



L'axe psychomoteur, de la genèse à l'intégration

Sabine Corneau-Doppia

► **To cite this version:**

Sabine Corneau-Doppia. L'axe psychomoteur, de la genèse à l'intégration. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01340286>

HAL Id: dumas-01340286

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340286>

Submitted on 30 Jun 2016

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**L'axe psychomoteur,
de la genèse à l'intégration**

CORNEAU-DOPPIA Sabine

Née le 06 juin 1986 à Lyon

Directeur de Mémoire : François LACOMBE

Mai 2016

Remerciements

En tout premier lieu, J'adresse mes remerciements à mon directeur de mémoire et maître de stage François LACOMBE, pour son enseignement et ses conseils, pour m'avoir accompagnée dans mon cheminement et permis de vivre ce dont j'avais besoin pour devenir une professionnelle accomplie.

Je remercie tous mes maîtres de stage, dont Amandine RAUZY et Éveline NEZOT, qui ont grandement participé à ma formation de psychomotricienne.

Je remercie Christophe DARCHE pour ses enseignements et pour nos discussions qui ont stimulé mon envie de faire des liens entre les différents domaines que j'ai évoqués dans ce mémoire .

Je remercie ma mère pour son soutien, et mon grand-père qui attendait patiemment ce mémoire.

Je n'oublie pas mes camarades de classe et mes amies, pour nos échanges et pour leur aide.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
I. Anatomie et neurophysiologie de l'axe corporel.....	6
I.1 Anatomie structurelle et grandes chaînes myofasciales.....	7
I.2 Le système de biotenségrité et verticalité.....	9
I.3 Le Diaphragme.....	10
I.4 Le tonus.....	11
I.4.1 Neurolophysiologie.....	12
I.4.2 Le dialogue tonico-émotionnel.....	13
I.5 Les syncinesies.....	15
I.6 Les réflexes archaïques.....	17
I.7 Capteurs posturaux.....	19
II. Genèse de l'axe psychomoteur.....	24
II.1 Niveau d'évolution motrice.....	24
II.2 Axe et fonction d'axialité.....	26
II.3 Paillard, corps situé et corps identifié.....	27
II.4 La genèse de l'axe psychomoteur en psychologie du développement.....	29
II.5 Les étapes de constitution du moi-corporel en psychanalyse.....	33
II.5.1 Vue d'ensemble du développement global, de l'état autistique à l'individuation.....	34
II.5.2 Genèse et intégration de l'axe en psychanalyse.....	39
II.6 Les mécanismes d'entrave au développement psychomoteur.....	40
II.7 L'axe psychomoteur habité.....	42
II.7.1 Les conditions d'intégration de l'axe psychomoteur.....	42
II.7.2 La conscience de l'axe.....	44
III. Vision intégrative de l'axe psychomoteur.....	45
III.1 Symbolique de l'axe.....	45
III.2 Cas clinique de Suzanne.....	48
III.2.1 Présentation de Suzanne.....	49
III.2.2 Regard clinique sur Suzanne.....	50
III.2.3 Les séances avec Suzanne.....	54
III.2.4 Réflexion et théorisation sur le travail avec Suzanne.....	56
III.2.5 Suzanne, progrès de fourmi, pas de géant.....	58

III.2.6	Projet de soin.....	59
III.2.7	Conclusion.....	60
III.3	Bilan psychomoteur et moyens d'évaluation de l'axialité.....	60
III.3.1	Le tonus.....	61
III.3.2	La latéralité.....	64
III.3.3	Le schéma corporel.....	66
III.3.4	L'espace.....	67
III.4	Étayer l'intégration psychomotrice de l'axe en psychomotricité.....	67
III.5	Discussion et intrication entre les différents points de vue.....	70
	Conclusion.....	73
	Bibliographie.....	74
	Annexe.....	76

INTRODUCTION

Le concept d'axe psychomoteur est une notion qui m'est chère de par mon parcours et mes expériences de vie.

J'ai commencé mon cursus par des études d'ostéopathie, je m'intéressais à la portée symbolique des structures sur lesquelles je travaillais et particulièrement aux dimensions psycho-émotionnelles en lien avec les troubles somatiques de mes patients.

Puis j'ai eu l'opportunité de me former en posturologie et d'appréhender les différents mécanismes posturaux humains sur un mode uniquement neuro-physiologique. Il me manquait les dimensions psychologiques, émotionnelles et affectives que je pressentais être en lien avec les dynamiques corporelles du sujet.

Lors de ma troisième année de licence de psychologie j'ai cherché à étudier l'interaction entre les capteurs et mécanismes centraux de la régulation posturale avec les processus de régulation de l'attention et les troubles visio-spatiaux.

Ma pratique des arts martiaux indonésiens traditionnels a également été un élément primordial dans mon intérêt pour un sujet autour de l'axe. Les dynamiques de positionnement et de mouvement permettent une grande structuration du sujet. Nous avons mis plusieurs années à acquérir des dynamiques telles que savoir se mouvoir autour de son axe central, synchroniser/désynchroniser les ceintures, projeter des axes dans l'espace, et nous en avons ressenti les bienfaits sur le plan psychomoteur (gestion émotionnelle, compétence relationnelle, capacité attentionnelle...)

Lors de ma découverte de la psychomotricité en première année j'ai été très intéressée par le concept de dialogue tonico-émotionnel, qui venait agréablement ébranler la vision que j'avais du tonus en posturologie.

Je reste passionnée par l'articulation corps/esprit, par les processus d'émergence de la pensée, la relation de double étayage entre le corps et l'esprit. C'est ce qui a motivé mes études de psychomotricité.

Mais finalement c'est bien les processus d'émergence d'un axe psychomoteur, sa genèse et son intégration qui me passionnent, et qui font de mon parcours un lien chargé de sens.

Au fil de l'écriture de ce mémoire je souhaitais découvrir ce qui chez le sujet co-émergeait entre la genèse d'un axe corporel de référence et des fonctionnements psychoaffectifs.

I. ANATOMIE ET NEUROPHYSIOLOGIE DE L'AXE CORPOREL.

Le sujet psychomoteur constitue une unité. A partir de cette unité il peut s'exprimer sur un versant plus corporel ou plus psychique. Nous allons décrire dans cette partie anatomique le pôle le plus corporel du sujet, nous allons distinguer pour mieux décrire avant de relier.

L'organisation corporelle de l'Homme découle de l'Histoire de la vie sur Terre. Les espèces découlant de l'apparition des cordés possèdent une organisation dotée d'une polarisation céphalo-caudale et d'une symétrie sagittale.

A partir des vertébrés l'axe anatomique est matérialisé par le rachis, constitué chez l'Homme de trente-trois vertèbres.

Les courbures primaires en cyphose et les courbures secondaires en lordoses sont en alternance du crâne jusqu'aux pieds. Les courbures primaires sont dites osseuses, elles conservent l'enroulement d'origine embryologique et sont stables, et les courbures secondaires sont musculaires et mobiles. L'occiput est en cyphose, il repose sur l'atlas, «qui porte le monde» en un angle droit, ce qui est spécifique aux Humains. Puis suivent sept vertèbres cervicales en lordose, douze vertèbres thoraciques en cyphose, cinq vertèbres lombaires en lordose, le sacrum et le coccyx en cyphose, le creux poplité en lordose, le calcanéum qui fait office de cyphose et la voûte plantaire une lordose. Le déséquilibre des courbures secondaires passe d'un étage à l'autre.

«Dans la motricité globale, la mobilité de l'axe est surtout au service de l'orientation des trois sphères que sont le crâne, orienté pour la sensorialité, le thorax, orienté pour l'activité des membres supérieurs, et le bassin, orienté pour la locomotion. » *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, SCIALOM Philippe, GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel. (p 170) (31)

Le rachis a pour fonction la protection de la moelle épinière, la stabilisation du tronc, la transmission et l'amortissement des contraintes. Il permet le mouvement et est un point d'appui pour celui-ci. Il permet enfin l'auto-grandissement et la verticalisation.

Selon LATOUR Anne-Marie la sensation d'axe corporel, de quelque chose de solide qui nous tient ne vient pas de la perception du squelette, mais de celle du tonus des chaînes myofasciales.

I.1 ANATOMIE STRUCTURELLE ET GRANDES CHAÎNES MYOFASCIALES.

Les grandes chaînes myofasciales fonctionnent comme des unités fonctionnelles et sont toutes en continuité les unes avec les autres par des relais fasciaux. C'est de leur équilibre réciproque que se crée une posture équilibrée.

De nombreux auteurs ont fait une description de ces chaînes, et leurs points de vue anatomiques divergent. Selon Godelieve DENYS-STRUYF les chaînes musculaires sont toutes imprégnées d'une facette différente de la vie psycho-émotionnelle du sujet, ce qui est intéressant sur le plan psychomoteur.

Thomas Myers lui, offre une vision anatomique issue de la dissection, donc très précise, des chaînes myofasciales, et qui nous servira par la suite. Nous ne décrivons ici que les chaînes principales parmi la chaîne postérieure superficielle, la chaîne antérieure superficielle et profonde, la chaîne spiralée, les chaînes latérales, et les quatre chaînes brachiales.

◆ *La chaîne postérieure superficielle.*

Elle prend naissance au niveau de l'os frontal. Elle prend en compte tous les muscles de l'extension du rachis de l'occiput au sacrum, puis au membre inférieur elle va des ischio-jambiers jusqu'aux gastrocnémiens et enfin se finit au fascia plantaire.

Cette chaîne est composée de fibres lentes tonico-toniques. Elle est équilibrée sur le plan phasique par la chaîne antérieure superficielle par le jeu des enroulements / déroulements. Elle est équilibrée sur le plan tonique par la chaîne centrale, via les muscles masticateurs qui sont sous la dépendance exclusive du trijumeau.

La chaîne postérieure superficielle est celle de l'extension, du repoussé qui s'oppose à la flexion fœtale primaire. Elle permet la découverte du monde extérieur en s'opposant au repli sur soi.

Elle peut aussi être prédominante lors d'un état de stress et d'irritabilité du bébé.

Elle s'organise de manière volontaire après la naissance sous l'action de l'hémisphère gauche. Elle est donc du domaine du vécu, du conscient et est liée à la parole. *La place de la posture dans le diagnostic et les décisions thérapeutiques*, Sabine GILLOT. (8)

◆ *La chaîne antérieure superficielle.*

Elle débute au niveau des mastoïdes avec le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Puis elle comprend le fascia présternal, les grands droits de l'abdomen, et le droit fémoral du quadriceps. Aux membres inférieurs, elle passe par les adducteurs et finit sur les courts et longs extenseurs du tarse.

Cette chaîne est composée de fibres rapides phasiques, faites pour le mouvement, ce qui a une fonction de défense dans le repli sur soi pour protéger les parties vitales antérieures.

Elle constitue ainsi la chaîne du retour sur soi, à une certaine sécurité interne, elle permet l'introjection des bons objets. Elle peut aussi être un repli sur soi lorsque le monde extérieur et la rencontre avec l'autre est vécue comme trop angoissante.

◆ *La chaîne antérieure profonde.*

La chaîne antérieure profonde n'a pas de mouvements en particulier mais a un rôle postural important. Elle est liée à la respiration et la phonation.

Elle débute au niveau de la langue, comprend les muscles hyoïdiens, et court sur les muscles pré-vertébraux. Elle comprend le diaphragme et permet en effet de stabiliser le thorax pour permettre l'expansion et la stabilisation de la respiration. Elle va jusqu'aux psoas qui font lien entre la respiration et la marche en prenant le relais des piliers du diaphragme. Elle comprend le périnée. Enfin, au niveau du pied, elle en soulève l'arche avec le muscle tibial postérieur.

Cette chaîne est composée de fibres lentes, donc endurantes, et est un point d'appui pour le mouvement.

Elle est liée à la vie pulsionnelle, aux rythmes fondamentaux de l'organisme.

Godelieve DENYS-STRUYF décrit la chaîne antéro-médiane qui se termine au niveau du pouce et permet donc les coordinations main/bouche. Elle est liée à la fonction de succion/déglutition, fonction antéro-postérieure.

Elle s'organise, en position fœtale, lors des premières déglutitions intra-utérines au quatrième mois de grossesse, sous l'action de l'hémisphère droit. Elle est du domaine de l'inconscient. «Le retour à cette chaîne s'opère pendant le sommeil où nous retrouvons cette sécurité intra utero.» *La place de la posture dans le diagnostic et les décisions thérapeutiques*, Sabine GILLOT. (8)

« Si la structure antérieure est liée au maternel, à ses sensorialités, et si la structure postérieure renvoie au père avec ses fonctions séparatrices, alors la structure médiane représente l'enfant qui organise le passage de l'un à l'autre dans une mouvance faite de rythme et de mouvements spiroïdes ». Godelieve DENYS-STRUYF.

◆ *La chaîne spiralée*

«La chaîne spiralée enveloppe le corps dans une double spirale équilibrant le corps dans tous les plans de l'espace.» *Les fascias exactement*. Christophe DARCHE. (6) Elle rend possible les mouvements de torsion et de rotation, mais permet également de s'y opposer pour assurer la stabilité du buste. Le croisement est globalement constitué par les muscles rhomboïde, dentelé antérieur, et les obliques interne et externe.

C'est la chaîne de la mastication. Elle participe au fonctionnement et aux dysfonctions de toutes les autres chaînes; elle englobe l'individu. Elle permet l'ouverture à l'autre et le retour à soi sur le plan relationnel. On retrouve cette spirale au deux extrêmes des niveaux d'organisation du sujet : de la chaîne spiralée à l'ADN, en passant par les travées osseuses. La spirale est la structure qui permet le meilleur rendement stabilité/mouvement. Elle est le parfait modèle d'une structure en biotenségrité.

I.2 LE SYSTÈME DE BIOTENSÉGRITÉ ET VERTICALITÉ.

La tenségrité est un concept qui vient de l'architecture par Richard BUCKMINSTER FULLER. Il s'agit de l'équilibration d'une structure par le jeu des forces de compression et de tension entre les différents éléments. Il en découle que la résistance de la structure dépasse la somme de la résistance de ses composants.

La biotenségrité est l'application de ce modèle à la biomécanique du corps humain. L'équilibre du rachis n'est plus vu comme un modèle linéaire fonctionnant de manière statique, mais comme un modèle omnidirectionnel dynamique. Lorsque le système fonctionne en biotenségrité ou en intégrité de tension, la force et la stabilité sont maximales avec un gain d'énergie. Les os sont des structures en compression discontinues mais sans contact, et les tendons, fascias et muscles sont en constante tension, comme des cordages autour du mât. Cela donne un fonctionnement pneumatique. Une structure à intégrité de tension s'organise avec des structures à

60° les unes par rapport aux autres : haubanage des muscles superficiels du rachis et disposition des muscles transversaires épineux, avec donc un aspect triangulaire dans l'organisation de la musculature du rachis. Dans le corps humain, le mécanisme de biotenségrité ne se retrouve pas seulement au niveau du fonctionnement des structures macroscopiques, mais se poursuit au niveau de l'organisation tissulaire, jusque dans les travées osseuses, puis enfin au niveau cellulaire dans le cytosquelette.

Une des structures les plus puissantes, qui forme un cordage autour du mât qu'est le rachis pour sa partie stable, qui se déploie dans tous les plans de l'espace pour sa partie mobile, est le diaphragme. Le jeu des tensions créé par la respiration se propage jusqu'aux extrémités par la continuité du système fascial, en des mouvements d'expansion, d'ouverture/fermeture, de rétraction tissulaire. C'est le corps tout entier qui respire par le jeu des tensions réciproques liées à la respiration, notamment.

I.3 LE DIAPHRAGME.

Le diaphragme est le muscle inspirateur principal. Il sépare la cage thoracique de l'abdomen. Son anatomie et sa physiologie en font un élément important de la structuration de l'axe. Ses deux coupes s'insèrent de la charnière dorso-lombaire à l'appendice xiphoïde en passant par les côtes basses latéralement. Ses piliers descendent jusqu'à la quatrième lombaire. Le cœur est posé sur la coupole gauche, le foie est suspendu à la coupole droite. Il est percé du foramen de la veine cave, du hiatus aortique et du hiatus œsophagien qui permet aussi le passage des nerfs vagues (On imagine donc les répercussions d'une tension du diaphragme sur le système neurovégétatif). La respiration est un mécanisme dit semi-automatique car si le tronc cérébral envoie une commande d'inspiration automatique et régulière, il est aussi possible de contrôler volontairement sa respiration.

Le diaphragme est directement en lien avec notre vie émotionnelle. On peut le retrouver bloqué dans l'amplitude de son mouvement en position d'inspiration suite à une peur, via le réflexe de Moro qui provoque une brusque inspiration.

BULLINGER décrit comment le diaphragme est impliqué dans le mécanisme du tonus pneumatique.

Les émotions s'accompagnent (ou découlent, selon les théories) de réponses neurovégétatives dont la modification du rythme ventilatoire. Le rythme respiratoire influe directement sur le pH sanguin. Des récepteurs centraux tels ceux présents au niveau de l'hypothalamus sont très sensibles à ces variations de pH. Or l'hypothalamus a pour fonction de réaliser une liaison entre le système nerveux et le

système endocrinien. C'est un capteur et un centre intégrateur des stimuli périphériques humoraux, nerveux et hormonaux, et il est essentiel dans la gestion de la peur. *Anatomie et physiologie humaines*, MARIEB Elaine N. (22)

L'acidose crée une augmentation des tensions musculaires. *Incidence de la respiration sur les émotions dans la méthode Mézières*, FREDERIQUE Diana. (7)

L'alcalose, résultante d'une hyperventilation relative, augmenterait selon Robert SCHLEIP le tonus des cellules musculaires lisses fasciales.

“La régulation du tonus des cellules musculaires lisses fasciales est très probablement réalisée par le système nerveux sympathique ainsi que par les substances vasoconstrictrices tel que le CO₂. La découverte des cellules musculaires fasciales ouvrent la voie à des spéculations excitantes concernant la relation directe entre le fonctionnement fascial et le pH du corps qui est directement lié à la fonction respiratoire et aux concentrations de CO₂.” Robert SCHLEIP.

Selon ces recherches récentes, la fascia aurait donc un tonus, régulé par le système neurovégétatif sympathique, qui est en lien direct avec la vie émotionnelle.

Nous pouvons donc entrevoir avec ce raisonnement qu'un élément porteur du centre sur le plan biomécanique est en lien étroit avec la vie émotionnelle à travers le souffle, avec le tonus comme point d'articulation.

I.4 LE TONUS

Le tonus est l'état de tension dans lequel se trouve le muscle au repos. Ce n'est pas un phénomène musculaire, mais neurologique.

Le tonus a différents rôles imbriqués les uns dans les autres :

- ✓ Les pièces squelettiques sont maintenues dans leurs positions réciproques par le tonus postural, c'est le rôle de cohésion. Ce rôle soutient le sentiment d'unité de soi.
- ✓ Le tonus a un rôle antigravitaire, c'est le tonus postural qui permet de maintenir la station érigée.
- ✓ Le tonus dit d'action est celui qui permet le mouvement, il s'appuie sur les tonus décrits précédemment.
- ✓ Le tonus est intimement lié à la vie émotionnelle et a une dimension relationnelle dans sa composante de communication .

I.4.1 NEUROLOPHYSIOLOGIE

On peut décrire un fonctionnement du contrôle du tonus par une organisation hiérarchique sur trois niveaux.

➤ Le niveau de la moelle.

Avec les circuits réflexes fondamentaux :

✓ *Le réflexe myotatique*

Au niveau du circuit médullaire segmentaire, le réflexe myotatique est un élément prépondérant qui sous-tend le tonus musculaire.

Le stimulus initial est un étirement du muscle ; ce qui provoque un étirement du fuseau neuromusculaire. L'influx afférent provenant de ce fuseau rejoint la moelle épinière, et fait relais au même niveau avec un moto-neurone alpha. L'influx efférent du moto-neurone alpha produit une contraction du muscle et s'oppose à son étirement. L'inhibition réciproque consiste en l'inhibition de la contraction du muscle antagoniste.

✓ *Le réflexe myotatique inversé*

Dans ce cas les récepteurs de Golgi détectent une contraction et une neurofibre afférente rejoint un segment de moelle épinière. Le relais se fait avec un motoneurone qui va provoquer la décontraction du muscle qui se contractait, et la contraction de son antagoniste.

DIETZ et coll ont démontré que les récepteurs tendineux de Golgi jouaient un rôle dans l'équilibrage antigravitationnel pour les bipèdes. *Les fascias exactement.* Christophe DARCHE .(p18) (6)

➤ Le niveau du tronc cérébral.

Parmi les structures responsables du contrôle central, l'un des grands carrefours est constitué par le complexe nucléaire vestibulaire, qui reçoit des informations en provenance du système limbique, des colliculus, du thalamus et de divers noyaux du cervelet et du cortex cérébral. Il reçoit les influx en provenance des labyrinthes, mais également des afférences visuelles.

Les faisceaux vestibulo-spinaux apportent à la moelle les informations nécessaires au contrôle de l'équilibre et de la posture.

Les faisceaux reticulo-spinaux jouent un rôle primordial dans le maintien de la posture.

La substance réticulée intègre les afférences vestibulaires et corticales et joue un rôle dans l'activation globale du système.

Le cervelet exerce un rôle de contrôle parce qu'il possède des connections à la fois efférentes et afférentes avec le complexe nucléaire vestibulaire.

Les noyaux réticulaires pontiques et les noyaux vestibulaires exercent une activation tonique sur les moto-neurones des extenseurs, alors que les noyaux réticulaires bulbaires ont une action inhibitrice sur ces moto-neurones et facilitatrice sur les neurones des fléchisseurs. *Les bases neurophysiologiques des fonctions motrices*, PUF, IONESCU Serban, BLANCHET Alain. (p 342) (16)

➤ Le niveau supérieur, du télencéphale

L'action des centres supérieurs est une action d'intégration et de contrôle.

Des aires corticales motrices partent les voies corticospinales directes.

Le niveau supérieur a une fonction régulatrice du tonus postural. Il modère les réactions en hyper-extension et permet la motricité fine.

Le nerf trijumeau, nerf postural :

Le système trigéminal est une structure fondamentale pour le tonus et la posture. Il influence la formation réticulée, a des interactions avec tous les noyaux oculomoteurs, les noyaux vestibulaires, le système pyramidal, et il participe au système oculo-céphalogyrique.

Pour la psychomotricité le tonus ne se limite pas à une fonction uniquement sur le versant somatique. Mais il est le point d'articulation entre la vie biologique et émotionnelle du sujet. La notion de dialogue tonico-émotionnel est ainsi spécifique à la psychomotricité.

I.4.2 LE DIALOGUE TONICO-ÉMOTIONNEL

Le dialogue tonique précède le dialogue verbal. On parle de dialogue tonico-émotionnel pour décrire la valeur de communication des variations toniques. Bien qu'il ne soit pas le seul mode de communication du bébé, ce dialogue tonico-émotionnel est prépondérant au début de la vie, mais persiste tout au long de l'existence du sujet.

Le tonus musculaire est la clé de voûte de la psychomotricité, car il exprime le sujet à la fois dans sa réalité organique et psychologique, il permet l'articulation entre le physiologique et l'affectif. Pour Julian de AJURIAGUERRA «Le tonus se façonne dans la rencontre avec la mère et sa propre vibration tonique».

WALLON place les réactions tonico-émotionnelles au centre de la compréhension du sujet et de son développement. C'est la toile de fond du fonctionnement musculaire tant dans la motricité et le maintien de la posture que dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective d'un sujet. Pour André BULLINGER, la régulation tonique est la première conquête psychomotrice. Le tonus permet de se sentir tenu, solide, consistant.

A la naissance, le nouveau-né se trouve dans une organisation tonique immature, il est en hypotonie de la musculature du rachis et hypertonie des membres. L'équilibration de cette organisation se fait selon les lois céphalo-caudale et proximo-distale. Pour BULLINGER, «le recrutement tonique est assuré d'une part, par le niveau de vigilance, et d'autre part par les stimulations créées par les flux sensoriels.» L'équilibre sensori-tonique se fait par un équilibre entre d'une part, le milieu humain suffisamment bon comme l'entendrait Donald WINNICOTT, le milieu biologique qui sous-entend l'intégrité des systèmes, et le milieu physique et ses stimulations ajustées.

BULLINGER décrit quatre sources de régulation de l'état tonique :

✓ *Les différents états du niveau de vigilance.*

Ils sont provoqués par des variations internes ou externes, et correspondent à des états toniques et une disponibilité différente. Selon BRAZELTON, la capacité de retourner à un état compatible avec l'environnement est un élément important pour évaluer le développement psychomoteur du bébé.

✓ *Les flux sensoriels.*

Ils peuvent se définir comme un ensemble dynamique de signaux continus et orientés qui vont venir stimuler la surface sensible de récepteurs mobiles ou passifs.

✓ *Le dialogue avec le milieu humain.*

C'est le moyen privilégié de régulation tonique du bébé, il relève des interactions avec le milieu extérieur. Mais BULLINGER insiste sur le double effet de la modulation tonique : «Elle suscite des effets internes à l'organisme et simultanément cette modulation peut être partagée par le milieu».

✓ *Les représentations.*

«Les premières formes représentatives sont constituées par les habitudes qui permettent de relier les variations d'un flux sensoriel aux variations de la sensibilité profonde.» BULLINGER. Elles permettent une anticipation et une préparation tonico-posturale à une posture ou un mouvement constitutif du répertoire de base du bébé. Elles ne sont que porto-représentation jusqu'à ce que le bébé soit capable de prendre en compte non seulement le geste mais aussi son effet spatial.

« La notion de tonus est liée à celle de limite. C'est une problématique universelle pour tout être vivant que d'élaborer une limite et un contenu propres, un état de tension interne à partir duquel il exerce une pression sur l'environnement tout comme il résiste à la pression externe. La tonicité est la façon dont le sujet est prêt à répondre, à saisir les opportunités, son état de disponibilité. » *Polyhandicap, limites à l'entendement, LESAGE Benoît.(21)*

Le tonus est donc l'élément qui lie le corps en une unité. Pour permettre le mouvement, les éléments du corps doivent pouvoir être coordonnés mais aussi dissociés les uns des autres. L'axe permet l'appui pour le mouvement des éléments périphériques. A travers le phénomène des syncinésies, nous pouvons observer les liens, les diffusions toniques lors du mouvement, notamment de part et d'autre de l'axe. Nous verrons le rôle de la maturation de l'axe neurologique dans la réduction des syncinésies pour permettre la motricité optimale en coordination et dissociation.

I.5 LES SYNCINESIES.

Les syncinésies se définissent comme la contraction involontaire d'un muscle ou d'un groupe de muscle lorsqu'un autre mouvement volontaire ou réflexe est effectué. Elles peuvent être homo ou controlatéral. Chez l'enfant elles sont normales jusqu'à une douzaine d'année. Puis elles sont considérées comme un signe neurologique doux. Enfin chez l'adulte elles sont décrites dans plusieurs troubles neurologique et psychiatrique.

Julian de AJURIAGUERRA et STAMBAK différencient deux types de syncinésies.

Les syncinésies toniques produisent une augmentation du tonus dans le membre passif, qui semble servir de point d'appui pour le mouvement.

Les syncinésies d'imitation ou tonico-cinétiques se caractérisent par la survenue d'un mouvement involontaire reproduisant plus ou moins le mouvement volontaire.

Il existe donc des syncinésies d'imitation et tonique controlatérales, en miroir. En général, elles sont plus fréquentes lorsque la main non dominante est utilisée. Elles sont la raison pour laquelle nous nous intéressons ici aux syncinésies dans le cadre d'un mémoire sur l'axe.

Le corps calleux est le plus important moyen d'union entre les deux hémisphères cérébraux; il permet le transfert d'information et la coordination entre quatre lobes du cerveau. *Anatomie et physiologie Humaine*, Elaine N.MARIEB. (22) La formation des premières fibres du corps calleux débute à la onzième semaine de gestation et leur myélinisation se poursuit jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

La mobilisation d'un membre s'accompagne normalement de l'inhibition de la commande de l'autre. Les observations de diffusion bilatérale de l'activation corticale au cours de l'exécution d'un geste unilatéral viennent à l'appui de cette hypothèse fondée sur l'existence de fibres calleuses inhibitrices reliant les cortex moteurs primaires. *La Lettre du Neurologue* - n° 6 - vol. VII - juin 2003, JEDYNAK C.P. (17)

Un autre élément neuro-anatomique à noter est la décussation de quatre-vingt-dix pour-cent des fibres cortico-spinales au niveau de la jonction bulbo-médullaire. Ces fibres permettent le contrôle de la moitié du corps par l'hémisphère controlatéral, et plus spécifiquement de la motricité fine. Les dix pour-cent des fibres qui ne décussent pas contrôlent essentiellement les muscles axiaux de la posture, cela assure un appui aux mouvements.

«La présence des syncinésies est aujourd'hui expliquée par un dysfonctionnement (pour les pathologies) ou une immaturité (pour le développement) des systèmes neuro-moteurs en charge des mécanismes qui suppriment ces conflits inter-manuels.» *Des syncinésies aux mécanismes d'inhibition motrice chez l'enfant* Thérapie psychomotrice -et Recherches- N° 157 - 2009 BARRAL Jérôme, ALBARET Jean-Michel, HAUERT Claude-Alain. (2)

Les syncinésies oro-chirales de Becher concernent une diffusion tonique entre un élément de l'axe et de la périphérie. Elles s'observent lors de l'ouverture progressive puis maximale de la bouche, avec ou non le fait de tirer la langue, et provoquent un écartement avec extension de doigts de la main.

L'observation des syncinésies permet donc de se rendre compte de la maturité du système nerveux et plus particulièrement de celles des structures neurologiques qui font pont entre les deux hémicorps. Les réflexes primordiaux constituent un autre élément essentiel qui lie le tonus aux prémisses de la motricité, qui passera d'archaïque à de plus en plus consciente et volontaire.

I.6 LES RÉFLEXES ARCHAÏQUES.

Ce sont des conduites motrices automatiques, non modulables, qui apparaissent au cours du développement du fœtus. Ils sont indispensables à la survie du bébé car ils ont une valeur de communication, et ils ont pour fonction la protection de l'organisme et la préparation à la motricité. Certains persistent tels quels, mais la plupart doivent s'intégrer au schéma moteur et devenir contrôlés et volontaires pour le bon développement de l'enfant. Les trois étapes nécessaires au développement d'un réflexe archaïque sont donc émergence, maturation et intégration.

Il est présenté ici les réflexes qui semblaient importants pour la maturation de l'axe psychomoteur, mais on en décrit plus de soixante-dix.

➤ **Réflexe de succion.**

Il apparaît dès la douzième semaine de vie intra-utérine, la langue est, in-utero le premier élément à bouger. Le travail de la langue est symétrique, contrairement à son activité lors du réflexe d'orientation de la langue. L'activité de succion va modeler toute la zone oro-faciale du bébé.

“A partir du 6^e mois de vie après la naissance, la succion-déglutition automatico-réflexe du nourrisson sera remplacée progressivement par la mastication-déglutition, plus automatico-volontaire.” *De la succion déglutition du nourrisson à la mastication déglutition de l'adulte*, BONNET Florence et GUATTERIE Michel. (3)

C'est la naissance de la chaîne linguale. Une déglutition atypique, la persistance d'une déglutition infantile, ou une malposition de la langue auront des conséquences sur le plan tonique et postural. Par contre «Chaque déglutition physiologique tend à harmoniser l'équilibre tensionnel musculaire cranio-cervico-facial.» *La place de la posture dans le diagnostic et les décisions thérapeutiques*, GILLOT Sabine. (8)

➤ **Réflexe de Moro ou de défense.**

C'est une réponse immédiate à un mouvement brusque de la tête, à un stress ou à tout changement soudain dans l'environnement. Il se fait en deux temps, d'abord par une extension du buste et des bras, les pupilles sont dilatées et le bébé prend une brusque inspiration. Le deuxième temps est celui de l'embrassement, dans lequel le bébé se rassemble. Ce réflexe doit disparaître au-delà de quatre mois de vie. Au-delà on peut voir des enfants qui semblent figés dans une activation constante de ce réflexe, en hyper vigilance orthosympathique sur un ou plusieurs canaux sensoriels. Ce réflexe se transforme en sursaut chez l'adulte.

➤ **Réflexe céphalo-oculogéryphore.**

Ce réflexe met en lien l'œil et le rachis via le système vestibulaire. L'œil se tourne du même côté que la tête. Ce réflexe apparaît à la trente-quatrième semaine de vie.

“Il existe une contraction synergique entre les muscles oculo-moteurs [...] et les muscles cervicaux.[...] Le vestibule coordonne cette synergie de contraction musculaire par le canal semi-circulaire correspondant.” *Vision et Posturologie*, HABIF Michel. (13)

On pense que ce réflexe pourrait être en interaction et se propager au suivant:

➤ **Réflexe de l'escrimeur ou tonique asymétrique du cou.**

Il est observé en décubitus dorsal, la tête est tournée d'un côté, le bras et la jambe s'allongent de ce même côté et se replient de l'autre. Le tonus musculaire des para-vertébraux est augmenté du côté de la rotation de la tête. Si ce réflexe persiste, l'intégration bilatérale est entravée.

➤ **Réflexe tonique symétrique du cou.**

Il s'observe en décubitus ventral. Si le bébé fait une flexion cervicale, les membres supérieurs font une flexion et les membres inférieurs une extension, ce qui lui fait lever les fesses. Si le bébé fait une extension cervicale, ses membres supérieurs font une extension et ses membres inférieurs une flexion, il est assis sur ses talons et en appui sur ses bras.

Ce réflexe va permettre de développer le « quatre pattes »

➤ **Réflexe de redressement.**

Le bébé tend ses jambes si on le soulève et qu'on le fait reposer sur la plante des pieds. Ce réflexe disparaît vers quatre mois.

➤ **Réflexe spinal de galant.**

Si l'on stimule les muscles para-vertébraux du bébé, on observe une inclinaison latérale du même côté. Le bébé utilise ce réflexe pour se retourner in-utero et ramper.

➤ **Réflexe tonique labyrinthique.**

Lorsque sa tête est en flexion, le bébé se rassemble en flexion du tronc et des membres. Lorsque sa tête part en extension, son tronc et ses membres suivent en extension. Ce réflexe permet au bébé de se tenir sur le ventre la tête relevée vers trois mois, mais doit s'intégrer pour permettre le « quatre pattes » vers 8 mois, sinon, il l'entrave.

➤ **Le réflexe vestibulo-oculaire.**

Lorsque la tête est tournée de manière active ou passive, les yeux effectuent un mouvement de même vitesse et même amplitude dans la direction inverse. L'activation vestibulaire due au mouvement de la tête est transmise au système oculomoteur.

Il existe des techniques d'intégration des réflexes primordiaux à base de mouvements rythmiques et de poussées isométriques.

Ces différents réflexes permettent d'accéder à un contrôle postural efficient, base d'une bonne perception de l'environnement et socle des activités instrumentales et relationnelles. Cette posture se fait par l'extraction d'informations internes et externes grâce à nos capteurs posturaux.

I.7 CAPTEURS POSTURAUX

➤ **La posture:**

L'homme debout n'est pas immobile, il est en constante ré-équilibration. *«L'équilibre ne peut plus être considérée comme un état de repos quand il s'agit d'un corps dont toutes les parties sont douées d'activités.»*. André THOMAS. Le corps décrit une oscillation permanente autour de son centre de gravité.

Le processus postural peut être défini comme *«le point de référence fixe entre le milieu extérieur changeant et nos structures volontaires qui nous permettent de nous y mouvoir.»* *De la posturologie à la posturoception* (p.13), Dr. MESQUIDA Serge. (23) (On parle ici de fixité de référentiel et non pas au sens mécanique).

«Les postures ouvrent la voie à des contenus latents». BERGES.

➤ **Fonctionnement du système postural:**

Une régulation posturale saine se fait de manière automatique et inconsciente. Elle cherchera par tous les moyens à garder son système visuel et labyrinthique à l'horizontal.

« Si l'homme était obligé de vouloir et de surveiller incessamment son équilibre, son attention serait détournée des phénomènes purement psychiques et ce serait aux dépens du développement et de l'entretien de son intelligence ». André THOMAS.

«Le système postural est un système multimodal qui prend ses informations auprès de différents capteurs. C'est généralement et principalement le dérèglement de ces différents capteurs qui est à la base des déséquilibres de ce système et des asymétries morpho statiques qui le caractérisent». Bernard BRICOT.

➤ **Le capteur oculaire:**

«D'un point de vue embryologique, l'œil n'est pas un organe mais une expansion du cerveau qui cherche à explorer son environnement». Dr Serge Mesquida.

A la naissance, la fonction périphérique est en place, elle participe à la régulation posturale du nouveau-né. La fonction focale est immature. La coordination entre le système visuel focal et périphérique se fait vers la 12ème semaine de vie. Elle permet d'analyser les relations spatiales entre les différents objets perçus. «La possibilité pour le système visuel de fonctionner comme un analyseur d'images dépend de l'état des coordinations entre les fonctions périphérique et focale du système visuel». BULLINGER.

Une fois cette coordination mise en place, le capteur oculaire donne:

- ✓ Une information visuelle d'une part, liée à la transmission au système nerveux central de l'image rétinienne. C'est une fonction d'extéroception. L'acuité visuelle est primaire sur l'oculomotricité.
- ✓ Une information oculomotrice d'autre part, liée à la tension des muscles oculomoteurs externes. C'est une fonction de proprioception.

Cette proprioception oculomotrice donne au système nerveux la position exacte de l'œil dans l'orbite. Les muscles oculomoteurs externes codent le mouvement grâce aux informations qu'ils fournissent, non pas en provenance du muscle qui se contracte sous la commande motrice mais en provenance du muscle qui se laisse étirer par la commande motrice (muscle antagoniste). C'est

l'antagoniste qui code le mouvement, grâce aux récepteurs de Golgi. Ainsi le syndrome de déficience posturale est essentiellement lié à un problème de proprioception oculaire. (QUERCIA Patrick).

La convergence oculaire permet la vision binoculaire et permet d'appréhender l'environnement en trois dimensions.

Il y a un préréglage tonique des chaînes myofasciales par la perception visuelle via les muscles masticateurs par le biais de la branche ophtalmique du trijumeau. Le complexe trijéminal est donc le lien entre la convergence oculaire et le recrutement tonique des chaînes posturales.

L'augmentation de la convergence oculaire réduit les oscillations posturales. *Rôle de la convergence oculomotrice dans le contrôle de la posture*, LÊ Thanh-Thuan. (20)

La convergence oculaire entraîne le redressement de la ligne nasion/opisthion.

La convergence oculaire est donc un mécanisme fondamental pour le redressement de l'Homme et la tonicité de son axe. "Ce que l'évolution montre justement, c'est que le devenir des primates, au cours du temps, met en évidence et le primat croissant de la vue sur les autres sens et la supériorité de la face, liée au développement des muscles peauciers, comme à la convergence oculaire, sur les autres moyens de communication." *La psychomotricité un itinéraire*, CORRAZE Jacques. (5)

Le strabisme peut être causé par de nombreux facteurs, comme la prématurité, la souffrance néo-natale, un syndrome génétique, une privation sensorielle ou plus généralement un retard psychomoteur. *Formes cliniques des strabismes*, AUDREN F, ESPINASSE-BERROD M.-A, GAMBARELLI N, SAUER A, SPEEG-SCHATZ C, THOUVENIN D. (1)

Mais plusieurs auteurs comme HUGONNIER et N. JEANROT mettent en avant le lien entre le déficit de convergence et un état psychologique déficient ou la répercussion d'un choc émotionnel sur les muscles oculomoteurs.

➤ **La proprioception cervicale.**

Les muscles sous-occipitaux de Tillaux sont composés de quatre muscles de chaque côté de la ligne médiane: deux obliques et deux droits dans le plan profond entre l'occiput et la deuxième cervicale, incluant la première cervicale. Ces muscles sont très riches en propriocepteurs, et sont responsables de l'équilibre précis du crâne sur les cervicales. Le maintien de l'horizontalité du regard et du vestibule étant assuré par des jeux de coordinations fines entre ces muscles.

La proprioception cervicale est directement en lien avec l'oculomotricité via le reflex oculo-céphalogyre, les contractions des muscles oculomoteurs et cervicaux se font en synergie. La rotation cervicale induite par l'œil recrute des muscles phasiques, mais il y a toujours un appui sur un recrutement tonique de fond.

➤ **L'Occlusion:**

L'appareil manducateur est innervé par le nerf trijumeau. La position de la mandibule influe sur le tonus et la posture dans les trois plans de l'espace. (*voir annexe 1*) Comme l'appareil manducateur en est le point de départ, en cas de malocclusion la décompensation se fait dans toute la chaîne centrale. En conséquence le sujet va utiliser une activité phasique (serrer les dents) pour pallier à son défaut de tonicité interne et à sa chute en avant. L'appareil manducateur est lié aux yeux par une collatérale sensitive du nerf trijumeau qui s'anastomose avec un nerf oculomoteur. *Le Facteur Trigéminal dans la Régulation de la Posture*, HARTMANN Francis. (14)

➤ **Le pied:**

Le pied a la particularité d'avoir à la fois :

- ✓ des exocapteurs : il s'agit des barorécepteurs de la sole plantaire (corpuscules de Pacini)

Le pied n'intervient dans la dynamique posturale que lorsque l'enfant se met debout. Selon une étude de BARELA et coll., au bout de cinq à six semaines de marche les enfants utilisent la surface d'appui comme source d'informations sensorielles pour organiser le contrôle postural. *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, VASSEUR Roger, DELION Pierre.(p152) (34)

- ✓ des endocapteurs : il s'agit des faisceaux neuromusculaires situés dans les muscles et les tendons de la cheville (appareil de Golgi).

Le pied a longtemps été considéré comme un capteur primaire du système tonique postural. «Pris entre le sol et le corps au-dessus de lui en position verticale, le pied sert de tampon réactionnel entre la posture de l'individu, conditionnée par sa perception du monde, et l'obligation de maintenir une verticalité quelles que soient les conditions du sol et l'activité volontaire du sujet». MESQUIDA Serge.

Le positionnement articulaire du pied est donc une résultante de la posture, bien qu'en cas de verrouillage articulaire il modifie effectivement la posture dans une chaîne de compensation dite montante, son positionnement postural est une conséquence.

➤ **Le système vestibulaire et labyrinthique:**

Ce système n'est sensible qu'aux accélérations ; il ne fournit donc aucune information quand le sujet est immobile ou mobile à vitesse constante. Cependant, «Il faut souligner que le système vestibulaire dérive d'un système d'accordage, d'écoute, d'une vigilance disponible aux mouvements d'autrui par rapport à soi, donc d'un système d'intégration de l'autre», LESAGE Benoît.

Les quatre systèmes, œil, labyrinthe, occlusion et proprioception cervical fonctionnent de concert.

- **Les perturbateurs:**

- x *Les cicatrices:*

Elles constituent de véritables points fixes corporels. «Les cicatrices pathologiques vont entraîner des variations locales et à distance dans la nociception, les mécanismes humoro-hormonaux, la proprioception et l'adhérence des différents plans de glissements musculo aponévrotiques», RULLEAU. Elles doivent être libérées non seulement pour leur impact sur le plan biomécanique, mais parce qu'elles peuvent être porteuses d'une mémoire tissulaire traumatique.

- x *Métaux lourds:*

Des études ont mis en lien l'effondrement des fonctions posturales dues à une sensibilité accrue aux métaux. (Dr. DIEUZAIDE G.)

- x *Problèmes viscéraux:*

Certains troubles viscéraux, comme les colites chroniques, peuvent entraîner des modifications du tonus postural.

Selon le point de vu de Arnold Gesell, «Aucune frontière stricte ne peut être tracée entre attitude et action, [...] Chaque moment de l'action peut être regardée comme une attitude posturale momentanée.»

Nous avons décrit les différents systèmes d'organisation et de régulation de la posture, mais ceux-ci concernaient l'homme debout arrivé à maturité neurologique. L'équilibre des chaînes myo-fasciales et la posture qui en découle se crée à travers le mouvement. La maturation neurologique se fait par pression biologique, en étayage avec le milieu humain et en adaptation avec les exigences du monde extérieur.

« Les habitudes posturales conditionnent et restreignent le champ relationnel et affectif. » *Polyhandicap, limites à l'entendement, LESAGE Benoît.(21)*

II. GENÈSE DE L'AXE PSYCHOMOTEUR.

II.1 NIVEAU D'ÉVOLUTION MOTRICE.

Le développement psychomoteur de l'enfant se fait de manière non-linéaire, il est fait de progressions, d'arrêts, et même de régressions. Ces dernières peuvent être le fait de changements de stratégies. Ainsi le développement psychomoteur de l'enfant peut être vu aujourd'hui comme une succession de paliers et d'emboîtements, les ruptures signant un changement de système de contrôle (du sous-corticale au cortical) et une réorganisation structurale. *Le développement psychomoteur de l'enfant, idées neuves et approches actuelles*, RIVIERE James. (29)

La constitution de l'axe corporel se fait par l'investissement et le recrutement progressif des différentes chaînes motrices afin de lutter contre la gravité, se déplacer et orienter ses activités. «La construction harmonieuse de cet axe se fait par étapes successives et nécessite un dialogue émotionnel constant avec le milieu humain», Roger VASSEUR.

Le redressement est coordonné à des rotations axiales qui permettent de latéraliser les appuis. Les niveaux d'évolutions motrices suivent des étapes successives caractéristiques qui se chevauchent, mais les variations interindividuelles témoignent de la richesse des stratégies mises en place pour se construire. Le bébé se développe par la pression biologique, mais seul l'étaillage humain permettra à ce programme biologique de s'exprimer. Le bébé n'investit que l'investissement dont il est l'objet, c'est dans la jubilation partagée qu'il découvre de nouveaux espaces de gestes.

Le bébé est lové dans l'utérus, en flexion. Puis lors de la naissance par voie basse, 98% d'entre eux se présentent en Occipito-iliaque-gauche-antérieur. Le bébé engage donc une déflexion/torsion pour sortir du détroit inférieur. Ce passage permet la déflexion cervicale et pré-imprime son schème en spirale, dans un démoulage qui ébauche son premier sentiment d'unité.

A la naissance, le bébé est en hypotonie axiale et hypertonie périphérique, ses membres sont regroupés sur son buste. Sa tête présente une rotation préférentielle.

Selon Sabine GILLOT, lorsque le bébé redresse la tête, dans une pulsion de vie, un élan adressé à l'autre, cela induit l'ascension de la langue et permet une respiration nasale. C'est le premier acte de verticalisation. Selon cet auteur, une langue basse témoignerait d'une inhibition de la pulsion de vie, et induirait une

respiration buccale qui restera courte, claviculaire, peu efficace et fatigable pour le bébé.

➤ **Développement de la motricité à partir du décubitus dorsal.**

Le bébé maîtrise tout d'abord la mobilité de sa tête, ce qui commence par les poursuites oculaires, qui mettent automatiquement en jeu la musculature cervicale via le réflexe oculo-céphalogyre. Ce réflexe induit la rotation de la tête du même côté que les yeux.

A la naissance, le bébé passe d'une posture asymétrique à une autre via le réflexe tonique asymétrique du cou. En passant sur l'axe, son tonus se désorganise et on observe des mouvements de la langue.

Les premières coordinations oculo-manuelles apparaissent vers 2-3 mois. Le bébé palpe ses doigts, d'abord grâce aux informations proprioceptives, puis sous la conduite du regard, les pieds se découvrent également mutuellement.

Vers 6 mois se font les coordinations bouche-œil-main-pied. On observe à cet âge des schèmes de flexion/torsion importants, cela permet la jonction entre le haut et le bas du corps.

A cet âge le bébé attrape son pied. Il est parvenu, selon LESAGE Benoît, au bout de lui-même et accède à la jouissance de sa globalité. *Tonus, posture, verticalisation et structuration du sujet*, LESAGE Benoît. (21)

Vers 7 mois la puissance et la maîtrise des jambes augmentent, ce qui permet le retournement.

A partir de 10 mois le bébé manifeste son envie de se verticaliser, de se déplacer.

➤ **Développement de la motricité à partir du procubitus.**

Le bébé commence à redresser sa tête vers six semaines par intermittence. Puis à trois mois il tient en appui sur ses coudes, la surface d'appui forme un triangle. Vers quatre mois il peut transférer le poids de son corps d'un coude à l'autre. Les membres supérieurs travaillent en dissociation.

A six mois, le bébé se tient en appui sur ses mains, la surface d'appui forme un quadrilatère avec les mains et le bassin.

L'enfant peut s'appuyer sur un hémicorps vers sept mois.

Le bébé peut ramper vers neuf mois.

Chaque coordination se présente d'abord sous forme homologue (comme la grenouille), puis homolatérale et controlatérale. *Polyhandicap, limites à l'entendement*, LESAGE Benoît. (21)

Vers dix mois le bébé peut se mettre à quatre pattes. Il va prendre plaisir à effectuer des mouvements de balancements avant/arrière, ce qui induit une covariation des informations sensorielles, et un réglage des capteurs somato-sensoriels. *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Roger VASSEUR, Pierre DELION. (34)

Le quatre pattes croisé apparaît un mois plus tard, il porte l'architecture fondamentale de la future marche, l'axe fonctionnant en torsion par dissociation des ceintures.

Le bébé peut passer en position de chevalier servant, dans laquelle les membres inférieurs travaillent en dissociation. Il fait la marche de l'ours vers 11 mois.

L'enfant tient debout seul vers douze treize mois. Il peut marcher mais son pied ne déroule pas encore.

Le premier acte de verticalisation est le redressement de la tête. Ce redressement de la tête induit déjà l'ascension de la langue selon Sabine Gillot. Mais c'est seulement à l'âge de deux ans que la langue se stabilise en position haute, étalée sur le palais. Ce positionnement est l'appui de la chaîne centrale tonique et coïncide avec la station érigée.

«La langue, en position verticale à l'origine, est un organe vertébral « constitué d'une série de muscles vertébraux qui ont précocement migré dans le futur espace buccal embryonnaire » (Couly G. 98) Elle s'horizontalise avec la fermeture palatine avant de se redresser à nouveau avec la colonne.» *Comportement lingual et cou*, JOLY Martine. (18)

Certains auteurs associent la langue basse à un manque de pulsionnalité, de désir face à la vie.

L'enfant trouve sa verticale en s'opposant à la gravité, à partir de là il sera selon Karl VIERORDT « toujours à la recherche de cet instant éphémère au cours duquel s'annulent toutes les forces en action sur sa masse corporelle. » Cette posture érigée et cette organisation autour de l'axe sont en lien avec les différentes facettes psychomotrices et émotionnelles de l'enfant.

II.2 AXE ET FONCTION D'AXIALITÉ.

L'axe psychomoteur est selon ROBERT-OUVRAY Suzanne «la capacité à se tenir seul debout dans son espace psychique». C'est une construction psychocorporelle.

L'axe est une ligne virtuelle qui passe du sommet du crâne, le vertex, jusqu'au centre du périnée, le noyau fibreux central. Il peut être défini comme une «ligne rassembleuse et organisatrice d'une structure, sans laquelle tout mouvement serait dispersion et dislocation». *Axial'poursuite : axe et spatialité*, LESAGE Benoît, *Jalons*

pour une pratique psychocorporelle, ERES L'Ailleurs du corps », 2012 (p. 147-170.) (21)

Pour cet auteur, si l'axe est une structure, une évidence anatomique, «la fonction d'axialité renvoie à la façon dont nous intégrons cet axe, et ce qu'il soutient comme vécu».

L'axe psychomoteur constitue un appui postural mais aussi représentatif et émotionnel. «La verticalité, [...] s'exprime entre deux pôles, entre «les pieds sur terre» et «la tête dans les étoiles». Elle est porteuse de valeurs narcissiques, de dimensions d'autonomie, de confiance en soi, de dignité et elle modifie profondément le rapport de la personne à son environnement. » *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, éd. De BoeckSolal, 2012, SCIALOM Philippe, GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel. (P170.) (31)

Selon les auteurs précités, l'intégration psychique de l'axe corporel s'accompagne d'une intégration de l'axe psychique. Et on peut dire que l'axe moteur organise les trois dimensions de l'espace externe, et que l'axe psychique organise la vie psychique dans les trois dimensions de la vie relationnelle et affective: moi, autrui et le tiers.

II.3 PAILLARD, CORPS SITUÉ ET CORPS IDENTIFIÉ.

Jacques PAILLARD introduit les concepts de “*corps situé et de corps identifié*” et les définit comme une approche psychophysiologique de la notion de schéma corporel. Pour appréhender notre monde nous avons besoin de référentiels spatiaux stables. Le référentiel corporel est le premier à être utilisé par l'enfant au cours de son développement, c'est le référentiel égocentrique.

«L'appareil moteur des organismes apparaît comme une structure assimilatrice, transformatrice et génératrice d'ordre spatial. L'appropriation de l'espace semble relever d'un double système moteur : le premier s'exprime dans les activités de positionnement et de transport du corps et de ses segments. Ces activités exigent la constitution de référentiels ou invariants posturaux géocentrés. Elles conduisent à l'édification d'un espace des lieux. Le second concerne les activités de saisie, de manipulation, de transformation des objets, [...] ces activités opèrent sur l'espace de l'objet lui-même et conduisent à l'extraction des invariances perceptives, support de l'identification et de la reconnaissance des objets et des formes spatiales », PAILLARD Jacques.

J. PAILLARD distingue ainsi deux types de référentiels:

- Le référentiel gravitaire, qui comprend: le référentiel géocentrique de l'oreille interne, le référentiel céphalocentrique, le référentiel de l'axe du corps et le référentiel de la surface d'appui sur le sol.
- Les référentiels centrés sur les organes de capture, bouche, œil et main. (PAILLARD, 1971)

«L'activité de positionnement du corps est référencée aux invariants physiques que sont la direction verticale des forces de pesanteur et l'horizontalité de la surface d'appui qui constitue l'interface entre milieu terrestre et milieu aérien. Ainsi, l'activité posturale apparaît comme une activité de mise en position du corps et de ses segments par rapport aux forces de gravité d'une part et par rapport aux signaux significatifs du monde environnant d'autre part. Elle fournit les points de référence sur lesquels vont s'organiser les déplacements orientés de l'ensemble du corps ou de ses segments mobiles dans l'espace extérieur. Elle contribue de ce fait à un véritable marquage de l'espace». *Les déterminants moteurs de l'organisation de l'espace*, Cahier de psychologie, 1971, n°4, PAILLARD Jacques. (25)

Ces repérages spatiaux sont à la base de la construction par l'enfant de son espace physique.

L'enfant construit donc simultanément des référentiels corporels qui lui servent d'ancrage, de points d'appui afin de se construire et de structurer le monde qui l'entoure. C'est une construction réciproque. Nous avons vu plus haut que l'œil se comportait comme une extension du cerveau; percevoir notre environnement consiste en une reconstruction active de l'environnement par le cerveau.

«Le monde et le moi se constituent corrélativement et se structurent réciproquement». MUCCHIELLI.

L'activité motrice de l'enfant est un instrument fondamental pour conquérir son univers, comme en témoigne PIAGET: «L'intelligence naît de l'action». La posture précède le mouvement, la maîtrise et la précision des gestes permettent d'augmenter les possibilités de manipulation et d'exploration des objets. «Loin de n'être qu'une affaire de muscles, le mouvement est au fondement de l'évolution du cerveau». BERTHOZ Alain.

Par la suite l'enfant sera capable de projeter ce référentiel égocentré dans l'espace, et de prendre appui sur un référentiel allocentré. Il s'agit de la décentration qui a été décrite par Piaget et Inhelder, mais qui serait possible bien plus tôt que ne le pensaient ces auteurs. (les bébés sont capables de modifier leur référentiel spatial dès seize mois, quand ils commencent à réellement se déplacer seuls.) *Psychologie du développement et psychologie différentielle*, IONESCU Serban, BLANCHET Alain. (p175), (16) Cette décentration sur le plan purement spatial est à mettre en lien avec la décentration sociale de la théorie de l'esprit, la capacité à prendre en compte le point de vu d'autrui différent de soi.

Nous voyons que l'axe a sa place dans la vie psychique du sujet jusque dans les processus mentaux du rapport à l'autre. BULLINGER décrit comment la genèse de l'axe est celle d'un axe psychomoteur, car en lien avec la vie psychique et la rencontre avec l'autre.

II.4 LA GENÈSE DE L'AXE PSYCHOMOTEUR EN PSYCHOLOGIE DU DÉVELOPPEMENT.

BULLINGER, la création des différents espaces.

Le professeur André BULLINGER est un psychologue qui a axé ses recherches fondamentales et son enseignement sur le développement sensori-moteur de l'enfant. Il travaillait auprès d'enfants porteurs de déficits sensoriels et moteurs, et de retards du développement. Il a travaillé avec Julian de AJURIAGUERRA, et a croisé ses recherches avec d'autres champs théoriques en collaboration avec Geneviève HAAG, Roger VASSEUR et Pierre DELION.

BULLINGER décrit le développement psychomoteur par l'acquisition de différents espaces, la formation de l'axe en faisant partie.

«L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité». *La genèse de l'axe corporel, quelques repères*, BULLINGER André. (4)

A la naissance le bébé vit une perte du regroupement et de l'arrière fond offert par l'utérus. Lors de ses mouvements spontanés le bébé ne rencontre plus la paroi de l'utérus, ce qui lui fait perdre la sensation de la jonction membre/tronc.

Les capteurs posturaux sont immatures et doivent se réajuster au changement de milieu.

Ce vécu est à l'origine d'angoisse de morcellement et d'angoisse de chutes.

Période sensible du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans. VASSEUR Roger, DELION Pierre . (34)

➤ La maîtrise de l'espace oral.

Il est le premier espace où les fonctions instrumentales apparaissent.

L'activité de succion demande au nourrisson de coordonner une activité de capture et une activité d'exploration. La coordination entre la succion, la déglutition et la respiration est observée à partir de 34 semaines d'âge gestationnel. Au-delà de cette activité indispensable à son alimentation, il s'agit pour le nourrisson d'éprouver son corps dans sa capacité de contenance, ce qui induit la différenciation des espaces dedans / dehors. La constitution de l'espace oral crée donc un point d'appui pour la suite du développement. «Cette modulation tonique entre faim et satiété offre une sensation de contenance qui est une des premières représentations accessible au

nourrisson». *A propos du développement psychomoteur*, BULLINGER. (4) Le caractère narratif du repas est important pour la structuration psychique du nourrisson, il est fait de micro-rythmes et de macro-rythmes, d'invariant et de nouveauté.

➤ **La maîtrise du buste.**

La maîtrise du buste passe par la coordination avant/arrière et la création d'un arrière fond.

L'équilibre entre l'extension et la flexion est possible in-utero par les réponses toniques en extension en réponse aux flux sensoriels d'une part et par la contenance tonique de l'utérus en flexion d'autre part. Cela constitue le premier langage tonico-émotionnel entre la mère et l'enfant.

Après la naissance, la maîtrise du buste s'acquière par l'équilibration entre la musculature de flexion et d'extension ainsi que par la coordination entre la vision focale et périphérique. C'est le milieu humain qui va dans un premier temps assurer le défaut de capacité d'enroulement du bébé, par un portage avec un langage tonique adapté, et toujours une attention portée, avant que le bébé ne fasse siennes des capacités d'enroulement.

La création d'un arrière fond est indispensable à l'activité instrumentale de la vision, qui cesse de fonctionner sur le mode d'agrippement visuel au profit d'une activité exploratoire.

Lors de cette période, l'enfant peut avoir recours au tonus pneumatique pour rigidifier son buste, la persistance de cette stratégie limite les interactions au temps de l'apnée et ne permet pas un bon ajustement des conduites exploratoires.

Les conduites d'hyperextension du buste sont également une entrave aux interactions précoces et aux coordinations bimanuelles.

➤ **La maîtrise du torse.**

C'est la constitution de l'axe corporel. Le bébé va devoir coordonner trois espaces : les espaces droit et gauche et le plan médian.

Cette coordination des héli-espaces droit et gauche en un espace de préhension unifié autour de l'axe vertical se fait via les chaînes musculaires de torsion. Les ceintures scapulaire et pelvienne travaillent en dissociation, passant d'une posture asymétrique à l'autre. Ce travail des ceintures permettra le renforcement des appuis latéraux rendant possible la station assise. BULLINGER considère cette posture asymétrique comme un point d'équilibre autour duquel le bébé s'organise. Ces

postures asymétriques nécessitent d'être habitées successivement et de « se parler» pour que l'espace médian se constitue.

«Le bébé a besoin de connaître les deux parties de son corps et d'éprouver sensoriellement et affectivement le passage d'un côté à l'autre.» BULLINGER

Ce travail de coordination harmonise les états toniques entre les deux hémicorps, qui cessent de fonctionner de façon indépendante. Avant l'intégration de l'axe, la zone orale est fortement sollicitée pour faire un relais au niveau de l'espace médian, un objet étant d'abord saisi par la bouche avant d'être passé à l'autre main.

Lors du passage d'une position à une autre, on peut observer au niveau du passage sur l'axe un effondrement tonique, une apnée et une mobilisation de la bouche.

Lorsque les moyens sensori-toniques permettent à l'enfant de passer d'une posture asymétrique à l'autre de manière fluide, sans désorganisation de l'axe, on peut considérer que celui-ci est intégré. On peut le rechercher en demandant une poursuite oculaire en continu d'un côté jusqu'à l'autre par exemple. Le fait que l'enfant puisse passer un objet d'une main à l'autre et croiser l'axe est également un des signes d'intégration de l'axe corporel. Libérée, la bouche peut investir les productions sonores à visées communicatives.

➤ ***La maîtrise du corps.***

Le nourrisson investit l'axe horizontal de son corps en enroulant son bassin, qui devient le point d'articulation entre le haut et le bas du corps. Le pied commence par se faire explorateur, puis les jambes sont investies pour leur fonction de portage et de déplacement. Avec la possibilité de modulation du tonus de l'espace inférieur apparaît la maîtrise sphinctérienne.

Les prothèses de rassemblement.

Les prothèses de rassemblement sont des conduites et des moyens que l'enfant à risque autistique utilise pour pallier à son déficit de rassemblement vécu, et pour compenser les manquements de la constitution des différents espaces précités.

Ces prothèses de rassemblement ont un effet de stabilisation sur le versant émotionnel et sur le plan instrumental. «La stabilisation des représentations améliore l'équilibre sensori-tonique, [...] la consolidation des points d'appuis permettant des actions finalisées vers le milieu». *Les prothèses de rassemblement*, BULLINGER André. (4)

✓ *Les conduites de tassement de la colonne vertébrale.*

L'enfant se soulève un peu sur ses jambes et se laisse retomber brusquement sur les fesses. Ce choc vertical sur la colonne lui permet de retrouver un état émotionnel stable. Pour BULLINGER, cette compression pourrait provoquer une sensation comparable à la tension provoquée par les muscles fléchisseurs et extenseurs du rachis si ceux-ci étaient en équilibre.

✓ *Le blocage de la respiration.*

Cette conduite appelée tonus pneumatique vient pallier au défaut de coordination des hémicorps. L'équilibre entre flexion et extension n'est pas acquis. Elle gèle les conduites instrumentales, la phonation est entravée et les interactions en général sont limitées à ce temps d'apnée. Le bébé est fatigable.

✓ *Les appuis dans le dos.*

Selon BULLINGER, les appuis contre de larges surfaces offrent à l'enfant un mode d'équilibration au schéma d'extension si celui-ci n'est pas compensé par la flexion. L'ensemble des sensations tactiles provoquées dans le dos offrent un support pour relier les deux hémicorps.

✓ *Un appui sur la poitrine et le ventre.*

Avec cette conduite, l'enfant cherche encore à relier ses deux hémicorps en se procurant des sensations, par exemple avec un ballon sur le ventre, un coussin sur la poitrine ou un large contact au sol.

✓ *La mobilisation de la langue.*

Dans un premier temps d'intégration des hémicorps, le relais par la bouche est normal. Mais cette conduite peut persister et devenir envahissante pour les activités qui demandent une coordination. La protrusion de la langue apparaît faible en posture asymétrique, et s'observe dans l'axe. (Cette protrusion gêne l'activité de capture, succion-déglutition, ce qui peut se répercuter sur les interactions précoces).

En mobilisant la langue, l'enfant vient créer une tension et un appui sur la chaîne linguale.

✓ *La prise bimanuelle.*

L'enfant conserve un objet entre ses deux mains dans une prise tonique qui rassemble ses hémicorps dans l'axe. Les activités exploratoires peuvent en être affectées.

✓ *Des activités bimanuelles compulsives.*

BULLINGER observe que dans ces conduites, les mains coopèrent, les mouvements sont vifs, puissants, et qu'une suite de mouvements est souvent répétée. Il indique que le regard est dirigé sur la zone des mains et que la bouche est recrutée toniquement.

BULLINGER observe également que ces conduites sont en lien les unes avec les autres. Pour libérer l'activité des membres supérieurs, il est possible de donner un appui sur l'avant du corps.

II.5 LES ÉTAPES DE CONSTITUTION DU MOI-CORPOREL EN PSYCHANALYSE.

Il sera présenté dans ce chapitre, une vision du sujet telle que le courant psychanalyse post-Kleinien l'offre. Geneviève HAAG est une psychiatre psychanalyste qui s'inscrit dans ce champ théorique et est à l'origine de travaux sur l'autisme infantile. Elle a décrit les étapes de développement de l'enfant de l'autisme à l'étape d'individuation. Ses recherches constituent des ressources importantes dans le cadre d'un travail avec la population polyhandicapée, permettant de soutenir les tentatives de reprise du développement. Selon cet auteur, la genèse d'un axe psychomoteur fait partie inhérente de la constitution du sujet.

Geneviève HAAG décrit, comme BULLINGER, la réunion des deux hémicorps pour former un axe et une unité. Mais selon elle, les deux hémicorps ne sont pas investis psychiquement de la même façon par le bébé. Il développerait un «côté bébé» et un «côté maman». Ce vécu se formerait dans les interactions précoces et l'illusion de la non-séparation.

II.5.1 VUE D'ENSEMBLE DU DÉVELOPPEMENT GLOBAL, DE L'ÉTAT AUTISTIQUE À L'INDIVIDUATION.

Nous avons retranscrit ici les éléments de la *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile* qui nous semblent primordiaux. (Traité de HAAG Geneviève et ses coll.). (12)

➤ **État Autistique sévère.**

L'enfant dans cette étape est en recherche de sensations plus que d'émotions. Il est hypersensible à l'état émotionnel ambiant, on remarque des contagions émotionnelles.

On observe des crises de rage, avec angoisse de désorganisation corporelle, par exemple lors d'une tentative forcée de rentrer en relation ou lors d'une tentative d'arrêter les stéréotypies.

Le regard est décrit comme absent, fuyant ou traversant. Il peut aussi être périphérique, c'est à dire à la recherche du contour du corps propre.

Au niveau de l'axe, on observe une hypertonie, avec hyper-extension de l'axe et marche sur la pointe des pieds, ou une hypotonie jusqu'à l'écroulement à l'origine d'un vécu de liquéfaction. Ces angoisses de chutes et de liquéfaction se projettent sur l'environnement, on remarque des terreurs à l'écoulement de l'eau, une peur des pentes.

Les stéréotypies sont entretenues de façon quasi permanente. Elles peuvent être visuelles, tactiles, auditives, respiratoires, labyrinthiques.

La bouche est dite amputée, molle et flasque, non sphinctérisée avec un écoulement de salive. Le visage est décrit comme le plus souvent lisse, mais aussi ridé ou crispé.

Le langage est inexistant, ou en écholalie en adhésivité immédiate. On peut noter des cris perçants, des chantonnements monotones et continus pour palier à l'enveloppe sonore pathologique.

Le graphisme est inexistant ou très archaïque, le tracé est sans rythmicité.

On observe un entretien de stéréotypies quasi permanentes, avec une adhésivité sensorielle aux stimulations visuelles, auditives, tactiles, respiratoires, labyrinthiques. Les automutilations sont parfois plus à visées auto-stimulantes que auto-agressives.

L'espace est vécu comme uni ou bidimensionnel, il y a une lutte contre les formes tridimensionnelles. Dans l'espace unidimensionnel, l'enfant est figé dans une stéréotypie uni sensorielle, alors que dans l'espace bidimensionnel il est en fonctionnement sur deux canaux sensoriels.

Tout comme l'espace, le temps peut être vécu comme uni ou bidimensionnel. Dans le temps unidimensionnel il y a une abolition du temps par une concentration sur un seul canal sensoriel. Le temps bidimensionnel est décrit comme circulaire, avec une recherche d'invariants.

Les manifestations d'agressivité sont indifférenciées entre auto et hétéro-agressivité. L'automutilation est plus constituée par une augmentation de l'intensité d'une autostimulation que par la mise en jeu d'une véritable pulsion agressive.

Vignette clinique d'Antoine

Antoine est un grand jeune homme, d'une vingtaine d'années, accueilli au centre pour polyhandicapés. Il est enroulé sur lui-même dans une longue cyphose dorsale haute, tout son corps est hypotonique. Il montre tout à fait une bouche amputée, «une hallucination négative permanente du pourtour de la bouche ». Au début de l'année de stage, il se redressait pour croiser mon regard quelques centièmes de secondes, puis replongeait brusquement dans son enroulement, avec un rire paradoxal qui manifestait son angoisse. La chute de sa tête doit lui procurer une sensation dans tout le rachis supérieur. Antoine aime se stimuler le creux de la main inlassablement avec toujours une même main exploratrice et l'autre réceptrice. Il ne retient pas les objets dans ses mains mais les laisse couler ; il ne les tient pas plus qu'il ne se tient lui-même.

Le travail en psychomotricité, travail de fourmi, a donné des résultats pour Antoine. C'est un travail axé sur la sensorialité, de stimulation vibratoire, ainsi que de tentatives pour rentrer en interaction.

Au mois de mars, il se lève d'un grand bond, comme toujours, comme poussé brusquement par une impulsion jaillie d'on ne sait où et qui semble lui échapper. Il marche vers moi avec son déplacement brusque et saccadé, me fixe ; je retiens ma peur. Il me fixe longuement, intensément. Je ne sais pas ce qu'il veut mais il me semble que lui-même ne le sait pas. Il est mû par un désir, un élan d'aller vers, vers l'autre, mais ne sait pas encore quoi en faire.

➤ ***Étape de récupération de l'enveloppe.***

On remarque des conduites de grattage/arrachage, qui sont des démonstrations de l'angoisse de re-perte d'enveloppe.

Il est noté la possibilité de crises de rage de type tantrum avec des angoisses corporelles massives lors de la séparation, en cas de frustration ou de désirs pulsionnels.

L'enfant manifeste une alternance entre jubilation et crainte dans la retrouvaille du regard.

Dans les conduites concernant le regard, on observe une alternance entre la fuite et l'hyperpénétration dans le regard de l'autre. Il est décrit le fantasme de «se coller au fond» dans lequel la personne vient se coller derrière la tête après avoir plongé dans les yeux.

L'enfant est en recherche d'appuis du dos combinés ou non avec une pénétration du regard.

Il peut être en recherche d'inclusion de son corps dans un contenant, dans une recherche et une demande de serrage.

A l'inverse on peut constater une claustrophobie des vêtements, des contenants ou des groupes.

On observe un investissement particulier de la main, sa contemplation, son exploration.

A ce stade, on peut voir des signes de récupération du pourtour de la bouche, par les explorations tactiles, les bruits de bouches explosifs, mais également des angoisses de re-perte.

Le langage est réduit aux exercices vocaliques qui semblent permettre l'intériorisation des "boucles de retour". Geneviève HAAG parle dans ce cas du «théâtre de la bouche».

Le graphisme peut être inexistant ou les traces sont possibles avec support du dos, de la main, il reste très simple, balayage rythmé, pointillage...

Sur le plan de l'exploration de l'espace et des objets, on note l'apparition d'un repérage de l'espace tridimensionnel. On observe l'exploration de l'espace architectural, des creux, des plis et des saillies. C'est le début possible des activités d'encastrement.

L'enfant peut se délimiter un territoire à l'aide d'objets ou se déplacer en tendant le bras pour délimiter son espace propre.

Le temps est vécu comme circulaire, caractérisé par le retour du «même». Il peut apparaître un début de conception du temps oscillant, avec une tentative de maîtrise du recommencement, et la croyance en la réversibilité du temps associée à un sentiment de maîtrise mégalomane.

L'hétéro-agressivité est apparente car la relation différenciée à l'autre n'est pas établie. On note des attaques préférentielles du visage, qui correspondent pour Geneviève HAAG au dégel pulsionnel oral.

➤ **Étape de réduction du clivage vertical.**

Le regard est en strabisme pour éviter la binocularisation, la profondeur du champ. Il y a une assimilation des yeux à la bouche. Il en découle une problématique avec la pulsion orale qui est de manger ou d'être mangé avec les yeux.

Le langage est possible en écholalie différée. Il se fait en écho ou en clivage varié : demi-mots, voyelles et jeux avec les doublets (papa, dada).

Au niveau du graphisme, on observe une verticalisation de l'axe des spirales et de l'organisation du tracé en général. L'enfant montre un intérêt pour la duplication.

La manière dont l'enfant explore l'espace et ce à quoi il s'attache dans cette exploration est un bon indice de la façon dont il se vit dans son corps. Lorsqu'il est en clivage vertical, on observe un intérêt marqué pour les angles. Il existe une «équivalence symbolique entre l'axe du corps propre et l'angle de deux murs». *Grille de repérage clinique des étapes évolutives*, HAAG Geneviève et ses coll. (12)

En ce qui concerne les objets, l'enfant s'attachera à une observation particulière des pliages verticaux, reliures de livres, et investira les découpages verticaux. Il comparera les objets doubles semblables et dissemblables.

Sur le plan du repérage temporel, il y a une alternance du temps circulaire et du temps oscillant.

Il peut apparaître des conduites auto-agressives telles que le cognage des éléments médians du corps, ou l'attaque du côté du corps confondu avec celui de l'adulte.

➤ **Étape de réduction du clivage horizontal.**

On observe l'ébauche d'une conscience d'être une identité séparée. Il en découle l'émergence de moments d'échanges relationnels en mutualité, avec des échanges tendres.

Le sujet peut être dans une toute puissance infantile, avec un besoin de possession maîtrisante et tyrannique. Ceci articulé avec une érotisation autour de la sphère anale et sexuelle. Il est décrit des fluctuations thymiques maniaco-dépressives.

Le regard est lumineux, renvoyant, parfois «malin», en recherche de connivence dans les tentatives de co-excitation.

Le clivage horizontal se réduit avec l'exploration et l'investissement de la moitié inférieure du corps et des zones anales et sexuelles. Il y a une démonstration de l'éprouvé de la charnière haut/bas, par pliage du corps en différentes positions par exemple.

La maîtrise sphinctérienne est acquise ou mieux intégrée, mais il peut y avoir des problématiques de rétention. On peut observer également des masturbations compulsives anales et/ou génitales.

Le langage verbal se développe avec une imitation de la mélodie de la phrase, l'émergence de jargons puis de mots. Puis, on note à ce stade une avidité pour l'acquisition de vocabulaire.

Au sujet du graphisme, il est observé une horizontalisation de l'axe des spirales ou du balayage.

Les couleurs peuvent être reliées à des expressions émotionnelles.

Sur le plan de l'exploration de l'espace et des objets, on note un intérêt pour les pliages et découpages horizontaux, le dessus/dessous, et des jeux répétitifs avec l'ouverture/fermeture des portes, les interrupteurs.

Le temps est vécu comme oscillant ou linéaire, selon la conception et l'acceptation de la réversibilité.

On note une automutilation possible des membres inférieurs. L'hétéro-agressivité est en résonance avec le stade anal, possession, tyrannie, cruauté.

➤ ***Étape d'individuation.***

C'est le stade dans lequel la mutualité s'améliore avec une recherche de vrais échanges relationnels. Une vraie tendresse est possible, avec souci de l'autre.

On remarque l'émergence de la rivalité, notamment œdipienne.

Le regard est décrit comme pétillant, avec une bonne tonalité d'échange et la recherche du regard de l'autre pour une attention conjointe. Le pointage protodéclaratif se développe.

Le stade du miroir se confirme, et la capacité de séparation corporelle est totale. La sphinctérisation est en place. De cela découlent des recherches d'échanges en face à face.

Le langage gestuel socialisé est présent (accès au symbolisme).

Le «non» apparaît, ce qui signe une bonne organisation, ainsi que le langage en général qui se complexifie dans son organisation grammaticale et sa prosodie. D'autre part le monologue à plusieurs voix signe l'intériorisation du lien de dialogue.

Au niveau du graphisme, on note la fermeture du cercle. Le tracé gagne progressivement en maturité avec des formes plus complexes. On est au stade du bonhomme têtard comme première figuration de soi. On remarque le dédoublement de l'horizontal en ligne de terre et ligne de ciel.

On observe des conduites d'offrandes avec le jeu du circuit donner-reprendre, ainsi que de l'intérêt pour le jeu du cache-cache en lien avec la permanence de l'objet.

On observe des jeux de contenu/contenant avec des transvasements, ainsi que des jeux de fermeture/ouverture des objets, qui se développent en parallèle avec la maîtrise sphinctérienne et la notion de dedans/dehors.

Le temps est linéaire, la notion d'écoulement inéluctable du temps est acquise. Les séparations sont mieux tolérées.

Il apparaît une hétéro-agressivité vraie de rivalité. S'il existe une auto-agressivité, elle découle d'une hétéro-agressivité réprimée et retournée contre soi.

II.5.2 GENÈSE ET INTÉGRATION DE L'AXE EN PSYCHANALYSE.

Selon Anne-Marie LATOUR, le moi-corps est primitivement perçu comme un moi-tuyau. Cette représentation primitive de l'image du corps s'appuierait sur le schéma neuro-embryologique disponible dès le stade embryonnaire, lorsque le tissu ectodermique se replie pour former un tube matriciel sphinctérisé aux extrémités, qui forme un axe primitif. *Le moi-tuyau, précurseur du sentiment d'enveloppe*, Anne-Marie LATOUR. (19)

Pour Geneviève HAAG, le rouler sur soi va définir un des premiers sentiments d'axe. Comme BULLINGER, Geneviève HAAG décrit que les patients fixés de manière pathologique sur cette étape de séparation des hémicorps investissent dans des activités visant à maintenir ces deux hémicorps joints. Celles-ci engendrent une rigidité qui parasite les activités d'explorations et de partage relationnel.

Selon la théorie de Geneviève HAAG, le bébé, entre quatre et dix mois de vie, intériorise et intègre la relation mère/bébé (papa/bébé, caregiver/bébé) de façon très corporelle dans les deux moitiés de son corps, l'une étant assimilée au bébé et l'autre à la personne qui en prend soin.

Je suppose que ce vécu fantasmatique du corps se construit dans l'association de l'illusion de non séparation et le fonctionnement corporel en deux postures toniques asymétriques.

La récupération de l'axe psychomoteur se fait par la réduction du clivage vertical du corps. Il s'agit pour Geneviève HAAG d'acquérir une « soudure interne » qui libère les outils d'explorations. Un mécanisme fondamental pour obtenir cette soudure interne est l'association de l'expérience bouche/mamelon, dans un holding adéquat, à une interpénétration du regard, vécue de façon jubilatoire par le bébé, et avec un regard qui s'accroche à celui de la mère. Le regard de la mère apparaît comme chargé d'une « rêverie maternelle constructive ». Ce mécanisme peut être considéré comme primordial pour la naissance psychique du bébé. De façon concomitante à l'activité buccale de nourrissage, avec les yeux « il envoie quelque

chose cependant qu'il absorbe.» Cela forme des boucles retours. Geneviève HAAG décrit cela avec cette image «quelque chose est envoyé qui rebondit dans la tête de l'autre, puis revient pour faire ce noyau du Moi.» Le rebond se fait sur les différences. (les pertes, les différences, les surcharges de sens?)

La jubilation du bébé est possible lorsque passe au second plan le vécu persécutoire du regard, ce qui pose problème pour la population autiste. Quelque chose dans ces jeux de regard se passe mal et ils ont l'impression de tomber dans le regard de l'autre. Peut-être en conséquence de quoi les autistes manqueraient de squelette interne selon Geneviève HAAG.

«Les relations d'interpénétration bouche-mamelon/psyché/regard formeraient en quelque sorte la soudure, le lien profond qui attache, le squelette interne ressenti dans l'axe vertébral». *La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps*, HAAG Geneviève. (11)

Lorsque cette soudure est acquise, comme les mains ne servent plus à accrocher les hémicorps ensemble, l'index peut se détacher. De la langue il intègre le tactile, et de l'œil la capacité à pénétrer l'espace.

Nous avons décrit comment la formation de l'axe psychomoteur est intimement liée au développement de la vie psychique du nourrisson, et à sa possible rencontre avec l'autre. Nous allons à présent présenter de quelle façon ce développement psychomoteur peut être entravé aux périodes du début de la vie, et pourquoi ces périodes conditionnent la suite du développement du bébé.

II.6 LES MÉCANISMES D'ENTRAVE AU DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR.

Benoît LESAGE et Roger VASSEUR sont des auteurs qui offrent une vision croisée entre la psychologie du développement et la psychanalyse post-Kleinienne. Ils permettent de rendre compte qu'un dysfonctionnement précoce peut affecter le développement psychomoteur dans toute sa globalité.

Dans l'utérus le bébé est baigné dans le liquide amniotique de façon homogène, accolé en fin de grossesse contre la paroi utérine avec laquelle il vit un dialogue tonique. Il déglutit le liquide amniotique, suce son pouce, la bouche est investie et stimulée.

A la naissance le bébé vit un écorchage, il perd les sensations d'entourance offertes par le liquide amniotique et l'utérus, c'est une coupure. Mais le bébé retrouve vite son pouce, les soins et les caresses de ses parents.

Pourtant il arrive que pour sa survie le nourrisson doive être placé en couveuse ou hospitalisé sur une période donnée.

La stimulation créée par les soins ou le matériel devient parfois irritante voir nociceptive. Il y a un déséquilibre entre les dystimulations antérieures procurées par les soins et la stimulation uniforme du contact du dos sur le matelas.

Le stress subi par le bébé le rend très irritable, parfois même au moindre toucher, il est en hypervigilance, avec un schème prédominant en extension. Par ce déséquilibre entre les chaînes antérieur et postérieur, les coordinations oculo-manuelle et main/bouche sont perturbées.

Le bébé est entravé dans sa motricité, il est écrasé par la pesanteur sur son matelas au lieu d'être dans un langage tonique dans les bras de ses parents.

Les stimulations auditives inadaptées entraînent une rupture des coordinations visuo-auditives.

Le matériel l'aidant à respirer et à s'alimenter, indispensable à sa survie, ne lui permet plus d'explorer son visage, de stimuler sa bouche. Selon Roger VASSSEUR et Pierre DELION, dans *Période sensible du développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans (34)*, l'absence d'entretien de la succion entraîne la perte de cette activité.

L'activité de succion/déglutition lors de la prise alimentaire dépend d'un équilibre entre la conduite de capture et la conduite d'exploration.

La conduite de capture dépend d'un recrutement tonique nécessaire au maintien de la tête, si ce système est trop puissant, le bébé se jette en hyperextension.

Si c'est l'activité d'exploration qui est trop puissante, elle se fait au détriment de la capture du mamelon.

Toute la chaîne du développement est impactée par ces dysfonctions de la sphère orale.

Bien entendu on observe un impacte sur le plan de la prise alimentaire et des niveaux d'évolution motrice, mais pas seulement. La fonction d'attachement se développe en grande partie lors de la prise alimentaire. L'aspect narratif du repas est en lien avec les processus d'émergence de la pensée. La bouche comme première représentation corporelle et comme premier instrument d'exploration est affectée.

A cause de l'immobilité de la tête et de la paroi de la couveuse, le bon développement de la vision et l'oculomotricité est entravée. Cela peut induire une hémignégligence si le bébé n'a pas la possibilité d'explorer les deux hémichamps et ses deux hémicorps avec la tête tournée d'un seul côté. De plus pour le bébé c'est en faisant la différence entre les moments où l'espace bouge parce qu'il est mobilisé passivement et les moments où l'espace bouge parce que lui-même bouge que le bébé commence à prendre conscience de lui-même agissant sur le monde.

Pour finir, la séparation du bébé de ses parents peut créer chez le bébé des angoisses et des troubles de l'attachement, et chez les parents tout une dynamique de culpabilité (liée également à la pathologie éventuelle) qui va s'immiscer dans les relations parents/bébé.

Nous voyons ici comment les difficultés des premiers instants et mois de la vie peuvent avoir des répercussions importantes sur le développement psychomoteur de l'enfant. C'est ce qui amène les auteurs Roger VASSEUR et Pierre DELION à parler de périodes sensibles. Ce sont des périodes durant lesquelles le bébé est particulièrement réceptif à des expériences données, qui lui sont nécessaires car s'il en est privé à cette étape, il sera difficile de poursuivre un développement normal.

Nous avons maintenant quelques éléments pour comprendre comment naissent compétences motrices et psychiques du bébé. Si nous avons tous un corps, nous pouvons, selon l'expression de Benoît LESAGE, le fréquenter ou non. Nous n'avons pas tous la même relation à notre corps, et après avoir intégré l'axe, il nous reste encore à l'habiter, ce qui se fait progressivement et en parallèle des mécanismes précités.

II.7 L'AXE PSYCHOMOTEUR HABITÉ.

II.7.1 LES CONDITIONS D'INTÉGRATION DE L'AXE PSYCHOMOTEUR.

Les conditions d'intégration de l'axe psychomoteur présentent une vue résumée et globale du sujet. Pour intégrer son axe, le bébé a besoin de plusieurs éléments:

- ✓ *La sécurité émotionnelle dans les soins.*

Le bébé naît en situation d'immaturation neurologique, il est très vulnérable et dépendant du milieu humain. Il a besoin de cette contenance afin d'introjecter des bons éléments, dans une hypotonie sécurisée.

- ✓ *La richesse d'un bon dialogue tonique.*

Le dialogue tonico-émotionnel est la première communication humaine. Il s'agit également de proposer au bébé une bonne variation de flux sensoriels, et de l'accompagner dans ses ajustements vis à vis de ces flux.

- ✓ *L'interpénétration des regards et la reconnaissance de l'autre.*

Nous avons parlé de interpénétration des regards avec Geneviève HAAG. Mais dans sa motricité, l'enfant a aussi besoin de l'attention de l'adulte, qu'il prend à témoin de ses découvertes.

✓ *Un vécu émotionnel détoxifié.*

Il s'agit de la fonction alpha décrite par BION Wilfred, à l'origine des processus d'émergence de la pensée. Par la fonction alpha les contenus d'éléments bêta, décrits comme «l'impensant» car éclatés, morcelés, sont rendus pensables par la fonction alpha qui les contient et les organise.

✓ *Une tonicité rachidienne primitive et un passage vers le «père rachis».*

Le bébé passe le début de sa vie en hypotonie rachidienne. Il a besoin de ce vécu pour introjecter de bonnes sensations afin de construire son noyau psychique de base et un sentiment de sécurité émotionnel. Ce sentiment une fois consolidé lui permettra d'être dans «le repoussé», le tonus rachidien augmente, «c'est le Moi entier qui se fortifie et s'érige dans l'espace intérieur de l'enfant et face à l'espace psychique parental.» *Manuel d'enseignement de psychomotricité, SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET JM. (p174). (31)*

✓ *La libre motricité selon PIKLER Emmi.*

Cette libre motricité permet au bébé de découvrir son corps agissant sur le monde. Cet auteur a formulé comme principe de ne jamais imposer au bébé une posture qu'il n'aurait découverte par lui-même, en le laissant trouver par lui-même ses propres positions intermédiaires.

L'enfant se construit, développe et structure sa pensée en agissant. Entraver sa motricité, selon Suzanne ROBERT-OUVRAY c'est «lui couper la parole motrice». Les enfants gênés dans le courant de leur motricité naturelle, n'apprennent pas à penser avec leur corps. Ce ne sont pas leurs sensations qui fertilisent et guident leurs mouvements mentaux mais le plus souvent des identifications externes. *Le corps étai de la psyché, ROBERT-OUVRAY Suzanne. (30)*

Selon BERGES, il faut faire attention que la stimulation de l'enfant ne soit pas une confiscation.

“Si nous prenons l'exemple de l'accès à la position debout, dans une motricité libre, l'enfant utilise des positions intermédiaires qui lui permettent d'aborder la station debout de plusieurs manières. Au niveau de la structuration psychique on pourrait dire que le sujet se positionne dans son espace psychique, debout dans son moi, en utilisant plusieurs stratégies créées d'une manière personnelle. Il aborde les problèmes de penser son action par plusieurs voies, il est souple dans ses démarches, ne craint pas l'échec ou l'entrave, persévère et crée au fur et à mesure des stratégies de libération des contraintes. Il [...] garde le plaisir de se mouvoir. Une certaine continuité de l'action, soutien du sentiment de continuité de vivre s'inscrit

comme arrière-plan de sécurité chez l'enfant." *Le corps étai de la psyché*, ROBERT-OUVRAY Suzanne. (30)

L'enfant doit se sentir agent de ses propres mouvements afin de construire un sens de soi. Au niveau cérébral, l'Humain est doté d'un système lui permettant de différencier les actions réalisées par lui-même des actions effectuées sur son corps propre, ce qui est un mécanisme fondamentale pour la différenciation soi/autrui.

Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler- Lóczy de Budapest, Golse Bernard, Simas Roberta, Contraste 1/2008(N°28-29 p.129-138). (9)

II.7.2 LA CONSCIENCE DE L'AXE.

En psychomotricité le corps et l'esprit sont dits en relation de double étayage. Au fil de toutes les étapes du développement psychomoteur, le bébé investit et habite progressivement son axe. Selon RANTY Yves,(29) dans *Le corps en psychothérapie de relaxation: de la sensation à la pensée*, le corps habité est un corps qui a réussi l'incorporation des bons objets parentaux. C'est le prototype corporel de l'introjection et de l'identification au niveau psychique, qui se situe en rapport avec les zones érogènes mais également via tous les organes des sens.

Selon Spinoza il n'y a pas d'idée sans objet. Et «L'objet de l'idée constituant l'esprit Humain c'est le corps.» «La faculté de penser est enracinée dans le corporel. La pensée consciente est toujours acquise et seconde, le corps et la pensée en acte sont premiers.» *Des esprits animaux aux neurotransmetteurs, qui sait ce que peut le corps?*, VANDEWALLE Béatrice, MEURIN Bernard, BUSCHAERT Bruno. (33)

Spinoza décrit différents niveaux d'évolution de la conscience. Au premier niveau, il y a fusion entre l'esprit et son objet, alors qu'au deuxième niveau de conscience est permis un dédoublement de la conscience qui devient conscience de soi et conscience de l'objet. Ce 2^{ème} niveau est un niveau analytique qui permet d'atteindre un 3^{ème} niveau synthétique qui permet d'arriver à la formulation « j'ai conscience d'être conscient ».

La conscience de soi naît donc de la conscience réflexive de son propre fonctionnement. Elle se crée par l'auto-investissement narcissique de la part du bébé de l'investissement dont il a été l'objet par les adultes.

La conscience de soi peut-être définie comme l'intériorisation graduelle du sentiment d'exister, à la fois physiquement et psychiquement.

Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux

travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest, GOLSE Bernard, SIMAS Roberta, Contraste 1/2008 (N° 28-29, p.129-138). (9)

L'axe est une structure d'équilibre, de synthèse et de transcendance des opposés. L'axe habité, l'axe psychomoteur répondrait-il à ces possibilités ?

III. VISION INTÉGRATIVE DE L'AXE PSYCHOMOTEUR.

Le psychomotricien a un rôle d'articulation à plusieurs niveaux. Il travaille sur l'articulation corps/psychée du sujet. Pour cela il articule les différents champs théoriques de différentes professions. Il a donc également un rôle d'articulation au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Le psychomotricien a une spécificité de fonction de relation. Il utilise le corps comme médiateur, Julian de AJURIAGUERRA parle de la nécessité "meilleur investissement de la corporéité " du sujet. Ce corps qui fait interface pour la relation à soi, à l'autre et à l'environnement.

III.1 SYMBOLIQUE DE L'AXE.

La psychomotricité se revendique comme s'appuyant sur un modèle de pensée non-dualiste.

Le rôle de l'axe comme permettant la fusion ou la transcendance des opposés est retrouvé dans de nombreuses cultures.

Il est proposé dans cette partie un tour du monde culturel des différentes symboliques traditionnelles de l'axe vertical médian de l'Homme. Nous tenterons de mettre en relief ce qui rassemble ces différentes cultures sous un habillage différent.

Selon Benoît LESAGE si BULLINGER et HAAG relie axialité et subjectivité, « on peut évoquer les approches spirituelles telles que le zen, la méditation ou le yoga, où l'éveil est recherché par la médiation d'une posture en extension axiale vraie, où le souffle est libre, porté par une activation de cette structure. » *Tonus, posture, verticalisation et structuration du sujet*, Benoît LESAGE. (21)

Geneviève HAAG décrit la genèse de l'axe par la fusion de deux hémicorps investis de façon distincte. Elle insiste sur la nécessité de ce vécu distinct, et rappelle que dans de nombreux mythes sur la genèse de l'Humain, «il s'agit d'une coupure sagittale d'un double corps primitif afin de permettre l'établissement de la sexualité génitale». *La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps*, HAAG Geneviève. (11)

◆ la tradition kabbaliste

Dans la tradition kabbaliste, il n'y a pas de description de chakra sur le corps propre, mais l'arbre de vie peut être considéré comme une structure décrivant aussi bien le fonctionnement de l'univers que celui de l'Homme.

«La colonne vertébrale incarne l'instant, germe des antinomies». *Symbolique du corps humain*, SOUZENELLE de. Annick. (p83) (32)

Le schéma corporel peut apparaître comme essentiellement constitué par trois axes verticaux, répondant à la structure de l'arbre de vie.

- ✓ la colonne vertébrale, pilier central ou colonne du milieu. C'est la voie qui unit les opposés, celle des commissures, le pilier de l'équilibre. Elle est liée à la synthèse et à la conscience.

Les deux côtés du corps correspondent aux piliers latéraux.

- ✓ la colonne de droite est le pilier de force, actif, dit de miséricorde au sens de l'expansion. Il est lié à l'hémisphère droit et aux émotions.
- ✓ La colonne de gauche est le pilier de la forme, passif, dit de rigueur. Il est relié à l'hémisphère gauche et en appui sur le mental.

◆ La tradition Hindoue.

Dans la tradition Hindoue, il est décrit des centres énergétiques appelés chakras. Les sept chakras principaux se situent le long de l'axe principal, du périnée au vertex. Ils sont tous en lien avec le fonctionnement d'une glande ou d'un plexus nerveux. Par exemple, le chakra du plexus solaire est en lien avec le plexus dont il porte le nom.

GERSHON démontre que le système digestif contient plus de cent millions de neurones et fonctionne globalement de façon indépendante du cerveau. *Les fascias exactement*, DARCHE Christophe. (6) La communication se fait neuf fois sur dix dans le sens du système entérique vers le cerveau, ce qui a également été constaté au sujet du plexus cardiaque. Les neurones du cerveau entérique déclenchent des

réponses neuroendocriniennes avec la production de neuropeptides et de neurotransmetteurs tels la sérotonine. C'est pourquoi aujourd'hui le ventre peut-être appelé «le deuxième cerveau».

Dans la tradition de l'Inde ancienne, il est décrit deux canaux antagonistes, « *ida* » et « *pingala* », se situant de chaque côté de l'axe médian et chacun relié à un hémisphère. Lorsque ces deux canaux sont en équilibre, la kundalini, une énergie primordiale, monte en spirale le long de l'axe, unissant tous les chakras.

◆ **La tradition chinoise.**

En médecine traditionnelle chinoise il est décrit des méridiens, qui correspondent à des sortes de canaux permettant la circulation de l'énergie. Il existe deux canaux centraux, qui stockent l'énergie pour tous les autres. Ils sont nommés «*le vaisseau conception*» qui est yin et «*le vaisseau gouverneur*» qui est yang. Ils sont en communication lorsque la langue est en position haute, la pointe derrière les incisives supérieures.

Il a été démontré par HEINE que quatre-vingt deux pour-cent des points d'acupuncture correspondent à des perforations du fascia superficiel par une triade nerf, artère, veine. De plus on peut observer une remarquable correspondance entre les trajets des méridiens et ceux des chaînes myo-fasciales, mis en avant par le docteur Hélène Langevin. La chaîne postérieure superficielle correspond par exemple au méridien de la vessie, la chaîne antérieure superficielle au méridien de l'estomac... *Les fascias exactement*, Christophe DARCHE. (6)

◆ **La tradition alchimique.**

L'alchimie est connue pour être l'ancêtre de la chimie, mais JUNG l'a aussi présentée comme l'ancêtre de la psychanalyse.

Le but de l'alchimie est d'harmoniser les réalités contraires, car il n'est pas possible de les supprimer. Le caducée symbolise la réalisation alchimique. On retrouve l'axe central, autour duquel s'enroulent deux serpents, symbolisant les principes antagonistes. Dans cette tradition les forces duelles sont appelées à s'harmoniser autour de l'axe central humain.

La métaphore utilisée est souvent celle des trois principes du soufre, du mercure et du sel.

- ✓ *Le soufre est expansif, actif, interne il est yang.*
- ✓ *Le mercure est compressif, passif externe, il est yin.*
- ✓ *Le sel est fixe, stable, neutre, c'est un réceptacle.*

La grande triade « Le soufre, le mercure et le sel » GUENON René.

◆ La tradition soufie.

Dans la tradition soufie, il existe une danse qui constitue une méditation en mouvement. Les danseurs sont appelés derviches tourneurs car ils tournent sur eux-mêmes, la tête penchée sur le côté, une paume de main vers le ciel et l'autre vers la terre. Ils alignent leur axe central et tournent autour dans une spirale ininterrompue entre ciel et terre. Le souffle a un rôle important dans la recherche du point d'équilibre. Le symbolisme est celui de l'Homme tournant sur lui-même à l'image de la rotation comme principe de fonctionnement de l'univers sur le plan macroscopique et microscopique. Par sa giration le derviche crée une onde de torsion autour de son axe.

Nous avons tenté de traverser l'humain d'une vision la plus matérielle, anatomique, à la plus psychique. Nous avons distingué, il s'agit maintenant de relier. La vision intégrative est souvent celle portée par la réalité du vivant, du sujet dans toutes ses composantes et inscrit dans son histoire.

L'étude du polyhandicap permet de voir avec précision des mécanismes qui passent souvent inaperçus dans le développement classique de l'enfant. Nous allons donc avoir avec ce cas clinique une illustration des tentatives de récupération de l'axe vertical, tels que nous les avons décrites avec Geneviève HAAG.

III.2 CAS CLINIQUE DE SUZANNE.

J'ai été accueillie pour mon stage de troisième année dans un centre de soins et d'éducation pour adolescents polyhandicapés, c'est à dire porteurs d'une infirmité motrice cérébrale ainsi que de troubles de la relation et du comportement avec déficience mentale associée.

Voici la définition réglementaire du polyhandicap selon l'annexe 24 ter de la loi 1989 :

« Handicap grave à expressions multiples associant une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Ce polyhandicap éventuellement aggravé d'autres déficiences ou troubles nécessite le recours à des techniques spécialisées pour le suivi médical, l'apprentissage des moyens de relation et de communication, le développement des capacités d'éveil sensori-moteur et intellectuelles concourant à l'exercice d'une autonomie optimale. »

Chez la personne polyhandicapée les symptômes ne s'additionnent pas de façon autonome les uns par rapport aux autres, ils se multiplient, se potentialisent.

Le polyhandicap est une entité large, les tableaux sont très variés. Le sujet peut se situer plutôt du côté de l'IMC, avec une prévalence des troubles moteurs et un fonctionnement cognitif assez préservé, ou du côté de la psychose déficitaire. Chaque cas est particulier et nécessite un abord spécifique.

III.2.1 PRÉSENTATION DE SUZANNE.

Suzanne est arrivée à l'établissement de soins et d'éducation pour polyhandicapés le 12 janvier 2002. Je l'ai suivie en atelier individuel avec mon maître de stage durant un an.

- **Aspect général.**

Suzanne est une jeune femme brune, petite pour son âge (Un mètre vingt-sept). Son dos présente une forte gibbosité droite.

Il existe une forte discordance entre l'aspect physique de Suzanne et son âge. On ne lui devine pas ses 25 ans, elle a l'apparence d'une petite fille. Son comportement très régressif participe à cette inadéquation ressentie entre son âge et ce qu'on voit d'elle.

Sa gestualité et sa motricité globale sont le plus souvent brusques et saccadées. Mais elle peut également faire des mouvements fluides et ajustés.

- **Éléments du dossier médical.**

Suzanne souffre du syndrome de LADD, c'est à dire une hypoplasie Lacrymo-auriculo-dento-digitale. C'est une maladie rare, autosomique dominante, héritée de sa mère. Suzanne présente également une microcéphalie.

Elle a été opérée d'une scoliose avec pose de matériel. Celui-ci a dû être retiré suite à une infection.

Suzanne a été diagnostiquée comme souffrant de surdité corticale, mais ce n'est pas ce qui est observé en clinique. Son comportement nous montre qu'elle entend et comprend beaucoup de choses.

Le dossier médical de Suzanne est très pauvre en éléments psychoaffectifs. Son bilan psychologique, réalisé en 2004, a montré une acquisition de la permanence de l'objet ainsi que des relations de cause à effet, mais a mis en évidence un manque d'accès au symbolique. Elle est diagnostiquée comme présentant un retard mental et un mode de fonctionnement psychotique. La propreté n'est pas acquise.

- **Prise en soin de Suzanne.**

Dans la journée Suzanne est suivie par une équipe éducative sur son groupe. Elle participe à certaines propositions calmes, axées sur le sensoriel. Mais elle a tendance à quitter fréquemment son groupe pour se promener dans les couloirs.

Suzanne participe un fois par semaine à l'atelier poney.

Elle est finalement essentiellement suivie en psychomotricité. Son projet de soins dans ce cadre est axé sur la dimension relationnelle, ainsi que sur l'élaboration et la réduction de ses angoisses.

- **La première rencontre.**

Lors de notre première séance, Suzanne ne savait pas où me placer dans la pièce. Quelle était ma place dans la relation ? Elle m'attrapait le bras et me changeait sans cesse de chaise, avec, me semblait-il, beaucoup de contrariété. Elle m'interdisait l'accès aux tapis. Mon maître de stage m'invita à ne pas me laisser « balader » comme un objet mais à garder une place de sujet. Je respectai donc l'interdiction des tapis car cela lui procurait une angoisse trop importante, mais je refusai le changement de chaise.

Suzanne vint alors s'asseoir sur moi, et je ressentis à ce moment comme une tentative de sa part de se fusionner à mon torse. Je resserrai les coudes le long de son torse et joins les mains devant moi, m'approchant sans le savoir d'une symbolisation de son angoisse. Puis Suzanne prit ma main pour m'emmener sur les tapis, et mon maître de stage mit fin à cette première séance.

III.2.2 REGARD CLINIQUE SUR SUZANNE.

La présentation clinique de Suzanne se fera avec l'aide de la grille de Geneviève HAAG. « *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile* » de Geneviève HAGG et Coll., (12)

- **Expression émotionnelle dans la relation.**

Suzanne est en recherche de sensations, elle présente des adhésivités sensorielles, un mode d'existence préférentiel dans la sensorialité et pas dans le psychisme, elle explore sans fin les ruptures de continuités sur sa peluche.

Elle fait des crises de rage, dans lesquelles elle montre une grande désorganisation du vécu corporel. Elle tend tout son corps brusquement dans une sorte de décharge tonique, tremble profondément, cogne son corps contre les murs...Ces comportements correspondent à celui d'un état autistique sévère.

Pourtant, il s'amorce l'ébauche d'une conscience de séparation, et depuis Janvier Suzanne me réclame des enlacements poitrine contre poitrine et joue contre joue. Elle peut depuis le mois d'avril coller très doucement sa joue contre la mienne. L'apparition de la possibilité de ces échanges tendres sont classés dans la grille de Geneviève Haag dans l'étape de réduction du clivage horizontal.

- **Le regard.**

Suzanne a un strabisme divergeant, on peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une manœuvre pour éviter la binocularisation et la profondeur du champ qui en découle, mais ce strabisme peut aussi être dû à une souffrance cérébrale néonatale ou à un phénomène postural. Son regard est le plus souvent évitant ou absent, mais Suzanne peut être en recherche d'hyper-pénétration dans le regard de l'autre. Il arrive aussi que son regard soit lumineux, et plus rarement, adressé. La description du regard de Suzanne va, sur la grille de Geneviève HAAG, de l'état autistique sévère à l'étape d'individuation, cela constitue un exemple de la largeur de l'éventail constitué par ses signes cliniques.

- **Image du corps**

Par les conduites décrites ci dessous Suzanne se situe dans l'étape d'état autistique sévère :

On observe un entretien de stéréotypies quasi permanentes. Selon BERGES ce qui s'évacue dans la motricité ne fait pas création sur le plan psychique.

Elle effectue des stéréotypies vocales: elle se penche sur la gauche et émet un vrombissement. Il s'agit pour elle de renforcer ses sensations internes.

Ses stéréotypies motrices se manifestent par des balancements au sol sur le dos, en appui sur ses coudes, la tête basculée en arrière, elle émet un son de façon rythmique. Elle peut faire ce mouvement pendant des heures; le temps semble pour elle aboli et elle ne semble plus présente au monde extérieur dans ce balancement ininterrompu. Elle est dans ce cas en fonctionnement sur deux canaux sensoriels, on peut donc supposer qu'elle est dans un vécu du temps et de l'espace bidimensionnel.

Elle montre aussi une stéréotypie motrice qui consiste à faire claquer son talon gauche sur ses fesses. En l'observant plus finement, je me suis rendue compte qu'elle pouvait taper son coccyx, et que l'on pouvait peut-être rapprocher ce geste

de la conduite de prothèse de rassemblement du tassement de la colonne vertébrale décrite par BULLINGER. On peut inférer que c'est au moins une stimulation de l'axe, voire une tentative de récupération.

«L'image du corps est maintenue présente par les sensations elles-mêmes, mais dès que les sensations cessent, l'image du corps s'estompe», BULLINGER.

Elle se positionne souvent de face et parallèlement à un mur, se penche d'un côté et émet des vrombissements. Les surfaces planes semblent la rassurer, la profondeur du champ l'angoisser. Vit-elle son corps en deux dimensions ? Geneviève HAAG parle du caractère spatial primitif de l'appareil psychique, pour elle, les autistes n'ont pas réussi à construire un sentiment d'entourance stable et sont obligés de rester coller en surface, en deux dimensions.

Suzanne se montre attachée aux ritualisations.

Elle porte ses préoccupations sur de petites écorchures sur ses mains, témoignant d'une enveloppe en construction et fragile.

Je décrirai le visage comme crispé, mais il me semble qu'il se présente plus ouvert depuis Janvier.

On observe un passage à l'étape de récupération de l'enveloppe dans les conduites suivantes :

On note une contemplation de la main, la sienne ou celle d'autrui.

On observe également une recherche d'appui dos, combiné à l'observation de la main.

Suzanne est en recherche de serrage, régulièrement elle nous réclame de serrer son corps entre nos bras.

Suzanne montre également des conduites de réduction du clivage vertical :

Elle prend la main de l'autre pour faire. Elle montre des demandes d'hyperserrage autour de l'axe. Enfin, elle montre des tentatives de restauration de l'axe par la jonction des deux mains, souvent elle place ses mains entre celles de la personne avec qui elle joue à joindre et séparer les mains. Elle esquisse une frappe entre ses deux mains.

Nous notons donc ici des manœuvres de reprise de développement.

- **Langage verbal**

Suzanne ne parle pas mais vocalise, elle présente des chantonnements monotones et continus, ce qui équivaut sur ce plan à un état autistique sévère, témoignant selon la grille de repérage d'un enveloppe sonore pathologique. Elle semble bien se servir du son pour renforcer son enveloppe.

Mais elle fait également des modulations à visée communicative, elle se situe dans ces situations à un niveau d'organisation plus élevé. A minima de ce que je comprends elle exprime son désaccord et son contentement de façon clairement différenciée par des sons modulés mais inarticulés.

- **Graphisme**

Suzanne ne montre pas d'intérêt pour la trace. Elle se situe sur ce plan dans l'état autistique sévère.

- **Exploration de l'espace et des objets**

Lorsqu'elle est angoissée, Suzanne tend à se coller en parallèle aux murs, dans un vécu qui semble bidimensionnel de l'espace. Elle craint les passages dans les espaces ouverts. Cela correspond à une étape d'état autistique sévère.

Mais lorsque Suzanne est apaisée, elle explore l'architecture de la pièce, elle jette un coup d'œil dans les placards, elle est dans ce cas à l'étape de récupération de l'enveloppe.

Elle a montré vers la fin de l'année et lorsqu'elle se sent bien, un intérêt pour la colonne présente dans la salle de psychomotricité, témoignant d'un possible positionnement à l'étape de réduction du clivage vertical.

Suzanne aime que les chaises soit bien rangées, que les objets de la salle soient à leur place, sinon elle manifeste son mécontentement et elle est capable de les mettre elle-même à leur place.

- **Repérage temporel**

On peut penser que Suzanne a un vécu du temps uni ou bidimensionnel, selon qu'elle est branché sur un ou deux canaux sensoriels dans ses stéréotypies. Il y a un besoin d'invariant. Elle se situerait dans l'étape d'état autistique sévère.

- **Manifestations agressives**

En cas d'angoisse ou de colère, Suzanne montre des gestes d'auto-agressivité. Elle s'arrache les cheveux dès qu'on la contrarie. Elle peut également se taper la tête contre les murs ou les tables, et retient plus ou moins son geste en fonction de l'intensité de son débordement.

Suzanne montre également des tendances hétéro-agressives et dans ces moments, elle a tendance à donner des coups de tête, surtout dans le dos. Elle semble avoir un réel besoin de frapper sa tête contre le dos de quelqu'un.

Ces manifestations agressives me semblent indifférenciées entre l'auto et l'hétéro-agressivité car Suzanne semble avoir besoin de ce choc pour répondre à des angoisses sur son corps propre. Elle se situe à ce niveau en état autistique sévère.

Ceci dit, il m'est arrivé de la voir donner un coup de tête en ce qui semblait être des représailles à une contrariété, en différé.

La vie familiale.

Suzanne a perdu son père quand elle était jeune. Sa mère souffre du même syndrome qu'elle mais en moins prononcé, et sans la microcéphalie. Elle est autonome et s'occupe du mieux qu'elle peut de Suzanne quand elle est à la maison mais la famille vit dans une grande précarité sociale. L'oncle de Suzanne est présent à la maison, mais il souffre de graves problèmes de santé.

III.2.3 LES SÉANCES AVEC SUZANNE.

Je vais relater ici une séance type, et une séance particulièrement riche.

Nous allons chercher Suzanne dans le groupe. Nous devons être très contenant, car si nous rencontrons un espace ouvert elle se fait happer par cet espace. Lorsqu'on n'a pas un sens de soi suffisamment intégré, se déplacer dans l'espace fait se mouvoir l'espace, celui-ci se transforme en permanence de manière non anticipable et non prévisible. Ce chaos sensoriel est très angoissant selon Madame LATOUR.

Suzanne met plus ou moins de temps avant d'accepter d'enlever ses chaussures pour venir nous rejoindre sur les tapis. Cela dépend de son état émotionnel.

Lorsqu'elle est très agitée, les productions d'un son grave et continu par mon maître de stage restent une des rares approches qui l'apaise.

Sur l'espace de tapis, elle nous réclame une série de contacts, de mise en forme du corps, de mouvements à deux. Elle plonge son regard dans celui de mon maître de stage en modulant des sons, il lui fait éprouver la solidité de sa tête et de son arrière fond au niveau du crâne. Puis elle va vérifier l'arrière fond de mon maître de stage, en l'amenant à lui tourner le dos. Elle monte sur ses genoux, il resserre ses hémicorps de façon assez vigoureuse, elle module sa voix de contentement. Il s'agit d'une tentative de récupération de l'axe par réduction des deux hémicorps.

Elle s'approche de moi et me prend la main, elle s'allonge sur le côté et me réclame un contact dos conjugué à une observation de ma main en face. J'installe ma main, mon corps contre son dos. Elle observe ma main, que je retourne, pour lui faire prendre conscience de ses deux faces. Elle expérimente les ruptures de continuités au bout de mes doigts. Nous sommes donc ici dans un renforcement de l'arrière fond, avec des stimulations d'exploration visuelles devant, donc dans une contenance antéro-postérieure. Nous retrouvons ici la description faite par Geniève HAAG de la recherche d'appuis dos combinée chez Suzanne à une contemplation de la main, mais il s'agit dans ce cas de la contemplation de ma main explorée par ses

soins. Nous nous situons à l'étape de récupération de la «peau», enveloppe / contenance / entourance.

D'une certaine façon je tente de nourrir l'arrière fond, de le faire habiter.

Le dos renvoie à quelque chose de cet archaïque de la peau commune alors que la face ouvre du côté de l'interaction.

Puis Suzanne me réclame la position où elle est assise entre mes jambes, le dos appuyé contre moi. Nous jouons à coller/décoller les mains, je joins mes mains et elle joint les siennes à l'intérieur des miennes, puis les sépare.

Enfin Suzanne tend les bras de chaque côté en un signal pour que je la lève. Elle se tient alors debout. Et recommence.

Mon maître de stage et moi ne choisissons pas ce que nous proposons à Suzanne, c'est elle qui détermine ce que l'un et l'autre devons lui offrir. Comme il se joue quelque chose de différent avec l'un et l'autre, nous ne sommes pas interchangeables, nous sommes donc deux personnes particulières, reconnues dans leurs singularités.

Lors d'une séance Suzanne se montra très agitée et angoissée. Rien de ce que mon maître de stage pouvait faire ou lui dire ne l'apaisait. Mes tentatives pour l'inviter à continuer nos jeux furent refusés. De fait Suzanne avait dès le début de la séance eu un geste de repoussé avec moi, ce qu'elle n'avait pas l'habitude de faire dans ces moments. Elle me prit la main pour me ramener sur la chaise, ce qu'elle n'avait pas refait depuis notre toute première séance. Rien ne semblait l'apaiser.

Puis mon maître de stage prononça ces paroles : «Il va y avoir les vacances dans quinze jours, mais on se retrouvera après.» Suzanne s'immobilisa, et son visage s'ouvrit instantanément et elle sourit. Elle émit des modulations de voix positives, et approcha sa tête de celle de mon maître de stage. Puis elle fit le tour des tapis et se dirigea vers moi. Elle m'adressa, d'un œil, le premier coup d'œil adressé que je reçus d'elle. Je me suis sentie comme suspendue. Je lui dis: «Et moi aussi je te retrouverai après les vacances.» Elle s'avança pour me prendre la main, j'ai craint un instant qu'elle ne me sorte une fois de plus des tapis, mais elle s'allongea et me réclama les contacts habituels.

Avec mon maître de stage, nous avons repensé à ce moment qui m'a émue. Selon lui ce n'est pas forcément le sens des mots tels que nous sommes capables de les entendre qui a visé juste, mais peut-être le fait qu'enfin nous étions sur la bonne représentation de ses préoccupations. Nous étions en quelque sorte enfin congruents avec ses angoisses. Selon Benoît LESAGE, avec la personne polyhandicapée, «Les repères habituels, les codes de communication qui nous permettent de décrypter, d'anticiper, de répondre ne sont plus valides. Il faut trouver autre chose qui nous ramène en terrain plus stable et nous permette d'aménager la rencontre. Si je ne peux pas recourir à des phrases complexes pour me faire comprendre ni attendre de mon partenaire qu'il me serve un discours élaboré, il me faut me porter sur un autre plan. Le dialogue se fonde sur des modes non verbaux, qui s'ancrent dans le jeu corporel. C'est donc au niveau de la posture, du tonus, de l'intonation, du rythme et de la mélodie gestuelle ou vocale que va se jouer la

relation. Nous sommes dans le domaine de l'émotion qui peut se définir comme la part du corps dans une situation." *Polyhandicap, limites à l'entendement*, LESAGE Benoît. (21)

Il y a eu d'autres beaux moments, des instants où elle s'immobilisait et où je sentais qu'elle était présente à mon toucher par exemple.

Il y a beaucoup de choses qui affectent Suzanne à l'extérieur de l'établissement, la maladie de son oncle et ce qu'elle peut en comprendre. Au sein de l'établissement, alors que tous les jeunes ont besoin de stabilité, les absences et remplacement du personnel de l'équipe mettent à mal l'enveloppe du cadre, et les relations pérennes et sécurisées.

J'ai eu l'opportunité d'assister Suzanne lors des repas, ce qui m'a permis d'interagir avec elle dans un autre contexte. Suzanne ne s'installe à sa place que lorsque chacun est à la sienne. Elle se fait comprendre par gestes : elle peut montrer son verre pour qu'on le lui remplisse ou le lui lave. Le script du repas doit être assez immuable, par exemple elle ne m'autorise à lui essuyer les mains qu'à la fin du repas, peut-être parce que pour elle ce geste signifie la fin du repas. Au cours du repas, Suzanne remplit démesurément sa bouche et en recrache une partie dans une boucle ininterrompue. Au début de mon stage, mon appétit a été considérablement mis à mal lorsque je mangeais tout en l'aidant.

III.2.4 RÉFLEXION ET THÉORISATION SUR LE TRAVAIL AVEC SUZANNE.

Suzanne montre une intégration de l'enveloppe qui n'est pas totalement constituée. Une grande partie de son attention est tournée vers ces variations d'état toniques afin de stabiliser son enveloppe corporelle. Il ne lui reste que peu d'attention disponible pour les interactions.

Elle montre également des tentatives de récupération de l'arrière fond. Selon DAMASIO l'état d'arrière-plan du corps donne un cadre à la pensée. Il apparaît également des manœuvres de récupération de l'axe par l'intégration des deux hémicorps. «Le corps du psychotique n'est pas vécu par lui, soit en partie soit dans sa totalité, soit dans son lien entre partie et totalité. » POUS G. Ces failles dans son développement psychomoteur coexistent avec les troubles de la relation à soi, à l'autre et à l'environnement.

“Tout devient inhabituel et inhabitable dès lors que se dissout la trame sensorielle et motrice de notre présence.” LESAGE Benoît.

La fonction phorique : «Il s'agit de porter le patient sur nos épaules psychiques tant qu'il ne peut se porter lui-même.» selon Pierre DELION. Anne-Marie LATOUR insiste sur la nécessité de rester vivant à l'intérieur, même si ce qui se joue nous dépasse complètement, que le sens n'est pas encore accessible et que le découragement nous guette. Souvent, avec Suzanne je me réjouissais de ses progrès, et elle revenait aux crises de colère et aux comportements désorganisés, j'avais l'impression de revenir au point de départ. Mais elle sait que dans ce temps et cet espace qu'on lui offre elle peut s'autoriser à décharger et manifester ses angoisses, jusqu'à ce que les mots justes soient posés dessus.

Un peu comme la fonction de holding de WINNICOTT, il s'agit de considérer, d'envelopper du regard, d'offrir un espace de disponibilité en soi à l'autre, d'accepter ce qui est amené. Accueillir le patient là où il est selon LESAGE.

Au début du stage, je me posais des questions sur les mécanismes de l'intégration sensorielle. Suzanne, dans ses stéréotypies, passait des heures à éprouver du sensoriel, qu'est-ce qui faisait la différence avec les propositions sensorielles que nous lui offrions ? Le bébé investi d'abord l'investissement dont il est l'objet, c'est dans la jubilation partagée, la rencontre, que se fait l'engrammation de l'expérience vécue.

«Les techniques les plus sophistiquées, les plus intelligentes dans le projet de permettre au patient de sentir son corps sont sans intérêt si elles ignorent que la difficulté n'est pas de sentir, mais d'investir d'affects une sensation signifiante. Cet investissement ne peut se passer du transfert et du contre-transfert ; et c'est ce double investissement qui va faire du corps et de ses sensations une référence dans la perception d'une continuité d'identité.» *Thérapies Corporelles des psychoses*, POUSS Georges. (27)

Ce corps doit être pensé avant tout comme un corps relationnel. Le corps dans la perspective phénoménologique n'est pas clos, il est nécessairement ouvert à autrui. Le corps dans ce contexte n'est plus «corporité mais " inter corporité "» Michel BERNARD.

Nos interactions sur les tapis pouvaient constituer un ballet bien étrange. Les mêmes figures revenaient, avec des appuis, des saisies, presque des étirements, des bercements, presque des moments d'équilibres à deux...Je gardais cette idée d'axialité dans nos jeux.

«Se relâcher dans l'appui, se rassembler et s'organiser autour du centre et de l'axe, s'enrouler/se dérouler, s'orienter, se repousser et aller vers, constituent les compétences de base pour une motricité intégrée et riche ». La construction d'un axe corporel suffisamment solide permet à l'enfant de se tenir seul, lui donne un ancrage corporel central, permettant une disponibilité périphérique. *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Paris, éd. De BoeckSolal, 2012, p.165. SCIALOM Philippe, GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel. (31)

L'engagement du psychomotricien dans le soin est une de ses spécificités, l'engagement de son corps, de ses affects. Selon BERGES, le psychomotricien se

laisse suffisamment impliquer dans le soin pour accepter d'être utilisé comme un «médium malléable».

Dans mes interactions avec Suzanne, celle-ci me donne à voir et parfois à éprouver ses angoisses archaïques, la mise en sens, l'intellectualisation arrive dans un second temps.

Il s'agit pour moi d'être guidée par ses angoisses sans qu'elles me submergent. Le contre-transfert, c'est être attentif à soi en face de l'autre. Tout le travail selon Bion, de détoxification et de restitution du sens, avec même la possibilité de la surcharge de sens, s'est concrétisé pour moi avec ce travail, de tenter de devenir pour l'autre un «partenaire symboligène.»

Bernard GOLSE parle du «nécessaire double ancrage corporel et interactif pour le développement de la pensée.»

C'est donc dans ce lien d'affect que se fait la co-construction du sujet.

III.2.5 SUZANNE, PROGRÈS DE FOURMI, PAS DE GÉANT.

Suzanne prend beaucoup la main de l'adulte pour faire faire quelque chose. Au début du stage elle ne tenait pas compte de la logique biomécanique de mon corps et tentait de me faire prendre des positions impossibles pour arriver à son but. Je n'ai plus le même ressenti depuis le mois de Janvier. Elle amorce tout juste une communication plus fine, avec des signes, des regards.

Le chemin pour se rendre en salle de psychomotricité est toujours difficile à l'aller. Mais au retour il arrive que Suzanne nous pousse devant elle et marche seule derrière. Nous gardons une attention sur elle, jouant avec cet élastique invisible qui nous lie à elle, sinon elle s'arrête.

Lors des rares moments où elle n'est pas en train de lutter pour rassembler son corps, ou prise dans une adhésivité à ses explorations sensorielles pour s'assurer une continuité d'être, Suzanne se tient érigée sur son axe, et explore la scène visuelle. Je ressens ces moments comme des moments suspendus. Souvent c'est lorsqu'elle a joué des moments de fusions/séparations, qu'elle peut se tenir, quelques secondes, immobile et silencieuse, bien posée dans ses appuis.

«La construction harmonieuse de l'axe corporel nécessite l'intégration des systèmes sensoriels avec coordination des fonctions archaïques et des fonctions plus récentes de ces systèmes dans un dialogue constant avec le milieu humain. L'émotion partagée dans ce dialogue permet l'engramme de cette intégration» LIVOIR-PETERSEN, 1998.

Concernant les temps de repas, au début du stage Suzanne ne s'installait que lorsque que tout le monde était posé, il fallait parfois attendre un bon moment.

Depuis le mois de mars elle vient s'asseoir bien plus tôt, même si tout le monde s'agite encore. Le séquençage des différents gestes se fait de façon beaucoup plus fluide, avec sa participation.

L'enveloppe olfactive de Suzanne nous semble moins importante. Elle semble mieux identifier les restes du repas sur sa peau comme étant du «non-moi» et nous demande de la nettoyer.

On sent globalement chez Suzanne une meilleure différenciation moi/autre. Elle peut sortir de ses stéréotypies pour réclamer une interaction, ce qui n'était pas possible en début d'année.

Ce qui me fait encore m'interroger est l'écart entre certains comportements très régressifs qu'elle peut montrer, et ces instants où elle montre quelque chose de très ajusté. Selon Geneviève HAAG, même dans l'état autistique le plus profond il persiste une partie saine. Mais «chaque pas en avant va ébranler à nouveau la contenance, et ils vont retravailler les étapes primitives.» *L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie*, Geneviève HAAG. (11)

Ces pas de fourmi, même si on ne peut les observer qu'à la loupe, il me semble indispensable de se laisser l'espace psychique disponible pour leur arrivée. En tant que thérapeute, si on ne laisse pas en nous la possibilité à l'autre d'évoluer, quelle que soit la gravité de son syndrome, (microcéphalie!) en projetant sur lui nos propres représentations, nos limitations, on ne lui permet pas, du moins en rapport à notre travail, de progresser. Il s'agit de constamment se rappeler ne pas calquer la personne d'hier sur la personne d'aujourd'hui, mais laisser l'espace à l'évolution.

Contrairement à ce que l'on a longtemps pensé, la néoneurogenèse est limitée mais présente chez l'adulte. De plus le modèle du cerveau vu comme un ensemble de câbles électriques est aujourd'hui obsolète. La neurobiologie considère aujourd'hui le cerveau comme un système à dynamique fluide en continuelle réorganisation selon les travaux de SCHLEIP.

III.2.6 PROJET DE SOIN.

Le projet de soin avec Suzanne serait de continuer à travailler sur ses angoisses corporelles ainsi qu'à leur réduction. L'élaboration d'une relation à l'autre vécue comme différencié et porteur d'un désir propre est à poursuivre. Il semble nécessaire de travailler sur les angoisses de séparations, encore vécues comme des déchirements. Suzanne semble fonctionner sur l'incorporation, prototype archaïque de l'introjection, qui demande la présence réelle de l'autre pour vivre le lien. Il serait intéressant d'aider Suzanne dans sa capacité à différer.

III.2.7 CONCLUSION.

Dans la vision Spinozienne rencontrer l'autre c'est rencontrer l'étranger de l'autre, c'est à dire ce dont je n'avais aucune représentation. Dans mon travail avec Suzanne j'ai été bien obligée de tendre vers cette position de l'esprit, d'autant plus que la rencontre avec le polyhandicapé nous confronte à l'étrange. L'empathie nécessite de s'identifier un minimum à l'autre, et lorsqu'on est confronté au vide de sens le sentiment de détresse peut être proche. Dans un deuxième temps, avec la possibilité de reconnaître et mettre du sens sur les conduites du patient polyhandicapé, on découvre la formidable intelligence qui se trouve dans les tentatives de reprise de développement.

Dans le travail avec cette population la nécessité du deuil de la toute-puissance du thérapeute s'avère rapidement nécessaire pour ne pas passer à côté de ce qui se joue chez le sujet au-delà de ce que l'on souhaiterait pour lui. Parce que lorsque l'on souhaite pour l'autre on le nie déjà.

J'ai donc dû laisser tomber mes projets, mes envies propres pour l'autre, pour accueillir ce qui se proposait, en ne pouvant offrir que mon étayage, essayer de cultiver une présence à la fois à soi, à l'autre, à la possibilité Husserlienne de tout laisser apparaître. Suzanne m'a fait lâcher la technique, remettre l'intellect à sa place, pour me demander de la congruence, de la cohérence. Elle m'a demandé d'être au-delà de moi-même, plus sécurisée que je ne l'étais, plus stable, pour pouvoir travailler sur et au travers de la relation.

III.3 BILAN PSYCHOMOTEUR ET MOYENS D'ÉVALUATION DE L'AXIALITÉ

Dans ce chapitre, nous allons tenter de trouver et de présenter à partir de quels éléments du bilan psychomoteur nous pouvons trouver des indices de l'état d'intégration de l'axe psychomoteur.

Les premières observations de l'intégration de l'axe par le bébé peuvent se faire par le biais de la poursuite oculomotrice. Lorsque l'axe n'est pas intégré et que l'objet passe au centre, le bébé se désorganise, son tonus s'effondre et on peut observer des mouvements de langue. Nous observerons également le progressif

contrôle de la tenue de la tête et tout le développement tel que nous l'avons décrit avec les niveaux d'évolution motrice et les espaces de Bullinger.

III.3.1 LE TONUS.

◆ La posture.

L'observation de la posture nous donne des informations sur l'équilibre tonique du sujet.

Pour le sujet de face le fil à plomb virtuel part du vertex, passe par l'arête du nez, l'appendice xyphoïde, l'ombilic, la symphyse pubienne, passe par la jonction des faces interne des genoux et tombe entre les deux pieds.

Pour l'observation du sujet de dos on pourra vérifier l'alignement du vertex avec l'épineuse de la septième vertèbre cervicale, de la troisième vertèbre lombaire et du pli inter-fessier.

Pour le sujet de profil la ligne verticale passe du vertex à la malléole externe en passant par la troisième vertèbre lombaire.

On observera dans le plan horizontal les rotations des ceintures scapulaire et pelvienne, dans le même sens ou en sens inverse.

On notera les déséquilibres dans le plan frontal des ceintures scapulaire et pelvienne. Généralement l'épaule est la plus haute du côté de la latéralité, sinon on peut présupposer un trouble de la latéralité.

Le tonus des muscles para-vertébraux peut être apprécié à la palpation directe avec un mouvement de glissé du haut vers le bas avec trois doigts, le majeur sur les épineuses rachidiennes et les deux autres doigts sur les muscles para-vertébraux de chaque côté.

Les tests psychomoteurs évaluant le contrôle tonique volontaire se présentent sous différentes possibilités d'évaluation :

• Le ballant.

Son étude nous permet une appréhension de la maturité neurologique et de la dominance tonique.

On peut commencer par observer le ballant naturel à la marche.

Puis en statique, on imprimera un mouvement de balancier passif au niveau des segments des membres supérieurs et inférieurs, et on observera leur qualité, on comparera également leur amplitudes en fonction du côté opposé.

- ***La chute.***

On soulève le bras de l'enfant à l'horizontal et on le lâche sans prévenir l'enfant. On note ainsi sa capacité au relâchement. La composante relationnelle est importante dans ce test.

On apprécie la qualité de la chute libre. On peut observer un pendulisme, le blocage ou le freinage du mouvement, et des mouvements parasites.

- ***La flexion passive et le degré d'extensibilité.***

En mobilisant les articulations en raccourcissant ou en allongeant les muscles de manière passive on peut évaluer le contrôle tonique volontaire du sujet par l'observation : du degré de passivité, de freinages, blocages, de paratonies, d'anticipation accompagnant le mouvement, ou de persévération du mouvement.

- ***La relaxation.***

Lorsque le patient est en position allongée, il est plus aisé de se faire un idée de sa capacité de relâchement.

On demande au patient de se faire mou, comme une poupée de chiffon, et imprimer des mouvements de balancier, ou de chute pour apprécier sa détente.

Lors de ces tests on gardera en tête que le tonus est au carrefour du neurobiologique et de la vie émotionnelle et relationnelle de l'individu. Les propositions sont autant des appréhensions des composantes relationnelles et émotionnelles du patient que des tests neuro-musculaires.

- ***La poussée.***

C'est une épreuve à proposer aux enfants de plus de quatre ans. Le praticien exerce des poussées douces devant, dans le dos et sur les côtés de l'enfant. Il observe sa qualité d'ancrage, ses stratégies de résistance, l'adaptation de son corps à la poussée. (orteils qui griffent le sol) On notera les faiblesses éventuelles dans un ou plusieurs des plans.

Nous allons présenter ici quelques tests issus de la posturologie pour faire un parallèle avec l'approche de la posturologie et notre approche psychomotrice du tonus musculaire.

➤ **Le test des extenseurs.**

Le patient tend les bras devant lui en extension du poignet. Le praticien cherche à faire abaisser le poignet en plaçant le bord cubital de sa main contre la face dorsale de la main du patient et celui-ci offre une contre-résistance.

En mettant en tension les membres supérieurs de cette façon on teste en réalité les extenseurs du rachis. Il s'agit plus d'un test de l'efficacité neurologique du tonus qu'un testing musculaire. Ainsi quel que soit l'âge, le sexe du patient, sa latéralité ou son activité physique, la contre-résistance doit être forte des deux côtés. On teste ici une activité tonique.

(On notera un effondrement tonique du côté de l'œil qui manque de convergence.)

➤ **Le test de la pince.**

Le patient fait une pince pouce index en formant un cercle avec ses doigts et le praticien cherche à l'ouvrir contre la résistance du patient. Nous sommes dans ce cas sur un test l'activité phasique de la chaîne antérieure du patient. Comme dans le cas précédent il sera intéressant de noter une faiblesse ou une asymétrie.

◆ **Les syncinésies.**

Il y a trois épreuves décrites par Renée ZAZZO :

✓ ***L'épreuve des marionnettes.***

On demande à l'enfant de «*faire les marionnettes*», c'est à dire d'alterner rapidement des mouvements de prono-supination. On invite l'enfant à le faire avec les deux mains puis avec une seule main. On note la qualité du mouvement, et la présence de syncinésies.

✓ ***L'épreuve du serment.***

Il s'agit du même mouvement mais les avant-bras sont tendus à l'horizontal.

✓ **L'épreuve du mouvement de la langue.**

L'enfant doit tirer sa langue et la remuer latéralement le plus vite possible en serrant fort les yeux en même temps. Nous observons les éventuels mouvements du membre supérieur.

Il sera possible d'observer la langue de l'enfant, on notera surtout si il existe une déviation marquée de la langue lorsqu'elle est tirée, ce qui aura un fort impact postural.

◆ **Les réactions de prestance.**

Elles font parties des manifestations du registre tonico-émotionnel. Il s'agit selon Hélène ROYER d'une inadéquation de l'adaptation relationnelle dans ses éléments tonico-moteur, postural, gestuel ou mimique.

« Être maniéré, c'est avant tout paraître ce que l'on n'est pas ». Comme le souligne TATOSSIAN, pour comprendre le geste maniéré mieux vaut se référer au synonyme français « guinder » ou « se guinder ». Guinder, c'est hisser sa voile au prix d'un effort d'élévation qui porte aussi sur soi (se guinder) et à l'aide d'un instrument (le guindeau). «C'est [une] cette action d'élévation de soi, artificielle et instrumentale. Il ne s'agit pas ici de faire bonne impression mais bien de trouver le sol d'un impossible déploiement de soi chez autre que soi, en empruntant par exemple le masque de la distinction sociale ou plus généralement la forme d'existence inauthentique [...]»
Sémiologie des troubles psychomoteurs, HENRY J.-M., VEDIE C., WITJAS T., J.-P. AZULAY, POINSO F. (15)

III.3.2 LA LATÉRALITÉ.

L'observation du fonctionnement la latéralité est un bon indice de l'état d'intégration de l'axe psychomoteur.

La latéralité est une dominance fonctionnelle. La latéralisation est une spécialisation progressive de chacun des hémisphères cérébraux au cours du développement.

L'hémisphère gauche serait dédié au traitement des détails, de façon linéaire, et l'hémisphère droit au traitement des aspects globaux de façon simultanée.

BROCA a mis en évidence que le cortex gauche chez les droitiers était spécialisé dans le langage. Des recherches plus récentes ont montré que si 90% des droitiers ont l'aire de Broca à gauche, cela concerne également 70% des gauchers. Concernant le langage cette spécialisation serait présente dès la naissance.

L'hémisphère droit est présenté depuis longtemps comme plus performant dans les tâches visuo-spatiales, mais il est admis aujourd'hui que cela dépend de plusieurs facteurs.

Spécialisation hémisphérique : confrontation des modèles de Luria, Deus-Kaplan, des hémisymptômes et énergétique de Braun chez les enfants, adolescents et jeunes adultes cérébrolésés à l'enfance, GUIMOND Anik. (10)

La latéralité commence à se préciser vers l'âge de quatre ans et se stabilise vers sept ans. Elle dépend de la maturation neurologique et psychologique, et est influencée par des facteurs sociaux (la bonne/mauvaise main) et environnementaux (expériences motrices).

On parle d'ambidextrie pour décrire l'utilisation indifférente d'un côté ou l'autre pour une même action avec la même efficacité, et d'ambimanie pour décrire l'utilisation préférentielle d'un côté pour une action spécifique.

On distingue et évalue la latéralité neurologique, fonctionnelle et usuelle.

Il est toujours intéressant de commencer par l'observation de l'activité libre de l'enfant.

La latéralité neurologique se teste par l'étude du tonus et des syncinésies.

La batterie HHR teste la dominance latérale main œil et pied. Cette latéralité peut être homogène ou hétérogène.

La latéralité usuelle batterie Auzias teste la latéralité usuelle.

- **Les coordinations oculo-manuelles.**

Elles seront intéressantes à tester au vu de ce que nous avons développé sur l'importance de l'oculo-motricité dans l'axialité.

Le test de Marthe Vyl consiste à demander au sujet de tracer un cercle dans l'air devant soi avec l'index que l'on suit des yeux.

En plus d'observer les coordinations oculo-motrices, on pourra être attentif au travail des muscles oculo-moteur. On observera si l'œil lâche le mouvement, et la qualité du travail en synergie des deux yeux.

Toujours à la suite de l'influence des travaux de posturologie, on pourra vérifier la capacité de convergence du sujet. Cela nous renseignera sur une asymétrie du tonus des muscles extenseurs du rachis. L'œil qui converge le moins étant homolatéral au côté hypotonique le plus souvent, sauf en cas de compensation plus complexe.

(Les troubles oculo-moteurs ont été mis en lien avec les troubles visuo-construcifs, certains types dyspraxies et dyslexies.)

III.3.3 LE SCHÉMA CORPOREL.

- **Le dessin du bonhomme.**

Il paraît pertinent de proposer un dessin du bonhomme, qui peut refléter en partie la façon dont l'enfant se représente son corps. La représentation du corps commence par le bonhomme têtard, vers trois ans. Selon Ph. GREIG : au " je suis " de la figure fermée répondent en écho un " j'exprime et je m'affirme " de la figure rayonnante, et un " je garde et je me protège " de la figure contenante, comme véritable enseigne de l'individuation." *Le dessin du bonhomme chez l'enfant*, NAVARRO Alain. (24)

A partir du cercle le tronc peut apparaître par un deuxième cercle, vers six ans. Ou le cercle a tendance à s'ovaliser chez les filles, et à être formé par des structures angulaires chez le garçon. Le cou apparaît plus tardivement, vers huit ans. On pourra observer sans faire de déductions hâtives la symétrie du bonhomme et bien sûr son axialité.

Les arbres, les maisons et les structures symétriques et organisées entre ciel et terre seront aussi des indices du vécu de l'organisation spatiale de l'enfant. La maison en psychologie représente la sécurité de base de l'enfant, elle est parfois assaillie par des ninjas, ou en feu...

- **L'épreuve d'imitation de gestes de Bergès-Lézine.**

L'enfant doit imiter les gestes que l'adulte produit devant lui. Il y a une partie avec une imitation de gestes simples des mains et une imitation de gestes simples des bras, puis une partie complexe mettant en jeu les mains et les doigts. Dans un premier temps l'enfant doit reproduire en miroir puis en vérité. Cela lui demande de bonnes coordinations et une bonne représentation de l'organisation de son corps. C'est un bon test de l'intégration de l'axe.

- **Le charlopp-Atwell.**

Il sera possible d'observer ces derniers points en mouvement, avec l'échelle de coordination motrice du Charlopp-Atwell. Le tournoiement et le saut avec demi-tour s'organise autour de l'axe vertical. L'animal préhistorique permet d'appréhender

la capacité de dissociation des membres , leur fonctionnement autonome les uns par rapport aux autres et vis à vis de l'axe.

III.3.4 L'ESPACE.

L'espace est, selon PIAGET, «Un schème unique englobant tous les éléments qui le composent.» Progressivement les enfants tiennent compte des caractéristiques spatiales les plus simples aux plus contraignantes. (de topologique à métrique.)

Avec Paillard nous avons vu que la perception de l'espace se faisait par projection de notre référentiel égocentré. Et selon BERGES et STAMBAK il y a une évolution parallèle et coordonnée de la perception de l'espace et de la perception du corps propre, c'est pourquoi nous nous attacherons ici à l'évaluation du rapport à l'espace.

Nous pouvons commencer par interroger l'enfant sur ses connaissances des repères topologiques de base : haut/bas, devant/derrière, au milieu, entre...

vignette clinique.

Bastien est un petit garçon de cinq ans qui dessine systématiquement le toit de ses maisons sur le côté gauche. Bastien a des problèmes avec ses notions topologiques de base et des confusions dans l'organisation de son arbre généalogique. (Qui est le plus âgé parmi les membres de sa famille, et quelqu'un né après lui peut-il devenir plus âgé que lui ?)

Dans les observations de l'enfant immobile ou en mouvement, on pourra observer s'il s'organise autour de son axe vertical. On observera si cet axe est rigide, avec une motricité saccadée, ou si l'axe est souple, dans une motricité fluide, adaptative.

III.4 ÉTAYER L'INTÉGRATION PSYCHOMOTRICE DE L'AXE EN PSYCHOMOTRICITÉ.

En psychomotricité nous pourrions travailler l'axe, dans les coordinations entre les deux hémicorps, ou par prise de conscience directe. Les arts martiaux sont une médiation utilisée en psychomotricité.

Les apports de la médiation arts martiaux : le travail de l'axialité dans le pencak silat.

Le pencak silat est un art martial indonésien, le club dans lequel je m'entraîne propose une approche dans sa forme la plus traditionnelle.

La nécessité du travail de l'axe est souvent indispensable dans les arts martiaux traditionnels. Certains styles de pencak silat utilisent particulièrement le travail des axes sur le corps propre et dans les déplacements.

Le premier travail est de savoir s'organiser sur des rotations autour de l'axe central vertical, sans transfert de poids du corps, en associant les ceintures. Puis il s'agit d'apprendre à se mouvoir dans l'espace en utilisant cette rotation et cette référence à l'axe comme base du déplacement.

Nous nous aidons d'un carré au sol avec des lignes et diagonales tracées. L'élève apprendra donc à se déplacer avec différentes composantes spatiales en restant structuré sur son axe. Puis il pourra associer et dissocier les ceintures et travailler sur des axes horizontaux projetés dans l'espace. En fin de travail l'axe sera en structure mais pas forcément perpendiculaire au sol, puis déstructuré/restructuré à bon escient et en maîtrise.

Il y a toute une série d'exercices préparatoires d'exploration des sensations de mobilité autour de cet axe, d'effet de la mobilité d'une ceinture sur l'autre, et le travail traditionnel de la mobilisation de tout le corps à parti du centre de gravité (Hara des japonais.)

On peut proposer des exercices autour de la respiration :

La respiration du feu, permet selon mon ressenti, de «scanner» le corps, de faire un état des lieux des zones de tensions. L'exercice consiste à inspirer par le nez avec un inspire dit postérieur, c'est à dire que l'air doit venir se plaquer contre la paroi postérieure du rhino-pharynx. Durant l'inspire on se lève sur la pointe des pieds. Puis on souffle par la bouche avec un «ha» et les talons tapent au sol. Les cycles se font rapidement et en continu, le diaphragme fonctionnant sagement et en boucle, sans fatigue. Le corps est au maximum relâché. Cet exercice si on veut le faire sans fatigue avec un rythme élevé permet de mettre à jour les tensions parasites et d'apprendre à lancer le mouvement à partir du centre.

D'autres exercices de respiration semblent vouloir condenser un filet d'air sur la ligne du centre. Le travail du Hara, du périnée, des muscles de façon concentrique autour de l'axe, est indispensable aux pratiquants d'arts martiaux.

On acquiert par ce travail une stabilité sur d'autres plans. En récupérant son ancrage au sol, son organisation autour de son l'axe, on se permet de récupérer une stabilité émotionnelle, un équilibre psychique, on est «au centre» au sens méditatif du terme.

En se permettant de déstructurer/restructurer cet axe, on se rend plus fluide, on s'autorise à recevoir ce qui vient sans rigidité et à le transformer.

Vignette Clinique.

Nous avons reçu Jérémy dans le cadre d'une consultation en cabinet libéral. La demande venait de lui, il se plaignait de trouble de l'écriture. Malgré cette démarche entreprise par lui pour lui-même, nous avons vite ressenti un manque de désir chez cet adolescent de dix-sept ans. Il montre très peu d'intérêt et d'envie sur le plan de ses loisirs ou de son avenir professionnel. Articulé à cela Jérémy montrait un hypotonus global assez important, quelques décharges toniques, et une organisation motrice peu harmonieuse.

Nous avons donc décidé avec Jérémy, de commencer un travail corporel avec comme prétexte et comme décors le pencak silat. Le travail avec Jérémy avait pour but de l'aider à acquérir une meilleure structuration de l'espace, de lui apprendre à moduler son tonus et de lui faire gagner en assurance. Puis je me suis orientée vers une tentative de lui faire investir, habiter ce corps et l'amener à mieux découvrir et comprendre ses logiques de fonctionnement.

Au bout de quelques mois, Jérémy m'a tenu ces propos «Je me suis mis à la musculation parce que j'ai un corps de lâche.» Il m'a dit que ce souhait était dans un but «purement esthétique». Ce vécu corporel me semblait assez déprécié.

Le fait qu'il décide d'investir son corps par lui-même me semblait positif. Le fait qu'il puisse verbaliser ce vécu de son corps était également un point positif et une avancée dans la relation thérapeutique. Mais je me demandais comment lui permettre d'éprouver un vécu corporel plus agréable sans le faire se soumettre aux normes sociales en vigueur chez les jeunes hommes.

J'axai donc mon travail avec lui toujours dans un décor martial mais plus sur un travail de sensation, de logique de fonctionnement autour du centre et de son équilibre. J'essayai de lui faire aimer son corps à travers ses mouvements.

Et finalement, ce qui fait soin c'est ce qui se joue dans la relation à soi et à l'autre à travers l'interface proposée, et pas la médiation elle-même.

III.5 DISCUSSION ET INTRICATION ENTRE LES DIFFÉRENTS POINTS DE VUE.

Pour Julian de AJURIAGUERRA, les troubles psychomoteurs, dans leur ensemble, oscillent entre le neurologique et le psychiatrique. Cet écart entre ces deux pôles manifeste celui entre le corps et l'esprit, on peut choisir, pour raisonner, d'analyser séparément le fonctionnement de l'un et de l'autre.

«Deux discours, non simultanés et complémentaires, peuvent être tenus grâce au décentrage, qui permet de prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans les réduire l'une à l'autre et sans les confondre.» BERGES.

Dans le champ de la connaissance, la donnée brute n'appartient ni à un champ ni à un autre, «Les systèmes ne sont pas dans la nature, ils sont dans la tête des Hommes.» Claude BERNARD.

«La diversité des modes d'approche n'est pas exclusive : le niveau génétique fonde le niveau biochimique, qui fonde le niveau neurophysiologique, qui fonde le niveau comportemental, qui fonde les niveaux relationnels, affectifs, significatifs, politiques, noétiques. Chacune de ces perspectives se réfère à ses propres modèles. Le drame consiste à les opposer, au lieu de les coordonner». Boris CYRULNIK.

Nous avons énoncé le fait que le bébé se développait par la pression biologique d'une part, et grâce à l'environnement d'autre part. Mais la dichotomie génétique/environnement a été rendue obsolète par les travaux en épigénétique. On sait aujourd'hui que 90% de l'ADN, que l'on appelait autrefois ADN poubelle, sert à moduler l'information génétique. Le génome n'agit pas, il réagit.

La fonction d'oralité est la première à se mettre en place, elle détermine le sentiment d'enveloppe, d'un dedans et d'un dehors. Lorsqu'il y a une négation de la sphère orale, avec une béance de la bouche, non intégrée dans le schéma corporel, cette différenciation dedans dehors peine à s'intégrer. La tonicité de la chaîne centrale ne peut pas être investie psychiquement pour créer une soudure entre les deux hémicorps.

Lors de la prise alimentaire les interactions entre le bébé et la personne qui le nourrit sont primordiales pour le bon développement du bébé. Roger VASSEUR et Pierre DELION (34) dans *Période sensible dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3ans*, expliquent comment «des difficultés alimentaires peuvent dévaster les interactions précoces mère-enfant et être à l'origine de trouble relationnels graves.»

La convergence oculaire a un impact direct sur le tonus des chaînes tonico-toniques qui nous tiennent érigés. Le tonus est observé comme faible du côté de l'œil qui manque de convergence, ce qui induit une asymétrie du tonus rachidien. Comment construire l'appui de l'axe lorsque l'enfant est pris dans des problématiques d'angoisse de la profondeur de l'espace, ou d'angoisse de dévoration face au regard de l'autre ?

Le réflexe tonique asymétrique du cou, en lien avec le réflexe céphalo-oculogéryphore, sépare les hémicorps en deux fonctionnements toniques et orientations différentes. Lorsque le bébé reste figé dans ce fonctionnement il ne peut réunir ses hémicorps et intégrer son axe, or l'intégration de l'axe ne se fait que dans la sécurité affective. La mère passe l'enfant d'une posture à l'autre lors de l'allaitement, lui faisant vivre ces deux postures en le nourrissant de sensations agréables. Dans l'hypotonie de réplétion, avec interpénétration œil/psychisme et bouche/mamelon l'enfant quitte ce schème de posture asymétrique et intègre le centre.

Au début de la vie le bébé est en hypertonie périphérique et hypotonie centrale. Puis le tonus s'homogénéise. Selon SCIALOM Philippe, GIROMINI Françoise et ALBARET Jean-Michel (31) dans *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p173) le stade de l'ambivalence tonique peut être rapproché au niveau psychique à l'accès l'ambivalence affective.

En ostéopathie nous insistons beaucoup sur le fait que structure et fonction sont interdépendantes. Mais «L'antithèse de structure et fonction, morphologie et physiologie, est basée sur une conception statique de l'organisme.» Robert SCHLEIP. Pour BERGES, c'est le fonctionnement, qui dans l'anticipation vient déborder structure et fonction. Cette anticipation est portée par le désir, de savoir, d'interagir, de découvrir son corps, l'autre, et son environnement. Ce désir s'éteint sans étayage Humain, ce qui fait dire à WINNICOTT qu'un bébé tout seul ça n'existe pas.

L'axe psychomoteur est donc une construction psycho-corporelle. Nous avons vu que cette construction s'appuie sur l'intégration du vécu de quelque chose qui tient à l'intérieur, d'un tonus de l'axe habité. Mais elle dépend de la possibilité du bébé et en fonction de l'étayage Humain à avoir cet élan d'aller à la découverte de soi, l'autre et l'environnement.

Il y a un lien entre ce premier redressement de la tête, qui est un des premiers actes de verticalisation, avec la convergence oculaire qui permet la profondeur de l'espace mais aussi la possibilité des interpénétrations de regards, indispensables au développement du psychisme, et le tonus de la chaîne myofasciale postérieure.

Il y a également un lien dans ce premier acte de verticalisation entre la montée de la langue au palais, qui permet la prise alimentaire, les interactions précoces lors du repas, et la fonction d'enveloppe, de contenance, d'introjection du noyau psychique et d'une sécurité émotionnelle et le tonus de la chaîne myofasciale centrale.

Nous voyons ici comment la genèse de l'axe qui représente l'individualité se fait en appui sur la rencontre avec l'autre.

Le développement du langage chez l'enfant coïncide avec sa verticalisation. Geneviève HAAG parle de démutisation au stade de la réduction du clivage vertical. Dans cette construction psycho-corporelle l'enfant s'affirme en tant qu'individu différent de l'autre. Ce qui fait dire à Gérard POMMIER que «La verticale du corps tombe à l'aplomb du nom.»

«Aucune activité humaine n'est innée et il en va de même pour la marche. La posture verticale contredit la tension pulsionnelle qui pousse le corps à se mettre en boucle autistique. Un enfant se met à marcher dans la mesure où il refoule sa pulsionnalité et en même temps que commence une métamorphose langagière de la pulsion. En quelque sorte, le sujet commence à se tenir debout en équilibriste, en marchant sur le fil de sa parole. Dans cette course en avant, son nom lui sert de fil à plomb, qui lui permet de maintenir une précaire verticalité.» *Comment faisons-nous pour nous tenir droit ?*, POMMIER Gérard. (26)

Si le corps est un pilier identitaire, l'axe est le pilier organisateur même du corps.

«L'histoire du processus d'identification se résout dans la verticalité et la faculté de dire «je», de se poser différencié, face à autrui.» Benoît LESAGE.

CONCLUSION.

Sachant que l'axe est un point d'articulation entre les deux hémicorps, et que le corps et l'esprit sont en double étayage, il me paraissait intéressant de chercher à comprendre qu'elle était la place de l'axe psychomoteur dans la structuration du psychisme.

Ce travail sur le sujet de l'axe psychomoteur m'a permis de commencer à comprendre comment la genèse d'un axe corporel s'appuyait sur le milieu humain et la rencontre avec l'autre pour se créer, tout en, dans une boucle vertueuse permettant cette rencontre. Le tout concomitant à l'émergence de la pensée.

Le bébé construit son axe grâce à l'expression de son programme biologique stimulé par l'environnement et par l'étayage du milieu Humain, le tout est permis via le mouvement, le fonctionnement, tiré par le désir. Le mouvement du passage d'une posture asymétrique à une autre, le mouvement des boucles de retours dans l'interpénétration du regard, le mouvement de la succion et du lait qui coule à l'intérieur du corps. Par le regard du parent sur lui, le bébé s'aperçoit de lui-même, ce regard fait miroir et le bébé introjecte l'attention qu'on lui porte pour habiter les fonctionnements décrits, et pour s'en emparer.

Progressivement, l'appui extérieur dont le bébé dépend devient pilier interne. L'axe psychomoteur solide permet de libérer les outils d'interaction et d'exploration que sont les mains, les yeux, la bouche.

Si ce pilier est un élément organisateur postural, un référentiel spatial, il est aussi un point d'appui du psychisme et un référentiel identitaire.

«La pensée s'organise à partir des coordonnées corporelles.» (S.Robert-Ouvray. 1993).

En s'érigeant et s'éloignant du sol l'enfant tend à maîtriser sa pulsionnalité et à rentrer dans le symbolisme avec le langage.

L'axe psychomoteur est donc élément d'articulation, de relation, siège de l'identité par dépassement des opposés, il est en phase avec la spécificité du psychomotricien.

«La réalité construite de l'explication n'épuise pas le réel du phénomène.» BERGES.

BIBLIOGRAPHIE.

- (1) AUDREN F., ESPINASSE-BERROD M.-A., GAMBARELLI N., SAUER A., SPEEG-SCHATZ C., THOUVENIN D., *Formes cliniques des strabismes.*
- (2) BARRAL Jérôme, ALBARET Jean-Michel, HAUERT Claude-Alain, *Des syncinésies aux mécanismes d'inhibition motrice chez l'enfant Thérapie psychomotrice -et Recherches- N° 157 – 2009.*
- (3) BONNET Florence et GUATTERIE Michel, *De la succion déglutition du nourrisson à la mastication déglutition de l'adulte.*
- (4) BULLINGER André, *A propos du développement psychomoteur.*
La genèse de l'axe corporel, quelques repères.
Les prothèses de rassemblement
- (5) CORRAZE Jacques, *La psychomotricité un itinéraire.*
- (6) DARCHE Christophe, *Les fascias exactement.*
- (7) FREDERIQUE Diana, *Incidence de la respiration sur les émotions dans la méthode Mézières.*
- (8) GILLOT Sabine, *La place de la posture dans le diagnostic et les décisions thérapeutiques.*
- (9) GOLSE Bernard, SIMAS Roberta, *Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest, Contraste 1/2008(N°28-29 p.129-138).*
- (10) GUIMOND Anik, *Spécialisation hémisphérique : confrontation des modèles de Luria, Deus-Kaplan, des hémisymptômes et énergétique de Braun chez les enfants, adolescents et jeunes adultes cérébrolésés à l'enfance,*
- (11) HAAG Geneviève, *La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps.*
L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie.
- (12) HAAG Geneviève et ses coll., *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile.*
- (13) HABIF Michel, *Vision et Posturologie.*
- (14) HARTMANN Francis, *Le Facteur Trigéminal dans la Régulation de la Posture.*
- (15) HENRY J.-M., VEDIE C., WITJAS T., AZULAY J.-P., POINSO F., *Sémiologie des troubles psychomoteurs.*

- (16) IONESCU Serban, BLANCHET Alain, *Psychologie du développement et psychologie différentielle*
Les bases neurophysiologiques des fonctions motrices PUF.
- (17) JEDYNAK C.P., *La Lettre du Neurologue* - n° 6 - vol. VII - juin 2003
- (18) JOLY Martine, *Comportement lingual et cou.*
- (19) LATOUR Anne-Marie, *Le moi-tuyau, précurseur du sentiment d'enveloppe.*
- (20) LÊ Thanh-Thuan, *Rôle de la convergence oculomotrice dans le contrôle de la posture.*
- (21) LESAGE Benoît, *Axial'poursuite : axe et spatialité, Jalons pour une pratique psychocorporelle*, ERES L'Ailleurs du corps », 2012
Tonus, posture, verticalisation et structuration du sujet.
Polyhandicap, limites à l'entendement .
- (22) MARIEB Elaine,N, *Anatomie et physiologie humaines.*
- (23) MESQUIDA Serge, *De la posturologie à la posturoception.*
- (24) NAVARRO Alain, *Le dessin du bonhomme chez l'enfant.*
- (25) PAILLARD Jacques, *Les déterminants moteurs de l'organisation de l'espace, Cahier de psychologie, 1971,n°4.*
- (26) POMMIER Gérard, *Comment faisons-nous pour nous tenir droit ?*
- (27) POUS Georges, *Thérapies Corporelles des psychoses.*
- (28) RANTY YVES, *Le corps en psychothérapie de relaxation : de la sensation à la pensée.*
- (29) RIVIERE James, *Le développement psychomoteur de l'enfant, idées neuves et approches actuelles.*
- (30) ROBERT-OUVRAY Suzanne, *Le corps étai de la psyché.*
- (31) SCIALOM Philippe, GIROMINI Françoise, ALBARET Jean-Michel, *Manuel d'enseignement de psychomotricité,Paris, éd. De BoeckSolal, 2012.*
- (32) SOUZELLE de.Annick, *Symbolique du corps humain.*
- (33) VANDEWALLE Béatrice, MEURIN Bernard, BUSSCHAERT Bruno, *Des esprits animaux aux neurotransmetteurs, qui sait ce que peut le corps ?*
- (34) VASSEUR Roger et DELION Pierre, *Période sensible dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans.*

ANNEXE

Nous pouvons observer ici l'impact de la position de la mandibule sur la posture.

