



HAL
open science

L'axe et les appuis comme vecteurs de sécurité interne pour une ouverture au monde

Marie Lansac

► **To cite this version:**

Marie Lansac. L'axe et les appuis comme vecteurs de sécurité interne pour une ouverture au monde. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03287204

HAL Id: dumas-03287204

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03287204>

Submitted on 15 Jul 2021

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**L'axe et les appuis comme vecteurs de sécurité
interne pour une ouverture au monde**

Lansac Marie

Née le 04/06/1984 à Annecy

Directrice de Mémoire : Lacamoire Valérie

Mai 2021

Remerciements

Je remercie ma maîtresse de mémoire et de stage, Valérie Lacamoire, pour son écoute, sa patience et sa disponibilité tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Je remercie mes maîtres de stage qui m'ont accueillie durant ma formation de psychomotricienne. Je les remercie vivement pour leur accompagnement, tout au long de ce cursus et pour tout ce qu'ils m'ont appris.

Je remercie toutes les personnes qui ont lu et relu mon mémoire, pour leurs corrections et leurs suggestions et tout particulièrement : Camille, Lucille, François, Marie-Noëlle, Maité, Nathalie, Sébastien, Sidonie, Sophie, Vincent, ainsi que ma mère.

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué à ma formation corporelle et mon orientation vers le métier de psychomotricienne et en particulier Mathieu Bayol, France Chervoillot, Pascale Etcheto, Sébastien Foutoyet, Alain Gonotey, Benoit Lesage, Claude Magne, Julie Oosthoek ainsi que les enseignants de l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux.

Je remercie tous mes amis, mes camarades de formations ainsi que ma famille qui m'ont soutenue tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Je remercie tous les patients que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, ils m'ont beaucoup appris.

Enfin, je remercie Lili, un félin aux vertus relaxantes.

SOMMAIRE

<i>Remerciements</i>	2
INTRODUCTION	4
I DE QUEL AXE PARLE T'ON ?	6
A) Phylogénèse et définitions	6
B) Le rôle de la sensorialité dans la construction de l'axe	13
C) L'aspect tonique.....	17
II) CONSTITUTION DE L'AXE CORPOREL DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT	30
A) Prendre appui pour se redresser, aspects posturaux.....	30
B) Axe et construction d'une corporéité orientée	45
C) Axe et relations dans le développement psycho-affectif de l'enfant.....	49
III CLINIQUE	64
A) Approches qui soutiennent la conscience de l'axe corporel et son intégration	64
B) Troubles psychomoteurs en relation avec l'axe corporel et outils d'évaluation	73
C) Etude de cas de Sylver	76
CONCLUSION :	85
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXES :	90
Table des matières	93

INTRODUCTION

La question de l'axe et des appuis est importante dans mon parcours et je dirais même qu'elle m'a conduite à choisir le métier de psychomotricienne. La rencontre de la danse, de la médiation zen et des arts martiaux m'ont amenée peu à peu à chercher un travail qui prenne soin de ces questions-là. Dans la rencontre de la danse avec Claude MAGNE et Benoit LEAGE j'ai pu ressentir et rencontrer les fondamentaux qui organisent notre vécu corporel, et soutiennent notre manière d'habiter le monde.

En troisième année j'ai fait quatre stages avec différents publics : un stage avec un « groupe danse » de personnes en situation de handicap mental, un stage dans un Service hospitalier de Soins de suite et de Rééducation en orthopédie et deux stages en libéral, avec des enfants. La question de l'axe et des appuis peut se rencontrer chez tous ces publics, ce qui m'amène à l'interroger sur l'ensemble de ces lieux de stage.

La constitution de l'axe corporel se fait très tôt. C'est un processus qui commence in utéro et dont les étapes déterminantes se trouvent dans les premières années de notre vie. Elle est en rapport avec le processus de verticalisation et les aspects physiques de ce processus.

La constitution de l'axe corporel se fait dans la rencontre avec l'autre. C'est par ce biais que nous pouvons nous construire, nous différencier et affirmer une identité. La qualité de nos interactions dans la prime enfance va être déterminante dans l'intégration de l'axe corporel.

La problématique générale du mémoire peut donc être posée de la façon suivante :

Pourquoi la question de l'axe corporel repose tout autant sur des appuis physiques que relationnels ?

Dans une première partie nous commencerons par définir les notions d'axe vertébral, d'axe corporel et d'axialité. Dans un deuxième temps nous évoquerons le rôle de la sensorialité ainsi que les aspects toniques et posturaux de l'intégration et la conscience de l'axe corporel.

Dans une deuxième partie, nous évoquerons la constitution de l'axe corporel dans le développement psychomoteur de l'enfant. Dans un premier temps nous évoquerons les étapes

vers la marche et le rôle des réflexes archaïques dans l'intégration de l'axe corporel. Dans un deuxième temps nous verrons en quoi cette intégration permet la construction d'une axialité orientée. Enfin nous aborderons l'aspect psycho-affectif de cette construction.

Nous enrichirons ces deux parties par des vignettes cliniques.

Enfin, dans une troisième partie, nous évoquerons quelques approches qui permettent d'étayer l'intégration et la conscience de l'axe corporel. Dans un deuxième temps nous évoquerons les troubles psychomoteurs en relation avec l'axe corporel ainsi que les outils d'évaluations dont nous disposons pour mesurer son intégration. Enfin, nous poursuivrons notre réflexion à travers une étude de cas.

I DE QUEL AXE PARLE T'ON ?

A) Phylogénèse et définitions

1) Phylogénèse

Enfant nous revivons l'histoire de la verticalité et celle de l'humanité écrit Benoit LESAGE (Lesage, 2012). Ainsi que le rappelle Bernard MEURIN (Meurin, 2018) la genèse de l'axe corporel concerne tout autant notre histoire que celle des vertébrés et donc de l'homme. Cependant, si le processus de la verticalisation a pris des millions d'années dans l'histoire de l'humanité, chez l'humain qui possède déjà la morphologie nécessaire cela prendra environ une année (Lesage, 2012).

In utéro notre développement se fait dans le sens caudo-céphalique, comme les mouvements des poissons (Ponton, 2012). A la naissance, nous passons du milieu aquatique au milieu aérien et soumis à l'action de la pesanteur, nous traversons des schèmes de mouvement homologue tel la grenouille, homolatérale tel le lapin, bilatérale tel de nombreux mammifères.

Nous redresser a libéré nos mains, permis la préhension et le développement des coordinations manuelles et oculo-manuelles. Cela a changé notre manière de comprendre et de percevoir le monde (Meurin, 2018). Selon Bernard MEURIN, « l'homme ne s'est pas redressé par suite d'un réagencement neuronal mais ce réagencement neuronal a été possible car l'homme s'est redressé. » (Meurin, 2018, p.66)

Pour l'enfant, le fait de se redresser va changer son rapport à l'espace et lui offrir de nouvelles possibilités de l'investir. Le processus de verticalisation inclut les dimensions physiques, praxiques mais aussi émotionnelles représentatives et cognitives. Cela est tout aussi vrai dans l'histoire de l'humanité que dans l'histoire de la verticalisation de tout un chacun. L'axe est un appui physique et psychique qui nous permet de nous situer dans le monde, en tant qu'humain singulier et unique. (Meurin, 2018).

2) Définitions croisées

Le mot « axe » vient du latin *axis* qui signifie essieu. Nous parlons de l'axe du monde, l'axe d'une idée, d'une réunion, l'axe d'un mécanisme, d'une roue. L'axe Bordeaux-Paris désigne une voie de communication qui relie deux régions. En botanique c'est « la tige principale ou racine cérébrale d'un végétal », en géométrie l'axe d'une figure met en jeu la question de la symétrie (Larousse en ligne, s. d). Dans toutes ses définitions on retrouve un principe qui s'applique à tous les axes : une position centrale autour de laquelle s'organise une périphérie. Nous pouvons apercevoir l'axe d'une figure, d'une route, mais en ce qui concerne le vivant, l'axe est invisible. Dans le tronc circule la sève, dans la colonne la moelle épinière. Dans l'axe vertébral, circule la sève de nos vies. Dans le langage populaire, lorsqu'on emploie le terme « désaxé », cela fait référence à un déséquilibre, à de la confusion. Nous sommes désaxés quand nous sommes désorientés, que nous sommes à côté de nous-même. Lorsque nous sommes dans notre axe, nous sommes dans notre verticalité, disponibles au cœur de nous-même et de la vie.

a) L'axe anatomique

- *La colonne vertébrale*

L'axe anatomique est le rachis ou encore la colonne vertébrale. Le mot « vertèbre » vient du latin *vertebrae* qui signifie articulation (Wikipedia contributors, 2021). Notre colonne est composée de sept cervicales, douze dorsales et cinq vertèbres lombaires, d'un sacrum constitué de cinq vertèbres unifiées et d'un coccyx fait de cinq à trois vertèbres soudées, soit trente-trois vertèbres en moyenne. Autour de ces vertèbres, on trouve vingt-trois disques intervertébraux qui servent d'amortisseurs et joignent les vertèbres entre elles, soixante-douze articulations et quarante-huit articulations costovertébrales.

A l'intérieur de la colonne circule la moelle épinière. Une colonne en bonne santé nous offre de la stabilité afin de soutenir notre verticalité et de la disponibilité dans le mouvement. La colonne vertébrale s'organise en trois courbures avec une lordose cervicale, une cyphose dorsale et une lordose lombaire. Ce qui, ainsi que nous le rappelle Benoit LESAGE, la rend « dix fois plus résistante que si elle était droite. » (Lesage, 2018). Ces trois courbures apparaissent à des moments différents dans le développement de l'enfant. La cyphose dorsale est une courbure primaire, en relation avec la forme embryonnaire d'enroulement. Les courbures lombaire et cervicale sont secondaires, elles apparaissent après la naissance, lorsque

l'enfant se verticalise. La dynamique de la colonne est en relation avec ses « courbures, les jeux articulaires des apophyses postérieures, l'élasticité résistante des disques intervertébraux » (Lesage, 2018).

Chaque vertèbre s'appuie sur la précédente en trois points : un disque et deux apophyses articulaires. La disponibilité de la colonne est en relation avec le jeu articulaire entre chaque vertèbre. Selon la région où se situent les vertèbres les possibilités de mouvements ne sont pas les mêmes.

- Dans sa partie thoracique, la colonne se rapproche du plan postérieur elle est située au quart de l'épaisseur du thorax.
- Dans sa partie cervicale elle est située au tiers de l'épaisseur du cou.
- Dans sa portion lombaire la colonne est centrale.

A l'avant du corps vertébral on trouve les corps vertébraux et à l'arrière les articulations interapophysaires toutes les deux en symétrie.

- *Colonne et mobilité*

La colonne vertébrale est organisée en trois régions. Le crâne est orienté pour la sensorialité, le thorax sert pour orienter l'activité des membres supérieurs, le bassin sert pour orienter la locomotion.

- La colonne lombaire permet des mouvements de flexion d'extension et d'inclinaison latérale dans une grande amplitude.
- La colonne dorsale permet tous les mouvements (flexion, extension, inclinaison latérale et rotation). Ceux-ci sont limités dans leurs amplitudes par la cage thoracique.
- La colonne cervicale permet des mouvements de grande amplitude en extension, flexion et rotation. L'amplitude est limitée en ce qui concerne l'inclinaison vertébrale (Calais-Germain, 1984).

La colonne vertébrale est en relation avec deux ceintures :

- La ceinture scapulaire relie nos bras au tronc : elle est formée par le sternum, les deux clavicules et nos deux omoplates.
- La ceinture pelvienne, ou le bassin.

- *Le bassin*

Le bassin est formé du sacrum, des deux os iliaques et du coccyx. Il est relié à la colonne par le sacrum et aux hanches par les deux os iliaques. Il est une zone carrefour qui relie le haut et le bas du corps. Il permet de trouver de la stabilité dans nos postures et de l'aisance dans nos mouvements. Un bon placement du bassin nous permet de trouver notre verticalité. Un excès d'antéversion (vers l'avant) va entraîner une lordose lombaire verrouiller nos genoux et entraîner des tensions dans la chaînes antéro-postérieur. Un excès de rétroversion (vers l'arrière) efface la courbure lombaire. C'est parfois le cas avec l'avancée dans l'âge et cela compromet la marche.

- *Les muscles*

Notre squelette est soumis à l'action de la pesanteur. La tendance du squelette est d'aller vers le bas « Le squelette s'effondre et se replie sur lui-même, les muscles le poussent et le redressent vers le haut » (Robert-Ouvray, 2004, p 30). Ce qui dynamise le squelette et permet la force antigravitaire, ce sont nos muscles. Nos muscles sont pairs et symétriquement disposés par rapport à la colonne. La colonne est en relation avec l'action de deux chaînes musculaires antéro-postérieure et postéro-antérieure (Lesage, 2018).

- La chaîne postéro-antérieure est délordosante, elle est constituée des transversaires épineux (ou multifidus) du transverse abdomen, du long du cou des sous-occipitaux, du diaphragme et du carré des lombes. Cette chaîne accompagne l'extension axiale et la coordination de la respiration en lien avec le diaphragme.

- La chaîne antéro-postérieur est lordosante. Elle est constitué du psoas, du quadriceps des scalènes du diaphragme et des extenseurs des orteils. Elle est en lien avec le repoussé du sol et l'harmonisation des contraires, entre extension et enroulement (Lesage, 2018).

Les muscles érecteurs de la colonne sont le muscle épineux, l'iliocostal et longissimus. Ils se situent au niveau dorsal. Au niveau lombaire il n'y a pas de muscles érecteurs. Ce sont les mouvements pelviens, sur le périnée, le grand droit et le fessier qui vont soutenir l'extension axiale.

Nous sommes tous soumis à la gravité et nous avons tous une colonne vertébrale. L'anatomie de notre colonne concerne notre organisme. BULLINGER, précise Benoit LESAGE, distingue

l'organisme du corps. Nous naissons avec un organisme, le corps quant à lui est une construction, il est une « intégration d'un lieu que nous investissons et à travers lequel nous habitons le monde » (Lesage, 2012, p.150). Le corps est donc une construction culturelle, sociale et psychologique.

C'est pourquoi chacun va percevoir son corps de manière différente, ce qui est tout aussi vrai pour l'image du corps que pour celle du schéma corporel. Selon Françoise DOLTO, l'image du corps est inconsciente. Le schéma corporel lui est conscient et met en jeux des représentations anatomiques que nous partageons tous. Cependant, cette conscience ne cesse de s'affiner et de se préciser tout au long de la vie.

- *Le diaphragme*

Le diaphragme est une large cloison musculaire et fibreuse, il sépare et relie l'abdomen du thorax. (Calais-Germain, 2005) C'est le principal muscle respiratoire. Il s'insère sur la colonne vertébrale les côtes et le sternum. Son point culminant se trouve entre la quatrième ou cinquième côte, au-dessus de la pointe du sternum. Le point le plus bas se situe sur la troisième vertèbre lombaire. De par ses insertions, ses contractions et relâchements sont en relation avec la tonicité du rachis (Calais-Germain, 2005). Les bases des poumons reposent sur le diaphragme, il est en contact avec l'estomac le foie, la rate et le pancréas.

A l'inspir, le diaphragme se contracte et descend, la cage thoracique s'ouvre, compresse les viscères, le ventre se gonfle, à l'expir il remonte, le ventre se relâche les viscères reprennent leur place. Il joue un rôle essentiel dans notre dynamique posturale et la régulation de notre tonus. L'inspir accompagne le repoussé du sol et le mouvement antigravitaire, l'expir accompagne l'ancrage à la terre. Dans les arts martiaux, le yoga, l'inspiration accompagne souvent l'extension, et l'expiration l'ancrage au sol, la stabilité dans la posture.

Le diaphragme est en lien avec nos émotions. Notre diaphragme se bloque lorsque nous avons peur et nous perdons alors nos appuis. Dans des situations de stress, de douleur, il est parfois difficile de relâcher le diaphragme. Par un travail de respiration, nous pouvons accompagner les patients à remettre du mouvement le diaphragme et ainsi soulager des tensions.

- *Axe antérieur*

PIRET et BEZIER évoque un axe antérieur formé des muscles abdominaux, des os hyoïdes et du sternum. Cet axe, provoque l'enroulement du rachis (colonne) à la flexion. (Piret et Bezier, 1986).

- *Le tube digestif*

Dans les premiers temps de la vie notre rapport à l'oralité est essentiellement lié au nourrissage. Lorsqu'il a faim le bébé met en tension active son tube digestif (parfois appelé colonne molle) dans un mouvement d'aller vers. Lorsqu'il tète tout son corps se détend, la nourriture passe par la bouche puis par le tube, et ce trajet va accompagner la sensation de l'oralité. Les mouvements du tube accompagnent les mouvements spinaux, d'ondulation de la colonne, de tension et de satisfaction, de retournement et de redressement. En pratique corporelle, nous travaillons parfois sur la colonne molle. Nous pouvons réveiller cette mémoire des premiers mois de la vie, en lien avec l'appétit. Lorsque le tout petit vient chercher le sein, il active son tube digestif, ce qui provoque une extension axiale. Lorsque nous « réveillons » notre tube digestif en pratique corporelle, nous provoquons également cette extension axiale, cela réveille notre appétit et notre vitalité (Magne, 2017).

b) Axe corporel ou psychomoteur

L'axe corporel est défini comme « une ligne invisible de symétrie du corps reliant le sommet de notre tête au centre de nos pieds » (Brillant, 2019). Cet axe corporel est selon Julian de AJURIAGUERRA repris par Roger VASSEUR piloté par les chaînes musculaires et assure trois fonctions essentielles : « la lutte contre la pesanteur, la mobilité et les réactions d'orientations grâce au système sensoriel » (Vasseur, 2000, p.220).

Il est en relation avec les plans de l'espace : le plan sagittal partage l'hémicorps en deux moitiés droite et gauche, le plan frontal différencie l'arrière et l'avant du corps, et le plan transversal différencie le haut et le bas du corps (Calais-Germain, 1984). L'axe corporel est le référentiel spatial qui permet de relier et de différencier ces différentes polarités et donc d'organiser notre relation à l'espace. Nous verrons que ce référentiel spatial se construit de manière progressive dans les premiers mois de la vie en lien avec le processus de verticalisation.

Selon Bernard MEURIN, l'axe corporel est un appui corporel et psychique, il permet de nourrir une stabilité sur le plan corporel. Selon cet auteur, « La stabilité ressentie sur le plan corporel sera covariante d'une stabilité psychique permettant à l'enfant de se découvrir et de découvrir en toute quiétude le monde dont il fait partie intégrante » (Meurin, 2018, p.67). Cette définition de l'axe corporel s'inscrit d'emblée dans une perspective psychomotrice, en tant qu'elle soutient une approche non-duelle de l'être humain, où dimension physique et dimension psychique s'interpénètrent.

Suzanne ROBERT-OUVRAY soutient une approche intégrative de l'axe corporel. En même temps qu'il va se redresser, l'enfant va se différencier, s'individualiser, construire sa base narcissique. Selon elle, l'axe se construit dans un éprouvé moteur et affectif. Nous ne grandissons pas seul, nous sommes des êtres de relations, c'est pourquoi la construction de l'axe nécessite avant tout dans un dialogue avec le milieu humain.

L'axe corporel va permettre de trouver l'équilibre dans le mouvement comme dans la mobilité et de s'adapter à la pesanteur. C'est également un repère dans la relation à l'autre : je reviens dans mon axe lorsque je suis troublé(e), je me rassemble autour de mon axe pour clarifier mes propos. Aussi, comme nous l'avons vu, il va nous permettre de construire nos représentations de l'espace.

La question de l'axe et celle des appuis sont indissociables. Les appuis indiquent toujours une relation, une rencontre : on s'appuie sur l'autre qui nous soutient, on s'appuie sur la terre pour se redresser. Les premiers appuis que nous rencontrons sont ceux de l'autre : ceux de nos proches qui nous portent, nous nourrissent et dont nous dépendons vitalemment.

Dans l'exploration sensori-motrice l'enfant va rencontrer, diversifier ses appuis posturaux et peu à peu se redresser. C'est en se nourrissant de l'appui des autres que le bébé va peu à peu trouver ses propres appuis. Il va apprendre à prendre appui, repousser, se propulser, s'adosser, et peu à peu marcher et explorer le monde.

c) Axialité

Benoit LESAGE met en relation l'axialité qui renvoi « à la façon dont nous avons intégré cet axe (il parle ici de l'axe en tant que structure) et ce qu'elle soutient comme vécu » (Lesage, 2012, p.156). L'axe se construit parce qu'il est d'abord ressenti, perçu. Plus tard, être dans son axe et le ressentir sera corrélé à nos expériences de vie.

Suzanne ROBERT-OUVRAY met en parallèle la construction de l'axe et celle du schéma corporel. Selon cette auteure le schéma corporel comme l'axe se construit du haut vers le bas, selon les principes de la loi céphalo-caudale, elle ajoute : « le schéma corporel c'est la façon de se tenir, de se déplacer, de se situer par rapport aux autres » (Robert-Ouvray, 2007, p.89). Le schéma corporel, dont l'axe du corps est le référent central, évolue avec le temps. Selon les rencontres, le regard que l'on porte sur nous, les expériences que nous faisons, nous ne nous représentons pas le corps de la même manière.

Cette pensée du corps se rapproche de celle de la phénoménologie, qui a grandement influencé Julian de AJURIAGUERRA. MERLEAU-PONTY parle du corps comme le véhicule de l'être au monde (Merleau-Ponty, 2017). Notre corps est un lieu de passage à travers lequel nous percevons le monde. La dynamique de l'axe corporel est propre à chacun, fortement en relation avec notre tonus, nos capacités de le réguler et met en jeu la sensorialité.

B) Le rôle de la sensorialité dans la construction de l'axe

Nous avons dans l'enfance un accès privilégié de la connaissance par les sens et la motricité. Jean PIAGET propose une grille de lecture du développement de l'enfant en stades. Lors du stade sensori-moteur, de la naissance à deux ans vont se mettre en place (entre autre) le schéma corporel, la perception de l'espace et notamment l'intégration de l'axe corporel.

1) La proprioception

On distingue la sensorialité extéroceptive, intéroceptive et proprioceptive. Le psychomotricien va aider le patient à organiser ses perceptions, selon ces axes. Les sensations proprioceptives se développent avant la naissance et tout au long de notre vie. A la naissance

le bébé va ressentir la pesanteur et cela va être tout un chemin pour lui de s'y accommoder. La proprioception nous donne des informations sur la position de notre mouvement dans l'espace et les variations de mouvement.

Ses informations nous sont données par de nombreux récepteurs musculaires et ligamentaires qui envoient à notre cerveau des informations sur la position des muscles, des articulations et des os. La proprioception est également en lien avec l'oreille interne qui récolte des informations liées à la proprioception. Elle nous permet de trouver l'équilibre statique et dynamique, de gérer notre rapport à la gravité. Sans proprioception, nous ne pouvons pas nous tenir debout.

La conscience et l'intégration de l'axe ne peut donc se faire sans proprioception. Elle nous permet également de pouvoir lier les parties du corps entre elles, dans un vécu d'unité. La proprioception s'affine et se construit en relation avec la qualité du portage et des soins apportés à l'enfant. Un portage qui soutient l'axe du corps, la tête et le bassin va permettre au bébé de bien traiter les informations proprioceptives qu'il reçoit.

2) La sensorialité extéroceptive

a) La vision

Elle joue un rôle primordial dans la construction de l'axe corporel. La vision périphérique traite les flux visuels, elle influence la régulation tonique, nous permet de nous situer dans l'espace tandis que la vision focale « situe l'espace par rapport au corps » et traite « les particularités spatiales du spectacle visuel » (Vasseur, 2000, p.232). Dans les premiers retournements du bébé, le regard a une grande importance. Une organisation axe appuis et regard se met en place, le regard va guider le mouvement et parfois l'initier.

b) Le toucher

Le sens du toucher se développe in utero, à partir de la sixième semaine, il concerne tout d'abord les capteurs autour de la bouche. Vers 4 mois et demi (in utero) « les récepteurs sensoriels sont présents sur toute la surface du corps et les muqueuses » (Revardel, 2017, p.80). A la naissance, le bébé ne voit qu'à trente centimètres de distance, la communication se fait

principalement par le portage, le toucher les échanges toniques vibratoires avec les personnes qui prennent soin de lui. Le toucher est vital, les études sur l'hospitalisme de René SPITZ nous montrent qu'un bébé qui n'est pas touché peut mourir de cette absence de contact. La surface de notre peau représente l'ensemble des capteurs sensoriels les plus développés de notre corps. Plus nous allons être touché, plus notre sensorialité va se développer.

La sensorialité tactile se développe in Utéro dès le 6^{ème} mois de grossesse, d'où l'importance du peau à peau afin de continuer à la développer après la naissance. C'est le mode de communication privilégié de l'enfant, il s'apaise au fil des caresses, des contacts avec la chaleur humaine. La qualité du portage est essentielle à sa construction. Cela va permettre à l'enfant de sentir les limites de son corps et de construire ses premiers liens. Cela va donc avoir un rôle essentiel dans la construction de l'axe et des appuis.

C'est par le toucher, que l'enfant va peu à peu se sentir comme un être distinct mais non séparé, qu'il va pouvoir s'appuyer sur la relation pour grandir et se différencier, se sécuriser, s'apaiser dans les bras de l'autre et trouver ses propres appuis pour explorer.

c) L'olfaction

Elle se développe à la naissance, dès la première inspiration. L'enfant va s'attacher à l'odeur de sa mère. Il lui suffit de quelques heures pour apprendre l'odeur de sa mère (Revardel, 2017, p.80). Ce sens joue un rôle important dans la création des premiers liens d'attachement.

d) La gustation :

Elle se développe au cours du troisième mois in utéro, le bébé a une préférence pour le sucré et un dégoût pour l'amer. Ceci est en lien avec le liquide amniotique qui a une saveur sucrée. La diversification alimentaire va se faire en relation avec les rencontres affectives et gustatives. Par le goût et le dégoût, le bébé exprime ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas, ce qu'il accepte et ce qu'il refuse. Ces manifestations de goût et de dégoût vont intervenir dans les relations avec son entourage.

e) L'audition :

Elle se développe dès le deuxième mois in utero et est mature au sixième mois. L'enfant perçoit les sons intérieurs et extérieurs, en particulier les sons de basses fréquences. Dès la naissance il a une prédisposition à reconnaître les voix humaines et en particulier la voix des personnes qui s'occupent de lui.

3) La sensorialité vibratoire

Dans les premiers temps de la vie, la communication entre l'entourage et le bébé se fait essentiellement sur un mode vibratoire. La vibration se transmet par résonance avec la peau tendue et les os. Les vibrations vont nous permettent de ressentir la solidité de notre système osseux, de percevoir les sons (en particuliers les sons de basse fréquence), de nous renseigner sur le support sur lequel on s'appui. Elles vont participer à la perception de notre corps, des émotions d'autrui et à construire nos représentations. Pour permettre une meilleure régulation du tonus et une meilleure conscience de l'axe, il est possible de proposer des vibrations au niveau de la colonne vertébrale. Cela amène à ressentir la densité de l'os et la solidité de la structure osseuse qui nous soutient.

4) La sensorialité vestibulaire

Elle est gérée par l'appareil vestibulaire qui complète les informations proprioceptives et nous donne des informations sur la position de notre corps dans l'espace et nos déplacements. Elle joue un rôle dans l'équilibration et les premières coordinations sensori-motrices.

- L'ensemble de ces sensorialités vont être des vecteurs de communications avec l'entourage et vont permettre à l'enfant de construire peu à peu des représentations, au fil des informations qu'il reçoit. C'est à travers ses expériences sensorielles et motrices que la construction de l'axe corporel va se faire.

C) L'aspect tonique

1) Définitions

a) Etymologie

Le mot tonus vient du latin « tonus » qui signifie « ligament tendu ou pouvant se tendre » ou encore « tension d'une corde » et du grec tonos qui signifie « tension » (Cntrl en ligne, s.d). Le tonus indique un degré de tension des muscles, qui peut varier selon les individus, le contexte et nos interactions avec l'environnement. Il concerne autant les aspects physiologiques que la dynamique affective et relationnelle de chacun. En effet, ainsi que le précise André BULLINGER, le tonus n'est pas qu'un seul appui organique » qui va permettre de redresser notre squelette pour lutter contre la pesanteur. Il donne lieu à des élaborations psychiques. (Bullinger, 1998). Cet auteur va réfléchir à comment se mettent en place les fonctions tonico-posturales au cours du développement de l'enfant. La répartition tonique dans l'organisme va suivre une progression dans le développement de l'enfant que nous détaillerons par la suite.

b) Trois niveaux toniques

Nous distinguons trois niveaux toniques.

Le Tonus de fond ou de base = C'est l'état de contraction musculaire minimale dans laquelle se maintiennent nos muscles à l'état de repos et qui ne disparaît qu'à la section des nerfs moteurs. Il est donc présent même comme nous dormons. L'état de relaxation vise à approcher le tonus de fond, et abaisser l'état de vigilance ce qui va favoriser la détente. En psychomotricité, nous sommes attentifs au vécu corporel lors de la relaxation, nous sommes présents à notre état tonique et cette conscience va nous permettre de le réguler plus facilement.

Tonus de position (postural) = Il se manifeste par des contractions musculaires toniques qui vont permettre de maintenir la posture dans sa verticalité et de répartir les tensions dans l'équilibre dynamique. Il est lié à la vigilance et à l'éveil. Les muscles de l'axe vertébral sont agonistes ou co-agonistes et travaillent ensemble pour l'extension. Ils soutiennent la force antigravitaire. Ce tonus est contrôlé en partie par la formation réticulée du tronc cérébral. Il peut

également être contrôlé volontairement. Les fibres musculaires dédiées au tonus de position sont des fibres à contraction lente mais endurante.

Tonus d'action = C'est les contractions musculaires phasiques qui vont permettre de réaliser des mouvements volontaires, des gestes intentionnels. Il intervient dans le recrutement des points d'appui et la spatialisation du mouvement. Les fibres musculaires dédiées au tonus d'action sont rapides mais fatigables.

c) Fonctions du tonus

- *Equilibration de notre motricité et notre posture*

Le tonus est à la base de notre motricité. Il organise nos postures et nos mouvements ainsi que la dynamique de nos interactions avec l'environnement. Il soutient l'état de veille et de vigilance, la présence à soi et au monde. Nous recevons en permanence des informations sensorielles et proprioceptives qui concernent la position de notre corps dans l'espace. Nous avons des capteurs proprioceptifs partout dans notre corps, notamment dans nos muscles, nos articulations. Les récepteurs articulaires sont les organes de Golgi et les corpuscules de Raffini et les corpuscules paciniformes. Ils envoient des informations statiques qui nous renseignent sur la position de notre corps et des informations dynamiques qui précisent la direction la vitesse et l'accélération du mouvement. (Robert-Ouvray et Servant Laval, 2011).

Le fuseau neuromusculaire « se contracte et se relâche en même temps que la fibre musculaire qui le contient » (Robert-Ouvray et Servant Laval, 2011, p.164). Si la fibre musculaire est trop étirée, le fuseau neuromusculaire « envoie un message au motoneurone qui déclenche une contraction musculaire ; cette dernière freine et stoppe l'allongement du muscle : c'est le réflexe myotatique » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011, p.164).

Une fois traitées, ces informations vont donner lieu à un ajustement tonique. Nous allons recruter nos appuis, équilibrer notre posture en fonction du terrain sur lequel nous sommes. Cet ajustement tonique va également permettre d'être disponible à la relation et ses fluctuations, de nous adapter en fonction de ce que nous rencontrons.

- *Communication*

On est affecté par l'état tonique de la personne que l'on peut ressentir par son contact, par sa posture, sa voix, son émotion. Une hypertonie évoque un état de tension de stress ou de curiosité, de tendre vers, tandis qu'une hypotonie est en lien avec la tristesse, ou la détente. Ainsi que l'indique Suzanne ROBERT-OUVRAY le tonus se voit et se sent. Selon cette auteure le tonus est le « baromètre et la carte d'identité psychocorporelle » (Robert-Ouvray, 2007, p.45)

- *Conscience de soi et de l'autre*

Suzanne ROBERT-OUVRAY évoque la présence d'une enveloppe tonique qui se constitue dans les premiers mois de la vie. Cette enveloppe a une fonction de pare-excitation (Robert-Ouvray, 2007, p.164) : elle protège des tensions internes. Il est nécessaire que cette enveloppe soit « souple et perméable » (Robert-Ouvray, 2007, p.170) ce qui permet la circulation des flux à l'intérieur du corps et d'intégrer du « bon ». Un excès de tension va entraîner une hypertonicité. Dans ce cas l'enveloppe ne tient plus, et devient un bouclier tonique. Cette enveloppe en lien avec la proprioception participe au vécu d'un corps unifié et à la conscience de soi. Cette notion de contenance tonique est en relation avec le tonus de fond qui « participe à la capacité de cohésion de l'ensemble du corps » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011, p.173). La rencontre tonique nous met en relation avec la conscience d'être en relation. Les variations toniques de notre corps nous informent sur ce qui se joue dans la rencontre. Enfin, le tonus postural et d'action participent à la conscience de là où nous sommes et de nos mouvements (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011).

L'eutonie est une pratique qui « vise à rechercher, via le sensoriel, un tonus adapté à chaque situation du moment » (Goeders et Fosselard, 2017). Cette pratique peut accompagner un travail de régulation du tonus. En voici un exemple à travers cette vignette clinique.

Vignette clinique 1 :

Jérôme est un enfant de onze ans qui est suivi en psychomotricité en libéral pour une dyspraxie (ou trouble du développement des coordinations) et une légère hypotonie. Jérôme est un enfant très inhibé. Il est souvent dans une posture de repli, les épaules rentrées, le dos vouté. Avec mon maître de stage nous lui proposons de s'asseoir en Seiza (assis sur les genoux, rehaussé par un petit banc) et de bien positionner son bassin, pour redresser la colonne et trouver l'alignement tête coccyx. Une fois qu'il a pu trouver la bonne posture nous lui proposons des exercices de résistances à la poussée. Jérôme a des difficultés à rester stable, et trouver de la solidité en lui pour résister. Je lui propose des vibrations sur les apophyses

épineuses de la colonne avec une petite de baguette de bambou. C'est mon maître de stage, qui est également Eutoniste qui m'a appris cette pratique. Cette pratique permet de contacter la structure osseuse et d'en ressentir sa solidité. Jérôme est à l'écoute de ce qu'il ressent, il se redresse peu à peu. Après ce moment de vibration il dit avoir la sensation que les vibrations dans la colonne continuent bien que le mouvement avec la baguette se soit arrêté. Nous lui proposons de nouveau les jeux de résistances à la poussée et Jérôme arrive mieux à se stabiliser ainsi qu'à organiser son mouvement en partant de sa base (le bassin).

N B : Le trouble développemental de la coordination entrave la personne au quotidien dans sa motricité globale, ses praxies, ses repères spatio-temporels. Ces difficultés s'expriment notamment dans des difficultés d'équilibre et de conscience de l'axe corporel. Ce pourquoi un travail sur l'axe corporel, à la base des coordinations et de l'orientation du corps dans l'espace peut être important dans la prise en charge.

2) L'axe une construction tonique

a) Maturation tonique

A la naissance, le nourrisson présente une hypotonie des extenseurs axiaux et une hypertonie distale des fléchisseurs. C'est pourquoi le bébé a les bras et les jambes fléchies. Cette tendance s'inverse entre dix et vingt-quatre mois : on parle alors d'une hyper extensibilité des membres. Vers l'âge de trois ans, dans le développement normal, cela s'harmonise. La maturation du tonus suit la loi céphalo-caudale, de la tête aux pieds. Lorsque le nourrisson aura un tonus axial suffisant, à la fin du premier semestre, il va se tenir assis et éprouver un vécu de « moi global ».

Selon AJURIAGUERRA la tonicité de l'enfant est organisée en trois stades (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011, p.169-170)

- *De la naissance à trois ans, le corps vécu*

La tonicité de l'enfant s'inscrit de manière bipolaire, entre hypertonicité et hypotonie, le dur et le mou. L'enfant est en hypertonicité lorsqu'il exprime un besoin et en hypotonie lorsque ses besoins sont satisfaits. Il va alterner des moments de plaisir et de déplaisir, de tension et de détente, en relation avec les soins qu'il reçoit. Selon Suzanne ROBERT-OUVRAY, il est nécessaire que l'enfant passe d'abord par les extrêmes pour trouver un axe à partir duquel composer et moduler. Ainsi qu'elle le précise ensuite « plus les variations toniques

auront été importantes et intégrées plus riches seront les niveaux sensoriels affectifs et représentatifs » (Robert-Ouvray, 2007, p.123). Ressentir toute une palette d'états intermédiaires entre tension et détente va permettre à l'enfant de se sentir entier. Il va pouvoir sentir qu'il y a une continuité entre le tout et le rien, entre le dur et le mou, ce qui va participer au sentiment d'unité.

- *De trois ans à six ans, le corps perçu*

L'enfant est capable d'ajuster son tonus en fonction de ce qu'il perçoit du monde extérieur et d'adapter ses réponses toniques aux stimuli. Il peut réguler son tonus et se détendre volontairement.

- *De six à douze ans, Le corps représenté*

L'enfant peut se représenter son corps mentalement, ce qui va lui permettre d'organiser le temps et l'espace extérieur.

b) Régulation tonique

Selon BULLINGER (Bullinger, 2011) et (Bullinger, 2015) « le développement postural s'appuie sur un état tonique qui fluctue. »(Bullinger, 2015) Il existe quatre sources de régulation tonique.

- La première se fait selon les états de vigilance. Elles indiquent l'état dans lequel se trouve le bébé. La variation des états tonique dépend de facteurs internes ou externes. Ce type de régulation offre un état tonique réglé par un « tout ou rien. »

- La deuxième est en relation avec les flux sensoriels qui peuvent entraîner des tensions et donc un recrutement tonique. Si cette tension n'est pas apaisée elle va s'exprimer dans une décharge tonique qui s'exprime par les cris et les pleurs. S'il y a trop peu de stimulation, l'image corporelle se dilue.

- La troisième est « le dialogue avec le milieu humain » dont le dialogue tonico-emotionnel fait partie (Bullinger, 2011, p.33).

- Les représentations issues de notre expérience du monde sont la quatrième source de régulation tonique.

c) Dialogue tonico-émotionnel

- *Le premier moyen de communication*

Notre activité tonique est un des premiers moyens de communication : pour le bébé c'est le seul moyen dont il dispose pour exprimer ses besoins organiques, ses émotions, ses moments de tension et de relâchement, de plaisir et de déplaisir. Il soutient le lien affectif entre l'enfant et les parents qui prennent soin de lui. A propos du dialogue tonique AJURIAGUERRA commente WALLON et écrit : « La relation tonique est une expérience du corps et le corps est le produit vécu de cette expérience tonique » (Ajuriaguerra, 1962, p.171) Si le dialogue tonique passe par nos corps, c'est aussi par ce dialogue que va se construire notre corps en relation. Le corps, écrit AJURIAGUERRA « formule sa présence par le mouvement et l'agitation » (Ajuriaguerra, 1962, p.65).

Le dialogue tonico-émotionnel se fait par des échanges de regards, de mimiques, de sourires, par les vibrations, le toucher, les gestes, les attitudes, la tonalité de la voix. Les variations toniques s'expriment chez l'adulte dans la modulation de la voix, à travers les gestes, le portage, les différents soins apportés à l'enfant, les attitudes et les postures. (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011). L'enfant s'exprime et répond aux sollicitations de l'environnement et de l'entourage par des attitudes toniques. Ces attitudes sont des « manières de s'offrir et de refuser le monde » selon AJURIAGUERRA » (Ajuriaguerra, 1962, p.65). Selon son état tonique, il est disponible ou non à la relation. L'hyper ou l'hypotonie reflète son lien au vivant, sa relation. Par exemple, il peut se rendre inaccessible en se faisant dur comme du bois, ou tellement mou qu'il est impossible de le saisir.

- *Dialogue tonico-émotionnel et conscience de soi*

Par le dialogue tonico-émotionnel le parent va communiquer à l'enfant ce qu'il croit comprendre de ce qu'il exprime (Ajuriaguerra, 1962). Cela va participer à la conscience de soi et nourrir une base narcissique.

Selon WALLON le dialogue tonique s'inscrit dans une symbiose affective et AJURIAGUERRA précise que « c'est à partir de l'indistinction de la conscience d'autrui de celle du moi que se préparent les bases d'affirmation véritables du moi » (Ajuriaguerra, 1962, p.171). Ce dialogue va participer à la « mise en forme du corps du bébé ce qui l'amènera à se reconnaître en autrui » développe BULLINGER (Bullinger, 1998, p.33). Le dialogue tonico-

émotionnel est un jeu d'accordage entre le bébé et l'objet maternant. Le bébé manifeste corporellement « ses tensions internes psychocorporelles » (Robert-Ouvray, 2007) : il s'agite, pleure pour appeler, il se détend et sourit quand il est apaisé. L'entourage vient mettre des mots sur ces manifestations, leurs donner un sens.

Selon WALLON l'ajustement tonique entre les parents et l'enfant se fait selon quatre modalités « porter palper, parler et penser » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011, p.179). Le portage, lorsqu'il est se fait dans une relation apaisée permet à l'enfant de se rassurer et de se détendre. Il soutient le lien entre le bébé et la personne qui le porte. Le palper concerne le toucher et nourrit le lien sensoriel entre les deux protagonistes. Le parler et le penser donne du sens à ce que vit l'enfant et le valide dans son ressenti.

- *Dialogue tonico-émotionnel et axe corporel*

Le dialogue tonico émotionnel assure « la convergence entre perspective instrumentale et relationnelle » (Bullinger, 1998, p.33). Il permet de communiquer nos états internes et de les partager avec autrui. La réaction de l'entourage à ce que manifeste le bébé, va renseigner celui-ci sur l'effet que produisent ses gestes, ses attitudes sur autrui. C'est pourquoi ce mode de régulation participe à la construction de nos représentations qui prennent en compte « non seulement le geste, mais l'effet spatial du geste » (Bullinger, 1998, p.34).

Les différents espaces dans lesquels s'inscrivent les gestes de l'enfant vont donc prendre sens à travers le dialogue avec le milieu humain : selon la direction que prends le mouvement, le message n'est pas le même. L'acquisition progressive des coordinations et « la constitution de l'axe corporel avec son ajustement tonique complexe, la mobilité qu'il offre va permettre de relier les différents espaces dans lesquels l'enfant déploie ses moyens instrumentaux.» (Bullinger, 1998, p.34). « Cet espace unifié » précise BULLINGER « est celui de la préhension » (Bullinger, 1998, p.34). L'enfant se fait acteur dans l'espace, il a une prise sur le monde.

Notre équilibre sensori-tonique dépend de différentes contraintes « biologiques physiques et sociales » (Bullinger, 1998, p.34). Selon tout un chacun, les possibilités de conserver cet équilibre en fonction de circonstances, sont variables. L'axe corporel, est un appui et un repère pour maintenir cet équilibre, se construire comme un individu unique et singulier et développer « Les fonctions instrumentales » (Bullinger, 1998, p.34). L'intégration de l'axe corporel se fait

en relation avec l'environnement, et met donc en jeu le tonus et la possibilité de le réguler en fonction des situations rencontrées.

d) Dialogue tonique et psychomotricité

Si le dialogue tonique à son origine dans les échanges des premiers mois de la vie, cette forme de dialogue sera présente tout au long de notre vie. C'est un outil précieux pour le psychomotricien. Ce mode de relation nous informe sur les états psychocorporels et émotionnels des patients que nous prenons en charge. Notre état tonique tout autant que celui des patients sont de précieuses sources d'information sur ce qui se joue dans la relation. Notre ajustement tonique au patient va favoriser l'écoute et la confiance.

3) Tonus et posture

a) Posture et dynamique psychocorporelle

Suzanne ROBERT-OUVRAY et Agnès SERVANT-LAVAL définissent la posture comme « la disposition relative des différents segments corporels et le maintien de cette position dans l'espace » (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011, p.173). Nos postures sont en relation avec le système antigravitaire et le repoussé du sol : nous repoussons le sol pour nous ériger, et prenons appui sur la terre pour nous ancrer. Nous sommes présents à la qualité de la relation au sol et à l'espace qui se présente à nous. C'est l'activité posturale qui va permet l'accès à la station debout et à la locomotion (Robert-Ouvray et Servant-Laval, 2011). L'ajustement postural a pour fonction de maintenir la stabilité dans l'immobilité et l'équilibre dans le mouvement. Il est en relation avec la gestion de notre centre de gravité et de nos appuis.

La posture désigne aussi une façon d'être. Nous parlons de la posture du psychomotricien, de la posture du politicien, etc. La posture peut indiquer l'attitude morale de quelqu'un, une manière de se comporter. Les postures que nous adoptons sont un vecteur de communication et renseignent sur notre état psycho-affectif. Le psychomotricien regarde les postures, les mouvements et leur qualité, la mélodie tonique des personnes qu'il prend en charge.

Vignette clinique 2 :

Madame B est une jeune femme de trente ans hospitalisée en Service de Soins de suite et de Rééducation (SSR) en orthopédie. Dans cet espace, on lui propose un « stage » de rééducation avec une prise en charge globale : kinésithérapie, balnéothérapie, diététique et psychomotricité. Madame B se plaint de douleurs importantes dans les lombaires. Elle a une instabilité discale ainsi qu'une discopathie. De plus, elle se plaint d'une sciatique à la jambe gauche. Au niveau postural, elle a le bassin en antéversion ainsi qu'une importante cambrure lombaire. Sa musculature ne permet pas de bien soutenir sa colonne. Cette posture très douloureuse ne l'aide pas à aller de l'avant. Auparavant elle était obèse. Elle a eu une sleeve gastrectomie il y a cinq ans. C'est une opération qui consiste à la pose d'un anneau gastrique et entraîne une réduction du calibre de l'estomac ainsi qu'une perte de poids importante. Le retrait des amas graisseux a abîmé les tissus musculaires qui ont perdu de leur élasticité, ce qui renforce la difficulté à se tonifier.

Aide-soignante, Madame B est en arrêt de travail pour un syndrome de stress post-traumatique suite à un harcèlement. C'est à cette période que ces douleurs se sont aggravées. A son travail, on lui disait « qu'elle n'était bonne qu'à remplir des pichets », qu'elle ne nourrissait pas les patients et ne faisait pas son travail. A cette période, elle dit être « descendue plus bas que terre » et précise « physiquement, j'encaisse, j'encaisse ». Elle se dit très anxieuse de nature, et témoigne d'un état dépressif : elle est en retrait, n'a envie de rien. Madame B se sent persécutée au sein du service. Elle fait des crises d'hypoglycémie et « les médecins » lui imposent de terminer ses assiettes alors que suite à la sleeve, elle « ne peut manger qu'en petite quantité, sinon elle vomit ». Elle exprime sa difficulté à se sentir en confiance quelque part, le monde autour d'elle lui apparaît menaçant. Elle prend des antidépresseurs, ses douleurs la dérangent jours et nuits ainsi que « les pensées qui font mal. » Madame B fait régulièrement des crises d'angoisses. Elle fait le lien entre ses douleurs et son anxiété qui alimentent ses tensions.

Le corps témoigne de son histoire et ses blessures. Madame B éprouve de la colère et de l'injustice. Elle dit qu'elle aimait beaucoup son travail, qu'elle aime s'occuper des autres et que c'est sa vocation. Elle nous parle ensuite de sa mère qui a fait deux tentatives de suicide et dont elle s'est beaucoup occupée. Elle nous raconte qu'elle s'est beaucoup occupée des autres, mais qu'elle n'a pu trouver l'espace pour prendre soin d'elle. La psychomotricienne lui suggère que « parfois on s'occupe des autres pour ne pas s'occuper de soi ». Un accompagnement en psychomotricité lui est proposé afin qu'elle puisse mieux comprendre la dynamique de sa posture et de son organisation axiale, écouter ses besoins physiques et psychiques, et qu'elle puisse reprendre confiance en elle.

N B : Le SSR que j'évoque dans les vignettes adultes est spécialisée en Médecine Physique de réadaptation. Dans cette clinique les patients sont accompagnés par une équipe pluridisciplinaire de kinésithérapeutes, de médecins, de psychologues, de diététiciens, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes.

b) Le rôle des chaînes musculaires

C'est Françoise MEZIERE qui a inventé le concept de chaînes musculaires. Chaque chaîne musculaire suit un mouvement dans l'ensemble du corps, parcourt l'ensemble du tronc et des membres.

Godelieve STRUYF-DENYS a rencontré Françoise MEZIERE dans son parcours, elle s'est formée avec elle et a créé sa propre méthode, la méthode GDS (de ses initiales). L'intention de cette méthode est de « tenter d'harmoniser, de soulager les détresses mécaniques et /ou comportementales à partir de ce corps qui parle » (Struyf-Denys, 1987). Godelieve STRUYF-DENYS a étudié les chaînes musculaires et leurs fonctions dans la sphère physique, émotionnelle et comportementale. Elle met en relation leurs dynamiques avec nos comportements, nos émotions. Notre vécu, nos expériences de vie vont modeler le corps ce qui va avoir un impact sur la répartition de nos chaînes musculaires, et donc de nos postures. Un travail sur les chaînes musculaires va impacter la conscience de notre schéma corporel et celle de notre image du corps. L'auteur met en lien la connaissance de comment nous sommes construits et la perception d'une structure solide sur laquelle s'appuyer. Selon elle, « les traumatismes physiques et psychiques sont inscrits dans nos tissus » (Struyf-Denys, 1992, p.24)

L'organisation des chaînes, propre à chaque individu, exprime une façon de se positionner dans la vie. Une tension qui envahit une chaîne peut être liée à un traumatisme, à un fait psychomoteur (Struyf-Denys, 1980). La répartition des chaînes dans le corps et leur équilibre dynamique va influencer nos postures, notre gestuelle, nos attitudes.

Présentation des chaînes structures de base selon la typologie de Godelieve Struyf-Denys (Struyf-Denys, 1980) Voir Annexe 1

- La chaîne AM (Antéro-médiane), est en lien avec l'attitude fœtale d'enroulement et la présence à soi. Elle permet de se structurer et nourrit la conscience de soi. Le sujet en affinité avec cette chaîne « semble s'appuyer sur l'espace postérieur » (Lesage, 2018). Elle entraîne une cyphose dorsale qui favorise le retour à soi.
- La chaîne PM (Postéro- médiane) est en relation avec une attitude d'exploration du monde extérieur. Elle se manifeste par une hyperactivité musculaire qui « projette le corps en

avant » (Lesage, 2018) et entraîne une lordose vertébrale. Elle est en relation avec une attitude de contrôle du corps et de maîtrise.

- La structure APPA est formée par les chaînes postéro-antérieure et antéro postérieure. Cette structure apporte du rythme et de l'équilibre entre AM et PM et permet l'érection de la colonne vertébrale dans l'extension axiale. La chaîne PA est en relation avec l'extension axiale et le redressement de l'axe vers le ciel. La chaîne AP permet appuis et rebond. (Lesage, 2018).
- La chaîne AL (antéro-latérale) met en jeu les rotateurs internes et les adducteurs. Elle permet au sujet de se rassembler autour de son axe et au corps de se « densifier ». (Lesage, 2018).
- La chaîne PL (postéro-Latéral) permet le déploiement du corps dans l'espace, elle implique les rotateurs externes et les abducteurs. (Lesage, 2018)

Vignette clinique 3 :

Madame L est une jeune femme de 25 ans, elle est hospitalisée au SSR pour d'importantes douleurs aux lombaires ainsi qu'aux cervicales qui persistent depuis plus d'un an. Elle a aussi une sciatique à la jambe gauche. La prise en charge est globale, avec un accompagnement en diététique, kinésithérapie et psychomotricité. Madame L a interrompu ses études d'éducatrice de jeunes enfants suite au décès de son père et a fait une dépression, période durant laquelle a pris beaucoup de poids. Elle a été suivie en psychiatrie, mais ce suivi a été interrompu, car elle n'arrivait pas à parler : le psychiatre « ne lui posait pas de questions ». Lors d'un entretien elle nous fait part d'un viol, qu'elle a subi lorsqu'elle avait 15 ans. Elle en a parlé pour la première fois au psychologue du service, au SSR. Toutefois le suivi psychologique s'est interrompu, car elle « n'avait rien à en dire de plus ». Sa posture témoigne d'une mise en retrait avec une affinité pour les chaînes Antéro-Postérieure et Antéro-Latérale. Elle est repliée sur elle-même, ses épaules sont rentrées vers l'intérieur, ainsi que ses pieds. Elle a le bassin en antéversion, et la cage thoracique en arrière. La relation thérapeutique lui permet de déployer sa parole autour de son vécu ainsi que des exercices qui l'accompagnent dans la conscience de son axialité, ce qui sollicite la chaîne Postéro-antérieure. Elle peut ainsi prendre conscience qu'elle peut partir de l'enroulé pour s'auto-grandir, mettre les jambes dans leur axe pour ouvrir le bas du dos. Nous lui proposons également des mouvements de yoga pour étirer le psoas et les adducteurs. Lors de son séjour, elle se lie d'amitié avec des jeunes de son âge. Le service veille à favoriser ces liens qui se tissent et vont dans le sens d'une réappropriation narcissique. Madame L prend davantage soin d'elle et arrive en séance apprêtée. Elle envisage de reprendre de reprendre son travail et ses études.

Un bon équilibre entre les chaînes permet un bon équilibre psychocorporel, entre conscience de soi et ouverture vers l'extérieur. Une chaîne sur sollicitée par rapport aux autres peut créer un déséquilibre, des douleurs physiques et psychiques.

Notre formation en psychomotricité nous apprend peu à peu à lire les corps, en relation avec ce que nous voyons de la personne, de sa posture, et ce qu'elle peut nous en dire. Le patient va ressentir ce que nous disons à travers nos postures tout autant que dans nos mots.

TRANSITION

Dans cette première partie, nous avons abordé des aspects essentiels qui entrent en jeu dans l'intégration de l'axe corporel et de l'axialité. Le tonus, la sensorialité rentrent en jeu dans l'intégration de l'axe dans l'enfance, mais aussi dans le fait d'être dans son axe et de le ressentir, tout au long de notre vie. Nous avons vu que la question de l'axe corporel mettait en jeu tout à la fois les aspects physiques, émotionnels, et psychiques. Tous ces aspects sont à prendre en compte pour accompagner l'intégration de l'axe corporel, et/ou des troubles de l'axialité. En effet, en psychomotricité, nous avons une approche globale de la personne. Nous ne dissociions pas les aspects moteurs, affectifs, relationnels et psychiques dans le regard que nous portons sur les patients que nous accompagnons. C'est pourquoi la question de l'axe corporel est ici abordée dans une approche qui tient compte de ses différents aspects.

Dans une seconde partie, nous aborderons l'intégration de l'axe corporel dans le développement psychomoteur, autrement dit sa genèse. Nous parlerons des aspects posturaux de la naissance à la marche, et du lien entre cette intégration et la structuration de l'espace. Nous évoquerons également le rôle des réflexes archaïques dans cette intégration. Enfin, nous aborderons l'aspect psycho-affectif de cette construction.

II) CONSTITUTION DE L'AXE CORPOREL DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT

A) Prendre appui pour se redresser, aspects posturaux

« Les points d'appuis variés, associés à la maturation du système neuromusculaire permettent à l'enfant de s'ajuster progressivement aux forces de la pesanteur. » (Meurin, 2018, p.68)

1) Etapas vers la marche

Avant de pouvoir soutenir son axe, et utiliser ses appuis, le bébé va être porté, soutenu. Il va pouvoir prendre sur ce portage pour aller peu à peu à la rencontre de ses appuis et structurer son axe corporel. On observe des réactions au support, des réflexes de redressement, le bébé fait face à la force antigravitaire.

Tout au long de ce processus ses points d'appuis vont évoluer et s'affiner, et leurs surfaces se réduire pour arriver à la station debout et à la marche. Ce processus de verticalisation se construit selon les principes de la loi céphalo-caudale et proximo-distale.

- Loi céphalo-caudale : Le contrôle musculaire débute par la tête et termine par les jambes.
- Loi proximo-distale : L'innervation du tronc précède celle des bras, que suit celle des mains puis des doigts, de même que se succèdent l'innervation des cuisses, celle des jambes, puis celle des pieds. (Thomas, 2017)

Selon plusieurs auteurs, le processus de verticalisation n'implique pas seulement les aspects pratique et posturaux mais également représentatifs et émotionnels (Bernard Meurin, 2018). De la naissance à la marche, le bébé construit ses premières coordinations, se redresse, il alterne des mouvements d'extension et d'ouverture et d'autres de repli et d'enroulement.

Selon Suzanne ROBERT-OUVRAY, l'enroulement, l'axialité et les coordinations vont assurer la base narcissique psychomotrice de l'enfant (Robert-Ouvray, 2007). Bernard MEURIN et André BULLINGER évoquent trois grands axes dans le processus de verticalité qui sont : l'enroulement les mouvements de rotation et le redressement. Geneviève PONTON (Ponton, 2012) évoque les mêmes termes d'enroulement et redressement mais plutôt que de parler de rotation elle propose de parler de retournement, ce qui inclut les mouvements de rotation autour de l'axe, de transfert du poids et de torsion.

a) S'enrouler et se déployer.

- *S'enrouler*

In utéro

Les contractions rythmiques du muscles utérin remettent le bébé dans l'enroulement et lui assure un arrière fond sur lequel il prend appui. A la naissance, le réflexe spinal de Galant joue un rôle important lors de l'accouchement et invite le bébé à déployer son axe pour sortir du canal utérin. L'enfant sort de l'enroulement et se déploie une première fois pour aller à la rencontre du monde.

Dès la naissance

A la naissance le nourrisson affronte la perte de l'arrière fond utérin et rencontre la pesanteur. Sa motricité est essentiellement réflexe, il ne contrôle pas les mouvements du dos et du bassin d'où l'importance d'un portage de qualité qui le ramène dans l'enroulement. Il est essentiel que le bassin et la tête soient soutenus, ce qui l'aide à sentir l'axe de son corps. Pour retrouver la posture d'enroulement, il a besoin d'appuis mais c'est également valable pour la personne qui le porte : il est essentiel que l'objet maternant soit aussi en enroulement avec de bons appuis (De Woot et Baldewyns, 2007).

Les soins, les contacts rapprochés vont créer un espace contenant entre l'objet maternant et le bébé : cela va nourrir une base de sécurité et la sensation de l'axe. (De Woot et Baldewyns, 2007). La posture d'enroulement permet peu à peu d'intégrer un dedans et un dehors, des mouvements d'exploration et de protection, d'ouverture et de fermeture. C'est lorsque l'on est suffisamment sécurisé en dedans que l'on va pouvoir s'ouvrir au dehors. L'enroulement est une

base de sécurité affective (Robert-Ouvray, 2007) qui concerne tant le plan physique que psychique.

L'enroulement s'inscrit dans le sens centripète du retour à soi ce qui participe au sentiment d'unité. Peu à peu les petits enroulements ou enroulements partiels du bébé (lorsque le bébé ramène la main à sa bouche par exemple) « s'organisent entre eux et proposent à la psyché un exemple sensoriel et spatial d'une association d'unités qui prennent sens dans leurs articulation mêmes » (Robert-Ouvray, 2004, p.47). La coordination des petits enroulements, et leurs relation à l'axe corporel va participer à la construction d'un moi unifié.

Lorsqu'il ressent une tension, une douleur, une souffrance tout le corps du bébé se tend, son axe s'arc-boute. L'objet maternant le prend dans ses bras, pour le nourrir, le rassurer et le remet dans l'enroulement. Alors, le bébé s'apaise et se détend : « le dos mou du bébé dans les bras de la mère prépare la relation de confiance nécessaire à tout être humain pour partir à la découverte de la vie (Robert-Ouvray, 2007, p. 171). Ce qui va nourrir « un sentiment de solidité et de stabilité sous le plan postérieur » (Meurin, 2018, p.68). Entre flexion et extension, enroulement et ouverture le bébé va se constituer peu à peu un arrière-fond explique Roger VASSEUR. Si la solidité de cet arrière-fond est assurée, il sera disponible pour explorer ce qui est devant lui. Il pourra alors investir l'espace, construire ses coordinations oculo-manuelle et bi-manuelle, et ses premières représentations spatiales.

L'enroulement est une base de sécurité fondamentale dans le développement de l'enfant, « c'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront » (Robert-Ouvray, 2004, p.46). C'est en effet parce que l'on peut revenir à soi que l'on peut s'ouvrir à l'autre.

La période de six mois est décrite comme une période sensible par de nombreux auteurs. A cette période, le bébé va coordonner les petits enroulements en un grand enroulement de l'axe du corps. Son tonus entre la périphérie et le centre s'équilibre Il joue à attraper ses pieds et à les porter à sa bouche ce qui lui procure beaucoup de plaisir. Il commence à intégrer la torsion qui passe par l'enroulement (et donc le dedans) pour aller vers le dehors.

- *Se déployer*

De nombreux auteurs insistent sur l'importance de l'enroulement. Lors de mes recherches pour le mémoire j'ai eu l'occasion d'échanger avec une psychomotricienne qui pratique aussi l'haptonomie et travaille en crèche. Nous avons parlé de l'importance du déploiement. L'enfant a besoin de repli et de repos, ce que permet l'enroulement mais il a aussi de besoin de se sentir déployé.

L'haptonomie permet entre autre de nourrir une base de sécurité autour de la zone du bassin. Le contact autour de cette zone, permet de venir se poser dedans ce qui aide à se déployer. Le toucher haptonomique est un contact qui accueille et soutient. Voici un exemple de cette pratique avec les tout petits :

Lorsque le bébé est à plat ventre sur le bras, la psychomotricienne propose aux parents de mettre leurs mains sous le bassin du bébé ce qui l'aide à déployer sa présence et nourrit son sentiment de verticalité. En étant présent à ce contact, on invite le bébé à être présent à lui-même. Ces moments de déploiement vont préparer le sentiment de pouvoir se tenir soi-même, ressource indispensable pour aller devant la vie. Lors de ses moments d'ouverture et d'extension axiale, le regard s'ouvre, le sourire apparaît, l'enfant éprouve du plaisir à prendre appui sur lui-même pour se déployer.

Tout au long de la vie, nous rencontrons cette dialectique avec des moments où nous avons besoin de nous réfugier, de nous recentrer et d'autres où nous avons besoin de nous déployer. Si nous sommes polarisés en excès de l'un ou de l'autre, nous rencontrons des difficultés.

Vignette Clinique 4 :

Hélène est une enfant de six ans, porteuse d'une trisomie 21. Elle est suivie en psychomotricité en libéral pour un accompagnement global dans son développement psychomoteur. Lors d'une séance nous lui proposons un jeu de picot. Ce sont des petits picots de couleurs à mettre dans une grille. Hélène est très hypotonique et ne tient pas son axe. Lors de cette séance elle ne soutient pas son dos, et projette son corps vers l'arrière, la tête en direction du plafond. Elle ne semble pas avoir conscience de son arrière fond et ne trouve pas sa verticalité. Ma maître de stage se place alors derrière Hélène et lui propose un appui au niveau du dos. Elle pose doucement ses mains sous les siennes et avec beaucoup de douceur, l'invite à se regrouper autour de son axe, soutenant ainsi une posture d'enroulement. Après ce retour à soi, Hélène revient à nous et se redresse. Ma maître de stage reste derrière, pour soutenir l'appui dos, et l'accompagner dans ses gestes, tandis que je suis face à elle et soutiens son investissement en plantant les picots avec elle. Hélène est de nouveau disponible à la relation, son regard s'ouvre et nous échangeons des sourires.

Vignette clinique 5 :

Antoine est un enfant de dix ans, suivi en psychomotricité en libéral pour une dysgraphie. L'école et les parents évoquent beaucoup de lenteur dans l'écriture. Antoine confirme, il se trouve vraiment trop lent. Lors d'une séance, la psychomotricienne propose à Antoine d'écrire au tableau. Antoine appui fort sur la craie avec sa main droite, son autre main est tendue et crispée. Il cherche à s'appliquer et cela lui fait mal au poignet. Ma maître de stage lui propose de faire une pause et d'aller voir s'il voit des écureuils par la fenêtre. Antoine se place devant la fenêtre et ma maître de stage, qui pratique aussi l'haptonomie, lui propose un contact au niveau du centre du corps : une main sur le ventre et l'autre au niveau des lombaires. Elle propose à Antoine d'intégrer ce contact, tout en étant présent à lui-même, et aux éventuels écureuils qu'il peut apercevoir dans l'arbre. Antoine se prête au jeu. Il est présent au contact des mains de la psychomotricienne et en relation avec son ressenti interne tout en étant ouvert à ce qui se passe au dehors. A ce contact, il se redresse, sa verticalité se déploie, son regard s'ouvre. Il pousse un grand soupir et nous dit « en fait, ce n'est pas que je suis lent, c'est que je suis tendu ». Sa présence a changé, sa voix et calme et profonde tout autant que sa parole. Il nous explique ensuite qu'il se met beaucoup de pression, car il veut faire plaisir à sa maîtresse et ses parents, qui le trouvent lent. Et que tout cela est assez lourd à porter pour lui. Il nous parle avec ces mots à lui, lui qui est venu avec les mots des autres.

b) Axe : symétrie et asymétrie

Les mouvements de poursuite oculaire vont amener le bébé à « passer d'une posture asymétrique à une autre » (Vasseur, 2000, p.223). Il traverse alors la ligne médiane pour aller à la rencontre de ce qui attire son regard.

Lorsque sa tête est remise dans son axe, le bébé réunit ses bras autour de sa bouche : ce qui va lui permettre d'intégrer le lien entre les deux hémicorps. Les mouvements des bras, s'organisent autour de l'axe. Lorsque le regard du bébé est attiré par quelque chose, il tourne la tête dans la direction du stimuli puis revient dans son axe. (De Woot, et. Baldewyns, 2007).

Vers trois mois dans le haut du corps, apparaissent des mouvements volontaires et contrôlés : le bébé écarte et rapproche les bras, autour de son axe, rapprochement favorisé par l'enroulement. Il fait de même avec ses jambes. Ainsi que le précise Roger VASSEUR et Suzanne ROBERT-OUVRAY, il éprouve beaucoup de plaisir à ressentir la symétrie dans les mouvements de ses bras et de ses pieds qui se rejoignent autour de l'axe. Cela va entrer en jeu dans la construction progressive d'un corps unifié.

Ces mouvements vont préparer la latérisation la jonction entre les deux hémicorps et la constitution de l'axe corporel

c) Retournement et rotations

Les premiers retournements apparaissent entre cinq et dix mois. Par le hasard des répétitions le bébé va apprendre à jouer avec le poids de son corps pour se retourner. C'est à ce moment qu'on assiste aux premiers transferts de poids du corps. (De Woot et .Baldewyns, 2007).

Les premiers retournements se font surtout à partir du haut du corps (jusqu'au thorax). Cela va entraîner la dissociation des membres supérieurs (Vasseur, 2000). Le bébé va utiliser ses appuis pour se retourner et pivoter, dans des jeux d'équilibre et déséquilibre. Il s'enroule en coté latéral et revient vers le dos, s'éloigne de l'axe et y revient. (De Woot et .Baldewyns, 2007). Ainsi que le précise Geneviève PONTON, « les mouvements de retournement, par la forme spiralée de la courbe, nous font vivre la sensation de réversibilité des directions. » (Ponton, 2012, p.61) Jouer à transférer le poids de son corps d'un appui à l'autre va faciliter les changements de position et affiner la construction d'un axe orienté.

En position ventrale le bébé commence à se tourner sur le côté et revient sur le dos. Par les retournements, il apprend à dissocier et à coordonner les parties de son corps. Vers l'âge de six mois le redressement atteint le bassin et la rotation est possible au niveau du bassin vers huit mois (Vasseur, 2000). Cela met en jeu l'articulation sacro-iliaque.

C'est en combinant ses différents appuis à disposition pour explorer que le bébé va dissocier le tronc du bassin et des hanches. A six mois, les torsions sont possibles à tous les niveaux ce qui assure la coordination entre le haut et le bas, la droite et la gauche. Il peut se redresser pivoter ramper, on observe des mouvements homologues, homolatéraux et bilatéraux. Il s'empare de la torsion pour se redresser. (De Woot et Baldewyns, 2007)

Vers l'âge de onze mois, le redressement progresse vers les jambes et vers neuf mois apparaissent les premières rotations à partir des jambes, « le bébé pivote sur les fesses d'un côté comme de l'autre », prémisses de la marche. (Vasseur, 2000).

d) Prendre appui pour se redresser

- De point d'appuis en point d'appuis, l'enfant va apprendre à se redresser :

En position ventrale, vers six mois, le bébé s'appuie sur ses avant-bras pour redresser. Le bébé va aligner tête, thorax et bassin sur un même axe lorsqu'il est dans cette position. L'appui sur ses avant-bras va lui permettre de s'intéresser à ce qui se passe au loin et libérer ses mains (De Woot, et Baldewyns, 2007). Il découvre également qu'en repoussant le sol il se redresse. Il va jouer à éloigner et rapprocher des objets comme il joue à s'éloigner de l'axe et y revenir. Il va jouer aussi à passer les objets d'une main à l'autre (Vasseur, 2000). Peu à peu il a va construire un espace qu'il maîtrise. Catherine DE WOOT et Pierre BALDEWYNS mettent en relation cet espace avec le concept de Kinesphère. La Kinesphère est un concept développé par LABAN, « c'est un volume sphérique imaginaire qui entoure le corps, démarquant l'espace individuel du mouvement de l'espace alentour » (Renaux, 2021).

A ce même âge, il peut organiser ses appuis pour se retrouver en position assise ce qui entraîne la dissociation des deux ceintures. Cette dissociation permet le passage d'une position asymétrique à une autre, ce qui permet d'articuler les deux hémicorps autour du plan médian. Lorsque ce passage se fait de manière fluide l'axe corporel est intégré dans ses trois dimensions. A cette période, l'enfant est de plus en plus acteur de ses mouvements.

Il est important que l'enfant puisse trouver ses propres appuis de lui-même pour se redresser, tout d'abord dans la position assise puis debout. Un enfant qui est sollicité prématurément pour s'asseoir alors qu'il n'a pas des appuis rencontrera des difficultés. Lorsqu'il se tient assis, dos et bassin bien droit, il peut tourner autour de son axe pour regarder et prendre quelque chose (De Woot et Baldewyns, 2007). La souplesse de ses hanches lui permet de retrouver facilement le sol.

Vers l'âge de neuf mois, le bébé va chercher à prendre appui pour se mettre debout. Pour l'accompagner dans son redressement, c'est important de mettre à sa disposition des supports variés, de hauteurs différentes avec lesquels il va apprendre à son rythme. Il est crucial de le laisser trouver, rechercher et prendre conscience de ses appuis sur lesquels il peut tenir pour se redresser. Pour gagner en autonomie et en confiance, il est nécessaire que l'enfant puisse trouver de lui-même ce dont il a besoin tout en étant soutenu par l'adulte dans son investissement. C'est

ce qui va soutenir sa prise d'initiatives pour aller au-devant de la vie. Il en va de même dans l'accompagnement en psychomotricité. L'enjeu est de proposer à l'enfant des expériences qui lui permettent d'aller à la rencontre de ses propres appuis.

Vignette clinique : 6

Juliette, est une enfant de dix ans. Elle est suivie en psychomotricité en libéral pour un accompagnement dans sa motricité globale. Juliette a des difficultés à s'organiser dans ses appuis pour trouver de l'équilibre dans le mouvement. Lors d'une séance elle demande à faire un parcours. Nous en installons un avec des jeux d'équilibre : marcher sur une corde puis sur des petites poutres posés au sol. Juliette commence le parcours, elle regarde ses pieds : elle n'est pas très rassurée. Mon maître de stage lui propose un appui pour l'aider à se verticaliser. Juliette dit « non, n'approche pas, laisse-moi faire seule ! ». Juliette se redresse alors, et fait le parcours prudemment mais sans tomber. A la fin du parcours elle est fière d'avoir réussi à le faire seule, et dit « tu vois, j'y suis arrivée sans toi ! ».

Vignette clinique : 7

Hélène que nous avons déjà présentée précédemment (voir Vignette 4) a besoin d'être accompagnée pour prendre confiance en ses appuis et se verticaliser. Elle revient souvent au sol, et a des difficultés à rester debout tant physiquement que psychiquement. Dans cette optique, je lui propose un parcours avec un petit escabeau, deux grandes chaises côte à côte, et une petite chaise pour revenir au sol. Hélène monte le petit escabeau et se retrouve vite à quatre pattes. Accompagnée par ma maître de stage, j'apprends à lui proposer un appui pour soutenir sa verticalité. Un appui dont elle puisse se saisir sans la saisir. J'apprends à contacter de la solidité en moi pour accompagner son mouvement, être disponible quand elle en a besoin. Nous refaisons le parcours plusieurs fois et peu à peu nous nous ajustons l'une et l'autre. Pour prendre confiance en ses appuis, Hélène a tout autant besoin de sentir qu'elle peut s'appuyer sur l'autre que de chercher dans son corps comment elle peut trouver le chemin pour contacter ses propres appuis.

Entre six et dix-huit mois le bébé conquiert l'espace en variant les déplacements : ramping, quatre pattes, marche de l'ours et enfin d'équilibre en déséquilibre, la marche. Geneviève Ponton (Ponton 2012) s'est impliquée dans une action de terrain sur la construction de la verticalité en gériatrie et dans des établissements de la petite enfance. Elle écrit : « en observant les personnes âgées, nous avons constatés que les aînés ayant appris à se relever du sol avaient été capable de réactiver les schèmes psychomoteurs de l'apprentissage du redressement qu'ils avaient acquis dans leurs enfance ». (Ponton, 2012 p.49). Elle accompagne les personnes âgées à « restaurer » leur verticalité après une chute. Pour se faire, elle va amener le sujet âgé à revisiter des processus semblables à ceux du petit enfant qui apprend à marcher. Il ne s'agit pas d'une régression mais de passer par des patterns de mouvement qui organisent la verticalité et la marche.

Vignette clinique : 8

Madame C est une dame de 72 ans, hospitalisée en SSR, après une chute dont elle ne s'est pas remise, et un important repli sur soi tant au niveau physique que psychique. Elle porte une prothèse à la hanche droite, son épaule gauche est fracturée. Elle a également une arthrodèse au niveau des lombaires. Elle présente une cyphose importante. Suite à cette chute, cette dame s'est repliée sur elle-même : son corps était replié à « 30 pour cent ». Elle a également fait une dépression. Son corps est douloureux elle a une sciatique à la jambe gauche et se plaint de douleurs de ce côté. Elle est sous morphine depuis deux ans.

L'accompagnement en psychomotricité se fait par des séances en balnéothérapie pour un travail de conscience posturale et l'aider à la concentration et la contenance. Madame C est portée par l'eau, il n'y a pas de risque de chute. Madame C se dévalorise, beaucoup, elle est très angoissée par le fait qu'elle ne puisse pas récupérer sa mobilité d'avant, et a peur de s'appuyer sur son pied gauche qui lui fait mal. Lors des séances de Balnéothérapie, ma maître de stage et moi lui proposons des mouvements autour de l'enroulement et du déploiement, en rythme avec la respiration. Nous l'accompagnons à être présente à son ressenti et ce qui se passe là maintenant. Les commentaires d'autocritique se font moins présents. Peu à peu Madame C reprend confiance dans ses appuis. Elle réapprend à repousser le sol pour se redresser et à enrouler le dos et plier les genoux pour s'ancrer dans le sol. Enfin, elle revisite les diagonales dans son corps, et la marche dans l'eau. Au fur et à mesure qu'elle se verticalise à nouveau, elle est plus souriante. Elle écrit dans un cahier ce qui s'est bien passé pour elle chaque jours afin d'apprendre à ne pas regarder seulement ce qui ne va pas.

2) Fonction des réflexes archaïques et schèmes de mouvement

a) Les réflexes archaïques : définition et fonction

Les réflexes archaïques apparaissent avant et après la naissance et sont la base de notre développement psychomoteur. Ils vont préparer l'acquisition de schèmes de mouvements complexes et participer à la construction d'une axialité orientée. Ce sont des réponses motrices involontaires à des informations sensorielles. Ils sont contrôlés par le tronc cérébral et sont signe d'une bonne santé du système nerveux central et tonique du bébé. C'est pourquoi ils sont contrôlés par le médecin à la naissance. Certains d'entre eux ont un rôle de protection (réflexe de parachute) de nourrissage (réflexe de succion). D'autres préparent la reptation (réflexe de Babinski), ou encore l'acquisition des coordinations (réflexe symétrique du coup...) (Landon, 2018)

- *Ils se présentent en trois phases :*
 - Une phase d'émergence.
 - Une phase de maturation : le réflexe se répète dans la durée, cela peut durer quelques mois en moyenne.
 - Une phase d'intégration : le réflexe s'intègre en un schème moteur et laisse la place à un mouvement volontaire.
- (Lecut, 2013).

Certains réflexes vont être inhibés au moment de leurs intégrations tel le réflexe tonique symétrique du cou, et d'autres vont être transformés tel le réflexe de Moro.

- *Des réflexes archaïques bien intégrés permettent :*
 - D'initier le passage à une motricité volontaire, le contrôle postural et la régulation tonique.
 - D'assurer le bon développement de nos compétences émotionnelles, relationnelles, sensorielles et cognitives.
 - De développer les coordinations, l'équilibre moteur et psychique et la confiance en soi.

b) Quelques réflexes archaïques en lien avec la construction de l'axialité

Certains réflexes archaïques ont un rôle primordial dans la construction de notre axe et de notre organisation spatiale. Certains soutiennent notre relation à la gravité. En voici quelques exemples. Pour les décrire je me suis basé sur mes cours ainsi que sur le site de l'IMP de Paul LANDON (Landon, 2017) et (Landon, 2018) et l'alphabet du mouvement de Bonnie BAINBRIDGE COHEN (Bainbridge Cohen, 2002).

- *Le réflexe tonique labyrinthique*

Il émerge vers le 2^{ème} mois in utéro pour le réflexe en flexion, et après la naissance pour le réflexe en extension. Il s'intègre entre trois et quatre mois en flexion et vers trois ans en extension.

Description : Une flexion de la tête entraîne une flexion des membres et une extension de la tête entraîne une extension des membres.

Fonction : Il est décrit par Bonnie BAINBRIDGE COHEN comme le réflexe de l'ancrage de la relation à la terre (Bainbridge Cohen, 2002), il permet d'augmenter le tonus postural de la partie

du corps qui est en relation avec la terre. Cet ajustement tonique se fait en relation avec les mouvements de la tête en réponse aux informations perçues par l'oreille interne.

Lorsque ce réflexe est bien intégré, il va permettre de poser notre relation à la gravité, et cela va favoriser l'apparition du réflexe tonique labyrinthique du redressement de la tête : lorsque l'enfant est sur le ventre il permet de tenir la tête. Il met en relation l'avant et l'arrière du corps, les parties hautes et les parties basses. Il joue un rôle dans le sens de l'équilibre et de la posture. Il prépare le bébé aux retournements, au quatre pattes et à la marche.

- *Réflexe de Moro*

Il fait partie des réflexes testés par le médecin après la naissance. Il est activé par une descente de la tête du bébé d'environ 30 centimètres. Il permet notamment d'équilibrer le tonus musculaire entre l'avant et l'arrière du corps. Il émerge in utéro et s'intègre entre quatre et six mois

Description : Il est décrit en deux phases:

- Une phase de désorganisation : le nourrisson inspire, l'axe s'ouvre ainsi que les doigts, ce mouvement va du centre vers la périphérie.
- Une phase de protection ou d'embrassement : il rassemble ses bras et jambes autour de l'axe en position d'embrassade, ou encore d'enroulement.

Fonction : Le réflexe de Moro prépare le nourrisson à garder sa tête à la fois dans l'axe vertical et horizontal, ainsi qu'aux mouvements d'ouverture et de fermeture de l'axe. Il intervient donc dans la coordination des mouvements de l'axe et des membres. Il joue également un rôle dans notre stabilité émotionnelle, relationnelle, motrice et comportementale et dans notre possibilité d'alterner des mouvements d'ouverture et de repli.

Un réflexe de Moro mal intégré entraîne un manque de confiance, et de sécurité ainsi que des difficultés à se recentrer, à revenir dans son axe après avoir été exposé à des situations stressantes.

- *Le reflexe asymétrique du cou*

Il émerge in utéro (treize semaines) et se développe jusqu'à quatre six mois, période de son intégration. Il travaille avec le réflexe de Galant pour faire avancer le bébé dans le canal utérin au moment de l'accouchement.

Description : Si la tête entre en rotation sur un côté, les membres du côté de la rotation s'étendent et ceux de l'autre côté se replient

Fonction : A la naissance, il aide au passage de la ceinture pelvienne. Sa bonne intégration joue un rôle dans la coordination de l'écoute et de la vision, de la main et de l'œil. Il prépare notamment : les mouvements intentionnels de la tête, les capacités d'orientation dans l'espace, la mise en place de la latéralité, le ramping et le quatre pattes, la coordination entre la vision focale et périphérique.

- *Réflexe tonique symétrique du cou*

Il émerge vers six mois et s'intègre entre neuf et onze mois.

Description : Lorsque la tête s'incline vers l'arrière, les bras s'étendent et les jambes fléchissent. Lorsque la tête s'incline vers l'avant, les bras fléchissent et les jambes s'étendent.

Fonction : Il participe au développement du tonus musculaire des jambes et met en relation le haut et le bas du corps, ce qui prépare le quatre pattes.

- *Réflexe de Landeau*

Il émerge entre quatre et six mois et s'intègre totalement vers deux ans et demi.

Description : Lorsque le nourrisson s'appuie sur le sol en utilisant le centre du corps, il arque la colonne vertébrale et tend ses bras et ses jambes. Ce réflexe s'active après un stimulus agréable : arrivée d'une personne familière par exemple.

Fonction : Il va avoir un rôle dans la coordination des parties antérieures et postérieures, et développe le contrôle du mouvement de l'arrière du corps.

- *Réflexes spinaux de Galant et Perez*

Ces deux réflexes participent au bon développement de la colonne vertébrale et au développement des mouvements spinaux. Ainsi que l'écrit Bonnie BAINBRIDGE COHEN « c'est à travers les mouvements spinaux que nous découvrons l'axe vertical et que nous utilisons le plan horizontal. » (Bainbridge Cohen, 2002, p.321)

❖ Le réflexe de Galant :

Il émerge entre trois et quatre mois in utero et s'intègre vers neuf mois. Il permet au bébé de se retourner dans le canal utérin in utero.

Description : Lorsque le bébé est couché sur le ventre et que l'on stimule sa colonne d'un côté, il fléchit sa colonne du côté du stimuli. Si on fléchit les deux côtés, il va arquer le bas du dos.

Fonction : Il va préparer les mouvements de reptation du bébé.

❖ Le réflexe de Perez

Il a un rôle de bon développement de la colonne. Il apparaît au cours de l'accouchement : la rencontre avec la paroi utérine provoque l'ondulation de la colonne. Il s'intègre vers six mois.

c) Réflexes en relation avec les appuis et les réactions de redressement et d'équilibration

- *Le réflexe de Babinski*

Il apparaît vers la naissance et s'intègre vers six mois.

Description : Lorsqu'on stimule la plante du pied, les orteils s'écartent en éventail, le pied rentre en abduction et le gros orteil se redresse vers la tête.

Fonction : Sa répétition va renforcer les muscles du pied. Il va également préparer la propulsion nécessaire au mouvement lors du ramping et de la marche.

La région du pied est particulièrement innervée en capteurs proprioceptifs. Ces capteurs envoient des informations au cerveau sur le terrain, son inclinaison, les creux et les bosses. Ainsi, les massages de pieds avec les balles à picot et autres que nous proposons parfois en séance de psychomotricité vont stimuler ces capteurs. Cela va favoriser : les mouvements de redressement, la perception de l'appui au sol, et la propulsion nécessaire à la marche.

- *Le réflexe de support positif*

Quand le bébé est en position verticale et que ses pieds sont en contact avec une surface d'appui, le tonus en flexion des jambes augmente et le bébé met du poids sur ses pieds. Ce réflexe participe au mouvement de repoussé du sol (Bainbridge Cohen, 2002).

- Les réflexes archaïques participent aux réactions de redressement et d'équilibration (Bainbridge Cohen, 2002).
- Les réactions de redressement sont des schèmes de mouvements contrôlés par le cerveau moyen. Celles-ci permettent de maintenir la tête dans sa verticalité et d'aligner la tête et le tronc dans l'axe du corps. Elles vont avoir un rôle essentiel dans les étapes vers la marche.
- Les réactions d'équilibration ont pour fonction de maintenir l'équilibre lors d'un déplacement du centre de gravité (Bainbridge Cohen, 2002).

Les réflexes s'intègrent normalement dans les premières années de vie mais une rééducation est possible plus tardivement. Un travail de rééducation par le mouvement va permettre d'intégrer des réflexes qui ont été mal ou non intégrés. Ce travail prend tout son sens dans la pratique psychomotrice. Il demande une formation spécifique. Pour chaque réflexe des mouvements de rééducations sont possibles. Nous avons abordé en formation de psychomotricité celui de « la fleur » en lien avec le réflexe de Moro. Le mouvement de rééducation consiste en des mouvements d'ouverture et de fermeture des membres autour de l'axe. Des mouvements de bercements rythmiques aident également à l'intégration des réflexes.

d) Schèmes moteurs

Selon PIAGET un schème est une « régularité construite par tâtonnement dans l'action du sujet et qui peut être généralisée à d'autres situations. » (Larousse en ligne, s. d.). Ainsi que l'explique Peggy HAKNEY, les schèmes moteurs de bases se construisent dans les premières années de la vie et vont préparer les coordinations et connexions entre les différentes parties du corps : « Ces schèmes, responsables des connexions seront intégrés chez l'adulte et fonctionneront comme schèmes d'organisation du corps entier » (Hakney, 1995, p.76).

Peggy HAKNEY, élève de Imrgard BARTENIEFF a écrit une liste des schèmes qu'elle utilise dans les cours de fondamental (cours de danse qui enseigne les fondamentaux du mouvement de BARTENIEFF). La liste que nous présentons ci-dessous est fondée « sur les schèmes neurologiques de base délimités par Bonnie BAINBRIDGE COHEN. » et les titres font partie du vocabulaire utilisé par Imrgard BARTENIEFF (Hakney, 1995, p.77). Nous en

proposons ici un résumé enrichi de nos connaissances personnelles. Les titres restent ceux d'Imrgard BARTENIEFF revisités par Peggy HAKNEY.

- *Connectivité noyau extrémité distale*

Il sous-tend les mouvements d'enroulement que nous avons évoqués précédemment, il met en relation le centre avec la périphérie.

- *Connectivité tête coccyx*

Ce sont les mouvements spinaux. Ils jouent un rôle important dans la perception des changements de niveau et permet d'intégrer les mouvements de la colonne dans les trois plans de l'espace.

- *Connectivité haut bas : schème homologue*

Il met en relation le haut et le bas du corps en relation avec le plan sagittal. Il se traduit par la flexion ou l'extension simultanée des membres supérieurs ou inférieurs. C'est le mouvement de la grenouille. Il sous-tend le mouvement de poussée qui permet la propulsion et la posture quadrupède.

- *Connexité des deux moitiés du corps : schème homolatéral*

Il utilise le plan vertical. Dans ce mouvement, le bras et la jambe d'un même côté se plient ou s'étendent simultanément. Il va préparer la latéralité.

- *Connexité latérale croisée : schème controlatéral*

Il met en jeu les diagonales. Dans ce mouvement le bras et la jambe opposés de plient et s'étendent simultanément. Il est en lien avec le fait de croiser la ligne médiane et de mettre en relation les deux hémisphères du cerveau. Il va préparer l'intégration des trois plans de l'espace et de la spirale.

Vignette clinique 9 :

Martin est un enfant de onze ans. Il est suivi en psychomotricité pour une dyspraxie et des difficultés d'attention. C'est un bon élève à l'école, cependant pour arriver à suivre il doit fournir beaucoup d'efforts comparé aux autres enfants ce qui le fatigue beaucoup. Je lui propose le jeu de l'étoile, que j'ai appris en formation de danse. Ce jeu est en lien avec le schème « connexité noyau extrémité distale ». Dans la première position l'enfant se place debout, bras et jambes écartés,

dans la position de « l'étoile de mer ». Il prend le temps de respirer profondément, de bien sentir que ses membres sont en relation avec le centre du corps. Puis il expire, et replie tête et membres en même temps, autour du centre du corps. Il inspire à nouveau, et sur une expiration, il retrouve la position de départ. Dans cet exercice, l'enjeu est de chercher à coordonner bras et jambes, avec le centre du corps. Les membres travaillent ensemble et arrivent ensemble dans l'une et l'autre des positions. Cela favorise un vécu d'unité et d'apaisement. Martin a fait plusieurs fois ce mouvement, et avec la répétition il a trouvé le chemin pour coordonner ses membres dans l'ouverture et la fermeture. Après ce jeu il dit qu'il se sent « concentré » et « plus calme ». La séance suivante, il nous raconte qu'il s'en empare à la maison quand il ressent le besoin de se recentrer.

B) Axe et construction d'une corporéité orientée

1) Flux dedans dehors

Le préalable pour percevoir l'espace, c'est de se percevoir soi dans l'espace. Cela implique de se différencier de ce qui nous entoure et a donc à voir avec un processus d'individuation qui nécessite de construire une dialectique entre un dedans et un dehors. Ces notions, ainsi que le précise Benoit Lesage, ne sont pas figées mais plutôt des « directions de flux, centripète et centrifuge. » (Lesage, 2018, p.82). La notion de flux dedans-dehors inclut celle de trajet, entre l'autre et soi, entre nous et le monde. Le schème d'enroulement que nous avons évoqué dans la partie précédente y participe, ainsi que les moments où l'enfant joue à sortir de son axe et y revenir, entre symétrie et asymétrie.

La construction d'un dedans et d'un dehors concerne également la sphère psycho-affective et comment l'enfant va peu à peu sortir de la fusion maternelle pour s'assumer comme sujet du monde. Cela passe par distinguer, ce que j'ingère et ce que je rejette, ce que j'avale et ce que j'expulse. Ces enjeux vont être présents dans la respiration, le nourrissage, les objets que l'on ramène à soi et que l'on expulse.

Plus tard, cela implique de se différencier de l'autre tout en restant en lien avec lui, de discerner soi et autrui, soi et l'environnement. Donc d'apparaître tout en restant en lien avec l'entourage qui alors, est perçu comme une continuité plutôt qu'une seule séparation. Et cela se fait à travers la construction de l'axe.

Il s'agit de trouver l'équilibre entre la fusion où je me confonds avec le dehors, et la séparation, lorsque je mets une barrière entre moi et le monde. Entre ce que je laisse entrer et

ce que j'offre au monde. Entre la passoire et le mur en béton, différentes postures sont possibles qui nous permettent de nous rendre disponible aux rencontres sans nous perdre dans leurs histoires. C'est un jeu d'équilibre qui commence dès les premières années de la vie et qui ne cesse de s'affiner tout au long de notre existence.

2) Un axe orienté

C'est grâce à l'intégration progressive des schèmes et des réflexes que va se mettre en place une axialité orientée en relation avec les trois plans de l'espace et les six directions (devant, derrière, haut et bas, droite et gauche). Ces six directions « supportent des vécus spécifiques » (Lesage, 2012, p.154). Benoit LESAGE en propose une lecture :

- L'axe haut/bas soutient notre rapport à la gravité, on s'appuie sur la terre pour se redresser.
- L'axe avant/arrière nous met en relation avec la temporalité : nous nous situons entre ce qui a été accompli et ce qui est à venir, c'est « l'axe de l'engagement ».
- L'axe droite/gauche est l'axe du « vouloir », d'un côté il y a ceci, de l'autre cela, il est en relation avec la question du choix. (Lesage, 2012, p.154).

Cette lecture rend compte de la part subjective dans l'intégration d'une axialité orientée. Notre rapport à l'espace est fonction de notre vécu.

Ainsi que l'écrit Suzanne ROBERT-OUVRAY, l'axe « met de l'ordre dans le corps » (Robert-Ouvray, 2007, p.76). Notre premier référentiel pour se situer dans l'espace, est égocentré. Ainsi que l'écrit Poincaré « Il n'y a plus d'espace absolu, il y a seulement l'espace relatif à une certaine position initiale du corps ». (Poincaré, 1908 cité par Lesage, 2018, p. 83). L'intégration d'une axialité orientée va permettre d'investir l'espace, de le percevoir et d'en construire des représentations. Il fonde également notre rapport à la verticalité entre ciel et terre. L'espace est d'abord vécu avant que d'être représenté.

Vignette Clinique 10 :

Martin, que nous avons présenté plus haut, a des difficultés pour s'orienter dans l'espace. Pour l'accompagner à trouver des repères mon maître de stage lui propose un jeu en trois temps :

- Dans un premier temps, mon maître de stage positionne une balle sur une partie du dos de Martin et lui demande de nommer là où il sent la balle (en haut à droite, au bas au milieu par exemple).

- Dans un deuxième temps mon maître de stage se déplace à différents endroits de la salle avec le ballon et Martin nomme où se situe le ballon par rapport à lui.

- Dans un troisième temps, c'est Martin qui a le ballon. Mon maître de stage a convenu avec lui d'une orientation de la salle en fonction des quatre points cardinaux. Mon maître de stage lui indique une orientation « sud-ouest » par exemple et Martin vient placer le ballon à cet endroit.

Vignette Clinique : 11

Lili est une enfant de six ans porteuse d'une trisomie 9. Elle demande parfois des massages. La psychomotricienne lui propose un touché structurant, posant ses mains sur le ventre, en relation avec le centre du corps, et parcourant ensuite l'avant et l'arrière du corps le haut et le bas. Les parties du corps sont nommées, ainsi, la perception peut être associée à la représentation. Cette entrée en contact permet à Lili de trouver du calme et se rassurer. Après s'être sentie sécurisée dans la relation, avoir senti sa structure, ses contours, Lili peut investir l'espace de la salle. Comme si Lili était venue chercher un sas de sécurité : c'est lorsqu'elle s'est sentie suffisamment en confiance qu'elle a pu explorer.

3) Espace et schéma corporel

Le concept de schéma corporel, dont l'axe est le référent central, nous sert de repère pour nous situer et nous déplacer dans l'espace. D'après Maurice MERLEAU-PONTY « le schéma corporel est finalement une manière d'exprimer l'idée que mon corps est au monde » (Merleau-Ponty, 1945, cité par Angéline, 2008, p.170). A propos du Schéma corporel, AJURIAGUERRA propose cette définition : « Édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.» (Ajuriaguerra, 1970, cité par Golse et Sima, 2017, p.131). C'est donc à travers nos explorations motrices et sensorielles que nous allons pouvoir nous repérer. Le schéma corporel n'est rien sans la relation que nous avons avec le monde et notre entourage. Notre relation à l'espace prend sens lorsque nous sommes acteurs dans cet espace. Ainsi que l'écrit Julian de AJURIAGUERRA « l'espace n'est rien pour nous sans le corps qui agit » (Ajuriaguerra, 1962, p.175).

Vignette clinique : 12

Mina est une enfant de cinq ans, Un TSA (trouble du spectre autistique) a été diagnostiqué au CRA (Centre ressource autisme). Elle vient en séance en psychomotricité en libéral pour un accompagnement global. Les temps d'exploration et autres deviennent très vite source de débordement pour Mina. Mina est bien plus calme, apaisée par la manipulation active des jeux de constructions. Elle prend les « lego » un à un, pour former une grande tour à la hauteur de tout son corps. La base est souvent fragile. Nous la consolidons avec elle. Mina pose un « lego » après l'autre, elle se met très près de la tour, et fait en quelque sorte corps avec elle. Elle se place alors dans son axe et son regard se pose, en même temps qu'elle se pose. Ses gestes s'accordent à son regard, et elle observe ce qui se passe autour d'elle. Comme si le fait d'investir un « objet » lui permettait de se rassembler autour de cet objet, et de trouver l'axe et le centre. Mina est bien présente lorsqu'elle travaille à assembler des objets pour en faire un seul. Plus ces temps de construction se répètent, plus Mina peut être présente et trouver des objets qui l'aide à se maintenir avec nous. C'est ainsi que vers la fin des séances, au lieu de se laisser choir sur les tapis, dans un mouvement de chutes répétées, où son regard « part » avec, elle prend un gros oreiller qu'elle serre contre elle et reste parmi nous. Ainsi, elle trouve peu à peu des moyens de s'apaiser elle-même.

a) Le rôle de l'oreille interne

Nous avons évoqué les schèmes et réflexes en lien avec cette construction dans la première partie. Au niveau sensoriel, la perception de l'espace est également en lien avec l'oreille interne. L'oreille interne est formée de trois canaux circulaires orthonormés, ils forment des angles droits. Ce qui avec la latéralité, « établit une perception précise des trois plans de l'espace : sagittal frontal et horizontal (Lesage, 2006, p.4) en relation avec les mouvements que nous produisons. Cela va favoriser une géométrie euclidienne « avec des notions de trajet, d'itinéraire de sens » (Lesage, 2006, p.4).

b) Espace et relations

Plus tard l'enfant va pouvoir peu à peu construire un référentiel allocentré, c'est-à-dire qu'il va pouvoir se représenter sur autrui les notions spatiales qu'il a intégrées : il connaît d'abord sa droite et sa gauche vers six ans, et sur autrui vers neuf ans. Alain BERTHOZ établit un lien entre empathie et espace. Selon lui l'empathie « est en effet fondée sur une possibilité de se projeter vers autrui, d'imaginer « le point de vue de l'autre, tout en gardant le sentiment de soi, sans perdre sa propre situation » (Lesage cite Berthoz p 3). C'est donc ce qui permet de rentrer dans son axe tout en restant en relation. Nous pouvons penser que l'empathie favorise la construction de ce référentiel allocentré.

C) Axe et relations dans le développement psycho-affectif de l'enfant

1) Le corps en psychomotricité, une unité psychocorporelle

a) Axe psychique

Nous vivons un corps ému, vécu, un corps qui s'est construit en relation, et qui témoigne de cette histoire, un corps habité. Ainsi que l'écrit AJURIAGUERRA, « Dans l'habitable du corps qui lui est donné, l'enfant est habité » (Ajuriaguerra, 1978, p.200). Nous avons un corps sensible. Notre image du corps est issue de comment nous avons vécu et intégré nos relations.

Notre perception est fonction de notre subjectivité. La manière dont nous percevons le monde, l'espace, les autres, est en relation avec notre histoire. Notre corporéité se construit à travers les rencontres que nous faisons avec le monde. La constitution de l'axe corporel est donc un processus sensible en relation étroite avec celle de s'affirmer comme sujet, distinct mais non séparé du monde qui nous entoure. Plusieurs auteurs parlent d'un axe psychique et font ainsi le lien entre la construction de l'axe et la construction du sujet. Pour MARIOT, la marche est le « fruit d'une certaine forme d'être au monde » (Mariot, 2013). Ainsi que l'écrit Julie LOBEY « la verticalité de l'axe diffère en fonction des habitudes posturales de chacun et de ses émotions » (Lobey, 2019). Nous avons tous une façon unique de nous verticaliser. La construction de l'axe se fait dans l'environnement humain et met en jeu des qualités de portage physique et psychique, d'attention, et de regard. Suzanne ROBERT-OUVRAY évoque également la question d'un axe psychique. Il s'agit d'être soi, « différent d'autrui tout en étant en relation avec lui » (Robert-Ouvray, 2007, p.195). La question de l'axe psychique met donc en jeu les processus d'individuation et de différenciation. Elle touche à celle de la place que nous occupons dans le monde. Nous parlons de l'axe de nos vies, de trouver sa juste place.

Nous sommes axés quand nous nous sentons dans une place qui reste ouverte à la rencontre : la fenêtre est ouverte chez nous pour que circule ce que l'on reçoit de l'autre, et donc on peut se laisser informer par l'autre. C'est comme quand on laisse entrer le vent frais chez soi pour aérer. Ce vent va nous altérer, il va changer notre perception du moment, peut-être bousculer nos représentations. Cependant, on ne va pas se laisser happer par le vent et s'envoler par la fenêtre.

Les représentations du corps rendent bien compte de cette intrication corps et psyché. Nous commencerons par évoquer les représentations du corps autour de définitions croisées de l'image du corps, qui participent à la constitution de l'axe corporel. Ensuite nous verrons quel processus entre en jeu dans les processus d'individuation et de différenciation.

b) Image du corps

De nombreux auteurs ont proposé des définitions de l'image du corps. Nous nous intéresserons plus particulièrement à celle donnée par Geneviève HAAG, pour qui la constitution de l'axe corporel est essentiel dans la constitution de ce qu'elle appelle « un moi corps », un corps qui appartient au sujet (Haag, 1997). Pour cette auteure, l'image du corps se construit dans les jeux identificatoires des premiers temps de la vie (Lesage interview G.Haag, 1995). Elle va décrire deux étapes importantes qui sont la réunion des deux hémicorps et l'intégration des membres inférieurs. Ces deux étapes, dans le développement normal, permettent le vécu d'un corps unifié et la constitution de l'axe corporel comme référent de ce corps unifié.

Elle accorde une attention particulière à la réunion des deux hémicorps dans la constitution de l'axe corporel. Pour elle l'hémicorps dominant est adhésivement identifié à la mère (dans cette partie, nous parlons de la mère en tant que figure maternelle). Ce côté aimanté du côté de la mère se récupère dans le corps propre dans les jeux auto-érotiques (lorsque l'enfant ramène sa main à sa bouche par exemple). Lorsque la mère s'en va, l'hémicorps du côté dominant l'accompagne et l'autre essaye de le rattraper. Lorsque l'enfant intègre cette identification dans son corps, les deux hémicorps se rejoignent autour de l'axe (Haag, 1997).

Dans les mouvements d'enroulement, lorsque le bébé attrape ses pieds, il éprouve l'attache du bassin. A cette période, il s'intéresse aux parties érogènes du bas du corps. Cet enroulement va lui offrir un vécu global du corps, il perçoit son corps comme une unité. Geneviève HAAG met en relation ce vécu global du corps avec la position dépressive décrite par Mélanie Klein (Haag, 1997). Mélanie Klein met en relation la position dépressive avec l'angoisse de perte d'objet. Dans la position schizo-paranoïde, le bébé clive l'objet de satisfaction (le sein maternel) en un bon et un mauvais objet. L'objet bon est celui qui le satisfait, dans le mauvais objet il projette ses pulsions agressives, liées au « mauvais sein », le sein frustrant. L'objet bon ne peut

être détruit. Lors de la position dépressive, l'objet devient total ce qui occasionne la peur de le perdre. Le bébé est partagé entre la peur de le détruire par ses pulsions agressives, et en même temps il éprouve une ambivalence affective : l'objet est à la fois bon et mauvais, donc frustrant et satisfaisant. (Parmentier, 2001). L'élaboration de la position dépressive permet donc à l'enfant d'intégrer les deux aspects de l'objet comme formant un tout, ce qui participe au vécu d'un soi unifié.

Vignette clinique : 13

Yvan est un enfant de dix ans, il est suivi en psychomotricité en cabinet libéral pour des difficultés en classe, une instabilité motrice et une insécurité sur le plan affectif. Il a un grand frère de 13 ans avec qui les relations sont très conflictuelles. Son frère le maltraite et Yvan ne sait comment se défendre. Les parents essayent de « séparer » : le grand-frère est en internat, cependant, des situations de violence se répètent. Yvan arrive en séance et se dit très fatigué. Il traîne des pieds, regarde par terre, arrive en direction du bureau et pose la tête dans ses bras. Mon maître de stage le questionne sur ce qui le fatigue autant. Yvan, hausse les épaules et nous parle de son frère qui le maltraite toujours autant. Il ne peut rien faire et se sent impuissant. Il se sent aussi coupable : à la fois il l'aime et le déteste. Il s'en veut de ne pas l'aimer et insiste pour dire que même si parfois il le déteste, il l'aime quand même car c'est son frère. Mon maître de stage lui explique qu'il a tout à fait le droit, que l'on peut éprouver deux sentiments différents en même temps, et que lui Yvan est toujours le même, quand il aime et quand il déteste son frère. Après ce temps de parole, Yvan se redresse demande à jouer. Il est prêt à s'investir dans le mouvement.

Pour Françoise DOLTO, l'image du corps est « la mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel et en même temps elle est actuelle, vivante en situation dynamique » (Dolto, 1984, p.29). Selon cette auteure, tout contact avec l'autre « est sous-tendu par l'image du corps (...) et le passé inconscient résonne dans la relation présente » (Dolto, 1984, p.23). Ainsi, si l'image du corps se construit dans nos premières relations, elle se réactualise dans chacune de nos relations. Elle exprime la façon dont nous nous percevons, dont nous nous regardons. La façon dont nous communiquons avec l'autre est sous-tendue par l'image du corps. (Dolto, 1984). SHILDER quant à lui définit l'image du corps comme « l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre propre corps nous apparaît à nous même » (Shilder, 1935, cité Jeannerod, 2012, p.185). L'image du corps est un processus vivant, qui touche à la mémoire de notre corps, et que les rencontres, les expériences vont venir questionner, moduler tout au long de notre vie. La rencontre thérapeutique, par la parole et la mise en mouvement peut venir interroger cette image du corps.

Vignette Clinique : 14

Madame F est une femme de 40 ans, mère de deux enfants de 12 et 14 ans. Elle est hospitalisée au SSR pour des douleurs lombaires importantes ainsi qu'aux épaules. On lui a diagnostiqué une fibromyalgie. Ces douleurs l'ont conduite à arrêter son travail et elle a fait une dépression. Ces douleurs sont les conséquences de violences physiques infligées par son mari dont elle est maintenant séparée. Madame F a également subi des violences de la part de son beau-père lorsqu'elle était enfant. Avant son hospitalisation au SSR, elle a subi un harcèlement de la part d'un artisan qui était venu travailler chez elle.

Madame F est arrivée au SSR en grande souffrance : tout son corps était douloureux, et au niveau psycho-affectif, elle était dans la confusion mentale. Madame était repliée sur elle-même, le poids des événements de la vie l'ont amenée à se tasser. L'accompagnement se fait tant par des entretiens semi-directifs, qui permettent à Madame F d'élaborer autour de son vécu, que par un accompagnement de conscience corporelle et axiale. On lui propose des mouvements de yoga doux et ma maître de stage l'invite à se positionner dans l'axe : à se relier au bassin qui est le centre, plier les genoux pour s'ancrer dans le sol et sentir le « petit fil en soie » qui part « de la racine des cheveux pour aller vers le ciel. » Madame F est très à l'écoute de ce qu'elle ressent pour trouver la posture qui lui permet d'être dans son axe. Elle s'empare de la relation thérapeutique pour prendre conscience de ses ressources et se remettre en mouvement. Elle souhaite prendre soin d'elle et de ses enfants qui sont en difficulté. Elle dit « lorsque la maman s'effondre, les enfants s'effondrent aussi ». Elle nous raconte qu'enfant elle a dû se couper de ses sensations et de ses émotions pour tenir debout. Que lorsqu'elle était avec son ex-mari, elle a dû se taire car dans sa culture « les femmes n'ont pas le droit de se manifester ».

Lors d'une dernière séance, je lui propose des mouvements doux des bras tandis que la psychomotricienne met les mains sur ses omoplates afin qu'elle puisse ressentir d'où naît le mouvement. Elle nous dit que ce mouvement est agréable, qu'elle se rend compte que souvent, ses mouvements sont brusques, et cela lui fait mal. Dans ce mouvement des bras elle a pu ressentir de la douceur. Elle termine en nous disant « je ne savais pas qu'il y avait cette douceur en moi ». A sa sortie, elle va continuer un suivi psychologique en CMP. Elle aimerait poursuivre un travail corporel, mais elle n'en a pas les moyens.

2) Des appuis relationnels pour grandir

a) La notion d'enveloppe et de contenance

Daniel STERN a écrit un livre « le journal d'un bébé ». Ce livre retrace l'histoire d'un bébé fictif nommé Joey. A travers cette histoire, l'auteur va proposer une lecture du développement du bébé et de son individuation progressive. Le nourrisson entre six semaines et quatre mois de vie (environ) est bercé dans un monde de sensations. Son expérience du monde se fait essentiellement à partir de ce que ces sensations « provoquent en lui ». Certains sons « coulent » en lui, d'autres provoquent « frictions et turbulences » (Stern, 2005, p.25). Ce sont des flux sensoriels, au sens où en parle BULLINGER, qui le traversent.

Chaque expérience a pour lui sa tonalité propre. La distanciation entre le dedans et le dehors est encore vague, le bébé se confond avec ce qu'il voit. Il commence à faire la distinction entre le proche et le lointain, ce qui est à portée de son bras et au-delà (Stern, 2005, p.31). Lorsqu'il a faim, c'est tout son corps qui a faim, c'est la tempête, et cela va « désorganiser temporairement les comportements et l'expérience » (Stern, 2005, p.48). Il s'agite, sa respiration est saccadée, et « la douleur provoquée par la faim pousse le système nerveux à passer à la vitesse supérieure » (Stern, 2005, p.50) et le bébé expulse son excès de tension par un cri qui lui permet « d'atteindre le monde extérieur » (Stern, 2005, p.51)

Les soins de la mère en réponse à ces moments de tension vont participer à la constitution d'une enveloppe. Daniel Stern décrit 4 éléments de l'enveloppe :

- La mère parle à l'enfant pour le rassurer, lui signifiant ainsi qu'elle est là avec lui, ses paroles douces apaisent le bébé et l'enveloppe de « douceur » (Stern, 2005, p.55).
- Elle vient à lui et le touche, ce toucher enveloppe l'enfant qui était dans un mouvement d'expansion et de désorganisation, lui offre la perception de contour et de limites
- Enfin la mère le blottit dans ses bras pour le nourrir, c'est le moment de l'étreinte, ce qui est, ainsi que l'écrit Daniel STERN, « le type de contact le plus apaisant pour quelqu'un en détresse ». Nous aurons ce désir d'étreinte toute notre vie. De plus pour le nourrir elle le verticalise ce qui le rend « plus éveillé, plus ouvert au monde qui l'entoure ». (Stern, 2005, p.56)

- Le quatrième élément de cette enveloppe est le mouvement dans l'espace, le bébé était agité par ces pleurs et ses cris, la mère par ses bercements permet au bébé de retrouver le calme. Enfin, arrive le moment de la tétée, ce liquide chaud le réchauffe et l'enfant repu et apaisé éprouve une sensation de plénitude. Il est à nouveau disponible au monde qui l'entoure. (Stern, 2005, p.57)

Cette notion d'enveloppe rejoint le concept de Moi-Peau développé par Didier ANZIEU : « par Moi-Peau je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phrases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant » (Anzieu, 1995, p.61).

Le Moi-peau à trois fonctions principales :

- Il contient à l'intérieur le bon, c'est-à-dire ce qui apporte plaisir et satisfaction au bébé, ce qui le nourrit au sens propre comme au figuré.
- Il marque la limite avec le dehors, protège de ce qui peut agresser le Moi.
- Enfin il est un lieu de communication d'autrui, surface d'échange et de contact. (Anzieu, 1995)

La notion d'enveloppe va :

- Dessiner les contours d'un dedans et d'un dehors entre l'autre et le bébé.
- Contenir ses pulsions agressives et lui permettre de se nourrir d'expériences relationnelles.
- Nourrir une base de sécurité psychique.

Elle va soutenir ainsi soutenir un vécu d'unité psychique et corporelle et permettre les interactions avec le milieu humain. Elle remplit en ce sens des fonctions similaires à l'axe corporel. Un défaut d'enveloppe ne va pas permettre à l'axe corporel de se construire harmonieusement. Pour construire et sentir son axe, il est d'abord nécessaire d'éprouver cette limite entre le dedans et le dehors et de pouvoir se protéger des agressions. Il est nécessaire que cette enveloppe soit poreuse, sans quoi la relation ne serait pas possible, et en même temps suffisamment contenante.

Vignette clinique : 15

Alice est une enfant de 10 ans. Un TSA (Trouble du Spectre Autistique) a été diagnostiqué au CRA (Centre Ressource Autisme). Ses troubles sont légers : Alice suit une scolarité normale sans AVS, elle s'exprime bien, ses habilités sociales sont de bonnes qualités. Elle est suivie en psychomotricité pour un accompagnement dans sa motricité globale et la régulation des émotions. A la rentrée, elle se montre très inquiète face à la situation sanitaire. Lors d'une séance elle arrive et nous dit d'une voix haut perchée « le virus est un guerrier il va tuer tout le monde ! » avant de bondir sur le « fatboy » (grand pouf). Elle est très agitée et il est difficile d'entamer le dialogue. Elle s'enveloppe ensuite du tapis de gym et demande qu'on lui mette le « fatboy » dessus. Alice dit qu'elle se sent bien là-dessous

« il fait chaud », c'est « son petit nid douillet ». Elle reste un moment dans sa « petite maison », où elle « est cachée ». Elle sort ensuite du « fatboy » et demande un massage avec le gros ballon. Elle demande de bien appuyer, elle apprécie qu'on lui signifie la consistance de son corps avec le gros ballon. Après ce temps-là, Alice est disponible pour parler et échanger avec nous. Elle peut parler de sa peur et cela l'apaise. Le reste de la séance elle bien présente dans son axe et ses appuis.

b) Le portage.

A propos du portage, WINNICOTT, développe les notions de Handling et de Holding. Le handling concerne les soins apportés à l'enfant tels que les moments de change d'habillement, de baignage. Le holding concerne tout autant le portage physique que psychique. WINNICOTT développe le concept de la mère « suffisamment bonne » qui s'adapte aux besoins de l'enfant. Dans les premiers mois de la vie, c'est la symbiose, la mère est dans une préoccupation maternelle primaire et s'adapte « d'une manière presque totale » (Winnicott, 1975, p.20) aux besoins de l'enfant ce qui va nourrir un sentiment de sécurité et de plénitude chez celui-ci. L'intégration de l'axe, l'ancrage et l'ouverture au monde sont possibles grâce à une mise en sécurité affective de l'enfant.

Nous avons évoqué le portage dans sa dimension physique dans la partie sur l'acquisition de la marche. Le portage dans sa dimension psychique se nourrit du dialogue tonico-émotionnel que nous avons également évoqué. Suzanne ROBERT-OUVRAY aborde la question de la symétrie qui a à voir avec ce dialogue et l'imitation immédiate (Robert-Ouvray, 2007). Si le bébé rencontre la symétrie en jouant avec son corps il la rencontre aussi dans ses relations avec l'entourage qui répond en miroir à ce que le bébé manifeste, accentue ses mimiques comme ses émotions. La mère répond en symétrie à ce que lui montre à l'enfant, c'est le premier miroir de l'enfant.

Ces réponses de l'entourage passent notamment par le regard. « L'enfant face à sa mère, se voit et se lit » (Robert-Ouvray, 2007, p.76). Le bébé a besoin de se retourner de regard venant de l'entourage pour se construire et se verticaliser. C'est ce qui va lui permettre de situer face à l'autre (Robert-Ouvray, 2007). L'imitation immédiate écrit Jacqueline NADEL est une manière de soutenir chez l'autre un sentiment de sécurité. L'objectif est de s'adresser à l'autre, de lui dire « tu m'intéresses » (Nadel, 2016). Par ailleurs, l'imitation quand elle s'inscrit dans la relation et nourrit la création de chacun, participe à l'individuation. Elle nourrit l'empathie qui pour BERTHOZ exige « une manipulation dynamique et complexe des références spatiales et de l'émotion » (Bertoz, 2017, p.79). Cet auteur différencie la sympathie qui est de l'ordre de

la contagion émotionnelle, de l'empathie qui implique de se mettre à la place de l'autre pour comprendre ce qu'il ressent. C'est ce que fait la mère lorsqu'elle imite son bébé, elle répond en miroir à ce qu'elle perçoit de lui. Ces échanges vont nourrir la confiance en lui, et dans ses ressentis. Les réponses de l'entourage vont participer à la construction de son identité.

Vignette clinique : 16

Lors d'une séance, la psychomotricienne propose à Lili de la pâte à modeler. Lili manifeste son impatience en battant des pieds et commence à travailler la pâte, mais très vite cela ne va pas et elle refait la boule. Lili tente à plusieurs reprises des ébauches de formes qui retournent en boule avant de naître. La psychomotricienne la rejoint là où elle est dans ses ébauches et ensemble elles font et redéfont la boule. Elle manifeste son soutien à Lili par des mimiques, par des mots, par ses postures, signes qu'elle est en relation avec elle. Ensuite, Lili fait des petites boules. La psychomotricienne sort les assiettes et Lili nous partage son gâteau. Nous entrons dans le jeu du faire semblant qui est une forme d'imitation différée. Lors d'une prochaine séance, la psychomotricienne et Lili font un boudin : il faut faire la boule, rouler en appuyant bien avec les mains pour former un bon boudin. Lili s'apprête à refaire la boule. Ma maître de stage lui propose de lui montrer quelque chose. Comment le boudin peut-il se transformer en escargot ? Lili n'y « arrive pas » Elle ne se sent pas capable. Alors nous lui chantons la chanson de l'escargot pour donner du rythme et l'encourager. Finalement elle arrive à aller jusqu'au bout de son geste et le boudin se transforme en escargot.

Le parent va donner du sens à ce qu'exprime le bébé par des mots et une réponse à son besoin : le prendre dans ses bras pour le nourrir et mettre des mots sur ses émotions (Robert-Ouvray, 2007). Cela va l'aider à discerner les activités mentales et sensations corporelles et avoir un rôle essentiel dans sa construction. Les parents tentent de deviner ce que vit l'enfant. Ils interprètent ce qu'il perçoit de ce que vit le bébé. Leurs interprétations sont imparfaites et dépendent en partie de la manière dont ceux-ci ont été devinés lorsqu'ils étaient à la même place. Cependant bien que le parent ne sait pas « exactement » ce qu'éprouve en réalité le bébé, cette interprétation est essentielle pour aider celui à « définir » ses ressentis et « structurer son univers » (Stern, 2005, p.14). Les parents donnent du sens aux éprouvés du bébé. Si l'écart n'est pas trop grand entre ce qu'il exprime et la réaction de l'entourage, cela va permettre à celui-ci de sentir, de valider dans son ressenti ce qui participe « à la continuité d'être et de vivre » (Robert-Ouvray, 2007, p.78). L'enfant est d'abord parlé avant de parler, les mots des autres le définissent et le construisent. Plus tard, il aura à trouver sa propre parole, et à faire le chemin qui est le sien.

Le portage physique et psychique, la contenance vont permettre au bébé de nourrir un sentiment de sécurité fondamentale pour qu'il puisse ensuite s'ouvrir au monde et explorer. Ces expériences vont nourrir le narcissisme primaire, concept développé par FREUD, « celui ou l'enfant se prend pour objet d'amour avant de choisir les objets extérieurs ». Lors de cette phase, l'enfant croit « à la toute-puissance de ses pensées » (Freud, 1912, cité par Laplanche et Pontalis, 2007, p.261). Il croit que c'est lui qui crée le monde, et que le monde va répondre à ses besoins lorsqu'il demande à les satisfaire. Cependant « pour grandir et devenir une personne qui sent et se représente ce qu'elle sent, l'enfant va devoir fournir un travail de différenciation » (Robert-Ouvray, 2005).

3) Différenciation et individuation

a) A la rencontre de ses appuis pour s'ouvrir au monde

L'enfant commence à se différencier d'autrui dès quatre mois, lorsqu'il commence à se percevoir comme « agent des événements qu'il provoque ». Lorsqu'il le décide le bébé « bouge volontairement son bras, il sent la réponse en retour dans ses muscles » (Stern, 2005, p.73). L'intention qui précède le mouvement est confirmée par une réponse musculaire, que va permettre l'exécution du mouvement. L'enfant va se voir en train de faire ce mouvement et ainsi son ressenti proprioceptif est associé à une perception visuelle. Cette expérience, répétée dans le temps, va permettre à l'enfant de définir « ce qui appartient à autrui et ce qui lui appartient » (Stern, 2005, p.74).

Vers l'âge de six mois l'enfant peut se tenir assis sans les bras de sa mère, vers douze mois il peut se mouvoir et explorer le monde sans l'appui de l'autre. A cette période il peut s'éloigner de sa mère et revenir vers elle. La force qui le pousse à revenir vers elle est le « système d'attachement », tandis que la curiosité qui le pousse à explorer est le « système d'exploration » (Stern, 2005 p.122). Si l'enfant est suffisamment sécurisé, il va pouvoir désactiver son système d'attachement et explorer. C'est parce qu'il aura été suffisamment sécurisé dans la relation, avec des appuis physiques et psychiques solides que l'enfant va pouvoir explorer et trouver ses propres appuis.

Vignette clinique 17 :

Kevin a deux ans lorsque je le rencontre en septembre 2020. Il a été placé en famille d'accueil suite à de la maltraitance : il a été victime de négligence. De plus, on soupçonne que c'est un bébé secoué. Il est suivi en psychomotricité en libéral pour des troubles de l'attachement ainsi que pour de l'insécurité massive au niveau relationnel en parallèle d'un retard moteur. Kevin a un retard dans l'acquisition de la marche et du langage. Le réflexe de grasping ou d'agrippement persiste et n'est toujours pas intégré. Il lui faut beaucoup de temps pour s'habituer aux nouvelles personnes et se rassurer. Dans les premiers temps il lui est difficile de quitter les bras de l'assistante familiale. Le suivi est de l'accompagner dans son développement psychomoteur et de le sécuriser dans la relation. Avec le temps, des moments d'interactions sont possibles : Kevin nous lance la balle et on la lui renvoi, il fait des jeux de maracas et apprend à jouer en rythme avec l'autre. Kevin apprend ensuite à faire ses premiers pas. Il lui est difficile de quitter l'appui de l'autre lorsqu'il est debout. Il demande la main ou cherche des supports. Il a besoin d'être encouragé, soutenu dans ses efforts et revient vite dans les bras de son assistante familiale après quelques pas. Nous continuons de l'encourager dans son exploration et, dans sa famille d'accueil comme en séance, il prend petit à petit confiance. Quelques mois plus tard, il fait ses premiers pas tout seul. Maintenant il marche très bien et s'exprime davantage. Pour commencer à explorer et à jouer il a fallu beaucoup de temps à Kevin. Il a eu besoin de se sentir en sécurité dans la relation avec les adultes pour investir sa motricité et son langage.

Cette dialectique entre l'autre et soi s'origine dans les premières années de nos vies et nous accompagnera tout au long de l'existence. Comment être avec l'autre tout en étant avec soi ? Sentir quelles sont nos limites dans les relations ? Conserver un espace à soi, un espace préservé des autres, où l'on peut se réfugier quoiqu'il arrive est essentiel pour tout un chacun.

Vignette clinique 18 :

Yvan se dit très fatigué. Mon maître de stage lui propose une séance de relaxation. Il lui propose d'imaginer un endroit à lui, où il serait bien. Yvan nous parle d'un toboggan géant où il ne cesse de glisser. A l'atterrissage il se retrouve sur une île. Mon maître de stage lui demande ce qu'il y a sur cette île. Yvan répond : « Mes parents et puis les amis de mes parents, et leurs enfants, et mes grands-parents, mes cousins, mes copains, mon frère, ah non pas mon frère ! Enfin, il peut venir mais il ne faudra pas qu'il vienne m'embêter » Il est invité à construire un espace imaginaire qui ne soit rien qu'à lui, où il puisse inviter des amis, sa famille à l'occasion, lorsque lui le décide. Un espace où personne ne peut venir « l'embêter », où il puisse se sentir tranquille et heureux. Les séances de relaxation se répètent dans le temps et peu à peu l'espace devient moins chargé. Lors d'une séance Yvan est sur la plage, au soleil, et regarde la mer.

b) L'expérience de la frustration

La préoccupation maternelle primaire n'est pas éternelle. L'enfant va devoir faire l'épreuve de la frustration et du sevrage, étape essentielle dans sa construction. Si la mère « suffisamment bonne » est dans une adaptation presque totale aux besoins de l'enfant dans les premières

semaines de vie. Au fur et à mesure que l'enfant pourra tolérer la frustration, « son adaptation se fera moins sentir » (Winnicott, 1975, p.20). Lors de cette période, le sein nourricier, est « sous contrôle magique du bébé » (Winnicott, 1975, p.21), il croit que c'est lui qui « crée le sein ». La tâche de la mère, selon cet auteur, est de « désillusionner » (Winnicott, 1975, p.23) progressivement l'enfant, ce qui se fait dans les jeux d'absence et présence de celle-ci. Il va vivre des états de « frustration tension » et de « satisfaction détente » (Ajuriaguerra, 1962, p.169). C'est à cette période que l'enfant va progressivement sortir de la fusion maternelle, et s'affirmer comme un être à part entière.

La différenciation de l'enfant avec sa mère se fait également à travers la figure du père, ici dans sa dimension symbolique. Le père dans sa fonction symbolique « est tout ce qui représente la différence entre un enfant et sa mère » (Robert-Ouvray, 2005, p.135). La Loi du père qui permet à l'enfant de ne pas se confondre avec sa mère, ni avec son désir. La fonction du père symbolique, qui se place en tant que tiers entre la mère et l'enfant est de « structurer notre ordonnance psychique en tant que sujet » (Dor, 2012, p.16). Le père symbolique n'est pas forcément le père réel, il peut avoir un père symbolique sans que celui soit représenté par un homme. C'est ce qui permet l'acceptation du manque, la mère n'est plus toute. L'enfant va peu à peu affirmer son propre désir, dans le monde. La mère elle n'est pas seulement la « mère » et son enfant n'est pas seulement « son enfant », c'est un enfant. Pour que chacun puisse exister et faire son chemin il est important que l'espace psychique de chacun soit respecté. Avec l'interdit de l'inceste et l'Œdipe, « le deux de la relation parent enfant est remplacé par le trois de la relation fondatrice du groupe sociale, garçon ou fille papa et maman » (Delion, 2008, p.158).

Ce jeu d'absence et présence de la mère ainsi que la Loi du père va permettre le sevrage. L'enfant va peu à peu se différencier de sa mère et se singulariser. La question du sevrage selon Lacan, est en relation avec la question de la scansion (Lacan, 1973). A l'origine, la scansion c'est « la manière de scander les vers » et scander signifie « prononcer un vers grec ou latin en le rythmant, en marquant l'alternance des longues et des brèves et en insistant sur les temps forts » (Larousse en ligne, s.d). La figure maternelle, dans sa succession d'absence et de présence, dans ses dons et refus d'amour, va être l'agent de la frustration, qui conditionne pour l'enfant l'entrée dans le symbolique et l'accès au monde objectal.

L'enfant entre dans le symbolique par le jeu, et notamment à travers l'imitation différée, « il

va reproduire des événements qu'il a vécu sur la scène mentale » (Stern, 2005 p.144). Il va jouer à la dînette, préparer des gâteaux avec la pâte à modeler mettre en place des scénarios avec des figurines, etc. Ce premier accès au symbolique va préparer l'accès au langage. Par le langage et le jeu il va construire ses premières représentations, faire exister ce qui est absent, rejouer les scènes de la vie tout en se les réappropriant.

Pour supporter l'absence de la mère, l'enfant va investir un espace que WINNICOTT nomme l'espace transitionnel. Cela va lui permettre de construire son « self » lié à la capacité d'être seul en lien avec « l'intériorisation graduelle de la continuité d'exister » (Golse et Sima, 2008, p.132). Cet espace transitionnel, c'est un espace entre le fantasme et le réel, c'est un espace de jeu particulier où l'enfant va rejouer la réalité. A travers les phénomènes transitionnels, l'enfant se découvre, il met en scène le monde et ses éprouvés. Cet espace transitionnel de la petite enfance, va plus tard englober, « le jeu la création artistique, le sentiment religieux. » (Winnicott, 1975, p.14). Les jeux en psychomotricité peuvent se situer dans cet espace transitionnel. C'est par le jeu dans l'espace transitionnel que l'enfant va peu à peu s'affirmer en tant que sujet, et trouver sa place dans le monde, et son axe dans la vie.

c) Espace transitionnel et créativité

L'espace transitionnel consiste à « maintenir séparées et reliées l'une à l'autre réalité intérieure et réalité extérieure » (Winnicott, 1975, p.9). C'est l'air de l'illusion à la limite entre le dedans et le dehors. Autrement dit l'espace entre les ressentis subjectifs et ce qui est objectivement perçu du dehors. Le nourrisson va investir un objet à qui il va prêter des qualités en lien avec le sein nourricier, l'objet maternel. « L'objet prend la place du sein » (Winnicott, 1975, p.10). L'enfant va accorder une grande importance à cet objet qui va le rassurer, le consoler. L'objet transitionnel peut être un objet, une image, un son, une personne. L'enfant reconnaît cet objet comme « non moi » et il a pour lui une grande valeur affective. Investir cet objet est une façon de lutter contre l'angoisse dépressive, liée à l'absence de l'objet maternel. L'enfant va déployer tout un imaginaire autour de cet objet, lui attribuer une valeur symbolique. Cet espace crée un voile qui le protège de la réalité. Dans cet espace, l'enfant peut se rendre acteur de ce qu'il vit, et y apporter sa créativité. C'est un espace potentiel entre le monde et lui.

L'enfant va recréer le monde avec le jeu, c'est pourquoi cet espace est une illusion. Cependant ce qu'il vit est réel. L'enfant sait que ce qu'il joue n'est pas la réalité et en même

temps il vit pleinement ce qu'il est en train de jouer. Ces phénomènes transitionnels vont préparer peu à peu la séparation et la différenciation et lui permettre de s'affirmer comme un être singulier et unique. L'enfant va rejouer avec nous ce qu'il vit, et nous allons l'accompagner dans ce processus ainsi qu'à construire des représentations de ce qu'il vit.

«L'espace transitionnel rend possible la créativité. Pour WINNICOTT c'est « seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi » (Winnicott, 1975, p.76). La constitution d'un axe psychique, d'un « je » distinct mais non séparé du monde, ne peut donc se passer de créativité. La créativité nous rend acteur de nos vies, c'est ce qui fait qu'on se dit que « la vie vaut la peine d'être vécue » (Winnicott, 1975, p.91). Elle s'oppose à un sentiment d'absurdité d'une soumission à une réalité qui aurait perdu les couleurs de sa subjectivité. Parfois la frontière est floue entre le monde subjectif et la réalité, le monde subjectif se projette dans la réalité ce qui rend l'adaptation au monde difficile.

L'espace transitionnel est à cette frontière entre le dedans et le dehors, la vie intérieure et la réalité. Ni dedans, ni dehors mais dans l'espace qui vibre entre le dedans et le dehors. Dans un espace qui permet d'être tout autant en relation avec le monde qu'à nous-même. De même lorsque nous sommes axés, nous sommes tout aussi présent à nous-même, qu'au monde qui nous entoure. En psychomotricité, l'on rencontre parfois des enfants collés à la réalité, et qui sont bien souvent collés à leur axe. Dans leurs mouvements cela manque de spirale, et de courbes. Pour d'autres aux contraires, la frontière entre l'imaginaire et la réalité n'est pas bien dessinée ce qui rend difficile la rencontre. Ce qui permet l'ouverture au monde c'est lorsque nous pouvons nous situer entre ses deux polarités.

Vignette clinique : 19

Julien est un enfant de cinq ans et demi suivi en psychomotricité en libéral pour des troubles de la coordination et un retard dans les apprentissages. Il demande à faire des parcours. Dans ses constructions il sort tout, regroupe les objets qui se ressemblent et les colle l'un à l'autre. Ainsi il regroupe les cerceaux, les ronds sensoriels, les plots, deux raquettes avec une balle en une grande ligne qui traverse la salle. Les propositions de mouvements qu'il fait pour l'investir ne sont pas très variées. Il marche dans les cerceaux, écarte les pieds pour passer entre les plots, pose une balle sur la raquette et l'enjambe. Le parcours semble être là comme un décor, il ne l'investit pas dans le jeu. La psychomotricienne lui propose de fermer les yeux pendant qu'elle enlève un élément du parcours. Elle enlève les cerceaux et propose à Julien d'inventer une autre manière de se déplacer dans cet espace : par exemple courir, sauter etc. Julien est troublé par cette proposition et propose timidement de sauter. Peu à peu la psychomotricienne vide l'espace en enlevant d'autres objets et Julien invente d'autres manières de se déplacer. Sa manière d'explorer devient plus vivante. On commence à le rencontrer.

Dans cet espace transitionnel on joue avec la réalité. Le tout petit va rejouer quelque chose qui lui rappelle sa mère. Plus tard, cela va s'étendre à ses différentes expériences de vie. Il va jouer et mettre en scène aussi ce qui concerne sa vie affective et ses émotions.

Vignette Clinique : 20

Elsa est une enfant de onze ans. Elle est suivie en psychomotricité en libéral pour un manque de confiance en elle et en ses appuis. Lors d'une séance, Elsa et la psychomotricienne construisent une grande tour de brique qui va du sol jusqu'au plafond. Il s'agit d'abord de bien poser la base pour que la tour puisse trouver sa verticalité. A chaque brique, il convient de trouver comment s'ajuster pour trouver l'équilibre. La tour grandit. Elsa ne peut plus rajouter de brique. Alors il faut changer de niveau. Elle monte sur la chaise pour gagner en hauteur. Plus la tour grandit, plus l'ajustement à trouver est subtil. Ensemble Juliette et la psychomotricienne s'impliquent dans cette co-création. La psychomotricienne encourage Elsa à faire confiance à son intuition, à ressentir comment elle peut s'ajuster pour que la tour trouve sa stabilité et puisse continuer de grandir. Avec cette tour qui va du sol jusqu'au plafond, dans ce jeu d'équilibre et d'ajustements, Juliette accompagne Elsa à prendre confiance en elle et à se mettre dans son axe et en ses appuis pour grandir.

TRANSITION

Dans cette deuxième partie nous avons abordé la genèse de l'axe corporel, dans ses aspects physiques et psychiques. Ces deux aspects sont intriqués l'un à l'autre. Pour bien se développer et trouver ses appuis posturaux, l'enfant a besoin de se sentir sécurisé dans la relation, et d'avoir l'espace pour explorer et développer sa créativité. De même, si l'enfant se sent stable dans ses appuis, et peut trouver de l'aisance dans le mouvement, il sera en confiance pour explorer et s'ouvrir au monde. L'enfant va se nourrir d'appuis physiques et relationnels pour s'axialiser et rencontrer ses propres appuis. Lorsque les appuis sont suffisamment solides, que l'axe est intégré, nous pouvons nous sentir en confiance pour nous orienter dans la vie, et mobiliser nos ressources lorsque nous en avons besoin.

Comme nous l'avons vu à travers les vignettes cliniques les processus qui entrent en jeu dans la construction de l'axe corporel lors des premières années peuvent se travailler toute la vie. Connaître les processus en jeu dans la construction de l'axe corporel dans le développement normal nous permet de mieux comprendre les difficultés qui peuvent s'exprimer plus tard dans la clinique.

Dans une troisième partie, nous verrons quelques approches qui permettent d'étayer l'intégration et la conscience de l'axe corporel et nous aborderons les questions des pathologies en lien avec la construction de l'axe corporel. Enfin après avoir évoqué quelques items de bilan qui nous permettent d'évaluer l'intégration de l'axe corporel, nous poursuivrons notre réflexion à travers une étude de cas.

III CLINIQUE

A) Approches qui soutiennent la conscience de l'axe corporel et son intégration

1) Accompagner la conscience de l'axe corporel et son intégration

Les manières de travailler sur l'axialité sont nombreuses, et dans un parcours de soin en psychomotricité elles vont être fonction de la nécessité de chacun. Nous allons ici en exposer quelques-unes en relation avec des pratiques que nous avons approchées en stage et d'autres issues de la danse et de la méditation.

a) La posture du psychomotricien

Le psychomotricien travaille avec le corps en relation. Il n'est pas un technicien. Un de nos professeurs comparait le psychomotricien à un « funambule ». Il s'agit, pas à pas, de trouver l'équilibre, l'ajustement avec le et/ou les patients que nous prenons en charge. La prise en soin psychomotrice est une co-création et chacun s'implique dans le processus à l'œuvre. Le psychomotricien s'implique physiquement dans les séances et met son corps en jeu. Il se forme à travers les différentes pratiques qu'il va investir, les études qui vont l'amener à élaborer sa réflexion et trouver sa place en tant que psychomotricien.

Le métier de psychomotricien fait appel à un ajustement permanent pour accompagner le mouvement et l'exploration de l'autre. Cet ajustement questionne notre axialité et nos propres appuis : Comment accompagner l'autre tout en le laissant trouver le chemin ? Être présent avec lui tout autant qu'avec nous ? Permettre au patient de trouver ses propres appuis et ressources tout en lui proposant un cadre ? Il est important d'avoir ses questions à l'esprit lors des séances, que nous menons, et de nous les poser régulièrement.

b) Apport de l'eutonie

L'eutonie est une pratique fondée sur l'observation des sensations corporelles, elle permet une meilleure conscience de soi, et de son tonus. L'accompagnement à la conscience de l'axe vertébrale peut se faire avec les baguettes de bambou, comme nous l'avons vu lors de la vignette clinique « 1 ». Nous avons proposé à diverses occasions cette pratique à des enfants lors des prises en soin. Après cette « stimulation », les enfants se redressent et parlent de leurs sensations. Le travail en eutonie permet d'explorer « l'extension axiale vraie » (Lesage, 2012, p.165). Cela implique une prise de conscience du bassin comme centre qui organise le mouvement. Ceci afin que l'enfant puisse sentir sa base, le bassin comme centre organisateur du mouvement en relation avec la colonne vertébrale.

Après ce temps de conscience corporelle, nous proposons parfois des jeux de résistances à la poussée. Dans ces jeux, le premier réflexe est parfois de repousser avec les épaules et les bras. L'enfant peu sûr de ses appuis, utilise sa volonté pour repousser, mais ne contacte pas sa base, ce qui lui demande beaucoup d'effort et le fatigue vite. Lorsque nous sommes déstabilisés, nous réagissons parfois avec nos muscles, nous prenons appuis sur nos tensions pour nous mettre en mouvement : nous perdons l'ancrage à la terre. Le travail d'éveil sensoriel et d'ancrage du bassin permet à l'enfant de revenir à la base. Nous avons proposé ces exercices à des enfants qui avaient des difficultés à contacter leurs appuis tant physiques que psychiques. Ancré dans sa base, l'enfant est plus sûr de ses mouvements, et s'ajuste de meilleures manières dans l'espace. Il apprend à prendre appui sur le sol pour déployer son mouvement dans l'espace.

c) Apport de l'haptonomie

En haptonomie, la notion de « base » est très importante. La pratique de l'haptonomie demande une formation spécifique. Toutefois, il est tout à fait intéressant d'apercevoir comment certaines notions qui sous-tendent cette pratique peuvent s'intégrer dans une prise en soin en psychomotricité. « La base » a plusieurs facettes qu'évoque Jean Louis Revardel (Revardel, 2007). Ces différentes facettes sont intriquées l'une à l'autre. :

-La sécurité de base : Elle est propre à chacun. Elle trouve sa source dans « les offres d'épanouissement affectif et particulièrement lorsqu'elle est gratifiée de confirmation affective » (Revardel, 2007, p.104). Nous avons vu dans la partie « psycho-affectif »

l'importance que cela avait pour le jeune enfant d'être confirmé et validé dans son ressenti. Cette sécurité de base, est en lien avec le sentiment « d'être capable de cela » (Revardel, 2007, p.104) et avec l'aptitude à pouvoir s'engager dans la vie. Elle nourrit la confiance en soi, la sensation d'avoir une place dans le monde et de pouvoir compter sur soi.

- La présence de base : C'est une « qualité de présence ». Elle est en lien avec la sensation d'être à son axe, posé en soi et ouvert au dehors.

- Le sentiment de base : il est en lien avec le sentiment de se sentir, entier, complet.

Nourrir la base peut se faire de différentes manières. Cela implique surtout une qualité de présence de la part du psychomotricien. Si lui-même est dans sa base, il va pouvoir inviter plus aisément l'autre à rejoindre sa propre base. Alors il se met en relation avec son centre, dans son axe, tout aussi disponible à lui qu'à l'enfant qu'il accompagne, qu'à la dynamique de la relation. Pour soutenir la base de l'enfant, il est possible, comme nous l'avons évoqué dans la vignette « 5 » de lui proposer un portage haptonomique (à condition d'avoir été formé à cette pratique). Ce toucher soutient « de manière sécurisante, rassurante, confiante, dans la tendresse, mais, par sa tonicité, il invite l'enfant à se tenir lui-même dans la vie. » (Revardel, p.106, 2017). Après ce temps où l'enfant se pose, il est plus disponible pour revenir à ce qu'il avait entrepris.

Pour compléter, en psychomotricité, soutenir la base, c'est aussi encourager l'enfant dans ses explorations et leurs accorder de la valeur, l'accompagner à trouver lui-même le chemin pour contacter ses ressources. Cela passe par les mots que nous disons à l'enfant pour soutenir ses explorations, pour relever des progrès dont il ne s'est parfois pas aperçu, pour l'encourager à aller jusqu'au bout de ce qu'il a commencé par exemple. Cela passe aussi par le regard que nous portons sur l'enfant que nous accompagnons. Soutenir la base de l'autre, c'est avoir confiance qu'il peut puiser dans ses ressources pour grandir et s'épanouir. Etre dans une écoute et une ouverture, qui permet à l'enfant de se sentir en confiance et de rencontrer ses propres appuis.

- Accompagner un travail sur l'axialité en psychomotricité passe tout autant par des approches qui permettent d'affiner la conscience du corps et de la posture, que par un travail relationnel, qui permet de nourrir une sécurité de base.

d) Revisiter des schèmes de mouvement

Lors de prise en soin je propose aux enfants de revisiter des schèmes de mouvement. J'ai appris ces mouvements lors de formation aux pratiques corporelles en danse et danse-thérapie. En voici quelques exemples :

- S'enrouler et se déployer, a deux partenaires : celui qui « manipule » met une main sur le sternum et l'autre sur la colonne dorsale. L'autre partenaire s'enroule, le contact lui permet d'observer d'une manière plus fine ses sensations. Une fois enroulé, il va partir du bassin et du repoussé du sol pour dérouler la colonne, vertèbre après vertèbre. Cet exercice se fait dans la lenteur, en lien avec la respiration. En revisitant ce schème de mouvement l'enfant va sentir comment il peut céder à la pesanteur pour prendre appui et s'ériger.

- Mouvements de rotation autour de l'axe : Au sol, à partir d'une position allongé sur le dos, en étoile, nous pouvons trouver divers manières de rouler : -à partir des extrémités (bras ou jambe) l'enfant passe une jambe par-dessus l'autre ce qui va entraîner un mouvement de rotation. Dans ces mouvements l'enfant passe par la ligne médiane pour se retourner, ainsi que nous l'avons fait dans les premiers mois de la vie.

-Les mouvements de rotation peuvent également se faire à partir du bassin. L'enfant part de la position en étoile, allongé sur le dos, et s'enroule sur un côté dans un mouvement qui part du bassin. Arrivé sur le côté, il revient à la position de départ.

De nombreux exercices, inspirés de la danse et autres pratiques corporelles permettent de revisiter des schèmes de mouvements en lien avec la construction de l'axialité : nous pouvons faire la marche de la grenouille, en lien avec le mouvement homologue, travailler les diagonales et les mouvements croisés avec des jeux inspirés par la brain-gym ou autres. Notre formation en psychomotricité associée à des pratiques corporelles nous permet d'identifier ce que ces mouvements mettent en jeu et de les proposer de manière adaptée lors d'un parcours de soin. L'essentiel est de ne pas mettre l'enfant en difficulté dans des mouvements qui seraient trop difficiles pour lui. Aussi, la lecture du corps, de la posture nous permet de lui proposer des mouvements adaptés à son besoin. Nous avons ici présenté quelques exercices en lien avec la pratique de la danse mais bien évidemment, d'autres propositions sont possibles pour accompagner un travail sur l'axialité. L'important est que la médiation choisie parle à l'enfant, et que nous la maîtrisons suffisamment pour la proposer dans un parcours de soin.

e) Apport de la méditation

La posture de méditation peut se faire en lotus, ou demi-lotus, en Seiza (à genoux, assis sur un petit banc) ou encore sur une chaise. Dans cette partie, je commencerais par évoquer cette pratique de la méditation zen qui fait partie de mon parcours pour ensuite évoquer en quoi cette pratique m'a permis de mieux comprendre en quoi posture et respiration s'informent l'une et l'autre.

Lorsque nous méditons, nous sommes à l'écoute du souffle, comment il circule, les endroits où cela passe, les endroits où cela ne passe pas, comment permettre, passer ailleurs. Le souffle informe la posture, et nous permet de l'étudier. Cela s'interroge à chaque instant. Lorsque l'on s'assoit, nous cherchons à nous rendre disponible au souffle, dans l'ouverture, des bras, des hanches, et dans l'alignement du corps. Cela prend parfois du temps, nous rencontrons cette habitude de tendre le corps. Comme si l'on avait peur de prendre appui réellement. Nous rencontrons des espaces qui se sont vissés dans le corps. Des endroits qui se sont crispés au cours de notre vie. Ces espaces oubliés, décriés, tentent de s'affirmer comme ils peuvent. Peu à peu avec la pratique, les espaces se dénouent, les chemins se trouvent plus directement pour ouvrir à nouveau, et si l'on est attentif, on serre moins le corps dans notre quotidien. La conscience de ce qui se passe en nous permet la confiance.

La posture se laisse informer par la respiration, le souffle permet de s'ajuster dans l'axe du corps. Pour que cela passe les hanches s'ouvrent, la colonne se redresse. Lorsqu'on accompagne le souffle, c'est délicat, comme une fleur qui s'ouvre doucement. C'est fragile comme les pétales. C'est comme un veilleur qui veille à que la flamme ne s'éteigne pas. La flamme au départ est toute petite. Un peu suspendue encore, hésitante. A un moment donné, il n'est plus nécessaire de veiller sur la flamme prête à s'éteindre, cela respire. Nous cessons d'être observateurs, nous sommes absorbés par le phénomène vivant. Cela circule, ce n'est plus nous qui respirons, mais le vivant en nous.

En méditation, nous sommes attentifs à la respiration, tout autant qu'à la posture, à nos sensations et nos ressentis. Cette pratique affine notre conscience du rôle de la respiration dans la posture. Riche de cette expérience, nous pouvons proposer des pratiques pour accompagner la conscience de l'axe en psychomotricité : la respiration aide à trouver l'extension axiale, éveille les muscles profonds de la colonne. L'expir accompagne le corps à se déposer sur le

sol : plutôt que de prendre appuis sur nos tensions, nous réveillons notre musculature profonde. Les pratiques axées sur la conscience du souffle peuvent prendre des formes multiples. Par exemple, j'ai proposé aux adultes en orthopédie, des mouvements simples inspirés du yoga, où la respiration informe la posture. Ma pratique de la médiation m'a permis de mieux comprendre comment les accompagner à sentir ce lien.

La pratique de la médiation pleine conscience est en essor dans les lieux de soin. C'est une pratique qui peut être proposée pour l'accompagnement de la douleur chronique, notamment. La méditation pleine conscience, peut se pratiquer dans des postures diverses, il n'est pas nécessaire d'être assis. La méditation « change la façon dont le cerveau perçoit et ressent la douleur » (Floquet, 2021).

La pratique de la médiation est un chemin singulier à chacun. Elle permet dans un premier temps de tout simplement « faire une pause », de faire silence et s'autoriser un temps de suspension, à l'écoute de ce qui se passe en nous.

2) Accompagner la construction d'une axialité orientée

Là encore les approches sont nombreuses. Nous aborderons la question autour de la danse Soufi, que nous avons étudié lors de notre formation en psychomotricité et que j'ai également pratiqué dans un stage sur « l'axe corporel » avec Benoit Lesage. Des applications peuvent se proposer lors de séance individuelle ou collective.

a) Danse Soufi

Cette danse Soufi a été reprise par Laura SHEELEN, qui en a apporté quelques modifications issues de sa réflexion. La danse commence et se termine par le nord. Avant de commencer les deux mains sont posées au niveau du centre de gravité « zone des sensations ». Ensuite les deux mains se tournent dos à dos et montent ensemble en direction du cœur sur le « lieu de gravité » au niveau du sternum, zone « de l'affectivité et du sentiment ». (Sheelen, 2006). Ensuite partant du sternum la main droite part vers l'horizon pour montrer le nord tandis que le pied droit s'avance. C'est ensuite le tour de la main gauche et du pied gauche de montrer le nord. Le mouvement se répète dans les quatre directions (Nord, Est, Ouest et Sud). Après

chaque mouvement le danseur revient à sa position initiale. La même série de mouvement se répète dans chaque orientation (Sheleen, 2006).

Une musique accompagne cette danse en lien avec les mouvements de la respiration.

Ce qui a intéressé l'auteur dans l'étude de cette danse est qu'elle positionne le sujet dans des directions orthogonale et géographique. Elle étudie aussi l'acte de marcher : « avec le tempo, sans le perdre, en changeant le rythme, en tournant dans des orientations changeante » (Sheleen, 2006). Elle a apporté des changements à cette danse. Dans sa proposition, les danseurs sont en cercle. Elle a également rajouté deux orientations en plus des points cardinaux : le centre du cercle, et l'extérieur du cercle. Il y a également une adresse des mouvements de cette danse aux partenaires de droite et de gauche.

b) Intérêt de cette pratique

Il peut être intéressant de proposer cette activité pour accompagner un travail sur la spatialité. Cela participe à la construction d'une axialité orientée, tout en y intégrant le vécu émotionnel et affectif. Le travail de cette médiation est un processus qui va informer chacun de son rapport à l'espace :

- Sa possibilité d'indiquer clairement des directions : parfois la direction indiquée par le bras n'est pas franche ou elle est imprécise.
- Elle va renseigner sur la possibilité de retrouver son axe après un changement d'orientation.
- Le vécu n'est pas la même selon les directions que nous prenons. A chaque phase de cette danse, nous vivons une expérience différente.

c) En séance collective

Lors d'un travail en groupe danse avec des personnes en situation de handicap, l'intervenante danseuse qui est aussi psychomotricienne a proposé un exercice inspiré de ces mouvements. Les participants à cet atelier ont souvent du mal à se repérer dans l'espace, pour diverses raisons liées à leur handicap. Le principe était assez simple : montrer la direction de l'espace devant eux, puis sur les côtés et enfin derrière. Dans un premier temps l'exercice pour eux était difficile. Ce qui était aidant pour eux était de nommer les directions qu'ils indiquaient.

Nous (les stagiaires et les intervenants) avons fait dans un premiers temps l'exercice en miroir avec eux pour les aider à trouver leurs repères, et dans un second temps, ils l'ont fait seuls. Cet

exercice c'est répété pendant plusieurs semaines, lors de l'échauffement. Les participants trouvaient du plaisir et à nommer les directions qu'ils indiquaient. Bien que cette pratique ne soit bien évidemment pas suffisante pour leur permettre de se repérer aisément dans l'espace, les directions qu'ils indiquaient ensuite dans les temps d'improvisation étaient plus clairs, et leurs orientations plus variées.

d) En séance individuelle

Il est possible de proposer une adaptation de cette pratique en séance individuelle, pour des enfants qui ont des difficultés à s'orienter dans l'espace et des difficultés à dissocier le mouvement. En effet lorsqu'une main part du sternum pour aller montrer une direction et que l'autre se baisse et cela met en jeu la dissociation. Dans ce cas, il s'agit juste de faire le mouvement dans les quatre directions, en lien avec la respiration. Cet exercice, fait en conscience aide l'enfant à se recentrer, à se mettre dans son axe, et à clarifier ses mouvements.

3) Le rôle de la parole

a) Accompagnement auprès des adultes en orthopédie

Nous évoquons ici le rôle de la parole en orthopédie et la place qu'on lui accorde, mais cette approche peut s'appliquer à différents lieux de soins. Les patients viennent en Service de Soins de Suite et de Rééducation après un grave accident dont ils n'arrivent pas à se remettre, pour des douleurs chroniques, après ou avant une opération. Une place importante est accordée aux échanges verbaux lors de la prise en soin. La personne vient avec le récit de ses blessures physiques et psychiques. L'accident, les douleurs, les blessures de la vie, ont marqué la posture, dans une direction qui témoigne de ce vécu.

Ces patients sont souvent désaxés, on relève un déséquilibre au niveau des chaînes musculaires, ce qui entraîne des tensions. Bien souvent ce déséquilibre postural s'accompagne d'un parcours de vie difficile. Les patients viennent avec des récits de deuils, d'harcèlement au travail, de burnout, de violences conjugales, etc. Dans certains cas, les douleurs vont aggraver les problèmes déjà présents. Par ailleurs les blessures de vie peuvent conduire le corps à se tasser, à se replier avec pour conséquence une augmentation de la douleur

Le travail proposé inclut des temps de massages, de pratique de mouvements doux inspirés de la danse thérapie et du yoga afin d'accompagner un travail postural. L'enjeu est de proposer au patient des mouvements qui permettent une posture plus adaptée à son anatomie, dans l'axe du corps, ce qui va permettre d'atténuer les douleurs. La prise en soin alterne entre des moments de soin corporel, et des échanges sur le vécu des différentes pratiques proposées. Le patient parle de ses ressentis, et rencontre son corps d'une autre manière. Cela vient changer le regard qu'il a sur son corps et sur ses douleurs mais aussi le regard qu'il a sur sa vie, et la place qu'il occupe dans le monde. La question de l'axe est ici présente tant au niveau physique par le travail sur la posture et le schéma corporel qu'au niveau psychique, sur l'axe de leurs vie.

b) Auprès des enfants

Auprès des enfants, le temps de parole aide à la représentation. Après un jeu, une pratique corporelle, nous allons échanger avec l'enfant sur son vécu. Ce temps est important, quel que soit notre axe de travail. En effet formuler ses ressentis lui permet d'intégrer l'expérience qu'il vient de vivre. L'expression du vécu peut prendre une autre forme qu'un échange verbal, cela peut être un dessin par exemple.

Des temps sont parfois nécessaires aussi pour parler avec l'enfant de ce qu'il vit en dehors des séances, dans sa famille, à l'école, quelle est sa place, comment il se situe dans les relations aux autres. Questions qui, nous l'avons vu, sont en relation avec « l'axe psychique » que nous avons évoqué dans la partie psycho-affectif.

B) Trouble psychomoteurs en relation avec l'axe corporel et outils d'évaluation

1) Troubles psychomoteur en relation avec l'axe corporel

Si le processus d'intégration de l'axe corporel se fait dans les premières années de vie, bien des gens, de tout âge, sont peu axés. Ceci, soit pour différentes raisons liées à leur développement neurophysiologique et/ou affectif, soit à des « accidents » de la vie survenus

plus tard ainsi que nous l'avons vu à travers les vignettes des adultes en orthopédie. Les causes sont multiples et peuvent s'exprimer dans diverses pathologies. Un retard de développement moteur en lien avec le handicap peut également entraîner des difficultés d'intégration de l'axe corporel. Enfin, comme nous l'avons vu à travers la théorie et les vignettes, un climat relationnel insécurisant peut entraîner des retard dans le développement moteur et donc dans l'intégration de l'axe corporel.

Les troubles en relation avec l'intégration de l'axe corporel peuvent être présents dans les différents domaines que nous avons abordés dans ce mémoire. Ainsi nous pouvons observer des difficultés dans la régulation et la gestion du tonus, la structuration de l'espace, l'équilibre, les coordinations, la latéralité, etc. Les difficultés peuvent également s'exprimer dans les représentations du corps, le schéma corporel et l'image du corps. Les troubles de l'axe corporel peuvent également se manifester dans la sphère affective, la difficulté à trouver sa place, à mettre des limites entre l'autre et soi, entre le dedans et le dehors. Nous avons tout au long de ce mémoire, à travers les vignettes cliniques, abordés ces questions.

2) Items de bilan psychomoteur en relation avec l'axe corporel chez l'enfant

Dans cette partie, nous allons présenter quelques éléments de bilan qui peuvent aider à observer l'intégration de l'axe corporel.

- *Tonus*

Nous avons vu l'importance du tonus dans la construction et l'intégration de l'axe corporel.

Le ballant : il nous permet d'observer la maturité neurologique: On prend le bras depuis la main et on demande à l'enfant de se faire tout mou. On remue le haut du corps par les épaules, et on observe le mouvement des bras qui doivent se balancer légèrement.

La chute : On soulève le bras de l'enfant et on le lâche sans prévenir, cela permet d'observer sa capacité de relâchement. On est attentif aux mouvements parasites qui peuvent apparaître : est-ce que l'enfant va bloquer, freiner le mouvement ?

L'extensibilité : On teste la mobilité des articulations en les mobilisant.

La relaxation : L'enfant est au sol, on lui demande de se faire tout mou, et on lui propose des mouvements de balanciers ou de chute. On observe sa capacité à se relâcher

Les poussées : L'enfant est debout. Le psychomotricien lui propose des poussées, dans le dos sur le côté et à l'avant du corps. Cela permet d'observer l'ancrage, la capacité à mobiliser le centre pour résister à la poussée.

La posture nous donne également un bon indice de l'équilibre tonique. Nous pouvons observer la mélodie tonique tout au long du bilan à travers les jeux moteurs et le geste graphique.

- *La Latéralité*

L'observation de la latéralité est un indice d'intégration de l'axe corporel. La latéralité entre en jeu dans l'organisation spatiale et du schéma corporel. Nous pouvons l'observer tout au long du bilan. La batterie d'Auzias évalue la latéralité usuelle, la Batterie HHR teste la dominance latérale main et œil et pieds. Le tonus nous donne un indice de la latéralité neurologique.

- *Le schéma corporel*

Le dessin du bonhomme : Il nous permet d'observer la représentation que ce fait l'enfant de son corps. La posture, la position de l'axe, le dessin des jambes, peuvent nous donner des indices sur l'intégration de l'axe chez l'enfant.

L'épreuve d'imitation de geste Berges- Lezine : Dans ce test l'enfant imite des gestes simples et complexes de l'adulte, en miroir puis en vérité. Il nous permet d'observer ses coordinations et son organisation corporelle et donc l'intégration de l'axe.

- *Les coordinations*

A travers les tests qui évaluent les coordinations nous pouvons voir chez l'enfant l'acquisition des différents schèmes de mouvement qui participent à l'intégration de l'axe corporel. De nombreux tests sont possibles tel le Charlop-Atwell qui permet d'observer les coordinations, les dissociations des mouvements de demi-tour et de tournoiement qui s'organisent autour de l'axe vertébral, ainsi que l'équilibre statique (sur la pointe des pieds) et dynamique (sauts à cloche pieds). Les tests de coordinations issus du « Marte-Vhyl » sont également pertinents pour observer les coordinations et dissociations en lien avec l'intégration de l'axe corporel.

Il est aussi intéressant d'observer la coordination oculo-manuelle. On a vu son importance dans le passage d'une posture asymétrique à une autre et le passage de la ligne médiane. Cette coordination va avoir un rôle dans l'organisation et la planification du geste.

- *L'espace*

Nous pouvons questionner l'enfant sur les notions spatiales en rapport avec l'intégration de l'axe corporel (devant/derrière, droite/gauche, haut/bas). La figure de Rey renseigne sur les capacités visuo-spatiales, visuo-constructives, la planification, et la mémoire visuelle. De plus, tout au long du bilan nous pouvons observer si l'enfant s'organise autour de son axe corporel pour se situer et s'organiser dans l'espace.

3) Bilan psychomoteur chez les adultes en orthopédie

Nous allons ici présenter les bilans psychomoteurs tels qu'ils sont proposés en orthopédie, sachant que ces bilans peuvent s'appliquer à différents publics adultes. En orthopédie, le bilan se déroule en deux temps. Dans un premier temps, il s'agit d'un entretien clinique. On demande au patient ce qui l'a amené à être hospitalisé dans le service, la description de ses symptômes et les démarches qu'il a entreprises pour se soigner. On retrace ensuite avec lui l'histoire de sa maladie, que l'on met en relation avec son histoire de vie. Le deuxième temps questionne l'organisation posturale. On regarde comment s'est organisé le patient dans sa posture, celui-ci peut amener des radios, ou autres documents que l'on peut regarder avec lui pour mieux comprendre ce qui se passe pour lui.

Le bilan permet de proposer un projet thérapeutique, qui va travailler tout autant la posture physique que psychique avec des temps de paroles et de pratiques corporelles.

C) Etude de cas Sylver

1) Présentation, bilan et anamnèse

a) Présentation

Sylver né en août 2013, a six ans lorsque je le rencontre en octobre 2019. Il est le cadet d'une fratrie de deux enfants. Son frère aîné a alors sept ans. C'est un enfant dont il est difficile de rencontrer le regard. Sylver présente un retard psychomoteur global lié à une épilepsie sévère. Il s'exprime peu par la parole, souvent il manifeste un débordement d'émotion par des cris. J'ai connu Sylver d'octobre 2019 à mars 2020, date à laquelle mon stage a été interrompu en raison de la crise sanitaire. Le récit que je fais de cette rencontre concerne donc cette période.

b) Anamnèse

Sylver est venu en psychomotricité sur prescription du médecin de famille. La maman est épileptique comme son fils. Lors des trois premiers mois de sa grossesse, elle a pris de la Dékapine, n'étant pas au courant du risque. En effet, la prise de Dépakine pendant la grossesse peut entraîner des malformations ainsi que des troubles neurologiques chez l'enfant (Bême, 2016). Sylver n'a pas pu être scolarisé. Il était en attente d'une place en IME (Institut-Médico-Educatif), lorsque je l'ai rencontré. Il a été accepté dans cet établissement en septembre 2020. Dans l'anamnèse, Emma, ma maître de stage, relate également que Sylver sait prévenir ses crises d'épilepsie: il peut s'asseoir ou s'allonger. Il marche mais se prend fréquemment les pieds dans des obstacles. Sylver porte des protections, il n'est pas propre. Lorsqu'Emma le rencontre pour le bilan en août 2019 il n'a donc bénéficié d'aucune prise en charge médicale ou paramédicale mis à part l'étayage d'une assistante maternelle à domicile. Sylver est suivi en psychomotricité à raison de deux séances par semaine et en orthophonie en libéral. Il est par ailleurs accompagné par une éducatrice et une assistante sociale au sein de la MDSI (Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion) de sa ville. Lors des premières séances, ma maître de stage m'explique qu'il était difficile d'entrer en contact avec lui.

c) Synthèse du bilan

Lors du bilan, pendant lequel je n'étais pas présente, ma maître de stage a observé les caractéristiques suivantes chez Sylver :

- Au niveau de la conscience corporelle : La somatognosie est en place. Sylver connaît les mots du corps humain et peut situer sur lui les parties du corps qu'il nomme. Mais souvent il ne regarde pas ce qu'il désigne et s'agite beaucoup.

- Au niveau moteur, sa marche est irrégulière, le haut et le bas ne sont pas coordonnés. Il a des difficultés à lancer le ballon mais peut le rattraper avec un accompagnement verbal. En ce qui concerne la motricité fine il peut enfile les cubes jusqu'au bout. Sa main dominante est la droite. Au niveau du graphisme, il est dans le gribouillage et l'exploration sensori-motrice. Il peut nommer des actions comme « sauter » et « tomber ».

- Au niveau relationnel, son regard n'est pas direct mais il entre cependant en relation avec des jeux de coucou caché. Il supporte mal l'attente. L'imitation est présente. Nous avons vu dans ce mémoire l'importance de l'imitation comme moyen de communication et d'identification à l'autre. Sylver peut se saisir de l'imitation pour entrer en relation, et apprendre de l'autre.

- Dans sa relation à l'espace, Sylver peut se cogner aux objets et aux personnes lors de ses déplacements. D'ailleurs, il semble prêter peu d'attention à l'espace autour de lui.

- En ce qui concerne le vocabulaire il utilise quelques mots simples comme « ballon tombé » mais ne fait pas de phrases.

On repère également un trouble de la régulation tonique ainsi qu'un retard neuro-moteur.

Les traits marquants observés en conclusion du bilan sont des passages entre une hypertonie et une hypotonie, des chutes, un lâcher du corps. Des difficultés de régulation toniques sont repérées ainsi qu'un manque de filtre, ce qui l'amène à être souvent débordé. C'est un enfant qui manque d'appui, d'axe, de solidité, de contenance.

d) Projet thérapeutique

Des séances de psychomotricité sont proposées à Sylver afin de l'accompagner dans son développement psychomoteur global à travers le jeu et la relation et ainsi l'aider à prendre conscience de son corps, de l'espace et de l'autre. La régularité de deux séances par semaine est proposée et acceptée par les parents pour commencer le suivi. Un travail sur la régulation

tonique, l'attention et les coordinations globales et fines seront au cœur des séances. Nous verrons dans cette étude de cas, que le travail dans ces domaines va être étayé par un travail d'intégration de l'axe corporel.

2) Etayage de la construction de l'axe corporel dans la prise en soin

a) Eprouver une continuité d'être

Lorsque je le rencontre pour la première fois, Sylver revient de l'hôpital. Sylver ne prête pas attention à ma présence et demande le ballon à ma maître de stage. Il le lance très haut vers le plafond et pousse des cris : on voit qu'il est débordé par l'émotion. Sylver crie aussi lorsque le ballon s'échappe. Ce jeu avec le ballon résonne avec son séjour à l'hôpital suite à une grosse crise d'épilepsie : il a été absent de chez lui et les séances ont été interrompues pendant trois semaines. L'épilepsie est une rupture d'être, un moment de disparition de la conscience de soi et Sylver semble éprouver une inquiétude fondamentale dans sa continuité, comme s'il était menacé de disparition.

La séance suivante, Sylver demande le tunnel de motricité. Cela déclenche une grande peur chez lui de rentrer dedans, peur qu'il manifeste par des cris. Il y pénètre mais la peur est toujours présente à la traversée du tunnel. Néanmoins, Sylver persiste à demander le tunnel au début des séances. Nous le soutenons dans ce jeu, lui signalant notre présence. C'est important qu'il sache qu'on est là dans ce passage difficile, et qu'on lui signifie qu'on sait, qu'il est là, lui aussi, tout au long de cette traversée qui peut faire écho à sa naissance. Nous verbalisons avec des mots simples : « On te voit dans le tunnel, nous t'entendons », etc. Lorsqu'il en sort c'est bien lui, Sylver, qui est avec nous, et nous l'accueillons : « Ah, tiens te voilà ! ».

Sylver peu à peu se rassure : au fil des séances, il peut traverser le tunnel sans disparaître. Lorsqu'il est dedans il dit « caché » et « coucou » lorsqu'il en sort. Il apprécie particulièrement ces jeux qui lui permettent de construire une conscience de lui et de son corps, et d'éprouver une continuité d'être. Plus tard dans l'année, Sylver demande la cabane (petite cabane en toile de tente) au lieu du tunnel. Il se met dedans, et lance parfois une balle qui s'échappe hors de sa vue. Il vient ensuite la chercher sans manifester d'anxiété. La conscience de la permanence de l'objet qui n'était pas présente auparavant se construit au fil des séances. Selon PIAGET la permanence de l'objet s'acquiert à la fin du stade sensori-moteur entre 18 et 24 mois lorsque

l'enfant comprend que l'objet existe indépendamment de sa perception (Frechette, et Morissette, 2018).

Avec Freud, nous pouvons penser également au jeu du fort-da (parti-revenu) : l'enfant lance la bobine et dit « fort » quand la bobine s'en va, et « da » lorsqu'elle revient. Freud a observé ce jeu avec son petit-fils qui jouait à faire apparaître et disparaître une bobine, lorsque sa mère s'absentait. Cela permettait à l'enfant de rejouer ce jeu d'apparition-disparition de la mère, tout en étant acteur du « jeu » (Freud, 1920). L'enfant sait que la bobine va revenir. Cela lui permet de pouvoir intégrer la séparation. Il sait de même que sa mère ne disparaît pas lorsqu'elle s'en va et que généralement, elle va revenir. De la même façon, que Sylver sait maintenant qu'il ne disparaît pas et nous non plus lors de la traversée du tunnel. Nous avons vu dans ce mémoire que l'axe était en relation avec le sentiment d'une continuité d'être et de vivre. Sylver a pu ressentir qu'il était là avec nous quoiqu'il arrive, ce qui l'a aidé à éprouver ce sentiment.

b) Repasser par l'enroulement pour s'apaiser et se recentrer

Dans le premier temps de sa prise en soin, Sylver avait le corps en arrière, en position arquée, ce qui marque une tension dans les chaînes postéro-médianes une hyperkinésie ainsi qu'une hypertonie. Ses bras étaient relevés, tendus vers l'arrière comme s'il cherchait à prendre appui derrière lui. S'il était très en tension dans le haut du corps, (le torse et les bras), le bas du corps, en revanche, n'était pas très investi. Il était peu sûr de ses appuis, se prenait souvent les pieds dans ses objets. Sylver était également très tendu dans sa posture, ses gestes étaient raides et contrôlés et cela semblait être une manière pour lui de tenter de maintenir un état tonique stable. Lorsque les sensations qu'il éprouvait étaient trop fortes, il se désorganisait, poussait des cris et rejetait la tête vers l'arrière. Cela arrivait aussi lorsqu'il était inquiet : cela a été le cas lors de son retour de l'hôpital par exemple, mais également lorsqu'il était « excité » et pressé d'ouvrir le placard pour prendre un jeu, par exemple. Dans ces moments-là, Sylver se trouvait dans la même posture d'extension, de plus, il sifflait et poussait des cris aigus.

Nous pouvons faire l'hypothèse que pour lui, la régulation tonique passait essentiellement par les flux sensoriels. Ainsi que le précise BULLINGER, maintenir un état tonique par ce moyen « suppose un contrôle strict des gestes pour ne pas atteindre le point critique où les stimulations trop fortes désorganisent cet équilibre ». (Bullinger, 2001, p.2). La posture de Sylver témoignait d'un déséquilibre tonique entre la flexion et l'extension. Celui-ci ne semblait

pas avoir intégré la flexion et se trouvait la plupart du temps en extension. Ainsi que le rappelle BULLINGER « chez le nouveau-né, l'extension du buste est une réponse tonique primaire à une variation de flux inattendu » (Bullinger, 2001, p.3). Chez Sylver le schéma qui dominait était celui de l'hyper extension (Bullinger, 2001. p.3) ce qui rendait difficile le partage. Comme nous l'avons vu, l'équilibre entre flexion et extension permet d'intégrer un arrière fond, base de sécurité pour se construire et grandir. Sylver ne semblait pas avoir intégré cet arrière fond. BULLINGER parle de prothèse de rassemblement pour les enfants « à risque autistique », qui utilisent des moyens de compensations pour se rassembler et réguler leur tonus. Il évoque notamment, le blocage de la respiration et la recherche d'appuis dos, conduites fréquente chez Sylver (Bullinger, 2001).

Les raisons pour lesquelles Sylver n'avait pas pu intégrer la posture d'enroulement peuvent être en lien avec son épilepsie et aussi à d'autres raisons, nous n'en connaissons pas les causes exactes. L'important a été de l'accompagner à retrouver cette posture, ce qui s'est déroulé en plusieurs étapes. Sylver lors des premières séances, où je l'ai rencontré se mettait fréquemment au sol, allongé sur le dos à la recherche d'un appui. Il tendait ensuite sa main pour qu'on le relève. Par un accompagnement verbal et physique, ma maître de stage l'a accompagné à passer par la spirale pour se relever : c'est-à-dire à passer par l'enroulement et la torsion pour se relever. Au bout de quelques semaines, ce mouvement était intégré. Sylver part désormais de la position sur le dos, et s'enroule sur le côté puis il prend appui sur ses mains et ses pieds pour se mettre à quatre pattes et se relever.

L'apparition de la spirale apporte du volume et davantage de fluidité dans ces mouvements. Après ce temps d'intégration, Sylver a demandé régulièrement la cabane lors des séances. Dans cet espace qui le contient il amorce une posture d'enroulement. Il reste un bon moment dans cette posture qui l'apaise et le centre. La cabane semble ainsi jouer le rôle d'une kinesphère (voir définition du concept, p.36), un espace contenant autour de lui. Ainsi il a pris appui sur un dispositif externe, la cabane, pour consolider une ressource interne l'enroulement. Après quelques mois de prise en charge il arrive de plus en plus rarement à Sylver d'être débordé par ces émotions au point de se désorganiser et sa posture en hyper-extension tend à disparaître.

Comme nous l'avons vu dans ce mémoire, l'enroulement est également lié à l'intégration d'un dedans et d'un dehors. Dans ses jeux avec la cabane Sylver va peu à peu construire ce préalable à la perception de soi dans l'espace.

c) Dialectique dedans dehors, limites et contenance

Dans les premiers temps, Sylver joue au chien dans la cabane et prend une balle dans sa bouche, rentre et sort de la cabane. A plusieurs reprises, Sylver teste les parois de la cabane et son extensibilité. Il perçoit ainsi des limites et de la contenance. Sylver sort souvent la tête, un bras, une jambe, par un trou de la cabane (la cabane à plusieurs trous) et nous formulons ce qui rentre et sort de la cabane. Nommer les parties de son corps, aide Sylver à prendre conscience de ce qu'il met en mouvement. Régulièrement, il sort des balles de la cabane, vient les récupérer et rentre à nouveau. Peu à peu il formule « Sylver dedans » et « Sylver dehors ». Lors d'autres séances, il remplit la cabane de balles qu'il s'amuse à lancer dans notre direction. Il alterne ainsi des moments où il est dans sa bulle et d'autres où il vient vers nous pour aller chercher les balles. Peu à peu, des regards s'échangent, ainsi que des sourires.

Après avoir trouvé de l'apaisement dans cet espace contenant, Sylver peut entrer plus facilement en contact. Lors d'une des dernières séances « cabane », il sort et vient vers nous. Il vient nous dire « coucou », nous lui répondons « coucou Sylver ! ». Sylver s'empare alors d'une ficelle, la plie en deux, il se met face à la pliure et dirige un bout vers Emma, un bout vers moi. Il a pu s'apaiser et commencer à construire un dedans et un dehors, ce qui l'a rendu disponible à la relation.

A cette période, les premiers jeux de à toi à moi sont apparus dans les séances en psychomotricité ce qui signe une ouverture vers l'autre. Nous avons échangé avec l'orthophoniste qui suit Sylver. Elle nous a raconté que c'était le cas pour elle aussi. Nous avons parlé de cette évolution à sa mère qui nous a dit qu'en effet, elle trouvait son enfant plus accessible, et que celui-ci pouvait investir des moments de jeux avec son frère, ce qui n'était pas possible auparavant. Dorénavant, Sylver accepte la rencontre avec l'autre, ce qui auparavant n'était pas possible. Il ne laissait pas l'autre l'approcher. Par exemple, il jouait parfois avec des petits cubes, et dès qu'on allait vers lui il nous repoussait. Il était difficile d'entrer en relation directe avec lui. En effet, comme nous l'avons vu dans le mémoire, le fait de se différencier est fortement en lien avec celui d'intérioriser l'absence de la mère et de pouvoir supporter son absence. L'enfant sait qu'il peut exister sans sa mère, ce qui lui permet d'investir le jeu. C'est

lorsqu'il s'est senti plus solide dans son sentiment d'exister, et qu'il a se tranquilliser « seul » dans un petit espace à lui (ici, la cabane) que Sylver a pu s'ouvrir à la relation.

Le premier jeu de à toi à moi se fait avec les balles. Sylver lance à la balle à Emma et à moi et nous l'invitons à dire nos prénoms. Souvent on observe chez Sylver un manque de coordination oculo-manuelle il ne regarde pas ce qu'il fait, ce qui peut générer une maladresse dans ses gestes. Lors des jeux de balles, il est invité alors à regarder à qui il adresse son geste, ce qui amène un redressement de l'axe ainsi qu'un éveil du corps. Cela l'amène également à nous adresser son geste. Plus il s'investit dans le jeu avec nous, plus Sylver est présent et moins envahi par ses sensations. La relation lui offre d'autres sources de régulation tonique que celle de l'hypertonie, notamment celle du dialogue avec le milieu humain.

La cabane joue pour Sylver le rôle d'un refuge et d'un retour sur soi qui va rendre plus aisée une ouverture vers le dehors. Lors d'une autre séance, il invite à nouveau Emma à rentrer dans sa cabane avec lui. Bien que cela reste difficile de laisser entrer l'autre dans son monde nous voyons apparaître des moments où il accepte cette rencontre.

d) Trouver ses appuis pour se redresser et s'adresser

Sylver apprécie les jeux de « je suis tombé » Il joue à tomber et demande l'appui de l'autre. Il joue aussi à lâcher le poids de son corps sur le sol. Il demande souvent à prendre la main de l'autre et cherche son appui. Emma, dans un premier temps, l'accompagne puis l'invite à se relever lui-même, à trouver ses propres appuis. Cela passe par les mots et par le contact lorsqu'il le permet. Sylver se construit parfois un petit parcours avec un escalier en mousse, et des tapis. Il joue à faire le parcours, avec les pieds, puis fait le même parcours mais au lieu des pieds, ce sont les mains qui montent le petit escalier et marchent sur le tapis. Dans ces jeux d'exploration, nous l'accompagnons, nommons ce qu'il fait, ce qui participe à sa conscience corporelle. Le fait de nommer ses appuis l'aide à sentir le mouvement et à l'intégrer. En effet, lorsqu'on lui dit « Ah ! Tu as monté sur le petit escalier avec tes pieds » Sylver prend davantage appui dessus et répète « les pieds ». La séance suivante, il va de lui-même nommer les appuis qu'il utilise, pieds ou mains, pour se déplacer. Au fil des séances, et des explorations son vocabulaire et son investissement moteur s'enrichissent : il « pousse » il « appuie », il « sort », il « saute. » Davantage de souplesse est possible et le corps est plus détendu. Après avoir exploré son

parcours, Sylver le fait parfois « faire » à une figurine, un objet. De cette manière il construit une représentation de ce qu'il a vécu.

C'est aussi par le langage qu'il va pouvoir se construire des représentations de ses expériences et de ce qu'il éprouve. Lorsqu'il éprouve une forte émotion, il n'a pas les mots pour le dire, et pousse des cris, s'agite, etc. Nous le questionnons sur ce qui ce passe pour lui : « Tu as peur ? », « Tu es très content ? » Si Sylver ne peut prendre l'initiative de dire ce qui lui arrive, nos questions l'aident à nommer son émotion. Il répond alors, « Sylver content », « Sylver triste » ou « Sylver peur. ». Sa réponse semble cohérente par rapport ce que nous percevons de son attitude. Par ces questions, nous arrivons parfois comprendre ce qui le rend content, triste ou apeuré.

Mettre des mots sur ce qui se joue n'est pas toujours possible mais lorsque cela peut se faire, cela le conduit à retrouver du calme. Willfred BION a développé une théorie à ce propos. Mireille FOGINI, dans un article sur BION, résume cette théorie : la mère, en mettant des mots, sur l'éprouvé brut du nourrisson, va permettre à celui-ci « métaboliser son expérience de contenus indigestes, en quelque chose de filtré, choisi, préparé et partageable. » (Fogini, 2004, p.157). La mère par ses mots, ses gestes, sa réaction à ce qu'exprime l'enfant exerce sa fonction « alpha ». Elle va transformer les vécus bruts et indigestes du nourrisson en éléments partageables et assimilables. Pour cela elle s'appuie sur « sa capacité de rêverie », autrement dit sa capacité à rêver, imaginer ce que l'enfant exprime par ses cris, ses pleurs, ses manifestations motrices (Fogini, 2004). Au fil des séances, davantage de vocabulaire apparaît pour nommer des émotions, des actions en train de se faire.

e) Se verticaliser pour s'ouvrir au dehors

Lors d'une des dernières séances où je rencontre Sylver, en mars 2020, Emma sort des cubes qui ont des petits trous par lesquels il est possible de faire passer un fil. Sylver fait passer le fil dans les cubes, les aligne. A l'aide d'Emma, il nomme « dedans » lorsque le fil rentre dans le cube et « dehors » lorsqu'il en sort. Le fait d'aligner les cubes semble accompagner Sylver vers le sens de l'axialité : en effet, il se redresse peu à peu. Dans la même période, il passe plusieurs fois à travers le tunnel, en vertical : il le fait passer par-dessus sa tête et le fait ensuite descendre jusqu'à ses pieds. Il fait de même avec le cerceau qu'il fait passer de la tête aux pieds : il prononce le mot « haut », quand il met le cerceau en haut et le mot « bas » lorsque le

cerceau se retrouve au sol. Ces mouvements participent à un vécu du corps comme unité : Sylver est debout des pieds à la tête. Par ces jeux, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il nous signifie la perception de sa verticalité entre terre et ciel.

Conclusion :

Au fil des séances, Sylver a trouvé davantage de souplesse et de fluidité dans ses mouvements. Au fur et à mesure qu'il a pu se redresser, et intégrer l'axe de son corps, Sylver était plus présent dans la relation à l'autre. L'étayage dans l'intégration de son axe corporel s'est fait tant par des appuis physiques que relationnels. En effet, la psychomotricienne l'a aidé à contacter ses appuis pour retrouver l'enroulement, et nous l'avons encouragé et soutenu dans ses explorations. Il a pu prendre appuis sur nos présences et notre soutien pour prendre confiance en la relation et rencontrer ses propres appuis. Lorsqu'il a pu trouver un équilibre entre la flexion et l'extension, des moments pour se replier, et d'autres pour se redresser, il a pu s'ouvrir à la rencontre.

C'est donc une approche globale, qui prend en compte tant les dimensions physiques que psychiques qui a permis à Sylver d'évoluer dans sa prise en soin. J'ai vu Sylver sur une durée de six mois. En quelques mois, il a beaucoup évolué tant dans sa posture physique que psychique. Son regard était beaucoup plus présent et les moments d'interactions avec lui se faisaient plus nombreux. Sylver pouvait arriver en séance dans le calme, et exprimer parfois ses émotions autrement que par des cris. Lors d'une dernière séance, il a pu nommer de lui-même son émotion « Sylver, content » sans qu'on le questionne. Son vocabulaire s'est enrichi bien qu'il persiste à parler de lui à la troisième personne ce qui marque un accès difficile à la subjectivité et à se percevoir soi différent des autres. Après mon départ, un travail sur l'ancrage, les appuis, la contenance s'est poursuivie ainsi qu'un accompagnement et un soutien dans ses explorations.

CONCLUSION :

Dans ce mémoire nous avons proposé une lecture intégrative de l'axe corporel. Si l'axe a longtemps été étudié d'un point de vue anatomique, les approches intégratives sont plus récentes. Revenons à notre problématique : « pourquoi la question de l'axe corporel fait appel tant à des appuis physique que relationnels ? » L'axe corporel est un axe psychomoteur, en tant qu'il aborde tout autant l'aspect moteur que l'aspect psychologique de la question. De plus nous pouvons dire que c'est également le cas dans la pratique psychomotrice : pour proposer un travail autour de l'axe corporel on sollicite tout autant les appuis physiques que relationnels.

Cette lecture psychomotrice de l'axe permet de rester fidèle à un des principes fondamentaux qui soutiennent l'éthique de la pratique : une approche de l'humain qui tient compte de tous les aspects qui le constituent. Ce qui fait de la psychomotricité un art de la relation, et non un art de la maîtrise. Le psychomotricien, se forme, durant ses études, il continue ensuite de se former tout au long de son parcours. Il interroge sa pratique et l'enrichit au fil des expériences. Il s'appuie sur ce qu'il a appris pour exercer son métier. Son axe est celui de la pratique psychomotrice avec son cadre éthique et déontologique. Cependant, puisque il travaille avec l'humain, et que dans l'humain rien n'est figé, il devra fournir un travail d'adaptation, en fonction de qui il rencontre, dans quel contexte et à quel moment.

Nous avons choisi, dans ce mémoire, de ne pas présenter une clinique en particulier. Ceci notamment en raison des terrains de stages variés. Nous avons trouvé intéressant ici, de proposer une approche transversal de la clinique. Cela ne nous a pas permis de creuser la question de l'axe corporel en ce qui concerne un public en particulier mais cela nous a permis de présenter différentes manières de l'approcher, que cela soit en fonction de la clinique rencontrée, et/ou de la médiation choisie pour l'aborder.

Il aurait été intéressant de creuser la question de l'autonomie : comment le psychomotricien va progressivement trouver à accompagner le patient à trouver son axe et mobiliser ses appuis pour se tenir lui-même dans la vie ? Ce qui nous mène à la question du détachement progressif du psychomotricien dans la prise en soin, jusqu'à ce que, lorsque cela est possible, le patient soit suffisamment sûr de ses appuis pour cheminer sans lui.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. (1962). Le corps comme relation. Dans Joly, F., Labès, G., & Jolivet, B (Dir.) *Corps tonus et psychomotricité* (2009) (p. 163-184). Éditions Vernazobres-Gregio.
- Ajuriaguerra, J. (1978). L'enfant et son corps. Dans Joly, F., Labès, G., & Jolivet, B (Dir.) *Corps tonus et psychomotricité* (2009) (p. 197-215). Éditions Vernazobres-Gregio.
- Angelino, L. (2008). L'a priori du corps chez Merleau-Ponty. *Revue internationale de philosophie*, 2(2), 167-187.
- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Dunod.
- Bainbrige Cohen, B. (2002). *Sentir, ressentir et agir*. Contredanse.
- Bême, D. (2016, 24 février). *Dépakine et malformations congénitales : les ratés de la pharmacovigilance*. Doctissimo. <https://www.doctissimo.fr/medicaments/effets-secondaires-des-medicaments/depakine-valproate-sodium/depakine-grossesse-rapport-igas>
- Berthoz, A. (1997). *Le sens du mouvement*. Odile Jacob.
- Berthoz, A. (2014). L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique Dans Botbol, M., Garret-Gloanec, N., & Besse, A. (dir) *Une théorie spatiale de la différence entre la sympathie et les processus d'empathie* (p. 79-98). Doin
- Brillant, M. (2019) *L'axe corporel, Kezako*, <https://bobinesensorielle.com/axe-corporel/>
- Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35.
- Bullinger, A., & Delion, P. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, tome 2 (La vie de l'enfant)*. Eres.
- Bullinger, A. (2001). Les prothèses de rassemblement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49(1), 4-8.
- Calais-Germain, B., & Samuel, J. (1984). *Anatomie pour le mouvement 1 introduction à l'analyse des techniques corporelles*. Désiris
- Calais-Germain, B., & Valls Barbera, M. (2005). *Respiration anatomie, geste respiratoire*. Désiris.
- C. De Woot, P. Baldewyns. (2007). *Un bébé comment ça marche ?* Latitude Junior.
- Delion, P. (2008). *Tout ne se joue pas avant 3 ans*. Albin Michel.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil.
- Dor, J. (2012). La fonction du père en psychanalyse. Dans *Le père et sa fonction en psychanalyse* (p. 15-22). Eres.

- Floquet, X. (2021, 2 mars). *Douleurs chroniques et méditation : ce que dit la science*. Cours Imago - méditation pleine conscience - mindfulness. <https://www.coursimago.com/blog/douleurs-chroniques-et-meditation>
- Fognini, M. (2004). Perspectives et apports de Bion au travail clinique. *Le Coq-héron*, 2, 144-160.
- Frechette, N., et Morissette, P. (2018, août). *Permanence de l'objet selon Piaget*. Développement de l'enfant. <http://developpement.ccdmd.qc.ca/fiche/permanence-de-lobjet-selon-piaget>
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. PUF.
- Goeders, B. et Fosselard, A. (2017). *Le rôle de l'eutonie Gerda Alexander® chez le psychomotricien*. <https://eutonie-gerda-alexander.be/connaitre/publications>.
- Golse, B., et Simas, R. (2008). Du moi-corps freudien à la co-construction du self, en passant par l'image du corps. *Contraste*, 28-29(1), 129-138.
- Haag, G. (1997) *Constitution du moi corporel et des toutes premières étapes du développement du moi qui sont d'ordre corporel : comment le polyhandicap y compris moteur affecte ou non cette constitution*. Exposé en avril-mai 1997 aux Journées du CESAP sur le handicap en institutions. 29-41
- Hackney, P. (1996). Connexité et expressivité par les bartenieffs fondamentaux. *Nouvelles de danse / Numéro spécial « L'intelligence du corps » N°28*, 72-75
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185-194.
- Landon, P. (2017, 3 septembre). *Réflexes archaïques, posture et Intégration Motrice Primordiale (IMP)*. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=gfyyK176VRA&t=361s>
- Landon, P. *Le réflexe de Moro - Observation et intégration*. L'IMP : au cœur des réflexes archaïques / primitifs. Consulté le 12 février 2021, à l'adresse <https://www.reflexes.org/le-reflexe-dembrassade-de-moro/>
- Landon, P. (2018, novembre). *Conférence : réflexes et apprentissages*. <https://www.reflexes.org/category/articles-divers/>.
- Lacan, J. (1973) Séminaire, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Le Seuil.
- Laplanche, J. et Pontalis, J. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Lecut, C. (2014). Réflexes primitifs, un chaînon manquant ? *Profession Kiné*, 36, 9-12.
- Lesage, B. (2018). L'espace et le temps en psychomotricité. Dans *Manuel d'enseignement de psychomotricité (Psychomotricité : Tome 4 - Sémiologie et nosographies psychomotrices)* (p. 81-93). De Boeck sup.
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle (L'ailleurs du corps)*. Eres.

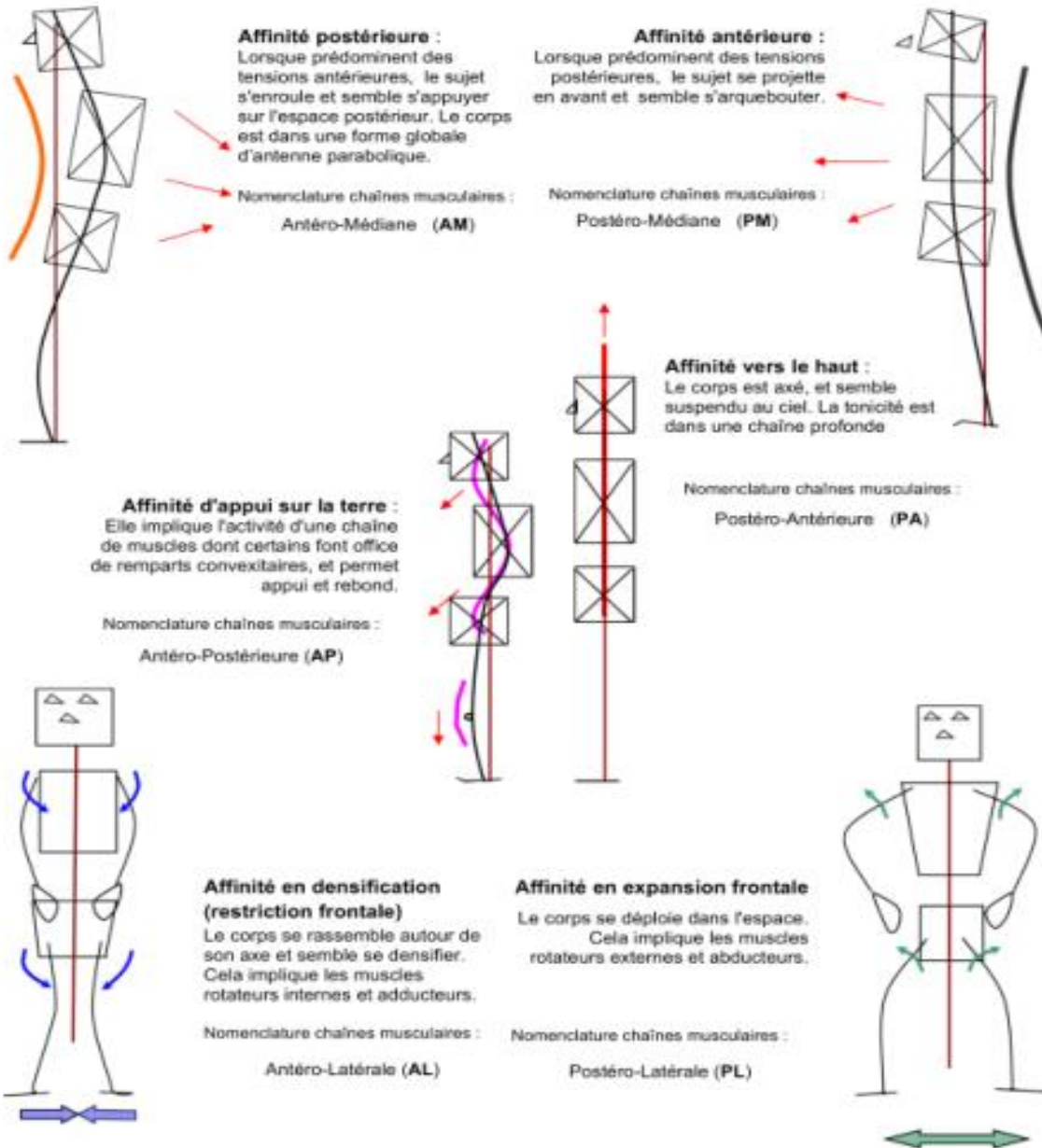
- Lesage, B. (2006). Naître à l'espace. *Enfances & Psy*, 33(4), 2-9.
- Lesage, B. (1995) Interview de Genevieve Haag. *Thérapie psychomotrice et recherche*, 104, 12-18
- Lesage, B. Notes de cours-formation 2018.
- Lobbé, J. (2019). Chapitre 16. L'axe psychique. Dans : Éric W. Pireyre éd., *Autisme, corps et psychomotricité: Approches plurielles* pp. 109-115.
- Magne, C. Notes de cours, 2017.
- Mariot, C. De l'accès à la verticalité chez l'enfant : La constitution de l'axe corporel *Journal de la petite enfance*, 31-33
- Merleau-Ponty, M. (2017). *Phénoménologie de la Perception*. French & European Pubns.
- Meurin, B. (2018). L'axe corporel : Un appui postural, émotionnel et représentatif. *Motricité Cérébrale*, 39(2), 66-70.
- Nadel, J. (2016). *Imiter pour grandir: Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Paris: Dunod.
- Parmentier, S. (2001). Généalogie de la position dépressive chez Melanie Klein. *Figure de la psychanalyse*, 43-67.
- Piret, S., & Béziers, M. (1986). *La coordination motrice aspect mécanique de l'organisation psychomotrice de l'homme* (2e éd.]. ed.). Louvain: Peeters
- Ponton, G. (2012). Debout. *Thérapie psychomotrice et recherche*, 172, 46-61.
- Renaux, M-Z. « Penser le mouvement en danse : Rudolf Laban, entre théorie et poésie du geste », *Fabula / Les colloques*, Penser le mouvement, consultée le 23 avril 2021. Sur <http://www.fabula.org/colloques/document2591.php>
- Revardel, J. (2007). *Comprendre l'haptonomie*. PUF.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère* Desclée de Brouwer
- Robert-Ouvray, S. (2004). *Intégration motrice et développement psychique une théorie de la psychomotricité*. Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S., et Servant-Lavan, A. (2011). Le tonus et la tonicité. Dans Scialom, P. Giromini, F. et Albaret, J-M. (dir). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 1* (p. 161-199). Solal.
- Sheleen, L. *La danse Soufi*. Communication personnelle.
- Stern, D. (2005). *Journal d'un bébé*. Odile Jacob.

- Struyf-Denys, G. (1980). L'organisation fonctionnelle des muscles en chaînes et leurs incidences psycho-motrice. *Werkan van de B.W.V.K-Travaux de la S.S.B.K, VII, 3-4*.
- Struyf-Denys, G. (1987). L'enfant, dans *Les chaînes musculaires et articulaires, Méthode G.D.S* Paru I.T.C.G.D.S
- Sruyf-Denys, G. (1992) Mettre en soi un homme debout, méthode des chaînes musculaires aponévrotique et ostéo-articulaires G.D.S. *Nouvelle de Danse en communauté française de Belgique, 12, 22-27*
- Vasseur, R. (2000). Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel. *Enfance, 53(3), 221-233*
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Gallimard.
- Thomas, D. (2017, 15 mai). *La définition de Proximo-distal*.
<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-proximo-distal.html>.
- Définition *schème*. (s. d.). Larousse. Consulté le 14 avril 2021, à l'adresse
<https://www.scribbr.fr/generateur-apa/new/webpage>
- Larousse. (s. d.). Axe. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 22 janvier 2020 sur
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/axe/7169>
- Larousse, (s.d). Scansion. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 22 mars 2020 sur
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/scansion/71311>
- Cntrl. (s.d). Tonus. (2012). Dans *Centre national de ressources textuelles et lexicales*.
<https://www.cnrtl.fr/definition/tonus>
- Wikipedia contributors. (2021, 21 avril). *Vertèbre*. Wikipédia.
<https://fr.wikipedia.org/wiki/Vert%C3%A8bre>

ANNEXE 1 : Chaînes musculaires :

Avec l'aimable autorisation de Benoit Lesage

**Correspondance entre les AFFINITES SPATIALES
et les typologies des chaînes musculaires selon G. Struyf
(Benoit Lesage)**



ANNEXE 2 Fonction des principaux auteurs cités

AJURIAGUERRA Julian (de): Neuropsychiatre et psychanalyste

ANZIEU Didier : Psychanalyste, professeur

BAINBRIDGE COHEN Bonnie : Danseuse, ergothérapeute et analyste du mouvement.
Fondatrice de l'école de BMC (Body Mind Centuring)

BARTENIEFF Imgard : Théoricienne de la danse, danseuse, chorégraphe, physiothérapeute et pionnière de la danse-thérapie

BALDEWYN Pierre : Médecin, responsable du secteur Enfance et jeunesse de l'UNMS

BION Wilfred : Psychiatre et psychanalyste

BEZIER Marie-Madeleine : Kinésithérapeute et chercheuse

BION Wilfried : Psychiatre et psychanalyste

BULLINGER André : Psychologue et universitaire

CALAIS-GERMAIN Blandine : Danseuse et Kinésithérapeute

DE WOOT Catherine : Kinésithérapeute et psychomotricienne

DELION Pierre : Psychiatre et psychanalyste

DOLTO Françoise : Pédiatre et psychanalyste

DOR Joël : Psychanalyste

FLOQUET Xavier : Instructeur en méditation pleine conscience

FREUD Sigmund : Neurologue autrichien fondateur de la psychanalyse

FOGINI Mireille : Psychanalyste

HAKNEY Peggy : Danseuse et enseignante

KLEIN Mélanie : Psychanalyste

LABAN Rudolf : Danseur chorégraphe pédagogue et théoricien de la danse

LACAN Jacques : Psychiatre et psychanalyste

LANDON Paul : Concepteur de l'IMP (Intégration (sensori) Motrice Primordial

LECUT Claire : Edu-Kinesthésique, spécialisée en intégration sensorimotrice des réflexes primitifs et posturaux.

LOBEY Julie : Psychomotricienne

LESAGE Benoit : Danseur et formateur en danse-thérapie

MAGNE Claude : Danseur, chorégraphe

MARIOT Chloé : Psychomotricienne

MERLEAU-PONTY Maurice : Philosophe

MEURIN Bernard : Psychomotricien et enseignant

PARMENTIER Sabine : Psychanalyste

PIAGET Jean : biologiste, psychologue, logicien et épistémologue

PIRET Suzanne : Kinésithérapeute et chercheuse

PONTON Geneviève : Psychomotricienne et formatrice

RENAUX Margo-zoé : Artiste en création littéraire et danseuse

REVARDEL Jean-Louis : Membre du Collège scientifique et formateur au Centre international de recherche et de développement de l'haptonomie

ROBERT-OUVRAY Suzanne : Psychologie, psychomotricienne et psychothérapeute

SERVANT-LAVAL Agnès : Psychomotricienne et ostéopathe

SHILDER Paul : Psychiatre et psychanalyste

SPITZ René : Psychanalyste

STERN Daniel : Pédopsychiatre et psychanalyste

STRUYF-DENYS Godelieve : Kinésithérapeute, portraitiste, fondatrice de la méthode GDS

VASSEUR Roger : Médecin de rééducation et de réadaptation fonctionnelle

WALLON Henri : Psychologue et médecin

WINNICOTT David : Pédiatre et psychanalyste

Table des matières

<i>Remerciements</i>	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
I DE QUEL AXE PARLE T'ON ?.....	6
A) Phylogénèses et définitions	6
1) Phylogénèse	6
2) Définitions croisées	7
a) L'axe anatomique	7
b) Axe corporel ou psychomoteur	11
c) Axialité	13
B) Le rôle de la sensorialité dans la construction de l'axe	13
1) La proprioception	13
2) La sensorialité extéroceptive	14
a) La vision	14
b) Le toucher	14
c) L'olfaction	15
d) La gustation :.....	15
e) L'audition :	16
3) La sensorialité vibratoire.....	16
4) La sensorialité vestibulaire.....	16
C) L'aspect tonique.....	17
1) Définitions	17
a) Etymologie	17
b) Trois niveaux toniques	17

c) Fonctions du tonus	18
2) L'axe une construction tonique	20
a) Maturation tonique	20
b) Régulation tonique	21
c) Dialogue tonico-émotionnel	22
d) Dialogue tonique et psychomotricité	24
3) Tonus et posture	24
a) Posture et dynamique psychocorporelle	24
b) Le rôle des chaînes musculaires	26
TRANSITION	29
II) CONSTITUTION DE L'AXE CORPOREL DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DE L'ENFANT	30
A) Prendre appui pour se redresser, aspects posturaux	30
1) Etapes vers la marche	30
a) S'enrouler et se déployer	31
b) Axe : symétrie et asymétrie	34
c) Retournement et rotations	35
d) Prendre appui pour se redresser	36
2) Fonction des réflexes archaïques et schèmes de mouvement	38
a) Les réflexes archaïques : définition et fonction	38
b) Quelques réflexes archaïques en lien avec la construction de l'axialité	39
c) Réflexes en relation avec les appuis et les réactions de redressement et d'équilibration ..	42
d) Schèmes moteurs	43
B) Axe et construction d'une corporéité orientée	45
1) Flux dedans dehors	45
2) Un axe orienté	46
3) Espace et schéma corporel	47
a) Le rôle de l'oreille interne	48

b) Espace et relations.....	48
C) Axe et relations dans le développement psycho-affectif de l'enfant.....	49
1) Le corps en psychomotricité, une unité psychocorporelle.....	49
a) Axe psychique.....	49
b) Image du corps.....	50
2) Des appuis relationnels pour grandir.....	53
a) La notion d'enveloppe et de contenance.....	53
b) Le portage.....	55
3) Différenciation et individuation.....	57
a) A la rencontre de ses appuis pour s'ouvrir au monde.....	57
b) L'expérience de la frustration.....	58
c) Espace transitionnel et créativité.....	60
TRANSITION.....	63
III CLINIQUE.....	64
A) Approches qui soutiennent la conscience de l'axe corporel et son intégration.....	64
1) Accompagner la conscience de l'axe corporel et son intégration.....	64
a) La posture du psychomotricien.....	64
b) Apport de l'eutonie.....	65
c) Apport de l'haptonomie.....	65
d) Revisiter des schèmes de mouvement.....	67
e) Apport de la méditation.....	68
2) Accompagner la construction d'une axialité orientée.....	69
a) Danse Soufi.....	69
b) Intérêt de cette pratique.....	70
c) En séance collective.....	70
d) En séance individuelle.....	71
3) Le rôle de la parole.....	71
a) Accompagnement auprès des adultes en orthopédie.....	71

b) Au près des enfants.....	72
B) Trouble psychomoteurs en relation avec l'axe corporel et outils d'évaluation.....	72
1) Troubles psychomoteur en relation avec l'axe corporel.....	72
2) Items de bilan psychomoteur en relation avec l'axe corporel chez l'enfant.....	73
3) Bilan psychomoteur chez les adultes en orthopédie.....	75
C) Etude de cas Sylvie.....	76
1) Présentation, bilan et anamnèse.....	76
a) Présentation.....	76
b) Anamnèse.....	76
c) Synthèse du bilan.....	77
d) Projet thérapeutique.....	77
2) Etayage de la construction de l'axe corporel dans la prise en soin.....	78
a) E prouver une continuité d'être.....	78
b) Repasser par l'enroulement pour s'apaiser et se recentrer.....	79
c) Dialectique dedans dehors, limites et contenance.....	81
d) Trouver ses appuis pour se redresser et s'adresser.....	82
e) Se verticaliser pour s'ouvrir au dehors.....	83
Conclusion :.....	84
CONCLUSION :.....	85
BIBLIOGRAPHIE.....	86
ANNEXE 1 : Chaînes musculaires :.....	90
ANNEXE 2 Fonction des principaux auteurs cités.....	91
Table des matières.....	93