche. Il peut construire une tour de six cubes et réalise des gribouillages circulaires. La coordination oculo-manuelle va progressivement se mettre au service du graphisme. Au niveau de la communication, il a un vocabulaire de dix mots et peut identifier une ou plusieurs parties du corps.

A trois ans, il roule à tricycle, construit une tour de neuf cubes et peut copier un cercle. Il connaît son âge et son sexe. Il joue à des jeux simples en parallèle avec d'autres enfants.

A quatre ans, ses possibilités motrices lui permettent de sauter sur un pied et de lancer une balle en l'air. Il réalise des constructions élaborées avec des cubes, copie une croix et un carré. L'enfant joue avec d'autres enfants autour d'une même activité. Il est en capacité d'aller seul aux toilettes.

A cinq ans, l'enfant saute à la corde, copie un triangle et peut faire la différence entre deux poids. Il peut répéter une phrase de 10 syllabes et s'interroge sur la signification des mots. Il peut s'habiller et se déshabiller seul.

En résumé, lors du développement psychomoteur du jeune enfant, le regard va revêtir différents rôles : communicatif, contenant, identificatoire, organisateur postural, spatial, cognitif et psychique.

Après avoir porté notre attention sur le regard dans un développement psychomoteur « ordinaire », nous allons maintenant étudier les tableaux cliniques où le regard dysfonctionne.

III. Le regard dans la sémiologie psychomotrice :

Lorsque l'on se penche sur la sémiologie, c'est-à-dire les symptômes et les signes d'une maladie, on peut diviser en deux grandes catégories les troubles du regard. Pour la première, le regard est affecté dans sa dimension fonctionnelle tandis que pour la deuxième, on observe une altération dans sa qualité relationnelle.

Nous étudierons dans cette partie les troubles du regard sur ces deux versants. Cette étude n'a pas visée à être exhaustive.

1) Atteinte du regard dans sa dimension fonctionnelle :

a) Les troubles de la vision :

Dans la dixième Classification Internationale des Maladies (CIM10), les troubles de la vision sont répartis en neuf sous-groupes. J'en expliciterai quelques-uns.

L'amblyopie est une diminution de l'acuité visuelle c'est-à-dire la « capacité pour un sujet de distinguer un objet nettement » (BURSZTYN, (13), p.68).

Dans les anomalies du champ visuel (partie de l'espace que peut percevoir un œil autour d'un point qu'il fixe), l'atteinte peut toucher une parcelle du champ visuel comme un hémichamps entier. On parle dans ce cas d'hémianopsie latérale homonyme. Dans ce cas, le sujet perd la partie du champ visuel controlatéral à la lésion. Si le sujet présente une lésion à droite, il perd la partie gauche du champ visuel de chaque œil.

Concernant la déficience visuelle, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en définit cinq catégories. On parle de malvoyance si l'acuité visuelle du sujet avec correction est inférieure à 3/10. La cécité est définie quant à elle pour une acuité visuelle inférieure à 1/20, le champ visuel est compris entre 5 et 10 degrés (3).

Ces troubles de la vision ont fréquemment des répercussions sur l'investissement du système visuel et donc du regard.

Sylvain, 9 ans, présente une malvoyance sévère de catégorie 2, une amblyopie et un nystagmus. A 6 cm, une lecture confortable se fera avec une police Arial black de taille 36. Sylvain surinvestit les perceptions visuelles et explore peu à l'aide des sensations tactiles. Ces conduites amènent Sylvain à se coller contre les objets et parfois les personnes afin de les percevoir.

Parallèlement, ces troubles visuels ont des répercussions sur le développement psychomoteur notamment au niveau de la structuration spatiale, des praxies, de l'équilibre et du système tonico-locomoteur.

b) Les troubles de la motricité oculaire :

Le strabisme est un défaut de parallélisme du regard c'est-à-dire que de façon congénitale ou acquise le sujet est dans l'impossibilité de fixer un même point avec les deux yeux. Les parésies et paralysies des muscles oculomoteurs en sont des causes régulières. Fréquemment, le strabisme entraîne une perte de perception du relief. J. BURSZTYN (13) souligne que cette perte du relief constitue une gêne dans les gestes de la vie quotidienne.

J-C CARRIC et B. SOUFIR définissent le nystagmus comme des « mouvements oscillatoires et quelques fois rotatoires des globes oculaires. Ces mouvements sont involontaires, saccadés, horizontaux, verticaux ou quelques fois de circumduction. » ((56), p.155). Leurs causes sont diverses et en rapport avec une lésion de l'organe de la vue, des centres nerveux ou à des conditions physiologiques particulières. Le regard est saccadé et fréquemment en mouvement constant. Le nystagmus peut être à l'origine de difficultés psychomotrices au niveau de l'équilibre, des coordinations dynamiques générales, de la motricité fine, de l'attention, de la concentration et de la fatigabilité.

Le syndrome de Balint est un trouble de la coordination visuo-motrice et de la motricité du regard. On retrouve trois éléments. Le premier est la paralysie psychique du regard qui se traduit par une impossibilité pour le sujet de déplacer volontairement son regard. Celui-ci est fixé sur un point de fixation et ne peut s'en détacher même lors de la présence d'un stimulus périphérique. Le deuxième élément est l'ataxie optique c'est-à-dire les difficultés d'orientation du geste lors de la saisie de l'objet regardé. Enfin, le syndrome associe des troubles de l'attention visuelle.

De ce trouble découle une diminution des performances aux épreuves de reconnaissance visuelle, il se place donc comme diagnostic différentiel de l'agnosie visuelle.

c) Les troubles de la réfraction :

En ophtalmologie, les troubles de la réfraction sont représentés par la myopie, l'hypermétropie et l'astigmatie.

Dans la myopie, l'œil est trop long conduisant l'image à se former en avant de la rétine. La vision de loin est altérée.

Dans l'hypermétropie, l'œil est trop court conduisant cette fois à une formation de en arrière de la rétine. L'acuité visuelle est globalement diminuée mais c'est en particulier la vision de près qui est touchée.

Enfin l'astigmatie se caractérise par « une image qui se forme en deux points de la rétine. La vision est alors trouble de près comme de loin. » ((5), p.34).

d) Les troubles du regard et les troubles psychomoteurs :

Nous prendrons comme exemple la sémiologie du Trouble Développemental de la Coordination (TDC) dans laquelle on trouve des troubles du regard. Les enfants présentant un TDC sont en difficultés face à des activités qui nécessitent une coordination motrice, ce trouble a donc des conséquences sur la réussite scolaire, les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux. Ces difficultés se traduisent par des retards dans les étapes du développement, de la maladresse ou par de mauvaises performances sportives (54).

Le trouble rassemble différentes caractéristiques : l'incoordination motrice, le défaut de contrôle moteur, altération du contrôle postural et de l'équilibre, des difficultés visuo-motrices, une dextérité manuelle défaillante, des déficits perceptifs (visuel, tactile et kinesthésique) et des dyspraxies gestuelles et visuo-constructives.

Les difficultés visuo-motrices et les dyspraxies visuo-constructives sont à relier à des troubles fonctionnels du regard (analyse et exploration). ((1), p. 297)

On trouve dans la classification de J-M ALBRET et A-C GALLIANO deux types de dyspraxies liées à des troubles du regard. La dyspraxie visuo-constructive qui se traduit par un trouble dans les activités d'assemblage et de construction. La dyspraxie visuospatiale associe une dyspraxie visuo-constructive, des troubles du regard au niveau de la poursuite oculaire et des difficultés de structuration spatiale.

2) Les troubles du regard sur le versant relationnel :

Les troubles du regard peuvent s'observer dans plusieurs contextes cliniques mais ils sont particulièrement présents dans la clinique auprès des patients présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Dans cette idée de transnosologie et dans le contexte de dépistage précoce, A. CAREL propose le concept d'« évitement relationnel du nourrisson (ERN) » qui désignent « ensemble de conduites pouvant prélude parfois à l'instauration d'un syndrome autistique confirmé mais davantage encore à d'autres formes psychopathologiques. » ((22), p.47). Rappelons que le TSA repose sur une dyade symptomatique avec l'existence de déficits persistants dans la communication et les interactions sociales associée à la présence d'intérêts et de comportements restreints et/ou répétitifs. L'appellation TSA provient du manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-V) de l'Association Américaine de Psychiatrie et le terme Troubles Envahissants du Développement (TED) de la CIM-10 de l'OMS.

L'évitement relationnel se traduit entre 0 et 18 mois par la présence de différents signes avec des troubles du regard, de l'écoute, posturo-locomoteurs et de la préhension. Selon A. CAREL, cet évitement relationnel peut être la manifestation de troubles neuropsychologiques qui entravent la communication et/ou la traduction comportementale d'une défense psychique de l'enfant face à l'angoisse provoquée lors des situations relationnelles. L'évitement relationnel est une observation à un moment donné du développement de l'enfant et n'a pas comme objectif d'être prédictif sur le devenir de l'enfant. En effet, ce psychiatre souligne que suite à la mise en place de soins, les signes de l'évitement relationnel du nourrisson peuvent dans certains cas s'atténuer voire disparaître.

Parfois dès deux mois, les troubles du regard sont des indicateurs précieux et précoces. Ils peuvent être considérés comme des signes de dysfonctionnements de l'attention partagée. Ils sont complexes et difficiles à décrire car ils sont brefs et dépendants de la qualité de la rencontre du regard entre le nourrisson et l'adulte. A. CAREL répertorie sept types : absent, périphérique, en « passe muraille », strabisme éphémère, flou, dur ou hyperpénétrant et proximal ou « cyclope ».

Au cours des stages, j'ai été confronté à certains de ces regards.

Lors de ma rencontre avec Nina, 4 ans, elle m'adresse un regard dur et pénétrant qui semble m'analyser. Ce regard me mit mal à l'aise et créa une tension interne chez moi. Ne pouvant soutenir son regard, je m'efforçais de détourner le mien.

Lors d'une séance, Nina est assise sur une chaise. La consigne est d'attraper une balle qui initialement posée sur une pipe et ensuite maintenue en l'air sous l'effet du souffle de la psychomotricienne. Après deux essais réussis, j'observe un changement dans le regard de Nina, il semble vide, absent. Une fois la balle en l'air, Nina ne l'attrape pas. Le passage à un regard flou traduisait le décrochage de Nina au niveau de son attention et de la relation. Nina semblait être absente, ailleurs.

Ben, 4 ans, présente un polyhandicap qui associe un retard global de développement et une déficience visuelle. Lorsque je le rencontre, Ben utilise la vision périphérique pour communiquer. Trois mois plus tard lors d'une séance, Ben est assis sur mes jambes le dos contre moi, nous nous balançons ce qui provoque chez lui des rires. Il se retourne alors et me cherche du regard. Il me regarde alors droit dans les yeux.

Dans la rencontre des regards, un lien intersubjectif se crée et amène chez chacun des partenaires des vécus tonico-émotionnels. Dans le cas de l'autisme, l'évitement de regard est lié à des angoisses spatiales selon C. LHEUREUX-DAVIDSE. Les échanges de regard vont dans le développement normal favoriser l'élaboration du volume de l'espace et sa fonction contenante. Durant ses échanges, le bébé va rassembler ses espaces sensoriels dans la communication avec le parent. Or les personnes avec autisme sont face à ce que MELTZER appelle un « démantèlement sensoriel » ((6), p. 144). Lors des échanges relationnels par le regard, la personne autiste ne pourra pas faire le lien avec les différents sens, si elle regarde, elle n'écoute plus. La personne avec autisme recourt donc à un agrippement sensoriel pour se sentir tenir dans son sentiment d'existence, elle n'est alors plus disponible pour la relation.

Par ailleurs, cet évitement du regard va avoir des conséquences sur la manière de traiter les informations spatiales. La personne avec autisme va être en difficulté pour évaluer les distances, repérer le bord ou le fond d'un espace. L'espace va être vécu comme un trou béant générant de l'angoisse. Face à cette angoisse, des solutions compensatoires sont mises en place comme longer les murs en laissant glisser une main. Cela lui permet de se concentrer sur une sensation tactile beaucoup plus facile à intégrer pour elle.

En effet, dans l'article « Regard, traitement de l'espace et particularités de la pensée des personnes autistes » (6), C. LHEUREUX-DAVIDSE souligne que pour la personne avec autisme le passage par un ancrage sensoriel archaïque facile facilite la compréhension visuelle. Cette psychiatre fait l'hypothèse que l'appui sur une expérience sensorielle de proximité comme le toucher, l'olfaction ou la gustation permet un meilleur passage vers une expérience sensorielle à distance comme la vision.

De plus, la difficulté d'une communication face à face par le regard s'explique également par la difficulté pour les personnes avec un TSA de décrypter les expressions faciales. La complexité, l'imprévisibilité et la rapidité des mouvements faciaux les débordent d'informations sensorielles qu'ils n'arrivent pas à trier. Elle fait l'hypothèse que regarder un visage les empêchent d'être disponibles à eux-mêmes.

Pour toutes ces raisons, il est préférable de proposer des temps d'échange où le contact visuel n'est pas obligatoire et de leur spécifier. Il est important de prendre le temps d'en parler si cela est possible. D'expliquer que culturellement les échanges visuels sont de mises, c'est pourquoi certaines personnes tiennent à ce que ce soit fait. Il est alors possible de proposer dans un premier temps des échanges où nous ne leurs demandons pas de nous regarder et où nous-même nous serons attentifs à ne pas leur imposer notre regard.

Cette psychiatre propose également de porter notre attention sur ce qui intéresse l'enfant et notamment des expériences sensorielles plus archaïques. Nous pourrions accompagner ses jeux de commentaires lorsque cela est entendable par l'enfant, ce qui permettra à l'enfant de se représenter ce qu'il vit. C. LHEUREUX-DAVIDSE ajoute que ces commentaires sont l'occasion pour l'enfant porteur d'un TSA de se sentir exister dans la relation avec autrui : « Il se représente qu'il existe dans le lien à l'autre puisque cela déclenche souvent la même expérience de jubilation d'être reconnu dans ses éprouvés internes, car cela l'aide à se représenter ce qu'il éprouve dans son vécu interne. » ((6), p.155-156). Cette jubilation rappelle l'« assumption jubilatoire » que LACAN observe dans sa théorisation du stade du miroir. On peut faire le lien ici sur le fait que les commentaires portés par le regard et les paroles du psychomotricien jouent le rôle d'un miroir identificatoire pour l'enfant. Identification qui l'amènera à se représenter ses vécus internes.

Les décharger de cette obligation du regard est pour certains un soulagement d'après C. LHEUREUX-DAVIDSE. Associée à la jubilation de l'identification, cela leur permet finalement d'initier spontanément un contact visuel. Lorsque le contact visuel est de leur initiative, il ne sera pas vécu comme intrusif et nous pouvons à ce moment-là l'accueillir car il participe à re-construire la relation, élément essentiel à toute intégration psychique. Les relances spontanées du regard concourent également à reconstruire « l'image du corps et le confort dans un espace vécu comme contenant mais aussi dans un volume. » ((6), p. 154) car l'enfant va pouvoir éprouver une limite postérieure et contenante dans ce regard qu'il a choisi de rencontrer.

Après nous être intéressé au regard dans le développement psychomoteur et la sémiologie, nous allons maintenant porter notre attention à la place du regard dans la pratique psychomotrice. Quelle est sa place en séance de psychomotricité ?

Partie 2 : Le regard du psychomotricien comme outil thérapeutique et rééducatif

Dans sa pratique, le psychomotricien se trouve au carrefour de trois champs de compétences qui sont : l'éducation, la rééducation et la thérapie.

Selon T. BENAVIDES (2), dans le cadre de l'éducation psychomotrice, le psychomotricien a pour objectif de faciliter le développement du patient en lui proposant des stimulations qui vont favoriser l'intégration harmonieuse des fonctions psychomotrices.

En rééducation psychomotrice, les objectifs sont restreints dans le temps et sont centrés sur un ensemble de fonctions instrumentales. Le psychomotricien vise la récupération ou l'amélioration d'une fonction psychomotrice acquise et altérée ou bien qui a été mal intégrée au cours du développement.

La thérapie psychomotrice est quant à elle une approche qui tient en compte de la globalité et de la complexité de l'être humain. Elle vise à établir et rétablir un équilibre psychocorporel.

Les actes du psychomotricien sont établis par le décret n°88-659 du 6 mai 1988.

Dans cette deuxième partie, nous allons nous intéresser à la place que peut avoir le regard dans la pratique du psychomotricien du côté thérapeutique et du côté de la rééducation psychomotrice.

I. La relation thérapeutique médiatisée par le regard en psychomotricité :

Le CNRTL définit la relation comme le « Rapport, liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes. » (33). La relation thérapeutique est le lien qui existe entre le psychomotricien et le patient dans le cadre du soin.

De cette relation, le psychomotricien doit avoir à l'esprit plusieurs notions afin de garantir une qualité de soin. Nous aborderons ici les notions de cadre thérapeutique, d'alliance thérapeutique et enfin le transfert et contre-transfert associé en faisant le lien avec le regard et sa place dans chacune des notions.

1) Le cadre thérapeutique :

a) Éléments de définition :

Selon le dictionnaire « Larousse » (34), la cadre possède plusieurs définitions, nous avons fait le choix d'en sélectionner quelques-unes. Tout d'abord le cadre représente les « Limites d'un espace ; l'espace ainsi cerné », mais aussi « Entourage, milieu, contexte » et enfin « Ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose ; ce qui circonscrit un sujet. ». On peut déjà voir ici transparaître des notions qui intéressent particulièrement la psychomotricité comme l'espace, les limites, l'action.

En ce qui concerne le cadre thérapeutique, de nombreux auteurs ce sont penchés sur ce sujet. Ils semblent chacun distinguer, à leur manière, deux formes de cadre : un extérieur au thérapeute qu'on pourrait qualifier de physique et un deuxième interne au thérapeute et qui serait plutôt psychique.

J-P MENDIBURU, psychothérapeute formé à la Gestalt-thérapie, considère le cadre comme ce qui délimite la thérapie et lui donne forme. Il le définit comme « le plan qui définit les frontières du possible, et celles de l'interdit. » ((43), p 8). Il désigne un lieu dans lequel la problématique du patient va pouvoir s'exprimer tout en garantissant sa sécurité et celle du thérapeute. Il caractérise le cadre thérapeutique à travers quatre composantes en interaction permanente : le cadre professionnel, le cadre conceptuel, le cadre pratique et le cadre interne du thérapeute.

Le premier, le cadre professionnel, concerne l'exercice de la profession à savoir les lois, la déontologie ou encore la formation.

Le cadre conceptuel représente lui le champ théorique dans lequel s'inscrit le thérapeute et qui va influencer sa réflexion clinique ainsi que ses actes et son regard.

Le cadre pratique renvoie à l'espace de rencontre créée, au rythme des interventions, la sécurité et la rémunération. En effet, le cadre est un espace de rencontre dans lequel deux sujets créent une relation bien particulière qui est celle du soin. En psychomotricité, c'est la rencontre de deux mondes portant chacun leur part de subjectivité et d'imaginaire. D. WINNICOTT (1) parle d'espace transitionnel ; espace où les échanges de regards vont permettre aux protagonistes de se rencontrer et communiquer.

En outre, le rythme des interventions renvoie à un cadre temporel qui inscrit le patient et le thérapeute dans une continuité. On peut alors considérer que le cadre est une base à notre intervention et qu'il est un premier pas d'organisation spatio-temporel dont la rééducation des troubles rentre dans nos champs d'intervention. Dans ce cadre pratique, J-P MENDIBURU (43) marque l'importance de la rémunération qui clarifie les positions de chacun dans cette relation qui porte une ambivalence entre réalité et artifice. La sécurité, elle, est une condition sine qua non à l'implication dans la thérapie.

Pour finir, le cadre interne au thérapeute représente la rencontre entre son histoire, ses expériences et sa formation qu'il s'est approprié. Une partie du cadre est donc inhérente au professionnel. Il est donc question d'incarnation, de conviction et de cohérence interne. Ce qui fait cadre, c'est le thérapeute.

A. DELOURME (24), docteur en psychologie, définit le cadre comme la « Transition entre l'intérieur et l'extérieur, entre l'imaginaire et la réalité, entre la subjectivité et l'objectivité, entre la spontanéité et la ritualisation, le cadre délimite un espace caractérisé par la notion d'« aire de jeu ». ».((23), p.29). On a ici la notion de limites entre espace et entre couples d'opposé. Il développe la notion de cadre en deux éléments : le cadre externe du processus (le cadre matériel et temporel, la gestion du téléphone, l'utilisation du vouvoiement ou tutoiement) et le cadre interne du thérapeute (son organisation psychique, son mode de vie et son système de croyances). Ces deux aspects sont liés car le cadre interne du praticien va influencer le cadre externe. Il insiste sur le fait que c'est la stabilité des éléments qui va créer la sécurité. Le patient pourra ainsi s'autonomiser dans ce cadre qu'il intégrera progressivement.

C. POTEL est pour finir un appui théorique majeur dans la conception du cadre en psychomotricité. Il représente pour elle « [...] ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre. » (p 321).

Elle évoque plusieurs paramètres à penser afin qu'un travail psychomoteur puisse être réalisé. Ils concernent l'espace, le matériel, le temps (durée et rythmicité des séances), l'encadrement et le fonctionnement institutionnel. Elle ajoute que les postulats théoriques sont des ressources indispensables à notre travail d'élaboration de ce qui se joue lors des séances.

b) Les fonctions du cadre :

Premièrement, le cadre a une fonction de contenance. En effet, le cadre étant ce qui limite le soin thérapeutique dans un temps et un lieu défini, il crée en quelque sorte une enveloppe protectrice dans laquelle le soin peut avoir lieu. Selon C. BALLOUARD, « Un cadre contenant c'est un cadre ajusté, un espace relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître. » (2011). Ainsi ce qui fait la contenance du cadre est finalement la capacité du psychomotricien à s'ajuster aux besoins du patient à un moment précis. Cet ajustement est dynamique et c'est ce qui permet au patient de pouvoir se livrer et évoluer dans la résolution des problématiques psychomotrices qui entravent sa relation à l'environnement physique et humain.

Cette fonction de contenance est donc liée à la disponibilité du psychomotricien qui par ses actions, son regard et ses paroles va créer une atmosphère sécurisante pour le patient. Le regard du psychomotricien peut donc conférer un appui sécurisant pour le patient lors des séances, pendant lesquelles il réalisera des activités parfois sources d'angoisse pour lui.

Benjamin, 2 ans, est rencontré dans le cadre d'une observation psychomotrice de suivi de Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD).

Un petit parcours réalisé avec un bloc de mousse lui est proposé. Benjamin a besoin de la présence de la psychomotricienne pour explorer ce parcours puis y est rapidement à l'aise. Lorsque celle-ci s'éloigne afin de le laisser réaliser son exploration seul. Je remarque que Benjamin se tourne régulièrement vers la psychomotricienne afin de vérifier si celle-ci le regarde.

Je fais alors l'hypothèse que Benjamin ressent le besoin de se sentir accompagné dans cette exploration et que le regard de la psychomotricienne est pour lui un appui à distance lui apportant de la sécurité dans sa découverte.

La cadre a également un rôle limitatif. En effet, les lois et les règles qui le composent ont pour but de limiter les actions qui pourraient aller à l'encontre de l'intégrité physique et/ou psychique du patient et du professionnel ou qui pourrait mettre à mal le travail réaliser en séance.

En outre, il limite aussi la frontière entre le patient et le thérapeute.

Le regard ayant une fonction communicative importante, j'ai pu observer durant mes stages qu'il pouvait servir de moyens pour interroger ou rappeler le cadre.

Tristan, 10 ans, présente une déficience visuelle de type 2. La fin de séance est difficile a accepté et provoque chez lui une angoisse et une tension interne qu'il extériorise par le lancer d'objets dans la salle. Avant certains lancers, il nous jeta des regards qui semblaient tester nos réactions face à la transgression du cadre de la séance.

Un rôle de pare-excitation peut être conféré au cadre. En effet, dans cet espace dédié au soin, la cadre qui est incarné par la thérapeute va accueillir les affects aussi bien positifs et négatifs du patient et les transformer en un contenu psychique assimilable par le patient. On peut faire un parallèle avec la théorie de W. BION concernant les éléments alpha et bêta.

De par ce rôle de pare-excitation, la fonction contenante est une fonction « symbolisante » d'après R. ROUSSILLON (17). Ce qui contient, métabolise et détoxifie l'expérience, c'est le processus de symbolisation.

2) L'alliance thérapeutique :

Dans le cadre de son exercice, le psychomotricien est amené à rencontrer des personnes en difficulté dans la relation à leur environnement. Afin d'accompagner le patient vers une harmonie psycho-corporelle, la collaboration au traitement du sujet et des personnes qui l'entourent est indispensable : on parle d'alliance thérapeutique. Cette adhésion au soin est considérée comme un facteur prédictif de l'évolution thérapeutique selon des différentes études (1).

Dans le cas où le patient est un enfant, il est important de chercher l'adhésion des membres de la famille au soin. Parallèlement, il est essentiel de prendre le temps de se présenter à l'enfant et de l'amener à comprendre que cette relation est singulière et de l'accompagner à y trouver un sens. Il en découlera en sentiment de sécurité permettant à l'enfant de se sentir libre de s'exprimer tant verbalement que corporellement.

D. HOUZEL définit à ce propos l'alliance thérapeutique comme « l'adhésion de l'enfant à une expérience d'un nouveau type, qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques, et qui permet à l'enfant d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique que celui qu'il est habitué à reconnaître et de découvrir la possibilité, l'espoir de donner un sens à ses symptômes et à sa souffrance. » ((27), p138).

Cette alliance thérapeutique va se mettre en place dès les premières rencontres si bien que la première rencontre aura un rôle non négligeable dans la création de ce nouveau lien.

En effet, J. CORRAZE met en avant le fait que la présentation du thérapeute lors de la première rencontre n'est pas à négliger. Concernant une première rencontre D. MARCELLI note que « [...] l'opinion, le jugement, l'impression que l'on a sur un autre, le plaisir à être en relation avec cette personne précise ou au contraire le peu d'intérêt qu'on lui porte, tout cela est fréquemment conditionné par « le premier regard », instant fondateur de la relation. ». ((41), p.107). Ce que cet auteur observe dans les relations tout venant est précisé dans la relation de soin par J. CORRAZE pour qui cette première impression « va jouer un rôle déterminant sur les attitudes et les comportements du sujet dont on a la charge. ((1), p. 342).

Il décrit alors les deux issues de cette rencontre. Si la première impression est bonne, il en résulte un « effet halo » où les conduites du sujet envers le thérapeute seront positives. Dans le cas contraire, on parle d'« effet corne ». Toutefois, il est possible, malgré la difficulté de la tâche, d'inverser ces tendances.

Mina, 3 ans, se montre très inquiète de ma présence. Durant deux séances, son regard vers moi était inexistant ou inquiet. A la troisième séance, un jeu de ballon accompagné de regards de plus en plus complices s'est installé. L'évolution de son regard d'inquiet et inexistant, puis timide à complice traduit pour moi la relation qui s'est créée progressivement entre Mina et moi, malgré un début difficile.

3) Les éléments transférentiels du regard :

La notion de transfert, issu du champ psychanalytique, a été inventée par S. FREUD pour désigner le « lien affectif » qui se met en place de manière inconsciente entre le patient et l'analyste.

En 1998, LAPLANCHE et PONTALIS précisent la définition de cette notion qui « désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type relation établi avec eux et éminemment dans le cadre d'une relation analytique. » ((2), p. 157). Le transfert est utilisé par l'analyste pour amener le patient à prendre conscience de ces manifestations affectives positives et négatives, identifier l'origine de ces conflits internes et les résoudre.

A l'inverse, le contre-transfert désigne la relation et les mouvements affectifs dirigés de l'analyste au patient.

En psychomotricité, l'implication corporelle du psychomotricien l'amène également par le dialogue tonico-émotionnel à recevoir les affects positifs et négatifs ressentis par le patient dans son propre corps. En revanche, ces éléments transférentiels ne seront pas interprétés comme en psychanalyse mais identifiés et mis en relation avec les manifestations corporelles que donnent à voir le patient. Le transfert transparait par exemple dans élans affectueux ou actes agressifs de certains patients.

C. POTEL (2015) place le contre-transfert comme un élément essentiel dans la prise en soin en psychomotricité. Au contact du patient, le psychomotricien est traversé par un ressenti, une connaissance intuitive et non verbale. Sa capacité à représenter ses éprouvés et les mettre en résonance avec des éléments de sa propre histoire, va permettre au psychomotricien d'appréhender ce que vit le patient et ainsi se faire une représentation de la vie psychique du patient. L'enjeu en séance est alors de permettre au patient de vivre des expériences sensori-motrices partagées et ainsi de lui faire éprouver que ce qui est ressenti et partagé peut faire l'objet d'une symbolisation, notamment par le dessin ou la mise en mots. Cette spécificité amène C. POTEL à parler en psychomotricité de contre-transfert corporel.

J-C CARRIC et B. SOUFIR (56) énoncent que le psychomotricien va avoir la particularité d'être en relation avec le corps fantasmatique du sujet qu'il est important de laisser s'exprimer. En effet, les patients que nous accompagnons en séance souffrent d'un corps qui a des difficultés à s'exprimer dans la relation aux autres et à l'environnement. Le psychomotricien, dans un cadre souple et contenant, va permettre un mouvement régressif du corps qui facilite l'expression des éprouvés archaïques. Dans ce travail d'accueil et de transformation, il est nécessaire que le psychomotricien soit à l'écoute de ses propres limites. Cette connaissance de soi passe par un travail personnel de pratiques corporelles et/ou un travail psychique.

Le contre-transfert provient de l'ensemble des signaux verbaux mais aussi non verbaux, ce qui signe la spécificité du psychomotricien. Dans ces signaux non verbaux, on trouve : le tonus, la posture, la respiration, les gestes et le regard.

Concernant le regard, D. MARCELLI soulève le fait que « Qu'on le veuille ou non, quand il est question du regard d'un sujet sur un autre, il y a toujours une dimension d'intersubjectivité : en psychanalyse cela s'appelle le transfert du côté du patient, le contre-transfert de côté de l'analyste, l'un et l'autre étant évidemment liés. » ((41), p135).

Le regard, par sa fonction communicative, va amener chez chacun des protagonistes de la relation des éprouvés affectifs. Le rôle du psychomotricien est d'accueillir ses éprouvés affectifs, de prêter au patient sa capacité à les digérer et les mentaliser afin de faire un retour assimilable par le patient.

En cabinet libéral, je rencontre Nina âgée de 4 ans. Intriguée par ma présence, elle m'interroge sur mon identité et ma présence potentielle lors de sa séance.

Nina me fixe en silence pendant quelques minutes. Son regard intense agrippé au mien me rend mal à l'aise, si bien que je me mets à le détourner et l'éviter. Je sens chez moi une élévation du tonus et de mon niveau d'alerte. Elle semble m'analyser. Peut-être que par ce regard Nina m'a communiqué, transmis son alerte quant à ma présence potentiellement négative.

Dès la deuxième séance, ce regard bien que toujours agrippé semble avoir changé de tonalité. Il semble être une manière pour Nina de se sentir tenue, soutenue.

Je rencontre Titouan, 8 mois, accompagné par la dame de la famille d'accueil au cabinet libéral. Il présente un strabisme bilatéral et prédominant du côté gauche. Lors d'un moment de jeu où je lui propose d'attraper des objets, Titouan me fixe pendant un long instant. Ce regard n'est pas envahissant comme celui que j'ai décrit précédemment. Il est communicatif et cherche l'interaction.

Il est important pour le psychomotricien de prendre conscience de ces phénomènes transférentiels et de les utiliser comme outils dans la prise en soin. Dans le cas contraire, les attitudes du thérapeute resteront vives et non métabolisés, constituant un frein à la pleine potentialité des échanges en séance. C'est pourquoi il est conseillé d'avoir recours à la supervision.

❖ La supervision, l'apport d'un regard neutre :

En 2008, DESJARDINS définit la supervision professionnelle comme une « activité professionnelle axée sur l'évaluation, l'amélioration et le développement des connaissances, les habiletés et les comportements des supervisés dans l'exercice de leur profession. » ((2), p.179). Ce cadre de réflexion sur la pratique est une dimension essentielle pour les psychomotriciens dont les éléments transférentiels sont partie intégrante du travail thérapeutique.

La supervision est généralement menée par un intervenant extérieur à l'établissement ou au cabinet libéral. Son regard neutre va permettre au psychomotricien de se distancier et d'analyser ses décisions cliniques.

Cette analyse médiatisée par un tiers neutre va permettre selon S. JACQUET et A. MIERMON (2) de prendre conscience des résonances émotionnelles lors des séances afin de mieux identifier ce qui se joue. Ce temps est également un lieu de recueil des difficultés que le psychomotricien a pu rencontrer. Mentaliser ses propres états tonico-émotionnels permet au psychomotricien d'avoir des informations sur ce que peut vivre le patient. Passer par la pensée et la symbolisation va limiter l'agir et autoriser une forme d'expression qui va soutenir la capacité du patient à lui-même mentaliser ses vécus émotionnels.

II. Le regard dans la pratique psychomotrice :

1) L'observation clinique, l'œil comme outil :

L'observation est définie par le CNRTL comme « L'action de considérer avec attention des choses, des êtres, des évènements » (33). Cette observation a pour finalité la compréhension de l'objet étudié. Cette méthode de compréhension prend appui sur le système perceptif de l'observateur avec un recours majoritaire au système visuel et donc au regard porteur de l'attention nécessaire à l'observation.

Cependant, I. SAGE et A. CHERON (4) soulèvent le fait que face à un évènement, le cerveau réalise une sélection des informations recueillies. Ce tri est orienté par les objectifs et hypothèses de l'observateur. Ainsi dans l'exercice professionnel, chaque profession a une manière spécifique d'observer un même évènement. Ainsi, d'une même situation, de nombreuses observations différentes et complémentaires peuvent être relevées.

Durant la formation, les étudiants en psychomotricité sont accompagnés lors des cours théoriques et des stages à façonner et affiner leur regard et leur observation. En effet, l'observation nécessite une bonne disponibilité psychique ainsi que des capacités d'attention, de mémorisation. C'est une aptitude intellectuelle que les étudiants développent progressivement. Ce processus, loin d'être achevé lors de l'obtention du diplôme d'Etat, se poursuit à travers les années de pratique du psychomotricien.

A. CICCONE (18) place l'observation à la base de tout travail clinique. En psychomotricité, elle est omniprésente que ce soit lors du bilan psychomoteur ou lors des séances de prise en soin.

a) L'observation dans le cadre d'un bilan psychomoteur :

Dans le cadre d'un bilan psychomoteur, l'observation va permettre de fournir des données qualitatives qui renvoient à une approche centrée sur le processus. Le psychomotricien va porter son attention sur la manière qu'a le patient de se mouvoir, d'exprimer ses affects, d'interagir avec son environnement. Ces données qualitatives sont complémentaires des données quantitatives fournies par les tests et permettent au psychomotricien de nuancer les résultats obtenus (4). Ces éléments d'observation participent à l'élaboration d'un diagnostic psychomoteur et à la décision d'une indication (50).

Dans certains cas, la passation d'un bilan psychomoteur côté ne peut être réalisée ou n'est pas indiquée. L'observation clinique sera alors une solution indispensable afin d'obtenir des informations concernant l'organisation psychomotrice du sujet, sa régulation tonico-émotionnelle, les communications verbale et non-verbale.

b) L'observation dans le cadre des séances :

L'observation durant nos séances de prises en soin va contribuer à la qualité de nos interventions. Celle-ci nous permet de percevoir les signaux corporels de nos patients et donc de nous ajuster en modifiant l'environnement ou bien nos propres comportements (4).

Maya, quatre ans, présente une déficience visuelle de catégorie 2. Lorsqu'elle rentre dans la salle, j'observe un plissement des yeux, un froncement des sourcils. Je lui demande alors si la lumière lui gêne, elle répond positivement. Après avoir baissé les stores, j'observe un relâchement tonique au niveau de son visage.

Je propose à Nicolas un temps de détente au début de la séance. Je lui propose des percussions sur le corps et sur le plancher de bois surélevé sur lequel il est installé. J'observe alors son visage, l'activité motrice de son corps pour identifier quelle intensité et rythme convient le mieux pour l'amener à se détendre.

c) Les limites de l'observation :

Comme dit précédemment, lors de l'observation, le cerveau sélectionne les informations qui lui semblent pertinentes par rapport à l'objectif du professionnel. Il y a donc une perte d'informations car l'observation est biaisée par la perception (4).

Le regard étant un outil de perception personnel, il est également influencé par la subjectivité de l'observateur. On peut ici faire référence au contre-transfert qui va amener une lecture particulière d'une situation ou d'un comportement. La pratique de supervision est un moyen d'avoir un regard nouveau sur une situation. L'avis d'un regard extérieur, sur une situation dans laquelle le psychomotricien a été impliqué corporellement, psychiquement et affectivement, va amener une lecture, un point de vue différent et distancié. Ce travail de supervision a pour but de diminuer l'impact du contre-transfert sur les observations et dynamiser le regard du psychomotricien sur le patient.

Face à la perte d'information, certains psychomotriciens choisissent dans le cadre d'un bilan psychomoteur d'avoir recours à l'enregistrement vidéo (11). Celui-ci à l'avantage de retransmettre fidèlement l'ensemble de la passation, le psychomotricien peut regarder plusieurs fois la séquence ce qui lui permet de porter son attention et donc son regard sur un plus grand nombre d'éléments cliniques. Cependant, il est important de garder en tête que la présence d'une caméra peut avoir une incidence sur les comportements du patient qui est soumis à un regard supplémentaire, d'autant plus si une personne est chargée de filmer.

A. CICCONE (18) soulève d'autre part que la clinique recueillie ne doit pas être sur-interprétée. L'observation doit permettre un échange bidirectionnel entre la clinique et la théorisation. Pour ce faire, l'observateur doit réaliser une oscillation entre un mouvement d'implication et un mouvement de distanciation. Il y a donc un juste milieu à trouver par le psychomotricien pour être présent dans la relation tout en ayant le recul nécessaire à l'observation et l'analyse de ce qui se joue dans durant ces échanges.

2) Quel regard lors du bilan psychomoteur ?

Le bilan psychomoteur est l'outil spécifique du psychomotricien. Il est le premier geste du psychomotricien. Le psychomotricien étant un auxiliaire de santé, le bilan psychomoteur doit être prescrit par un médecin. La raison de cette prescription associée aux informations recueillies pendant un premier entretien avec le patient et son entourage va orienter la composition des épreuves du bilan à réaliser.

J-M. ALBARET, F. GIROMINI et P. SCIALOM dans le premier tome des manuels d'enseignement de psychomotricité (1) référencent les différents champs pouvant être explorés par le bilan. Il s'agit des « capacités psychomotrices (coordinations, équilibre, motricité manuelle et écriture), les fonctions cognitives en lien avec la motricité intentionnelle (visuospatiales, attentionnelles, mnésiques et exécutives), la dominance latérale, les différentes dimensions du temps, lesgnosies corporelles, les communications non verbales et les manifestations toniques. » ((1), p. 311). On peut également rajouter l'évaluation de l'intégration du schéma corporel.

Le bilan psychomoteur a plusieurs finalités. Premièrement, il visera à poser un diagnostic psychomoteur qui orientera un projet de soin. Il fournira également des informations quant à l'organisation psychomotrice du patient et le trouble psychomoteur s'il y en a un, en s'attachant à observer aussi bien les difficultés du sujet que ses capacités.

Le compte-rendu du bilan permettra alors d'organiser le futur accompagnement en psychomotricité ou d'orienter vers un autre professionnel et/ou des examens complémentaires.

Bien que le regard ne soit pas l'objet d'un bilan psychomoteur spécifique, certains items de bilans nous permettent de l'évaluer. Nous nous intéresserons dans cette partie à plusieurs items de bilans concernant des domaines psychomoteurs (tonus, espace, coordination, ...) qui nous renseignent sur l'organisation du regard, son utilisation ou encore sa qualité relationnelle. Cette étude n'a pas visée à être exhaustive.

Nous faisons également l'hypothèse que de façon spontanée le regard peut être analysé à chaque moment : est-il utilisé dans la régulation du geste ? Est-il utilisé comme moyen de communication ? Comme outil d'exploration de l'environnement ?

a) L'évaluation du tonus et des postures :

Avant de nous intéresser au bilan concernant l'évaluation du tonus et des postures dans lesquelles une évaluation du regard peut être effectuée, il nous semble important de définir brièvement ces termes.

Le tonus est 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 donnée et donc maintient la posture lors de l'exécution d'un mouvement. On distingue trois types de tonus (1, 20, 56).

Le premier est le tonus de fond, aussi appelé tonus passif : c'est l'activité tonique minimale, c'est-à-dire cet état de légère contraction permanente et plus particulièrement des muscles profonds (muscles striés et viscéraux), axiaux.

Le tonus postural ou d'attitude, lui, est lié à la posture. C'est également un état de tension minimal mais qui lui permet à l'organisme de conserver une position donnée et de maintenir l'équilibre à l'état statique et dynamique.

Enfin le tonus d'action représente « l'ensemble des degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice » ((56), p. 255).

La posture est définie 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. La posture prépare et soutient le mouvement. Elle a également une valeur communicative importante. Dans le champ des communications non verbales, la posture est ainsi un moyen d'expression très important des émotions. P. DELION et R. VASSEUR la considère comme « le support de l'activité motrice spontanée, des coordinations sensori-motrices et de la vie relationnelle » ((23), p61). La posture est régulée par le tonus, par les émotions et le système sensoriel. Ce dernier point permet de faire le lien avec le rôle du regard dans la régulation tonico-postural.

Le bilan EPMO est un regroupement des épreuves classiques du bilan psychomoteur. Il a été créé en 2005 par F. LEPLAT (37). Ce bilan étudie neuf fonctions. Dans ce bilan, les résultats ne sont pas quantifiés. Il est seulement indiqué l'âge moyen de réussite des items. L'évaluation qualitative est donc au premier plan. Des axes d'observation sont proposés afin de guider le regard du psychomotricien.

Dans l'évaluation de l'équilibre statique, certains items doivent être réalisés les yeux ouverts puis les yeux fermés. Les items réalisés avec les yeux fermés sont réussis avec un âge plus élevé par rapport aux mêmes items réalisés les yeux ouverts. Ceci s'explique par le rôle du regard comme stabilisateur de l'équilibre. En effet, en station debout, une fermeture des yeux entraînent une détérioration de la précision posturale de 250% accompagnée d'une forte augmentation des oscillations du corps (1).

Ainsi l'acquisition d'une compétence motrice nécessite dans un premier temps un recours au système visuel, puis une fois intégré, l'enfant peut se détacher des informations visuelles pour se fier uniquement aux données proprioceptives et vestibulaires.

Dans le cadre d'une évaluation de suivi, je fais passer le bilan EPMO à Sylvain, 9 ans, qui présente une déficience visuelle de niveau 2.

Sylvain prend un grand appui sur ses fonctions visuelles et investit peu les données tactiles et proprioceptives. Durant les items d'équilibre statique réalisés les yeux ouverts, le maintien de la posture est précaire, avec une instabilité et une grande rigidité segmentaire. Ces difficultés sont majorés lorsque les items sont réalisés les yeux fermés. Je fais ici l'hypothèse qu'une fois l'appui du regard enlevé, la compensation du défaut d'équilibre n'est plus possible.

b) Evaluation de la structuration spatiale :

B. DE LIEVRE et L. STAES (20) définissent la structuration spatiale comme « - la capacité du sujet de se situer, de s'orienter, de se déplacer dans son environnement ;

- La capacité de situer, d'orienter, d'organiser, de déplacer ou de concevoir les choses du monde proche ou lointain ;
- La possibilité du sujet de construire un monde réel ou imaginaire. » ((20), p. 61)

On voit dans cette définition trois niveaux de structuration qui se mettront progressivement en place lors du développement de l'enfant. Le premier niveau est vécu : l'enfant se construit d'abord des repères à partir de son propre corps. Puis il exporte ses repères sur les objets de son environnement. Enfin, il accède au niveau des représentations spatiales.

Le système visuel a un rôle important dans la construction des représentations spatiales chez l'enfant. Ainsi l'organisation du regard dans l'exploration d'une scène visuelle peut nous renseigner sur où en est l'enfant dans sa structuration de l'espace.

Je vais maintenant m'intéresser brièvement à certains items de bilans concernant la structuration spatiale dans lequel on peut évaluer le regard.

❖ La figure de Rey :

Il s'agit d'un test de copie avec modèle et de reproduction de mémoire d'une figure simple pour les enfants de 3 à 6 ans (figure de Rey B.) et complexe étalonnée de 6 ans à l'âge adulte (figure de Rey A.). Cette épreuve a été créée par A. REY en 1960 et révisée en 2009 par P. WALLON et C. MESNIN (4).

Ce test perceptivo-moteur mesure différentes habiletés : les capacités visuo-spatiales et visuo-constructives, l'attention, l'activité perceptive et graphomotrice, les fonctions exécutives comme la planification, la mémoire de travail, les capacités de synthèse et la rétention mnésique.

Dans cette épreuve, on peut analyser les déplacements du regard lors de la découverte de la figure : le regard est-il d'abord global puis balaie la figure par secteur ? Commence-t-il par le centre ? L'analyse de l'image se fait-elle de gauche à droite ou de bas en haut ? Est-il complètement aléatoire, sans stratégie visuelle ? Ces données nous renseignent sur les stratégies d'analyses perceptives. Cette analyse va se retrouver dans le tracé de la figure.

En outre, on peut observer si le regard fait de nombreux aller-retour entre le tracé et le modèle, si l'enfant regarde les objets de la salle, si l'enfant prend le temps ou pas d'observer le modèle avant de commencer à recopier. Ces éléments donnent des renseignements sur les capacités mnésiques, la qualité d'attention, l'impulsivité. Si l'enfant regarde l'examineur, cela peut nous renseigner sur sa capacité à chercher un soutien auprès de l'adulte par exemple.

❖ Test de Naville :

Neuf cerceaux sont posés au sol de façon à former un triangle. Il est demandé à l'enfant, en partant d'un cerceau choisi par l'examineur, de passer dans tous les cerceaux à une seule reprise, sans en enjamber, ni sauter aucun.

Cette épreuve permet l'évaluation des capacités de planification et de stratégie de déplacement dans l'espace. Elle permet d'observer les capacités à anticiper ou non son action par une réflexion préalable, les tendances à l'impulsivité, les défauts d'attention ou de mémorisation d'une consigne longue. La position du départ varie lors des trois propositions, ce qui permet d'observer également les phénomènes de persévération.

On peut ici observer si l'enfant prend le temps d'observer les cerceaux posés au sol et de planifier, par une représentation visuelle, le chemin à effectuer pour répondre à la consigne. Dans le cas contraire, on verra le regard de l'enfant balayer rapidement les cerceaux ou même ne pas les regarder du tout, ce qui serait un signe d'impulsivité.

L'analyse du regard peut nous aider dans l'analyse des représentations spatiales ainsi que les capacités de planification, d'attention et les tendances à l'impulsivité.

❖ La batterie NEPSY II :

Elle a été créée par KORKMAN en 1998 puis révisée en 2003 par KIRK et KEMP. Il s'agit d'une évaluation neuropsychologique du développement de l'enfant. Elle est composée de cinq domaines : les fonctions attentionnelles et exécutives, le langage, les fonctions sensori-motrices, le traitement visuo-spatial et la mémoire. Elle a été étalonnée pour des enfants et adolescents âgés entre 5 et 16 ans. Nous nous intéresserons ici plus particulièrement au domaine du traitement visuo-spatial qui est composé de six subtests (8).

Le terme « traitement visuo-spatial » est fréquemment utilisé comme synonyme de « non verbal ». Dans un souci de clarté, Y. CHAIX et J-M ALBARET (8) ont distingué différentes fonctions dans le domaine du traitement visuo-spatial.

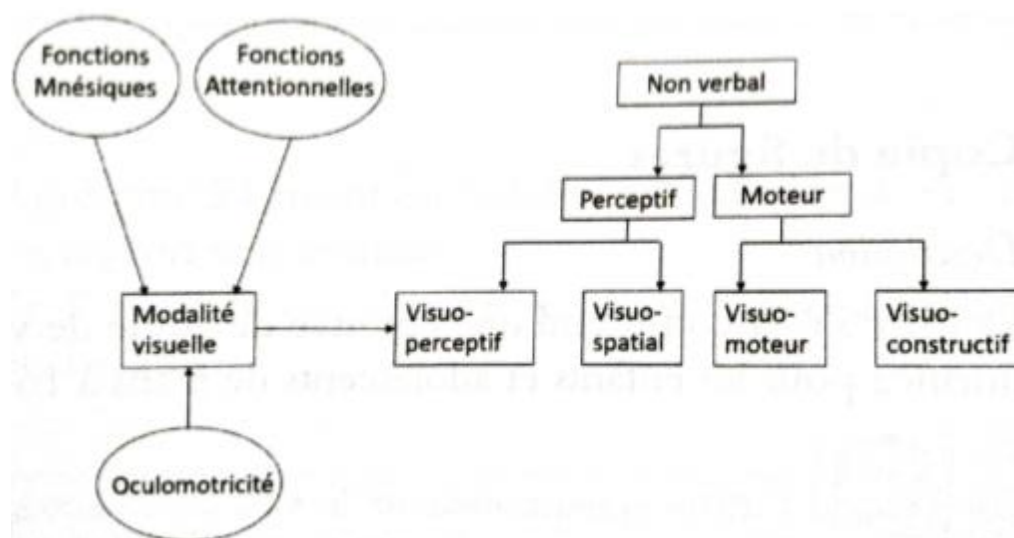
Tout d'abord, ce domaine qui utilise le système visuel peut être décomposé en un pôle perceptif et un pôle moteur. Chacun de ces pôles est également composé de deux aspects.

Premièrement le pôle perceptif peut être divisé en deux catégories fonctions : les fonctions visuo-perceptives et les fonctions visuo-spatiales. Les fonctions visuo-perceptives sont à relier à la voie occipito-temporale du « quoi » qui transmet l'information visuelle du cortex occipital aux aires associatives. Cette voie met en concordance l'information visuelle avec les connaissances de la personne ce qui permet de mettre du sens et reconnaître un objet, une personne.

Les fonctions visuo-spatiales sont, elles, à relier à la voie l'occipito-pariétale du « où » qui participe à l'analyse visuospatiale, la localisation des objets.

Deuxièmement, au niveau du pôle moteur on distingue : les fonctions visuo-motrices et les fonctions visuo-constructives. Les premières permettent par contrôle visuel de réaliser un geste avec précision. Les deuxièmes permettent de reconstituer en un tout les différents éléments d'un ensemble.

Le schéma suivant permet de reprendre l'organisation de ces différentes fonctions ((8), p157).



Ces fonctions cheminent par des voies neuronales différentes, les résultats peuvent donc être hétérogènes dans le domaine traitement visuo-spatial. Chacun des subtests du domaine ne va d'ailleurs pas évaluer l'ensemble de ces quatre fonctions.

Prenons l'exemple du subtest « Copie de figure ». La consigne est de copier vingt et une figures. L'épreuve est normée pour les enfants et adolescents de 5 ans à 16 ans et 11 mois. Elle permet d'évaluer le traitement visuo-spatial, les aptitudes grapho-motrices, l'attention visuelle et la planification. Dans cette épreuve, seul l'aspect visuo-constructif du pôle moteur est apprécié.

Le subtest « Puzzles d'images » en revanche porte attention sur les deux aspects du pôle perceptif du domaine du non verbal. L'épreuve étalonnée de 7 ans à 16 ans et 11 mois mesure la discrimination visuelle, le versant perceptif du traitement visuo-spatial et l'exploration spatiale.

c) Les coordinations :

La coordination est définie par B. DE LIEVRE et L. STAES comme « la combinaison des contractions musculaires en vue de la réalisation harmonieuse d'un mouvement. » ((20), p39). On peut distinguer trois grandes catégories de coordination : la coordination dynamique globale qui met en jeu la globalité du corps, la coordination de type association-dissociation et pour finir la coordination oculo-motrice qui fait appel à un travail commun entre la motricité du corps et celle des yeux.

Cette dernière peut être divisée en trois sous-catégorie : la coordination oculo-manuelle où le regard est associé à l'activité des mains et des bras, la coordination oculo-pédestre où le regard se coordonne au travail des pieds et des jambes et la coordination oculo-motrice globale (le regard se combine au corps tout entier).

❖ Le Brunet-Lézine révisé :

Il s'agit d'une échelle de développement psychomoteur de la première enfance créée par BRUNET et LEZINE en 1965 et réétalonnée en 1997 par JOSSE. Elle concerne les enfants de 2 mois à 6 ans pour les épreuves complémentaires. Quatre domaines sont étudiés : le contrôle postural et la motricité, la coordination oculo-manuelle, le langage et la socialisation (10).

Si on s'intéresse à la répartition du nombre d'items dans chaque catégorie, on s'aperçoit que sur 150 items, 54 items sont consacrés au domaine de la coordination oculo-manuelle, 40 pour le contrôle postural et la motricité, 30 pour le langage et pour terminer 26 items pour le domaine de la socialisation. La préhension étant une praxie complexe, nous faisons l'hypothèse que cette supériorité numérique est due au grand nombre des schèmes moteurs à acquérir pour arriver à son stade final. La présence et la qualité de ces schèmes moteurs doit donc être évaluée pour dépister précocement d'éventuelles difficultés qui pourraient entraver la mise en place de la préhension.

La mise en place d'une coordination oculo-manuelle de qualité est un élément essentiel dans l'instrumentation des membres supérieurs où la préhension permettra à l'enfant la découverte de son environnement ce qui enrichira son développement cognitif et psycho-affectif.

Dans les items de coordination oculo-manuelle, on trouve :

- L'item C1 « Suit des yeux une personne qui se déplace. »
- L'item C6 « Joue avec ses mains, les examine. ». On examine par cet item la mise en place d'un lien entre l'œil et la main.
- L'item C19 « Cherche la cuiller tombée. » permet d'apprécier où en est l'enfant quant à la permanence de l'objet.
- L'item C36 « Gribouille faiblement sur démonstration » permet d'apprécier les capacités d'imitation de l'enfant.
- L'item C53 « Fait une tour de 8 cubes. » permet d'évaluer la qualité de la coordination oculo-manuelle pour les activités nécessitant de la précision et un contrôle fin du geste.

De plus, certains items des domaines langage et socialisation portent sur le regard, rappelant son rôle dans la communication. On peut citer :

- L'item L4 concernant le domaine du langage « Tourne la tête immédiatement pour regarder la personne qui parle. » (Feuille de notation du Brunet-Lézine révisé, p. 2)
- L'item S16 portant sur la socialisation « Regarde ce que l'adulte regarde sans que celui-ci montre du doigt. » (Feuille de notation du Brunet-Lézine révisé, p. 3)

Cette échelle contient également une batterie d'épreuves visuelles réalisée en position couchée puis assise en fonction de l'âge de l'enfant. Les axes de l'analyse sont : la coordination oculaire, la perception de la distance, la fixation centrale ou périphérique et le style des mouvements oculaires. Je citerai ici quelques items :

- Première épreuve : l'examineur évalue la poursuite horizontale. Un anneau suspendu à une ficelle est présenté dans le champ visuel de l'enfant. L'examineur déplace cet anneau sur un axe horizontal, d'abord lentement puis rapidement. On observe si l'enfant suit l'objet du regard, sur combien de degrés et cette poursuite est associée à des mouvements adaptés entre la tête et les yeux.
- Douzième épreuve : une balle est placée devant l'enfant puis recouverte d'une serviette. On observe si l'enfant la récupère directement ou bien s'il recherche autour de lui où est la balle. Cette épreuve permet de tester si l'enfant a acquis la permanence de l'objet.

❖ Le bilan EPMO de F. LEPLAT :

Dans ce bilan, qui a été antérieurement présenté, l'une des catégories est « Coordination –Praxies ». J. PIAGET, cité par F. LEPLAT (37), définit les praxies comme « des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention » ((37), p. 13).

Dans ce domaine, il est étudié les coordinations : générale, des membres inférieurs, des membres supérieurs, des membres supérieurs et inférieurs, faciale, visuo-manuelle, les diadococinésies, le déliement digital et l'initiative motrice.

Parmi les sept axes d'observation, on trouve « Utilisation du regard ». Cet axe permet d'apprécier si le système visuel est intégré à l'ensemble des compétences motrices et utilisé de façon adéquate pour réaliser une action planifiée et orientée selon un but. En effet, certains items nécessitent un contrôle visuel pour une bonne réalisation. On peut citer comme exemple le jeu de ballon où le regard permet d'anticiper la trajectoire du ballon pour le lancer ou le recevoir. Dans cet exemple, l'utilisation du regard est adéquate.

Dans d'autres cas, le regard n'est pas nécessaire notamment pour l'épreuve de coordination des membres inférieurs. Dans ce contexte, son utilisation va renseigner le psychomotricien sur le fait que la représentation du geste n'est peut-être pas assez mature. L'enfant a alors besoin de regarder son corps afin de visualiser le geste à réaliser. Cette immaturité va être pour certains enfants en cohérence avec leur âge chronologique tandis que pour d'autres elle sera un signe de difficultés de coordination et peut-être d'une intégration fragile des possibilités motrices.

En ce qui concerne la coordination visuo-manuelle, quatre items sont proposés à l'enfant. Ces items font tous intervenir un outil scripteur ou une paire de ciseaux. Il y a donc un lien étroit entre la coordination visuo-manuelle et les capacités graphomotrices. L'instrumentation du regard et des coordinations visuo-manuelles de qualité sont donc des prérequis à rechercher en présence de difficultés graphiques.

d) Examen des fonctions attentionnelles :

Les fonctions attentionnelles ont été l'objet de nombreux modèles. En 1994, VAN ZOMEREN et BROUWER ((4), p. 173) propose une modélisation de l'attention dans laquelle ils distinguent deux grands aspects de celle-ci : l'intensité et la sélectivité. Ces deux aspects sont également divisés en deux fonctions.

L'intensité est liée au degré d'implication du sujet dans une tâche et donc la quantité et de la modulation des ressources attentionnelles mises en jeu. Elle regroupe les fonctions : d'alerte (préparation attentionnelle brève ou longue) et le continuum vigilance/attention soutenue. Ce continuum représente la capacité à maintenir l'attention durant une longue période. Si la situation amène le traitement d'un grand nombre d'information, on utilisera le terme d'attention soutenue. Dans le cas contraire où le flux d'information à traiter est faible et lent, on parlera de vigilance.

La sélectivité, elle, regroupe la capacité d'attention sélective (capacité à sélectionner un stimulus pertinent en inhibant des distracteurs éventuels) et l'attention divisée (capacité à partager les ressources attentionnels entre deux ou plusieurs tâches simultanées).

Comme explicité plus haut, le regard étant impliqué dans les processus attentionnels, son analyse peut permettre d'en extraire des informations.

❖ Le test d'attention d2 révisé :

Initialement créée en 1962 par R. BRICKENKAMP, cette épreuve a été révisée en 2015 par R. BRICKENKAMP, L. SCHMIDT-ATZER et D. LIEPMANN (4). La consigne est de barrer de façon sélective un caractère précis parmi tous les autres. Ce test est réalisé dans une limite de temps précise. Cette épreuve va permettre de mesurer la capacité à sélectionner rapidement et de façon continue, une information pertinente parmi un ensemble de distracteurs. Ce test évalue donc l'attention sélective visuelle. On pourra observer l'organisation du regard : les trajets effectués, la rapidité d'exécution.

e) Evaluation de la qualité relationnelle du regard :

Le regard ne se réduisant pas à son aspect fonctionnel, observer son intervention dans les échanges relationnels peut nous donner des indications sur le niveau d'individuation du patient, sa sécurité interne et son rapport avec autrui.

En 1995, une équipe de professionnels dirigée par G. HAAG crée la « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile » (29). Cette grille traduit la volonté de ses créateurs de penser d'une nouvelle façon l'évolutivité des enfants atteints de syndromes autistiques. Elle met l'accent sur les effets des prises en soin qui peuvent permettre la remise en route du processus développemental, avec toutefois la persistance de certaines particularités autistiques. Cette équipe s'oppose donc à l'idée d'une pathologie autistique immuable.

Dans cette évolution marquée par cinq étapes, G. HAAG *et al* s'intéressent à huit aspects du développement (30) : les expressions émotionnelles dans la relation, l'état du regard, l'image du corps, le langage verbal, le graphisme, l'exploration de l'espace et des objets, le repérage temporel et les manifestations agressives.

Cette grille trace une évolution non-linéaire dans la construction d'un moi corporel chez l'enfant présentant un TSA, construction qui se projette dans la structuration de l'espace extérieur.

La première étape est qualifiée d'état autistique sévère. L'enfant est dans un espace corporel uni ou bidimensionnel ce qu'il projette dans l'exploration de l'espace par des tournolements autour d'un point ou au niveau du repérage temporel par la perception d'un temps figé ou circulaire de la « mêmété ». L'enfant est dans un repli permanent sur les sensations par le recours à des stéréotypies d'autostimulation sensorielle et n'accorde pas d'intérêt à la recherche d'émotion et d'échange relationnel. Lorsque les manœuvres autistiques (stéréotypies ou rituels) sont empêchés ou que des tentatives forcées de mise en relation sont réalisées, on peut observer ce que F. TUSTIN appelle des crises de « tempertantrum » ((30), p. 318). Elles correspondent à des crises de rage et d'angoisse avec des désorganisations corporelles telles que des hurlements ou des gestes d'agression ou d'auto-agression.

Concernant le regard, celui-ci évite les situations d'échange relationnel. Il peut être : absent, fuyant, évitant, traversant ou encore périphérique aussi qualifié de dévié qui semble à la recherche du contour du corps propre et du collage à l'autre ou aux objets.

La deuxième étape correspond à la récupération de la « peau » et se centre sur des enjeux d'enveloppe, de contenance et d'entourance. Les auteurs observent les prémices de l'organisation tridimensionnelle du corps et de l'espace qui se traduit par la circulation des projections identificatoires c'est-à-dire que l'enfant va jouer ses préoccupations internes dans le rapport avec les personnes et les objets de son environnement. L'enfant rejoue alors ses préoccupations d'intégrité corporelle et d'enveloppe en cherchant à contenir son corps propre dans des contenants circulaires, en initiant des activités d'encastrement ou encore en fabriquant des territoires, véritables métaphore d'un espace interne.

Concernant le regard, les auteurs observent une alternance entre la fuite et l'hyperpénétration. Les moments d'hyperpénétration sont associés à la présence d'un appui-dos. Ces moments semblent recréer la séquence d'interpénétration des regards et d'appui dos lors des moments de nourrissage du bébé qui permet la création de l' « arrière-plan » théorisé par G. HAAG et qui conditionne le premier vécu d'un sentiment d'enveloppe.

La troisième étape est dominée par la réduction du clivage vertical pour la formation de l'axe vertical. Les échanges relationnels deux à deux sont de plus en plus réalisés et servent de supports identificatoires à l'enfant dans l'intégration de l'axe corporel. L'enfant peut par exemple se coller latéralement au corps de l'adulte et prendre sa main pour réaliser différentes activités. Au niveau verbal, l'enfant parle en écholalie différée. Dans l'exploration de l'espace, l'enfant porte son intérêt sur les articulations verticales fixes des éléments architecturaux : l'enfant projette la perception de l'axe du corps propre en se calant dans les angles de deux murs par exemple. Il s'intéresse également aux objets doubles et à la comparaison pareil/pas pareil.

Au niveau du regard, il se caractérise par la mise en place d'un strabisme pour éviter la binocularisation nécessaire à la vision à distance. Parallèlement, le regard est le réceptacle de la pulsion orale et des peurs de dévoration (dévorer et être dévoré).

La quatrième étape concerne la réduction du clivage horizontal, l'enfant initie l'intégration du bas de son corps par l'exploration des membres inférieurs et des zones anale et sexuelle. De cette intégration découle une meilleure gestion des sphincters nécessaire à l'acquisition de la propreté. Ces évolutions se projettent dans les relations aux objets avec un intérêt de l'enfant pour le dessus/dessous des espaces et des objets, des découpages et pliages horizontaux et des constructions emboîtées plus complexes. Au niveau temporel, l'enfant conçoit et accepte le principe d'irréversibilité.

Dans cette étape, le regard redevient un outil de communication. Il est qualifié de lumineux et renvoyant.

La dernière étape est celle de l'individuation, l'enfant se représentant comme un être unifié et sphinctérisé ce qui se signe au niveau du graphisme par des cercles fermés et le développement des formes radiaires. On retrouve au niveau de l'exploration des objets les activités de la deuxième et troisième année de vie qui renvoient à la distinction dedans/dehors : jeux de transvasements, enfoncements, emballages, contenant/contenu.

Le regard est pétillant avec une bonne tonalité d'échange. L'enfant cherche le regard de l'autre pour l'attention conjointe et développe le pointage protodéclaratif.

Le bilan psychomoteur va contribuer notamment à l'élaboration d'un projet de soin global et adapté au patient. Ce projet ne se résumant pas à la psychomotricité, le psychomotricien va collaborer avec différents professionnels, invitant chacun d'entre eux à se mettre en œuvre dans l'élaboration de ce projet, véritable travail d'élaboration pluridisciplinaire. Mais qu'est-ce que la pluridisciplinarité sinon qu'un échange de regards ?

3) La pluridisciplinarité, la pensée à la croisée de différents regards :

La pluridisciplinarité renvoie à la mise en commun, le recours à plusieurs disciplines ou domaines de recherche autour d'un même objet d'étude. Chaque spécialiste conserve sa spécificité et la met au profit d'une réflexion commune. Les différents apports sont complémentaires et permettent la résolution d'un problème.

Dans un cadre de soin, chaque professionnel de l'équipe soignante va mettre à profit ses compétences propres afin de participer à la prise en soin d'un patient.

a) Intérêts d'un travail pluridisciplinaire :

Selon K. SANSON (55), la dimension du conflit inhérente à la rencontre des disciplines et des professionnels qui les incarnent peut être mise au service du patient. Ce qu'elle nomme le partenariat interdisciplinaire impose une limite structurante. En effet, un travail pluridisciplinaire nécessite une bonne connaissance de son propre champ de compétences ainsi que ceux de ces collègues afin de réaliser une prise en charge cohérente et de pouvoir orienter si besoin le patient vers un autre professionnel plus qualifié vis-à-vis d'une problématique particulière. Il est également important de prendre en compte les limites personnelles de chacun. Fixer ses limites va permettre à chacun d'être au clair avec ses droits, devoirs et limites d'exercice.

Parallèlement, le travail pluridisciplinaire va permettre à l'équipe soignante de mettre en place une approche globale ou complexe. En psychomotricité, nous envisageons le développement psychomoteur du sujet comme l'intrication de différents facteurs : biologiques, environnementaux, psychologiques, moteurs, sociaux, culturels. Ainsi le sujet est un système complexe lui-même en relation avec d'autres sujets complexes. La psychomotricité est d'ailleurs elle-même issue de la rencontre de différentes disciplines que sont la psychologie, la psychiatrie, la psychanalyse et la neurologie.

K. SANSON exprime que « Pour comprendre la situation ou la problématique d'une personne, décrypter une demande et imaginer des modalités d'intervention, il est important de pouvoir s'appuyer sur une approche qui reconnaît et préserve cette complexité. Pour cela, disposer de regards différents dans une même équipe me semble un atout essentiel. » ((55), p.25). Le travail pluridisciplinaire va donc permettre de mettre en commun et de relier les différents regards et donc pensées des différents professionnels afin de recréer la complexité du sujet. Ainsi une situation ou problématique va pouvoir être mise en lien avec d'autres observations de différents professionnels pour situer plus précisément ses enjeux. La mise en lien des informations va permettre de répondre de manière multilatérale à une situation.

Dans le cas où la rencontre des différents professionnels conduit à une approche complexe et dynamique, S. MISSONNIER parle de « conflictualité fructueuse » ((45), p. 37).

b) Quels obstacles au travail pluridisciplinaire ? :

Qui dit travail pluridisciplinaire, dit communication. Le premier obstacle au bon déroulement d'un travail d'équipe sera donc de trouver un langage commun ou des outils pour faciliter les échanges.

A propos de la communication, S. MISSONNIER (45) soulève le fait que l'équipe de soin est composée de différents professionnels venant de disciplines différentes et complémentaires qu'on peut diviser en deux grandes catégories : les « somaticiens » et les « psychistes ». Chaque catégorie possède un langage qui lui est propre.

La langue médicale des « somaticiens » s'appuie sur la réalité expérimentale de la preuve scientifique gouvernée par la raison et utilise une sémiologie explicite du soma d'autrui objectivé scientifiquement. A contrario, la langue psychologique des « psychistes » s'appuie sur la réalité psychique de la croyance gouvernée par le désir et utilise une sémiologie à la fois explicite et implicite de la rencontre ressentie. Enfin, les « somaticiens » se distanciant à l'égard du vécu subjectif du soigné et des enjeux intersubjectifs de la relation soignant/soigné s'oppose aux « psychistes » dont l'attention se focalise sur la dialectique transféro/contre-transférentielle de la relation soigné/soignant.

L'enjeu est alors d'aboutir à un point de rencontre entre ces deux langues. Cela nécessite un effort actif de traduction et de compréhension de chacun des professionnels. Finalement, les deux langues s'enrichissent mutuellement. Une absence de hiérarchie entre les deux langues est indispensable à la dynamique des échanges. De plus, si la traduction mutuelle est efficiente, la multiplicité des langues a le bénéfice d'offrir aux patients et aux familles des interlocuteurs auxquels ils peuvent déposer des éléments distincts.

Dans cet espace professionnel, des enjeux de sécurité narcissique peuvent être joués dans les relations entre les différents professionnels.

Dans la rencontre avec les patients, les professionnels sont le réceptacle d'élan émotionnels positifs et négatifs. A cela peut s'ajouter les tensions et conflits au sein de l'équipe. L'ensemble de ces affects et tensions peuvent déséquilibrer l'équipe soignante et constituer une entrave à la cohérence du projet de soin. La mise en place d'un groupe de supervision par l'institution est recommandée afin de garantir une qualité des soins (2).

Après nous être intéressés à la place du regard dans le développement psychomoteur et dans la pratique du psychomotricien d'un point de vue théorique, nous allons maintenant passer à la partie clinique de ce mémoire dans laquelle j'expliciterais comment mon approche par le regard m'a permis d'orienter ma pratique en séances de psychomotricité.

Partie 3 : Cas clinique

I. Présentation du cabinet libéral :

La psychomotricienne, qui m'accueille en stage tous les vendredis depuis novembre 2018, exerce dans un cabinet libéral en collaboration avec une orthoptiste. Le cabinet a été créé en 2016. La psychomotricienne accueille une population diversifiée : bébés prématurés ; bébés présentant des troubles neurologiques ; enfants présentant un retard de développement, des troubles d'apprentissage ou porteurs de maladies génétiques. Il lui arrive également de recevoir des patients adultes dans le cadre d'accidents vasculaires cérébraux ou encore de troubles visuels évolutifs tels le glaucome. Les patients sont âgés de quelques mois à 88 ans.

J'ai pu au cours de ce stage participer à de nombreuses prises en charge et lorsque que la situation le permettait, passer d'une position d'observatrice à actrice durant les séances en proposant des activités aux patients.

II. Etude de cas :

Je rencontre Nicolas dans le courant de mi-novembre 2018. Il est actuellement âgé de 4 ans et 5 mois. C'est un garçon avec un rapport statur pondéral légèrement inférieur à la norme pour son âge. Il a des cheveux châains et les yeux marron.

1) Anamnèse :

a) Environnement familial :

Il est le deuxième enfant d'une fratrie de trois. Il a un grand frère de 8 ans qui a été suivi en psychomotricité et une petite sœur de 7 mois sans souci particulier. Sa mère est assistante maternelle et ne travaille plus depuis la naissance de sa petite sœur. Elle est très impliquée dans la prise en charge de Nicolas. Elle se charge des trajets, des procédés administratifs. Elle est toujours très à l'écoute de ce que l'on peut observer de son fils et met en lien nos observations avec celles de leur quotidien ce qui nous donne accès à son regard maternel. Ses observations sont toujours très fines et pertinentes. La gestion de la vie familiale et des soins de Nicolas est la cause d'une grande fatigue pour elle et d'autant plus durant cette période où les demandes de place en institution restent sans réponse. Le père de Nicolas est poseur de menuiserie. Je ne le rencontrerai qu'à une seule occasion.

b) Développement psychomoteur :

La grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans souci particulier. Dès les premiers mois, Nicolas est hospitalisé pour un reflux gastro-œsophagien (RGO) qui entraîne une œsophagite peptique (c'est-à-dire une inflammation de l'œsophage avec des érosions et des ulcérations de la paroi interne de l'œsophage dues au reflux gastrique acide) qui l'empêche de se nourrir correctement. Une sonde nasogastrique lui est posée. Durant cette hospitalisation, une batterie d'examen est réalisée. L'IRM et l'échographie ne révèle rien. En revanche, l'électroencéphalogramme (EEG) détecte un ralentissement de l'activité cérébrale.

A l'âge de 1an, le diagnostic du syndrome d'Angelman est posé. Dans cette même période, l'épilepsie étant fréquemment associé à ce syndrome, les parents sont formés à l'utilisation du valium. En 2017, l'épilepsie se déclare se présentant chez Nicolas par des clonies et des absences. Un traitement médicamenteux est alors mis en place. Ce traitement a récemment été augmenté pour un ajustement en vue de l'augmentation staturo-pondérale. La mère note depuis une amélioration des capacités attentionnelles et relationnelles de Nicolas. Une crèche l'accueille un jour par semaine en présence de sa petite sœur.

c) Prises en charge :

Au niveau des suivis, il a une prise en charge en psychomotricité depuis l'âge de 10 mois par la même psychomotricienne qui note un retard global du développement psychomoteur et cognitif. Sa motricité est saccadée. Il présente une hyper-oralité qui laisse peu de place pour l'exploration de l'environnement par les mains. Quand je le rencontre, il se déplace à quatre pattes et marche uniquement lorsqu'un soutien sous les bras lui est proposé. Actuellement, c'est un suivi hebdomadaire.

Il est suivi en kinésithérapie une fois par semaine ainsi qu'en orthophonie une fois par semaine. Ces prises en charge sont situées à 45 minutes du domicile. Cela peut donner des éléments quant à la relation de confiance qui a pu être créée avec les professionnels qui suivent Nicolas, pour certains, depuis sa naissance. Cela est aussi important à avoir en tête quant à la disponibilité de Nicolas pendant les séances.

Cependant, afin de coordonner les suivis et la vie familiale, et dans le souci de se rapprocher du domicile, une entrée en institution est demandée par la famille depuis maintenant 2 ans et demi. Des demandes sont en cours. De plus, la crèche ne pourra plus accueillir Nicolas en 2019 par conséquent la question de l'orientation est d'autant plus importante.

Début avril, un second rendez-vous avec un Institut Médico-Educatif (IME) a eu lieu, donnant à la famille l'espoir d'une entrée prochaine en institution. Or entre les deux rendez-vous le dossier a été perdu. Ce rendez-vous a été la source d'une grosse déception pour la famille qui se retrouve comme au point de départ puisque Nicolas n'est inscrit sur aucune liste d'attente.

d) Le syndrome d'Angelman :

Le syndrome d'Angelman est un syndrome d'origine génétique. C'est une association de plusieurs symptômes : certains systématiques et d'autres fréquents (32).

On retrouve de façon constante un retard global des acquisitions qui touchent l'ensemble des domaines de développement. Ce retard devient visible à partir de 1 an. On retrouve également une déficience intellectuelle souvent sévère qui limite leurs capacités d'apprentissage, un trouble du langage et un trouble du développement moteur.

Cette pathologie est reconnaissable par les traits comportementaux caractéristiques : un air jovial, des accès de rires sans toujours une cause particulière.

Fréquemment associés, on observe : une microcéphalie, des crises d'épilepsie, des troubles de la marche et de l'équilibre et des troubles du sommeil.

De façon plus disparate, on retrouve : des caractères physiques particuliers (dysmorphie faciale, une bouche large, protrusion de la langue avec bavage fréquent), un strabisme, une tendance à l'obésité.

2) Indications en psychomotricité :

Nicolas est suivi depuis 3 ans par la psychomotricienne qui m'accueille en stage. La prise en charge individuelle a été indiquée en raison d'un retard des acquisitions. A 10 mois, le passage plat dos/plat ventre ne se faisait pas de manière autonome et la station assise n'était du coup pas acquise. Nicolas présentait une hypotonie axiale.

Actuellement, la prise en charge en psychomotricité auprès de Nicolas suit plusieurs axes thérapeutiques :

- Accompagner Nicolas dans l'instrumentation de son corps : coordination oculo-manuelle et intégration du bas du corps.
- Accompagner Nicolas dans ses expériences sensori-motrices et sa découverte du monde.
- Travail autour de l'axe corporel et des appuis.

3) L'accompagnement en psychomotricité :

Je rencontre pour la première fois Nicolas dans le courant de mi-novembre. Ma présence pendant les séances a été préalablement acceptée par les parents. Il est souriant et ne montre aucun signe de gêne quant à ma présence. Sa mère est également très souriante, ce qui a permis une prise de contact fluide avec eux.

❖ De novembre à fin décembre :

Dès la première séance, je remarque une hyper-oralité chez cet enfant avec un bavage constant lui causant des rougeurs autour de la bouche. Je m'interroge sur les conséquences qu'a pu avoir la sonde nasogastrique posée durant sa première hospitalisation, au niveau de l'investissement de la zone orale. Tous les objets sont amenés directement à la bouche de manière automatique. L'objet n'est que peu exploré visuellement et tactilement.

J'observe que le lien main-œil n'est réalisé que très rarement. En effet, Nicolas utilise de façon préférentielle son système visuel périphérique. Or ce système, qui est au niveau phylogénétique le plus archaïque, possède une sensibilité aux détails faible (11).

Ainsi, l'utilisation de ce système chez Nicolas ne lui permet pas d'obtenir des informations visuelles précises sur les objets qu'il attrape et donc limite l'extraction de connaissances nécessaire au développement cognitif.

Les coordinations oculo-manuelles sont peu efficaces. Nicolas possède des difficultés à attraper un objet en mouvement, que je relie en partie à une faiblesse de la poursuite oculaire.

Ces difficultés renvoient à la notion d'instrumentation de la vision décrite par BULLIGNER (11). Ce processus se met en place durant la période que l'auteur nomme l'espace du buste. Durant cette période, le bébé coordonne l'espace avant et arrière de son corps ce qui le mène à un équilibre entre les schèmes de flexion et d'extension. Cet équilibre permet la création d'un arrière-fond par l'intériorisation de l'appui dos durant les portages, véritable appui pour le regard. Cet arrière-fond constitue également un sentiment de sécurité de base chez le bébé.

On observe donc vers 10-12 semaines, les visions focale et périphérique se coordonner. On parle d'instrumentation de la vision comme outil dans l'exploration de l'environnement. Grâce à cette coordination, le bébé acquiert la capacité de poursuite visuelle et il va également pouvoir diriger son regard selon un projet d'exploration. Ce traitement des flux visuels est très dépendant de la régulation tonico-posturale.

En position assise, la capture d'un objet avec la main entraîne systématiquement un mouvement de la bouche vers l'objet ce qui amène Nicolas en flexion du buste. Il est en position assise, recroquevillé autour de l'objet. Il est alors peu disponible pour l'exploration de cet objet et la relation. On peut ici faire l'hypothèse que les mains n'étant pas instrumentées, la bouche ne s'est pas dégagée de sa fonction d'exploration.

En outre, si Nicolas met un objet à la bouche, il est plus disponible pour explorer un deuxième objet qu'il tient dans les mains. Il est dans ce cas, assis avec le buste droit. On peut également faire l'hypothèse que la mise d'un objet en bouche permet de faire exister un axe corporel peu intégré psychiquement.

Durant nos séances, la psychomotricienne et moi-même tentons d'accompagner Nicolas dans la mise en place de ces acquisitions. Nous stimulons son attention avec des objets colorés et/ou auditifs afin de provoquer un recrutement tonique et donc un redressement de sa part. Nous lui proposons durant ces moments des appuis controlatéraux au niveau du bassin et parfois au niveau du torse pour le libérer des contraintes gravitaires et lui permettre de se concentrer uniquement la coordination oculo-manuelle.

Les appuis controlatéraux au niveau du bassin rappellent la position du réflexe tonique asymétrique du cou ou réflexe de l'escrimeur. L'appui au niveau du bassin est controlatéral à l'orientation de la tête et du bras tendu (44). Ainsi le bras tendu est libéré de la gestion de l'équilibre et peut réaliser et réguler librement le geste d'approche vers l'objet. Cette organisation posturale se retrouve plus tard dans l'acquisition de l'écriture.

Au cours de ces derniers mois, j'ai pu observer une amélioration dans ce domaine. Les intentions de préhension sont devenues de plus en plus régulières. La direction de la main vers l'objet s'ajuste. La vision focale est de plus en plus utilisée lors de la préhension, de l'exploration d'objets et sur le plan relationnel. Lors des jeux ou lorsque Nicolas est assis le dos en appui contre nous, il se retourne pour chercher notre regard. Son regard traduit une plus disponibilité et attention.

Parallèlement, le tonus devient de plus en plus présent au niveau de l'axe de Nicolas. Durant l'exploration d'un objet en position assise, il peut rester redressé avec le buste droit sans objet dans la bouche.

Nous avons aussi travaillé les torsions autour de l'axe. L'axe corporel est figuré anatomiquement par la colonne vertébrale. S. ROBERT-OUVRAY et A. SERVANT-LAVAL confèrent à la colonne deux propriétés complémentaires : la mobilité et la stabilité. La mobilité du rachis permet l'orientation des trois sphères : le crâne pour la sensorialité et la communication, le thorax pour les membres supérieurs et la préhension et le bassin pour la locomotion. En parallèle, le rachis représente un point d'appui interne, un axe d'ancrage essentiel pour l'activité posturale, le mouvement et la verticalisation.

En ce qui concerne l'orientation de la tête, la poursuite oculaire d'un objet entraîne un déplacement de celle-ci mais aussi du buste. Or chez Nicolas la régulation tonique n'étant pas fonctionnelle, la rotation entraîne une hyper-extension du dos et de la tête. Ce phénomène étant majoritairement présent à gauche, il s'est ensuite déplacé à droite. Aujourd'hui, la rotation autour de l'axe est mieux régulée mais reste encore à solliciter.

En ce qui concerne son hyper-oralité, les objets sont encore mis à la bouche mais avec une fréquence moins élevée. Depuis janvier, Nicolas porte autour du cou un collier avec un pendentif à mâcher acheté par les parents. Plus disponible pour l'exploration durant la première séance, nous avons ensuite remarqué, que ce collier par les sensations tactiles et auditives qu'il produisait, était envahissant pour Nicolas. Il était alors peu disponible pour les activités. Nous avons donc convenu d'enlever ce collier le temps des séances.

Ce comportement d'amener les objets à la bouche peut être contrôlé par Nicolas. En effet, nous lui demandons le temps de la séance de ne pas mettre les objets de la salle à la bouche. Nous observons, après plusieurs mois de rappels, des inhibitions de ce geste. Nicolas amène un objet à sa bouche puis avant qu'il rentre en contact le détourne. Cette conduite montre la compréhension de cette consigne par Nicolas et sa capacité à contrôler volontairement sa motricité.

Nicolas semble en pleine construction d'images mentales. Lors de retour de séances avec sa mère, Nicolas est attentif à ce qui se dit. Ses sourires et rires sont de plus en plus adaptés. Je le remarque lorsque je verbalise mon impression de son intention de mettre un objet à la bouche. Il esquisse alors un sourire qui semble confirmer la verbalisation de son intention réfrénée. Ceci est également observé lors des retours de séances avec sa mère, lorsqu'elle nous raconte les progrès de Nicolas au quotidien. Le récit d'une situation amène un sourire très adapté.

De plus, lorsque nous présentons des objets, Nicolas les associe directement aux propositions des séances précédentes. Il rentre immédiatement dans nos propositions ce qui semble montrer une mémorisation des séances.

En ce qui concerne la communication, Nicolas ne parle pas. Il émet cependant de plus en plus de vocalisations. L'expression des sentiments devient de plus en plus compréhensible avec des sourires plus adaptés et des mimiques de mécontentement plus marquées accompagnées de grognements. Le regard est plus fréquemment utilisé pour communiquer, il est focal.

❖ De janvier à fin février :

Début janvier et pendant quelques semaines, nous axons les séances sur les appuis au niveau du bas du corps et dans l'expérimentation de la différence entre pied porteur et pied explorateur (11). Cette alternance entre les deux fonctions du pied est nécessaire pour l'intégration de la marche.

Pour travailler la notion de pied explorateur, la psychomotricienne assise derrière Nicolas lui propose une position facilitante à l'exploration proposée (appui dos et bassin) pendant que je propose à Nicolas différentes surfaces à explorer avec les pieds. Avant de placer les objets sous les pieds, je propose d'abord à Nicolas de les regarder et les toucher avec les mains. En faisant cela, je soutiens chez Nicolas la capacité d'unifier les différentes sensations tactiles, visuelles, auditives, vibratoires d'un même objet afin d'avoir une représentation unifiée de celui-ci. Cette capacité appelée coordination intermodale a été décrite par A. STRERI. En outre, dans cette installation, Nicolas a un contrôle visuel sur son exploration pédestre ce qui soutient la création d'un lien entre l'œil et le membre inférieur et donc l'intégration du bas du corps dans le schéma corporel. En lui proposant différentes surfaces à explorer, je souhaite fournir à Nicolas des expériences sensori-motrices afin qu'il développe sa perception au niveau de la voûte plantaire. Une perception plantaire de qualité permet une bonne perception des appuis nécessaire lors des conduites de déplacements et de redressement.

Au début de l'activité, Nicolas dirigeait peu ses pieds vers les surfaces. Il cherchait plutôt à les attraper avec les mains et la bouche. Puis au cours des séances, j'ai observé de plus en plus des mouvements dirigés et en réponse à nos demandes.

Dans un second temps, nous lui proposons différentes surfaces contre lesquelles il doit exercer une poussée avec ses pieds. L'ajout d'un imaginaire de combat de chevalier a permis d'investir de façon plus marquée cet exercice. Nicolas y met de plus en plus de force. L'objectif est ici de faire ressentir à Nicolas les appuis qu'il peut avoir au niveau des pieds dans le but de le mettre au service du redressement vers la position debout et dans la marche qu'il réalise actuellement avec un soutien sous les bras.

Dans un dernier temps, nous l'accompagnons à se redresser jusqu'à la position debout. Pour cela, nous lui proposons des appuis au niveau du bassin. Il a une fois été proposé un appui antérieur à l'aide d'une écharpe de portage disposée au niveau du torse. La notion de dialogue tonique, développée dans un premier temps par H. WALLON (1), y était alors au premier plan : il fallait constamment s'ajuster entre le fait de lui donner un appui sur lequel il pouvait s'appuyer et de l'autre côté varier l'intensité de l'appui en fonction du tonus qu'il impliquait dans son redressement. Dans une interaction avec Nicolas, mon attention était entièrement focalisée sur l'ajustement tonique qui avait lieu entre Nicolas et moi. Un dialogue non verbal s'est mis en place entre nous, médiatisée par l'écharpe.

❖ De mars à fin avril :

En mars, un nouveau déroulement de séance a été mis en place. Dans un premier temps, je propose un temps de détente à Nicolas puis nous continuons le travail initié sur le regard ou les appuis au niveau du bas du corps.

Le premier temps de détente est réalisé sur une planche de bois surélevée avec un fond sonore musical. Je propose dans un premier temps un massage à l'aide de balles. Ensuite je réalise des percussions sur le corps de Nicolas puis sur le plancher. Ce temps a pour objectif de faire vivre à Nicolas de la détente et donc une autre façon de vivre son corps autre que l'hypertonie. Les différentes sensations corporelles apportent également un vécu de l'enveloppe corporelle et une perception du squelette par les sensations vibratoires que fournissent les percussions. Les percussions sur le plancher apportent un vécu global du corps. En somme, toutes ces sensations fournissent un éprouvé du corps qui participe à un sentiment d'enveloppe et enrichit les données du schéma corporel.

Le schéma corporel désigne pour J-M ALBARET (1) un ensemble de représentations du corps pour l'action. Il définit pour le sujet un référentiel égocentrique qui l'informe de manière non consciente de la disposition des différentes parties de son corps. Ce système prend appui sur les informations nécessaires au bon déroulement d'une action : informations proprioceptives, tactiles, vestibulaires et visuelles. Dans ce contexte, de façon parallèle à la détente, les vibrations vont apporter des informations à Nicolas quant à la consistance et la présence de son corps. Ceci pourra contribuer au fil du temps à lui permettre de percevoir les potentialités de son corps.

De plus, les percussions corporelles vont solliciter la structure osseuse du rachis et sa perception. Ceci permet à Nicolas de faire vivre un axe solide, véritable appui pour le redressement.

J'ai d'ailleurs pu observer que Nicolas est plus réceptif en position allongé sur le côté aux percussions qui ont lieu au niveau postérieur. Je fais l'hypothèse que ces sensations amènent directement une perception du dos et de la colonne ce qui fait vivre un appui dos, un arrière-fond. L'arrière-fond est un concept développé par G. HAAG (31) et qui correspond à l'intériorisation d'une limite postérieure du corps. Cette surface permet l'inscription des sensations et le déploiement du psychisme. L. MEUNIER rajoute que « la conscience du dos comme zone de sécurité du nourrisson correspond neurologiquement à la zone de tranquillité du système nerveux parasympathique. » ((44), p. 23). Cette idée corrobore mon observation d'un relâchement tonique plus intense lors des percussions réalisées au niveau du dos de Nicolas.

Je propose ces sollicitations corporelles en variant l'intensité et le rythme. Ces variations sont réalisées dans le but d'accompagner l'intégration sensorielle et d'agrandir le répertoire sensoriel de Nicolas.

Pour finir, je remarque que ce temps de détente permet à Nicolas d'être ensuite plus disponible pour le reste de la séance : il est plus calme, plus communicatif, le regard se focalise avec plus de facilité.

Au cours des séances, j'ai pu remarquer que Nicolas identifiait bien ce premier temps de la séance. Il se rend vers le plancher et entre plus facilement et rapidement dans la détente. D'abord assis, il s'allonge quasiment instantanément, les résistances du départ sont moins présentes.

Au début du mois d'avril, Nicolas a fait une crise d'épilepsie. Les parents notent une absence et l'amènent à l'hôpital. Nicolas présentera une grande fatigue pendant les deux séances suivantes. Il est moins disponible dans la relation.

4) Conclusion :

De façon globale, je note une amélioration des capacités attentionnelles et relationnelles chez Nicolas. Je fais l'hypothèse que ces améliorations sont en lien avec l'intrication de plusieurs facteurs : le nouveau dosage médicamenteux, les prises en charge, la naissance de sa petite sœur et son développement et le fait d'aller à la crèche. Le fait d'être en contact avec d'autres enfants offrent à Nicolas la possibilité de mettre en place des comportements d'imitation. Ces derniers lui donnent accès à de nouveaux comportements moteurs participant à une nouvelle dynamique dans les processus d'apprentissage. Le contact avec ses pairs est également une occasion pour Nicolas d'initier un processus de socialisation.

En outre, il semble avoir intégré le rythme des séances ce qui lui permet de créer de la continuité et de l'anticipation dans le suivi. Il est alors plus acteur, j'observe de plus en plus d'intentionnalité dans ses projets moteurs. La régulation tonico-émotionnelle et les coordinations oculo-manuelles sont plus efficaces.

Compte tenu de ses retards d'acquisition et de l'émergence de nouvelles compétences, la prise en charge reste à poursuivre. Elle se poursuivra au cabinet libéral en attendant qu'une entrée en institution soit possible. Ce suivi m'a particulièrement questionné sur la temporalité de la prise en charge en psychomotricité. En effet, Nicolas a besoin de beaucoup de répétition afin d'intégrer de nouvelles expériences. Les améliorations se jouent du côté qualitatif et dans la finesse. Il s'agit d'une prise en charge où les objectifs s'inscrivent sur le long terme.

Durant la prise en soin de Nicolas, j'ai pu progressivement passer d'une position d'observatrice à une position plus active. J'ai alors pu mener seule le début de la séance et co-animer le reste de la séance. Ceci m'a permis de m'impliquer corporellement dans le suivi et d'éprouver la notion de dialogue tonico-émotionnel. J'ai alors pu expérimenter l'ajustement tonique et interactif nécessaire lors des séances de psychomotricité.

Participer à ce suivi m'a également permis de pouvoir échanger avec les parents et de pouvoir observer la dynamique du binôme parents-enfant, me permettant de faire des liens entre mes observations en séance et ce qu'il se passe au domicile.

Dans cette prise en charge, mes questionnements sur le regard m'ont permis d'avoir un axe de compréhension dans les problématiques psychomotrices de Nicolas. J'ai en effet pu observer :

- Que les coordinations oculo-manuelles n'aient pas efficiente
- Une faiblesse de la poursuite oculaire sur le plan horizontal
- Observation de son regard qui traduit sa disponibilité et son attention
- Une utilisation préférentielle de la vision périphérique.

Le regard a aussi été un outil dans ma pratique en séances :

- Outil de communication pour échanger avec Nicolas et sa mère
- Outil d'observation des signaux non verbaux (regards, mimiques, respiration, gestuelle) me permettant d'ajuster mes propositions
- Outil d'intégration des informations sensorielles : proposition d'objets visuellement attractifs, exploration tactile au niveau pédestre réalisée dans le champ visuel.
- Outil d'intégration des membres inférieurs dans le schéma corporel.
- Outil de compréhension de l'organisation psychomotrice de Nicolas.

Conclusion générale

Lors du développement psychomoteur, le regard va revêtir différents rôles. Il va d'emblée avoir une **fonction communicative** permettant au bébé et à ses parents de se rencontrer. De par son aspect subjectif, il va également participer au dialogue tonico-émotionnel qui se construit entre l'enfant et ses parents et qui va permettre à l'enfant grâce à l'étayage parental de comprendre et réguler progressivement ses états tonico-émotionnels.

Parallèlement, le regard va avoir une **fonction d'organisateur postural**. L'orientation du regard vers une personne ou une cible va entraîner un changement de points d'appui et de posture. L'enfant, notamment par l'exploration visuelle de l'environnement, va développer son appareil psychique. L'appétence de l'enfant pour la nouveauté va l'amener à se déplacer et découvrir de nouveaux objets qui enrichiront ses connaissances sur le monde physique. Le regard a donc également un **rôle dans le développement cognitif de l'enfant**.

Par ailleurs, le regard va participer à la formation des enveloppes corporo-psychiques de l'enfant. L'enfant se construisant en effet d'abord dans le regard de son entourage, le **regard va participer au processus d'individuation du sujet**.

Concernant la sémiologie, les troubles du regard peuvent à la fois se retrouver du côté de son aspect fonctionnel (strabisme, nystagmus, dyspraxie) ainsi que de son aspect relationnel notamment dans la sémiologie autistique.

Le regard est pour moi un outil précieux dans l'exercice du psychomotricien. Le regard va être un **moyen d'entrer en relation** avec le patient et sa famille, d'observer ses manifestations corporelles. Son regard orienté, pétri par sa réflexion clinique et théorique, va rendre le psychomotricien plus attentif aux signaux non verbaux. Tout l'enjeu sera alors de garder un regard suffisamment souple, malléable, mobile afin de ne pas enfermer le patient dans des représentations qui seraient un obstacle à la pleine potentialité de son expression et de son développement.

Dans le cadre du bilan psychomoteur, il s'agira pour le psychomotricien d'utiliser le regard comme **moyen de compréhension** de l'organisation psychomotrice du patient.

De plus, nous aimerions soulever le fait que le regard, porteur de l'intentionnalité et de la subjectivité du sujet, est loin d'être immuable. Le regard va accompagner le développement du sujet et ses remaniements identitaires au moment de l'adolescence, de l'âge adulte et du vieillissement. A chaque tranche de vie et d'évènements de vie (mariage, maternité, deuil, séparation, accident...), le regard va être confronté à des enjeux spécifiques et permettre ainsi à la personne de s'inscrire dans une dynamique de transformation. Le psychomotricien, dans sa pratique auprès d'une population diversifiée du nourrisson à la personne âgée, a un rôle dans l'accompagnement de ses problématiques qui seront susceptibles de se manifester également au niveau corporel.

De mon côté, j'ai pu observer que mon propre regard avait évolué au cours de la formation. Au départ, j'ai rencontré des difficultés pour identifier les éléments à observer et ce qu'ils m'apportaient comme éléments de compréhension du sujet. Progressivement, à force de m'exercer à ce travail psychique, mes observations se sont affinées me permettant une meilleure compréhension de l'organisation psychomotrice des patients.

J'ai également pu développer un regard réflexif sur mes propres vécus émotionnels, cette analyse interne me permettant alors d'élaborer une représentation de ce qui pouvait être vécu par les patients lors des séances.

Ce cheminement professionnel se poursuivra tout au long de ma pratique.

Table des matières

Remerciements	1
Introduction.....	3
Partie 1 : Le regard dans la construction psychomotrice de l'enfant.....	5
I. Introduction à la vision et au regard :	5
1) Anatomie de l'œil et maturation de la fonction visuelle :.....	5
a) Les différentes composantes de l'œil :.....	5
b) Les voies visuelles centrales :.....	8
c) La maturation de la fonction visuelle :	9
2) Entre voir et regarder, une différence d'intentionnalité :	10
II. Les rôles du regard dans le développement psychomoteur :	12
1) L'espace utérin :	13
a) Du côté du fœtus :.....	13
b) Du côté des parents :	14
2) L'espace de la pesanteur :.....	14
a) Un changement de milieu à enjeu :.....	14
b) Un bébé aux nombreuses compétences :	15
c) Les interactions précoces et attachement :.....	16
d) Les neurones miroirs et les comportements d'imitation :.....	18
e) La fonction de « pare-excitation »:	19
f) Le contrôle de la motricité et du tonus :.....	19
3) L'espace oral :	20
a) Sur le plan du développement cognitif :	20
b) Sur le plan du développement psycho-affectif :.....	21
4) L'espace du buste :.....	22
5) L'espace du torse :	24
6) L'espace du corps :.....	25
a) Sur le plan du développement tonico-postural :	25
b) Sur le plan du développement psycho-affectif et cognitif :	28
III. Le regard dans la sémiologie psychomotrice :.....	32

1)	Atteinte du regard dans sa dimension fonctionnelle :	32
a)	Les troubles de la vision :	32
b)	Les troubles de la motricité oculaire :	33
c)	Les troubles de la réfraction :	34
d)	Les troubles du regard et les troubles psychomoteurs :	34
2)	Les troubles du regard sur le versant relationnel :	35
Partie 2 : Le regard du psychomotricien comme outil thérapeutique et rééducatif		39
I.	La relation thérapeutique médiatisée par le regard en psychomotricité :	39
1)	Le cadre thérapeutique :	40
a)	Éléments de définition :	40
b)	Les fonctions du cadre :	42
2)	L'alliance thérapeutique :	43
3)	Les éléments transférentiels du regard :	45
II.	Le regard dans la pratique psychomotrice :	48
1)	L'observation clinique, l'œil comme outil :	48
a)	L'observation dans le cadre d'un bilan psychomoteur :	49
b)	L'observation dans le cadre des séances :	49
c)	Les limites de l'observation :	50
2)	Quel regard lors du bilan psychomoteur ?	51
a)	L'évaluation du tonus et des postures :	52
b)	Evaluation de la structuration spatiale :	53
❖	La figure de Rey :	54
❖	Test de Naville :	55
❖	La batterie NEPSY II :	55
c)	Les coordinations :	57
❖	Le Brunet-Lézine révisé :	57
❖	Le bilan EPMO de F. LEPLAT :	59
d)	Examen des fonctions attentionnelles :	60
❖	Le test d'attention d2 révisé :	61
e)	Evaluation de la qualité relationnelle du regard :	61
3)	La pluridisciplinarité, la pensée à la croisée de différents regards :	64
a)	Intérêts d'un travail pluridisciplinaire :	64
b)	Quels obstacles au travail pluridisciplinaire ? :	65
Partie 3 : Cas clinique		67
I.	Présentation du cabinet libéral :	67
II.	Étude de cas :	67
1)	Anamnèse :	67
a)	Environnement familial :	67

b)	Développement psychomoteur :.....	68
c)	Prises en charge :	68
d)	Le syndrome d'Angelman :.....	69
2)	Indications en psychomotricité :	70
3)	L'accompagnement en psychomotricité :.....	70
❖	De novembre à fin décembre :.....	70
❖	De janvier à fin février :	74
❖	De mars à fin avril :	75
4)	Conclusion :.....	77
	Conclusion générale.....	79
	Table des matières	81
	Bibliographie.....	84

Bibliographie

- (1) **ALBARET** Jean-Michel, **GIROMINI** Françoise, **SCIALOM** Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité – Tome 1 : Concepts fondamentaux, Do Boeck-Solal, 2012
- (2) **ALBARET** Jean-Michel, **GIROMINI** Françoise, **SCIALOM** Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité – Tome 2 : Méthodes et techniques, Do Boeck-Solal, 2015
- (3) **ALBARET** Jean-Michel, **GIROMINI** Françoise, **SCIALOM** Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité – Tome 3 : Clinique et thérapeutiques, Do Boeck-Solal, 2015
- (4) **ALBARET** Jean-Michel, **GIROMINI** Françoise, **SCIALOM** Philippe, Manuel d'enseignement de psychomotricité – Tome 5 : Clinique et thérapeutiques p.51-59, 76-79, 125-133, Do Boeck-Solal, 2018
- (5) **AKTOUCHE** Christine, Et la vue ? L'œil sens dessus dessous, Elytis, 2013
- (6) **AMY** Marie-Dominique, Autismes et psychanalyses, p. 141-172, Erès, 2014
- (7) **AUCOUTURIER** Bernard, « Agir, penser, jouer. Etayage de la pratique psychomotrice éducative et thérapeutique. », Deboeck, 2017
- (8) **BACHELIER** Delphine, **ROGER-KOSIOROWSKI** Florence, **ROCH** Didier, Le bilan avec la NEPSY-II : enfants, adolescents, p.155-186, Dunod, 2019
- (9) **BERTHOZ**, L'échange par le regard, Enfances & Psy, 2007/07, n°41, p. 33-49
- (10) **BRUNET-LEZINE**, manuel de l'échelle de développement psychomoteur de la première enfance, Editions Scientifiques et Psychotechniques, 1975
- (11) **BULLINGER** André, Le développement sensori-moteur et ses avatars, Eres, 2005
- (12) **BULLINGER** André, Quelques réflexions sur l'espace de pesanteur, Les effets de la gravité sur le développement du bébé p 33-40, Erès collection 1001 bébés, 2015
- (13) **BURSZTYN** Joseph, Les différents troubles visuels chez le jeune enfant, Contraste n°43 p.67-76, Erès, 2016
- (14) **CAMARET** Évelyne, Place et rôle de la vision dans le développement sensorimoteur de l'enfant, Contraste, 43(1), p. 39-65, 2016
- (15) **CARRIC** Jean-Claude, Développement psychomoteur de l'enfant normal, Editions Vernazobres-Greggo, 2000

- (16) **CHERCHARI** Anissa, 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?, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, 2018
- (17) **CICCONE** Albert, Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratique, Cahiers de psychologie clinique n°17, DeBoeck Supérieur, p. 81-102, 2001
- (18) **CICCONE** Albert, La pratique de l'observation, Contraste n°36, Erès, 2012, p55-77
- (19) **CLENET** Marie-France, **HERVAULT** Christiane, Guide de l'orthoptie, p10-17 et p. 34-39, Elsevier Masson, 2013
- (20) **DE LIEVRE** Bruno et **STAES** Lucie, La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : Notions et applications pédagogiques, De Boeck, 2012
- (21) **DELION** Pierre, La pratique du packing, p.31-47, Erès, 2007
- (22) **DELION** Pierre, Les bébés à risque autistique p. 45-64, Erès, 2008
- (23) **DELION** Pierre et **VASSEUR** Roger, Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans, Erès, 2015
- (24) **DELOURME** Alain, La souplesse du cadre, Gestalt 2003/2 no 25, p 29 à 47, 2003
- (25) **ETCHEVERRY** Anaïs, Leurs yeux dans mes yeux, mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Juin 2016
- (26) **EUSTACHE** Francis, Traité de neuropsychologie clinique, Neurosciences & cognition, p. 713-761, De Boeck Supérieur, 2008
- (27) **GADEAU** Ludovic, Voies de l'alliance thérapeutique: Pacte narcissique et temporalité, Le Divan familial, n°9, p. 137-150, 2002
- (28) **Groupe « Oralité » de l'Hôpital Necker-Enfants Malades**, Guide Attention à mon oralité !, Hôpital Necker-Enfants Malades, 2008
- (29) **HAAG** Geneviève, **TORDJMAN** S, et AL, Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. La psychiatrie de l'enfant, n°2, vol 38, p 495 – 527, 1995
- (30) **HAAG** Geneviève, Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste, Contraste n°25 p. 313-325, Erès, 2006

- (31) **HAAG** Geneviève, De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *Enfances & Psy*, 41(4), 2008
- (32) <http://www.angelman-afsa.org/le-syndrome/description/definition/definition-du-syndrome-dangelman>
- (33) <http://www.cnrtl.fr/>
- (34) <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cadre/12054?q=cadre#11899>
- (35) **KLOECKNER** Anja, Modalités d'appropriation de l'approche sensorimotrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice, *Contraste* 2011/1 N° 34-35, p. 133 à 155, Erès, 2011
- (36) **LEMOINE-LARDENNOIS** Christelle, **DORE-MAZARS** Karine, **ALAHYANE** Nadia, La mise en place des fonctions visuelles et oculomotrices chez le jeune enfant. *Contraste*, 43(1), p. 17-37, 2016
- (37) **LEPLAT** Fabienne, bilan EPMO, ECPA, 2005
- (38) **LEVAQUE** Cédric, Le corps et la clinique psychanalytique de l'alcoolisme, pour une lecture pulsionnelle du stade du miroir, *La revue lacanienne* 2010/2 n°7, Erès, 2010
- (39) **LIGUORO** Dominique, Anatomie morphologique et fonctionnelle du système nerveux central, Editions Bergeret, 2013
- (40) **MANOURY** Julie, Prise en soin d'enfants déficients visuels en psychomotricité, de l'intérêt du médiateur cheval, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Juin 2016
- (41) **MARCELLI** Daniel, Les yeux dans les yeux, l'énigme du regard, Albin Michel, 2005
- (42) **MARCHAL** Delphine, Aborder le cadre en psychomotricité à travers l'atelier jeu d'opposition, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, 2013
- (43) **MENDIBURU** Jean-Pierre, La fonction du cadre, *Gestalt* 2003/2 no 25, p 11-25, 2003
- (44) **MEUNIER** Lucie, Le bébé en mouvement, Dunod, 2017
- (45) **MISSONNIER** Sylvain, L'agora de Babel : de la complémentarité des « somaticiens » et des « psychistes ». *Cliniques*, 3(1), p32-45, 2012
- (46) **NADER-GROSBOIS** Nathalie, Le développement cognitif et communicatif du jeune enfant: Du normal au pathologique (pp. 39-43). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur, 2006

- (47) **NAVARRI** Pascale, La capture des regards, Revue française de psychanalyse n°83, p. 59-69, 2019
- (48) **PIOT** Maudy, « Le regard est visage. Le visage est regard », Recherches en psychanalyse 2006/2 (n° 6), p. 131-137.
- (49) **PONS-NICOLAS** Sylvie, La capacité à se regarder, Revue française de psychanalyse n°83, p.103-110, 2019
- (50) **POTEL** Catherine, Etre psychomotricien p. 285-308, 321-345, Erès, 2010
- (51) **PRAIRAT** Eirick, Questions de discipline à l'école: Et ailleurs..., p. 119-127, Erès, 2007
- (52) **PRY** René et **GUILLAIN** André, D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs, Bulletin de psychologie n°518, p. 115-127, 2012
- (53) **ROUSSET** Brigitte, Le mouvement vecteur d'identité, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien, Juin 1998
- (54) **ROY** Arnaud, **COSTINI** Oriane, **FAURE** Sylvane et **LE GALL** Didier, Dyspraxie développementale : actualités et enjeux, « Revue de neuropsychologie » volume 5, p. 200-212, 2013
- (55) **SANSON** Karine, Pluridisciplinarité : intérêt et conditions d'un travail de partenariat. Le Journal des psychologues, 242(9), p24-27, 2006
- (56) **SOUFIR** Béatrice et **CARRIC** Jean-Claude, Lexique pour le psychomotricien, Editions Robert Atlani, 2014
- (57) **VAUCLAIR** Jacques & **COCHET** Hélène, La communication gestuelle : Une voie royale pour le développement du langage, Enfance, 4(4), p. 419-433, 2016