



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION



Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Yves MATILLON

**TROUBLES DE LA REGULATION TONIQUE ET PREMIERS
LIENS**

**Quand la psychomotricité soutient la relation parent-enfant
fragilisée par le handicap**

**Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

par

Marion KAUFFMANN

Juin 2012

N° 1121

Directeur du Département Psychomotricité

Jean-Noël BESSON

Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. GILLY François-Noël

Vice-président CEVU
M. LALLE Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. GILLET Germain

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

U.F.R de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux
Directeur **Pr. KIRKORIAN Gilbert**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Pr. MATILLON Yves**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. FARGE Pierre**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

IUFM
Directeur **M. BERNARD Régis**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. COLLIGNON Claude**

Ecole Polytechnique Universitaire de Lyon
(EPUL)
Directeur **M. FOURNIER Pascal**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr MAUME-DESCHAMPS
Véronique**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (CPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon
M. GUIDERDONI Bruno

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

REMERCIEMENTS

Il y a des personnes et des rencontres qui nous enrichissent, nous nourrissent, nous passionnent, nous soutiennent, nous construisent...

A ma maître de stage, Louise Villetard pour toute son expérience et l'amour du métier qu'elle a bien voulu me faire partager,

A Arielle Launay, ma maître de mémoire et ancienne maître de stage pour sa grande disponibilité, ses relectures, et ses très précieux conseils,

A l'ensemble des autres psychomotriciens qui m'ont accompagnée durant la construction de mon identité professionnelle et qui ont su me transmettre leur passion pour le métier : Valérie Leroy, Géraldine Forest, Anne-Lise Nogues, Christine Cartet-Shalla, mais aussi Marion Rousseau pour sa disponibilité et ses relectures également,

Aux différents psychomotriciens enseignants de théorie ou de pratique qui ont transmis leurs riches savoirs et étayé mon intérêt tout au long de la formation,

A ma famille et mes proches toujours présents malgré la distance, pour leur soutien et leurs encouragements continus, et tout particulièrement à ma maman pour ses précieuses relectures,

A Nicolas pour avoir toujours cru en moi et avoir été d'un soutien sans faille,

A tous mes amis de promo avec qui j'ai vécu trois années inoubliables,

A la petite Lila et sa maman ainsi que tous les enfants et patients qui ont croisé mon chemin,

A tous, MERCI.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
<u>PARTIE THEORIQUE</u>	9
I. GENERALITES SUR LE TONUS	10
I. 1. Définition	10
I. 2. Aspects et mécanismes neurophysiologiques du tonus	11
I. 3. Les différents niveaux toniques	12
I. 4. Le développement de la régulation tonique	14
II. TONUS ET CONSTRUCTION PSYCHOMOTRICE	16
II. 1. L'évolution du tonus chez le fœtus et le jeune enfant	16
II. 2. Tonus, posture et motricité	17
II. 3. Tonus, construction corporelle et développement psychique	21
III. TONUS, EMOTIONS ET PREMIERES RELATIONS	26
III. 1. Les interactions précoces	26
III. 2. Les compétences du nourrisson	29
III. 3. La fonction maternelle dans les premières interactions	31
III. 4. Le dialogue tonique	32
III. 5. Handicap et interactions précoces	34
<u>PARTIE CLINIQUE</u>	38
I. PRESENTATION DU STAGE	39
I.1. Le cabinet libéral	39
I.2. Ma position de stagiaire	40
II. MA PREMIERE RENCONTRE AVEC LILA ET SA MAMAN	40

III. HISTOIRE ET ANAMNESE	42
III. 1. La naissance	42
III. 2. L'arrivée soudaine des symptômes	42
III. 3. L'incertitude du diagnostic, les nombreux examens médicaux	43
III. 4. Mise en place des différentes prises en charge, un accompagnement qui se construit	43
III. 5. Un entourage qui se mobilise	44
III. 6. L'annonce du diagnostic. Une maladie génétique rare : le syndrome d'Aicardi-Goutières	44
IV. BILAN SENSORI-MOTEUR, PROJET DE SOINS ET CADRE DES SEANCES	46
IV. 1. Le bilan sensori-moteur, principales observations	46
IV. 2. Projet de soins	47
IV. 3. Dispositif et cadre des séances	47
V. LILA ET SA MAMAN, LES PREMIERES SEMAINES APRES LA PREMIERE RENCONTRE	49
V. 1. Observations psychomotrices de Lila : des troubles de la régulation et de l'expression tonico-motrice majeurs	49
V. 2. Du côté de la maman : une douleur indicible	50
V. 3. Premières impressions subjectives sur la relation	51
VI. AXES DE TRAVAIL, EVOLUTION ET CONSEQUENCES SUR LA RELATION	52
VI. 1. L'installation et les mobilisations corporelles pour favoriser une meilleure régulation tonique	52
VI. 2. L'exploration corporelle : vers un corps plaisir, un corps en relation	54
VI. 3. Les portages : des expériences corporelles et affectives entre deux corps communiquant	55
VI. 4. Evolution générale de la relation et ouverture : l'enrichissement de « nourritures affectives »	57

<u>DISCUSSION</u>	58
I. EN GUISE D'INTRODUCTION : L'INTERET DE L'ACCOMPAGNEMENT PARENT-ENFANT DANS LE CONTEXTE DU HANDICAP	59
II. FONCTIONS, POSITION ET INTERETS DU PSYCHOMOTRICIEN	60
II. 1. L'observation psychomotrice	60
II. 2. La place du psychomotricien auprès du couple parent-enfant	62
II. 3. Les fonctions du psychomotricien mises en jeu dans l'accompagnement parent-enfant	64
III. DES « MISES EN JEU » TONIQUES ET PSYCHOMOTRICES DU CORPS COMME ETAI DE LA RELATION	67
III. 1. L'accompagnement de la régulation tonique comme soutien de base d'un corps en relation	67
III. 2. Le « corps en jeu » comme soutien du lien parent enfant	71
III. 3. Le dialogue tonico-émotionnel à travers les portages : vers un « portage source de partage »	75
IV. LA PSYCHOMOTRICITE ET LE PSYCHOMOTRICIEN, UN HOLDING POUR LA RELATION MERE-ENFANT	77
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81

INTRODUCTION

L'essence de la psychomotricité se situe dans son intérêt pour le corps comme étau du psychisme, support des expériences, des émotions et de la relation. Sa conception du corps rejoint celle de Maurice Merleau-Ponty qui considère le corps comme « véhicule de l'être au monde ».

Le tonus fait partie des premières ressources du sujet naissant qui lui permet « d'être au monde ». Le choix de ce mémoire prend racine dans mon intérêt d'approfondir la place du tonus dans la construction d'un corps communiquant, d'un corps en relation, notamment à travers le champ des premières interactions.

Support fondamental de l'activité motrice, premier lieu d'élaboration psychique, toile de fond des émotions, véhicule de la communication corporelle, le tonus est un élément clé de l'approche psychomotrice. A ce titre, il me semble qu'il est une base essentielle de l'accompagnement en psychomotricité.

Durant l'ensemble de mes stages auprès de populations très variées, j'ai pu me rendre compte de la place fondamentale du tonus dans l'expressivité du corps, mais aussi et surtout de son caractère éminemment singulier, propre à chaque personne. Mais c'est la rencontre auprès de patients présentant des troubles toniques qui m'a le plus interpellée et qui m'a conduite à me poser de nombreuses questions. Quelle que soit l'étiologie du trouble du tonus, que vient-il bousculer dans le vécu corporel, les expériences psychomotrices et l'expressivité du corps ? Qu'engendre-t-il sur le rapport à soi, à l'objet et à l'autre ? Ces questions à partir de la clinique m'ont invitée à me pencher de façon plus approfondie sur ce thème du tonus : Comment se développe et se régule-t-il ? Quelles sont ses fonctions ? Quels sont ses liens avec la vie psychique et sa naissance ? Quel rôle joue-t-il plus particulièrement dans la relation et dans l'essence même des premiers liens ?

C'est à partir d'une rencontre qui m'a touchée entre une mère et sa fille en cabinet libéral que m'est venue l'envie d'écrire ce mémoire. Cette rencontre est aussi pour moi une première rencontre dans l'espace intime de la relation entre une mère et sa fille pour qui le traumatisme du handicap et les troubles majeurs de la régulation tonique mettent à mal les premiers liens.

C'est à partir de cette rencontre que j'ai souhaité développer cet écrit en me penchant sur le tonus, ses fonctions et son rôle dans les premiers liens. Cet écrit est également une façon de mettre au travail les questions sur le tonus et ses fonctions qui m'ont traversée durant ces trois années de formation. *Mais il s'agit avant tout de tenter de comprendre en quoi les troubles de la régulation tonique liés au handicap peuvent fragiliser les premiers liens mais aussi la façon dont un accompagnement en psychomotricité peut soutenir et étayer une relation primaire fragilisée.*

Dans une première partie théorique, je développerai le tonus au travers de sa construction, de sa régulation et de ses fonctions. Puis je me pencherai sur les premiers liens, la place qu'y occupe le tonus et la façon dont le handicap peut les bouleverser. Dans une seconde partie clinique, je vous présenterai l'étude de cas de Lila et sa maman et apporterai mes réflexions quant à cette rencontre. Enfin, je développerai en discussion, la façon dont le travail en psychomotricité peut soutenir et étayer ces premiers liens.



I. GENERALITES SUR LE TONUS

I. 1. DEFINITION

De quoi parlons-nous lorsque nous parlons de tonus ?

Si, dans le langage courant, tonus s'entend avant tout comme dynamisme ou énergie, nous nous intéresserons ici à son sens premier à savoir celui issu du grec *tonos* et du latin *tonus*, qui signifient tension. Nous pouvons reprendre la définition proposée par Marianne Jover¹ : « *le tonus est un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales* ».

Le tonus est donc un état de tension du muscle, involontaire, permanent et de nature réflexe. Il se différencie de l'activité musculaire cinétique qui permet la motricité. Henri Wallon définit cette double fonction du muscle en parlant de *fonction tonique* et de *fonction clonique* (activité musculaire cinétique). Ces deux fonctions sont cependant liées. Marianne Jover, en fin de citation, parle du tonus comme « *la toile de fond des activités motrices et posturales* ». En effet, l'activité tonique est nécessaire à l'activité cinétique et le tonus constitue le support de l'activité motrice. Tonus, posture et mouvement sont donc intimement liés.

Après avoir défini le tonus, nous allons à présent tenter d'identifier les structures neurologiques ainsi que les mécanismes neuromoteurs à la base de son contrôle.

¹ JOVER M., Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, in J. Rivière Le développement psychomoteur du jeune enfant, p.49

I. 2. ASPECTS ET MECANISMES NEUROPHYSIOLOGIQUES DU TONUS

Le tonus est avant tout un phénomène musculaire d'origine neurophysiologique. Il est entretenu par différents influx nerveux dont la régulation est complexe. Il est possible de distinguer différents niveaux de régulation : médullaire, sous-cortical et cortical.

a) Le niveau périphérique et médullaire

Ce niveau primaire de régulation de l'activité musculaire se fait par le *réflexe myotatique* qui siège au niveau de la moelle épinière. Ce réflexe met en jeu une structure appelée fuseau neuromusculaire (un ensemble de fibres musculaires modifiées sensibles à l'étirement du muscle) reliée à un neurone sensitif qui opère une synapse avec un motoneurone alpha qui, en retour, innerve l'unité motrice du même muscle. L'ensemble de ces structures forment une boucle monosynaptique qui transite par la moelle épinière et que l'on nomme arc réflexe. Un réflexe est par définition une réponse motrice rapide et prévisible à un stimulus. Le réflexe myotatique correspond à la contraction tonique d'un muscle en réponse à son propre étirement. Ce phénomène est le mécanisme prépondérant de la régulation tonique au niveau de la moelle épinière. Il permet l'entretien d'un tonus nécessaire au maintien de la posture à l'état statique et dynamique contre les effets de la pesanteur.

b) Le niveau sous cortical

Ce deuxième niveau de régulation tonique est assuré par la formation réticulée. Cette structure située dans le tronc cérébral est à l'origine de voies motrices descendantes, les motoneurons gamma, qui agissent au niveau de la moelle épinière en régulant l'arc réflexe. La formation réticulée va jouer un rôle important dans la régulation tonique. En effet, elle reçoit et intègre de nombreuses informations à la fois sensorielles et corticales et va moduler l'état tonique musculaire en fonction de ces différentes données et de l'état de vigilance. De nombreux facteurs de l'environnement ont donc tendance à influencer notre état tonique. Une sensation de chaleur, des bercements, l'écoute d'une musique douce vont plutôt permettre une baisse du niveau du tonus ainsi que de l'état de vigilance. En revanche, un froid vif, une sensation douloureuse ou encore un bruit fort et brusque vont contribuer à augmenter ces deux mêmes données.

c) Le niveau cortical

Le cortex cérébral va également exercer un rôle dans le contrôle du tonus. Il est le siège de facteurs émotionnels et psychologiques. Nous verrons plus loin la place importante de l'émotion dans la régulation du tonus.

L'identification de ces différents systèmes et structures neurophysiologiques, qui participent à la régulation du tonus, permet déjà à ce niveau de considérer la place importante des émotions et interactions avec l'environnement.

1. 3. LES DIFFERENTS NIVEAUX TONIQUES

On distingue habituellement deux niveaux toniques : *le tonus de fond* et *le tonus d'action*. Certains auteurs parlent également d'un troisième niveau : *le tonus de posture*. Ces différents niveaux de tonus coexistent chez un même sujet. Ils sont soumis à de grandes variations inter individuelles, mais aussi intra individuelles en fonction des stimulations ou encore des moments de la journée.

a) Le tonus de fond

Certains auteurs le nomment également *tonus de base* ou *tonus passif*. Le tonus de fond correspond à l'activité tonique minimale, à un état de légère contraction musculaire isométrique permanente présente même au repos ou durant le sommeil. C'est un état involontaire et constant résultant plus particulièrement de la formation réticulée. Le tonus de fond permet le maintien de la cohésion des différentes parties du corps et participe au sentiment d'unité corporelle. Il représente également le substrat et le lieu d'expression des émotions et de l'affectivité qui « prennent corps » en lui. Les termes d'hyertonie ou d'hypotonie concernent plus spécifiquement ce type de tonus.

b) Le tonus de posture

Aussi appelé *tonus d'attitude*, le tonus postural correspond à l'état de tension minimal permettant à l'organisme de conserver une position donnée. Il permet le maintien de l'équilibre à l'état statique et dynamique. Il comprend notamment le tonus axial et est fortement soumis aux effets de la gravité. Le tonus de posture va se constituer au fil de la maturation neurologique en appui sur le tonus de fond. Dans un premier temps sous commande essentiellement volontaire, il va s'automatiser vers 9 – 10 mois et permettre le maintien d'une attitude sans efforts. Le contrôle du tonus de posture est essentiellement de nature réflexe mais peut être aussi contrôlé volontairement. Par exemple, lorsqu'une personne est fatiguée, elle cherche à se redresser pour se maintenir éveillée.

c) Le tonus d'action

Il correspond à l'ensemble des « *degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice* »². Il permet de préparer et soutenir les mouvements ou les gestes réalisés. Il est intentionnel, sous commande volontaire, plus ou moins conscient ou automatisé. C'est ce dernier par exemple, qui soutient la contraction musculaire nécessaire à la marche ou à la prise d'un objet.

La différenciation de ces trois niveaux toniques est avant tout quantitative. Mais il existe cependant une grande interdépendance entre ces niveaux qui s'étayent les uns sur les autres.

² CARRIC J.C., *Lexique de psychomotricité*, p.190

I. 4. LE DEVELOPPEMENT DE LA REGULATION TONIQUE

Pour aborder cette partie, j'ai choisi de m'appuyer sur les propos d'A. Bullinger. L'auteur identifie plusieurs mécanismes de régulation du tonus : *le niveau de vigilance, les flux sensoriels, les interactions avec le milieu humain et les représentations*. Ces mécanismes « *diffèrent par le moment dans le développement où ils sont accessibles et par la forme de la régulation qu'ils offrent* »³ :

- *Le niveau de vigilance :*

Chaque niveau de vigilance (sommeil profond/paradoxal, somnolence, éveil calme/agité) va induire chez le nouveau-né un état tonique singulier. Le passage d'un état tonique à un autre en fonction de l'état de vigilance se fait sans progression et est qualifié de « tout ou rien » : « *Le passage d'un état à un autre se manifeste [...] par une brusque transition, un peu comme le passage du trot au galop pour un cheval* »⁴.

- *Les flux sensoriels :*

Ils sont au nombre de six : gravitaire, tactile, visuel, auditif, olfactif et gustatif. La variation de ces flux, saisie par les organes sensoriels, va modifier l'état tonique du nourrisson (généralement en l'augmentant).

- *Les interactions avec le milieu humain :*

Elles forment le moyen privilégié de régulation tonique du tout petit. Ces interactions « *sont assurées par l'ensemble des flux sensoriels, ainsi que par les états de l'enfant et du porteur* »⁵. C'est ici un dialogue polysensoriel, une communication non médiatisée entre le parent et l'enfant qui va modifier le tonus de ce dernier.

³ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p. 34

⁴ Ibid., p.141.

⁵ Ibid., p.142.

- *Les représentations :*

Elles constituent le dernier mécanisme de régulation du tonus. Les premières formes représentatives sont constituées par les habituations permises grâce à la rythmicité des interactions sensorimotrices entre l'organisme de l'enfant et son milieu. Un décalage est alors possible. Cela va permettre au jeune enfant d'anticiper ses réactions face aux stimulations de l'environnement et permettre un ajustement tonique partiellement indépendant.

Ces quatre systèmes de régulation du tonus se mettent en place de façon chronologique au cours du développement du jeune enfant. Un défaut de régulation du tonus, quelle qu'en soit l'étiologie peut conduire à un trouble du tonus.

Nous avons vu dans cette partie les divers systèmes neurophysiologiques qui régulent le tonus, mais aussi ses différents niveaux qui colorent notre attitude corporelle et qui constituent la trame de notre motricité. Le tonus est donc en premier lieu un phénomène neuromusculaire complexe qui constitue la toile de fond nécessaire à toutes nos activités motrices, de l'immobilité aux schèmes moteurs les plus élaborés. Mais, d'un point de vue développemental, comment se construit-il ? Quelle place occupe-t-il dans le développement psychomoteur ? A-t-il également un rôle dans la construction psychoaffective ? Autant d'aspects que je souhaite développer dans cette prochaine partie.

II. TONUS ET CONSTRUCTION PSYCHOMOTRICE

Le tonus constitue la toile de fond du corps psychomoteur, c'est-à-dire d'un *corps en relation* qui permet de se mouvoir mais aussi de s'émouvoir. Le développement psychomoteur, c'est-à-dire le développement de l'activité motrice et du psychisme comme entités éminemment liées, s'appuie sur la maturation tonique.

II. 1. L'EVOLUTION DU TONUS CHEZ LE FŒTUS ET LE JEUNE ENFANT

Durant les six premiers mois de la grossesse, le corps du fœtus est complètement relâché, hypotonique. Le fœtus est alors maintenu dans une position d'enroulement contenu et enveloppé par l'utérus, à la fois souple et tonique. A partir du septième mois de vie intra-utérine, de façon progressive, l'hypotonie globale va laisser place une hypertonie segmentaire : le tonus des muscles fléchisseurs des membres inférieurs dans un premier temps, puis des membres supérieurs va considérablement augmenter. Le bébé aura alors les quatre membres fléchis vers le tronc. La poussée tonique est orientée de façon caudo-céphalique, du bas vers le haut. Au niveau de l'axe, la tonicité du fœtus reste marquée par une importante hypotonicité.

A la naissance, cette poussée s'inverse. L'évolution de la maturation tonique se fait à présent selon une loi céphalo-caudale, de haut en bas, qui forme ce que l'on appelle la première loi de succession. Dans le même temps, le développement du tonus du jeune enfant suit une deuxième loi de succession, la loi proximo-distale : le tonus s'installera d'abord au niveau du tronc puis au niveau des quatre membres.

Au début de sa vie, le nouveau-né, dans une certaine immaturité neurologique, présente une hypertonie segmentaire et une hypotonie axiale qui le place en position d'enroulement. Avec la maturation neurologique, cette opposition s'atténuera progressivement. Le tonus s'harmonisera, se régulera davantage et permettra diverses acquisitions posturales et motrices du développement de l'enfant.

II. 2. TONUS, POSTURE ET MOTRICITE

Comment la maturation tonique soutient-elle les différentes acquisitions du développement psychomoteur du jeune enfant ?

a) Tonus et posture, la construction de l'axe corporel

Tonus et développement postural sont étroitement liés. Comme nous l'avons vu précédemment, l'organisation tonique du bébé à la naissance le place dans un premier temps dans une posture d'enroulement et de rassemblement. Puis, le développement céphalo-caudal du tonus va permettre à l'enfant de progressivement se redresser pour passer petit à petit d'une position couchée à une position verticale. Vers deux-trois mois, l'enfant est capable de tenir sa tête. A six mois, il peut tenir le haut du torse lorsqu'on le tient assis, puis entre huit et dix mois, il est capable de tenir l'ensemble de son dos en position assise. Cette intégration progressive du tonus axial va permettre celle de l'axe vertébral et de la verticalité par le redressement. Auparavant, l'expérience de cet axe se fait par l'appui-dos avec la paroi utérine puis, grâce aux expériences de portage de l'enfant, dans les bras de ses parents qui le soutiennent au niveau du dos et maintiennent son enroulement. De la qualité de l'enroulement de base va dépendre celle du redressement. En effet, un certain équilibre « avant-arrière » entre le recrutement tonique des muscles fléchisseurs et des muscles extenseurs est nécessaire pour assurer la stabilité de la position.

A. Bullinger décrit également le développement postural en lien avec la répartition et l'intégration tonique. Selon lui, le bébé dispose d'un répertoire de postures de base organisées en deux groupes : *les postures symétriques* et *les postures asymétriques*. Les postures symétriques, marquées dans un premier temps par l'hypotonie axiale et l'hypertonie périphérique, sont le support du redressement postural tel que j'ai pu le décrire précédemment. L'auteur insiste sur le rôle de la respiration, véritable « *tonus pneumatique* »⁶, qui permet une ébauche de redressement. Ce premier système doit progressivement laisser place à l'équilibration par le recrutement du tonus des muscles fléchisseurs et extenseurs du tronc qui permettent un redressement actif de l'axe avec un réel haubanage avant-arrière du buste.

⁶ BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, p.41.

Les postures asymétriques, appelées aussi postures de l'escrimeur, font également partie du répertoire tonico-postural de base du nourrisson. Elles témoignent d'une répartition tonique asymétrique. Le passage d'une posture asymétrique à son inverse est, au départ, difficile pour le nourrisson à cause de sa grande hypotonie axiale. Progressivement, le redressement et la rotation des ceintures scapulaires et pelviennes vont permettre que ce passage se fasse. Cette évolution va être soutenue par l'orientation du regard vers un objet et sa tentative de préhension.

b) Tonus et motricité

Le tonus, par l'intermédiaire de l'intégration de l'axe corporel, va constituer une charpente motrice support de l'organisation des premiers schèmes moteurs, des premiers compromis tonico-moteurs, autrement dit des premières coordinations. Parallèlement, l'hypertonie segmentaire tendra à diminuer pour laisser place à un meilleur contrôle moteur des bras et des jambes. Petit à petit la motricité, d'abord réflexe de l'enfant, va laisser place à une motricité volontaire et orientée, qui permet au bébé d'agir sur son environnement, ce que A. Bullinger nomme *instrumentation*.

A. Bullinger définit une progression dans l'instrumentation des différents espaces du corps, qui suit les étapes du développement tonico-postural et l'intégration de l'axe : *l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et l'espace corporel*. L'auteur se place d'un point de vue développemental, mais nous verrons que ses propos peuvent être liés à certaines théories psycho-dynamiques telles que celles de G. Haag. Cette dernière décrit à partir du développement tonico-moteur, différentes étapes de la construction de l'image du corps. L'image du corps correspond à « *la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors* »⁷. A travers le paragraphe qui va suivre, je décrirai les différentes étapes théorisées par A. Bullinger dans le processus d'instrumentation et ferai le lien avec certaines étapes décrites par G. Haag dans la structuration de l'image du corps. Ce parallèle permettra une première ouverture sur les liens entre le développement moteur et la construction psychique, par l'intermédiaire de l'image du corps.

⁷ SCHILDER P., *L'image du corps*, p.35

- La maîtrise de *l'espace oral* :

Elle permet l'instrumentation de la bouche et les premières coordinations d'exploration/capture. La bouche est aussi le lieu de passage central entre la droite et la gauche qui contribue à l'unification des deux hémicorps et à la création d'une expérience de contenance.

G. Haag parle également d'une étape initiale d'intégration d'un vécu de contenance, grâce à un premier sentiment d'enveloppe à partir des sensations tactiles de la peau.

- La maîtrise de *l'espace du buste* :

Elle conduit aux coordinations avant-arrière entre les muscles fléchisseurs et extenseurs. Elle permettra au nourrisson de développer une activité exploratoire des yeux et la construction d'une expérience d'arrière-fond.

G. Haag insiste sur l'importance de l'intégration du dos dans l'image du corps, comme objet d'arrière plan, qui soutient et organise les premières actions sur le monde extérieur. Cette intégration passe notamment par ce qu'elle appelle le « *contact-dos* »⁸ et les échanges de regard, lors des premières expériences de portage.

- La maîtrise de *l'espace du torse* :

Elle permet ensuite l'instrumentation des membres supérieurs, les coordinations droites-gauches et l'unification de l'espace de préhension en lien avec l'intégration complète de l'axe corporel.

G. Haag rejoint A. Bullinger en parlant d'une seconde étape dans la structuration de l'image du corps, celle de « *la réduction du clivage vertical pour la formation de l'axe vertébral* »⁹. Avant cette étape, le bébé vivrait son corps comme séparé en deux parties : droite et gauche. Il n'appréhenderait pas ces deux parties comme unies.

⁸ HAAG G., *Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie*, p 1.

⁹ HAAG G., *Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile*, p. 125.

- La maîtrise de *l'espace du corps* :

Elle conduira enfin à l'instrumentation du bassin et des jambes, aux coordinations haut-bas et la création d'un « corps véhicule » c'est-à-dire capable de se déplacer.

G. Haag parle quant à elle de la formation de l'axe horizontal du bassin, avec l'appropriation des membres inférieurs dans l'image du corps. C'est pour elle la dernière étape avant l'individuation, c'est-à-dire la représentation de son corps comme différencié de l'autre avec ses propres limites « dedans/dehors ».

La maturation tonique permet à l'enfant l'enrichissement de ses expériences motrices, le développement de son schéma corporel et l'accès à différents schèmes moteurs coordonnés. Cette évolution va notamment permettre le développement essentiel de la locomotion et de la préhension. Le nourrisson accède alors au sentiment d'être acteur de son environnement. D'un corps immature, dominé par une motricité réflexe, le nourrisson, au fil de la maturation de son tonus et de ses diverses expériences, construit peu à peu une véritable mélodie kinétique qui lui permet d'agir dans la relation avec son environnement et ses proches.

A travers cette partie, nous pouvons considérer le tonus comme le support de la mise en mouvement du corps en interaction avec son milieu : l'enfant, par l'intermédiaire de la maturation tonique, peut se redresser, se déplacer, agir sur son environnement, communiquer.

Mais ce n'est pas la seule fonction du tonus. A travers les liens avec les étapes de la structuration de l'image du corps développées par G. Haag, nous avons pu voir que l'enfant fait également l'expérience d'un premier sentiment de soi, en lien avec son vécu corporel et ses expériences tonico-motrices. Cette construction va participer aux prémices du développement du psychisme. Nous pouvons donc dégager une deuxième fonction du tonus : celle d'acteur de la construction psychique du jeune enfant.

II. 3. TONUS, CONSTRUCTION CORPORELLE ET DEVELOPPEMENT PSYCHIQUE

S. Robert-Ouvray, s'est beaucoup attachée à étudier la nature des liens entre le tonus et la vie psychique et affective du bébé. Selon elle, « *L'élément qui nous permet de mieux comprendre les articulations psychocorporelles est le tonus musculaire, la tonicité du corps* »¹⁰. Ses écrits me semblent un point d'appui important pour comprendre les liens entre tonus et psychisme. Je choisis, dans cette partie de m'appuyer plus particulièrement sur ses concepts d'« *étayage psychomoteur* », d'« *enveloppe tonique* » et de « *holding psychomoteur* ».

a) L'étayage psychomoteur

Pour S. Robert-Ouvray, tonus et psychisme ne se superposent pas l'un sur l'autre, mais sont étroitement liés. Ils ont des répercussions mutuelles et s'intriquent dans une perspective développementale : « *les liens psychomoteurs ne sont pas des liens de subordination* »¹¹. Le corps n'est pas l'instrument de la psyché mais son partenaire. Nous nous trouvons face à des liens d'étayage entre le champ corporel et le champ psychique. Le système psychocorporel du nourrisson à la naissance repose sur une *bipolarité de base* : le bébé connaît deux états extrêmes qui constituent les premiers repères de sa vie corporelle et psychique. Cette double polarité de base s'observe sur plusieurs niveaux d'organisation qui s'étayent les uns sur les autres : *tonique, sensoriel, affectif et représentatif*.

- *Le niveau tonique* :

Ce premier niveau constitue le pilier de l'intégration psychomotrice du bébé. Il se fonde sur la double polarité hypertonie/hypotonie des réactions tonico-motrices du nourrisson. Lorsque celui-ci ressent un besoin (la faim, par exemple) ou une stimulation trop forte, la tonicité de l'ensemble de son corps augmente de façon réflexe : le bébé pleure, rougit et se crispe de façon très importante dans un état d'hypertonie. En donnant satisfaction à son besoin, en lui parlant, en le berçant, le parent parvient à abaisser le tonus de son enfant. Ce dernier vit alors une baisse de

¹⁰ ROBERT-OUVRAY S., *L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant*, p.1

¹¹ Ibid., p.1

sa tonicité, un état d'hypotonie. Le couple hypertonicité/hypotonicité en lien avec la tension/la détente constitue le premier niveau de l'intégration psychomotrice.

- *Le niveau sensoriel :*

C'est à partir du jeu des contraires toniques du premier niveau que va s'appuyer le jeu de contraires sensoriels dur/mou. La tension musculaire va procurer des sensations de dur et la détente des sensations de mou. A partir de cette bipolarité dur/mou, vont s'établir deux grandes familles sensorielles de base : celle du mou, du lumineux, du doux et du chaud, et à l'opposé, celle du dur, du froid, du sombre et du piquant. La bipolarité dur/mou est donc le premier couple sensoriel de base de l'intégration psychomotrice.

- *Le niveau affectif :*

Ce troisième niveau important s'étaye à partir des deux précédents. Lorsque le nourrisson est tendu, qu'il vit des sensations de l'ordre du dur, il est pris dans un état affectif d'insatisfaction, de déplaisir. La réponse du parent, ses soins mais aussi les échanges de tendresse, vont lui permettre de se détendre et de vivre un moment de satisfaction et de plaisir. « *Pris dans les bras, interprété, nommé, consolé, le bébé acquiert un sentiment de sécurité, car autrui donne un sens à ce qu'il est en train de vivre. C'est le parent qui nomme l'affect de l'enfant, qui affecte le corps tonique du bébé* »¹². Ce troisième niveau d'intégration psychomotrice est fondamental, car c'est le niveau de la langue maternelle. Le couple plaisir/déplaisir, satisfait/insatisfait, lié à l'absence/présence de la mère dans les soins, constitue le premier couple affectif de base de l'intégration psychomotrice.

- *Le niveau représentatif :*

Il s'agit du quatrième et dernier niveau d'organisation. Lorsque le bébé vit un état de tension douloureux, il se sent alors en présence d'une « mauvaise-mère ». En revanche, lorsqu'il est consolé, sa maman qui le câline et le berce est considérée comme une « bonne mère ». Le couple « bonne mère/mauvaise mère » est le premier couple de représentation du bébé à la base de l'intégration psychomotrice.

¹² ROBERT-OUVRAY S., *L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant*, p.2.

Chacun de ces quatre niveaux confronte le bébé à l'opposition des extrêmes. La bipolarité tonique de base au début de la vie est un système d'organisation motrice et psychique essentiel. Ce découpage en différents niveaux reste cependant théorique. En effet, au début de la vie, le bébé vit chaque expérience comme une unité. On ne peut séparer les variations toniques des sensations, ni des premières structures affectives et représentatives. Ces quatre niveaux d'intégration psychomotrice agissent ensemble et présentent des liens solidaires. Ce modèle permet néanmoins de mettre en lumière le processus d'étayage du corps tonique sur l'accès à l'affectivité et à la pensée.

L'expérience répétée et soutenue par les parents du passage entre ces deux extrêmes conduit à l'ambivalence, c'est-à-dire l'émergence d'états intermédiaires entre ces deux pôles. En effet, la maturation psychique entraîne l'enfant vers une harmonisation de ces deux états psychocorporels.

b) L'enveloppe tonique

S. Robert-Ouvray attribue également à la tonicité une fonction d'enveloppe. Eveillé, le bébé présente une certaine réactivité tonique qui lui permet de réagir à la confrontation avec le moindre stimulus externe. Cette enveloppe tonique innée serait selon l'auteur, un système de défense qui protège le nourrisson de certaines stimulations trop intenses (aussi bien internes qu'externes) et jouerait un rôle pare-excitant. Elle permet que s'amorce un sentiment de sécurité de base indispensable au développement du psychisme. Cette enveloppe va également contribuer à la construction d'un sentiment d'unité psychocorporelle. En effet, son intégration va participer à la distinction entre un dedans et un dehors tant corporel que psychique : « *Pour toutes les fonctions qu'elle assure et du fait de l'étayage psychocorporel, l'enveloppe tonique du nourrisson peut être considérée comme un contenant du corps et comme un contenant du psychisme. C'est la première enveloppe psychique du bébé* »¹³. D'autres auteurs, tel que D. Anzieu ou E. Bick, ont également parlé du rôle du sentiment d'enveloppe dans la construction identitaire, notamment à partir de la peau. Cependant, dans le cadre de ce mémoire je me limiterai à cette notion d'enveloppe tonique développée par S. Robert-Ouvray que j'ai pu la présenter dans cette partie.

¹³ ROBERT-OUVRAY S., *L'enfant tonique et sa mère*, p.127

c) Le holding psychomoteur

L'auteur reprend le concept de *holding* de l'anglais *to hold*, porter, de D. W. Winnicott. Comme je développerai sa théorie sur le portage dans une prochaine partie, je ne détaillerai pas plus son concept ici. En parlant de holding psychomoteur, S. Robert-Ouvray insiste sur le respect, dans le portage, de l'organisation tonico-motrice du nourrisson comme support du développement psychoaffectif de l'enfant. Cela implique selon elle trois facteurs clés du développement : *l'enroulement, la symétrie et les coordinations*.

- *L'enroulement* :

L'enroulement est un mouvement fondamental à respecter lors des trois premiers mois de la vie de l'enfant. Durant cette période, toute extension sera source de tensions toniques excessives et de malaise psychique. En effet, l'enroulement forme « *le mouvement de base de tous les êtres humains qui prépare la base narcissique* »¹⁴. Il favorise l'orientation du corps vers son centre et étaye la capacité de retour sur soi. L'enroulement permet également un état de relâchement musculaire favorable à la disponibilité émotionnelle et à l'intériorisation des bonnes sensations dans la relation. Enfin, ce mouvement de rassemblement favorise l'ajustement avec la mère qui s'enroule dans le portage avec son bébé et lui procure ainsi un sentiment de sécurité et de confiance primaire, support à la construction psychoaffective et à la relation.

- *La symétrie* :

La symétrie dans le portage opère selon deux axes. Le premier est l'axe vertébral qui permet la réunion des deux parties du corps, droite et gauche. Le second axe de symétrie prend racine dans les échanges de regard avec autrui. Selon S. Robert-Ouvray, « *l'enfant a besoin de se sentir aimé à travers le regard de son parent* ». Son existence corporelle et psychique sera fortement dépendante de la qualité du regard porté sur lui par les adultes qui le porteront.

¹⁴ ROBERT-OUVRAY S., *Le holding psychomoteur*, p.2.

- *Les coordinations motrices :*

L'accès aux premières coordinations, permis par l'harmonisation tonique, est un appui indispensable à la mise en forme des pensées chez le jeune enfant. Celui-ci se construit un monde à partir de ses mouvements, de ses sensations et de l'appropriation affective de son corps.

Ces trois paramètres psychomoteurs dépendent de la maturité neurologique. Mais il est nécessaire que l'enfant se sente accompagné émotionnellement dans ses expériences sensori-motrices par ses parents, afin qu'il puisse se les approprier. Cet accompagnement est nécessaire au bon développement de l'enfant, à la construction d'un corps non seulement mécanique, mais psychomoteur, c'est-à-dire d'un corps en relation.

L'ensemble de cette partie nous a permis de voir la place fondamentale du tonus dans le développement psychomoteur, mais aussi dans la construction psychoaffective du jeune enfant. Tout au long de cette partie, nous avons également pu commencer à dégager la place des premières relations dans la régulation tonique et la construction d'un corps ouvert sur son environnement. Mais nous avons aussi pu entrevoir la place fondamentale du tonus comme soutien des échanges psycho-affectifs. A partir de ce constat, nous pouvons dégager une autre fonction essentielle du tonus : son importance dans les premières relations.

III. TONUS, EMOTIONS ET PREMIERES RELATIONS

A l'aube de la vie, pendant la grossesse, avant même que la mère ne tienne dans ses bras ou ne voit son enfant, des premières relations se tissent déjà. Celles-ci sont essentiellement toniques. Par l'intermédiaire des variations de la tonicité de la paroi utérine, le bébé va ressentir un bain de sensations tactiles auquel il va répondre par l'intermédiaire de son tonus. Les variations toniques du fœtus vont être ressenties par la maman par les modifications des contacts contre la paroi de l'utérus. La vie intra-utérine, premier espace interactif, permet l'amorce d'un premier dialogue entre deux corps toniques, source d'intenses sensations et émotions. Les premiers jours de sa vie, enroulé dans les bras de sa maman, le nouveau-né retrouve quelque chose des sensations et de ces premières interactions qu'il a pu vivre dans le ventre de sa mère. A travers cette partie, nous allons tenter de décrire ces premières interactions et la place qu'y occupe le tonus. Puis, nous nous interrogerons sur les effets du handicap précoce sur ces liens précoces.

III. 1. LES INTERACTIONS PRECOCES

Les interactions se définissent comme la réaction réciproque de deux phénomènes l'un sur l'autre. Cette définition implique une notion essentielle, constitutive de l'interaction : la réciprocité. Pendant longtemps, le nourrisson était perçu comme un être passif, soumis aux influences de son environnement. Mais tous les chercheurs et les spécialistes de la petite enfance s'accordent aujourd'hui à affirmer la part éminemment active du nourrisson dans ces interactions primaires. Le modèle théorique dominant est celui d'une *spirale interactionnelle* : les parents et le nourrisson s'influencent l'un et l'autre dans un processus continu de développement et de changement.

Pendant les premiers mois, le couple mère-enfant vit dans un état fusionnel, aussi appelé *état symbiotique*. Cet état de grande proximité, offre un continuum d'échanges où tout comportement de l'un des partenaires provoque une modification chez l'autre et ainsi de suite. Le développement psychique de l'enfant conduira à son individuation, c'est-à-dire le sentiment d'être un « Soi » différencié de sa figure maternelle.

Les recherches de S. Lebovici à la fin des années quatre-vingt, ont permis de distinguer trois niveaux d'interaction : *comportemental*, *affectif*, et *fantasmatique*.

a) Les interactions comportementales

Également appelées *interactions réelles*, elles concernent des comportements directement observables dans la relation entre le parent et son enfant. Elles sont essentiellement *corporelles*, *visuelles* et *vocales*.

- *Les interactions corporelles :*

Elles concernent la façon dont le bébé est porté, tenu, touché par sa mère, mais aussi réciproquement la façon dont le bébé entre en contact corporel avec cette dernière. Ces interactions s'étayent sur l'ensemble des échanges corporels à partir de contacts tactiles dans les portages ou dans les soins, mais aussi à partir des jeux d'échanges tonico-posturaux. Ce niveau de l'interaction renvoie aux notions de *holding* de D. W. Winnicott et de *dialogue tonique* de H. Wallon également repris par J. De Ajuriaguerra que je développerai plus loin.

- *Les interactions visuelles :*

Elles prennent forme dans la rencontre des regards qui, pour S. Lebovici, constitue très souvent l'élément déclencheur du sourire chez le nourrisson. Selon lui, « *regard et sourire du nourrisson ont ceci de commun qu'ils donnent à la mère le sentiment que ses efforts sont reconnus par le bébé, comme si ces manifestations étaient les prototypes primordiaux de sentiments de gratitude* »¹⁵. L'auteur reprend également l'idée développée par D. W. Winnicott par rapport à la *fonction miroir du regard maternel*. « *Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement, ce qu'il voit, c'est lui-même.* »¹⁶. L'expression du visage de la mère qui regarde son enfant est en relation directe avec ce qu'elle voit de lui. L'enfant peut ainsi lire sur le visage maternel et son regard, un ensemble d'affects variés, support de la relation, mais aussi de la construction de l'image de Soi.

¹⁵ LEBOVICI S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, p.164.

¹⁶ D.W.WINNICOTT – *Jeux et réalité*, p.155

- *Les interactions sonores :*

Le nourrisson, à travers ses cris et ses pleurs, va pouvoir interpeller ses parents sur ses besoins et ses désirs. La réponse parentale va s'adapter en fonction de ce qui est perçu de l'état de l'enfant. On constate dès les premiers temps de vie de l'enfant, que la parole est souvent utilisée par les mères qui adoptent intuitivement un « parler-bébé ». Bien plus que le contenu même de ses paroles, c'est avant tout la mélodie, la tonalité et le rythme de la voix maternelle, autrement dit sa musicalité, qui « parle » à l'enfant. A travers sa musicalité et l'habitation corporelle et affective de ses paroles dans les échanges, la maman va pouvoir renvoyer à l'enfant quelque chose du vécu brut qu'il peut traverser. Elle va ainsi interpréter ce que vit son bébé et transformer ses vécus bruts en éléments compréhensibles et mentalisables pour l'enfant. C'est ce que développe W. Bion en parlant de *fonction alpha* de la mère.

Ces échanges corporels, visuels et sonores de base apparaissent principalement dans les temps de soins, de repas, mais aussi de jeux qui rythment la vie quotidienne du jeune enfant. La richesse de ces échanges et les capacités d'ajustement de la mère et du bébé (c'est-à-dire l'adaptation de la réponse en fonction de l'adresse) vont influencer la qualité et l'harmonie de ces premières interactions.

b) Les interactions affectives

Les premiers liens se tissent dans un climat émotionnel essentiel. En effet, les affects partagés sont alors précieux dans la relation entre la mère et son enfant comme le l'explique D. Stern dans sa théorie de *l'accordage affectif*. L'accordage affectif entre une maman et son bébé correspond à « *l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne* »¹⁷. Il y aurait ainsi une sorte de contagion émotionnelle entre les deux partenaires, rendue visible par l'intermédiaire de comportements pouvant être appariés. La mère va percevoir l'état affectif de l'enfant à travers ce qu'il exprime. Elle va alors, en réponse, produire un comportement similaire pour traduire qu'elle a compris l'émotion de l'enfant et qu'elle la partage. Sa réponse est cependant transmodale, véhiculée par un autre canal de communication. L'enfant se sent ainsi compris par son parent. Cette

¹⁷ STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, p. 185

compréhension mutuelle et ce partage d'affects sont essentiels à l'instauration des premiers liens et de l'intersubjectivité. D. Stern précise que même si les conduites d'accordage peuvent être observées dès les premiers mois de la vie, elles se développent surtout à partir de neuf mois, âge où le jeune enfant découvre que sa psyché et celle d'autrui sont distinctes et qu'il développe sa propre subjectivité.

c) Les interactions fantasmatiques

Selon S. Lebovici et B. Cramer, la vie psychique (consciente, imaginaire et fantasmatique) de l'enfant et de la mère auraient une influence réciproque dans la relation. Une mère qui porte un enfant semble traversée par une vie imaginaire et fantasmatique réactivée. Le bébé est également en mesure d'« halluciner » les soins maternels en lien avec un plaisir corporel éprouvé.

Les interactions précoces sont essentielles. Elles vont permettre aux parents et à l'enfant d'apprendre à se comprendre et vont être sources d'intenses émotions placées sous le signe du partage. Ces interactions soutiennent le développement de l'enfant qui s'identifie à son parent, se construit et s'individualise petit à petit. Ces interactions richement ancrées corporellement favorisent l'appropriation par l'enfant de son corps. Elles incitent aux diverses expériences motrices, soutenues par la relation parentale. Le corps alors davantage maîtrisé, comme nous avons pu le voir précédemment, peut être utilisé comme un véritable outil de relation et d'exploration de l'environnement.

III. 2. LES COMPETENCES DU NOURRISSON

De quels moyens dispose le nourrisson pour solliciter son parent dans la relation ?

Comme nous avons pu le voir, la part active du nourrisson est essentielle dans le jeu interactionnel précoce. Dès les premiers temps de vie, le bébé fait preuve d'aptitudes sensorielles et tonico-motrices qui le rendent capable d'interpeler son parent, mais aussi de répondre à ses sollicitations affectives. En cela, le bébé est à considérer comme un être fondamentalement social.

L'équipement sensoriel du nouveau-né, encore immature, lui permet dès ses premiers instants de vie, d'échanger avec ses parents et de soutenir les interactions primaires. A la naissance, son système visuel lui permet une vision nette dans un périmètre restreint. Dans les moments de grande proximité (de portage ou encore de soins par exemple), le nourrisson est de ce fait capable de fixer les yeux de sa mère. Ces échanges de regards sont des temps privilégiés, sources d'intenses émotions. Le bébé est également très sensible au toucher, au contact corporel avec sa mère. Ce contact va lui rappeler les sensations vécues dans l'enveloppe utérine. Cette rencontre corporelle, dans le portage ou dans les soins, plonge les deux partenaires dans une relation intime, où deux corps communiquent entre eux, dans un ajustement réciproque. Le bébé va en effet réagir en fonction des différentes modalités de toucher. Les premiers contacts peau à peau sont souvent très émouvants pour le parent et la chaleur corporelle de ce dernier procure au bébé une grande sensation de bien-être. Ces moments de retrouvailles, où chacun apprend à se connaître, sont primordiaux pour l'enfant et son parent. En outre, le nouveau-né est également très vite sensible à la musicalité de la voix de sa mère, dont il a déjà pu faire l'expérience in-utéro. Il montre très tôt sa préférence pour la voix de ses parents et y répond par une orientation de la tête, une attention soutenue et une modification du tonus en fonction de la tonalité de la voix de son parent.

L'ensemble des compétences du nourrisson, dès ses premiers instants de vie, vont lui permettre d'occuper une place d'acteur dans la relation. Les ajustements réciproques du parent, mais aussi de l'enfant, vont participer à la création d'une *synchronie interactionnelle*, c'est-à-dire d'une adaptation rythmique et spontanée des deux partenaires dans une sorte de danse mutuelle, à la base de la communication. Par ses comportements primaires, mais aussi ceux qu'il va développer par la suite (mimiques faciales, sourire social, imitation, ...), le bébé va, en outre, susciter de vives émotions chez ses parents qui vont participer à la mise en place de liens d'attachement et à la construction du sentiment de parentalité. Dans cette spirale interactionnelle nous allons, dans la prochaine partie, nous placer du côté du parent et plus particulièrement de la mère. Comment peut-on penser sa place dans la sphère interactionnelle ?

III. 3. LA FONCTION MATERNELLE DANS LES PREMIERES INTERACTIONS

Durant les premiers temps de sa vie, le bébé est complètement dépendant de son environnement et des soins maternels. Pour D. W. Winnicott, « *un bébé seul n'existe pas* »¹⁸. Nous avons pu voir combien l'entourage est important dans le développement psychomoteur de l'enfant. L'auteur, au cours de sa carrière, s'est beaucoup intéressé à la dyade mère-enfant. Ses propos constituent, dans le cadre de ce mémoire, une source d'informations essentielle pour appuyer mes propos quant à la fonction maternelle dans les premières relations.

a) La contenance maternelle

En quittant le ventre de sa mère, le bébé perd un contenant qui, pendant neuf mois, par un positionnement du corps en enroulement, lui a assuré un ajustement et une sécurité tonique optimale. Il est fondamental qu'il retrouve, dans ses interactions avec son milieu, cette sécurité ainsi que les moyens de cette contenance. Le bébé a donc besoin d'une relation permanente pour se développer harmonieusement. La maman, dans les premières semaines qui suivent la naissance, va donc être dans un état d'hypersensibilité qui lui permet d'être au plus près des besoins de son enfant. D. W. Winnicott nomme cet état d'identification massive de la mère à l'enfant et à ses besoins, « *préoccupation maternelle primaire* ». L'auteur insiste sur l'importance de ces réponses et de ces soins maternels « *suffisamment bon* » qui offrent à l'enfant un environnement relationnel sécurisant et contenant, propice à son épanouissement moteur et psychoaffectif.

b) Les capacités de *handling* et de *holding* maternel

La mère va offrir à son enfant son propre corps sur lequel il va pouvoir se reposer et s'appuyer en toute sécurité. Elle possède, ce que D. W. Winnicott nomme les capacités de « *holding* » et de « *handling* ». Ces capacités vont être fondamentales dans les relations précoces. Celles-ci s'ancrent dans le jeu interactionnel corporel que nous avons pu décrire précédemment.

¹⁸ WINNICOTT D. W., *L'enfant et le monde extérieur*, p.107

Le *handling* correspond à la façon dont l'enfant est touché, manipulé, soigné. La manière dont la mère va investir les soins, va toucher et manipuler son enfant, mais aussi le penser en tant qu'« être tout entier », va colorer affectivement ces moments de partage. Par *holding*, il faut entendre la façon dont l'enfant est porté physiquement mais aussi psychiquement par sa mère. Le holding participe au besoin de contenance de l'enfant. C'est en portant son enfant contre elle, en l'entourant de ses bras, que vont se tisser les premiers liens d'attachement entre la maman et son enfant. Le holding constitue également une base fondamentale, qui va étayer la capacité de l'enfant à exister seul par ses propres appuis moteurs et psychiques. Ce corps à corps, ces échanges intimes au travers des temps de portage et de soins, via les capacités maternelles de holding et de handling, sont sources de vives émotions et sont essentiels au développement de liens affectifs dans le couple mère-enfant.

S. Robert Ouvray, comme nous l'avons vu en amont, a repris le concept de holding en insistant sur l'importance de l'organisation tonico-motrice des deux partenaires dans ces expériences de portages. L'ajustement psychocorporel entre la mère et son enfant dans le portage est donc une donnée importante à considérer dans les échanges relationnels. Ses propos nous invitent, dans le cadre de ce mémoire et à partir des expériences de holding, à penser plus particulièrement la place du tonus dans les premières relations.

III. 4. LE DIALOGUE TONIQUE

H. Wallon a été le premier à montrer le rôle fondamental du tonus comme toile de fond des émotions et support de la relation. L'auteur parle de *relation tonico-émotionnelle*. « *Essentiellement fonction d'expression, fonction plastique, les émotions [...] ont pour étoffe le tonus musculaire.* »¹⁹. Les émotions constituent un moyen d'échange privilégié dans le corps à corps entre l'enfant et son parent, puisque celles-ci utilisent le corps tonique comme théâtre, c'est-à-dire comme lieu d'expression.

J. De Ajuriaguerra s'appuie ainsi sur les travaux de H. Wallon pour développer le concept de *dialogue tonique*. L'auteur le définit ainsi : « *Cette notion correspond au processus d'assimilation et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps*

¹⁹ WALLON H., *Les origines du caractère chez l'enfant*, p. 174

de l'enfant. L'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles. Par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien, mais *accommodation réciproque* »²⁰. Le dialogue tonique engage donc un jeu d'ajustements toniques de la part des deux partenaires. L'état tonique de l'un, en lien avec ses affects, va engendrer des répercussions toniques et émotionnelles chez l'autre, et ainsi de suite. Véritable jeu d'adresses et de réponses entre deux corps expressifs, le dialogue tonique va constituer un véritable mode de communication infra-verbale. Cette communication, au plus proche des émotions, va favoriser la mise en place des liens d'attachement. En effet, lorsque les relations et l'ajustement tonique sont satisfaisantes, le bébé prend rapidement conscience que sa tonicité est un système privilégié de communication avec autrui. Son tonus lui sert en quelque sorte de récepteur des informations provenant de son environnement et des états affectifs de sa mère. De son côté, la maman va également comprendre ce que ressent son bébé à partir de ses signaux tonico-émotionnels et y répondre en adaptant son propre tonus. L'ajustement tonique harmonieux va également constituer le support des autres moyens d'échange qui vont se construire : le dialogue tonique « *représente la qualité du paysage, de l'ambiance propre à cette interaction, l'arrière fond qui colore les regards et les mots échangés* »²¹. Véritable moyen d'échange émotionnel et corporel, le dialogue tonique participe également à la construction psychoaffective. Comme le dit joliment M.-F. Livoir-Petersen, le dialogue tonico-émotionnel constitue « *un gué qui permet au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âmes* »²². Sa qualité dans le champ des interactions précoces est nécessaire à l'épanouissement de l'enfant en relation avec son parent.

En partant du tonus neurologique, nous avons vu sa place dans le développement psychomoteur de l'enfant et la construction d'un corps outil de la relation, pour finalement comprendre, à travers le dialogue tonique, son importance dans les interactions précoces et l'instauration des premiers liens affectifs nécessaires au bon développement de l'enfant. Mais, lorsque le handicap fait irruption dans la vie des parents qu'en est-il de ces liens ? Comment peut-il fragiliser l'univers relationnel et affectif entre un enfant et ses parents ?

²⁰ DE AJURIAGUERRA J., *Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication*, Enfance n°2 p.272

²¹ BLOSSIER P., *Hypertonie et difficultés d'ajustement postural comme révélateurs des troubles des interactions précoces chez le jeune enfant*, Thérapie psychomotrice et recherches n°157, p.51

²² LIVOIR-PETERSEN M.-F., *Le dialogue tonico-émotionnel*, Thérapie psychomotrice et recherches n°157, p. 96

III. 5. HANDICAP ET INTERACTIONS PRECOCES

La naissance d'un enfant porteur de handicap est bouleversante pour ses parents. L'arrivée du handicap, par sa violence, peut mettre à mal les premiers liens. Multiples sont ses effets sur le champ interactionnel, et unique est son vécu pour chaque parent. De la même manière qu'un handicap peut avoir des conséquences physiques et psychiques très variées, ses impacts sur les liens enfant-parents sont également extrêmement multiples. Il s'agira ici d'en tirer certaines grandes lignes, à considérer comme une ouverture sur la façon dont le handicap peut bouleverser les premiers liens. Je m'appuierai essentiellement sur les propos de S. Korff-Sausse dont les écrits, à partir de la rencontre avec les parents, nous amènent au plus près de leurs vécus.

a) L'annonce traumatique du handicap

L'annonce du handicap est souvent vécue comme brutale et d'une grande violence. Elle touche des sujets non préparés et provoque un véritable traumatisme. Ceux qui en parlent le mieux sont certainement les parents concernés. « *Pendant plusieurs mois, je n'ai rien imaginé. Le black-out total. Impossible d'avoir de ce bébé une image de petite fille. Et un adulte... non, ça c'était impensable.* »²³ témoigne une mère à S. Korff-Sausse. La révélation du handicap provoque un état de sidération, un échec de la pensée chez le parent qui reste pris par une douleur indicible, innommable, et incapable d'imaginer l'avenir. Le handicap gèle la pensée, fixe le temps. Comment alors investir cet enfant, qu'on ne peut penser ?

b) Un deuil impossible

Toute naissance implique un deuil de l'enfant imaginaire pré-investi par les parents durant la grossesse. En effet, il y a toujours un écart entre cet enfant espéré et l'enfant réel à la naissance. Tous les parents rêvent d'un avenir grandiose pour leur enfant, et tous les enfants vont forcément les « décevoir » dans leurs illusions. Cela va amener les parents à accepter l'enfant tel qu'il est. S'il faut renoncer à l'enfant imaginaire idéal, l'enfant réel amène d'autres joies.

²³ KORFF-SAUSSE S., *Le miroir brisé*, p.33

Dans les situations de handicap, l'enfant réel est tellement éloigné de cet enfant attendu, de cet enfant idéalisé. L'écart est si grand qu'il peut mettre en échec ce travail de deuil de l'enfant espéré. Le travail de deuil implique un processus de symbolisation de la perte de l'objet (l'enfant imaginaire) qui permet un déplacement de son investissement vers un autre objet (l'enfant réel). Mais comment réaliser ce travail lorsque les parents, traumatisés et dans l'impossibilité de penser, ne disposent pas des ressources psychiques nécessaires ? Comment également renoncer à l'enfant idéal alors que l'enfant réel rappelle chaque jour au parent ce qu'il doit accepter de perdre ? Ici encore la parole des parents est la plus explicite : « *On me parle de deuil à faire. Mais deuil, cela veut dire que quelqu'un est mort... Mon enfant n'est pas mort, il est bien vivant ; handicapé, oui, mais bien présent.* »²⁴ raconte un père. Comme le dit S. Korff-Sausse, ce « *deuil reste sans fin, car la présence de l'enfant vivant oblige à continuer d'investir* ». De plus, renoncer à l'enfant imaginaire, reviendrait pour les parents à renoncer à la capacité de pouvoir donner naissance à un « bel » enfant. On voit donc combien les parents sont confrontés à un deuil impossible, qui ne se termine jamais, car il est sans cesse réactivé par les différentes étapes de la vie de l'enfant. En effet, plus il grandit, plus l'écart entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire se creuse. Le temps, au lieu d'apaiser la douleur, accentue les difficultés.

c) Le miroir brisé

Pour S. Korff-Sausse « *l'enfant handicapé envoie à ses parents une image déformée, tel un miroir brisé, dans laquelle ils ont du mal à se reconnaître* »²⁵. La rencontre avec le handicap convoque à l'étrangeté, voire à quelque chose de l'ordre de la monstruosité comme en parle O. Grimm. Comment se reconnaître dans cet enfant ? Comment refléter le visage de l'enfant lorsqu'on ne le reconnaît pas ? L'identification nécessaire à l'enfant est alors largement compromise. Les parents se trouvent en difficulté pour comprendre leur enfant et se mettre à sa place. Les capacités parentales de réflexivité sont également mises à mal. Cet enfant sera difficile à investir et va attaquer les parents dans leur narcissisme et leur sentiment de parentalité. Tout cela va mettre en péril les premières interactions et l'inscription de ce petit être dans l'histoire familiale.

²⁴ KORFF-SAUSSE S., *Le miroir brisé*, p.45

²⁵ Ibid., p. 43

d) Réactions et défenses parentales

Les parents vont rencontrer de vives émotions de l'ordre de la culpabilité, de l'incapacité, de la solitude ou encore de l'incompréhension qui vont fragiliser le processus de parentalité. Des affects très violents, souvent inconscients, vont également pouvoir traverser ces parents, comme par exemple l'idée de mort : « *L'enfant handicapé suscite toujours et inévitablement une idée de mort.* »²⁶. Par la violence qu'il suscite, mais aussi la douleur affective qu'il engendre, le handicap va fragiliser les premiers liens d'attachement et engendrer des processus défensifs chez les parents. Ces défenses vont alors modifier la nature des premières relations. On observe souvent deux types de défenses opposées chez les parents avec des oscillations possibles entre les deux. D'un côté, le prolongement anormal de la relation symbiotique, sorte de tentative de maintenir l'illusion que l'enfant réel correspond bien à l'enfant désiré. Ou d'un autre côté, un surinvestissement des soins mécaniques avec une idée de réparation magique, mais qui protège également inconsciemment le parent du « danger » d'investir son enfant.

e) Un ajustement tonique défaillant

Face au handicap de leur enfant, certains parents, trop submergés par cette nouvelle, ne parviennent pas à se rendre suffisamment disponibles pour leur enfant, tant physiquement que psychiquement. Cette difficulté, associée à celle de se reconnaître en leur enfant, est souvent à l'origine de troubles de l'ajustement tonique, et par là même, de troubles de la communication tonico-émotionnelle qui mettent à mal les premiers liens.

Mais ce sont également les difficultés tonico-motrices (hypertonie/hypotonie massives ou encore passages brusques entre ces deux états extrêmes) pouvant être liées au handicap de l'enfant qui vont fragiliser ces premières rencontres corporelles. L'harmonisation tonique mutuelle, et donc le partage affectif qui en découle, vont être altérés. Ces difficultés d'ajustement renforcent le sentiment d'étrangeté auquel est confronté le parent. Pour y échapper, il arrive que ce dernier évite les situations de corps à corps avec son enfant, pourtant essentielles à leur rencontre mutuelle.

²⁶ KORFF-SAUSSE S., *Le miroir brisé*, p.154

Le handicap confronte donc l'enfant et sa famille à une somme d'affects et d'expériences douloureuses et difficiles. L'intégrité somatopsychique de l'enfant, mise à mal par le handicap, associée aux perturbations psychologiques et émotionnelles auxquelles sont exposés les parents, vont compromettre les premières interactions. L'ajustement réciproque par l'intermédiaire du dialogue tonique, le partage affectif, ainsi que la mise en place de liens d'attachement sont mis en péril. Le risque majeur est l'apparition de « surhandicaps », c'est-à-dire de complications liées à des perturbations relationnelles. Car il faut bien garder à l'esprit que l'enfant et le parent s'impactent l'un l'autre et peuvent donc être victimes d'un engrenage de troubles relationnels sans fin. S. Lebovici évoque cette désorganisation interactive : « [...] le bébé ne peut pas développer chez lui le programme qui déclenche chez la mère des émotions positives, anticipatrices ; et de ce fait, survient toute une désorganisation, qui devient une désorganisation mutuelle, parce que la mère ne recevant pas, n'étant pas préparée à répondre à ce type d'infirmité, ne sait pas quoi faire. Tout ce qui est naturel chez elle tombe à l'eau »²⁷.

Nous avons vu la place importante du tonus dans la construction d'un corps psychomoteur, d'un corps en relation avec son entourage. Mais nous avons également mis en lumière sa place fondamentale dans l'établissement des premiers liens à travers le dialogue tonique et les premiers échanges entre deux corps toniques. Comment les troubles du tonus entre ces deux corps vont-ils fragiliser les interactions précoces ? Comment en psychomotricité soutenir ces premiers liens mis à mal ?

C'est à partir de la clinique, et plus particulièrement de ma rencontre avec Lila et sa maman que je vais à présent tenter d'illustrer et de comprendre les effets des troubles de la régulation tonique liés au handicap sur les premiers liens.

²⁷ LÉBOVICI S., *Interactions affectives mère-bébé et polyhandicap sensoriel*, Psychologie médicale, n°21, p. 1916



PARTIE CLINIQUE

I. PRESENTATION DU STAGE

I. 1. LE CABINET LIBERAL

J'ai réalisé ce stage dans le cabinet libéral récemment fondé par la psychomotricienne qui m'a reçue tout au long de l'année. Le cabinet accueille des patients d'âges variés, du nourrisson à l'adulte, en passant par l'enfant et l'adolescent. Les problématiques psychomotrices y sont également multiples, du trouble psychomoteur léger au handicap moteur ou psychique grave. Cette grande diversité fait l'une des richesses de ce stage et constitue l'une des spécificités du travail en libéral.

Si la psychomotricienne exerce seule dans son cabinet, elle n'est pour autant pas isolée de tous les autres partenaires de santé. Les liens avec le corps médical et paramédical sont nombreux (rencontres, courriers, échanges téléphoniques), tout comme ceux avec les familles ou encore avec le corps pédagogique et les institutions médico-sociales. Chaque patient est pris en compte dans sa globalité. Le soin en psychomotricité est pensé avant tout comme un soin ancré parmi d'autres, dans un projet d'accompagnement global et cohérent de chaque patient.

Les patients accueillis viennent sous prescription médicale. L'adresse vers le cabinet se fait la plupart du temps par d'autres professionnels paramédicaux, par les enseignants, le corps médical, les parents ou le patient lui-même. Mais ce sont les parents ou les patients qui restent à l'initiative de la démarche de la demande de soins.

La majeure partie des séances de psychomotricité se déroule dans la salle de psychomotricité du cabinet, hormis pour certaines prises en charges en milieu aquatique. La salle est relativement petite mais propose un matériel très varié, support à l'expression psychomotrice du patient et à de nombreuses expériences.

I. 2. MA POSITION DE STAGIAIRE

Ma présence le mercredi me permet de voir un grand nombre de patients. Ces derniers sont pour en majorité des enfants d'âge scolaire et des adolescents. Mais je participe également à une prise en charge parent-enfant : celle de Lila et sa maman.

Au début du stage, après un temps de rencontre et d'observation des différents patients, la psychomotricienne m'a confié la plupart de leurs prises en charge. C'est donc moi qui anime leurs séances, soutenue et étayée par la psychomotricienne qui reste dans un espace proche, disponible à ce qui se passe dans le suivi.

Ma position diffère cependant dans la prise en charge de Lila et sa maman, où la psychomotricienne reste très présente dans le dispositif de soins. Je reviendrai plus en détails sur ma place et mon implication dans cet accompagnement lorsque j'évoquerai, plus loin, le dispositif de ce soin.

II. MA PREMIERE RENCONTRE AVEC LILA ET SA MAMAN

Lila est née en *octobre 2010*. Elle a tout juste *un an* quand je la rencontre pour la première fois, le premier jour de mon stage. Ce jour-là, comme pour les autres premières rencontres avec les différents patients du cabinet, je ne dispose pas au préalable d'informations les concernant. L'idée étant de m'imprégner de l'atmosphère subjective de ces premières rencontres, sans attentes, ni représentations préconçues qui auraient sûrement influencé ma façon de les ressentir.

Ma première rencontre avec Lila et sa maman est d'abord sonore. En effet, quelques minutes avant le début de la séance, j'entends depuis la salle d'attente, la voix d'une mère qui parle, chantonne avec son enfant. L'absence de vue stimule mon imagination et je visualise, assise dans le canapé de la salle d'attente une mère portant dans ses bras un jeune enfant.

Lorsque la psychomotricienne les fait entrer, je découvre dans un premier temps la maman, Madame T. C'est une femme plutôt grande, aux yeux noirs avec de beaux cheveux bouclés, couleur ébène. Debout, sa carrure est plutôt impressionnante. Nous nous présentons, et lorsque nous parlons je retrouve la voix mélodieuse que j'ai entendue depuis la salle d'attente. Madame T. porte dans ses bras Lila, couchée à l'horizontale. Sans réellement encore bien comprendre pourquoi, ce portage m'interpelle. La vue de Lila dans les bras de sa maman ne me laisse pas la même impression que celle d'autres mamans portant leur enfant. Comme si quelque chose venait troubler l'harmonie de ce portage.

La maman dépose Lila sur un énorme et épais coussin posé au sol au milieu de la pièce, puis lui retire son manteau. Je m'approche alors de Lila et découvre une mignonne petite fille aux yeux foncés, au visage rond et à l'allure de poupon. Ses cheveux châtain sont courts et fins. Ils forment deux, trois petites bouclettes réparties sur sa tête qui rappellent la chevelure de sa mère. Lila porte de jolis habits roses ainsi qu'un gilet blanc en tricot. Couchée sur le dos, ses jambes sont très tendues. Ses bras fléchis, les poings fermés, dessinent de grands mouvements dans l'espace, tel un nourrisson de quelques mois. Je m'approche alors de son visage pour lui dire bonjour, mais la rencontre est difficile. Ses yeux, très mobiles dans ses globes oculaires ont du mal à se fixer dans l'espace qui l'entoure. Nos regards ne peuvent se croiser. A ce moment, je ne perçois pas non plus de signe de sa part qui témoigne d'une réaction à mon égard. A-t-elle pu percevoir ma présence ? M'a-t-elle entendue ?

Assise à ses côtés, à sa hauteur, je sens dans un premier temps mon corps se raidir, devenir lourd, marqué par cette première rencontre particulière, qui n'a pu réellement se faire. Cette rencontre m'apparaît également coupée du temps. Quel âge à Lila ? Six mois ? Huit mois ? C'est en fin de séance que j'apprendrais qu'elle vient tout juste de fêter sa première année. (Nous sommes alors en *octobre 2011*).

III. HISTOIRE ET ANAMNESE

A travers cette partie, je retracerai les étapes importantes de l'histoire de vie de Lila et ses parents. Ces informations sont principalement obtenues à partir de discussions avec la psychomotricienne, qui elle-même détient ces éléments d'entretiens avec la maman de Lila et les différents intervenants médicaux et paramédicaux qui ont rencontré la petite fille. L'absence de véritable dossier médical qui regroupe l'ensemble de ces informations limite néanmoins quelque peu ma restitution.

III. 1. LA NAISSANCE

Lila est née à terme en *octobre 2010*. La grossesse s'est déroulée sans problèmes. L'arrivée de l'enfant se fait dans la joie. Les parents sont heureux d'accueillir leur deuxième petite fille. Lila a en effet une grande sœur, Julie, de sept ans son aînée.

La maternité se déroule bien et Lila et sa maman regagnent vite le domicile familial. La petite fille est nourrie au biberon. C'est un bébé qui dort bien, très présent à son entourage.

III. 2. L'ARRIVEE SOUDAIN DES SYMPTOMES

Vers trois mois (*en janvier 2011*), Lila se met soudainement à avoir des difficultés pour s'alimenter. Les prises de biberons sont compliquées et la petite fille se met à régurgiter fréquemment. Lila pleure beaucoup et devient très irritable. Les nuits sont très difficiles et elle souffre de gros troubles du sommeil. La petite fille perd également une partie de ses acquis psychomoteurs et se raidit de façon importante au niveau des quatre membres. Ses yeux se mettent à plafonner. Très inquiets, les parents consultent immédiatement le pédiatre. Ce dernier les oriente vers le CHU pour une batterie d'examen. L'arrivée brutale de ces symptômes laisse à ce moment penser à une encéphalopathie d'origine virale. Le vécu parental est lourd. L'arrivée brutale du handicap sévère de leur fille est vécue comme un effondrement et les angoisses liées à l'état préoccupant de Lila sont massives.

III. 3. L'INCERTITUDE DU DIAGNOSTIC, LES NOMBREUX EXAMENS MEDICAUX

La cause virale est rapidement éliminée, mais les examens médicaux se multiplient. *En mai 2011 (Lila a alors 7 mois)*, une IRM dévoilera un retard de myélinisation associée à une calcification des noyaux gris centraux. Le corps médical fait à ce moment l'hypothèse d'une leucodystrophie sévère, ainsi que celle d'une cécité corticale. Mais des incertitudes demeurent et les examens se poursuivent, aussi bien en imagerie médicale qu'en génétique.

Les parents sont sous le choc de cette annonce. La leucodystrophie est en effet une maladie neurodégénérative sévère. Ils craignent pour l'avenir proche de leur fille. La maman, éducatrice dans un IME, ne reprend pas son travail. L'image du handicap lui est trop difficile. Dans un état de tristesse profonde, elle montre des signes dépressifs. Elle exprime à un moment, dans un sentiment de culpabilité, « avoir raté son enfant ». Le papa est également très affecté et notamment à l'idée de ne plus pouvoir échanger de regard avec sa fille. L'irruption du handicap dans la vie familiale est bouleversante et met sérieusement à mal les premiers liens instaurés entre la petite fille et ses parents. Comment continuer à investir une enfant qu'on risquerait de perdre ?

III. 4. MISE EN PLACE DES DIFFERENTES PRISES EN CHARGE, UN ACCOMPAGNEMENT QUI SE CONSTRUIT

Parallèlement, corps médical et parents ne tardent pas à mettre en place un suivi paramédical pour leur fille et à engager les procédures auprès de la MDPH. *Dès les mois de mai et de juin 2011*, sont mis en place des accompagnements en kinésithérapie et en psychomotricité.

La petite fille bénéficie de cinq séances de kinésithérapie par semaine. Celles-ci sont assurées à domicile par deux kinésithérapeutes d'un SESSAD. Lila rencontre également deux fois par semaine la psychomotricienne. Le dispositif d'accompagnement est donc important. Si ce dernier est bien évidemment nécessaire pour Lila, sans doute témoigne-t-il aussi de la volonté des parents de tenir, malgré leur vécu douloureux et le traumatisme de l'annonce du handicap.

III. 5. UN ENTOURAGE QUI SE MOBILISE

Les parents peuvent compter sur un entourage proche pour les soutenir. Grands-parents, mais aussi oncles et tantes viennent régulièrement soutenir les parents ou encore garder la petite fille. Lila et sa grande sœur sont également gardées chez leur nourrice. Cette dernière est un soutien très important pour la famille et est très impliquée dans le quotidien de Lila. Nous l'accueillerons même une fois en séance de psychomotricité avec la petite fille et sa maman.

Cette mobilisation rapide de l'entourage et cette organisation ont vite été un point d'appui et de soutien pour les parents. *Fin juin*, la maman a ainsi voulu reprendre une activité professionnelle et s'est mise à travailler à mi-temps comme secrétaire dans un cabinet vétérinaire.

III. 6. L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC. UNE MALADIE GENETIQUE RARE : LE SYNDROME D'AICARDI-GOUTIERES

L'état de Lila se stabilise. Depuis l'arrivée brutale des symptômes, son état ne s'est pas aggravé, tant d'un point de vue neuromoteur que métabolique. Malgré des repas encore difficiles, Lila prend du poids, grandit. Les examens médicaux se poursuivent en parallèle des prises en charges en kinésithérapie et en psychomotricité. Une calcification des noyaux gris centraux est également identifiée entre temps. *Début février 2012*, alors que *Lila a 16 mois (cela fait 9 mois depuis le début des prises en charges, et 4 mois depuis notre première rencontre)*, les équipes médicales parviennent finalement à mettre un nom sur sa maladie : le syndrome d'Aicardi-Goutières.

Le syndrome d'Aicardi-Goutières est une maladie génétique autosomale récessive très rare. En France, chaque année, seuls quelques dizaines de cas sont répertoriés. Les premiers cas ont été décrits dans les années quatre-vingt, et les recherches sont encore à leurs débuts. La maladie associe une calcification des noyaux gris centraux, une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, ainsi qu'une atteinte de la myéline. Le syndrome se développe généralement avant six mois et imite les caractéristiques d'une fœtopathie virale. Les principaux signes cliniques sont des difficultés d'alimentation, des secousses oculaires, un manque d'acquisitions psychomotrices, une spasticité, ainsi que

des mouvements dystoniques. Ces signes cliniques sont d'intensité variable en fonction des patients et l'évolution est dépendante des différentes formes de la maladie. Après quelques mois, la maladie semble ensuite « s'arrêter ». L'état se stabilise et certaines petites acquisitions sont alors possibles. Les recherches, car récentes, permettent encore d'avoir peu de recul par rapport à l'évolution de la maladie, si ce n'est que la majorité de ces enfants se dirigent vers un polyhandicap sévère.

Ce diagnostic met fin à une longue période d'incertitude concernant la maladie de Lila. Les différentes investigations médicales et génétiques prennent fin. Les parents disent être soulagés par cette annonce. Un des médecins accompagnant la famille leur explique la maladie par ces mots : « C'est comme si Lila avait eu une très grosse maladie avec de graves conséquences, dont elle se remet petit à petit, mais dont elle gardera des séquelles très importantes ».

J'ai fait le choix de parler ici de l'annonce de ce diagnostic, bien qu'il ait été posé bien après le début des soins en psychomotricité. En effet, il me semblait important de procéder ainsi pour bien approcher le parcours vécu par Lila et ses parents par rapport au handicap, marqué par différentes étapes : une naissance sans problèmes, l'arrivée brutale et traumatique des symptômes, les nombreux examens et l'incertitude médicale, la mobilisation des professionnels paramédicaux, des parents ainsi que de leur entourage et l'annonce du syndrome génétique. L'annonce du handicap n'est pas à concevoir comme l'élément final de cette histoire familiale, mais elle vient marquer la fin d'une longue période de doute, source d'importantes angoisses de la part des parents.

Chacune de ces différentes étapes a eu une influence sur l'investissement parental de Lila. La violence et le traumatisme du handicap, la douleur parentale, mais aussi les angoisses liées à la peur de perdre leur fille, ont des conséquences majeures sur les liens d'attachement, mais aussi sur les interactions directes qu'il est essentiel de ne pas négliger. Même si le choix de ce mémoire m'invite à davantage me pencher sur la place des troubles toniques liés au handicap de Lila et la façon dont ils peuvent fragiliser les interactions et la relation, cette douleur parentale traumatique reste également très présente dans ma façon de concevoir les enjeux relationnels entre la petite fille et ses parents.

IV. BILAN SENSORI-MOTEUR, PROJET DE SOINS ET CADRE DES SEANCES

Les parents prennent contact avec la psychomotricienne *en juin 2011*. Lila est alors âgée de *huit mois*. Cette prise de contact permet, peu de temps après, la passation d'un bilan sensori-moteur. Ce dernier a permis de penser un projet de soin et un dispositif d'accompagnement.

IV. 1. LE BILAN SENSORI-MOTEUR, PRINCIPALES OBSERVATIONS

Le bilan sensori-moteur d'A. Bullinger, en investiguant les réactions tonico-corporelles du sujet aux différents flux sensoriels, permet une observation fine de ses capacités à interagir avec son milieu. La régulation tonico-émotionnelle, ainsi que les compétences sensorielles et motrices, sont observées de près par ce bilan. Il se déroule habituellement en présence des parents et est intégralement filmé pour permettre une observation la plus fine possible. M. et Mme T. sont présents avec Lila lors du bilan. Sa réalisation étant antérieure au début de mon stage, je n'ai donc pas pu y assister. J'ai cependant pu visionner les images filmées et avoir accès au compte-rendu des observations du bilan.

Le bilan met en avant les principales observations suivantes :

Lila présente des difficultés de régulation tonique majeures, marquées par une importante hypotonie axiale alternant avec des raidissements du corps qui l'amènent en extension, la tête fortement portée en arrière. L'hypertonie est également marquée au niveau des quatre membres. L'ensemble de ses raideurs semblent par ailleurs davantage apparaître en réaction à une stimulation ou lors de tentatives d'expression de sa part.

Concernant les compétences sensorielles, Lila est bien sensible aux sons. Elle y répond en orientant sa tête. Elle se montre très attentive à la voix et plus particulièrement à celles de ses parents. La sensibilité aux flux visuels est plus complexe : les yeux de Lila ont

tendance à plafonner, mais il est possible pour elle de fixer brièvement des signaux lumineux et colorés lorsque ces derniers sont situés dans un espace proche. En effet, la fixation est stoppée par un « lâchage tonique » du mouvement oculaire et de la tête. L'exploration visuelle est cependant meilleure lorsque Lila est bien positionnée, enroulement, la tête équilibrée et dans un espace environnant peu lumineux. En outre, Lila se montre présente aux informations tactiles proposées. Cette présence se traduit par une certaine régularité tonico-émotionnelle ponctuée par des émissions vocales et une tentative d'orientation de la bouche vers la stimulation. L'appétence de la bouche est manifeste.

Le bilan montre donc la bonne présence et appétence de Lila aux différentes propositions sensorielles. En revanche, ses difficultés tonico-motrices limitent ses capacités de présence et d'interaction avec son environnement sensoriel. Un maintien en enroulement, associé à des appuis solides au niveau du bassin, limitent son extension et lui permettent d'être plus longtemps disponible à ce qui l'entoure.

IV. 2. PROJET DE SOINS

L'ensemble des observations de Lila a permis à la psychomotricienne de définir un projet de soin qui vise à *aider Lila dans la captation des informations sensorielles et dans la structuration d'une mobilité corporelle lui permettant de se situer dans une interaction avec son environnement et auprès des personnes qui l'entourent.*

IV. 3. DISPOSITIF ET CADRE DES SEANCES

a) Cadre général

A la suite du bilan et de l'établissement du projet de soin, des séances de psychomotricité parent-enfant ont été pensées et mises en place à raison de deux séances de quarante minutes par semaine. C'est essentiellement la maman qui vient en séance avec Lila. Le papa se montre également investi et accompagne parfois sa femme et sa fille, lorsque son emploi du temps le lui permet. Il arrive également que des membres de l'entourage proche de Lila participent à la séance, comme c'est le cas de Julie (qui sera venue plusieurs fois) et de la nourrice (que j'aurais vue une fois). La plupart du temps, Lila est sur le gros coussin qui occupe une place centrale de la pièce, ou quelques fois dans les

bras de sa maman. La psychomotricienne propose alors différentes expériences ou mobilisations à Lila située très près de sa maman.

b) Ma place dans les séances

Ma venue *en octobre* a nécessité de définir et penser nos places dans la prise en charge. Dans cet accompagnement, la psychomotricienne occupe une part très active, repère pour la maman, mais aussi et sans aucun doute pour Lila. Contrairement à ma position avec les autres patients du cabinet, je ne suis donc pas ici à l'initiative des expériences corporelles proposées à la petite fille. En revanche, ma présence dans cette prise en charge ne se limite pas non plus à une position passive d'observation. Petit à petit, dans l'espace intime de cette prise en charge, j'ai pris conscience du rôle de cette place singulière qu'est la mienne. En séance, je me place dans l'espace proche de Lila et la psychomotricienne, mais aussi de la maman. Souvent, nos positions prennent spatialement une forme triangulaire autour de Lila. Ma participation est active dans les échanges avec Lila et sa maman. Ces échanges ont bien évidemment une part manifeste et concrète, au travers des retours verbaux que je traduis à Lila et à sa maman. Mais ce sont également des échanges infra-verbaux, véhiculés par l'habitation corporelle de ma présence et les échanges tonico-émotionnels qui circulent entre nous. Le fait de penser ma place m'a permis de l'habiter pleinement afin qu'elle devienne petit à petit un appui pour la psychomotricienne d'une part, et pour Lila et sa maman d'autre part. A travers ces échanges dans leurs multiples dimensions, mais aussi les différents retours sur les manifestations et les éventuelles émotions de Lila, ne jouerais-je pas un rôle de miroir à la fois pour Lila et pour sa maman ? Sans doute ma présence a-t-elle de ce fait également un rôle dans le soutien des liens entre Mme T. et sa fille.

V. LILA ET SA MAMAN, LES PREMIERES SEMAINES APRES LA PREMIERE RENCONTRE

V. 1. OBSERVATIONS PSYCHOMOTRICES DE LILA : DES TROUBLES DE LA REGULATION ET DE L'EXPRESSION TONICO-MOTRICE MAJEURS

Allongée sur le dos, l'hypertonie des quatre membres de Lila est saisissante : ses poings sont solidement fermés et ses jambes sont très tendues. Au niveau axial, son tonus alterne entre une hypotonie importante et une hypertonie majeure qui l'amène en extension, la tête fortement portée en arrière (parfois cela l'entraîne jusqu'à former un arc avec son corps). Cette alternance entre ces deux états toniques se fait dans une certaine rythmicité que Lila ne semble pouvoir contrôler. Ses mouvements amples, d'allure dystonique amènent Lila dans des postures asymétriques. La majeure partie de sa motricité semble ainsi être entraînée par ces fluctuations toniques qu'elle ne peut maîtriser. La petite fille m'apparaît alors comme emprisonnée dans un « carcan tonique » qui met à mal ses tentatives d'expressions corporelles volontaires. Ses poings fermés ne lui permettent pas d'accéder à la préhension et son hypotonie axiale l'empêche d'avoir une tenue de la tête efficace dans la durée. Seule sa tête peut être orientée de façon volontaire. Que ressent-elle de son corps à la fois dans un « trop » et un « pas assez » de tonus ? Quels vécus émotionnels cette alternance tonique déclenche-t-elle en elle ? Comment également s'exprimer avec un corps qu'on peut difficilement contrôler ? Ses moyens d'expression sont limités par ses troubles tonico-moteurs. Comment alors échanger avec sa maman ?

Lila montre cependant un côté très vivant qui contraste avec ses importantes difficultés toniques et neuromotrices. La petite fille est en effet très présente et attentive à ce qui se passe autour d'elle. Elle se montre très réactive à l'environnement sonore, tactile, mais aussi affectif. Elle peut manifester des réponses en orientant sa tête vers les différentes stimulations, ainsi que vers sa maman lorsque celle-ci est dans un espace proche. Lorsque je la rencontre *en octobre*, Lila commence également à investir une communication sonore en vocalisant des « aheuh » comme réponses à nos sollicitations

dans les échanges corporels. Malgré ses difficultés majeures, Lila montre donc tout l'intérêt qu'elle peut porter à l'autre et son envie d'investir ce qui l'entoure.

V. 2. DU COTE DE LA MAMAN : UNE DOULEUR INDICIBLE

Mme T. se montre très présente aux côtés de sa fille. Elle se place généralement dans l'espace proche de Lila, assise à sa hauteur sur un petit tabouret. Elle est très attentive à la manière dont sa fille réagit aux différentes mobilisations de la psychomotricienne et ne la lâche pas du regard.

Durant les premières séances où je la rencontre, son regard m'apparaît parfois comme figé. Sa façon de se tenir semble également marquée par une importante rigidité, comme si son corps, peu mobile, avait perdu une partie de sa palette d'expression. Interpelée par son visage fixe, je n'arrive pas à lire ses émotions. Quelles images la traversent ? Que ressent-elle et à quoi pense-t-elle en regardant sa fille ? Mme T. ne laisse rien paraître corporellement et s'exprime peu sur ses éprouvés, malgré une relation de confiance manifestement déjà bien ancrée avec la psychomotricienne.

Dans un premier temps, cette allure rigide m'a semblé témoigner d'une certaine solidité de sa part. Puis progressivement, cette première impression a fait place à une autre : cette allure rigide ne viendrait-elle pas la protéger de sentiments de vide ou de douleur importants ? Mme T. peut-elle se sentir exister en tant que maman à travers ce que lui renvoie sa fille ? Pour reprendre les termes de D. W. Winnicott, on peut se demander si les difficultés liées au handicap de Lila ne viendraient pas mettre à mal ses capacités à se sentir comme une « suffisamment bonne » mère.

Mme T. interpelle très fréquemment sa fille en l'appelant par son prénom, afin que cette dernière oriente sa tête vers elle, comme si ce mouvement de tête était nécessaire pour maintenir le lien avec sa fille et se sentir reconnue en tant que maman.

Les échanges tactiles entre la mère et la fille sont plutôt rares, hormis les temps de portage, lorsque Lila et sa maman arrivent et repartent de séance ainsi que lors de temps de « nursing », par exemple lorsqu'elle remet la chaussette de sa fille ou encore lorsqu'elle renoue les lacets de ses chaussons défaits... Les premières séances auxquelles j'assiste se

déroulent d'ailleurs essentiellement sur le gros coussin sur lequel la maman dépose spontanément sa fille en arrivant. Nous travaillons encore peu avec Lila dans ses bras.

V. 3. PREMIERES IMPRESSIONS SUBJECTIVES SUR LA RELATION

Les toutes premières séances, je pense avoir moi aussi été saisie par les difficultés de Lila et la façon dont l'arrivée de ce handicap a pu bousculer ces premières relations. A ce moment-là, plusieurs sentiments pu me traverser : de la tristesse, de la colère associée à de l'injustice, ou encore de l'apathie. Avec du recul, je pense avoir pu éprouver quelque chose qui se rapproche, dans une infime mesure, de ce que les parents ont pu vivre. J'ai également pu me rendre compte de la façon dont ces vécus ont pu influencer mon propre tonus et ma propre expressivité corporelle : tantôt dans un état de tension, tantôt dans une lourdeur majeure. Cette écoute de mes propres éprouvés tonico-émotionnels m'a sans doute permis d'être plus attentive à la façon dont le handicap de Lila, mais aussi la douleur parentale associée, ont pu troubler ces premiers ajustements toniques dans la relation.

Lors de ma toute première rencontre avec Lila et sa maman, je m'interrogeais sur ce portage si particulier qui ne me rappelait aucun portage familial. Celui-ci semble en dire beaucoup sur l'état des premières interactions entre Lila et sa mère, fragilisées par le handicap. La petite fille, dans une tonicité élevée, ne peut se « lover » dans les bras de sa mère. J'ai le sentiment que ce portage, rendu difficile par ces troubles toniques, ne peut être éprouvé comme une expérience agréable d'être ensemble ou de partage affectif. Au contraire, ce désajustement tonique dans ces interactions corporelles, me semble être source de vécus difficiles qui fragilisent la relation entre Lila et sa maman. Je me demande également si l'état affectif de la maman, sans doute douloureux, ne viendrait pas également teinter sa propre tonicité et donc marquer sa façon de tenir Lila ainsi que les interactions corporelles. Ces émotions difficiles qui la traversent fragiliseraient-elles également sa capacité à porter psychiquement et affectivement sa fille ?

Les interactions corporelles entre Lila et sa maman me semblent affectées par cet ajustement tonico-émotionnel troublé. Comment ainsi, au travers de cet accompagnement en psychomotricité, soutenir ces interactions corporelles afin d'étayer la relation entre Lila et sa maman ?

VI. AXES DE TRAVAIL, EVOLUTION ET CONSEQUENCES SUR LA RELATION

En vue d'aider Lila à développer ses possibilités d'interactions avec son environnement et sa maman, mais aussi de façon plus indirecte d'étayer cette dernière dans ses capacités maternelles et relationnelles, plusieurs axes de soins se sont dessinés au fil des séances. J'illustrerai mes propos à partir d'extraits de séances et retracerai également l'évolution psychomotrice de Lila, ainsi que celle de la relation du couple mère-fille au cours du suivi.

VI. 1. L'INSTALLATION ET LES MOBILISATIONS CORPORELLES POUR FAVORISER UNE MEILLEURE REGULATION TONIQUE

Le travail autour de l'installation occupe une large partie des séances, notamment au début du suivi. Lorsque Lila est allongée sur le dos, sur une surface plane, elle se trouve emprisonnée dans ce carcan tonique qui alterne entre hypertonie et effondrement tonique au niveau de l'axe. En revanche, quand la psychomotricienne l'installe en cocon ou aménage son installation afin de favoriser des points d'appuis solides au niveau du bassin et de la tête, Lila parvient à mieux réguler son tonus axial. Le mouvement rythmique d'alternance entre les deux états toniques extrêmes s'estompe.

Mais cette installation ne suffit pas. En effet, dès que Lila tente de s'exprimer corporellement, son corps se tend entièrement. Les mobilisations corporelles sont alors nécessaires pour aider la petite fille à harmoniser sa tonicité. Pour accompagner Lila dans la régulation de son tonus, la psychomotricienne place ses mains sous son bassin et au niveau du haut de ses jambes, puis lui imprime ainsi des mouvements de bascule d'avant en arrière et sur les côtés, tout en cherchant progressivement la flexion du bassin. Son toucher au niveau du bassin est franc, pour que Lila puisse sentir au maximum cette partie de son corps comme une zone d'appui et ainsi favoriser son relâchement. J'accompagne ces mouvements, au rythmes des balancements, en improvisant de petites chansonnettes : « *Bali Balo, c'est Lila qui se balance, qui dit bonjour à sa maman* » afin de créer une enveloppe sonore qui contiendrait l'espace de ses mouvements. Lila accepte volontiers ces

mobilisations et semble prendre beaucoup de plaisir à sentir son corps en mouvement à travers elles. Progressivement, le tonus de Lila s'harmonise, ses jambes se plient, son bassin gagne en mobilité et ses mains s'ouvrent. Ces mobilisations corporelles et cette meilleure régulation tonique permettent à Lila d'être davantage disponible à l'espace et aux personnes qui l'entourent. La petite fille gagne également en conduites intentionnelles. Lila sourit et vocalise des « aheuh » très mélodieux auxquels sa maman répond par des « aaahhh » dans la même tonalité. A ce moment, Lila tente même quelques expériences de retournement que la psychomotricienne accompagne.

Durant les premières séances, nous passons parfois une vingtaine de minutes à faire ces mobilisations. Petit à petit, ce temps s'est réduit, car Lila parvient à lâcher cette hypertonie segmentaire et axiale de plus en plus rapidement. Au fil des semaines, j'ai pu voir Lila évoluer sensiblement au niveau de sa régulation tonique. Cette alternance répétée entre hypertonicité extrême et hypotonie au niveau de l'axe n'apparaît plus. Malgré une hypotonie axiale importante qui persiste, et une hypertonie segmentaire encore bien marquée au niveau des jambes, Lila semble être plus actrice de sa propre régulation tonique, ce qui lui permet davantage de motricité volontaire. Ses mains sont aujourd'hui toujours ouvertes et la petite fille commence depuis peu à se retourner toute seule (bien qu'elle ne puisse pas encore dégager son bras toute seule une fois retournée). Tenue à la verticale, son dos en appui contre le ventre de sa maman, elle peut également tenir plus longtemps sa tête en équilibre, sans qu'elle ne se voûte vers l'arrière en hypertonie ou en avant en hypotonie. Ce petit pas dans la maîtrise de son tonus lui permet de maîtriser son corps davantage et l'ouvre à d'autres espaces, d'autres explorations motrices qui lui permettent plus facilement d'interagir avec sa maman. Durant ces balancements, l'expressivité de Lila est touchante : des vocalises par ci et par là, des sourires, une main ouverte vers sa maman, ... Car oui, petite Lila, libérée de ton carcan tonique, tu arrives à nous toucher, à nous interpeller, à susciter en nous de douces émotions et de douces réponses à ce que tu nous adresses, ... et en particulier à ta maman, qui se met à chantonner avec moi, à te sourire, à caresser ta petite main tendue.

VI. 2. L'EXPLORATION CORPORELLE : VERS UN CORPS PLAISIR, UN CORPS EN RELATION

A travers chaque expérience corporelle proposée, nous cherchons à faire vivre à Lila des moments d'explorations corporelles de plaisir, de jeu et de partage affectif avec sa maman.

Je pense notamment à la séance où nous travaillons avec le gros ballon. Après quelques mobilisations permettant une meilleure régulation tonique, la psychomotricienne place Lila allongée sur le ventre sur le gros ballon. Tout en la tenant, elle imprime des mouvements sur le ballon en fonction de ce qu'elle ressent des variations toniques et des mouvements de la petite fille. L'idée est que Lila puisse ressentir davantage les effets de ses mouvements. Petit à petit, un certain rythme se crée dans des déplacements d'avant en arrière du ballon. Avec la psychomotricienne, nous accompagnons verbalement ces mouvements. Lila relève alors légèrement la tête, oriente son visage vers l'avant et sourit dans l'anticipation des déplacements du ballon. Elle semble prendre beaucoup de plaisir à ce jeu et vocalise beaucoup. J'invite alors sa maman à se placer en face du gros ballon, de façon à ce qu'elle se situe face au visage de sa fille. La psychomotricienne continue alors les mouvements de va et vient avec le ballon. Je les accompagne en chantonnant : « *Voilà Lila qui roule roule roule vers sa maman* » mais aussi en m'adressant à sa maman en décrivant mes impressions « *J'ai l'impression qu'elle cherche à vous faire un câlin* »... La petite fille manifeste une joie intense, qui s'accroît à chaque fois qu'elle s'approche de sa maman. Ce plaisir se communique à nous toutes, et en particulier à la maman qui accueille sa fille par des câlins et des bisous, dans un bain affectif et émotionnel fort. Son tonus m'apparaît également plus harmonieux et ses gestes d'une grande richesse expressive. La rythmique de ces allées et venues avec le ballon entre la psychomotricienne et la maman change progressivement, avec des temps plus longs d'échanges entre Lila et sa maman. Le jeu semble soutenir l'ajustement tonico-émotionnel de la mère et de sa fille et étayer le lien entre les deux.

De tels moments ont pu se reproduire au fil des séances au travers d'autres expériences corporelles. J'ai cependant choisi de vous parler de cette séance avec le gros ballon, avec ces allées et venues qui, d'un point de vue symbolique, imagent bien la question du lien entre la mère et sa fille.

VI. 3. LES PORTAGES : DES EXPERIENCES CORPORELLES ET AFFECTIVES ENTRE DEUX CORPS COMMUNIQUANT

Lors de certaines séances, nous travaillons également à partir des portages avec l'idée que cette expérience d'être ensemble puisse être vécue comme un réel moment de partage affectif.

Avant chaque temps de portage, nous insistons sur l'installation de la maman. Nous l'invitons à s'asseoir confortablement, afin qu'elle ne ressente pas de tensions corporelles liées à une position instable ou désagréable. La maman doit pouvoir se sentir bien dans son installation ainsi que dans son corps, afin d'éviter que toute tension ne se diffuse à sa petite fille et de rendre ce moment le plus agréable possible pour l'une et l'autre. En effet, nous avons déjà pu remarquer avec la maman combien son propre état tonico-émotionnel influence celui de Lila. La maman exprime même une fois « *Quand je ne vais pas bien et que je suis tendue, Lila est encore plus raide. Elle ressent mon état.* ».

Lors d'une séance où Julie, la grande sœur de Lila est également présente, nous invitons Mme T. à tenir sa fille dans ses bras. La maman s'installe confortablement sur un tabouret en rotin à proximité de Julie. La psychomotricienne invite alors la maman à tenir sa fille de dos en contact contre son ventre et à lui maintenir solidement ses jambes en tailleur. Ce portage permet de réduire les mouvements d'hyperextension de la petite fille. Lila est alors enroulée vers l'avant, complètement relâchée. Sa posture « toute en boule » est dans un premier temps surprenante et je prends davantage conscience de cette hypotonie axiale qui préexiste en dehors de ses grands états de tension qu'elle ne peut contrôler. Mais Lila, toute enroulée, semble manifestement bien dans cette position. Dans un premier temps, et comme souvent, la maman est très soucieuse de bien porter sa fille. Puis elle se laisse aller à se pencher vers sa fille afin de lui faire des bisous. En se penchant ainsi sur Lila, c'est tout son corps, à l'image d'un cocon, qui enveloppe alors la petite fille. Beaucoup de tendresse se dégage de ce moment de rassemblement entre ces deux corps en contact. Julie, assise à côté, prend spontanément la main de Lila et vient se coller latéralement contre sa maman. De ce rassemblement corporel a pu apparaître également un rassemblement de la petite famille autour de Lila. Le père est également présent à ce moment dans les pensées de Mme T. En effet, cette dernière nous parle en même temps de la façon dont son mari, avec ses grandes mains fortes, tient souvent Lila. Ce moment

d'harmonie dure un certain temps. Je vois le corps de la maman bouger au rythme de ses respirations, lentes et profondes. Lila semble ainsi comme plongée dans un bain sensoriel d'impressions tactiles du corps tonique de sa maman en contact avec le sien, de chaleur, de son souffle sur sa peau, ou encore de sonorités et de vibrations de sa voix. Mais c'est aussi tout un espace d'échanges affectifs et émotionnels qui s'ouvre à cet instant pour cette maman et ses deux filles.

Cet échange dure quelques minutes puis la maman reprend sa position initiale. Lila, toujours dans les bras de sa maman, tente également plusieurs fois de se redresser, tient quelques secondes à la verticale, puis s'effondre toniquement et retombe en avant. La psychomotricienne installe alors un ballon en mousse contre le ventre de la petite fille, afin de donner un volume à son enroulement. Lila se redresse à nouveau plusieurs fois. Cet appui ferme au niveau du bassin semble former une base solide pour lui permettre ce redressement de plus en plus efficace. En effet, à la verticale, le dos contre le buste de sa maman, Lila se stabilise de façon plutôt harmonieuse, la tête bien en équilibre au sommet de son axe et non plus en hyperextension. A la verticale, la petite fille cherche de sa main le visage de sa maman. Ce geste, encore imprécis est néanmoins adressé et orienté. Lila sourit. Je le fais remarquer à la maman qui ne voit pas le visage de sa fille et lui exprime que cette dernière doit se sentir bien, portée ainsi dans ses bras. Avec le côté de sa tête, Lila recherche le contact contre le visage de sa maman. Elle est alors très bavarde et vocalise des petits sons de plus en plus variés par leurs mélodies. Ces temps sont cependant entrecoupés par ceux où Lila retombe en enroulement en avant. Mais à chaque fois, elle se redresse et échange avec sa maman sans tension apparente. La psychomotricienne rassure la maman en témoignant que cet enroulement est préférable à son hyperextension. Car c'est à partir de cet enroulement que Lila peut tenter de se redresser par un recrutement tonique ajusté et équilibré. Les échanges tactiles, sonores et toniques persistent dans cette alternance entre enroulement et redressement. La maman se met à souffler sur la nuque de Lila. Cette dernière relève alors à nouveau le haut de son corps et tient plus longtemps. Comme ci ce souffle maternel lui permettait une meilleure régulation tonique. Lila sourit et manifeste une joie intense à chaque fois que le souffle chaud de sa mère vient caresser sa nuque. La petite fille rit et nous transmet ce moment de plaisir. A plusieurs reprises déjà, j'ai pu remarquer la place importante du souffle maternel comme facteur de régulation tonico-émotionnelle pour Lila, mais aussi comme moyen privilégié de relation.

VI. 4. EVOLUTION GENERALE DE LA RELATION ET OUVERTURE : L'ENRICHISSEMENT DE « NOURRITURES AFFECTIVES »

Lila, petit à petit a pu faire quelques progrès dans la régulation de son tonus et la maîtrise de son corps : son tonus segmentaire au niveau des membres supérieurs est moins important, les poussées toniques l'amenant en hyperextension ne sont presque plus présentes, ses mains sont ouvertes, Lila dirige ses bras vers sa maman, se retourne... L'accompagnement en kinésithérapie a sans aucun doute intensément participé à cette évolution. S'il est vrai que ses progrès sont infimes, et que le fossé avec les autres enfants de son âge se creuse chaque jour un peu plus, ces derniers sont pourtant essentiels à son échelle.

Si l'accompagnement en psychomotricité vise bien entendu à aider Lila dans son développement, il s'agit également de lui permettre d'interagir avec son milieu et sa maman. Car c'est avant tout au travers de cette relation que Lila pourra se sentir exister, se développer de façon harmonieuse avec les moyens dont elle dispose. La petite fille ne peut grandir sans un autre, sans sa maman. C'est pourquoi l'étayage de la relation en psychomotricité est si important.

Au fil des expériences corporelles, nous avons donc veillé à soutenir les différentes interactions entre la maman et sa petite fille. De deux corps figés, l'un par une atteinte neuromotrice et l'autre par un vécu traumatique lié au handicap, ont pu naître deux corps toniquement expressifs, terreau des interactions entre la maman et sa petite fille. Petit à petit ont pu se déployer dans ces échanges corporels, de véritables *nourritures affectives* (pour reprendre le terme de B. Cyrulnik), supports à la relation et au lien d'attachement.

La rencontre avec Lila et sa maman et ces toutes premières réflexions à partir de la clinique permettent d'ouvrir mon développement sur la manière dont un accompagnement en psychomotricité permet l'étayage d'une relation fragilisée par les troubles toniques liés au handicap. C'est donc en appui sur cette rencontre clinique et sur la théorie que je développerai en discussion des pistes de réponse.



DISCUSSION

**L'ETAYAGE DE LA RELATION PARENT-ENFANT EN
PSYCHOMOTRICITE DANS LE CONTEXTE DE TROUBLES DE LA
REGULATION TONIQUE LIES AU HANDICAP**

I. EN GUISE D'INTRODUCTION : L'INTERET DE L'ACCOMPAGNEMENT PARENT-ENFANT DANS LE CONTEXTE DU HANDICAP

La fonction tonique est très souvent atteinte lors de handicaps neuromoteurs comme nous avons pu le voir avec l'exemple de Lila. La faiblesse ou l'absence de régulation du tonus perturbe le développement psychomoteur de l'enfant, mais aussi ses capacités d'interaction avec son milieu et son entourage. Les troubles de la régulation tonique rendent également plus difficile l'ajustement tonique et donc l'instauration d'un dialogue tonico-émotionnel harmonieux. Ces troubles viennent souvent perturber les relations parent-enfant et peuvent avoir des incidences majeures sur l'investissement de l'enfant, ainsi que sur son développement psychoaffectif, puisque l'enfant a besoin de son parent pour se construire. En outre, le vécu parental douloureux lié au handicap, ainsi que les échanges toniques disharmonieux, peuvent fragiliser le sentiment de parentalité et les liens d'attachement à l'enfant et ainsi mettre à mal les premières relations.

Ces troubles, du fait de leur inscription dans une spirale interactionnelle, sont à prendre en compte dans le caractère réciproque de la relation parent-enfant. C'est pourquoi il est important de considérer l'enfant avant tout comme un petit être inscrit dans un environnement interactif. Le dispositif d'accompagnement parent-enfant est donc un dispositif clé dans le soutien du développement psychomoteur de l'enfant, car ce dernier se développe avant tout en relation avec son parent. Lorsque les relations sont troublées par le handicap et les troubles toniques, il est donc important de les soutenir afin d'étayer un environnement relationnel propice au bien-être et au développement de l'enfant. Car le risque majeur à éviter est avant tout la survenue de surhandicap psychique ou affectif lié à une relation fragilisée.

Dans le contexte de troubles toniques liés au handicap, quels sont alors les enjeux, les outils et les fonctions d'un accompagnement en psychomotricité dans l'étayage de la relation parent-enfant ?

II. FONCTIONS, POSITION ET INTERETS DU PSYCHOMOTRICIEN

Inclus dans un accompagnement pluridisciplinaire, le psychomotricien apporte un regard et une pratique singulière dans sa façon de concevoir le développement de l'enfant, ainsi que la place, avant tout dynamique, de ses symptômes. Son intérêt porte en effet davantage sur la valeur expressive et relationnelle du corps tonico-moteur. Sa place est donc fondamentale dans l'accompagnement du très jeune enfant porteur de handicap avec son parent.

II. 1. L'OBSERVATION PSYCHOMOTRICE

L'observation constitue un outil majeur pour le psychomotricien. Par l'intermédiaire d'un bilan, mais aussi au fil des rencontres avec les patients, elle permet au psychomotricien de prendre connaissance de l'organisation psychocorporelle du patient comme outil d'expressivité et d'interaction avec son milieu. L'observation psychomotrice ne vise donc pas uniquement un ensemble de symptômes isolés, mais s'ancre dans une prise en compte globale du sujet. Elle s'inscrit à la fois dans une perspective dynamique du développement psychomoteur et dans un espace interactif avec l'environnement et autrui.

Cette observation psychomotrice est essentielle dans le suivi de très jeunes enfants, ainsi que dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement parent-enfant. En effet, le tout jeune enfant ne dispose que de son corps pour s'exprimer et ne peut se développer sans l'instauration d'une relation étayante avec ses parents. Dans le cadre d'un travail parent-enfant, il est donc important d'observer les différentes modalités d'interactions entre eux, car c'est d'abord en identifiant ces divers moyens d'échanges et les comportements interactionnels de chacun, que nous pourrons ensuite agir à ce niveau par le biais de situations adaptées au fonctionnement et à la dynamique du couple parent-enfant.

Dans ce dispositif d'accompagnement parent-enfant, le psychomotricien va être sensible à l'ensemble de l'infra-verbal qui se dégage de la relation. Le dialogue du corps vient parler de ce qui se joue pour le patient sur un plan affectif et psychologique. Quelles sont les difficultés de l'enfant, mais aussi et surtout ses possibilités ? Quelles sont les conséquences des troubles tonico-moteurs sur la relation ? L'expressivité corporelle des deux partenaires est elle riche ? Y-a-t-il des canaux d'échanges privilégiés (voix, regard, tonus...) ? D'autres sont-ils écartés ? Quelle est la qualité affective et émotionnelle de ces échanges ? Y-a-t-il accordage affectif, dialogue tonico-émotionnel, plaisir dans l'échange ? L'enfant est-il en mesure de répondre aux sollicitations de son parent, mais aussi inversement d'attirer son attention ? Quelles compétences est-il capable de mettre en œuvre pour susciter l'intérêt de son parent ? Le désir d'être en lien est-il recherché ? L'ensemble de ces observations va permettre de mieux approcher les enjeux relationnels dans le couple parent-enfant et de mieux ajuster notre approche et notre position dans notre accompagnement.

On ne peut également parler de l'observation psychomotrice sans la placer dans l'espace d'une rencontre intersubjective. En effet, si l'observation comporte une part objective, directement liée aux manifestations réelles de l'enfant, elle comporte également une part de subjectivité liée à la perception même de l'observateur. En effet « *Il n'y a pas de vérité [...] mais une multitude de perceptions* »²⁸. La vision de l'observateur est toujours investie d'un certain regard, influencé par un ensemble d'affects, de valeurs et de significations. Loin d'être un frein pour le psychomotricien, cette part subjective constitue au contraire un matériel dont il peut se saisir pour comprendre, dans une approche empathique, toute la part psychodynamique et psychoaffective qui se joue dans la rencontre. Le professionnel, dans son travail d'observation, est donc également sensible à ses propres attitudes corporelles, toniques et émotionnelles. C'est en étant à l'écoute de son propre corps et de ses émotions, qu'il pourra mieux approcher ce qui se joue dans la rencontre avec l'autre, et plus particulièrement dans la relation entre la mère et son enfant.

²⁸ LE BRETON D, *Pour une anthropologie des sens*, in VST n°96, p.45

II. 2. LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DU COUPLE PARENT-ENFANT

a) Des qualités nécessaires pour le travail avec l'enfant et son parent

La rencontre avec le handicap est d'une extrême violence pour le parent. Elle provoque en lui une douleur profonde difficile à verbaliser et le rend particulièrement vulnérable. Chaque parent réagit de façon singulière au handicap de son enfant, avec des émotions plus ou moins fortes, plus ou moins contenues, des barrières et des défenses plus ou moins importantes.

Il est donc fondamental d'accueillir le parent avec son enfant avec respect et sans jugement, tels qu'ils sont, avec leur vécu face au handicap, leurs propres limites et ressources, mais aussi leurs modalités d'interaction. Du fait de cette souffrance importante et de la vulnérabilité de ce couple fragilisé par le handicap, les qualités de respect, de bienveillance et d'humilité du professionnel sont plus que tout indispensables.

Dans le travail parent-enfant, le psychomotricien peut se trouver très souvent face à une détresse relationnelle importante à l'origine d'une grande souffrance dans le couple parent-enfant. Le professionnel doit y être sensible, mais aussi être suffisamment accueillant et à l'écoute, pour permettre l'instauration d'un climat de confiance nécessaire pour que le parent et son enfant se sentent en sécurité. Cette mise en sécurité et en confiance est favorable à la libre expression du couple parent-enfant, ainsi qu'à leur investissement corporel et psychique dans l'espace de la prise en charge.

Le suivi parent-enfant demande également de la disponibilité de la part du psychomotricien. Celle-ci est à la fois corporelle, psychique et émotionnelle. Le professionnel doit ainsi pouvoir être un appui stable, fiable, rassurant et contenant, tant pour l'enfant que pour son parent.

Si ces qualités humaines sont nécessaires dans toute prise en charge, je trouvais nécessaire de les mettre en valeur dans cette partie, car elles participent activement à l'alliance thérapeutique nécessaire à tout accompagnement. Ces qualités sont d'autant plus indispensables dans l'accompagnement du jeune enfant porteur de handicap et de son parent, du fait de l'importante détresse souvent présente.

b) L'implication du psychomotricien et la juste distance

L'espace relationnel entre un parent et son enfant est de l'ordre de l'intime. Le travail d'accompagnement de cette relation amène donc le professionnel à entrer dans cet espace intime entre la mère et son enfant. E. T. Hall montre qu'à cette distance, les échanges sensoriels et la mise en jeu corporelle entre les deux partenaires sont importants. Un tel accompagnement ne peut donc se faire sans l'implication corporelle du psychomotricien qui utilise sa propre expressivité tonico-corporelle comme véritable outil de soin et de soutien à la relation.

Le professionnel impliqué dans cette distance proche doit cependant être très précautionneux dans l'ajustement et l'adaptation de sa place. Il est impératif que ce dernier ne prenne pas une place de substitut parental ou qu'il n'adopte pas une position paternaliste de « spécialiste du handicap qui sait faire ». En effet, le risque est que le parent, déjà blessé dans sa capacité à se sentir comme parent « suffisamment bon », se retire de son enfant, laissant le professionnel agir (comme j'ai pu le voir lors de mes premières rencontres avec Lila et sa maman). Le parent, en manque de repères avec son enfant, se sent parfois si démuni, qu'il ne peut réellement s'impliquer dans la démarche de soin en séance. Le psychomotricien doit donc contribuer à ce que celui-ci se sente un véritable acteur dans la prise en charge. Pour cela, le professionnel doit donc veiller à sa propre place dans la dynamique relationnelle du soin et la considérer avant tout comme une place de soutien et d'étai des interactions entre le parent et son enfant.

Enfin, le professionnel doit également être sensible à l'ensemble des jeux identificatoires qui circulent entre lui, l'enfant et le parent. Si sa qualité d'empathie est fondamentale, il doit néanmoins ne pas tomber dans une identification trop adhésive au parent et à sa souffrance, au risque de la partager et de se laisser submerger par elle.

Cette dernière réflexion conduit à une autre pour le psychomotricien, qui ne doit pas perdre de vue l'enfant. Car c'est bien pour ce dernier que le professionnel est appelé dans sa pratique. Le soutien parental constitue donc avant tout un outil pour le soutien à l'enfant : « *L'essentiel de notre prise en charge consiste à aider les parents à aider leur bébé...* »²⁹.

II. 3. LES FONCTIONS DU PSYCHOMOTRICIEN MISES EN JEU DANS L'ACCOMPAGNEMENT PARENT-ENFANT

a) Les capacités de créativité du psychomotricien comme soutien de la rencontre affective

Nous l'avons vu, le handicap confronte souvent l'enfant et son parent à des difficultés pour s'ajuster dans la relation, interagir corporellement, mais aussi partager affectivement. Le psychomotricien va donc être appelé à soutenir, porter et étayer les rencontres entre l'enfant et son parent. En appui sur sa lecture psychomotrice de l'enfant et sur son observation, le professionnel va proposer des modalités de rencontre entre l'enfant et son parent, des moyens d'« être ensemble », des moments de partage corporel et affectif.

Le professionnel va donc être appelé dans sa capacité de créativité pour « trouver-crée » de telles expériences, sources de rencontres entre deux corps habités émotionnellement. Pour D. W. Winnicott, créer c'est être vivant : « *nous pouvons établir un lien entre la vie créative et le fait de vivre* »³⁰. Le handicap fige le corps, les échanges affectifs, mais aussi la pensée. Créer des moments d'« être ensemble », corporels et affectifs, c'est donc rendre vivantes ces interactions. Toute expérience corporelle que le psychomotricien pourra proposer à l'enfant est à entrevoir comme une ouverture à la rencontre et à l'échange avec le parent. Créer des opportunités de rencontres à partir de mises en jeu du corps, c'est ainsi rendre vivant ce corps et favoriser sa dimension expressive. Le psychomotricien va ainsi trouver-crée des situations permettant une mise en jeu corporelle et relationnelle et travailler, au-delà de la seule stimulation du jeune enfant, sur ses potentialités émotionnelles et communicationnelles.

²⁹ BOULAY N. et al., *Prises en charges des troubles toniques précoces : entre kinésithérapie et psychomotricité*, in *Thérapie psychomotrice* n° 157, p.90

³⁰ WINNICOTT D. W., *Jeu et réalité*, p.98

b) La fonction miroir, les capacités de rêverie et la mise en mots du psychomotricien

Comme nous avons pu le voir précédemment, le jeune enfant porteur de handicap renvoie une image déformée à son parent. La fonction maternelle de miroir décrite par D. W. Winnicott s'en trouve ainsi « brisée ». Les difficultés tonico-motrices de l'enfant sont également source d'étrangeté pour le parent qui peut avoir du mal à comprendre ses besoins ou ses tentatives d'expression. Les capacités de réflexivité et de mise en sens des vécus de l'enfant sont donc mises à mal.

Le psychomotricien, grâce à son implication psychocorporelle, va donc participer à l'étayage de cette fonction réflexive ainsi qu'à la mise en sens des vécus corporels de l'enfant. En étant attentif à ses propres éprouvés tonico-émotionnels, mais aussi à ceux de l'enfant, le professionnel va aider à la compréhension et à la traduction des états de ce dernier. La mise en mots des manifestations toniques, mais aussi affectives qui se jouent dans la relation, ainsi que l'habitation corporelle de cette verbalisation, vont jouer un double rôle à la fois pour l'enfant et pour son parent.

Cette mise en mots actée par le psychomotricien (c'est-à-dire habitée à la fois corporellement, psychologiquement et émotionnellement) participe dans un premier temps à la transformation et à la mise en sens des éprouvés bruts (les éléments bêta de W. Bion) du jeune enfant en éléments mentalisables par ce dernier (éléments alpha pour le même auteur). Cette mise en sens complète celle du parent qui peut être fragilisée. Elle est nécessaire, car essentielle au bon développement de l'enfant : « *La disponibilité psychocorporelle du psychomotricien est alors pleinement convoquée pour accueillir et imprimer en lui l'expression de l'enfant avec empathie [...]. Le psychomotricien attribue de fait une valeur intentionnelle à l'ensemble des indices non verbaux qu'il perçoit de l'enfant comme s'ils lui étaient adressés, afin qu'un jour – peut-être – un de ces indices devienne un code de communication. Cette reconnaissance d'une intentionnalité potentielle appelle l'enfant à se vivre comme sujet-désirant* »³¹.

³¹ LEGRAND O., *Tentative de représentation de la corporéité d'une enfant polyhandicapée*, in *Contraste* n° 28-29, p.318

La verbalisation des éprouvés de l'enfant par le psychomotricien va également, dans un second temps, être un support pour le parent dans la compréhension de son enfant et étayer sa capacité à penser son enfant ; celle-ci a été jusque là souvent figée et fragilisée par le vécu traumatique du handicap. Le psychomotricien prête ainsi son « *appareil à penser* » au parent, pour reprendre le concept de W. Bion. Les manifestations de l'enfant dans la relation, ainsi mieux perçues, comprises et donc moins étranges, vont permettre au parent de progressivement jouer son rôle de miroir. Il va ainsi pouvoir mieux ajuster ses réponses dans l'échange, ce qui va favoriser l'accordage tonique et affectif dans les interactions.

Le travail de traduction psychocorporelle et de mise en mots va solliciter la *capacité de rêverie* du psychomotricien décrite par W. Bion. Cette dernière correspond à la capacité de rêver « autour » de l'enfant en lui prêtant une pensée, des intentions. En nommant et interprétant les attitudes et expressions de l'enfant, le psychomotricien accompagne le parent dans sa propre rêverie, très souvent sérieusement affectée par le handicap. Cette mise en mots du professionnel, teintée de métaphores, d'interprétations, d'images, de ressentis, voire parfois d'humour bienveillant, va amener du vivant et sortir le parent de l'image figée et mortifère du handicap, pour le conduire du côté de la rêverie. Il ne s'agit pas là d'une façon de dénier le handicap de l'enfant, mais d'aider les parents à s'autoriser à rêver leur enfant, à le penser différemment avec des désirs, mais aussi des attentes. La rêverie parentale est importante, car elle permet au parent de s'identifier à son enfant, mais aussi d'assurer sa fonction miroir. Elle est donc fondamentale pour le soutien de l'investissement et pour le renforcement des liens d'attachement entre le parent et son enfant.

Dans le dispositif d'accompagnement parent-enfant, le psychomotricien, de par l'habitation de sa position de thérapeute, va activement participer au soutien des interactions corporelles et affectives, de la relation et des liens. Cette place du psychomotricien n'est donc pas à négliger dans le processus d'accompagnement. Au contraire, elle constitue un véritable outil pour le professionnel dans le soutien des liens d'attachement. L'ensemble de cette habitation psychocorporelle de la position et de l'approche du psychomotricien va participer à la valeur thérapeutique des diverses expériences corporelles proposées. Comment alors par le travail corporel en psychomotricité soutenir et étayer la relation parent-enfant dans le contexte de troubles

toniques liés au handicap ? De quelles approches, de quelles médiations corporelles le psychomotricien dispose-t-il pour favoriser la rencontre entre ces deux corps toniques ? C'est ce que nous allons voir dans une prochaine partie.

III. DES « MISES EN JEU » TONIQUES ET PSYCHOMOTRICES DU CORPS COMME ETAI DE LA RELATION

Comme nous avons pu le voir, le handicap bouleverse très fréquemment la régulation tonique du jeune enfant. Ces troubles du tonus sont à l'origine de troubles du développement psychomoteur, de la construction d'un corps expressif en relation et participent de ce fait de façon importante aux troubles interactifs précoces dans le couple mère-enfant. Les interactions parent-enfants essentiellement toniques, corporelles et affectives se trouvent ainsi bouleversées par le handicap. C'est pourquoi le soutien de l'expressivité tonico-corporelle par les « mises en jeu » du corps en psychomotricité constitue une embase fondamentale au soutien de la relation.

III. 1. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA REGULATION TONIQUE COMME SOUTIEN DE BASE D'UN CORPS EN RELATION

Le tonus est considéré comme la toile de fond qui permet les premières acquisitions psychomotrices et les premières modalités d'expressions corporelles et émotionnelles du jeune enfant. Il participe également à l'instauration des premiers liens d'attachement au travers de l'accordage tonico-corporel dans les interactions corporelles entre le parent et son enfant. Le soutien de ces fonctions toniques est de ce fait indispensable dans le travail d'accompagnement de la relation parent-enfant. L'approche en psychomotricité va alors soutenir la dynamique relationnelle et les premiers liens en intervenant sur le tonus à travers différents axes de travail.

a) L'aide à la régulation tonique, la recherche d'un tonus plus harmonieux

Comme nous avons pu le voir avec l'exemple de Lila, le handicap conduit souvent l'enfant dans un « trop », un « pas assez » de tonus ou encore dans une alternance entre ces deux attitudes sans états intermédiaires. Les troubles de la régulation tonique emprisonnent l'enfant et limitent ses possibilités d'expression corporelle volontaire. L'aide de cette régulation tonique en psychomotricité est donc essentielle pour accompagner l'enfant dans le développement d'un corps capable d'interagir avec son environnement et son entourage.

Afin d'aider l'enfant dans la régulation de son tonus et notamment dans le cas d'une hypertonie pathogène, le psychomotricien va pouvoir proposer des mobilisations du corps de l'enfant au niveau de son axe. Différents points importants sont à considérer dans ces mobilisations. Le professionnel doit, dans un premier temps, veiller à l'installation, au confort et à la disponibilité de l'enfant. Tout inconfort de ce dernier se traduira directement par une tension tonique encore plus importante. Du fait de l'influence réciproque du tonus de deux sujets en interaction, le psychomotricien doit également être attentif à son propre état tonico-émotionnel et à son installation. La qualité de son toucher et de son contact sera également déterminante et de ce fait, à adapter à chaque enfant. Dans le cas d'une hypertonie, il peut être intéressant de proposer un contact à la fois ferme et enveloppant pour apporter des sensations au niveau des muscles profonds et de la charpente osseuse. Ce toucher et ces sensations favorisent également chez l'enfant un sentiment de solidité et de sécurité, propices à son relâchement. Par son contact, le psychomotricien va chercher à créer une flexion au niveau du bassin. Il est donc nécessaire de procurer des appuis stables au niveau de cette zone charnière entre le haut et le bas du corps. Par les mobilisations au niveau de l'axe, le professionnel va alors inviter l'enfant à une mise en mouvement de son corps par le biais de bascules latérales ou d'avant en arrière par exemple, tels des bercements. Le mouvement de bercement, à partir d'appuis sûrs au niveau du bassin et à travers ses variations d'orientation, mais aussi de rythme, va participer à une meilleure régulation du tonus de l'enfant. Si ces mobilisations corporelles comportent un certain aspect technique, il est essentiel qu'elles soient avant tout vécues par l'enfant comme des expériences agréables et ludiques de « mises en jeu » du corps. L'accompagnement chanté ou encore les jeux de surprises par exemple, sont donc importants pour donner une dimension émotionnelle, expressive et d'échange à cette mise en mouvement du corps.

De telles mobilisations sont un moyen de participer à une meilleure régulation tonique chez des enfants pour qui le handicap est à l'origine d'un grave retard du développement psychomoteur. Elles aident l'enfant à lâcher un recrutement tonique trop important qu'il ne peut contrôler et permettent de réduire la poussée tonique à l'origine de l'hyperextension.

En outre, le psychomotricien sera également attentif aux différentes modalités sensorielles ou affectives susceptibles d'aider l'enfant dans la régulation de son tonus. Ainsi, une enveloppe sonore, un certain environnement lumineux, un toucher enveloppant, des bercements, le contact de l'enfant avec le corps respirant de son parent ou les vibrations de sa voix, seront autant d'approches possibles que le psychomotricien va pouvoir mettre en jeu pour aider le petit enfant dans sa régulation tonique.

L'accompagnement de la relation parent-enfant ne peut se faire sans cette recherche d'une tonicité plus harmonieuse. En effet, pris par un trop de tonus qui l'envahit, l'enfant ne peut se rendre entièrement disponible à son environnement et à son entourage. L'accès à une meilleure régulation tonique favorise les conduites instrumentales dirigées au service d'un corps expressif. Elle participe de ce fait au développement d'une motricité interactive, susceptible de créer chez le parent un désir d'être en lien.

b) La recherche d'enroulement et de rassemblement comme base du redressement et de l'ouverture au monde

Les troubles de la régulation tonique liés au handicap empêchent très souvent le jeune enfant de faire l'expérience de l'enroulement de son corps. Or, nous avons vu précédemment l'importance de cet enroulement. En tant que support d'un rassemblement à la fois physique et psychique, agréable et sécurisant, l'enroulement est à la base de l'ouverture de l'enfant sur son entourage. Cette ouverture est elle-aussi à la fois physique par le redressement, et psychique en favorisant une meilleure disponibilité émotionnelle. Le jeune enfant, dans une dynamique tonique élevée, ne peut accéder à cet enroulement et donc éprouver de tels vécus de sécurité, de bien-être et d'expérience d'un corps unifié et rassemblé vers son centre. La tonicité élevée de cet enfant ne lui permettra pas non plus de se rendre suffisamment présent et disponible aux sollicitations de son parent.

Le soutien de l'enroulement en psychomotricité permet à l'enfant l'expérience d'un moment de rassemblement corporel et psychique. L'installation en cocon par exemple va favoriser l'enroulement de l'axe. Il est également possible de recréer cet enroulement en installant l'enfant sur le côté avec une couverture enroulée placée du sommet de la tête jusqu'à son bassin, en passant par la colonne vertébrale. De telles installations favorisent le rassemblement de l'enfant, mais assurent également une fonction d'enveloppe contenante et rassurante pour ce dernier. Cette fonction, en délimitant son espace corporel, favorise l'accès à un premier sentiment de soi.

Mais le meilleur espace pour cet enroulement sécurisé et contenant, est sans aucun doute et le corps du parent ou encore ses bras. Il s'agit par là d'aider le parent à porter son enfant dans une position d'enroulement en lui proposant une certaine manière de le tenir tout en insistant bien sur certains points d'appui (comme par exemple avec le portage proposé à Lila et à sa maman). C'est alors le corps du parent, en tant que corps habité psychiquement et affectivement, qui va faire office d'enveloppe contenante, et offrir à l'enfant, en plus des bienfaits de l'enroulement en temps que tel, un espace de corps à corps d'une grande proximité, source de riches échanges sensoriels et émotionnels.

En aidant ce premier mouvement du corps fondamental qu'est l'enroulement, le jeune enfant va vivre une expérience différente de son tonus et de son corps, source de sensations de rassemblement, d'unité corporelle et de bien-être. Le tonus de l'enfant va ainsi pouvoir occuper une fonction enveloppante et sécurisante. En permettant à l'enfant d'accéder à de tels vécus, nous allons le soutenir dans cette construction psychocorporelle de base nécessaire à son redressement et à son ouverture à l'autre. Travailler l'enroulement dans les bras du parent va en plus permettre un temps de rencontre et d'échange où parent et enfant co-éprouvent un même vécu de bien être et de relâchement. Ce qui permet au couple de vivre un moment agréable de partage et de plaisir à « être ensemble ».

Le soutien de cet enroulement et de la régulation tonique en psychomotricité permet d'accompagner l'enfant porteur de handicap dans ses acquisitions psychomotrices et de développer ses possibilités, afin de l'aider à habiter son corps comme instrument de la relation. Libéré de son carcan tonique, le petit être pourra progressivement investir sa tonicité et son corps comme source d'expression et d'échange avec son environnement affectif.

III. 2. LE « CORPS EN JEU » COMME SOUTIEN DU LIEN PARENT-ENFANT

Comme nous l'avons abordé en partie théorique et comme j'ai pu m'en rendre compte dans ma rencontre avec Lila et sa maman, les troubles du tonus et les difficultés posturo-motrices liées au handicap laissent peu de moyens à l'enfant pour solliciter son parent dans l'échange. En effet, il ne peut manifester beaucoup d'élans d'exploration et de désirs, et renvoie ainsi parfois malgré lui, une certaine atonie à son parent. Ce dernier, noyé par la souffrance liée au handicap et par cette image figée que lui reflète son enfant peut, comme nous l'avons vu, avoir du mal à investir affectivement son enfant. Cette difficulté peut se retranscrire par une mécanisation des soins et des interactions corporelles, appauvrissant toute la dynamique psychocorporelle et affective de ces échanges. E. Tesio et S. Pagani écrivent, en parlant des parents d'enfants en situation de handicap, qu'« *ils se noient et se paralysent dans un faire circulaire, qui est sans imagination, guidés par une pensée très concrète, qui congèle leur temps et leur vie dans un présent éternel* »³². De façon souvent très involontaire, l'enfant peut alors devenir objet de soin pour son parent qui a du mal à le considérer comme un sujet pensant, avec une vie affective et donc comme un partenaire de jeu et d'échange. Les interactions corporelles perdent ainsi de leur richesse affective et relationnelle.

L'enfant et son parent ont donc du mal à se rencontrer dans un espace de plaisir, d'échange et de jeu. Or, ce sont justement ces espaces de plaisir partagé à être ensemble, de rencontre émotionnelle et de jeu qui consolident et renforcent les liens affectifs et la relation entre le parent et son enfant : « *Le jeu est d'abord un partage et si l'enfant joue, c'est pour partager quelque chose. Ce partage, on peut très simplement le définir comme le plaisir d'être avec quelqu'un, le plaisir à partager une émotion, un sentiment, un affect.* »³³. En psychomotricité, le jeu en tant que partage corporel et affectif est donc un point d'appui clé essentiel dans le dispositif d'étayage des interactions et des liens entre l'enfant porteur de handicap et son parent.

³² PAGANI S. et TESIO E., *Au-delà du traumatisme, la créativité*, in clinique du sujet handicapé, actualités des pratiques et recherches, p.160

³³ MARCELLI M., *La surprise, chatouille de l'âme*, p.32

Chez le jeune enfant, le plaisir et le jeu sont très étroitement associés à l'exploration et aux sensations du corps en mouvement. On parle de jeu sensori-moteur. Le jeu est donc avant tout corporel et relationnel et c'est en cela qu'il nous intéresse dans le contexte d'étayage des liens parent-enfant en psychomotricité. En appui sur notre observation des possibilités de l'enfant et de ce qui l'éveille, nous allons l'accompagner dans une *mise en jeu* de son corps et l'inviter dans un espace de partage, source de vives émotions. En sollicitant l'enfant par le jeu, nous allons tenter d'encourager son expression en réponse à ces explorations toniques et corporelles. La *mise en jeu* active, du psychomotricien par son implication psychocorporelle, est donc fondamentale afin d'éveiller toute la dynamique relationnelle et expressive de l'enfant. Le thérapeute est ainsi à considérer comme un véritable partenaire de jeu à la fois contenant et impliqué, car il n'y a pas de jeu sans rencontre.

Le jeu place l'enfant du côté du plaisir, de l'émerveillement, du partage, de la surprise, de l'expression de soi, de la joie. Dans le jeu, l'enfant adresse des gestes orientés, des vocalises, un regard et manifeste des émotions... Malgré ses difficultés, le corps tonico-moteur de l'enfant est teinté d'une autre couleur : l'enfant s'anime et s'exprime dans un élan de vitalité. Cet élan dégagé par l'enfant, va également animer le parent et l'amener du côté de la vie, de la rêverie. Il va solliciter son désir d'être en lien et de partage.

En psychomotricité, le professionnel va donc accompagner et privilégier ces temps de rencontre émotionnelle par le jeu entre le parent et son enfant, comme étau fondamental des liens affectifs. L'objectif en psychomotricité est donc également, à travers le jeu, d'offrir un espace pour aider le parent à trouver de la spontanéité et du bonheur à jouer avec son enfant, pour le seul et unique but de partager du plaisir à être ensemble : « *Notre intention est donc de réactiver la fonction parentale joyeuse qui a été étranglée par le traumatisme, de rendre aux parents, d'un côté la possibilité de jouer et de s'amuser, de l'autre un encouragement, si ce n'est véritablement un désir à jouer et à s'amuser avec leur enfant. Jouer avec son enfant signifie entrer en contact avec lui en tant que personne et pas seulement en tant que corps à réhabiliter ou cerveau à instruire ou à entraîner.* »³⁴.

³⁴ PAGANI S. et TESIO E., *Au-delà du traumatisme, la créativité*, in clinique du sujet handicapé, actualités des pratiques et recherches, p.160

En psychomotricité, l'accompagnement à travers le jeu offre donc un espace-temps de rencontre privilégiée entre l'enfant et son parent, marqué par le plaisir d'« interagir ». Durant l'espace d'un jeu, déficits, handicap et angoisses sont mis de côté. Seule la joie d'un plaisir partagé et l'expression d'une tendresse réciproque gouvernent ces échanges, riches en émotions. Le jeu, en tant que moment de partage et insufflateur de vie, est donc un média indispensable du dispositif d'accompagnement des liens parent-enfant en présence de handicap.

Avec Lila et sa maman, chaque séance a été l'occasion de créer une nouvelle façon de jouer. En impliquant Mme T. dans les moments d'exploration corporelle avec Lila, un espace de jeu entre la mère et la fille a pu progressivement se créer pour au final, survenir de façon très spontanée entre elles. Grâce au jeu, mère et fille ont pu consolider des liens fragilisés par le handicap et gagner en expressivité à la fois tonique, corporelle et affective. En effet, l'expérience du « jouer ensemble » participe également à une certaine forme de régulation tonique chez l'enfant, mais aussi chez son parent. Le jeu offre une façon différente de se rencontrer, ainsi que des émotions nouvelles qui ont une influence sur le tonus en tant que lieu d'impression et d'expression de ces dernières. Par les situations de jeu, nous allons également solliciter le dialogue tonico-émotionnel entre le parent et son enfant comme source de régulation du tonus et d'étayage de la relation.

Avant d'aborder plus spécifiquement la façon dont l'accompagnement en psychomotricité va favoriser cet ajustement tonique et affectif, j'aimerais aborder une composante importante du jeu : la surprise. Cette dimension a été très présente en séance avec Lila et sa maman. D. Marcelli s'est beaucoup attaché à décrire les jeux de surprise entre la mère et l'enfant. Il peut s'agir de jeux de chatouilles, de « va-et-vient » ou encore de « coucou-caché » où la mère « *joue à créer des règles, à susciter des attentes chez son bébé, puis dès que celles-ci sont établies, elle le surprend, le trompe et en rit...* »³⁵. Ces jeux de surprises s'inscrivent dans une dynamique rythmique importante. Grâce à la répétition des soins maternels dans le quotidien de l'enfant, ce dernier pourra progressivement anticiper ces activités (l'auteur parle de macrorhythmes). Mais de temps en temps, des moments de surprise, de légères variations vont apparaître, notamment au travers des jeux dans les interactions parent-enfant (ce sont les microrhythmes). En

³⁵ MARCELLI D., *Surprise et attente trompée, A propos des interactions de jeux entre la mère et son enfant*, in *Thérapie psychomotrice* n°122, p. 75

psychomotricité, nous cherchons à retrouver ces deux temps en offrant à l'enfant et à son parent des temps repérables, de la répétition dans certaines activités de jeu, mais en y amenant également de la variation. Lors de la séance avec le gros ballon par exemple, une certaine rythmicité s'est installée dans la répétition de mouvements d'allées et venues entre Lila et sa maman, ce qui a permis à la petite fille d'anticiper ces mouvements. Puis, nous avons amené de la variation dans la façon d'accompagner ces mouvements, en changeant de rythme ou encore d'accompagnement verbal, afin de créer de la surprise, ce qui a alors déclenché beaucoup de rires de la part de la petite fille et de joie chez la maman. Les jeux de surprise provoquent des états tensionnels et tonico-affectifs différents chez l'enfant qui commencent par « *l'engagement, auquel succède une phase de montée tensionnelle, puis enfin une phase de libération tensionnelle marquée par le rire* »³⁶. Ces jeux de montée et de libération tensionnelle ont une conséquence directe sur l'état tonique de l'enfant et participent de ce fait à un ajustement de la régulation d'un tonus adapté à la situation et à l'échange avec le parent. L'enfant investit avec plaisir l'incertitude, l'attente excitante et anticipe la détente liée au rire, à la résolution de la tension. Ces jeux sont par ailleurs très riches en ce qui concerne l'étayage de la relation parent-enfant. L'effet de surprise suscite le rire chez l'enfant et un partage émotionnel intense avec son parent. Ce dernier se sent ainsi récompensé et valorisé dans son rôle, ce qui l'incite à reproduire de telles situations de jeu.

En psychomotricité, par les situations ludiques, nous soutenons donc de tels moments de complicité et de communication tonico-émotionnelle entre l'enfant et son parent. Ces instants permettent de sortir parent et enfant d'une certaine fixité corporelle et émotionnelle engendrée par le handicap et invitent à un temps de partage autour d'un même éprouvé entre deux corps éminemment expressifs et vivants.

³⁶ MARCELLI D., *La surprise chatouille de l'âme*, p. 37

III. 3. LE DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL A TRAVERS LES PORTAGES : VERS UN « PORTAGE SOURCE DE PARTAGE »

Comme nous l'avons vu, les temps de portage permettent à l'enfant et à son parent de se rencontrer dans un espace intime où le langage du corps est le principal acteur de la relation. L'échange entre ces deux corps en contact implique le dialogue tonico-émotionnel, où les corps toniques de l'enfant et de son parent dansent ensemble dans un ajustement réciproque. Bien que le dialogue tonico-émotionnel ne concerne pas que les temps de portage, nous l'aborderons ici sous cet angle en tant que moment de grande proximité, riche en échanges corporels, affectifs et psychiques. De tels échanges sont alors des supports de l'étayage de la relation parent-enfant en psychomotricité.

Nous avons pu voir combien le handicap peut créer des faux pas, dans cette danse tonico-émotionnelle, de la part des deux partenaires. Le handicap fige les corps et attaque leurs capacités d'expression et d'échange, tant chez l'enfant du fait de son atteinte neuromotrice, que chez son parent fragilisé dans ses fonctions parentales. Le tonus s'en trouve ainsi perturbé et en premier lieu ses fonctions d'ajustement et d'expression. On assiste donc dans les interactions à des désaccordages, voire des non-accordages au sein du couple. Les temps de portage sont avant tout sources d'étrangeté et d'inconfort, tant pour le parent que pour l'enfant, et ne peuvent être vécus comme des moments privilégiés de partage. Au contraire, le parent peut de manière inconsciente se protéger de ce vécu d'étrangeté en se coupant affectivement de son enfant, et le porter comme s'il tenait dans ses bras un simple objet. Le parent, du fait de la double incidence du traumatisme du handicap et de ce désajustement, peut se trouver sérieusement en difficulté pour porter son enfant physiquement mais aussi psychiquement et affectivement.

Du fait de la grande dépendance de l'enfant, le handicap appelle à un prolongement des temps de portage. Or ces derniers, bien que nombreux, sont souvent effectués sur un mode opératoire en tant qu'outils de déplacement ou de manipulation de l'enfant. En revanche, les temps de portage en tant que partage sont peu nombreux. Or, on connaît toute leur importance dans la relation et le développement psychomoteur de l'enfant.

Il est donc essentiel de soutenir parent et enfant dans ces expériences de portage, afin qu'elles deviennent des moments de partage émotionnellement et affectivement riches où les deux corps toniques échangent dans une adaptation réciproque.

En séance, nous allons donc proposer différents portages en appui sur notre observation. L'idée n'est pas de proposer un portage type mais d'inviter le parent et son enfant dans un processus de recherche et d'adaptation mutuelle à la fois active et dynamique. Parent et enfant doivent se sentir à l'aise dans ce portage pour être disponibles et à l'écoute l'un à l'autre. L'installation est également primordiale, afin d'éviter tout inconfort, source de tension supplémentaire. Dans le portage, nous allons convier le parent à être à l'écoute de ses ressentis à la fois corporels et émotionnels. Nous allons également l'aider à comprendre les manifestations de son enfant et à décoder ses sollicitations. L'idée est également de rendre vivants ces échanges en proposant également des bercements, des chansons, des jeux de souffles... qui sollicitent à la fois le désir de l'enfant et de son parent à échanger, et qui contribuent à enrichir la dynamique expressive des deux êtres. Les courants toniques entre les deux corps communiquent ainsi de l'un à l'autre, dans une inter-régulation réciproque et sont enrichis par l'ensemble des « nourritures affectives » qui accompagnent cet échange de corps à corps. L'émotion suscitée par cet échange lors du portage va permettre une meilleure adaptation tonique, une résonance directe et accordée entre les deux corps toniques et expressifs, qui réapprennent à danser ensemble.

A travers ces temps de portages et de partages tonico-émotionnels, nous cherchons ainsi à ce que parent et enfant prennent du plaisir à être ensemble dans ce contact de corps à corps.

IV. LA PSYCHOMOTRICITE ET LE PSYCHOMOTRICIEN, UN HOLDING POUR LA RELATION MERE-ENFANT

La psychomotricité peut être considérée comme un véritable holding psychomoteur pour l'enfant. En effet, les mises en jeu du corps, ainsi que les diverses explorations psychomotrices de l'enfant vont le soutenir et le porter dans son développement psychomoteur. En soutenant l'organisation tonique et motrice du jeune enfant, nous allons donc contribuer au holding psychomoteur décrit par S. Robert-Ouvray.

Le psychomotricien va également participer au soutien essentiel du parent dans ses capacités à porter physiquement, psychologiquement, mais aussi affectivement son enfant, dans le but de soutenir la relation et d'aider l'enfant dans son développement psychomoteur.

En cela, le psychomotricien est sollicité dans ses propres capacités de holding. On peut donc faire un certain parallèle entre le holding du psychomotricien et celui de la mère et de ses fonctions décrites par D. W. Winnicott. A l'image d'une mère avec son enfant, le professionnel « suffisamment bon » va également faire appel à sa sensibilité aux manifestations du couple parent-enfant, mais aussi à ses capacités d'observation, de traduction et de mise en sens.

Les rencontres avec de jeunes enfants au handicap sévère et leur famille, sont souvent sources de fortes émotions pour le psychomotricien. Afin de ne pas se laisser envahir par des histoires de vie parfois dramatiques et de garder une position soignante, ainsi que des capacités de holding, le psychomotricien va donc devoir trouver ses propres appuis. Pour cela, les temps d'échanges avec les autres professionnels au contact de l'enfant, ou encore des temps de supervision peuvent être d'une grande ressource.

Lors de mon stage, comme je le disais, j'ai pu être confrontée à de telles émotions sans pour autant me laisser envahir par ces dernières. Pour cela, les temps de parole avec la psychomotricienne, de même qu'un travail d'écriture après chaque séance, ont été essentiels pour moi afin de continuer à penser cette prise en charge et cette petite fille, malgré l'effet traumatique et sidérant que peut provoquer son handicap.

Je pense également que les différents travaux pratiques de ces trois années de formation m'ont beaucoup apporté. En effet, être au plus près de mes ressentis corporels et psychiques, en tentant de les comprendre et de les mettre en mots, m'a permis de vivre pleinement ces rencontres tout en pouvant les penser. Par ailleurs, le travail d'élaboration clinique ainsi que d'appropriation d'écrits théoriques m'ont aiguillée dans cette prise en charge en favorisant notamment un regard plus affiné et un meilleur ajustement en séance.

Il est donc fondamental que le psychomotricien construise ses propres appuis à la fois internes et externes, afin qu'il puisse assurer sa position soignante et ses capacités de holding dans de tels accompagnements, où de vives émotions ou encore une difficulté à penser peuvent souvent survenir.

CONCLUSION

Ce travail d'écriture m'a invitée, tout au long de sa construction, c'est-à-dire de l'immersion en clinique jusqu'au développement de liens théorico-cliniques, en passant par la recherche théorique, à me pencher sur la place du tonus dans les premiers liens parent-enfant. J'ai abordée cette question sous l'angle du handicap précoce et de la façon dont ce dernier pouvait bouleverser les interactions primaires et la relation parent-enfant. C'est donc à partir de ce processus de réflexion et de mon expérience en stage auprès de Lila et sa maman que j'ai souhaité identifier les points clés de l'étayage de la relation parent-enfant en psychomotricité lors de troubles de la fonction tonique liés au handicap.

La fonction tonique est très régulièrement atteinte chez les enfants porteurs de handicaps neuromoteurs. Ces troubles limitent sérieusement le développement psychomoteur de l'enfant qui est à concevoir comme la construction d'un corps en relation, véhicule de l'être au monde. Les difficultés de régulation tonique rendent également plus difficile l'ajustement tonique réciproque dans les interactions parent-enfant. Le handicap et les troubles toniques qu'il engendre chez l'enfant, mais aussi de manière plus indirecte chez son parent, ont de ce fait des conséquences importantes sur l'instauration des liens d'attachement. Face au handicap et aux échanges toniques disharmonieux, le parent peut se sentir démuné dans sa fonction de « parent suffisamment bon ». Or cette dernière, ainsi que la présence d'une relation riche corporellement et affectivement, est nécessaire au développement harmonieux de l'enfant. C'est pourquoi l'aide au développement psychomoteur de l'enfant en bas âge ne peut se concevoir sans le soutien parental et l'étayage des premières relations. Ce mémoire est aussi pour moi une volonté d'insister sur la nécessité d'une prise en charge à la fois précoce et globale de l'enfant porteur de handicap, comme outil majeur pour éviter tout risque de surhandicap. Un tel accompagnement n'est malheureusement pas toujours effectif.

Le rôle de la psychomotricité, tel que je l'ai vécu en stage, est avant tout d'accueillir, d'accompagner et de soutenir par le corps et par les mots, les souffrances physiques, relationnelles et psychiques de l'enfant et de son parent. Au travers de *mises en jeu* du corps, mais aussi de l'accompagnement d'une communication tonico-émotionnelle réciproque et ajustée, nous allons aider parent et enfant à se rencontrer différemment en sollicitant le partage émotionnel ainsi que le plaisir de l'échange et du *vivre ensemble*.

Mais ces mises en jeu du corps ne font pas tout. Ce mémoire m'a permis de réaffirmer l'importance de l'habitation psychocorporelle de la position du psychomotricien comme véritable outil de l'étayage de la relation entre le parent et son enfant. A la fois contenant et soutenant, le professionnel occupe également une fonction de miroir et met à disposition son appareil à penser. En cela, il est également sollicité dans ses propres capacités de holding, pour porter et soutenir la relation pas à pas.

En m'intéressant de très près au tonus et au dispositif d'accompagnement de la relation parent-enfant, ce mémoire m'a conduit à de nombreux concepts et moyens, tels que le dialogue tonico-émotionnel, le jeu, le portage pour ne citer que ceux-ci. Mais ce projet m'a aussi amenée à m'interroger sur certaines fonctions du psychomotricien mises en œuvre dans la relation thérapeutique, telles que la rêverie, la fonction miroir ou encore, par exemple, l'implication corporelle du thérapeute. Ce sont là autant de notions qu'il est possible d'étendre à d'autres dispositifs d'accompagnement en psychomotricité et d'autres rencontres avec des sujets très variés. Ces notions et ce projet d'écriture m'ont ainsi nourris au quotidien au cours de mes stages, dans la construction de mon identité professionnelle, dans des milieux très variés, que ce soit avec les autres enfants du cabinet, lors de mes rencontres avec des patients hospitalisés en service d'oncologie ou encore auprès de jeunes enfants porteurs de surdité.

Dès la seconde année de formation, au travers de multiples rencontres avec de jeunes enfants, le soin psychomoteur de ces derniers avec leur famille m'a particulièrement intéressée. Au fil de l'année, le souhait d'accompagner ces enfants pas à pas dans leur développement psychomoteur est rapidement devenu une évidence. Un souhait que j'espère réaliser au plus vite...

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

AJURIAGUERRA de J., *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1 : Corps, tonus et psychomotricité*, ouvrage coordonné par JOLY F., LABES G., Montreuil, Edition du Papyrus, 2008.

BULLINGER A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse, Erès, 2004.

CARRIC J.C., *Lexique de psychomotricité*, Paris, Verzanobres Grego, 2001.

CICCONE A., *Naissance et développement de la vie psychique*, Toulouse, Erès « 1001 Bébés », 2008.

COEMAN A. et FRAHAN de M.H., *De la naissance à la marche*, Bruxelles, ABSL Etoile d'herbe, 2004.

KORFF-SAUSSE S., *Le miroir brisé*, Paris, Calmann-Lévy, 1996.

LEBOVICI S., *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste*, Bayard, 2003.

LESAGE B., *La danse dans le processus thérapeutique*, Toulouse, Erès, 2009.

MARCELLI M., *La surprise, chatouille de l'âme*, Albin Michel, 2006.

ROBERT-OUVRAY S., *L'enfant tonique et sa mère*, Paris, Desclée de Brouwer, 2007.

SCHILDER P., *L'image du corps*, Gallimard, 1968.

STERN D., *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 2003.

VASSEUR R. et DELHION P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans*, Toulouse, Erès « 1001 Bébés », 2010.

WALLON H., *Les origines du caractère chez l'enfant*, Paris, PUF, 2009.

WINNICOTT D.W., *Jeu et réalité*, Gallimard, 1997.

WINNICOTT D.W., *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot, 1988.

Chapitres de livres collectifs :

JOVER M., Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture du jeune enfant, in J.RIVIERE (ed), *Le développement psychomoteur du jeune enfant*, Marseille, Edition Solal, 2000, p.49.

PAGANI S. et TESIO E., Au-delà du traumatisme, la créativité, in R. SCHELLES & al. (ed), *Clinique du sujet handicapé, actualités des pratiques et recherches*, Toulouse, Erès, 2007, p.160.

Articles :

AJURIAGUERRA de J., 1985, Organisation neuropsychologique de certains fonctionnements : des mouvements spontanés au dialogue tonico-postural et aux modes précoces de communication, *Enfance*, N°2, p.265-277.

BOULAY N. et al., 2009, Prises en charges des troubles toniques précoces : entre kinésithérapie et psychomotricité, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N° 157, p.84-96

BLOSSIER P., Hypertonie et difficultés d'ajustement postural comme révélateurs des troubles des interactions précoces chez le jeune enfant, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°157, p.48-53.

HAAG G., 1988, Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, N°36, p.1-8.

HAAG G., 2009, Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile, *Enfance*, N°61, p. 121-132.

LEBOVICI S., 1989, Interactions affectives mère-bébé et polyhandicap sensoriel, *Psychologie médicale*, N°2, p. 1915-1917.

LE BRETON D., 2007, Pour une anthropologie des sens, *Vie sociale et traitements*, N°96, p. 45-53.

LEGRAND O., 2008, Tentative de représentation de la corporéité d'une enfant polyhandicapée, *Contraste*, N° 28-29, p.318.

LIVOIR-PETERSEN M.-F., 2009, Le dialogue tonico-émotionnel, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°157, p.96-107.

MARCELLI D., 2000, Surprise et attente trompée, A propos des interactions de jeux entre la mère et son enfant, *Thérapie psychomotrice et recherches*, N°122, p. 75.

Sites internet :

ROBERT-OUVRAY S. (<http://s.robetouvray.free.fr/articles.htm>), pour les articles :

- L'importance du tonus dans le développement psychique de l'enfant
- Le holding psychomoteur
- Corps étai de la psyché

Vidéos :

MARTINO B., Le bébé est une personne, 1984.

WOOT de C. et BALDEWNYS P. en collaboration avec COEMAN A. et FRAHAN de M., Un bébé, comment ça marche ?, 2006.

TROUBLES DE LA REGULATION TONIQUE ET PREMIERS LIENS

Quand la psychomotricité soutient la relation parent-enfant fragilisée par le handicap



Mots clés

Tonus – Relation parent-enfant – Interactions précoces – Handicap moteur – Régulation tonique – Dialogue tonico-émotionnel – Dispositif d’accompagnement parent-enfant – Jeu – Portage – Corps en relation – Fonctions du psychomotricien

Résumé

Le tonus occupe une place fondamentale dans le développement psychomoteur de l’enfant. Véritable trame du mouvement et toile de fond des émotions, il joue également un rôle clé dans les relations précoces et la construction des premiers liens d’attachement entre le parent et le jeune enfant. Les multiples interactions corporelles précoces, à travers les jeux d’ajustements tonico-affectifs, participent à l’enrichissement de ces liens. Mais lorsque le handicap précoce survient, quelles sont ses conséquences sur la relation entre l’enfant et son parent ? En quoi les troubles de la régulation tonique de l’enfant participent-ils à ce bouleversement relationnel ? A travers l’exemple clinique d’une mère et de sa petite fille, nous tenterons de répondre à ces questions. Puis nous identifierons la façon dont un accompagnement en psychomotricité peut soutenir et étayer la relation parent-enfant, dans ce contexte de troubles de la régulation tonique liés au handicap.