

dans 40 % des cas (Absoud, De Verdier 2018). Dans la population des enfants présentant une malvoyance légère ou modérée on observe des comportements de type autistique beaucoup moins fréquents et qui auront en général une évolution favorable sous réserve d'une prise en charge adaptée. Dans les TSA l'atypicité du regard même chez les enfants bien voyants peut sans doute être considérée comme un TND.

- Les DYS : TDL (trouble du langage), TDC (trouble des coordinations), TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité), troubles dysexécutifs, troubles du langage écrit et du calcul.
- Les cécités corticales, tableaux gravissimes qui, en général, récupèrent au moins partiellement, mais avec souvent des syndromes dysexécutifs séquellaires.
- Les atteintes de la voie ventrale : les dysgnosies qui peuvent perturber la perception et la compréhension de l'environnement (perception des images, identification des visages à type de prosopagnosie).
- Les atteintes de la voie dorsale avec retentissement sur les fonctions visuo-motrices, visuo-spatiales, atteinte de la 2D, atteintes des praxies du regard, ou de l'attention visuelle (perception simultanée, simultagnosie).

Enfin, il faut noter que ces multiples troubles neurodéveloppementaux peuvent se compliquer de pathologies oculaires périphériques ou d'autres atteintes cognitives associées (déficit intellectuel en particulier). Proposer une prise en charge adaptée est alors un véritable défi. Il faut pouvoir réaliser des bilans multidisciplinaires les plus exhaustifs possibles avec les ressources existantes sur le territoire géographique.

Se posent alors deux problématiques :

- proposer à l'enfant et à sa famille une orientation vers la filière de soins la plus adaptée à sa situation spécifique,
- pour cela disposer de tests normés de bilans neuro visuels interprétables pour la population des déficients visuels. Mmes Clémence Labat et Emma Rives dans leur mémoire de DU « Techniques de Compensation du Handicap Visuel » 2025, ont mis en évidence la possibilité d'utiliser certains tests normés en cas de déficience visuelle légère, modérée et parfois même sévère.

En conclusion, retenons que les atteintes visuelles d'origine cérébrale chez l'enfant sont sources de multiples tableaux cliniques, parmi lesquels il est fort difficile de s'y retrouver. Ils retentissent de façon majeure sur le développement de l'enfant, ses possibilités d'apprentissages, de communications et d'interactions sociales.

Ce « brouillard diagnostique » est aggravé par l'absence de classification internationale de ces pathologies, et espérons que les travaux en cours nous permettront de mieux nous y retrouver. ■

Regards croisés entre orthoptie et psychomotricité sur l'accompagnement de la représentation mentale chez le jeune déficient visuel

Un chemin vers l'autonomie et l'inclusion

Mme Anaïs BONMARTIN, psychomotricienne
Mme Hortense MOREAU, orthoptiste

SIAM 75, Paris

La représentation mentale est un processus multimodal d'intégration d'images mentales. C'est la capacité à se créer des images mentales à partir d'expériences sensori-motrices variées. Il existe différents « niveaux » de représentation : (i) sensorimotrice, selon André Bullinger^[1], elle correspond à une représentation de l'instant (ii) faisant appel aux images mentales, elle se produit à distance de l'expérience sensorielle.

De plus, la représentation mentale implique la plasticité cérébrale, tant d'un point de vue développemental que compensatoire à une déficience visuelle. Il est désormais prouvé que les situations d'apprentissages entraînent des remaniements structurels au niveau cérébral. Ce mécanisme de plasticité va donc jouer un rôle dans le déploiement de nos capacités à créer des représentations.

La représentation mentale est essentielle dans la vie quotidienne, elle permet de comprendre et de donner du sens au monde qui nous entoure. D'autant plus chez un jeune déficient visuel, la représentation mentale est un pas vers son inclusion dans la société et vers son autonomie.

Ainsi, la représentation mentale est un élément clé dans la rééducation de l'enfant déficient visuel, malvoyant ou non voyant. L'image mentale créée doit être la plus authentique possible. Elle est le fruit d'expériences multisensorielles que le jeune va vivre, aussi bien avec des professionnels du soin qu'avec son entourage familial ou ses pairs.

Par ailleurs, il faut considérer toutes les catégories de représentation mentale : du corps, de l'action, des objets, des mots et enfin de l'espace. Dans nos services spécialisés dans l'accompagnement de la déficience visuelle, nous savons à quel point la mise en place de la représentation mentale est un enjeu central des dynamiques de compensation de l'atteinte visuelle. Dans un SAFEP-SAAAS, nous sommes amenés à travailler en concertation avec l'entourage, au sens large, pour développer les capacités de représentation mentale des enfants déficients visuels. Il nous paraît effectivement primordial de ne pas faire l'impasse de ce travail multisensoriel pour les enfants malvoyants.

L'orthoptiste et la psychomotricienne ont toute leur place dans cette rééducation afin de s'assurer que l'image mentale créée soit la plus réaliste.

L'approche orthoptique se base sur le potentiel visuel du jeune pour l'aider à mettre du sens sur ce qu'il voit. Elle va également permettre de développer une bibliothèque visuelle en multipliant les présentations, les perspectives (3D, 2D) ainsi que les projections (de face, de profil, etc.). Une réflexion conjointe avec plusieurs professionnels a été menée dans le cadre du mémoire du Diplôme Universitaire « Techniques de compensation du handicap visuel » sur la prise en soin orthoptique (mémoire présenté par H. MOREAU en octobre 2024). Ce travail nous a permis de mettre en avant les aspects transversaux déjà menés au sein de notre service de soins. Ainsi, une trame de bilan orthoptique spécifique à la représentation mentale a été réalisée. Les résultats de ce bilan peuvent être utilisés par d'autres professionnels dont les psychomotriciens. Ce bilan est réparti en différents items testant différents niveaux de traitement de l'information visuelle ^{[2][3][4]} (cf figure) :

- (i) Oculomoteur : l'orthoptiste évalue les mouvements oculaires, essentiels pour le jeune afin d'observer le monde et alimenter sa représentation mentale.
- (ii) Perception visuelle : permet au jeune de « donner du sens à ce qu'il voit ». (Cours DU, C. Massard)
- (iii) Mémoire iconique : porte d'entrée cognitive vers la mémoire de travail.
- (iv) Mémoire de travail : permet au jeune de manipuler l'image mentale créée.
- (v) Mémoire à long terme : permet de récupérer l'image mentale dans le stock de patrimoine visuel.

Ce bilan a été réalisé dans un ordre précis afin de ne pas biaiser l'évaluation et de déterminer la représentation mentale la plus concrète possible.

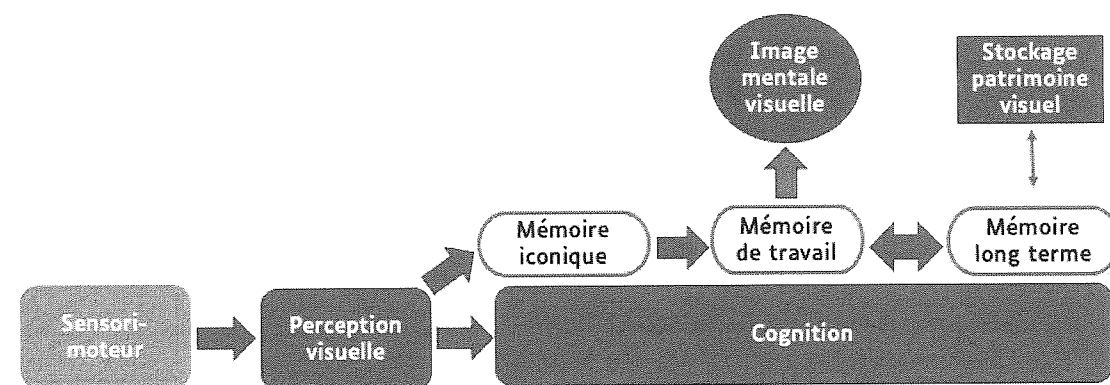


Figure : Schéma des différentes composantes de la représentation mentale

À la suite de cette évaluation, nous avons mis en place une rééducation avec des objectifs pour optimiser la représentation mentale. Cette approche est réalisée de façon ludique et est centrée sur les intérêts du jeune afin de solliciter son attention pendant les séances et stimuler sa progression.

Dans le domaine de la psychomotricité, nous allons nous atteler à multiplier les expériences sensori-motrices pour leur donner du sens, soutenir la mise en place des sens compensatoires et

du processus d'acquisition de l'espace, cultiver la curiosité et l'appétence de découverte de l'enfant. Nous accompagnons donc le développement en passant par des vécus psychocorporels qui vont permettre à l'enfant de déployer ses potentialités perceptivo-motrices et cognitives.

Finalement, la psychomotricité comme l'orthoptie reprennent le mécanisme de représentation mentale en passant par la sensation, la perception et l'intégration sur les plans cortical et psycho-affectif.

Au-delà de nos spécificités de métier, penser l'accompagnement au regard de la représentation mentale demande une réelle réflexion en équipe. En tant que professionnelles, nous allons à la fois penser à des objectifs spécifiques à notre métier mais aussi des objectifs communs transdisciplinaires.

Comme pour chaque accompagnement, il faut être vigilant à la singularité de l'enfant et à créer une culture du faire ensemble. Il ne s'agit pas là d'additionner des compétences dans une juxtaposition de prises en soin. Il est primordial de rendre l'enfant acteur de son parcours et pour cela il faut se donner les moyens de penser le travail transdisciplinaire. Comme nous le disait le Dr Béatrice Le Bail en juin 2025 à l'occasion d'un colloque sur les troubles neurovisuels, le travail transdisciplinaire c'est l'équivalent d'un gâteau au chocolat. Chacun va apporter son ingrédient secret et mettre la main à la pâte ! Pour que le résultat soit à la hauteur, il ne faut pas se tromper de recette, s'assurer de bien mélanger pour obtenir la texture souhaitée et rester attentif au temps de cuisson !

En conclusion, il est essentiel de se dire que la représentation mentale, c'est l'affaire de tous !

L'image mentale étant multisensorielle, une approche transdisciplinaire et complémentaire est primordiale. Chaque professionnel de rééducation va travailler la représentation mentale avec sa spécificité.

La clinique de la représentation mentale est d'une infinie richesse. Elle peut se penser aussi bien lors de séances individuelles, qui vont entrer en résonance les unes avec les autres, que dans la possibilité de faire des prises en soin en 4 mains ou encore de proposer un travail groupal. L'ensemble de ces propositions est possible hors de la structure de soins. En effet, il nous paraît tout à fait important d'investir les différents lieux de vie des enfants, notamment le domicile en privilégiant le lien avec les parents.

La clinique de la représentation mentale c'est aussi un soutien déterminant pour permettre aux jeunes que nous accompagnons de développer leur autonomie, leur indépendance et leur capacité à prendre des décisions éclairées.

Elle doit être pensée au-delà de la cécité en incluant les enfants malvoyants dès leur plus jeune âge. ■

Bibliographie :

- 1. BULLINGER A., 2004, Le Développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Erès, Toulouse
- 2. S. M. Kosslyn, J. D. Holtzman, M. J. Farah, et M. S. Gazzaniga, « A computational analysis of mental image generation: evidence from functional dissociations in split-brain patients », J. Exp. Psychol. Gen., vol. 114, no 3, p. 311-341, sept. 1985, doi: 10.1037//0096-3445.114.3.311.
- 3. C. Bourlon et al., « Normalisation d'une batterie d'évaluation de l'imagerie mentale visuelle et de la perception visuelle », Rev. Neurol. (Paris), vol. 165, no 12, p. 1045-1054, déc. 2009, doi: 10.1016/j.neurol.2009.04.010.
- 4. V. Moro, G. Berlucchi, J. Lerch, F. Tomaiuolo, et S. M. Aglioti, « Selective deficit of mental visual imagery with intact primary visual cortex and visual perception », Cortex J. Devoted Study Nerv. Syst. Behav., vol. 44, no 2, p. 109-118, févr. 2008.