



<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 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

À la recherche d'un axe corporel solide pour se tenir
Réflexions sur l'accompagnement psychomoteur d'un enfant présentant une instabilité
psychomotrice

Mémoire présenté pour l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Lebouc Aude

Juin 2019

N° 1517

Directeur du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU

Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique

Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS

M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA

Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services

M. VERHAEGHE Damien

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie

Directrice **Pr. SEUX Dominique**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -
Lyon-Sud Charles Mérieux

Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)

Président **Pr. COCHAT Pierre**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)

Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. Faculté des Sciences et
Technologies

Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences

Administrateur provisoire

M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon

Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences

Administratrice provisoire

Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)

Administrateur provisoire

M. Pierre CHAREYRON

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)

Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON

Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)

Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Stéphanie VIALE
Psychomotricienne

Responsables des stages
Mme Christiane TANCRAÏ, Mme Aurore JUILLARD
Psychomotriciennes

Secrétariat de scolarité
Mme Pascale SACCUCCI

Remerciements

Je souhaite remercier ma maîtresse de mémoire, Julie Vaginay, pour m'avoir accompagné durant la rédaction de cet écrit. Sa disponibilité et son aide m'ont été précieuses pour élaborer ma réflexion.

Je tiens à remercier particulièrement mes deux maîtres de stage de cette troisième année qui m'ont beaucoup appris et m'ont soutenu durant mes instants de doute. Merci également aux équipes du SESSAD et du cabinet libéral de m'avoir si bien accueilli.

Je suis reconnaissante envers tous mes anciens maîtres de stages et tous les professeurs qui m'ont permis d'enrichir mes connaissances, mon approche psychomotrice et mes réflexions en ces trois années.

Merci également à mes proches, et en particulier à ma mère et à ma sœur pour m'avoir soutenu et pour leurs précieuses relectures. Merci à Anne-Marie de m'avoir permis de souffler durant cette année particulièrement riche en émotions.

Merci beaucoup à tous mes camarades de promotion et j'adresse un remerciement particulier à mes neuf amies et à ma colocataire qui se reconnaîtront, avec qui j'ai partagé tant de choses durant ces trois ans. Vous avez rendu ces études encore plus passionnantes qu'elles ne le sont déjà.

Sommaire

Lexique.....	
Introduction.....	1
Partie Clinique.....	3
1) Présentation de mon lieu de stage.....	3
2) Présentation de Ben.....	4
1. Présentation au sein du cabinet.....	4
2. Anamnèse.....	4
2.1. Situation familiale.....	4
2.2. Informations médicales.....	4
2.3. Le développement psychomoteur.....	5
2.4. Situation scolaire.....	5
3. Bilans et projet de soin.....	6
3.1. Le bilan psychomoteur.....	7
3.2. Le bilan orthoptique et neuro-visuel.....	9
3.3. Le bilan psychologique (WISC V).....	9
3) Ma première rencontre avec Ben.....	10
4) Les séances en psychomotricité avec Ben.....	11
1. De multiples défenses lors des percussions osseuses.....	11
1.1. Première séance.....	12
1.2. Quand ses défenses commencent à lâcher.....	13
2. Des mouvements peu harmonieux.....	14
2.1. Un manque de dissociation entre le tronc et les membres.....	14
2.2. Un manque de dissociation entre les différentes articulations du bras.....	15
2.3. Un manque de coordination entre les différents hémicorps.....	16
3. Mauvaise régulation tonique : entre hypertonie segmentaire et hypotonie axiale ..	16

4.	Manque d'attention et impulsivité.....	18
5.	À la recherche d'un contact dur, solide ?	20
5.1.	Une instabilité potentiellement dangereuse.....	20
5.2.	Échauffement	21
5.3.	Contact du dos.....	22
5)	Mes ressentis vis-à-vis de Ben	24
6)	Aparté sur la dynamique familiale de Ben	25
	Partie Théorique.....	27
1)	L'axe corporel	27
1.	Définitions	27
1.1.	L'axe vertébral	27
1.2.	L'axe psychique	28
1.3.	L'axe corporel	29
2.	Élaboration de l'axe corporel	30
2.1.	La vie intra-utérine	30
2.2.	Les soins maternels	31
2.2.1	La position fondamentale de l'enroulement	31
2.2.2	Le <i>holding</i> et le contact du dos	32
2.3.	Les différentes étapes de la verticalisation.....	34
2.3.1	Postures symétriques et tonus	34
2.3.2	Postures asymétriques et tonus	35
2.3.3	Régulation tonique	36
2.3.4	Rassemblement des deux hémicorps et formation des différentes coordinations et dissociations.....	37
2.3.5	Le redressement et les niveaux d'évolution motrice.....	38
2.4.	Le passage de la mère rachidienne vers le père rachis.....	39
2.5.	Être debout	40

3.	Conclusion : retour sur...	41
3.1.	Les conditions d'une bonne construction et intégration de l'axe corporel	41
3.2.	Les rôles de l'axe corporel	41
2)	Quelques notions sur l'instabilité psychomotrice selon Maurice Berger	42
1.	Définition	42
2.	Quelques hypothèses théoriques	43
2.1.	Relation entre la pensée et le mouvement	43
2.2.	Un <i>holding</i> défectueux	43
2.3.	Une forme de difficulté à être seul en présence de l'autre	44
	Partie Théorico-clinique	45
1)	Hypothèse d'une défaillance dans l'intégration d'un axe corporel solide	45
1.	Répartition tonique d'un enfant en bas âge et tonus pneumatique	45
2.	Peu de mouvements justes	46
3.	Lien avec la dynamique familiale	47
4.	Hypothèse sur le rôle de l'agitation	49
5.	Conclusion	49
2)	Apaiser l'instabilité psychomotrice par un travail autour de l'axe corporel	50
1.	Trouver ou retrouver des appuis physiques	50
1.1.	Ancrage	50
1.2.	Appuis symétriques, appuis asymétriques	51
2.	... Et des appuis relationnels	53
2.1.	Le <i>holding</i> et la position d'enroulement	53
2.2.	Nourrir le narcissisme	56
3.	... Pour retrouver une solidité interne	58
	Conclusion	60
	Références bibliographiques	

Lexique

ATNP : Assymmetric Tonic Neck Posture

CE1 : Cours Élémentaire première année

CE2 : Cours Élémentaire seconde année

CM1 : Cours Moyen première année

GRS : Gymnastique Rythmique et Sportive

NEM : Niveau(x) d'Évolution Motrice

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile

WISC V : Wechsler Intelligence Scale for Children V

Introduction

J'effectue mon stage de troisième année au sein d'un cabinet libéral, un lieu que je suis curieuse de découvrir en début d'année scolaire. J'y ai d'abord adopté une posture d'observatrice, puis rapidement j'ai pu être davantage actrice lors des différentes séances. Progressivement, ma maître de stage m'a permis de prendre plus d'autonomie. J'ai ainsi réalisé les suivis de plusieurs enfants durant toute l'année en présence de la psychomotricienne.

Le premier jour de mon stage au sein du cabinet libéral, je rencontre un jeune garçon de neuf ans que je décide de renommer Ben. Il présente une instabilité psychomotrice. Après cette première séance, je me suis surprise à me sentir stupéfaite, essoufflée et fatiguée alors que sa séance s'effectue le matin. Ses mouvements et ses propos presque incessants avaient quelque chose de l'ordre de l'insaisissable. Des sensations de mal-être et d'anxiété étaient prégnantes lors de cette première séance. Ce garçon m'a ému, particulièrement durant cette première rencontre où un sentiment de fragilité émergeait de lui. Au début de ce suivi, j'avais l'impression de me noyer face à tout ce qu'il pouvait manifester. Peut-être était-ce un sentiment que Ben pouvait éprouver également. Souvent, je me suis demandé : par où faut-il commencer ?

J'ai eu alors besoin de décomposer ce que j'observais afin de tenter, dans un second temps, de remettre du sens, du lien. Devant ses difficultés toniques, son manque de coordination et mon sentiment que Ben est parfois à la recherche d'un contact-dos, je me suis progressivement intéressée à la question de la construction et de l'intégration de son axe corporel. En effet, le point de convergence de ces observations m'a semblé être un défaut de construction de l'axe corporel. J'ai le sentiment que celui-ci en tant que tuteur solide du corps est peu intégré. Suite à mes observations, j'ai émis l'hypothèse que l'instabilité psychomotrice que manifeste Ben serait alors peut-être, entre autres, un moyen pour lui de venir éprouver son axe corporel et qu'elle lui permettrait de se tenir corporellement et psychiquement. Ainsi, j'en suis arrivée à formuler une problématique : en quoi un travail en psychomotricité autour de la question de l'axe corporel permettrait d'apaiser en partie l'instabilité psychomotrice de Ben ?

Comme cette problématique s'est construite progressivement suite à mes observations cliniques, je décide de commencer par présenter Ben ainsi que des extraits de séances dans une première partie. J'apporterais, dans une seconde partie, des éléments théoriques. Enfin, dans une troisième partie, je tenterais de mettre en lien mes observations et mes hypothèses cliniques avec les apports théoriques afin de faire émerger ma problématique, puis d'apporter quelques éléments de réponse à celle-ci.

Partie Clinique

1) Présentation de mon lieu de stage

Mon stage de troisième année se déroule dans un cabinet libéral composé de deux psychomotriciennes, deux psychologues, une ergothérapeute et une musicothérapeute travaillant toutes à temps partiel. Le cabinet est composé de deux salles de soin, une occupée par les psychologues et l'autre par les autres professionnelles. La salle où les séances de psychomotricité sont réalisées mesure environ vingt mètres carrés. Elle est assez épurée, avec peu de matériel visible excepté quelques cerceaux, des tapis pliés et placés dans un coin de la pièce et quelques modules situés en haut d'une étagère et étant inaccessibles pour les enfants. Le reste des jeux et matériaux est rangé dans des tiroirs. Un bureau taille adulte est situé dans un coin de la pièce près d'une baie vitrée donnant accès à un balcon surplombant une rue passante. Ainsi, nous pouvons parfois entendre le bruit de la circulation (klaxons, camions, voitures ...). L'épais rideau qui cache la baie vitrée, laisse entrer la lumière du jour et donne à la salle une ambiance accueillante, chaleureuse et contenante.

Je suis accueillie au cabinet tous les mercredis de 8h30 à 18h30 depuis le mois d'octobre. Avec ma maître de stage nous prenons en charge onze enfants âgés de deux ans à treize ans. Les séances durent entre trente et quarante-cinq minutes selon l'âge et la problématique des enfants. En fonction des prises en charge je suis placée soit dans une position d'observation, soit j'anime les séances en présence de la psychomotricienne.

Afin de respecter l'anonymat de ma maître de stage, je décide de la renommer Laura. Je choisis un prénom car tous les enfants accueillis au cabinet la tutoient et l'appellent par son prénom.

2) Présentation de Ben

1. Présentation au sein du cabinet

Ben est un jeune garçon âgé de neuf ans quand je le rencontre. Il est suivi au cabinet libéral depuis juin 2017. L'école de Ben a conseillé un bilan attentionnel qui a été réalisé par une psychologue extérieure au cabinet. Celui-ci n'a révélé aucune particularité cognitive cependant la psychologue remarque une instabilité psychomotrice. Un bilan psychomoteur a ainsi été prescrit pour ce motif. Suite au bilan réalisé en juin 2017, qui confirme l'observation de la psychologue, Ben bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité à raison d'une séance de quarante-cinq minutes par semaine.

2. Anamnèse

Les éléments d'anamnèse suivants m'ont été fournis par le dossier de Ben ainsi que par les informations complémentaires données par la psychomotricienne.

2.1. Situation familiale

Ben vit avec ses deux parents et son frère cadet. Son père est plombier et sa mère est infirmière puéricultrice. Il s'entend bien avec son frère aujourd'hui âgé de 4 ans, envers qui il est protecteur. Au milieu du mois de janvier, la mère de Ben nous a confié qu'une séparation parentale était en cours. Au mois de mars, nous avons appris que son père avait définitivement quitté la maison. Néanmoins il garde contact avec ses deux fils. Je reviendrais plus tard sur mes interrogations vis-à-vis de la dynamique familiale.

2.2. Informations médicales

Ben est né en 2009. La grossesse s'est bien déroulée. Durant l'accouchement, qui s'est effectué à terme par voie basse, Ben a manifesté de la bradycardie fœtale et à 24 heures de vie il a vomi du sang. Il a donc été hospitalisé pendant une semaine dans un service de

réanimation néonatale. Les examens n'ont pas révélé d'étiologie et les médecins émettent l'hypothèse d'un ulcère lié au stress de l'accouchement qui se serait résorbé seul par la suite.

Un examen visuel a été réalisé à l'âge de six ans mais il n'a rien révélé de particulier. L'acuité auditive de Ben est régulièrement évaluée car il a subi plusieurs otites séromuqueuses qui ont entraîné des déficits sur l'oreille moyenne à gauche. Le dernier examen dont j'ai connaissance s'est déroulé en septembre 2016 et une opération des végétations et une pose de diabolos était en réflexion. N'ayant pas eu de nouvelles nous supposons avec la psychomotricienne que l'opération n'a pas eu lieu.

2.3. Le développement psychomoteur

Durant l'entretien précédent la passation des épreuves de bilan, la mère de Ben assure que celui-ci était plutôt en avance sur les acquisitions motrices. Elle explique qu'il s'est assis seul à l'âge de cinq mois, qu'il a rampé et qu'il s'est ensuite déplacé à quatre pattes vers huit mois. Ben a acquis une marche autonome à onze mois mais suite à une chute qui n'a pas eu de conséquences physiques, il n'a recommencé à marcher qu'à l'âge de treize mois. Il a pu se déplacer en tricycle vers l'âge de dix-huit mois, puis à partir de quatre ans il a pu faire du vélo aisément sans les petites roues. Ben a appris à nager à cinq ans.

Le jeune garçon a prononcé ses premiers mots et ses premières phrases à dix-huit mois et il a acquis la propreté diurne à deux ans et la propreté nocturne à deux ans et demi.

Ben est autonome pour se laver et s'habiller, il manipule aisément les lacets, les boutons et les fermetures éclair. Il utilise les couverts pour manger mais l'utilisation du couteau reste parfois inadaptée surtout pour découper les aliments durs.

2.4. Situation scolaire

Au moment de la passation du bilan psychomoteur, Ben est en classe de cours élémentaire première année (CE1). Il dit aimer un peu l'école mais il avoue s'ennuyer parfois. Il ne rencontre pas de difficultés significatives des apprentissages, bien que l'écriture semble ne jamais avoir été bien maîtrisée. Néanmoins Ben manifeste une instabilité motrice à l'école et il semble difficile pour lui d'adopter une distance relationnelle adéquate. Il

semble avoir un bon esprit de camaraderie et il affirme avoir beaucoup de copains avec qui il s'entend bien.

Un entretien téléphonique avec son enseignante de cours élémentaire seconde année (CE2) a été réalisé en janvier 2018 avec l'accord de la mère de Ben. Un discours différent est alors apparu. L'enseignante confirme que les apprentissages se passent bien mais qu'il peut se laisser déconcentrer par les nombreux objets qu'il ramène à l'école. En effet, il peut lire un livre qu'il a amené au lieu de commencer son travail. Il lui arrive parfois d'avoir des comportements inappropriés. Par exemple, il peut vider son cartable comme s'il cherchait quelque chose bien que cela n'ait aucun rapport avec la situation. L'enseignante constate également qu'il se balance très souvent et il peut aussi sortir de la classe en chantant fort. Elle ajoute qu'il dérange beaucoup la classe car il parle tout le temps et qu'il a toujours envie de prouver qu'il sait faire. Elle constate que Ben a toujours besoin de venir vers elle. Elle soulève également ses difficultés d'écriture : il écrit gros, fait beaucoup de ratures et son cahier est sale. L'enseignante exprime son inquiétude face au manque de sociabilisation de Ben, en effet, il éprouve des difficultés dans le groupe, il reste seul pendant les récréations et il n'est pas invité aux anniversaires de ses camarades.

Aujourd'hui Ben est en classe de cours moyen première année (CM1). Nous avons récemment appris que depuis le mois de mars, l'école remarque qu'il manifeste davantage d'agitation et qu'il teste plus les limites.

Ben fait du théâtre à l'école, il pratique du judo et de l'escrime une fois par semaine depuis cette année.

3. Bilans et projet de soin

Ben a réalisé plusieurs bilans ces dernières années. Je n'ai pas pu avoir accès au compte-rendu du premier bilan attentionnel qui a été réalisé. Toutefois, j'ai pu recueillir les bilans suivants dont je vais vous présenter les points principaux.

3.1. Le bilan psychomoteur

Je rappelle que le bilan psychomoteur a été prescrit suite à une instabilité psychomotrice observée par une psychologue lors d'un bilan attentionnel. Le bilan psychomoteur a été réalisé en juin 2017, lorsque Ben avait sept ans et neuf mois. En voici les principales informations.

Ben connaît la plupart des parties du corps. Son dessin du bonhomme laisse au premier abord penser à une bonne représentation corporelle avec un score de Goodenough situé dans la norme pour son âge. Cependant, son dessin est formé principalement de formes géométriques (carré, rectangle, triangle, cercle) et il met fortement en avant les articulations (genoux, épaules, poignets). Les bras et les jambes sont représentés en une seule dimension et manquent de précision. Par ces formes géométriques, son dessin du bonhomme paraît appris et ne semble pas alors retranscrire sa représentation corporelle. La proprioception est difficile pour Ben. En effet il éprouve des difficultés pour connaître la position et les mouvements de son propre corps les yeux fermés.

Lors des épreuves de motricité globale, l'équilibre est possible les yeux ouverts et fermés mais une tension corporelle importante se manifeste avec des bras plaqués contre son corps. L'équilibre sur la pointe des pieds se réalise avec une extension du tronc. L'équilibre dynamique est stable et adapté mais la dissociation des ceintures n'est pas toujours présente. Les sauts ont une bonne impulsion mais les réceptions sont lourdes avec parfois une hyperextension du tronc. Les coordinations dynamiques générales sont fluctuantes dans leur efficacité et manifestent peu d'aisance corporelle. La course et la marche de l'ours sont désorganisées, elles montrent un manque de coordination entre l'hémicorps supérieur et inférieur et entre les deux membres supérieurs entre eux. La marche sur les talons déstabilise le tonus postural et occasionne une projection du tronc vers l'avant avec une compensation par les membres supérieurs. Ben manque de précision et présente une maladresse quand il lance un ballon, il n'arrive pas à rester dans les limites données de tir.

Lors des épreuves de motricité fine, des tensions périphériques et des syncinésies d'imitation controlatérales sont observées. Elles sont présentes de manière anormalement importantes, notamment à gauche et il persiste des syncinésies concernant les mouvements axiaux qui auraient dû disparaître à son âge. La manipulation est peu aisée lorsqu'il doit visser et dévisser et la prise n'est pas toujours adaptée. Les coordinations oculo-manuelles semblent difficiles à mettre en place et les praxies gestuelles sont correctes mais fragiles.

Ben s'oriente de manière adaptée dans le temps et l'espace, sa latéralité est fixée et homogène à droite.

Les capacités mnésiques et de compréhension sont bonnes. Durant toute la passation du bilan, Ben a présenté une agitation et un manque d'attention. Ben est un garçon anxieux, qui se dévalorise beaucoup et qui a très peu confiance en lui. Il a tendance à être logorrhéique et il a des difficultés à adapter sa distance relationnelle : il se positionne trop proche de son interlocuteur et se situe dans sa zone intime et non sociale.

Le bilan met en avant une problématique corporelle liée à un fond anxieux et à un manque de confiance en lui et d'estime de soi. Il est difficile pour Ben de ressentir son corps ce qui l'entrave dans la représentation et dans la gestion de celui-ci dans l'espace. Cette particularité pourrait être en lien avec son suivi oto-rhino-laryngologie (ORL) mais son équilibre reste stable les yeux ouverts et fermés malgré des mouvements compensatoires. Son manque de proprioception permet peut-être de comprendre la recherche de limites corporelles qu'il met en œuvre à travers l'instabilité psychomotrice et la distance relationnelle peu respectée. Un manque de dissociation entre les hémicorps droit, gauche, supérieur et inférieur est observé. De plus, la graphomotricité se trouve impactée par un manque de contrôle moteur et des difficultés de dissociation des articulations du bras (poignet, coude, épaule). La présence de syncinésies au niveau du membre supérieur gauche perturbe davantage son écriture car sa main gauche doit être calme pour que l'avant-bras soutienne l'axe et que la main tienne la feuille. Le thorax se situe contre le bureau et les yeux près de la feuille. Son axe est donc peu soutenu lorsqu'il écrit.

A la lecture de ce bilan, je perçois qu'il est difficile pour Ben de gérer à la fois sa posture, la tenue de son axe et la mise en place d'une praxie fine.

Suite à ce bilan, un suivi en psychomotricité est proposé à raison d'une séance de quarante-cinq minutes par semaine au cabinet libéral. Le projet de soin vise à accompagner Ben à prendre conscience, à percevoir, et à ressentir les différentes parties de son corps et leur position dans l'espace et ainsi à développer la dissociation des articulations et à améliorer les capacités proprioceptives. Il est aussi nécessaire de développer et de renforcer l'estime de soi et la confiance en soi afin d'atténuer l'anxiété de fond. Ben doit être aidé pour améliorer la maîtrise de son corps dans l'espace et ainsi diminuer ou atténuer l'instabilité psychomotrice. Les capacités graphomotrices devraient se développer par la suite.

3.2. Le bilan orthoptique et neuro-visuel

Ces bilans ont été réalisés le 7 novembre 2018. Le bilan orthoptique indique une insuffisance de convergence avec présence de signes fonctionnels associés (céphalées). Si une correction prescrite par un ophtalmologue est suffisante pour soulager les céphalées alors une prise en charge ne sera pas nécessaire.

Le bilan neuro-visuel montre une vision spatiale perturbée, des coordinations œil-mains difficiles et une fenêtre de copie réduite. Une rééducation neuro-visuelle est donc nécessaire, mais elle n'a pas encore été débutée à ce jour.

3.3. Le bilan psychologique (WISC V)

Le Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC V) est un bilan permettant d'évaluer le quotient intellectuel total d'un enfant selon différents critères. Dans le cas de Ben, il a été demandé car il s'ennuie à l'école et sa mère, comme son institutrice, se demandent s'il pourrait être un garçon à haut potentiel. Il a été réalisé en novembre 2018 par la même psychologue qui a réalisé le premier bilan attentionnel. Lors de la passation, la psychologue observe une impulsivité et une agitation motrice qui sont contenues dans un premier temps mais qui finissent par déborder ensuite. Ben s'appuie sur la verbalisation pour structurer son raisonnement. Son quotient intellectuel total est évalué à 128 soit bien au-dessus de la norme (la norme étant aux environs de 100) mais ce résultat est ininterprétable à cause de l'hétérogénéité des différents scores. En effet, Ben obtient un score d'un adolescent de plus de seize ans et dix mois lors des épreuves de compréhension verbale et un score d'un adolescent de treize à quatorze ans lors des épreuves de raisonnement fluide. En revanche, la mémoire de travail visuelle est déficitaire avec un résultat correspondant à un enfant de six ans et deux mois. La vitesse de traitement des informations est également plus faible par rapport à son âge.

Le diagnostic de haut potentiel est donc mis en réserve. La psychologue conclut en disant qu'il est nécessaire d'apprendre à Ben à trouver des bénéfices secondaires pour nourrir un effort. Les exercices scolaires doivent être assez stimulants pour convoquer son intérêt mais pas trop difficile afin de ne pas le dévaloriser.

Une remédiation cognitive a débuté en début d'année 2019 avec cette psychologue afin de l'aider dans ses difficultés attentionnelles. Avec l'accord de la mère de Ben, Laura et la psychologue peuvent s'échanger occasionnellement des informations lorsqu'elles le jugent nécessaire.

3) Ma première rencontre avec Ben

Je rencontre Ben le premier jour de mon stage en libéral. Je vois entrer un jeune garçon aux cheveux châtain clair, de taille moyenne et assez mince. Il a des traits fins et je trouve ses os saillants. Lorsque je me présente il me regarde dans les yeux et peut se présenter aussi. Dans sa main il tient deux feuilles de papier avec des inscriptions. Nous nous asseyons tous autour du bureau et le visage de Ben paraît fermé. Lorsque Laura lui demande comment il va aujourd'hui, Ben lui dit qu'il lui a écrit une lettre. Il lui donne alors les deux feuilles dans les mains. Il nous explique que l'une, comportant exclusivement des chiffres est un message codé et que l'autre donne des indications pour le décoder. À chaque chiffre est attribué une lettre et la psychomotricienne doit ainsi décoder le message. Sur le message était marqué « Je ne vais pas bien ». Lorsque la thérapeute lui demande ce qu'il se passe, il regarde le bureau et nous dit en chuchotant que sa mère a été convoquée chez la maîtresse car il bavarde trop en classe, qu'il dérange et qu'il n'est pas attentif aux corrections. À cet instant, il est assis en bout de chaise, ses pointes de pied posées sur le sol, et il manipule le set en plastique du bureau qu'il tord dans tous les sens. Son dos est en hyperextension avec une lordose lombaire exagérée. Il se met à pleurer. Ben confirme les propos de son institutrice mais il rajoute que parfois même en étant attentif aux corrections il ne parvient pas à réaliser certains exercices. Laura le console et le rassure en disant que ce n'est pas parce que sa mère est convoquée qu'il n'a pas réalisé de progrès. Il nous confie avoir plus peur d'être puni que sa mère soit en colère. Pendant tout l'échange il a des gestes, des réactions de prestance qui traduisent son anxiété et son mal-être : il tord ses mains ou le set en plastique du bureau, il bouge ses jambes, a des mouvements de torsion au niveau des épaules et du tronc. J'ai l'impression qu'il tord son corps comme il tord le set en plastique. Il émerge de lui un sentiment de fragilité. Pour l'apaiser, la thérapeute lui propose alors d'écrire ce qui le rend triste sur un papier puis de déchirer ce papier pour ensuite continuer la séance. Il le fait et dit aller un peu mieux directement après avoir mis les morceaux de papier à la poubelle. J'ai

l'impression que ce geste lui permet de pouvoir continuer à avancer malgré son chagrin sans pour autant nier ses émotions.

Ben apporte toujours un ou plusieurs objets de chez lui. Cette séance, il a apporté un message codé, mais durant les séances suivantes il pourra également apporter une peluche, sa photo de classe, des objets qu'il a retrouvés, une boussole, des feutres, des cahiers, un livre sur les animaux, une médaille... Il rapporte des objets de chez lui en séance mais également à l'école d'après son ancienne institutrice de CE2. Cela m'interroge : pourquoi a-t-il besoin de toujours ramener un objet de chez lui pour aller dans d'autres endroits ? Auraient-ils des fonctions d'objets de transition entre sa maison et les autres lieux ? La maison étant un lieu de sécurité, je me demande alors si ces objets lui procurent ce sentiment de sécurité et l'aident à contenir des sensations d'anxiété. Peut-être aussi a-t-il un rôle de médiateur à la relation ? En effet, très souvent nous commençons la séance en lui demandant de montrer et d'expliquer ce qu'il a ramené. Cela permet la première prise de contact, par le langage, ce qui le rassure probablement et ritualise nos retrouvailles.

4) Les séances en psychomotricité avec Ben

En début de stage, j'adopte une position d'observatrice participante avec Ben. Depuis le mois de janvier, je prépare et réalise les séances avec lui. Ben ne manifeste pas d'inquiétude particulière par rapport à ce nouveau dispositif. Laura est présente en position d'observatrice et peut me donner des conseils durant la séance. La continuité des séances est garantie. Une fois la séance terminée, elle m'incite à remettre en question ma pratique, mon positionnement et m'aide à élaborer ma réflexion.

Je vais ainsi décrire des extraits de séances qui se sont déroulées de mon arrivée au début du mois d'octobre 2018 jusqu'au mois de mars 2019.

1. De multiples défenses lors des percussions osseuses

À mon arrivée, Laura avait l'habitude de réaliser en début de chaque séance un temps de conscience corporelle, c'est-à-dire des instants qui lui permettaient de percevoir, de ressentir et de prendre conscience de son corps et de ses limites corporelles. Soit Laura

roulait un ballon en mousse sur le corps de Ben, soit elle réalisait des percussions osseuses avec des claves. Lorsque la psychomotricienne lui laissait le choix, souvent Ben choisissait les claves. Je vais ainsi décrire la première séance à laquelle j'ai assisté et la dernière où un temps de percussion corporelle a été réalisé.

Parfois j'ai l'impression que Ben peut faire illusion et essayer de détourner notre attention de ses difficultés. J'ai choisi de parler de ces instants de percussion car ils ont été particulièrement révélateurs de ses difficultés et des défenses qu'il met en place.

1.1. Première séance

Lors de mon premier jour de stage, afin de réaliser ce temps de percussion osseuse, Ben s'allonge sur le dos sur les trois tapis installés par la psychomotricienne. Laura lui dit qu'il peut fermer les yeux s'il le souhaite afin de mieux se concentrer sur ses ressentis, mais il les garde ouverts. Durant les percussions, il a les bras près du corps, les épaules hautes, sa respiration est thoracique et rapide. Il paraît très tendu et mal à l'aise. Il dirige son regard alternativement sur le visage de la psychomotricienne et vers les claves. Il me semble alors que cela est une recherche d'agrippement par le regard, et un signe d'hypervigilance, que Ben ne peut relâcher pour l'instant.

Laura commence les percussions osseuses au niveau de sa main puis continue sur l'ensemble de son corps. Elle fait attention à ce que les claves soient toujours en contact avec le corps de Ben. Durant l'exercice, il bouge régulièrement les doigts, les mains et les pieds dans ce qui me semblent être des décharges toniques. De plus, il parle régulièrement à la psychomotricienne, il peut mentionner la partie du corps où les claves sont situées ou peut exprimer ressentir des vibrations dans son corps. Habituellement, Laura répond à ses questions mais elle limite au maximum ses propos afin qu'il puisse se concentrer sur ses ressentis internes. J'ai l'impression qu'il parle à la psychomotricienne pour se rassurer, comme s'il cherchait la confirmation qu'il ressent bien les bonnes choses, ou comme si le silence le mettait mal à l'aise. Je me demande aussi s'il se sent en sécurité en position allongée : lui demande-t-elle un trop grand lâcher-prise ? Lorsqu'il se met sur le ventre, au lieu de poser sa tête sur le côté pour pouvoir mieux respirer, il espace deux des tapis et coince son visage entre eux afin de pouvoir respirer. Laura lui dit alors que s'il veut être plus à son aise, il peut tourner sa tête sur un côté mais Ben dit se sentir bien dans cette position. Au

début, il laisse ses pointes de pieds en appui sur le tapis, ses chevilles sont donc en flexion. Il reste dans cette position pendant un long moment avant de poser ensuite ses pieds sur toute leur surface sur le sol. Des tensions apparaissent également au niveau des mains et des jambes. Dès que la psychomotricienne effectue la dernière percussion, Ben se relève immédiatement. Cela me surprend car il ne prend pas un instant pour se pencher sur ce qu'il ressent. Lorsque Laura lui demande s'il a ressenti des vibrations dans son corps il répond qu'il en a ressenti « 5/10 » mais il ne peut dire autre chose sur ce qu'il a vécu pendant cet exercice. Je me demande alors si Ben a pu être à l'écoute de ses sensations. Ces décharges toniques, cet agrippement à la parole et le besoin de garder les yeux ouverts et de se remobiliser immédiatement après la dernière percussion, semblent être des défenses. Ainsi je me demande si elles ne l'ont pas empêché d'être à l'écoute de ses sensations.

Les percussions osseuses ont été réalisées pendant plusieurs séances successives, où Ben manifestait globalement les mêmes attitudes et réactions. Je vais alors décrire ci-dessous la dernière séance où j'ai pu observer des changements notables dans l'attitude de Ben.

1.2. Quand ses défenses commencent à lâcher

En ce jour de novembre, Laura me demande si je souhaite réaliser l'exercice de percussion osseuse à sa place. J'accepte et Ben m'explique ce que je dois faire et comment je dois m'y prendre. À cet instant, j'ai l'impression qu'il se rassure davantage qu'il ne tente de me rassurer. Nous installons ensemble les tapis et Ben s'allonge sur le dos, les bras le long du corps, en gardant les yeux ouverts. Ses épaules sont toujours hautes et paraissent tendues comme d'habitude mais rapidement j'observe des changements d'attitudes par rapport aux fois précédentes. En effet, Ben paraît plus détendu, hormis la tension au niveau de ses épaules. Il présente moins de mouvements au niveau des mains et des pieds. Son regard est dans le vague, sa respiration est plus abdominale que les semaines précédentes. De plus, durant tout le temps qu'aura duré cet exercice, Ben ne parle pas et c'est la première fois que cela arrive. Il semble être en mesure de lâcher un peu ses défenses, notamment ses défenses toniques et son agrippement à la parole. Il paraît plus apaisé à la fin de l'exercice, bien que, dès que j'ai effectué la dernière percussion osseuse, il se remet instantanément debout. Cela semble marquer le retour de ses défenses.

Je me demande alors ce qui a pu permettre cette évolution. La répétition de cet exercice lui a-t-elle permis de se l'approprier progressivement ? Je me demande également si durant les séances précédentes, ma posture d'observatrice était trop pesante pour lui. Où peut-être réalisais-je les percussions avec plus de force que la psychomotricienne, lui permettant de davantage ressentir de vibrations osseuses ?

Devant les progrès notables du jeune garçon, Laura décide de ne plus proposer ces exercices en début de séance. Avec du recul aujourd'hui, je regrette cette décision. En effet, les percussions corporelles semblaient lui avoir permis d'accéder à une meilleure écoute de son corps et de ses sensations internes ou tout du moins à lâcher quelques-unes de ses défenses. J'avais l'impression qu'il pouvait commencer à prendre un instant pour lui pour se détendre corporellement et psychiquement. Peut-être aurions-nous pu continuer cet exercice et le faire évoluer ? Il me semble que ce qui était le plus difficile pour lui dans ces percussions corporelles était de rester dans une position passive. Ainsi, peut-être aurions-nous pu transformer cet exercice en un jeu où il deviendrait plus actif ? Plus tard au cours de l'année, j'ai tenté de trouver un autre jeu qui lui permettrait de pouvoir sentir son corps en étant actif. Je décrirais ce jeu dans un paragraphe suivant.

2. Des mouvements peu harmonieux

2.1. Un manque de dissociation entre le tronc et les membres

En janvier, je propose à Ben de jouer tous les trois à se passer un ballon avec les mains. Je suis placée sur son côté gauche et Laura sur son côté droit à quelques pas de lui afin de pouvoir se lancer le ballon. Je lui demande alors d'écartier ses jambes à la largeur de son bassin et de bien mettre ses pieds à plat sur le sol. Je lui demande de nous lancer le ballon à l'une et à l'autre sans décoller les pieds du sol et sans les bouger. Afin de réaliser ces échanges, Ben doit ainsi effectuer une rotation du buste et du bassin. Je le trouve bien concentré et il dit trouver cela facile, il semble aimer réaliser ces passes avec nous. Rapidement, il s'amuse à se rajouter une difficulté en lançant le ballon de plus en plus vite. Je remarque toutefois qu'il continue à s'agripper à la parole pendant les échanges. J'observe que ses pieds décollent régulièrement du sol lorsqu'il effectue les rotations, notamment son talon gauche. Je me demande alors si cela traduit un manque d'attention ou une réelle difficulté. Je répète ainsi la consigne en lui disant d'imaginer que ses pieds sont collés au

sol. Toutefois, bien qu'il fasse un effort manifeste pour ne pas soulever ses pieds, ceux-ci décollent encore du sol quasiment systématiquement. Tout son corps se tourne vers moi ou Laura. Ainsi son bassin semble manquer de mobilité, il ne permet pas de réaliser des rotations axiales de grande amplitude. Cette mobilité réduite du bassin entraîne un manque de dissociation entre son tronc, son bassin et ses membres inférieurs : tout son corps bouge lorsqu'il réalise les rotations axiales.

2.2. Un manque de dissociation entre les différentes articulations du bras

Lors d'une séance, Ben et Laura jouent ensemble avec les rubans de gymnastique rythmique et sportive (GRS) pendant que je les observe. Ben se place dans un coin et il adopte une position très tonique. En effet, ses jambes sont tendues, ses pieds serrés, il porte le ruban dans sa main droite et son bras gauche est tendu et serré contre son corps avec le poing fermé. La psychomotricienne commence par effectuer des mouvements amples, en formant des boucles et des signes infinis. Ben veut l'imiter mais ses mouvements se trouvent réduits. Son bras droit est plié, hypertonique et collé contre son torse. Son épaule droite est levée et j'observe un manque de dissociation entre ses différentes articulations du bras avec un poignet particulièrement peu mobile. Ses mouvements sont rapides, petits et manquent de fluidité, il paraît mobiliser beaucoup de force pour faire bouger le ruban. Au fur et à mesure de l'exercice, Ben se crispe davantage et ses mouvements sont de plus en plus rapides et saccadés, comme des décharges toniques. Des diffusions toniques sont de plus en plus présentes du côté gauche et au niveau de son visage.

Un autre jour nous jouons aux doigts-malins. Ben, assis sur une chaise, tient une plaque avec des billes de couleurs à l'intérieur et grâce à des trous en dessous, il peut déplacer les billes avec ses doigts pour les positionner dans un certain emplacement défini par un modèle. Comme il est droitier, Laura lui demande de n'utiliser que son index droit pour faire bouger les billes. Sa posture maladroite semble indiquer une difficulté à réaliser ce jeu. Son avant-bras gauche est en contact avec le bureau et il peine à garder le cadre droit. La main gauche qui tient le cadre est hypertonique. J'observe que ses jambes sont croisées au niveau des chevilles et se balancent beaucoup. La tâche semble difficile pour Ben : il a tendance à utiliser ses deux mains et il change régulièrement de doigt pour déplacer les billes. Lorsqu'il

utilise uniquement son index, son coude se lève en même temps sur le côté, ce qui montre un manque de dissociation des articulations de son bras.

2.3. Un manque de coordination entre les différents hémicorps

Au début du mois de février, je propose en début de séance un travail au sol. J'avais comme objectif de lui faire réexpérimenter les différentes positions et déplacements de l'enfant qui se développe pour arriver jusqu'à la marche. Chacun son tour, nous nous amusons à trouver une idée pour nous déplacer dans différentes positions. Lorsque nous sommes sur le ventre, je propose de nous déplacer en rampant. J'observe que Ben adopte deux méthodes en fonction de la direction de son déplacement. Pour ramper en arrière il n'utilise pas ses bras qui restent pliés au-dessus du sol avec des mains raides. Un balancement du buste et des jambes lui permet de reculer légèrement mais cela est peu efficace. J'observe également que ses genoux se plient peu. Pour ramper en avant, il adopte une technique inverse. C'est-à-dire qu'il utilise uniquement la force de ses bras et de ses mains mais ses jambes restent tendues derrière lui. Il n'utilise pas les appuis de ses jambes pour avancer. De plus il utilise la force de ses deux bras en même temps. Je lui montre alors comment je rampe en exagérant mes mouvements pour qu'il puisse observer que je m'appuie sur mon bassin, mes jambes et mes pieds. Toutefois, lorsqu'il réessaie ensuite, il rampe de la même façon que précédemment. J'observe alors, par l'intermédiaire de ses deux techniques, un manque de coordination et de coopération entre les hémicorps supérieur et inférieur et entre les hémicorps droit et gauche.

3. Mauvaise régulation tonique : entre hypertonie segmentaire et hypotonie axiale

Lorsqu'il éprouve des difficultés et qu'il se concentre beaucoup, Ben a tendance à se rigidifier. Cela a été le cas lorsqu'il a joué avec Laura avec les rubans de GRS comme je l'ai déjà décrit auparavant. Durant ce jeu comme durant la première séance de percussion osseuse, je pouvais observer une hypertonie au niveau de ses membres avec la présence de décharges et de diffusions toniques. Je vais désormais décrire d'autres extraits de séances qui résument bien ce manque de régulation tonique.

Lors d'une séance à la fin du mois de novembre, Ben doit réaliser un exercice de mots-mêlés au bureau. J'observe que son regard balaie beaucoup sa feuille et d'une manière rapide. Il ne semble pas adopter de stratégie particulière, en effet, il ne balaie pas la feuille ligne par ligne ou colonne par colonne. Il est en difficulté face à cet exercice qui lui demande de s'organiser visuellement. Je m'intéresse plus particulièrement à sa posture. Ben est assis sur le bord de sa chaise, ses fesses n'étant qu'à moitié en contact avec celle-ci. Je remarque que son dos est en hyperextension. Sa lordose lombaire est accentuée et l'image d'un chewing-gum me vient en tête lorsque je regarde son dos. Ainsi positionné, Ben se trouve assis en avant de ses ischions. Son buste est posé contre le rebord de la table et sa tête est située près de sa feuille. Dans cette position, il paraît ainsi avoir des difficultés pour redresser son buste. Il tient son stylo de la main droite. Son épaule gauche est levée mais il ne paraît pas s'en rendre compte. Ben réalise encore beaucoup de mouvements avec ses mains, ses doigts, ses jambes, ses pieds. J'ai alors l'impression que Ben utilise des appuis non adaptés ce qui le gêne pour pouvoir écrire correctement.

J'observe également que plus il se concentre, plus il se tonifie. En effet, sa main gauche se serre progressivement et devient donc de plus en plus tonique. Je me rends compte alors avec surprise que mon dos est bien droit, que mes épaules sont hautes, très toniques et que ma respiration est thoracique. Ainsi, j'ai du mal à respirer. Je me concentre pour me détendre et réinstaller ma respiration au niveau abdominal. Étant donné que cela n'est pas dans mes habitudes d'adopter une posture et une respiration comme celles que je viens de décrire, je m'interroge : Cela reflète-t-il l'état de Ben ? Ai-je été en quelque sorte contaminée par un élément que je n'avais pas encore décelé consciemment ? Un dialogue tonico-émotionnel semble s'être installé entre Ben et moi et ces questions en tête, j'observe alors plus attentivement la respiration de Ben. Je me rends compte que parfois, lors d'une forte concentration, il coupe sa respiration. Je remarque que lorsqu'il inspire et qu'il retient sa respiration, son dos est très droit, voire en hyperlordose, puis lorsqu'il expire, son dos s'arrondit. Il semble fournir beaucoup d'efforts afin de rester concentré. Pendant ce jeu, Ben parle également beaucoup, en répétant les mots qu'il souhaite trouver. S'il ne trouve pas rapidement un mot il va très vite le changer en annonçant celui qu'il cherche désormais. Il nous demande aussi régulièrement si nous avons trouvé un mot comme s'il voulait vérifier que nous aussi nous avons des difficultés pour les trouver. Je pense qu'il se rend compte de ses difficultés et que cela le rend anxieux et tendu. Il cherche de la réassurance.

À la fin du mois de janvier, nous jouons au jeu du bateau : nous devons nous asseoir au sol et tenir en équilibre sur les fesses sans poser ni les pieds ni les mains et en gardant le dos droit. J'observe alors que Ben rencontre des difficultés à maintenir son axe, en effet son dos présente une cyphose prononcée qu'il n'arrive pas à réduire même avec mon étayage verbal et physique (je lui touche le dos). De plus, il éprouve des difficultés à synchroniser sa respiration à l'exercice. Avant de prendre la position, Ben doit inspirer puis expirer lentement lorsqu'il se met en équilibre sur ses fesses. Mais au lieu de souffler lentement lorsqu'il prend la position d'équilibre, Ben coupe d'abord sa respiration puis lorsque je lui rappelle la consigne, il expire d'un seul coup et a tendance à perdre l'équilibre en se laissant entraîner vers l'arrière. Son équilibre est précaire et il ne peut tenir la position que lorsqu'il coupe sa respiration. J'essaie de l'aider en prenant la position du bateau en même temps que lui et en respirant fort afin qu'il essaie de caler sa respiration sur la mienne, mais cela n'a que peu d'effet. Même si je perçois un effort pour essayer d'inspirer en même temps que moi, il ne peut s'empêcher d'expirer d'un seul coup, ce qui lui fait de nouveau perdre son équilibre.

Ainsi son axe et sa respiration me semblent étroitement intriqués et il paraît avoir des difficultés à tenir son axe lors de certaines situations. L'apnée avec les poumons plein d'air me semble alors être présente afin de compenser une certaine hypotonie axiale. Ben manifeste régulièrement une hypertonie segmentaire. Parfois, j'ai l'impression qu'il s'en sert comme d'un appui pour se tenir, comme si sans elle il ne pourrait rester debout et s'effondrerait au sol. Ces agrippements toniques segmentaires sont-ils présents pour compenser un manque de solidité au niveau de son axe ? Ben paraît alors dans un contrôle permanent et j'éprouve l'envie de l'aider à lâcher prise et à davantage respirer.

4. Manque d'attention et impulsivité

Depuis que nous avons arrêté les percussions osseuses avec les claves en début de séance, je trouve Ben moins attentif, plus dispersé et impulsif. Ce manque d'attention et cette instabilité se sont davantage accentués depuis le mois de janvier lorsqu'il a appris que ses parents allaient divorcer. Je trouve qu'il est plus difficile pour lui de patienter lorsque je prépare une activité et que je ne le regarde plus directement. Il peut alors divaguer dans la salle et sortir différents jeux et objets des tiroirs.

Par exemple, lors d'une séance fin janvier, après avoir effectué un jeu avec le gros ballon, je me dirige vers le tableau en annonçant à Ben que nous allons passer au jeu suivant. Je dessine alors sur le tableau blanc le plan de la salle en le tournant de quatre-vingt-dix degrés par rapport à la réalité. Pendant que je réalise ce plan, Ben déambule dans la salle et j'ai le sentiment qu'il cherche mon regard. Il se dirige vers l'étagère et manipule quelques cubes en bois qu'il repose, puis il va ouvrir les différents tiroirs et sort différents objets qu'il repose ensuite. À un moment donné il se jette au sol sans se faire mal. Je verbalise alors qu'il semble être difficile pour lui d'attendre. Je lui assure également que même si je suis dos à lui je suis consciente de sa présence et de ses différents déplacements.

Lors d'une autre séance, Ben a joué à « La Belle aux Bois Dormant ». C'est un jeu de société où nous devons dans un premier temps construire un labyrinthe selon un modèle qui change en fonction des différents niveaux. Ensuite, il faut trouver le chemin qui permet d'amener le prince situé à l'entrée du labyrinthe jusqu'au château de la princesse. Laura transforme légèrement le jeu en demandant à Ben de visualiser le chemin dans un premier temps uniquement avec ses yeux puis de le tracer sur une feuille blanche en respectant bien les distances des différentes parties du chemin. J'observe alors que Ben a parfois des difficultés à ne pas céder à l'envie de réaliser le trajet sur le labyrinthe avec le pion ou avec son doigt et Laura doit rappeler plusieurs fois la consigne. Lorsqu'il trace son chemin sur la feuille, il observe peu ce qu'il dessine et se contente de regarder le labyrinthe. Il manque de rétrocontrôle visuel entre le labyrinthe et ce qu'il trace. Les distances ont ainsi du mal à être respectées et je sens une certaine impulsivité dans son tracé. En effet, à la fin d'un segment Ben a tendance à ne pas s'arrêter au bon endroit et à continuer légèrement le chemin : il ne contrôle pas son geste. Il tient son feutre de façon très tonique. Lorsqu'il a terminé de dessiner le trajet, Ben peut réaliser celui-ci avec le pion et j'observe que ses gestes manquent de contrôle moteur : son pion cogne souvent les murs du labyrinthe avant de tourner dans un autre chemin comme s'il ne pouvait s'arrêter avant le mur pour pouvoir tourner. Cela renvoie à ce que j'ai pu observer lorsqu'il traçait le chemin. J'ai l'impression que du fait d'une impulsivité, Ben ne peut s'arrêter au bon moment sur son dessin comme dans le labyrinthe, ainsi soit il dépasse légèrement soit il cogne son pion aux murs du labyrinthe.

L'impulsivité et le manque d'attention étaient moins prononcés lorsque j'ai débuté mon stage, je me questionne alors sur les bouleversements récents de sa vie ainsi que sur le rôle des percussions osseuses pour Ben : le divorce de ses parents peut-il avoir entraîné un mal-être qui se traduit par l'augmentation de son impulsivité et par une attention réduite ?

Les percussions osseuses lui permettraient-elles d'être plus attentif et moins impulsif ? Cependant, je ne dois pas oublier également qu'au mois de janvier, nous avons changé de dispositif. En effet, bien que Laura reste présente dans la salle, elle reste plus en retrait, et nous laisse Ben et moi réaliser la séance. Une insécurité vis-à-vis du changement de dispositif est peut-être apparue.

5. À la recherche d'un contact dur, solide ?

5.1. Une instabilité potentiellement dangereuse

Cette instabilité que j'observe d'autant plus depuis l'annonce de la séparation de ses parents, peut parfois mettre en danger Ben.

En effet, lors d'une séance où il doit lancer une balle en mousse à l'autre bout de la salle puis aller la chercher les yeux bandés, j'observe qu'il prend bien la bonne direction et qu'il se rend compte de la distance. En revanche lors de ce jeu, je surprends Ben à se cogner aux murs et aux fenêtres. Il peut cogner sa tête, ses pieds et un côté de son corps. Il parle aussi beaucoup lorsqu'il a les yeux bandés : son agrippement à la parole s'accroît à cet instant. J'ai l'impression que Ben cherche à se cogner. En effet, cela fait écho à ce que m'avait raconté ma maître de stage sur comment il se comportait lors du début de sa prise en charge. Il se cognait et tombait régulièrement quitte parfois à se mettre en danger. C'est un comportement que je n'avais jamais vu chez Ben et je suis donc surprise de le voir. Je sens aussi qu'il a plus de difficultés attentionnelles durant toute la séance.

La semaine suivante, Ben souhaite de nouveau jouer à la « La Belle au Bois Dormant ». Je remarque qu'il a de plus en plus de mal à maintenir son attention. Il manipule le pion du prince tout en cherchant le chemin. À un moment donné, le pion lui échappe des mains et tombe au sol. Pour aller le ramasser il se lève alors de sa chaise puis se jette violemment en avant sur le sol pour aller le rattraper. Là encore, cela me rappelle les fois précédentes où il cherchait à se cogner aux murs et aux fenêtres. Lorsqu'il fait cela Ben risque réellement de se faire mal, d'avoir des bleus. En effet, le bruit de ses chutes et des impacts avec les murs sont bruyants et nous renseigne ainsi sur la violence du choc. Néanmoins, lorsque nous lui demandons s'il a mal, il nous affirme à chaque fois que non.

5.2. Échauffement

Lors de plusieurs séances, j'ai pu proposer à Ben de réaliser un échauffement afin de mobiliser et de ressentir son corps. Outre des mobilisations actives au niveau des différentes articulations et des étirements, j'ai pu lui proposer de réaliser des tapotements sur tout son corps en commençant par la tête pour aller jusqu'aux pieds. Je vais ainsi décrire ce que j'ai pu observer lors de ces tapotements durant une de ces séances, en sachant qu'à chaque fois que nous réalisons cet échauffement, Ben adopte la même façon de faire.

Ben est debout face à moi, je lui demande de réaliser des tapotements avec les doigts et les mains en commençant par le sommet de son crâne. Nous réalisons cet exercice ensemble. Très rapidement, bien que j'utilise le bout de mes doigts pour tapoter au niveau de mon crâne, Ben utilise ses poings. Il tape assez fort et j'entends le bruit de ses coups sur son crâne. J'ai l'impression qu'il s'amuse à faire du bruit avec ses os. Lorsque nous descendons progressivement sur le corps, je remarque qu'il tape fortement tout son corps soit avec sa main ouverte soit avec son poing. Il se frappe d'autant plus fort au niveau de sa cage thoracique et sur le dessus de ses pieds. Il utilise ses deux poings en même temps en imitant Tarzan lorsqu'il frappe sa poitrine. En le voyant taper aussi fort avec ses poings au niveau de ses pieds, je ne peux m'empêcher de faire comme lui afin d'essayer d'éprouver ce qu'il peut ressentir. Je frappe alors le dessus de mes pieds en augmentant progressivement ma force et très vite je dois diminuer la force de mes coups car cela me fait mal. Pourtant, j'ai l'impression de taper moins fort sur moi que le fait Ben sur lui. Je lui demande alors s'il a mal lorsqu'il frappe aussi fort et il m'assure que non. Il me dit plus ressentir son corps lorsqu'il tape avec son poing et il rajoute que « ça fait du bien ». Je lui propose ensuite mon aide pour venir exercer des tapotements au niveau de son dos. Je lui demande de m'indiquer s'il veut que je tape plus ou moins fort. D'après ce que j'avais pu observer lors du début de l'échauffement, j'ai l'intuition que Ben préfère des tapotements assez forts, ainsi je me mets à taper son dos du plat de ma main en exerçant une certaine force. Ben me demande toutefois de taper plus fort et plus rapidement dans son dos, je m'exécute alors. Ensuite nous échangeons et je demande à Ben de faire la même chose dans mon dos. Je m'accroupis afin que cela soit plus facile pour lui et il réalise les tapotements. Il tape mon dos assez fort d'abord du plat de sa main puis rapidement il frappe mon dos avec ses poings. Il accélère au fur et à mesure. Bien qu'il tape fort il ne me fait pas mal, mais je m'aperçois que cela n'est pas très agréable pour moi. Néanmoins, j'accepte l'expérience qu'il me propose pour ensuite

pouvoir lui en dire quelque chose, car il me semble important que nous partagions nos ressentis respectifs.

Lors de cet échauffement j'ai réellement l'impression que pour lui c'est important de taper fortement afin de ressentir son corps. Il me confirme d'ailleurs cette hypothèse par ses propos. Je me questionne sur ce qu'il cherche à ressentir dans son corps. En effet, je n'ai pas l'impression qu'il cherche à sentir la surface de son corps mais bien quelque chose à l'intérieur de lui. Peut-être cherche-t-il à davantage sentir ses os, plutôt que sa peau ou ses muscles ? Cherche-t-il à ressentir des vibrations ? Je me questionne aussi sur ses ressentis tactiles et sur sa sensibilité profonde. Aurait-il besoin de se taper fortement afin de compenser une certaine hyposensibilité ? Si une hyposensibilité est présente cela peut peut-être expliquer ses difficultés de proprioception observées lors du bilan psychomoteur. Je me questionne également sur le rythme de ses tapotements : A-t-il besoin d'un rythme soutenu afin de ressentir son corps ? Peut-être ne veut-il pas percevoir l'absence de vibrations ou de sensations entre les différents tapotements et ainsi il a besoin d'accélérer le rythme afin de toujours ressentir quelque chose en lui.

5.3. Contact du dos

Lors de plusieurs séances, Ben m'a semblé être à la recherche d'un contact ou d'un soutien au niveau de son dos. À la fin du mois de janvier, durant une séance, il m'a particulièrement montré cette recherche.

En effet, au début de la séance, après un échauffement tel que décrit précédemment, je propose à Ben de faire un jeu sur l'enroulement et le déroulement de son axe. Dans un premier temps je lui montre comment enrouler son axe en démarrant debout par la tête puis en descendant progressivement jusqu'aux pieds, ou tout du moins jusqu'à ce qu'il ne puisse plus aller plus bas sans plier les jambes. Une fois à ce niveau, je plie mes jambes pour me retrouver en position accroupie toujours avec la tête relâchée. Puis je lui montre comment se redresser en tendant les jambes grâce au repoussé du sol avec les pieds dans un premier temps puis en déroulant progressivement le dos pour terminer par le redressement de la tête. Ben a du mal à ne pas réaliser l'exercice en même temps que moi, je dois lui dire plusieurs fois de me regarder attentivement afin de le refaire après. Lorsque son tour arrive, Ben commence par s'enrouler très rapidement. Je lui demande alors de le refaire et de prendre

davantage de temps. Pour l'aider à remonter progressivement, je compte à voix haute jusqu'à huit en indiquant qu'il doit terminer de se redresser uniquement à la fin de ces huit temps. J'observe cette fois qu'il a des difficultés à relâcher complètement sa tête et qu'il manque de fluidité lorsqu'il enroule son dos. Cela me donne l'impression que son dos cède par à-coups. Il présente également un déséquilibre vers l'avant qu'il parvient toutefois à maîtriser. Lorsqu'il doit dérouler son axe à partir de la position accroupie, je remarque qu'il repousse peu le sol avec ses talons. Ceux-ci ont tendance au contraire, à légèrement se soulever ce qui entraîne à nouveau de légers déséquilibres vers l'avant. Il manque ainsi d'ancrage dans le sol. Il relève son dos par à-coups également et il éprouve des difficultés à maintenir sa tête relâchée jusqu'au tout dernier moment.

Lorsque Ben se redresse complètement, son buste se penche dangereusement en arrière et je place alors dans un mouvement réflexe ma main derrière son dos afin de le stabiliser. Ben ne décolle pas son dos spontanément de ma main, bien qu'il ait réussi à retrouver son équilibre. Même s'il ne s'appuie pas sur ma main, il reste néanmoins en contact avec celle-ci et j'ai l'impression d'être un soutien pour Ben, comme si je le portais. Je prends alors mon temps pour enlever ma main de son dos. Je lui fais part de ce déséquilibre et lui demande d'effectuer à nouveau cet exercice en essayant de ne pas perdre l'équilibre vers l'arrière. Ben s'exécute de nouveau et cette fois-ci lorsqu'il se redresse j'observe que son buste se penche de nouveau vers l'arrière mais sans mouvement de déséquilibre. J'ai l'impression qu'il est à la recherche du contact de ma main et je la place alors une nouvelle fois sur son dos. J'ai le sentiment que ce contact au niveau du dos est important pour Ben. Ma main paraît être un appui fiable lui permettant de le recentrer sur ses sensations axiales.

Nous discutons un peu ensemble sur ce jeu, et Ben se désorganise. Il bascule vers l'arrière et amorti sa chute pour tomber sur son dos, puis il va s'asseoir le dos contre un mur. J'ai réellement le sentiment qu'il recherche un contact voire un appui au niveau de son dos pour se tenir, sans quoi il tombe. Je décide alors de prendre un gros ballon et de le placer contre nos deux dos respectifs. Nous sommes ainsi assis dos à dos contre le gros ballon. Je lui demande alors de pousser contre le ballon le plus fort possible. Je sens Ben pousser de toutes ses forces. Je ne pousse pas mais j'exerce une résistance afin de lui proposer un certain appui stable et résistant, mais non opposant. Néanmoins, je suis surprise par sa force et je suis obligée de m'appuyer avec mes pieds contre une étagère afin de ne pas bouger. Je l'encourage à exercer toute sa force en s'aidant de ses pieds et Ben s'en donne à cœur joie. Puis il s'arrête et me dit de le pousser aussi fort que ce qu'il a fait. Je m'exécute à mon tour

et je pousse alors très fort dans son dos en émettant des sons avec ma voix afin de lui montrer tout l'effort que je dois réaliser pour pousser. Je sens qu'il glisse mais il me dit de continuer à pousser plus fort. Au bout d'un moment il arrive à également se tenir avec ses pieds au mur afin de résister à ma poussée. Il continue de me dire de pousser plus fort. Peu après, je le préviens que j'arrête de pousser en lui disant que je ne peux pas pousser plus fort sur le ballon. Je le valorise alors et essaie de nourrir son narcissisme en lui assurant qu'il s'est montré très fort et très résistant lors de ce jeu. Mes paroles ont l'air de le rendre fier car il sourit et ses yeux pétillent. Il me paraît être plus stable sur ses pieds et il bombe légèrement le torse, je le trouve ainsi plus sûr de lui. J'ai également l'impression que ce jeu lui a permis de se défouler, de se décharger. Je me questionne alors sur l'investissement de Ben vis-à-vis de ce jeu. Finalement l'a-t-il utilisé comme une recherche d'appui dans le dos ou l'a-t-il investi différemment ? En effet, j'ai l'impression qu'il y avait une part d'agressivité dans le jeu. Je me demande s'il a pu puiser sa force et sa résistance non seulement dans ses pieds mais également dans cette agressivité que j'ai ressentie.

Par toutes ces observations, j'ai l'impression que Ben cherche un contact dur et fort au niveau de son corps en entier. Ne ressent-il son corps qu'uniquement dans la force et avec des contacts durs ? J'éprouve le sentiment qu'il cherche à ressentir ce qui est fort et solide à l'intérieur de lui, ce qui tient, ce qui lui permet de tenir.

5) Mes ressentis vis-à-vis de Ben

Ben me semble être un garçon très intelligent mais très anxieux, peu construit corporellement et qui a toujours besoin d'avoir quelque chose en mouvement : soit c'est directement son corps qui bouge, soit il parle beaucoup, étant parfois à la limite de la logorrhée. Il me semble aussi qu'il a souvent besoin de mettre son corps en tension, soit par une hypertonie segmentaire, soit par des mouvements de torsion et d'extension, notamment au niveau de ses mains et de son buste. Parfois il m'apparaît comme étant peu solide et l'image de la célèbre tour de Pise me vient à l'esprit. Ben paraît être très soucieux de toujours bien faire les choses. Il est d'ailleurs toujours prêt à essayer les jeux que je lui propose. Parfois, je me rends compte qu'il n'aime pas le jeu que nous sommes en train de faire, soit parce qu'il le met en difficulté, soit pour une autre raison. Cependant, Ben ne me dit pas spontanément qu'il ne l'aime pas et qu'il voudrait passer à un autre jeu. Je dois alors lui

demander son avis par rapport à ce jeu et le rassurer en disant qu'il a le droit de donner sa véritable opinion et que ni Laura ni moi n'allons lui en vouloir. Ainsi, il pourra m'avouer qu'il n'a pas aimé tel ou tel jeu. Dans ces cas, je trouve qu'il manque d'affirmation par peur de décevoir l'autre.

6) Aparté sur la dynamique familiale de Ben

Je souhaite maintenant exposer davantage mes questionnements vis-à-vis de la dynamique familiale de Ben.

D'après ma maître de stage, Ben est accompagné depuis le début de ce suivi par sa mère. Ni Laura ni moi n'avons croisé son père. De plus, ce qui m'étonne davantage est que nous avons rarement entendu parler de lui que ce soit par Ben ou par sa mère. En revanche, Ben nous parle régulièrement de sa mère et de son petit frère. Bien que nous sachions qu'il était présent dans la famille, nous avons l'impression qu'il n'existait pas, qu'il était absent.

Lorsque nous apprenons la nouvelle de la séparation parentale, j'entends pour la première fois parler de cet homme. La mère de Ben nous confie que son mari n'accepte pas de voir les difficultés de son fils et qu'il ne soutient pas les différents soins qui lui sont apportés. Ben nous confie seulement que ses parents sont en train de divorcer et que son père va partir de la maison. Il nous informe qu'il va habiter alternativement chez sa mère et son père. C'est l'unique instant où j'entends Ben parler de son père. Au mois de mars nous apprenons également que pendant les vacances d'avril, Ben ne viendra pas en séance la semaine où il habite chez son père car celui-ci refuse de l'y emmener. De plus la mère nous confie qu'elle paye désormais seule les différentes prises en charge de son fils. Bien qu'elle juge les prises en charge nécessaires et bénéfiques pour Ben, elle nous exprime sa peur de devoir arrêter l'une d'entre elles prochainement pour raison financière.

Cette situation me donne le sentiment qu'il manque une relation de triangulation au sein de la famille : j'ai l'impression qu'il existe une relation asymétrique entre Ben et ses parents, comme s'il n'existait qu'une relation mère-enfant. Je m'interroge sur la place de l'image du père au sein de la famille. D'après les propos de la mère de Ben, cet homme n'assume pas ou peu son rôle de soutien vis-à-vis d'elle. De plus, le fait que Ben parle peu de

son père me fait me questionner sur la représentation que Ben peut se faire de lui. A-t-il la représentation d'un père fort sur qui il peut compter ? Peut-il s'identifier à lui ?

Partie Théorique

1) L'axe corporel

Dans l'ordre phylogénétique, la symétrie axiale est apparue avec les cordés il y a plus de 500 millions d'années (Lesage, 2012). André-Thomas et Ajuriaguerra (cités par Meurin, 2018) expliquent que les vertébrés ont d'abord été pourvus d'un axe (ou d'une corde) avant d'acquérir des membres. Ceux-ci ont développé autour de cette corde, une structure solide et articulée appelée le rachis ou encore la colonne vertébrale.

L'axe corporel est à différencier des notions d'axe vertébral et d'axe psychique. Ainsi je vais tenter dans une première partie de les définir afin de les distinguer entre eux.

1. Définitions

1.1. L'axe vertébral

La colonne vertébrale, ou l'axe vertébral, est constituée de vingt-quatre vertèbres mobiles (sept cervicales, douze thoraciques et cinq lombaires), de cinq vertèbres soudées formant le sacrum et de quatre vertèbres soudées formant le coccyx (Peretti & Maes, 2010). Les vertèbres sont articulées entre elles. La colonne vertébrale relie le crâne, le thorax et le bassin entre eux et elle est rattachée au tronc et aux membres par l'intermédiaire de muscles.

Elle présente quatre courbures : une courbure cervicale, une courbure thoracique, une courbure lombaire et une courbure sacrée. Les courbures thoracique et sacrée sont des courbures primaires car elles ont conservé leur forme embryonnaire d'enroulement en avant (Scialom, Canchy-Giromini, & Albaret, 2015). Elles forment ainsi une courbure en cyphose. Ce sont les plus solides mais également les moins mobiles. Les courbures cervicale et lombaire constituent les courbures secondaires. Elles forment une courbure en lordose, c'est-à-dire convexe en avant, et sont flexibles mais fragiles.

L'axe vertébral doit être rigide car il assure un rôle de tuteur du tronc, il permet de stabiliser la posture. Il soutient aussi les membres supérieurs, le cou et le crâne. Son rôle est

également de protéger la moelle épinière qui passe en son milieu. Il doit être souple et mobile car il permet les mouvements du tronc et plus particulièrement il permet les mouvements du crâne, du thorax et du bassin. Cette mobilité est principalement assurée par les segments lombaire et cervical. Grâce à ses disques intervertébraux, la colonne vertébrale assure également une fonction d'amortissement des chocs.

La colonne vertébrale permet aussi de construire l'espace et de l'investir. En effet, « le changement tonique du rachis, son érection et sa position axiale le détermine comme lieu du corps qui régit la loi corporelle, sépare la droite et la gauche et sert de référence à toutes les activités spatiales » (S. B. Robert-Ouvray, 2010, p. 171).

La colonne vertébrale constitue ainsi « un pilier interne d'appui, un axe d'ancrage pour la posture comme pour le mouvement, jusqu'à la verticalisation » (Scialom et al., 2015, p. 191).

L'axe vertébral est ainsi un élément de notre corps réel, il est concret. C'est un soubassement anatomique indispensable à la verticalisation.

1.2. L'axe psychique

Lorsque nous parlons de l'axe psychique, nous parlons davantage de la vie psychique du sujet avec sa partie inconsciente. « L'axe psychique organise la vie psychique dans les 3 dimensions de la vie relationnelle et affective : moi, autrui et le tiers » (Scialom et al., 2015, p. 195). Ainsi les notions de la relation et de l'affectivité apparaissent comme fondamentales dans la construction de l'axe psychique. Celui-ci se construit petit à petit dès la naissance grâce aux soins de ses parents.

Pour avoir un axe psychique suffisamment bon l'enfant doit posséder :

- Une stabilité affective primaire narcissique, c'est-à-dire qu'il doit se sentir assez aimé pour avoir confiance en lui et pour ainsi oser expérimenter.
- « La capacité de se mouvoir affectivement à partir de cette sécurité de base » (Scialom et al., 2015, p. 195).
- Un Moi organisé et adapté à la réalité, réalité qu'il distingue de l'imaginaire.

Une fois que l'axe psychique est intégré, l'enfant peut se tenir seul dans son espace psychique.

Suzanne Robert-Ouvray (2010) explique que cet axe entérine l'accès aux différences, ordonne et organise les relations et les expériences psychiques. Mais l'axe psychique ne peut se former que si au préalable il y a eu intégration de l'axe vertébral comme axe corporel. En effet, Didier Anzieu vient confirmer son discours en affirmant que « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental » (Anzieu, 1995, p. 119). Ainsi « le dedans se forme avec le dehors » (S. B. Robert-Ouvray, 2010, p. 165).

L'axe psychique ne se situe donc pas dans le corps réel bien qu'il s'étaye sur lui pour se former et évoluer.

1.3. L'axe corporel

L'axe corporel est défini en anatomie comme une ligne virtuelle passant par le sommet du crâne et le centre du périnée (Lesage, 2012). Ainsi, au contraire de l'axe vertébral, l'axe corporel n'est pas réel puisque c'est une ligne imaginaire. Elle ne présente pas non plus de courbures.

Benoît Lesage (2012) nous informe que selon l'étymologie, l'*aks* est une ligne de référence présente dans toute structure qui est garante de son équilibre statique et dynamique. Il compare l'axe corporel à « une ligne rassembleuse et organisatrice d'une structure, sans laquelle tout mouvement serait dispersion et dislocation » (Lesage, 2012, p. 149). Ainsi pour que les mouvements soient organisés et harmonieux, les constituants du corps doivent s'articuler entre eux de manière adaptée et cela n'est possible que si l'axe corporel est construit.

André-Thomas et Ajuriaguerra (cités par Vasseur, 2000) expliquent que l'axe corporel est dirigé par des chaînes musculaires coordonnées. Ces chaînes permettent de lutter contre la pesanteur tout en assurant une certaine mobilité. Elles assurent également la possibilité d'avoir des réactions d'orientation grâce aux systèmes sensoriels. « Idéalement, sa verticalité est garante d'un équilibre musculaire optimal, ce qui se traduit en termes de disponibilité au mouvement et d'économie d'énergie » (Lesage, 2012, p. 149).

La stabilité ressentie sur le plan corporel sera covariante d'une stabilité psychique permettant à l'enfant de se découvrir et de découvrir en toute quiétude le monde dont il fait partie intégrante; c'est cette fonction que nous appelons la *construction de l'axe corporel* (Meurin, 2018).

Cette construction inclut le redressement au moyen de la colonne vertébrale mais elle inclut également les dimensions émotionnelles, affectives et cognitives (Meurin, 2018). Ainsi il semble que l'un n'étaye pas uniquement l'autre mais que les deux axes, soit l'axe corporel et l'axe psychique, s'étayent réciproquement dans des liens qui paraissent très étroits.

L'axe corporel serait donc à la jonction entre l'axe vertébral et l'axe psychique, entre le corps réel et la vie psychique d'un sujet. L'axe vertébral est le soubassement anatomique de l'axe corporel et il fait partie du schéma corporel. Ainsi l'axe corporel s'appuie sur des éléments réels du corps tel le schéma corporel, mais l'émotion et l'affectivité sont également des facteurs indispensables à sa formation.

Bullinger (2012a) insiste en disant que l'axe corporel serait un point d'appui organique aux fonctions instrumentales mais aussi qu'il serait un lieu d'élaboration psychique.

« La construction harmonieuse de cet axe se fait par étapes successives et nécessite un dialogue émotionnel constant avec le milieu humain » (Vasseur, 2000). Nous allons donc dans un second temps étudier comment l'axe corporel se met en place durant le développement de l'enfant. Il semblerait qu'il commence déjà à s'installer dans le ventre maternel.

2. Élaboration de l'axe corporel

2.1. La vie intra-utérine

Dans l'utérus de sa mère, le fœtus est contenu dans un liquide appelé le liquide amniotique. Cet environnement lui assure une protection contre les variations dues aux effets de la pesanteur. Au sein de cet utérus maternel, une première forme de dialogue tonique

s'installe entre le fœtus et sa mère. En effet, le dos du fœtus étant en contact avec la paroi utérine, il subit des sollicitations tactiles qui l'entraînent dans un mouvement progressif d'extension. La paroi de l'utérus va alors manifester des contractions qui vont maintenir le fœtus dans sa position d'enroulement (Meurin, 2018).

Ainsi, déjà lors de la vie intra-utérine, un élément fondamental pour la construction de l'axe corporel et pour l'accès à la verticalité se met en place : le maintien de la position d'enroulement.

De plus Didier Anzieu (1995) explique que les contractions de la paroi utérine, exerçant un massage au niveau du dos du fœtus, préparent l'enveloppe psychocorporelle à assurer sa fonction de maintenance du psychisme. Je reviendrais plus tard sur cette fonction qui est également nécessaire pour l'acquisition de la verticalité.

2.2. Les soins maternels

2.2.1 La position fondamentale de l'enroulement

La posture d'enroulement est fondamentale car elle constitue la base motrice permettant l'érection de la colonne vertébrale (S. Robert-Ouvray, 1998). Nous avons vu précédemment que l'axe corporel ne peut se développer sans la colonne vertébrale. Ainsi le nouveau-né doit intégrer cette position dans un premier temps pour que se développe le processus de construction de l'axe corporel.

À la naissance, le nouveau-né présente une organisation particulière de son tonus. En effet, elle est caractérisée par une hypotonie axiale et une hypertonie des muscles fléchisseurs des membres. « L'effet de cette bipolarité tonique est l'enroulement fœtal » (S. Robert-Ouvray, 1998). Ainsi grâce à cette bipolarité, le nouveau-né garde une position d'enroulement qu'il a dans un premier temps découvert au sein du ventre maternel. Cet enroulement n'est que partiel dans les premiers instants de la vie mais au fur et à mesure, grâce à la maturation neurologique, à la descente tonique et à l'environnement, l'enroulement global du corps de l'enfant sera permis. L'environnement affectif doit être suffisamment stable et doit respecter le rythme de l'enfant afin que la base du narcissisme primaire se mette en place (S. B. Robert-Ouvray, 2010). Benoît Lesage (1998) affirme que les fondations d'une motricité sécurisée peuvent alors se mettre en place grâce à ce vécu

narcissisant soutenu par la structure. « C'est sur cette base de sécurité corporelle et psychique que l'ouverture du corps vers l'extension et l'ouverture de la psyché vers le dehors relationnel s'étayeront » (S. B. Robert-Ouvray, 2010, p. 46). Suzanne Robert-Ouvray (2010) explique que cette position sert d'étayage corporel aux sentiments d'exister et de sécurité interne.

D'après Albert Coeman et Maria Raulier H. de Frahan (2012), le bébé qui peut s'enrouler seul ou qui est placé en position d'enroulement par son environnement va pouvoir exercer trois compétences :

- Sa compétence motrice, c'est-à-dire qu'il va pouvoir jouer autour de la position enroulée.
- Sa compétence tonique en alternant entre lâcher son poids et une mise en tension corporelle.
- Sa compétence psychomotrice c'est-à-dire qu'il va pouvoir se rassembler, s'apaiser et se centrer.

Ils ajoutent que cette position permet de relier les expériences sensorielles et affectives du bébé.

Cette position d'enroulement permet l'érection de la colonne vertébrale et la mise en place d'un vécu narcissisant permettant l'accès à une motricité sécurisée. Suzanne Robert-Ouvray affirme que grâce à l'enroulement, le corps va pouvoir accéder à l'extension et la psyché va pouvoir s'ouvrir au monde relationnel. L'enroulement autorise également le bébé à exercer ses compétences motrices, toniques et psychomotrices et de relier ses expériences sensorielles et affectives. Ainsi cette position est fondamentale dans la construction de l'axe corporel mais aussi plus généralement dans le développement psychomoteur de l'enfant.

2.2.2 Le *holding* et le contact du dos

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, l'environnement affectif va permettre d'accéder à un enroulement global du corps, notamment grâce au *holding*. Le *holding* est une notion théorisée par le psychanalyste Donald Woods Winnicott qui caractérise la façon dont une mère, ou l'entourage, porte corporellement et psychiquement son enfant. Il est lié à la capacité de la mère à s'identifier à son enfant (Winnicott, 1965/2009). Il va permettre à l'enfant d'être dans un enroulement corporel et psychique (S.

Robert-Ouvray, 1998). Par sa qualité, sa régularité et sa contenance, le portage va pouvoir assurer la mise en place d'un sentiment de sécurité et de fiabilité (Scialom et al., 2015).

De plus, lorsqu'il est porté, l'enfant positionné en enroulement possède un contact au niveau du dos qui va lui permettre de prendre conscience de l'arrière de son corps et de son épaisseur, son volume (Mariot, 2013). La prise de conscience du dos est primordiale pour accéder à la verticalité ensuite mais aussi pour l'élaboration de l'image du corps. Geneviève Haag (1988) affirme que dans les premiers temps de la vie, un bébé doit pouvoir retrouver un contact-dos afin de permettre de retrouver un sentiment de sécurité qu'il avait déjà expérimenté dans l'utérus de sa mère. L'intériorisation du *holding* avec les bras qui assurent un appui ferme au niveau du dos permet également au bébé d'être en contact avec l'objet par son regard, son visage, son devant du corps (Ciccone, 2009).

Le *holding* a aussi une fonction dans le Moi-Peau théorisé par Didier Anzieu (1995). En effet, il permet à la fonction de maintenance du Moi-Peau, ou de l'enveloppe psychocorporelle du bébé, de se mettre en place. Comme la peau qui soutient le squelette et les muscles dans le corps réel, le Moi-Peau, grâce à un *holding* suffisamment bon, assure le maintien du psychisme : « La fonction psychique se développe par intériorisation du holding maternel » (Anzieu, 1995, p. 121). La mère permet de maintenir physiquement le corps de son enfant dans un état d'unité et de solidité, ainsi par intériorisation de cette fonction, le bébé pourra ensuite se maintenir physiquement par lui-même ce qui lui permettra de se redresser progressivement. Didier Anzieu (1995) explique que l'appui externe sur le corps de la mère permet au bébé d'acquérir un appui interne solide au niveau de sa colonne vertébrale ce qui va autoriser le redressement progressif. Le *holding* va permettre également la création d'une image de phallus interne parental qui va assurer la constitution d'un premier axe au sein de l'espace mental en formation. Cet axe qui est de l'ordre de la verticalité et de la lutte contre la pesanteur, va préparer le bébé à l'expérience d'avoir une vie psychique propre.

Si le *holding* est défaillant alors le bébé peut ressentir une très forte détresse qui peut se traduire par le sentiment de partir en morceau ou de subir une chute sans fin. Le bébé peut alors avoir l'impression que la réassurance ne peut être assurée par la réalité extérieure (Winnicott, 1965/2009). Albert Coeman et Marie Raulier H. de Frahan (2012) affirment que sans ce soutien et ce rassemblement, le sentiment de sécurité de l'enfant est menacé et celui-ci va pouvoir adopter un comportement d'urgence. Le bébé va alors « se mouvoir sans arrêt

en une forme de mouvement continu qu'il va utiliser pour se contenir, se tenir » (Coeman & Raulier H. de Frahan, 2012, p. 37). Il pourra également essayer de se tenir lui-même en se raidissant, en se contractant et essayera de s'agripper à ce qui lui est à portée de main ou de bouche comme le sein maternel. Le bébé pourra également adopter une forme d'hypotonie.

Ainsi sans ce sentiment de sécurité inhérent à un *holding* suffisamment bon, pour reprendre les termes de Winnicott, le développement harmonieux de l'enfant est menacé (Meurin, 2018). La psychomotricienne Chloé Mariot insiste en affirmant que le portage « permet l'installation d'une cohérence psychomotrice » (Mariot, 2013).

2.3. Les différentes étapes de la verticalisation

Deux lois règlent le développement du contrôle de la motricité et du tonus chez les vertébrés. La première est la loi céphalo-caudale : le bébé contrôle dans un premier temps les muscles de son visage, puis ceux de sa tête, de son tronc et enfin ceux de ses membres inférieurs. Simultanément, la loi proximo-distale définit le fait de contrôler les muscles situés près de l'axe du corps avant ceux situés aux extrémités. Ainsi en ce qui concerne les membres supérieurs, le bébé va d'abord avoir un contrôle sur les muscles situés au niveau de l'épaule, puis au niveau de son bras, de sa main, pour terminer par contrôler les muscles de ses doigts (Scialom et al., 2015).

2.3.1 Postures symétriques et tonus

À la naissance, le bébé possède un répertoire de base constitué de quelques postures. Celles-ci sont considérées comme des états d'équilibre autour desquels s'organise le bébé (Bullinger, 2012a). Tout d'abord, l'enfant possède des postures symétriques caractérisées par une hypotonie du tronc et une hypertonie des membres en flexion. Lorsque l'enfant est placé dans une position semi-assise, sa cyphose dorsale est marquée, « le bébé est comme enroulé sur lui-même » (Bullinger, 2012a, p. 139). Chloé Mariot (2013) affirme que ces postures symétriques assurent un sentiment de sécurité et de contrôle. On peut observer lorsque le bébé est placé en position assise, de petits mouvements avant-arrière de la tête correspondant aux mouvements respiratoires. La respiration assure ainsi une fonction tonique pneumatique. Cette fonction est décrite par Bullinger (2015/2017) : le bébé bloque

sa respiration pour maintenir une rigidité de son buste. Cette rigidité permet des interactions limitées avec l'environnement. Le recours à cette fonction limite les possibilités de rotation du buste ainsi que le temps des interactions qui dépendent du temps tenu en apnée.

2.3.2 Postures asymétriques et tonus

D'après Bullinger (2012a) arrivent ensuite les postures asymétriques telle la position de l'escrimeur ou les Assymmetric Tonic Neck Posture (ATNP) qui vont permettre les rotations. Elles sont présentes très rapidement après la naissance. Elles déterminent une répartition tonique particulière. Le bébé en décubitus dorsal a la tête tournée d'un côté et le bras du même côté est tendu avec sa main située dans la zone de vision focale. Ce côté est plus tonique. L'autre bras, est généralement en flexion près de l'oreille. Ainsi positionné, le bébé possède un meilleur contrôle de sa tête qu'en position symétrique. La colonne forme une courbure qui assure un appui sur l'ischion opposé au côté où la tête est dirigée. Le passage d'une posture asymétrique à l'autre est difficile à cause de son hypotonie axiale. L'inversement de la posture sera plus aisé lorsque le redressement du buste sera suffisant. Les changements de postures s'effectueront par un mouvement de bascule latérale. Le bébé aura alors une courbure de la colonne vertébrale et des appuis au niveau du bassin qui seront inversés ce qui va engendrer également l'inversion de la répartition tonique entre les hémicorps. Les rotations découlent de ces bascules latérales et progressivement les épaules et le bassin se dissocient. Piret (cité par Bullinger, 2012a) explique que la torsion entraînée par la rotation du haut du corps augmente la rigidité du buste et ainsi le tonus pneumatique s'estompe. « Ces postures constituent des points d'équilibre, des attracteurs, à partir desquels le bébé engage ses interactions avec le milieu » (Bullinger, 2012a, p. 140). S'il y a une inversion des points d'appuis, la posture devient pathologique. Il est alors difficile de réaliser l'inversion des postures asymétriques et les essais de passage entre l'une et l'autre sont caractérisés soit par un effondrement tonique soit par une hypertonie excessive bloquant le buste dans cette posture. Le passage d'une posture asymétrique à une autre est favorisé par le regard. En effet lorsque la fixation visuelle est plus intense, la participation asymétrique est plus marquée (Vasseur, 2000).

2.3.3 Régulation tonique

Le développement postural, et tout ce qu'il permet pour la constitution de l'axe corporel, s'étaye sur les variations de l'état tonique du bébé. André Bullinger (2012a) explique que quatre facteurs interviennent dans la régulation tonique.

Le premier facteur est le niveau de vigilance : un état de vigilance est caractérisé par un état tonique spécifique et une sensibilité différente aux signaux provenant de l'environnement. Le changement d'état de vigilance est bien identifiable chez le bébé.

Les flux sensoriels sont également des facteurs de la régulation tonique : une variation de flux sensoriel entraîne généralement un recrutement tonique sauf si elle est reliée à un autre flux ou à des sensations issues de la sensibilité profonde.

Un autre facteur est le milieu humain par le dialogue tonique : c'est le moyen privilégié de régulation tonique du bébé. Cette capacité de régulation est externe et relève des interactions avec le milieu. Ajuriaguerra (cité par Bullinger, 2012a) explique que l'ensemble des flux sensoriels et les états du bébé et du porteur assurent ces interactions. Ainsi il y a un accordage de l'état tonique du bébé et du porteur. « Cet appui externe enracine le bébé dans son milieu humain » (Bullinger, 2012a, p. 142).

Les derniers facteurs sont les représentations : « Au-delà de la régulation tonique, l'échange avec autrui participe à la mise en forme du corps du bébé, ce qui l'amènera à se reconnaître en autrui » (Bullinger, 2012a, p. 142). La coordination entre les effets internes produits par la régulation tonique et le partage avec le milieu va permettre au bébé de se représenter progressivement les frontières de son corps. « Les premières formes représentatives sont constituées par les habitudes qui permettent de relier les variations d'un flux sensoriel aux variations de la sensibilité profonde » (Bullinger, 2012a, p. 143). La formation de cette fonction proprioceptive constitue alors un premier moyen permettant au bébé de retrouver des postures de son répertoire de base. Il pourra ainsi s'orienter face à des flux.

2.3.4 Rassemblement des deux hémicorps et formation des différentes coordinations et dissociations

Dans un premier temps, le bébé ne relie pas son hémicorps droit et son hémicorps gauche. D'après Benoît Lesage (2012), lorsqu'on promène un objet de droite à gauche, le regard du bébé décroche au niveau du plan médian. Ainsi, pour relier son côté droit à son côté gauche, le bébé va alors s'appuyer sur sa sphère orale, c'est-à-dire qu'il va amener les objets ou ses mains à sa bouche. Celle-ci va alors servir de relai pour passer les objets d'une main à l'autre (Bullinger, 2012a). Cette étape va permettre de relier les deux hémicorps de l'enfant mais aussi ses deux hémi-espaces. De plus, le fait de réaliser la jonction droite-gauche va permettre à l'espace médian de se construire (Vasseur, 2000). Cela va également permettre l'installation de la rotation du buste (Bullinger, 2012a). L'unification de l'espace droit et gauche assure la création de l'espace de préhension où les mains jouent des rôles instrumentaux complémentaires. Vers l'âge de sept, huit mois lorsque l'évolution tonico-posturale sera suffisante, l'enfant pourra saisir des objets dans l'espace controlatéral c'est-à-dire qu'il pourra croiser le plan médian. Il fait alors l'expérience d'avoir deux moitiés de corps articulées autour de son axe vertébral (Gonçalves, 2001). Ainsi, la construction de l'axe corporel est autorisée tout comme « l'émergence des premières représentations de l'organisme comme unifié » (Vasseur, 2000). D'après Geneviève Haag (citée par Gonçalves, 2001) cela indiquerait l'intégration de l'axe corporel dans son image corporelle.

Bullinger (cité par Vasseur, 2000) affirme que l'asymétrie « sollicite toute la posture et produit un ensemble de synergies globales point de départ des coordinations futures ». Ainsi les postures asymétriques sont nécessaires également à l'élaboration des différentes coordinations. En effet, Vasseur (2000) explique que vers l'âge de deux, trois mois la coordination oculo-manuelle commence à se mettre en place grâce au regard du bébé sur ses mains, bien qu'il n'ait pas encore conscience que ses deux mains sont rattachées à son corps. Puis la coordination bimanuelle s'installe lorsque les mains se joignent. Elle est liée à la présence des signaux proprioceptifs relatifs aux mouvements des membres supérieurs. À l'âge de six mois, lorsque le bébé en décubitus dorsal est capable de porter ses pieds à sa bouche, de nouvelles coordinations apparaissent : une coordination bouche-œil-main-pied en lien également avec des signaux proprioceptifs mais aussi une jonction entre le haut et bas du corps.

Bullinger (2012b) nous apprend que les positions asymétriques sont nécessaires aussi pour l'enfant en âge d'écrire. En effet, pour écrire, la position asymétrique est très importante : « un avant-bras et une main servent d'appui et assurent le positionnement du papier dans la zone optimale d'écriture, alors que l'autre main, libérée de la fonction d'appui, peut réaliser les mouvements de haute fréquence caractéristiques de l'écriture » (Bullinger, 2012b, p. 96). De plus, si l'enfant est dans une position symétrique, il lui est difficile de créer un appui stable au niveau de son buste et de libérer sa main qui tient le crayon. Afin de bien écrire, l'enfant doit avoir les deux pieds qui touchent le sol avec un appui au niveau de l'ischion opposé à la main qui écrit. Cet appui permet de libérer la main qui tient l'outil scripteur, ainsi l'autre bras va permettre de maintenir le buste.

2.3.5 Le redressement et les niveaux d'évolution motrice

Je rappelle que le redressement antigravitaire s'effectue selon la loi céphalo-caudale. Comme nous l'avons étudié auparavant, au début, lors des postures symétriques, la respiration a une fonction de tonus pneumatique, ce qui permet au bébé de se tenir et de mieux être en interaction avec son environnement. Néanmoins le temps d'interaction est moindre. Le redressement va pouvoir s'améliorer lorsque la musculature assurant la flexion se développe (Bullinger, 2012a) : la maîtrise de la flexion va permettre le haubanage du tronc réalisé par l'action conjointe des muscles extenseurs et fléchisseurs du buste. Le haubanage va également permettre d'atténuer la cyphose dorsale.

D'après Vasseur (2000) le bébé tient d'abord sa tête vers l'âge de trois mois. Peu après « le redressement atteint la charnière dorso-lombaire et la rotation atteint la ceinture scapulaire » (Vasseur, 2000). Vers l'âge de six mois, lorsque l'enfant est en décubitus dorsal, il peut attraper ses pieds et les porter à sa bouche. La position en flexion est alors maximale. Lorsqu'il est assis, il tient bien son dos, ce qui témoigne d'un bon équilibre entre les plans antérieur, dorsal et latéral. Le tronc gagne en stabilité et des échanges prolongés avec le milieu sont possibles grâce à une meilleure amplitude de la respiration. La posture de face avec le buste redressé, n'est pas une posture stable mais un équilibre contrôlé entre des postures antagonistes. « Le haubanage avant-arrière s'est complété par un haubanage latéral qui permet le contrôle des oscillations latérales et des rotations du buste » (Bullinger, 2012a, p. 141). Ainsi la respiration n'assure plus sa fonction tonique d'appui et l'axe corporel, qui est le point d'appui pour des fonctions instrumentales, est constitué (Bullinger, 2012a).

Grâce à la maturation neurologique, le bébé passe d'une motricité réflexe à une motricité contrôlée. Dans son article, Chloé Mariot (2013) mentionne les Niveaux d'Évolution Motrice (NEM) qui regroupent les diverses positions qu'acquière le bébé durant son développement et les actions motrices qu'il doit réaliser afin d'accéder à chacune d'entre elles. L'enfant va pouvoir accéder progressivement à la station debout grâce à des alternances entre des positions d'enroulement, permettant un recentrage, et d'extension. La succession de redressements, de maintiens et de déplacements permet également l'accès à la station debout. L'auteur parle notamment du premier NEM qu'est le retournement du dos sur le ventre car il permet la dissociation des ceintures pelvienne et scapulaire, celle-ci étant l'ébauche du mouvement de la dissociation de la marche. Au fur et à mesure de ces expériences motrices, l'enfant va pouvoir ramper, se mettre sur les genoux, puis se déplacer à quatre pattes. Il va passer par d'autres déplacements et positions qui vont lui permettre finalement d'accéder au dernier NEM qu'est le passage de la position en chevalier servant à la station debout puis à la marche. « Ainsi dans chaque passage l'enfant découvre des appuis qui lui permettent de se repousser du sol, mais aussi d'éprouver la solidité du sol pour lui donner confiance en lui » (Mariot, 2013). Grâce à ces expérimentations corporelles, chaque articulation devient fonctionnelle. Les appuis sur les membres supérieurs et inférieurs ainsi que celui du regard vont permettre petit à petit à l'enfant d'accéder à la verticalité, de marcher et « d'investir sa place de sujet humain » (Mariot, 2013). Pour construire sa verticalité et donc sa subjectivité, le bébé doit réaliser des expériences motrices qui lui permettront de découvrir son corps. « De plus, pour pouvoir éprouver chaque étape, il doit pouvoir repasser librement de l'une à l'autre, c'est de cette manière que ses appuis se solidifient, que son dos se tonifie, que son axe s'érige » (Mariot, 2013).

2.4. Le passage de la mère rachidienne vers le père rachis

L'intégration de l'axe corporel dépend également du passage de la mère rachidienne au père rachis. Suzanne Robert-Ouvray (2010) est à l'origine de ce concept. Elle explique que la mère rachidienne est l'axe hypotonique du début de la vie. Cette hypotonie du rachis étaye le mou, l'agréable et la quiétude. Robert-Ouvray (2010) explique que l'hypotonie prise comme vecteur fantasmatique est liée au relâchement, à la relation et à la confiance en soi et en l'autre. « Être détendu, c'est être dans la confiance avec la mère, c'est s'abandonner, se laisser porter. C'est vivre un intérieur et un extérieur sécurisants et apaisants. » (S. B.

Robert-Ouvray, 2010, p. 170). Grâce à la relation tendre entre la mère et son bébé, ce dernier pourra alors intégrer les sensations de relations satisfaisantes avec celles de mou et de détente du rachis. Ainsi grâce à la mère qui est le bon objet externe, et à la mère rachidienne qui est le bon objet interne, le narcissisme de base et les possibilités d'entrer en relation avec autrui en sécurité seront assurés.

Progressivement, grâce à la maturation neurologique, à l'expérience des sensations de mou et de détente et aux différentes expérimentations motrices du bébé, le tonus au niveau du rachis va augmenter. Ce passage du mou au dur va rendre possible le processus d'accès à la symbolisation. L'enfant va passer d'une mère rachidienne à un père rachis. « Le désir de l'enfant s'actualise dans ses intentions vers autrui et le monde externe » (Scialom et al., 2015, p. 196). Ce rachis qui est devenu paternel, permet d'avoir davantage accès à la réalité externe et le bébé pourra mieux gérer et accepter cette réalité avec ses frustrations. Pour Robert-Ouvray « l'enfant étayera sur le *dos mou-mère* sécurisant, le *dos dur-père* soutenant » (S. B. Robert-Ouvray, 2010, p. 171).

2.5. Être debout

La station debout est permise grâce aux diverses expérimentations de l'enfant et à son désir soutenu par celui de la mère. Être debout amorce la capacité à s'ériger face à l'autre (Gonçalves, 2001). Ciccone (2009) explique que pour que l'enfant puisse se tenir et se mettre debout afin d'avancer dans le monde, il doit intérioriser une double fonction. En effet, l'enfant doit intérioriser la colonne vertébrale qu'il qualifie de paternelle : celle-ci donne un appui et une sécurité à l'expérience. De plus, l'enfant doit avoir intériorisé une enveloppe dite maternelle qui est suffisamment malléable pour permettre à l'enfant de s'adapter, de s'ajuster et d'amortir la rencontre avec l'autre. Pour Ciccone, chaque fonction peut être assurée par les deux parents. Ainsi, la fonction paternelle peut être assurée par le père mais également par la mère.

Benoît Lesage (2012) affirme que nous pouvons aussi symboliser la verticalisation comme une histoire d'un appui du bas et d'un appel du haut. Pour lui, le bas symbolise la terre avec les notions d'ancrage, de portage et de nourrissage. Cet aspect est davantage relié à la dimension maternelle. Le haut symbolise le ciel qui est la direction de notre croissance. Il est généralement associé au masculin. « Nous respirons entre ces deux polarités » (Lesage, 2012, p. 154).

3. Conclusion : retour sur...

3.1. Les conditions d'une bonne construction et intégration de l'axe corporel

Tout d'abord, afin de pouvoir construire un axe corporel de bonne qualité, le système neurologique de l'enfant doit être intact, ce qui lui permettra d'expérimenter sa motricité et de mieux répartir ses qualités toniques. En effet, grâce notamment à la maturation neurologique, l'enfant pourra passer d'une hypotonie axiale et d'une hypertonie segmentaire au niveau des muscles fléchisseurs, à un tonus plus grand au niveau de l'axe et à une baisse du tonus au niveau des membres. Comme nous l'avons vu précédemment, la colonne vertébrale doit également être intégrée pour que l'axe corporel se forme. Les interactions avec l'environnement sont fondamentales pour élaborer un bon axe corporel. Ainsi, le *holding* a une place très importante et sa qualité influe sur celle de l'axe corporel. Par l'intériorisation d'un *holding* suffisamment bon, l'enfant pourra ensuite se tenir seul. De plus, « le bébé a besoin de la réciprocité de regard avec sa mère pour se construire et s'ériger dans l'espace » (S. B. Robert-Ouvray, 2007, p. 77). L'enfant doit également pouvoir expérimenter son corps par lui-même par une motricité libre. Robert-Ouvray (2010) affirme que l'enfant doit réaliser le passage de la mère rachidienne vers le père rachis et Ciccone (2009) insiste sur le fait que l'enfant doit intérioriser la fonction maternelle et paternelle pour qu'il puisse se tenir et avancer.

Coeman et Raulier H. de Frahan (2012) expliquent que l'équilibre autour de l'axe corporel va dépendre de la qualité tonique et fonctionnelle des muscles profonds, de la qualité de la stabilité et de la solidité qui seront fondamentales pour la construction d'une sécurité de base interne chez l'enfant. En effet, si l'enfant a confiance en sa solidité, il peut s'appuyer sur lui-même pour aller rencontrer l'extérieur. L'équilibre autour de l'axe corporel dépend également de la qualité du lâcher prise et du « donner le poids » (Coeman & Raulier H. de Frahan, 2012, p. 35).

3.2. Les rôles de l'axe corporel

Nous avons vu précédemment différents rôles de l'axe corporel. Je vais brièvement les rappeler.

L'axe corporel ordonne l'espace, « il va fonder la loi corporelle et déterminer la droite de la gauche, le devant du derrière, le haut et le bas » (S. B. Robert-Ouvray, 2007, p. 76). Il permet également de créer l'espace de préhension. L'axe est aussi un point d'appui représentatif qui constitue une étape importante dans le processus d'individuation, et grâce à lui, les activités instrumentales sont possibles (Bullinger, 2012a). De plus, Bullinger affirme que l'axe corporel « fait de l'organisme un lieu habité » (2012a, p. 143). Ainsi l'identité du sujet se forme en partie grâce à l'élaboration de cet axe. Il est un appui interne permettant un sentiment de sécurité. La formation et l'intégration de l'axe corporel permettent aux différentes coordinations de se développer. Il permet également le redressement et la verticalisation, en effet, nous ne pourrions nous verticaliser et tenir dans cette position, sans axe. Il est garant de notre équilibre statique et dynamique.

Coeman et Raulier H. de Frahan (2012) expliquent qu'un axe fort, souple et équilibré permettra à un mouvement juste de s'installer, ce qui engendrera les sensations suivantes :

une sensation d'harmonie, d'aisance; une sensation de force, sans avoir besoin d'efforts exagérés pour se mouvoir; une sensation de souplesse, de fluidité, l'enchaînement des gestes se réalise sans à-coups, sans saccades; une sensation de disponibilité par rapport à ce qui se passe (Coeman & Raulier H. de Frahan, 2012, p. 35).

2) Quelques notions sur l'instabilité psychomotrice selon Maurice Berger

1. Définition

Maurice Berger (2001) émet l'hypothèse que l'instabilité psychomotrice est une pathologie du mouvement. Il explique qu'elle se manifeste sous plusieurs formes :

- Sous une forme d'instabilité motrice ou d'hyperkinésie, c'est-à-dire que l'enfant gigote constamment, est maladroit, se lève en classe, parle sans arrêt...

- Sous une forme d'instabilité psychique, c'est-à-dire que l'enfant présente des troubles de l'attention et de la concentration.

Les deux formes peuvent coexister et un enfant présentant une instabilité psychomotrice pourra également présenter de l'impulsivité. L'enfant impulsif pourra interrompre les autres, avoir des difficultés pour attendre son tour et pour gérer ses émotions. Cette pathologie peut également s'accompagner de troubles associés tels qu'une dyslexie-dysorthographe, des difficultés de mémorisation, une fragilité narcissique importante ou une angoisse lorsque l'enfant est seul.

2. Quelques hypothèses théoriques

Je vais désormais décrire brièvement certaines hypothèses de Berger (2001) concernant le mode de fonctionnement psychique et corporel de l'instabilité psychomotrice.

2.1. Relation entre la pensée et le mouvement

Berger (2001) explique que certains enfants bougent tellement qu'il leur est impossible de penser en même temps. Ainsi, pour lui la question est de savoir si ce mouvement constant est en lien avec une incapacité de transformer certains affects en représentation.

2.2. Un *holding* défectueux

Winnicott (cité par Berger, 2001) assure qu'un *holding* de bonne qualité permet au nourrisson de passer d'un état de non-intégration à un état d'intégration « dans lequel il peut ressentir une unité entre ses pensées, ses mouvements pulsionnels, et son corps » (Berger, 2001, p. 86). Lorsque la mère s'adapte suffisamment aux besoins de son enfant, celui-ci pourra alors éprouver le sentiment d'omnipotence qui est une expérience fondamentale. Si cette expérience échoue, le bébé pourra vivre une grande angoisse (morcellement, chute sans fin, ...). Le bébé pourra alors tenter de se défendre de ses angoisses par une agitation, une hyperkinésie et une inattention qui sera plus tard appelée l'inaptitude à se concentrer. Cette défense permet à l'enfant d'éviter d'être dépendant de son environnement. Cette hypothèse

d'un holding défectueux peut correspondre à la façon dont les enfants présentant une instabilité lâchent leur pensées ou les objets, comme si la fonction de maintenance des soins maternels n'avait pu s'intérioriser en eux. « Elle peut aussi expliquer le refus de dépendance dans le transfert, comme si dépendre, c'était prendre le risque d'être lâché » (Berger, 2001, p. 88).

2.3. Une forme de difficulté à être seul en présence de l'autre

Berger (2001) émet l'hypothèse que l'instabilité psychomotrice pourrait être en lien avec une difficulté à être seul en présence de l'autre. Winnicott (cité par Berger, 2001) explique que la capacité d'être seul en présence de l'autre arrive vers le cinquième mois de vie. « Le bébé fait l'expérience d'être dans son monde de rêveries personnelles, sans pour autant perdre la présence de sa mère qui demeure disponible, à portée de voix ou de regard, et qui interviendra s'il fait appel à elle » (Berger, 2001, p. 99).

Cette difficulté d'être seul en présence de l'autre peut se traduire par une tendance de l'enfant instable à immobiliser l'objet menaçant ou à mettre les objets à l'extérieur de soi par l'intermédiaire notamment de l'agitation motrice. Certains enfants adoptent une attitude particulière qui serait celle d'un objet malléable, comme si le corps de l'enfant se situait entre la pâte à modeler et un liquide. Ainsi ils peuvent paraître insaisissables. Berger pense que par cette attitude, l'enfant tente d'être lui-même l'objet suffisamment malléable dont il avait besoin et qu'il n'a pas rencontré lorsqu'il était plus jeune. L'agitation externe pourrait également être un moyen de défense contre l'excitation interne. L'enfant instable peut aussi utiliser l'objet comme un miroir visuel.

Partie Théorico-clinique

Dans cette partie, je vais tenter de mettre en lien mes observations, mes questionnements et mes hypothèses relatés dans la présentation clinique de Ben avec les éléments théoriques que j'ai apportés précédemment. Je vais présenter dans une première partie mes hypothèses principales dont découlent ma problématique, pour ensuite tenter d'apporter quelques éléments de réponse et des pistes de travail pour aider ce jeune garçon.

1) Hypothèse d'une défaillance dans l'intégration d'un axe corporel

1. Répartition tonique d'un enfant en bas âge et tonus pneumatique

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, à la naissance, le bébé possède une répartition tonique particulière : il présente une hypotonie axiale et une hypertonie segmentaire au niveau des muscles assurant la flexion des membres.

Lors du jeu avec les rubans de GRS que Ben a effectué avec Laura, sa posture et les caractéristiques toniques qu'il manifestait, indiquaient une réelle difficulté dans la réalisation des différents mouvements. Ceux-ci manquaient de fluidité et étaient de plus en plus saccadés au fur et à mesure du jeu. Je pouvais observer également une hypertonicité au niveau de ses bras particulièrement, qui s'accroissait au fur et à mesure des mouvements. De plus, lorsque Ben réalisait une grille de mots mêlés, je pouvais observer en plus d'une hypertonie au niveau de ses mains et de ses bras, une réelle difficulté à maintenir son buste. Il manifeste souvent une hypotonie au niveau de son axe. Ainsi, parfois lorsque je regarde Ben, j'ai l'impression de voir un enfant en bas âge qui présente une hypertonie des extrémités et une hypotonie axiale. L'hypertonie de Ben ne concerne pas forcément uniquement les muscles fléchisseurs de ses membres, mais néanmoins je retrouve la présence d'une répartition tonique asymétrique entre les muscles axiaux et les muscles distaux.

De plus, je voulais revenir sur un élément que j'ai pu observer et qui me paraît important : en étant attentive à ma posture et à mes sensations corporelles, je me suis rendu compte un jour qu'un dialogue tonique s'était installé entre Ben et moi. Grâce à cette écoute de mon corps, j'ai pu observer que Ben pouvait couper sa respiration lorsqu'il se trouvait en difficulté. Cette apnée lui permettait de tenir son buste droit et lorsqu'il expirait je pouvais observer que son dos s'arrondissait. J'ai ainsi émis l'hypothèse que sa respiration et son axe étaient étroitement liés. Je pense que l'apnée peut parfois lui permettre de contrebalancer cette hypotonie axiale, lui assurant un redressement de son buste.

Je m'intéresse donc aux propos de Bullinger (2015/2017). L'auteur décrit une fonction particulière de la respiration qui est présente de manière importante chez un bébé. Il explique que pour se tenir, un bébé peut utiliser la fonction tonique pneumatique de la respiration. C'est-à-dire qu'en coupant sa respiration, le bébé peut maintenir davantage son buste, lui permettant d'être en interaction avec le milieu humain. Cependant, le temps d'interaction est bref puisqu'il est corrélé au temps d'apnée. Ainsi, Ben paraît parfois utiliser sa respiration dans sa fonction tonique pneumatique. Progressivement, grâce notamment à la maturation neurologique mais aussi aux mouvements de rotation et de torsion, la tonicité au niveau du buste augmente et le tonus pneumatique peut alors s'estomper. Nous pouvons cependant, tous l'utiliser de temps en temps, notamment en cas de fortes réactions tonico-émotionnelles. Toutefois, je trouve que Ben l'utilise régulièrement, ce qui ne devrait plus être le cas à son âge. Le tonus pneumatique lui permet de maintenir son axe.

Ben, ayant pourtant neuf ans, présente des caractéristiques toniques que manifeste un enfant en bas âge. Ces premières observations m'ont interpellée et j'ai tenté de trouver d'autres indices qui me donneraient des informations sur la construction et l'intégration de son axe corporel.

2. Peu de mouvements justes

Benoît Lesage (2012) explique que grâce à l'axe corporel, les différentes parties du corps vont s'articuler correctement et s'inscrire dans un rapport juste et harmonieux avec l'ensemble du corps. De plus, Coeman et Raulier H. de Frahan (2012) expliquent que l'intégration d'un axe fort, souple et équilibré permet l'émergence de mouvements justes. Ainsi, grâce à lui, les mouvements paraissent harmonieux, aisés, fluides. La personne peut

se mouvoir sans efforts exagérés, d'une manière souple et « l'enchaînement des gestes se réalise sans à-coups, sans saccades » (Coeman & Raulier H. de Frahan, 2012, p. 35).

Or, lorsque j'observe les mouvements et les déplacements de Ben, je ne retrouve pas cette harmonie inhérente à un axe fort, souple et équilibré. Pour moi, beaucoup de ses mouvements manifestent un effort particulier, que ce soit au niveau des mouvements fins, avec l'écriture par exemple, mais aussi au niveau de sa motricité générale. Par exemple, Ben paraissait devoir mobiliser beaucoup de force pour bouger les rubans de GRS. Ses gestes restaient petits et manquaient de fluidité. De plus, lors d'une autre séance où nous enroulions et déroulions notre axe, je remarquais que Ben ne pouvait enrouler son dos sans saccades. Dissocier les différentes articulations du bras ou même son tronc de ses membres inférieurs est également compliqué pour lui. Souvent son corps semble bouger en un seul bloc.

Comme j'ai pu le décrire dans la partie clinique, Ben manifeste de plus des difficultés dans les coordinations notamment de ses hémicorps droit et gauche mais aussi haut et bas. Le bilan neuro-visuel réalisé en novembre 2018 indique également que la coordination œil-main n'est pas aisée pour Ben. Or, Vasseur (2000) explique que le développement des différentes coordinations sont permises grâce notamment au développement de l'axe corporel.

Ben manifeste peu d'aisance et d'harmonie corporelle lorsqu'il se met en mouvement. Ses mouvements sont peu fluides, saccadés, manquent de contrôle moteur et parfois il paraît devoir utiliser plus de force qu'il n'en faut réellement pour produire un geste : ses mouvements manquent de justesse. Ainsi, l'intégration d'un axe corporel fort, souple et équilibré est de nouveau mise en question dans le cas de Ben. Si la construction et/ou l'intégration de son axe corporel a subi des aléas, alors nous pouvons comprendre en partie pourquoi il manifeste des difficultés à coordonner et à articuler les différentes parties de son corps.

3. Lien avec la dynamique familiale

Nous avons vu précédemment que l'intégration de l'axe corporel nécessite, d'après Suzanne Robert-Ouvray (2010), la réalisation d'un passage : celui de la mère rachidienne au père rachis. Elle explique que « l'enfant étayera sur le *dos mou-mère* sécurisant, le *dos dur-père* soutenant » (S. B. Robert-Ouvray, 2010, p. 171). Ainsi, si la mère représente plutôt

quelque chose de mou et de sécurisant, le père est plutôt représenté comme quelque chose de dur et soutenant.

Dans le paragraphe qui relate mes différents questionnements vis-à-vis de la dynamique familiale de Ben, je m'interroge sur la place de son père au sein de la famille et sur la représentation que Ben peut avoir de lui. En effet, d'après le discours de la mère de Ben et le manque de propos de celui-ci vis-à-vis de son père, ce dernier paraît absent. Il ne semble soutenir ni psychiquement ni financièrement la mère dans les différentes démarches de soin de leur fils. Ainsi, si je reprends les termes de Suzanne Robert-Ouvray, le père de Ben assure-t-il un rôle de soutien suffisant pour son fils ? Est-il suffisamment présent et a-t-il été suffisamment présent pour permettre à son fils de réaliser de manière efficiente ce passage entre la mère rachidienne et le père rachis ? Ben a-t-il pu suffisamment étayer sur le *dos mou-mère* sécurisant le *dos dur-père* soutenant ?

Ciccone (2009) quant à lui explique que pour que l'enfant puisse se tenir puis se mettre debout et avancer dans le monde, il doit intérioriser une double fonction. Celle-ci comporte une dimension paternelle qui est d'intérioriser la colonne vertébrale et une dimension maternelle qui est d'intérioriser une enveloppe malléable permettant à l'enfant de s'adapter et de s'ajuster. Ciccone précise bien qu'un seul parent peut assurer les deux fonctions. Toutefois, au vu de la dynamique familiale de Ben, je peux m'interroger sur la qualité d'intériorisation de cette double fonction. Je m'interroge particulièrement sur la dimension paternelle qui est plus en lien avec la notion d'axe corporel. L'intégration de la colonne vertébrale est fondamentale pour la construction de l'axe corporel (Meurin, 2018). Ainsi, si l'intériorisation de cette fonction est entravée, la construction de l'axe corporel peut être compromise. Je me demande alors si les interactions précoces éprouvées par Ben ont pu lui permettre d'intérioriser suffisamment cette double fonction.

Je me pose les mêmes questions au sujet d'un jeune garçon de onze ans, que j'ai renommé Lucas, que je rencontre dans le cadre de mon second stage de troisième année se déroulant au sein d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Je m'interroge également sur l'intégration de son axe corporel. Je note que lui aussi présente une dynamique familiale particulière avec un père présent mais qui, d'après les professionnels du SESSAD, peut se comporter d'une manière qualifiée d'immature avec son fils et peut l'insulter. Ainsi, je peux également m'interroger sur ces deux notions apportées par Suzanne Robert-Ouvray et par Albert Ciccone dans la situation de Lucas.

Ces questionnements et hypothèses sont à prendre avec précaution car nous n'avons, Laura et moi, que la version de la mère de Ben. Cependant, même s'il est difficile d'avoir des réponses à mes questions, je trouve intéressant de venir s'interroger sur le lien entre la dynamique familiale et l'axe corporel.

4. Hypothèse sur le rôle de l'agitation

Ben manifeste beaucoup d'agitation, et ce d'autant plus, je trouve, depuis l'arrêt des percussions et la séparation parentale. Aussi je voudrais revenir sur ces percussions corporelles. Bien qu'il ait semblé être difficile pour Ben de rester dans une posture passive, il a quand même pu faire preuve d'une évolution en lâchant un peu ses défenses toniques et son agrippement à la parole. Il a semblé pouvoir relâcher une partie de ses tensions corporelles. Son agitation m'avait semblé être moindre lorsque les percussions étaient réalisées. Je me demande donc ce qu'il a pu en retirer comme bénéfice. Au vu de mes observations et de mes impressions, je pense que pour lui les percussions sont un moyen de venir ressentir ce qui est solide en lui, ce qui tient et ce qui lui permet de se tenir.

Beaucoup d'auteurs ont parlé de l'instabilité psychomotrice et ont pu développer leurs hypothèses concernant la cause des symptômes. J'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement aux propos de Maurice Berger (2001). Lui-même propose plusieurs hypothèses concernant les causes de l'instabilité psychomotrice.

De mon point de vue, je pense que l'agitation que présente Ben a plusieurs rôles. Pour moi, tous ses mouvements constants, ses mouvements de torsion, ses chutes et le fait de se cogner contre les murs, lui permettent de venir ressentir ce qui est solide en lui. Il semble être à la recherche, de ce qui lui permet de se tenir. L'axe étant un élément indispensable pour cette tâche, je pense ainsi que l'une des fonctions de l'agitation pour Ben serait de venir éprouver son axe corporel pour mieux se tenir.

5. Conclusion

Au fur et à mesure des séances et de mes observations, je me suis de plus en plus questionnée au sujet de la construction et de l'intégration de l'axe corporel de Ben. Nous avons vu que les difficultés de coordination peuvent être liées à un défaut dans l'intégration

de son axe corporel. Il semble parfois se tenir grâce à un tonus pneumatique, à une hypertonie mais aussi grâce à un agrippement à la parole, au regard et aux mouvements constants. Précédemment, je me suis également interrogée sur le lien entre les relations familiales et l'axe corporel. Ce qui semble manquer à Ben est une solidité corporelle et psychique. J'ai souvent l'impression qu'il lutte pour ne pas tomber psychiquement et physiquement. D'ailleurs, il peut parfois s'écrouler ou se jeter au sol.

J'émetts alors l'hypothèse que son axe corporel en tant que structure tutrice solide, lui permettant de se tenir physiquement et psychiquement, n'est pas bien intégré. L'agitation de Ben serait alors, pour moi, un moyen de venir éprouver son axe corporel, sa solidité, pour essayer de se tenir. Cependant, cela ne semble pas efficace, donc à mon sens, le rôle du psychomotricien est de proposer à Ben d'autres alternatives pour qu'il puisse éprouver son axe, sa solidité, et l'intégrer comme un appui corporel fiable et stable, qui relie ses différents espaces corporels.

Ainsi j'en arrive à formuler une problématique : En quoi un travail en psychomotricité autour de la question de l'axe corporel permettrait d'apaiser en partie l'instabilité psychomotrice de Ben ?

Je vais ainsi tenter d'apporter quelques éléments de réponse à cette problématique dans une seconde partie.

2) Apaiser l'instabilité psychomotrice par un travail autour de l'axe corporel

1. Trouver ou retrouver des appuis physiques...

1.1. Ancrage

L'axe corporel commence à se construire dès la vie utérine. Il nous permet entre-autre de nous verticaliser et de nous tenir debout. « Notre verticalisation est l'histoire d'un appui du bas et d'un appel vers le haut » (Lesage, 2012, p. 154). Pour Lesage (2012), le bas représente la terre liée à ses valeurs d'ancrage, de portage et de nourrissage, alors que le haut représente le ciel, la direction de notre croissance. Pour résumer, il compare le haut à un

monde d'aspiration et le bas à un monde d'ancrage. Ainsi, pour pouvoir se verticaliser mais aussi développer son axe corporel, l'enfant a besoin d'un équilibre entre ces deux mondes, donc d'un équilibre entre aspiration et ancrage.

Cette notion en tête, je peux observer différemment la posture générale de Ben. Celui-ci m'apparaît davantage dans un « appel vers le haut » que dans « un appui du bas ». En effet, ses épaules sont souvent hautes et sa respiration est plutôt thoracique qu'abdominale. De plus, lorsqu'il est en apnée avec les poumons plein d'air, une image me vient en tête : celle d'un garçon suspendu par un fil accroché au plafond. Il m'est également arrivé de remarquer que Ben pose peu ses talons complètement au sol. En effet, je peux le surprendre régulièrement à marcher en effleurant à peine ses talons. De plus, j'ai pu observer que Ben ne repoussait pas le sol de ses talons pour dérouler son dos de la position accroupie jusqu'à se mettre debout. Il paraît alors manquer d'ancrage au niveau de ses pieds. Ainsi Ben ne me semble pas avoir trouvé un bon équilibre entre le monde de l'aspiration et le monde de l'ancrage.

Je peux avoir la même réflexion en ce qui concerne Lucas, le jeune garçon que je suis au SESSAD. Cette image d'enfant suspendu par un fil accroché au plafond est d'autant plus forte pour lui. En effet, si les talons de Ben sont de temps en temps légèrement au-dessus du sol, ceux de Lucas sont peu souvent en contact avec lui. Il marche d'ailleurs sur les rebords internes de ses pieds, ce qui lui assure peu d'appui stable au niveau de ceux-ci. Il manque ainsi cruellement d'ancrage dans le sol et donc « d'appui vers le bas », pour reprendre les termes de Benoît Lesage.

Un des objectifs du psychomotricien pour ces deux enfants pourrait alors être d'améliorer leur ancrage pour rééquilibrer la balance de ces deux mondes.

1.2. Appuis symétriques, appuis asymétriques

Au début de sa vie, le bébé présente des postures symétriques qui lui assurent un sentiment de sécurité et de contrôle (Mariot, 2013). Ces postures sont caractérisées par une répartition tonique particulière : une hypotonie au niveau axial et une hypertonie au niveau des muscles fléchisseurs des membres. Bullinger (2012a) explique que rapidement le bébé va adopter des postures asymétriques, comme la position de l'escrimeur. Le tonus va être plus important du côté où l'enfant regarde et où le bras est tendu. La colonne vertébrale du

bébé forme alors une courbure qui assure un appui plus important au niveau de l'ischion opposé au côté où le bras est tendu. Par des mouvements de bascule latérale, l'enfant va pouvoir inverser la position et ainsi la répartition tonique et les appuis au niveau de son bassin. Pour développer son axe corporel, le bébé doit alterner entre ces deux postures. Bullinger (2012b) explique que les positions asymétriques sont également importantes pour l'apprentissage de l'écriture. En effet, il est difficile pour un enfant de créer un appui stable au niveau de son buste et de libérer sa main qui tient l'outil scripteur, s'il adopte une position symétrique. Pour bien écrire il doit alors poser les deux pieds au sol et avoir un appui plus important au niveau de l'ischion opposé à la main qui écrit. Cet appui va permettre à l'autre avant-bras de maintenir le buste et va libérer la main qui tient le crayon.

Lors d'une séance où Ben a réalisé une grille de mots-mêlés, j'ai pu observer sa posture assise. J'ai remarqué qu'il était assis en avant de ses ischions et que son buste était maintenu par un appui antérieur avec le bureau. Ses pieds, en mouvement, n'étaient donc pas posés au sol. Ainsi, il semblait être dans une position symétrique et instable. L'appui au niveau de son ischion gauche n'étant pas assuré, il devait alors avoir des difficultés à libérer sa main droite pour barrer les mots. Ainsi, il est possible que l'hypertonie au niveau de cette main puisse être expliquée en partie par ce manque d'appui asymétrique. Je pense que les difficultés d'écriture de Ben, soulevées par ses institutrices, viennent en partie de cette posture instable et symétrique.

De plus, lors d'une autre séance où nous avons rampé avec Ben, je ne l'ai pas vu adopter de postures asymétriques pourtant indispensables pour ce déplacement. En effet, pour ramper, il est nécessaire de dissocier ses ceintures scapulaire et pelvienne (Mariot, 2013) ce qui entraîne des appuis asymétriques. Comme je l'ai décrit précédemment, pour avancer en rampant, Ben n'utilisait pas ses jambes ni son bassin, celui-ci restant posé simplement au sol. Il utilisait uniquement la force de ses deux bras en même temps pour se tirer vers l'avant. Ses appuis n'étaient donc pas asymétriques.

En psychomotricité, il peut être intéressant de réexpérimenter ces postures et appuis symétriques mais surtout asymétriques qui sont indispensables à l'élaboration de l'axe corporel. D'après Chloé Mariot (2013), la prise de conscience de l'axe corporel se fait lors d'expérimentations corporelles. « Ainsi dans chaque passage l'enfant découvre des appuis qui lui permettent de se repousser du sol, mais aussi d'éprouver la solidité du sol pour lui donner confiance en lui » (Mariot, 2013). Le travail du psychomotricien autour de

l'expérimentation de différents déplacements et la découverte des appuis corporels paraît indispensable aussi pour améliorer la confiance en soi des individus.

2. ... Et des appuis relationnels...

L'expérimentation des appuis corporels est indispensable à la formation et à l'intégration de l'axe corporel. Cependant, l'enfant doit également être en relation permanente avec son environnement humain. « La construction harmonieuse de cet axe se fait par étapes successives et nécessite un dialogue émotionnel constant avec le milieu humain » (Vasseur, 2000). Ainsi, le psychomotricien voulant effectuer un travail autour de l'axe corporel d'une personne, devra obligatoirement être très attentif à la relation avec elle.

2.1. Le *holding* et la position d'enroulement

Le *holding* théorisé par Donald Woods Winnicott ainsi que la position d'enroulement sont des éléments importants dans l'élaboration de l'axe corporel. Je voudrais donc revenir sur ces notions en essayant de les mettre en lien avec Ben.

Le *holding* désigne la façon dont une mère, ou l'environnement familial, porte physiquement et psychologiquement son enfant. Ainsi, les bras mais aussi le regard et la voix de la mère jouent des rôles importants dans le *holding*. Par la qualité, la régularité et la contenance du *holding*, celui-ci va pouvoir assurer la mise en place d'un sentiment de sécurité et de fiabilité (Scialom et al., 2015). Pour moi, Ben manifeste peu de sentiment de sécurité. En effet, il me paraît plutôt anxieux et il présente de nombreuses réactions de préstance lors de situations diverses, comme par exemple lorsqu'il manipule constamment des objets sans s'y intéresser particulièrement. Lucas, lui, peut nous exprimer ses différentes anxiétés et angoisses avec notamment la présence d'une angoisse de mort. Ainsi, ces deux enfants semblent manquer de sécurité interne.

Geneviève Haag (1988) nous informe que le contact-dos dans le *holding* assure également la mise en place d'un sentiment de sécurité. Il permet de développer sa conscience du dos qui sera primordiale pour se verticaliser et pour la formation de l'image du corps (Mariot, 2013). Cette notion de contact-dos me fait penser à la séance où Ben m'a particulièrement montré la recherche de ce contact. En effet, lorsqu'il a déroulé son dos une

première fois et qu'il a eu un déséquilibre vers l'arrière, j'ai mis ma main sur son dos par réflexe afin de le stabiliser. Cependant, les autres fois où Ben s'est redressé, il me semblait rechercher ce contact de ma main sur son dos. Puis en continuant la séance, j'ai pu remarquer d'autres façons de rechercher ce contact-dos. Était-il dans une recherche de prise de conscience de son dos et de sentiment de sécurité interne ? J'ai ainsi voulu mettre en place un jeu qui lui permettrait de bien ressentir son dos. À la fin du jeu, je n'avais pas le sentiment que Ben éprouvait de l'insécurité comme ce qui peut régulièrement être le cas. Au contraire, c'était une des premières fois où il pouvait se montrer fier et sûr de lui comme j'ai pu le décrire précédemment.

Didier Anzieu (1995) explique que le *holding* permet à la fonction de maintenance du Moi-Peau de se mettre en place. La mère maintient physiquement son enfant dans un état d'unité et de solidité. Par intériorisation de cette fonction, le bébé pourra alors se maintenir physiquement par lui-même lui permettant de se redresser progressivement. Anzieu explique que l'appui externe sur le corps de la mère permet au bébé d'acquérir un appui interne solide au niveau de sa colonne vertébrale, autorisant le redressement progressif. De plus, Albert Coeman et Marie Raulier H. de Frahan (2012) affirment que sans un *holding* suffisamment bon, la sécurité étant menacée, le bébé va adopter un comportement d'urgence. Il va alors pouvoir « se mouvoir sans arrêt en une forme de mouvement continu qu'il va utiliser pour se contenir, se tenir » (Coeman & Raulier H. de Frahan, 2012, p. 37). Le bébé pourra tenter de se tenir lui-même en se raidissant, en se contractant et en s'agrippant à ce qui lui est à portée de main ou de bouche comme le sein maternel.

Pour moi, cette fonction de maintenance du Moi-Peau fait défaut chez Ben. En effet, il me paraît avoir des difficultés à se maintenir physiquement et psychiquement. Le fait notamment qu'il ait besoin de recourir régulièrement à un tonus pneumatique pour maintenir son axe, m'oriente dans la formulation de cette hypothèse. De plus, ce qu'indiquent Coeman et Raulier H. de Frahan sur le comportement du bébé n'ayant pas eu de *holding* suffisamment bon, fait écho avec ce que je peux observer pendant les séances avec Ben. En effet, il présente beaucoup de mouvements, une hypertonie segmentaire et des agrippements. Ces derniers ne sont pas, comme pour les bébés, un agrippement au sein maternel, ce sont surtout des agrippements à la parole. Ben peut aussi souvent prendre un objet quelconque pour le manipuler. Je pense que les mouvements constants, l'hypertonie segmentaire et les agrippements sont une façon pour Ben de se tenir, comme s'il voulait compenser l'altération de la fonction de maintenance du Moi-Peau.

En séance, Ben donne parfois l'impression qu'il a besoin d'être porté physiquement et psychiquement, comme s'il était à la recherche d'un *holding*. Cela a été le cas lorsqu'il cherchait à mettre son dos au contact de ma main. Malgré ce contact restreint et assez léger sur son dos, j'avais réellement le sentiment de le porter, un peu comme une mère porte son enfant. Devant l'intensité de mon ressenti et de cette image, j'ai été troublée et je n'ai pas pu me saisir immédiatement de cette impression afin de travailler avec cet élément. Souhaitant le laisser retenter l'expérience, j'ai alors essayé de rompre doucement le contact pour ne pas lui donner la sensation d'être lâché. Lorsqu'il a déroulé une seconde fois son dos, j'avais l'impression qu'il était en recherche du contact de ma main comme je l'ai décrit précédemment mais je pense que moi aussi j'avais envie de poser une nouvelle fois ma main sur son dos afin de le « porter » une seconde fois. Je pense cette fois-ci m'être rendu compte de l'importance de ce moment et ainsi j'ai pu replacer ma main sur son dos comme ce qu'il semblait vouloir, sans plus être perturbée par cette image d'une mère portant son fils.

J'ai aussi le sentiment qu'il cherche à être porté par le regard. Comme j'ai pu le décrire dans la partie clinique, parfois, lorsque je prépare un jeu et que je ne le regarde pas, il peut rapidement se désorganiser et déambuler dans la salle. Il semble moins ressentir la nécessité de bouger lorsqu'il est sous mon regard ou celui de Laura. Ainsi, Ben me donne parfois l'impression d'avoir le besoin d'être soutenu par le regard de l'autre. C'est aussi le cas, selon moi, pour Lucas qui manifeste également de l'agitation. Lucas a tendance à se mettre très près de son interlocuteur et à accrocher son regard, comme si le regard de l'autre était un appui physique tangible. J'en arrive alors à parler de la distance relationnelle, et cette observation sur Lucas, fait écho avec les propos des institutrices de Ben et ceux de Laura, qui constataient auparavant que Ben avait des difficultés pour ajuster sa distance relationnelle. Il avait tendance à être trop proche des autres. Cette distance me fait penser qu'il était également en recherche d'un appui, notamment sur les adultes. Peut-être a-t-il pu assez expérimenter cet appui relationnel pour pouvoir désormais mieux ajuster sa distance avec les autres.

Le fait que la fonction de maintenance du Moi-Peau de Ben semble déficiente, qu'il ait besoin de se tenir par le mouvement, une hypertonie et des agrippements, qu'il paraît être à la recherche d'une personne ou d'un regard pour le porter, qu'il semble régulièrement manquer de sécurité interne et qu'il puisse être dans la recherche d'un contact-dos, me fait émettre l'hypothèse que le *holding* qu'il a vécu durant son enfance a subi des défaillances. Ben a pu expérimenter suffisamment le *holding* pour se redresser, cependant je pense qu'il

n'a pas été suffisant pour bien développer le sentiment de sécurité et la fonction de maintenance du Moi-Peau. Ainsi, si le *holding* a subi des défaillances, peut-être qu'il n'a pas pu permettre à Ben d'acquiescer un appui interne solide au niveau de sa colonne vertébrale. Et si cet appui interne solide, qui est une base indispensable pour l'élaboration de l'axe corporel, n'a pas été intégré, alors cela peut expliquer que Ben n'ait pas pu être en mesure d'intégrer un axe corporel solide.

Comme nous l'avons étudié dans la partie théorique, le *holding* permet d'accéder à une posture d'enroulement du corps qui elle aussi permet l'émergence d'un sentiment de sécurité. D'après Albert Coeman et Maria Raulier H. de Frahan (2012), la position d'enroulement permet au bébé d'exercer ses trois compétences : motrice, tonique et psychomotrice. La compétence tonique signifie que le bébé va pouvoir expérimenter l'alternance entre un lâcher du poids et une mise en tension corporelle. Ainsi, un équilibre se crée entre les deux. Chez Ben, cet équilibre me paraît altéré. Il est davantage dans une tension corporelle que dans un « lâcher du poids ». En effet, dans les instants de percussions corporelles, Ben a des difficultés à relâcher son poids sur le sol. Cela me fait également penser à Lucas qui ne nous laisse pas porter son bras : il n'arrive pas à poser le poids de son bras dans notre main. Ainsi, à cause d'un *holding* défaillant, il est possible que Ben et Lucas n'aient pas pu suffisamment expérimenter la posture d'enroulement et qu'il leur est donc difficile de lâcher leur poids. Craignent-ils d'être lâchés ?

Pour ces deux enfants, un travail en psychomotricité autour de la question du *holding* et des postures d'enroulement peut être intéressant pour leur ramener une sécurité interne et leur permettre de pouvoir déposer leur poids. De plus, cela pourra les aider dans l'intégration d'un axe corporel solide. Nous voyons bien avec ce paragraphe en quoi la relation avec l'environnement est fondamentale dans l'établissement de l'axe corporel.

2.2. Nourrir le narcissisme

Le moindre échec peut entraîner chez Ben une réaction particulière. Il est arrivé à deux reprises, que n'étant pas satisfait par ce qu'il avait réalisé, il s'arrête de parler pendant plusieurs minutes et communique uniquement avec des gestes ou en écrivant au tableau. D'ailleurs, il a pu écrire au tableau « Je suis nul » après avoir selon lui « pas assez bien fait » un dessin. Il se dévalorise beaucoup. Parfois lorsqu'il se rend compte d'une erreur ou qu'il

n'est pas satisfait de ce qu'il a réalisé, il efface ou cache très vite sa production. Il a souvent l'impression, lorsque je lui pose une question pour avoir une précision ou pour qu'il m'explique comment il s'est organisé pour réaliser tel jeu, qu'il s'est trompé. Je trouve qu'il essaie souvent de nous prouver qu'il est capable de bien faire les choses, ce qui fait écho aux propos de son institutrice du CE2. Il cherche aussi régulièrement de la réassurance, lorsqu'il dit par exemple « c'est trop facile » avant le début de chaque jeu. Lucas, se dévalorise aussi beaucoup et cherche régulièrement la confirmation que ce qu'il dit ou montre est « la bonne réponse ». Pour moi, Ben, comme Lucas, manquent de confiance en eux et ont une fragilité narcissique.

Or nous avons tous besoin d'un étayage narcissique afin de développer notre axe corporel. En effet, Benoît Lesage (1998) affirme que les fondations d'une motricité sécurisée, nécessaire à l'élaboration de l'axe corporel, peuvent se mettre en place grâce à un vécu narcissisant. Ce vécu arrive notamment grâce à la position d'enroulement. Suzanne Robert-Ouvray (2010) certifie que le narcissisme primaire ne se met en place que si l'environnement affectif est suffisamment stable et respecte le rythme de l'enfant.

Ces éléments en tête, j'aimerais revenir sur mon positionnement pendant la séance où Ben me paraissait être à la recherche d'un contact-dos. Pour moi, mon positionnement en tant que future professionnelle était différent durant cette séance par rapport aux précédentes. En effet, j'ai le sentiment d'avoir pu être davantage en relation avec Ben. Je me suis plus adaptée à ce que j'observais et à ce que j'éprouvais. Je me suis davantage autorisée à suivre le rythme de Ben, à être disponible en fonction de là où il en était. C'est une des séances où je peux affirmer avoir réellement joué avec lui. En étant pleinement dans la relation avec lui, j'ai pu, je pense, le valoriser suffisamment ce jour-là, notamment après le jeu avec le gros ballon, pour qu'il puisse montrer physiquement une réelle fierté et une meilleure confiance en lui : il manifestait une meilleure stabilité, un meilleur ancrage au niveau des pieds et son buste était bien redressé. Bien que je sache pertinemment que la relation est fondamentale en psychomotricité, j'ai pu pleinement l'expérimenter lors de cette séance et des suivantes avec Ben.

3. ... Pour retrouver une solidité interne

Je trouve que Ben manque d'assurance en lui. En effet, je reviens sur mon impression que souvent, Ben veut bien faire et souhaite à tout prix nous faire plaisir. Ainsi, il accepte toujours toutes nos propositions bien qu'il puisse ne pas aimer un des jeux. Si c'est le cas, Laura et moi devons le rassurer pour qu'il confirme qu'un des jeux ne lui convient pas. De plus, à la fin des percussions corporelles, Ben nous a souvent dit avoir ressenti des « vibrations » dans tout son corps. Cependant, ce n'est pas lui qui a prononcé ce mot spontanément, il a été proposé dans un premier temps par la psychomotricienne. Ben l'a repris ensuite. Il n'arrive pas à exprimer s'il a ressenti d'autres sensations dans son corps. Ainsi, j'ai le sentiment que parfois il prononce des phrases que l'on souhaiterait entendre d'après lui. Je me demande si son envie de nous faire plaisir est un moyen de ne pas mettre en péril la relation. De plus, Ben paraît avoir besoin d'un étayage pour établir cette relation. Cet étayage prend notamment la forme de différents objets qu'il ramène au cabinet libéral ou à l'école. Ainsi je me questionne : Ben a-t-il peur que la relation avec l'autre ne s'établisse pas ou qu'elle s'arrête ?

Affirmer ses goûts est difficile pour lui, mais s'affirmer demande une certaine solidité et un ancrage intérieur. Or, son axe corporel me paraît peu solide. La psychomotricité doit donc lui permettre de retrouver une solidité intérieure. C'est peut-être ce que le jeu avec le gros ballon lui a, en partie, permis de retrouver. En effet, pendant que nous poussions chacun notre tour contre le ballon avec notre dos, j'avais le sentiment qu'il y avait une part d'agressivité dans le jeu, comme je l'ai expliqué dans la partie clinique. Je me suis demandé s'il avait pu puiser sa force et sa résistance non seulement dans ses pieds mais également dans cette agressivité que j'ai ressentie. Ce jeu lui a-t-il permis de trouver non seulement un ancrage au sol, mais aussi interne, lui permettant de ressentir un sentiment de solidité en lui et notamment dans son axe corporel ?

Je pense ainsi que réaliser des expérimentations corporelles en séance tout en étant en relation avec le psychomotricien permettrait à Ben de prendre conscience de son ancrage, de ses appuis et de lui permettre de davantage s'affirmer. De plus, Chloé Mariot (2013) constate que les expérimentations corporelles permettent de sentir la solidité du sol ce qui améliore la confiance en soi. Des expérimentations autour du *holding* permettraient également de solidifier l'appui interne au niveau de la colonne vertébrale autorisant alors l'intégration d'un axe corporel plus solide qui permettrait à Ben de se tenir corporellement

et psychiquement. Un sentiment de sécurité pourrait s'installer. De plus, devant ce qui me semble être une fragilité narcissique chez Ben, le psychomotricien devra insister sur la valorisation. Tous ces éléments permettront alors peut-être de diminuer son instabilité psychomotrice et ses différents agrippements, qui sont en partie, de mon point de vue, des comportements d'urgence permettant de se tenir corporellement et psychiquement.

Les appuis sur les membres supérieurs et inférieurs ainsi que celui du regard vont permettre petit à petit à l'enfant d'accéder à la verticalité, de marcher et « d'investir sa place de sujet humain » (Mariot, 2013). Ainsi un travail autour de la question de l'axe corporel, avec les différents éléments corporels et relationnels qu'il suppose, permettra à Ben d'assoir son corps dans l'espace, d'affirmer son identité, sa place de sujet.

Conclusion

Lors des premières séances avec Ben, je pouvais parfois me sentir envahie par toutes les difficultés et l'instabilité qu'il manifestait. Afin d'écrire ce mémoire, j'ai ainsi tenté de trouver du lien dans ce qui me semblait, au premier regard, délié. Pour cela j'ai dû faire des choix.

Le thème de l'axe corporel ne m'est pas apparu immédiatement, cela a été une longue recherche comprenant de multiples hypothèses et observations. Puis, au fur et à mesure des observations que j'ai réalisées notamment sur le tonus de Ben, ses coordinations et de mon sentiment qu'il soit à la recherche d'un contact-dos et qu'il paraît lutter pour se tenir, j'ai pu émettre ma principale hypothèse : l'axe corporel de Ben, en tant que structure tutrice solide permettant de se tenir corporellement et psychiquement, n'est pas bien intégré. J'avais l'impression que par ses différents comportements et notamment par son agitation, il tentait de venir éprouver ce qui était solide en lui, dont son axe corporel. Je me suis donc demandé en quoi un travail en psychomotricité autour de la question de l'axe corporel pourrait permettre d'apaiser en partie l'instabilité psychomotrice de Ben. Le lien entre ces deux notions n'est évidemment pas généralisable mais je trouvais intéressant de me pencher sur cette question pour Ben.

En mettant en lien mes hypothèses et mes observations cliniques avec les apports théoriques, non exhaustifs, au sujet de l'axe corporel, j'ai pu proposer quelques éléments de réponses. Le psychomotricien qui voudra travailler autour de l'axe corporel d'un patient pourra se pencher sur les notions d'ancrage, d'appuis, de posture, de *holding*, ... La relation avec ses dimensions affectives, et le respect du rythme de la personne seront des éléments fondamentaux. Ainsi, un axe corporel plus solide pourra éventuellement s'intégrer ce qui diminuera peut-être le rôle de soutien de l'agitation chez Ben. Ce travail pourra lui permettre de retrouver une sécurité interne et d'investir pleinement sa place de sujet. Cependant, ces pistes ne sont pas exhaustives. Je suis aussi bien consciente qu'un travail en psychomotricité uniquement autour de l'axe corporel ne pourra aider Ben dans toutes ses difficultés. De plus, je me rends compte que ce travail est un processus qui prend du temps.

Dans cet écrit, j'ai peu mentionné les difficultés de coordination œil-main de Ben. Je me suis davantage penchée en revanche sur la présence régulière d'un tonus pneumatique.

En m'intéressant aux travaux d'André Bullinger, je me suis rendu compte qu'il mettait ces deux particularités en lien avec l'espace du buste. Celui-ci est responsable de la mise en place des coordinations arrière-avant et d'un équilibre entre flexion et extension. Il permet également la création d'un arrière-fond. Ces éléments font écho avec ce que présente Ben et il pourrait également être intéressant de se pencher un peu plus sur cet espace du buste présenté par Bullinger.

Cette rencontre avec Ben mais aussi toutes celles que j'ai pu faire lors de mes différents stages ont, je pense, été pour moi des appuis qui m'ont permis de davantage affirmer ma posture de future psychomotricienne. Ainsi, j'ai peut-être tenté moi aussi de trouver des appuis afin de venir éprouver ma solidité et mon ancrage intérieur pour mieux investir ma place de sujet, mon identité de future professionnelle.

Références bibliographiques

- Anzieu, D. (1995). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Berger, M. (2001). *L'enfant instable: approche clinique et thérapeutique*. Paris: Dunod.
- Bullinger, A. (2012a). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. In *La vie de l'enfant. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 136-143). Toulouse: Érès.
- Bullinger, A. (2012b). Place et rôle de l'équilibre sensori-tonique chez l'enfant d'âge scolaire. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche* (p. 93-98). Toulouse: Eres.
- Bullinger, A. (2017). Le développement psychomoteur. In *La vie de l'enfant. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Tome 2 L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED* (Erès, p. 15-55). Toulouse. (Original work published 2015)
- Ciccone, A. (2009). Tonus & fonction paternelle. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (157), 22-34.
- Coeman, A., & Raulier H. de Frahan, M. (2012). *De la naissance à la marche le développement psychomoteur de l'enfant tel que présenté dans les formations pour les psychomotriciens et le personnel de la petite enfance*. Bruxelles: ASBL Étoile d'herbe.
- Gonçalves, E. (2001). De l'investissement parental de l'enfant à l'enfant sujet de son corps. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (127), 6-17.
- Haag, G. (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, (36), 1-8.

- Lesage, B. (1998). Tonus, posture, verticalisation, et structuration du sujet. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (114-115), 138-145.
- Lesage, B. (2012). Axial'Poursuite : Axe et Spatialité. In *L'Ailleurs du corps. Jalons pour une pratique psychocorporelle : structure, étayage, mouvement et relation* (p. 147-165). Toulouse: Éres.
- Mariot, C. (2013). De l'accès à la verticalité chez l'enfant : la constitution de l'axe corporel. *JDP Petite Enfance*, (82), 31-33.
- Meurin, B. (2018). L'axe corporel : un appui postural, émotionnel et représentatif. *Motricité Cérébrale*, 39(2), 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.motcer.2018.04.002>
- Peretti, F. de, & Maes, B. (2010). Rachis et parois du tronc. In *Les Cours de PAES. Manuel d'anatomie générale avec notions de morphogénèse et d'anatomie comparée: introduction à la clinique* (p. 138-161). Paris: Ellipses.
- Robert-Ouvray, S. (1998). Schèmes posturo-moteurs et processus de défense tension psychique et tension motrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (114-115), 134-137.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1*. Paris: Deboeck.
- Vasseur, R. (2000). Importance des aspects biomécaniques et des points d'appui posturaux dans la genèse de l'axe corporel. *Enfance*, 53(3), 221-233. <https://doi.org/10.3406/enfan.2000.3179>
- Winnicott, D. W. (2009). *La famille suffisamment bonne*. Paris: Payot. (Original work published 1965)

Vu par le maître de mémoire

Julie VAGINAY,

Psychomotricienne D.E.

À Saint-Étienne, le 29/04/2019

Julie VAGINAY

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julie VAGINAY', with a long, sweeping horizontal line extending to the right.



Auteur : Aude LÉBOUC

Titre : À la recherche d'un axe corporel solide pour se tenir

Réflexions sur l'accompagnement psychomoteur d'un enfant présentant une instabilité psychomotrice.

Mots - clés : Axe corporel – Instabilité psychomotrice – Solidité interne – Appuis – Relation

Résumé :

Lors de mon stage en cabinet libéral, je rencontre Ben un jeune garçon de neuf ans présentant une instabilité psychomotrice. Devant ses nombreuses difficultés et ses mouvements constants, j'ai tenté de retrouver du lien.

Devant mon impression de le voir lutter pour se tenir, je me suis ainsi intéressée à son axe corporel. Celui-ci semblait manquer de solidité. Ainsi peut-être que son agitation pouvait en partie lui permettre de rechercher et d'éprouver ce qui, en lui, permettait de se tenir. Dans cet écrit, j'ai tenté d'expliquer de manière non exhaustive, en quoi un travail en psychomotricité autour de la question de l'axe corporel pourrait permettre d'apaiser en partie son instabilité psychomotrice. Je me suis alors intéressée aux différents outils du psychomotricien : les appuis, l'ancrage, le *holding*, la relation...