

<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>

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

Le tonus dans la relation :
À la recherche d'un « corps expression »

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

Par : Valentine MARTIN

Juin 2021 (Session 1)

N° 1647

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

Le tonus dans la relation :
À la recherche d'un « corps expression »

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

Par : Valentine MARTIN

Juin 2021 (Session 1)

N° 1647

Directrice 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. ROLLAND Pierre

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. BURILLON Carole**

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 Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAY
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

REMERCIEMENTS

À Cécile Mottet, pour vos conseils précieux et pour tout le temps que vous m'avez consacré dans
l'écriture de ce mémoire,

À Lucie, Aran, et Marion, pour m'avoir permis de grandir par votre accompagnement et votre
confiance tout au long de cette année,

À Chloé, Laurence et Céline pour m'avoir enrichie et transmis votre amour de ce métier en
deuxième année,

À tous mes amis pour leur présence, notamment à Aurélie, Fiona, Léa, Clarisse et Myriam avec qui
j'ai traversé ces trois années de formation,

À mes parents pour vos encouragements et votre soutien depuis toujours,

À ma sœur, Eloïse, pour m'épauler dans toutes les situations,

À Pépé, Mémé et Mamy pour toujours croire en moi et en mes capacités,

Merci.

SOMMAIRE

LEXIQUE	
INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE : Le rôle du tonus dans la construction du sujet et du corps en relation	3
1 Le tonus, qu'est-ce que c'est ?	3
1.1 Définitions	3
1.2 Le tonus en neurologie.....	3
1.3 Les trois types de tonus.....	4
1.3.1 Le tonus de fond.....	4
1.3.2 Le tonus de posture.....	5
1.3.3 Le tonus d'action	5
1.4 Le tonus comme soutien de la vigilance	5
2 Le tonus à la base d'un corps communiquant	6
2.1 Les premiers liens toniques entre l'enfant et ses parents	6
2.1.1 La bipolarité tonique du nourrisson	6
2.1.2 La fonction parentale de régulation.....	7
2.1.3 Le dialogue tonique : première communication entre le nourrisson et ses parents.	7
2.2 La communication tonique active tout au long de la vie	8
2.3 Le regard dans la relation.....	9
3 De l'organisme au corps : le rôle du tonus dans l'émergence de représentations.....	10
3.1 Tonus et développement posturo-moteur	11
3.1.1 Le tonus avant la naissance.....	11
3.1.2 Une motricité centrée sur soi.....	11
3.1.3 Un début d'ouverture sur le monde	12

3.1.4	L'étape du sixième mois : première différenciation motrice et psychique	12
3.1.5	Redressement et exploration	13
3.2	Le tonus : fonction centrale du développement psychomoteur	13
3.2.1	Tonus, coordinations et dissociations	13
3.2.2	Tonus, axe et respiration	14
3.2.3	Tonus, schéma corporel et épaisseur psychique	14
3.2.4	Tonus et latéralité	15
3.2.5	Tonus et représentations spatio-temporelles	16
4	Tonus et handicap	17
4.1	Difficultés dans les liens précoces	17
4.1.1	Le deuil de l'enfant imaginaire	17
4.1.2	Portages et dialogue tonique	18
4.2	Les différents troubles du tonus	18
4.3	La lésion du plexus brachial	19
4.3.1	Définition	19
4.3.2	Conséquences sur le développement	19
4.4	Les leucomalacies périventriculaires	19
4.4.1	Définition	20
4.4.2	Conséquences sur le développement	20
4.5	Les troubles de l'oralité	20
4.5.1	Investir la zone orale	20
4.5.2	Dialogue tonique et alimentation	20
4.5.3	Alimentation entérale et troubles de l'oralité	21
4.5.4	Lien entre troubles de l'oralité et sensibilité atypique	21
5	L'adolescence : une période de bouleversements	22
5.1	Définir l'adolescence	22
5.2	Un corps qui change	22
5.2.1	La remise en cause du sentiment d'existence	22

5.2.2	Le tonus à l'adolescence	23
5.3	S'approprier un corps nouveau.....	23
5.4	L'évolution du lien à l'autre.....	24
5.4.1	Remaniements familiaux.....	24
5.4.2	Relation avec les pairs	24
5.5	Conduites à risque et violence à l'adolescence	24
5.6	Adolescence et handicap	25
5.6.1	Remaniements physiques et psychiques	25
5.6.2	Le regard des autres.....	25
5.6.3	Découvrir la sexualité génitale	25
5.6.4	Entre dépendance et séparation.....	26
PARTIE CLINIQUE : Lorsque le corps semble inexpressif.....		27
1	Présentation de mon stage.....	27
1.1	Le Centre d'Éducation Motrice	27
1.2	La place de la psychomotricité.....	28
1.3	Ma place de stagiaire	28
2	Laura : une adolescente surprenante	28
2.1	Anamnèse.....	28
2.1.1	De multiples soins dès la naissance	29
2.1.2	Le développement psychomoteur	30
2.1.3	Parcours scolaire et intégration au CEM	30
2.1.4	L'environnement familial	31
2.2	Le début du suivi : un corps très figé	31
2.2.1	Le bilan psychomoteur	31
2.2.2	Le début du suivi	32
2.2.3	Notre première rencontre.....	33
2.3	L'organisation des séances.....	34

2.4	Le début des séances	35
2.4.1	Les premiers échauffements corporels.....	35
2.4.2	Un recrutement tonique possible dans l'action.....	36
2.4.3	Le chamboule-tout : entre force et retenue	36
2.5	« Woh ! » : une once d'expressivité.....	37
2.6	Le plaisir des jeux au bureau : un signe de désinvestissement du corps en action ?	38
2.7	Relaxation et relâchement tonique.....	38
2.7.1	Une raideur dans les mobilisations passives.....	39
2.7.2	Une ouverture à l'autre progressive et des possibilités de variations toniques.....	39
2.7.3	Bercement dans le hamac.....	40
2.8	Parcours et dialogue tonico-émotionnel	40
2.8.1	Des progrès dans la régulation tonique	40
2.8.2	Ajuster son tonus à celui de l'autre.....	43
2.9	Une palette tonique plus riche.....	44
2.9.1	Le « jeu des postures » : incarner différents états toniques.....	44
2.9.2	Des échauffements corporels de plus en plus variés.....	44
2.9.3	Mettre en forme l'agressivité.....	45
2.10	Une séance de plaisir partagé	47
3	Bilan du suivi de Laura.....	49

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE : Soutenir le développement d'un corps relationnel en psychomotricité

1	Un cadre thérapeutique sécurisant	51
1.1	Le cadre institutionnel.....	51
1.2	Le cadre de la séance	52
1.3	Le cadre interne et la fonction de contenance du psychomotricien	53
2	Le bilan psychomoteur : des indices sur la problématique du patient.....	53
3	Hypothèses et réflexions autour du cas de Laura.....	54

3.1	Laura, pas encore sujet ?	54
3.2	Les crises de colère : un ensemble de facteurs qui s'entremêlent ?	55
3.3	Des liens précoces entravés ?	56
3.4	Quelle exploration de l'environnement ?	56
3.5	Une gestion du tonus compliquée	57
3.5.1	Contrôler son tonus dans l'action	57
3.5.2	Une pauvreté du dialogue tonico-émotionnel	57
4	Étayer l'émergence d'un corps en relation	58
4.1	Expérimenter les variations toniques en psychomotricité	58
4.1.1	Trouver du plaisir dans les deux pôles toniques	58
4.1.2	Les échauffements corporels : moduler son tonus au service du mouvement	59
4.1.3	Expérimenter le dialogue tonico-émotionnel	59
4.2	Trouver des appuis	61
4.3	La respiration : un accès privilégié à l'état tonique	61
4.4	Jouer avec les microrhythmes	62
4.5	La communication par le regard	62
4.6	La rêverie du psychomotricien	63
4.7	Le toucher : une perspective de soin	64
	CONCLUSION.....	66
	BIBLIOGRAPHIE	
	ANNEXE	

LEXIQUE

ARS : Agence Régionale de Santé

AVS : Assistance de Vie Scolaire

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CEM : Centre d'Éducation Motrice

EPS : Éducation Physique et Sportive

PP : Projet Personnalisé

SESSAD : Service d'Éducation et de Soins À Domicile

TSA : Trouble du Spectre Autistique

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

INTRODUCTION

Le lundi 21 septembre 2020, je franchis pour la première fois le portail du Centre d'Éducation Motrice où je serai en stage jusqu'à la fin du mois de juin. Mon regard curieux balaye l'espace d'un bâtiment qui me paraît immense. Je rencontre la psychomotricienne, puis croise quelques adolescents dans le hall avant de rencontrer les premiers patients de la semaine. Certains siègent dans de gros fauteuils électriques, d'autres courent en appui sur leur cadre de marche, d'autres encore portent des chaussures orthopédiques qui leur confèrent une démarche particulière. Dans ce hall, je perçois une grande diversité d'adolescents qui forment différents groupes d'amis et jouent ou discutent dans une normalité surprenante, m'en faisant presque oublier leur handicap.

Ces derniers présentent des profils très variés. Leur handicap moteur est bien souvent associé à d'autres troubles. L'adolescence vient s'immiscer dans leurs problématiques et amène la question pubertaire mais aussi celle de l'identité et de la séparation des parents lors du passage à l'âge adulte. Alors, dans un stage aussi riche que celui-ci, de nombreux thèmes s'offrent à moi pour l'écriture de mon mémoire.

C'est finalement une jeune fille de 14 ans, Laura, qui m'intrigue et me donne l'envie d'élaborer davantage. Elle présente plusieurs handicaps mais nous laisse entrevoir de nombreuses ressources motrices et relationnelles. Pourtant, son tonus ne varie presque pas : son corps ne nous dit rien sur son état intérieur. Laura ne prend pas d'initiatives dans le jeu ni dans la relation. Son langage, qui au début de la prise en charge ne se résume qu'à « oui » (souvent) et « non » (plus rarement), me donne cette même impression que l'émotion ne s'exprime pas. Nous choisissons alors, la psychomotricienne et moi, d'axer ce soin autour de l'expérimentation du tonus.

Au cours de ce suivi, je me questionne alors : **comment, en psychomotricité, accompagner une adolescente porteuse de handicap dans l'investissement de son corps comme un moyen de relation ?** Plus spécifiquement, **en quoi la psychomotricité, à travers l'expérimentation des variations toniques peut-elle permettre l'émergence, ou du moins l'étayage, du dialogue tonico-émotionnel et, ainsi, soutenir le développement d'un corps relationnel ?**

Une partie théorique ouvrira ce mémoire, tournée vers le rôle du tonus dans la construction d'un corps relationnel. Nous commencerons par évoquer sa place centrale dès le

début de la vie et tout au long du développement, ce qui nous permettra de comprendre son importance dans la mise en place d'un corps relationnel et de faire des liens avec la situation de Laura. J'évoquerai ensuite la manière dont le handicap et l'adolescence bouleversent les questions identitaires et relationnelles.

Je poursuivrai avec une partie clinique autour du soin de Laura en psychomotricité, dans laquelle je vous ferai part de mes observations, de mon positionnement et de mes ressentis, mais aussi des questionnements et des hypothèses qui m'ont animée durant chacune des séances avec elle.

Je terminerai par une partie théorico-clinique dans laquelle j'élaborerai le cas de Laura et mettrai mes observations en lien avec mes connaissances théoriques afin de répondre à ma problématique.

PARTIE THÉORIQUE :

Le rôle du tonus dans la construction du sujet et du corps en relation

1 Le tonus, qu'est-ce que c'est ?

Dans la vie de tous les jours, nous entendons souvent parler du tonus. « Je manque de tonus... », disent certains. Nous pouvons aussi voir dans les magasins ou les pharmacies la multiplication des vitamines ou des tisanes « tonus ». Au quotidien, le tonus renvoie alors à quelque chose de l'ordre de l'énergie, de la forme physique et mentale. Mais, en réalité, qu'est-ce que le tonus ?

1.1 Définitions

Si nous cherchons dans le dictionnaire, nous pouvons trouver plusieurs définitions :

Mot latin, du grec *tonos* « tension »

1. En physiologie : Tonus musculaire : état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leurs nerfs moteurs. Tonus nerveux : excitabilité des nerfs, propriété latente du tissu nerveux.

2. Sens courant : Énergie, dynamisme. (Robert et al., 2008, p. 2573)

Nous retrouvons alors cette définition de l'utilisation courante du mot « tonus », mais ce dictionnaire nous apporte également un sens plus spécifique que nous allons développer.

1.2 Le tonus en neurologie

« Le tonus donne la vie au muscle » (Robert-Ouvray, 2007a, p. 45). Le tonus est une activité de tension par laquelle le muscle se tend plus ou moins. Ajuriaguerra le définit comme « un état de tension des muscles permanent, involontaire et d'intensité variable » (Vaivre-Douret, 2003c). Suzanne Robert-Ouvray le décrit comme « la tension qui siège dans le muscle quand il est innervé » (2007a, p. 37). En effet, lorsque le muscle n'est plus innervé, suite à une lésion périphérique par exemple, nous pouvons observer une absence de tonus. Plus généralement, une rupture dans l'innervation peut entraîner des troubles toniques périphériques tels que la spasticité ou la dystonie.

Le tonus correspond alors à un état de tension permanent du muscle strié, qui persiste lors de son relâchement volontaire. Il est sous la dépendance de plusieurs structures nerveuses :

- La moëlle épinière est à l'origine d'une activité réflexe permanente.
- La voie pyramidale, dont les neurones partent du cortex moteur primaire, assure la motricité volontaire : les neurones projettent directement sur les motoneurones de la moëlle épinière ou du tronc cérébral pour l'exécution de mouvements complexes concernant les muscles proximaux et distaux.
- La voie extrapyramidale dont les neurones partent du tronc cérébral assure la motricité involontaire :
 - Les noyaux vestibulaires et la formation réticulée interviennent au niveau des muscles axiaux et ont donc une fonction posturale ;
 - Le noyau rouge intervient sur les muscles proximaux et distaux des membres supérieurs et inférieurs, contrôlant donc le tonus postural et la coordination des membres ;
 - Le colliculus supérieur intervient, lui, au niveau de l'oculomotricité.

Certains neurones du cortex cérébral projettent sur la formation réticulée et sur le noyau rouge pour le maintien postural et le contrôle du tonus lors des mouvements complexes.

- Le cortex prémoteur est responsable de la planification des mouvements volontaires.
- Les ganglions de la base déclenchent les mouvements.
- Le cervelet coordonne l'exécution d'un mouvement en corrigeant les éventuelles erreurs motrices.

1.3 Les trois types de tonus

Afin d'identifier les différents rôles du tonus, les auteurs l'ont classé selon les trois grandes fonctions qu'il assure.

1.3.1 Le tonus de fond

Il correspond à l'état de tension musculaire au repos. Il est involontaire et permanent : même lorsque nous sommes complètement détendus, le tonus de fond demeure du fait du réflexe médullaire du muscle. Par les signaux sensoriels que cette tension musculaire renvoie, le tonus de fond donne la sensation de volume du corps, d'épaisseur, d'incarner son corps. Il contribue à la sensation d'unité corporelle et à l'impression d'habiter son corps, un corps vivant.

1.3.2 Le tonus de posture

Afin de tenir une attitude, notre axe et de pouvoir alors nous ériger, il nous faut contracter davantage nos muscles : nous appelons cette tension supplémentaire le tonus de posture. Grâce à une bonne répartition des forces musculaires du plan postérieur, antérieur, en lien avec la force de la pesanteur, nous pouvons maintenir une posture ce qui permet la mise en place de l'axe. Le redressement libère alors nos membres supérieurs qui peuvent alors être utilisés pour la manipulation d'objets. Les coordinations se mettent ainsi en place petit à petit en lien avec la latéralité dont le processus, nous le verrons plus tard, dépend de facteurs neurologiques et environnementaux. S'il n'y a pas d'équilibre trouvé entre les chaînes musculaires antérieures et postérieures du buste, le redressement ne sera permis que par la persistance de l'utilisation d'un tonus pneumatique qui ne permet pas les mouvements de rotation du buste ni la libération des membres supérieurs au profit de la manipulation. L'ajustement tonique sera entravé, rendant alors plus compliqué la relation à l'autre.

1.3.3 Le tonus d'action

Pour effectuer une action, il faut recruter le tonus d'une manière différente encore. Certains muscles se contractent davantage : c'est le tonus d'action qui prépare le mouvement et soutient l'action. Les différentes variations du tonus d'action permettent de modifier la vitesse, la force et la qualité du mouvement. La mise en place de mouvements coordonnés est donc sous la dépendance de ce tonus d'action et permet un nouveau rapport à l'espace et au temps par l'exploration qu'elle rend possible. Le bébé accède également, grâce à la mobilisation du tonus dans l'action, à une conscience corporelle plus précise du fait de nouvelles expérimentations sensorielles et motrices.

Ainsi, tonus de fond, de posture et d'action interagissent en permanence permettant au sujet de s'adapter à son environnement et aux différentes actions qu'il souhaite réaliser. Les compétences psychomotrices se développent et s'affinent au fur et à mesure de la maturation tonique, tandis que les capacités psychiques et cognitives se déploient.

1.4 Le tonus comme soutien de la vigilance

La vigilance correspond à un « état du système nerveux permettant à l'organisme de s'adapter et d'échanger avec le milieu » ou encore à un « état de la conscience éveillée et attentive » (CNRTL, 2012).

Certains motoneurones qui influencent la contraction musculaire involontaire proviennent de la partie inférieure du cerveau, notamment de la formation réticulée. Or, la

stimulation d'un des sens (vue, ouïe, goût...) active cette dernière, ce qui influence alors le tonus (Dubuc, 2020).

Nous pouvons en faire l'expérience dans notre quotidien. Imaginez par exemple que vous êtes dans un endroit calme, relaxé, détendu. Tout à coup, un bruit fort survient. Votre tonus, qui était bas du fait d'un état de détente et de baisse de vigilance, augmente en réponse à cette stimulation : votre vigilance augmente, votre corps se prépare en fait répondre à une sollicitation ou à un danger potentiel. De même, si vous écoutez quelqu'un parler sans être vraiment attentif, et que cette personne aborde un sujet qui vous intéresse, votre niveau de vigilance augmente tout comme votre niveau tonique (en vous redressant par exemple).

2 Le tonus à la base d'un corps communiquant

Le tonus est une fonction essentielle dans la mise en place d'une communication avec l'autre. Wallon a été le premier à conceptualiser le dialogue tonique, c'est-à-dire la communication par l'état tonique. Par la suite, Ajuriaguerra a complété cette notion, définissant alors le dialogue tonico-émotionnel : selon lui « l'état tonique est un mode de relation » (Ajuriaguerra & Cahen, 2008, p. 117).

2.1 Les premiers liens toniques entre l'enfant et ses parents

2.1.1 La bipolarité tonique du nourrisson

Le nourrisson bien portant naît avec une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. Il est donc, de prime abord, dans une position d'enroulement, un repli physiologique sur soi. Son tonus varie toutefois selon son état de vigilance et ses émotions, dans une bipolarité tonique : schématiquement, il est en hypotonie lorsqu'il est dans un état de confort interne et externe et en hypertonie lorsque survient un besoin ou un inconfort.

Durant les premières semaines de vie, il ne peut maintenir sa vigilance sur une longue durée, conservant alors un tonus bas une grande partie du temps. Ce niveau de vigilance varie selon les stimuli internes (faim, fatigue...) et externes (bruit, absence d'une figure d'attachement...). Cette bipolarité tonique montre le lien direct entre l'état interne du nourrisson et son tonus.

Petit à petit, le bébé reste éveillé plus longtemps : la myélinisation des axones permet que son tonus augmente, lui offrant davantage de modulation tonique et plus d'ouverture sur l'extérieur. Il est alors de plus en plus disponible pour recevoir des stimulations et explorer son environnement au gré de sa curiosité.

2.1.2 La fonction parentale de régulation

Les parents filtrent les excitations pour qu'elles ne désorganisent pas leur bébé : c'est ce que Freud nomme la fonction de pare-excitation, un concept qui sera repris plus tard par Anzieu dans les fonctions du Moi-Peau. L'appareil psychique du bébé n'étant pas encore organisé, il ne peut pas traiter toutes les excitations internes et externes. Les parents assurent donc ce rôle en adaptant l'environnement externe, en subvenant aux besoins internes mais aussi en s'ajustant psychiquement et corporellement à leur bébé, notamment via l'ajustement tonique dont ils font preuve (Belot, 2012). Winnicott, à ce sujet, parle de la *mère suffisamment bonne* et introduit les notions de *holding* (le portage physique et psychique), de *handling* (la manière de le manipuler) et d'*object presenting* (la présentation du monde au bébé) (Winnicott, 1975). Petit à petit, la fonction de pare-excitation est introjectée par le bébé qui n'a donc plus besoin de ses parents pour traiter les excitations provenant de l'extérieur.

Bion, lui, élabore le concept de rêverie maternelle, lié à la position alpha de la mère, selon lequel « les impressions brutes non élaborées (éléments bêta) doivent être transformées en éléments alpha afin de pouvoir servir à la création de pensées du rêve (*dream thoughts*) » (cité par Bronstein & Hacker, 2012, p. 770). Le bébé envoie des éléments bêta non élaborés, la mère les reçoit et utilise son propre appareil psychique pour les transformer et lui renvoyer sous forme d'éléments élaborés (alpha) que le bébé peut réintrojecter. Pour se faire, la mère doit être en capacité de recevoir les projections à la fois agréables comme désagréables. Ce mécanisme contribue à la différenciation entre intérieur et extérieur : les éléments alpha qui sont renvoyés au bébé ne correspondent pas exactement à ce qu'il ressent à l'intérieur de lui (bien qu'ils doivent s'en rapprocher suffisamment), ce qui lui permet de prendre conscience que sa réalité intérieure est différente de la réalité extérieure (Bion, cité par Bronstein & Hacker, 2012). Cette notion de rêverie est directement liée à la fonction de pare-excitation, car transformer les éléments bêta en éléments alpha permet de réguler les excitations afin qu'elles ne désorganisent pas le bébé.

Ainsi, l'environnement agit directement sur le tonus du bébé : son positionnement, sa réaction, sa voix, son portage vont influencer sur son état interne et, de ce fait, son état tonique. De cette manière, tonus du parent et tonus du bébé s'influencent dans un dialogue tonique.

2.1.3 Le dialogue tonique : première communication entre le nourrisson et ses parents

Pour Ajuriaguerra et Cahen, « il existe un fond tonique qui dépend des organisations neurologiques progressivement maturées, et des modes de réaction variables également suivant le niveau de maturation. Mais aussi bien le fond tonique dynamique que la réactivité se modifient

par la relation » (2008, p. 117). La maturation tonique et le développement relationnel vont de pair, s'influencent et permettent, si tout se passe bien, un développement psychomoteur harmonieux.

« Le tonus musculaire est le principal agent de la communication émotionnelle » (Robert-Ouvray, 2007a, p. 44). Comme évoqué précédemment, le tonus permet au nouveau-né d'exprimer ses besoins et d'être compris par ses parents, mais la communication tonique va bien au-delà. Notons aussi qu'au départ, le nouveau-né n'est pas encore différencié de l'espace extérieur, il n'a pas conscience de ses limites corporelles. Selon Robert-Ouvray (2007c), lorsqu'il est porté par sa mère, il ressent alors l'état tonique de cette dernière et le vit comme s'il s'agissait de son propre corps. Des vibrations toniques sont échangées, constituant un support d'intégration des informations pour le nourrisson, et d'interprétation pour la mère. En effet, les parents interprètent ce qu'ils perçoivent de leur enfant selon leurs propres représentations et leur propre vécu. De cette manière, leur propre histoire, celle qu'ils ont vécue avec leurs propres parents, influencera leur manière de porter et de penser leur enfant.

Lors des portages et des soins corporels, les parents sont dans un échange avec leur bébé. L'échange est non seulement verbal et sonore, mais également tonique. Le corps entier du parent est impliqué et le nourrisson reçoit des signaux toniques qui influent sur son propre état intérieur. Le tonus de chacun se module alors de manière naturelle, bébé et parent ajustent leur tonus en fonction de celui de l'autre. Cela constitue un réel moyen de communication où les deux entités s'écoutent et se parlent à travers leurs corps. Le tonus représente « le baromètre de nos états intérieurs et l'élément vibratoire qui nous met en relation avec autrui » (Robert-Ouvray, 2007a, p. 36).

Selon Bucher (2004), ce dialogue tonique qui s'installe dans la petite enfance a non seulement un rôle dans la relation naissante entre les parents et leur enfant, mais influence également le développement de ce dernier qui en conservera toujours des traces. En effet, chacun de nous garde dans sa façon d'habiter son corps et d'entrer en relation des traces de ce qui s'est joué avec ses parents lorsqu'il était bébé.

2.2 La communication tonique active tout au long de la vie

Petit à petit, le langage apparaît permettant une communication symbolisée. Cependant, la communication non-verbale (qui inclut le dialogue tonico-émotionnel) demeure très active et s'avère même essentielle pour entrer en relation avec autrui. Elle soutient en permanence la communication verbale mais peut aussi se suffire à elle-même. Ainsi, nous continuons toute notre vie de transmettre nos émotions avec le dialogue tonico-émotionnel, de manière plus ou moins

consciente. Notre tonus, « élément limite entre le champ corporel et le champ psychique » (Robert-Ouvray, 2007a, p. 48), reste le support de notre état interne, un support de communication très important dans la relation. Toutefois, selon le contrôle que chacun a de son tonus, et en fonction de sa capacité à mettre à distance ses vécus émotionnels, le corps ne racontera pas l'état interne de la même manière.

D'un point de vue neurologique, les émotions se manifestent dans le corps par l'intermédiaire du système nerveux végétatif. Selon Boscaini et Saint-Cast (2010), l'émotion passe toujours par des manifestations corporelles. De cette manière, l'expression émotionnelle se fait par la gestualité et le tonus. Nous pouvons le constater dans notre propre corps. Lorsque nous sommes en colère ou en état de stress, nous sommes plutôt crispés, notre tonus est élevé. À l'inverse, un sentiment de tristesse provoque généralement un abaissement du tonus. Pour Boscaini et Saint-Cast (2010), si l'émotion n'est pas exprimée à travers l'action, des troubles du tonus peuvent apparaître qui entravent la motricité mais aussi la relation. Cela nous montre l'importance d'exprimer par le corps ce qui nous traverse psychiquement. Je rajouterai à cela qu'au-delà de l'action, l'émotion peut s'exprimer grâce à la capacité à symboliser ces manifestations corporelles, à penser l'émotion pour en faire des représentations. De cette manière, l'art peut constituer un moyen de symbolisation : par ses toiles, le peintre donne forme à ses éprouvés ; par le mouvement, le danseur exprime corporellement ses émotions...

De même, le tonus de l'autre nous influence lorsque nous regardons cette personne ou lorsque nous entrons en contact tactile avec elle (Robert-Ouvray, 2007a). Cela permet aux deux individus d'ajuster mutuellement leur tonus et contribue au sentiment d'empathie puisqu'ils ressentent dans leur propre corps l'état tonique, et par conséquent l'état émotionnel, de l'autre. Le dialogue tonico-émotionnel a donc toujours ce rôle de compréhension de l'autre et de communication émotionnelle.

2.3 Le regard dans la relation

Le regard a un rôle dans le dialogue tonico-émotionnel, mais assure aussi à lui seul une fonction essentielle dans la relation. Berthoz nous dit à propos du bébé : « avant de marcher avec ses jambes, il marche avec son regard, il interroge sa mère » (2008, p. 34). Les premiers regards partagés permettent des échanges entre le bébé et ses parents. Le bébé se reconnaît dans le regard de ses parents, tandis que les parents se reconnaissent dans celui de leur bébé. Winnicott (1975) développe la fonction de miroir du visage maternel : lorsque le bébé regarde sa mère, ce qu'il voit en premier c'est la disposition interne de celle-ci, la façon dont elle l'investit et l'attention qu'elle lui porte. Au final, la manière dont il se représente lui-même correspond à ce

que sa mère lui a renvoyé en le regardant et en s'ajustant à lui. C'est donc son reflet que lui renvoie le visage de cette dernière.

Puis le regard joue un rôle majeur dans l'accès à la verticalité. L'enfant s'ouvre au monde, son champ de vision s'élargit, il explore par le regard et entre plus facilement en relation par ce biais. Après les regards partagés se mettent en place le suivi du regard, l'attention conjointe, l'attention partagée. La théorie de l'esprit, c'est-à-dire « la capacité de penser la pensée d'autrui » (Tourrette & Guidetti, 2018a, p. 223) se met généralement en place entre 4 et 7 ans. Ensuite, à l'âge adulte, la communication par le regard nous donne des indices sur l'état interne de la personne. Une personne timide ou mal à l'aise a parfois des difficultés à regarder dans les yeux, d'autres, émerveillées et curieuses, regardent le monde avec de grands yeux. À ces éléments peuvent s'ajouter des codes sociaux, comme le clin d'œil auquel nous pouvons attribuer diverses interprétations.

Tout cela est intégré pour la plupart d'entre nous. Toutefois, pour certaines personnes, entrer en relation grâce au regard ne va pas de soi. Les enfants ayant un Trouble du Spectre Autistique (TSA), par exemple, utilisent souvent préférentiellement leur regard périphérique, et donnent alors l'impression de ne pas nous regarder. De même, les personnes ayant une psychose peuvent avoir un regard traversant ou avoir l'impression d'être traversées. En tant que psychomotriciens, nous sommes alors parfois confrontés à des manières atypiques d'entrer (ou de ne pas entrer) en relation par le regard.

3 De l'organisme au corps : le rôle du tonus dans l'émergence de représentations

Nous avons donc vu l'importance du tonus dans la communication à l'autre et dans le développement de la relation entre le bébé et ses parents. Ainsi, nous pouvons désormais nous demander comment évolue le tonus au cours du développement. Bullinger (2004) différencie l'organisme (objet matériel du milieu) du corps (les représentations qui lui sont associées). Alors, quel est le rôle du tonus dans l'émergence de ces représentations ? Comment permet-il, en lien avec le dialogue tonico-émotionnel évoqué précédemment, de se différencier de l'autre et de se représenter son corps ?

3.1 Tonus et développement posturo-moteur

Dans le développement de la posture et de la motricité, le tonus joue un rôle crucial. En lien avec un environnement ajusté et étayant, il permet le redressement progressif et une ouverture sur le monde.

Les systèmes visuels, vestibulaires et somatosensoriels donnent des informations sur la position des différentes parties du corps entre elles et dans l'espace. Leur intégration permet alors de tenir une posture et de l'ajuster grâce à la contraction et au relâchement musculaire. Les émotions et l'état de vigilance influencent aussi l'état tonique. Tous ces facteurs interagissent et évoluent au cours de la vie : la posture varie alors en permanence (Ghez et al., 1993 ; Wallon, 1956, cités par Jover, 2000).

3.1.1 Le tonus avant la naissance

Au tout début de la vie, durant les premiers mois de gestation, le fœtus n'a pas de tonus, il est mou. Le tonus n'apparaît qu'à partir du septième mois de vie intra-utérine. Il se développe d'abord au niveau des pieds, puis monte jusqu'à la tête : on dit qu'il suit la loi caudo-céphalique (Robert-Ouvray, 2007a). Cette loi correspond à la myélinisation des axones du système sous-cortico-spinal, qui dure de la 24^{ème} à la 34^{ème} semaine de gestation. Par la suite, dès la 34^{ème} semaine de gestation, la myélinisation des axones du système cortico-spinal va, elle, se faire selon deux lois : la loi céphalo-caudale (maturation de la tête aux pieds) et la loi proximo-distale (des segments proximaux aux segments distaux). Les faisceaux cortico-spinaux ne seront matures qu'autour de 10 ans de vie (Vaivre-Douret, 2003c). Dans le ventre de sa mère, le bébé est maintenu dans une position d'enroulement ce qui assure un premier dialogue tonico-émotionnel entre la mère et son bébé.

3.1.2 Une motricité centrée sur soi

À la naissance, le cerveau du bébé est encore immature. Par conséquent, sa motricité est réflexe et son tonus varie entre hypertonie et hypotonie comme nous l'avons vu précédemment. Le tonus augmente lors d'une variation brusque d'un flux sensoriel et constitue une réaction d'alerte (Bullinger, 2004).

Robert-Ouvray (2007a) considère que cette immaturité motrice est essentielle au bon développement du psychisme. Pour elle, « le psychisme doit apparaître en même temps que s'organise la motricité du bébé » (Robert-Ouvray, 2007a, p. 36). Le fait que la motricité soit d'abord immature permet que le développement se fasse dans la relation. En effet, l'hypotonie

axiale et l'hypertonie des membres le ramènent constamment à des mouvements d'enroulements partiels.

En outre, les parents assurent une position d'enroulement grâce au portage et au dialogue tonique, liés à l'attention qu'ils portent à leur enfant et au souci de protection qui les anime (Corneau-Doppia, 2016). Cette posture est donc passive au début de la vie car le bébé ne dispose pas encore d'une maturation tonique suffisante pour l'adopter activement.

De cette manière, le bébé est d'abord centré sur lui-même, dans des schèmes de base centripètes, ce qui lui permet une découverte fragmentée de son corps (Robert-Ouvray, 2007b). De plus, au début de la vie, il n'a pas conscience d'être différent de l'extérieur. L'espace de soi et l'espace de l'autre sont confondus, les limites ne sont pas intériorisées. Tout cela donne alors au bébé le temps de se découvrir lui-même, de connaître son propre espace, avant de s'ouvrir sur l'extérieur.

3.1.3 Un début d'ouverture sur le monde

Petit à petit, le tonus de fond se relâche au niveau des membres supérieurs puis des membres inférieurs. Ce moment de descente tonique libère les membres permettant un enroulement global qui, en lien avec un environnement affectif stable, constitue une étape fondamentale à la base du sentiment de sécurité corporelle et psychique (Robert-Ouvray, 2007b).

Le tonus postural, lui, se développe permettant un redressement progressif. De plus, la myélinisation des faisceaux cortico-spinaux permet la diminution de la motricité réflexe au profit de la motricité volontaire. Le niveau d'éveil augmente également. Tout cela permet au bébé de s'ouvrir d'avantage au monde extérieur, à la relation et de se montrer curieux de son environnement. Une réponse d'orientation à un flux sensoriel devient possible (Bullinger, 2004). L'exploration est de plus en plus riche : le bébé découvre tout un monde autour de lui !

Toutefois, la réponse d'orientation à un flux est parfois impossible du fait de limitations motrices, ce qui peut être confondu par les parents avec un déficit sensoriel (Bullinger, 2004).

3.1.4 L'étape du sixième mois : première différenciation motrice et psychique

Alors, autour de 6 mois, grâce à ces évolutions toniques, le bébé peut s'enrouler à partir du décubitus dorsal : « à ce moment, libéré d'autrui pour expérimenter la dimension verticale, le bébé connaît le plaisir d'un premier soi psychomoteur unifié » (Robert-Ouvray, 2007b, p. 46-47). Les schèmes de base se coordonnent. Selon Robert-Ouvray, cette période constitue « une première étape de rassemblement et d'unité sensorielle, motrice et psychique » (2007b, p. 52). Le

bébé se ressent comme une entité fermée et distingue le dedans du dehors. Il devient alors actif dans la relation à l'autre.

3.1.5 Redressement et exploration

Et puis, petit à petit, le développement du tonus permet au bébé de se redresser. Le maintien de la tête est le plus souvent acquis entre 2 et 4 mois, suivi du redressement du tronc entre 5 et 9 mois permettant la station assise. Enfin, une phase de redressement volontaire sur les deux membres inférieurs (généralement entre 7 et 9 mois) précède l'acquisition de la marche qui apparaît la plupart du temps entre 12 et 18 mois (Vaivre-Douret, 2003c).

Les déplacements marquent une étape importante du développement psychomoteur en offrant une autre dimension à l'exploration de l'espace et des objets, mais également au niveau psycho-affectif : l'enfant peut choisir de se rapprocher ou de s'éloigner de sa figure d'attachement. Cela est permis également par la mise en place de la permanence de l'objet, c'est-à-dire la conscience que l'objet continue d'exister même lorsqu'il n'est plus visible.

3.2 Le tonus : fonction centrale du développement psychomoteur

Comme nous venons de le voir, la maturation tonique sous-tend les fonctions posturales et motrices. Elle soutient alors le développement de l'ensemble des fonctions psychomotrices : le tonus, présent en permanence, influe sur l'ensemble de l'individu, à tous les niveaux et à chaque instant.

3.2.1 Tonus, coordinations et dissociations

Coordonner des mouvements demande de recruter toniquement certains muscles tout en en inhibant d'autres. Il est alors nécessaire d'avoir une maturation tonique suffisante et un contrôle de celui-ci pour effectuer des mouvements coordonnés.

Vaivre-Douret définit les coordinations comme « la concordance entre différentes modalités sensorielles et motrices » (2003a, p. 66). Les premières coordinations sont dites intersensorielles ou intermodales. Cela correspond aux coordinations bucco-faciales, visuo-manuelles, auditivo-visuelles et aux coordinations mains-bouche. Le bébé explore alors un élément de son environnement avec une modalité sensorielle ou avec une autre, qui lui permet d'en découvrir les propriétés. Le bébé développe également sa capacité d'évaluation de la distance, avec la représentation de l'espace de préhension (Bullinger, 2004, p. 23-47). Ces premières coordinations ne peuvent avoir lieu que si la régulation tonique est bonne.

Par la suite, en lien avec les modifications posturales, d'autres coordinations se développent comme les coordinations pieds-mains ou encore les coordinations bimanuelles.

La maturation neurologique permettra ensuite des contractions musculaires plus précises rendant possibles les dissociations, c'est-à-dire « des mouvements complexes qui mettent en jeu plusieurs segments corporels différents, qui réalisent, chacun, des actions différentes » (Bonneil & Meunier, 2020, p. 31).

3.2.2 Tonus, axe et respiration

Pour que l'ensemble de ces coordinations se mettent en place, le bébé doit construire son axe corporel. À la naissance, le bébé est dans une posture symétrique, centré autour de l'espace oral. Le tonus pneumatique, c'est-à-dire la rigidification du buste lorsqu'il retient sa respiration, lui permet de tenir son buste et de pallier à l'hypotonie axiale. Puis, au fur et à mesure de son développement neurologique, avec la myélinisation des axones (suivant les lois céphalo-caudale et proximo-distale), les muscles assurant la flexion du buste se développent permettant un équilibre entre les muscles du plan antérieur et ceux du plan postérieur. Le bébé peut alors adopter des postures asymétriques, impliquant une répartition tonique différente entre les espaces droit et gauche, un meilleur contrôle de la tête et une orientation vers les objets de l'environnement. La bouche assure un rôle de relai pour transférer un objet d'une main à l'autre. Puis, les mouvements de flexion, de redressement et de rotation permettent le contrôle du buste et la coordination des postures asymétriques. Ainsi, les espaces droit et gauche se coordonnent, mis en lien par l'espace oral qui formera ensuite l'espace de préhension. L'équilibre entre avant et arrière s'améliore, de même que l'équilibre latéral. Le bébé n'a donc plus besoin d'utiliser le tonus pneumatique pour se redresser : l'axe corporel est construit (Bullinger, 2004).

Notons également que la respiration est intimement liée à la fonction tonique. Elle constitue un processus à la fois automatique, dépendant du système nerveux végétatif, et volontaire. Par conséquent, elle forme, à l'instar du tonus, un carrefour entre le volontaire et l'involontaire, influant donc sur l'état émotionnel. Ainsi, travailler autour de la respiration permet d'avoir une action sur le tonus, et inversement.

3.2.3 Tonus, schéma corporel et épaisseur psychique

Le tonus permet donc l'accès à la verticalité et la mise en place de mouvements coordonnés, mais il détient également une fonction essentielle dans la prise de conscience de soi comme sujet différencié de l'autre et dans la construction du schéma corporel. « Le tonus musculaire est l'agent d'intégration du schéma corporel et des actions motrices » (Robert-Ouvray,

2007a, p. 44). Il permet de prendre conscience de soi, de ses différentes parties du corps par les messages proprioceptifs envoyés lors d'une contraction musculaire ou kinesthésiques lors d'un mouvement.

L'évolution du tonus, avec les explorations nouvelles qu'elle permet au niveau des coordinations et dans la construction de l'axe, contribue également à la prise de conscience d'un corps unifié, l'intégration la position des différentes parties du corps les unes par rapport aux autres et dans l'espace.

Le tonus permet aussi la construction de l'enveloppe corporelle avec la différenciation d'un dedans et d'un dehors. Selon Boscaini et Saint-Cast (2010), les échanges avec l'environnement physique et humain restent dans une mémoire sensorielle et émotionnelle et permettent l'intégration des limites corporelles.

De plus, l'expérimentation des variations toniques contribue à la sensation d'un corps en volume et d'une épaisseur psychique. Répéter les mêmes gestes permet de développer une première représentation de son organisme, faite de variations toniques et correspondant à la face interne d'une enveloppe corporelle en construction que Bullinger nomme une « consistance ». S'il y a des variations toniques, le bébé distingue cette « consistance » de l'extérieur, mais si les variations cessent, elle ne se différenciera pas du reste. Puis, grâce aux coordinations au sein de l'interaction, la face externe de l'enveloppe va se mettre en place (Bullinger, 2004). De cette manière, le tonus permet que se développe une épaisseur psychique avec une capacité à exister et à penser.

3.2.4 Tonus et latéralité

En plus de la mise en place du schéma corporel a lieu le processus de latéralisation dans lequel le tonus a une place primordiale.

La latéralité, c'est-à-dire la préférence d'utilisation de certains segments corporels, dépend d'un processus nommé latéralisation. Ce processus débute dès la fécondation et se poursuit à l'âge adulte. La latéralité dépend de prédispositions génétiques mais aussi d'influences internes (lésion du système nerveux par exemple) et externes, telles que l'expérience posturale (position in utero ou portage après la naissance) et la stimulation de l'entourage. Alors, le cerveau se développe de manière asymétrique et l'hémicorps dominant devient progressivement plus tonique et plus précis que l'autre (Vaivre-Douret, 2003b).

3.2.5 Tonus et représentations spatio-temporelles

Enfin, le tonus permet la structuration spatio-temporelle. Le premier espace construit est l'espace de soi avec la différenciation du dedans et du dehors, permise par le développement tonique en lien avec une relation affective ajustée. Par la suite, l'intégration de l'axe avec l'acquisition progressive de la verticalité et la maturation tonique permet une ouverture sur le monde (Potel, 2019b). Par exemple, le bébé qui attrape ses pieds et qui bascule d'un côté découvre alors un tout nouvel espace qui n'était pas accessible en décubitus dorsal.

De plus, les stimulations sensorielles attirent l'attention du bébé lui permettant d'intégrer les rapports spatiaux des objets entre eux (Potel, 2019b).

En outre, le redressement constitue à chaque étape une nouvelle découverte de l'espace et offre un point de vue sur le monde totalement différent. Lorsque les déplacements deviennent possibles, le bébé explore par lui-même selon ses envies. En effet, « l'adaptation à l'espace est profondément liée à l'intention et au désir de l'enfant » (Potel, 2019b, p. 139). Par la suite, les expériences sensori-motrices permettent l'investissement de l'espace et l'expérimentation de la tridimensionnalité, en lien avec l'organisation du schéma corporel (Potel, 2019b).

Concernant le sentiment de temps, il correspond d'abord, pour Potel (2019b), à l'installation d'un rythme interne. Au départ, le bébé est dans une rythmicité binaire des sensations à laquelle la mère s'accorde lui permettant de percevoir un rythme en deux temps, entre besoin et satisfaction. Puis, le rythme du bébé change et ses nouvelles acquisitions permettent à la mère d'être moins fusionnelle avec lui. Rassuré dans son sentiment d'unité corporelle, il peut supporter ce temps d'attente qui s'ajoute aux deux précédents. Un rythme en trois temps se met alors en place entre besoin, attente et satisfaction.

De plus, le dialogue tonico-émotionnel est essentiel dans la mise en place d'un rythme interne pour le bébé. Le bébé alterne entre excitation et détente, ce qui peut se faire grâce à la mère qui dose la quantité suffisante d'excitation et la régule assurant ainsi un rôle de pare-excitation. Se mettent en place des microrhythmes (des variations) à l'intérieur des macrorhythmes (les rythmes stables). Par exemple, des jeux de chatouilles (microrhythmes) se mettent en place au sein d'un temps de change (macrorhythme). Ces moments constituent des dialogues entre le parent et son bébé et permettent au bébé de se construire et de se différencier (Marcelli, 2007). Par la suite, le bébé organise ses mouvements en schèmes moteurs adoptant une cadence qui lui est propre, et donc une nouvelle rythmicité.

Enfin, Potel (2019b) évoque l'importance de la prosodie du langage dans une communication sensorielle et explique que l'enfant s'inscrit ensuite dans un temps générationnel et un temps social, lui conférant un rapport au temps davantage centré sur l'extérieur.

4 Tonus et handicap

Le tonus a donc une place centrale dans le développement psychomoteur et dans l'établissement des relations. Mais, parfois, un trouble vient se répercuter sur cette fonction tonique entraînant de multiples conséquences. Bullinger souligne la différence entre trouble et handicap, ce qui me paraît bon de rappeler : « le handicap est toujours relatif aux attentes d'un milieu, il est à ne pas confondre avec le déficit qui est constitué par un écart relativement à un fonctionnement typique. » (Bullinger, 2004, p. 24).

Ce sujet étant très vaste, j'ai choisi d'évoquer la question du lien parents-bébé, essentielle dans la mise en place d'un corps relationnel, ainsi que de définir les trois types de troubles que nous retrouverons dans le cas clinique et leurs conséquences toniques et relationnelles : la lésion du plexus brachial, les leucomalacies périventriculaire et les troubles de l'oralité.

4.1 Difficultés dans les liens précoces

Le handicap entrave bien souvent les relations précoces. Pour les parents, accueillir cet enfant peut alors s'avérer difficile.

4.1.1 Le deuil de l'enfant imaginaire

Durant la grossesse, les parents imaginent leur bébé. Ils fantasment, rêvent de leur futur enfant. À la naissance, l'enfant réel est toujours différent de leurs attentes. Les parents doivent alors renoncer à l'enfant rêvé pour investir leur enfant réel : ils doivent faire un deuil, le deuil de l'enfant imaginaire.

Toutefois, lorsque l'enfant naît avec un handicap, la différence avec l'enfant rêvé est parfois telle qu'elle peut constituer un gouffre pour les parents. Selon Korff Sausse (1996a), ils peuvent alors être sidérés, paralysés face au handicap. Ils n'arrivent plus à penser et n'arrivent pas à associer à leur enfant une représentation tolérable. Suite à ce choc traumatique, qui peut demeurer longtemps, d'autres sentiments apparaissent parfois comme la honte ou la culpabilité. Le handicap peut également raviver des éléments de l'histoire antérieure des parents et faire renaître des sentiments douloureux du passé qui étaient jusque-là oubliés. Les parents ne parviennent pas à s'identifier à leur bébé, ce que Korff Sausse compare à un miroir brisé renvoyant une image déformée. Par conséquent, le deuil de l'enfant imaginaire n'est pas toujours possible ce qui rend bien plus compliqué l'investissement de leur nouvel enfant.

4.1.2 Portages et dialogue tonique

En plus du deuil compliqué de l'enfant rêvé, les portages et le dialogue tonique sont, eux aussi, entravés par le handicap. Nous avons vu précédemment l'importance de l'ajustement tonique des deux parties dans l'émergence d'un dialogue tonique. Si l'enfant ne s'ajuste pas au tonus de ses parents, c'est-à-dire s'il n'y répond pas, la relation est altérée. Certains enfants handicapés présentent des troubles toniques et ne se laissent pas porter. Que l'enfant soit hypertonique ou hypotonique, le portage est donc plus compliqué.

Si le bébé est hypotonique, des sensations de rejet, d'inquiétude ou d'angoisse peuvent naître chez le parent. Un bébé hypertonique, lui, sera difficile à calmer, entraînant un sentiment d'impuissance et d'angoisse suscitant également le rejet. Il n'y aura alors pas de plaisir dans le portage (Robert-Ouvray, 2007a).

De ce fait, les parents ont parfois le sentiment d'être de mauvais parents, l'impression de mal faire, de ne pas savoir s'y prendre, et une culpabilité peut s'installer. L'échange est difficile car leur bébé ne répond pas sur le même registre qu'eux. Il est aussi compliqué pour eux de porter leur enfant psychiquement, c'est-à-dire de le rêver, de lui prêter des pensées... Les difficultés dans le portage et, globalement, dans le dialogue tonique, vont impacter la relation entre les parents et le bébé et, par conséquent, le développement psychique de ce dernier.

4.2 Les différents troubles du tonus

Un tonus mal régulé peut entraver les liens précoces, mais, en fait, quels sont ces troubles du tonus ?

Lorsque le recrutement tonique est excessif, nous parlons d'hypertonie. À l'inverse, l'hypotonie correspond à un tonus trop faible. D'autres troubles toniques s'y ajoutent parfois. La spasticité, par exemple, correspond à une contraction involontaire des muscles lors de leur étirement. Elle apparaît lorsque la voie pyramidale est atteinte. Les dystonies, elles, correspondent à des contractions involontaires des muscles. Nous observons aussi quelque fois des dysmétries : l'exécution du mouvement est entravée, avec un mouvement soit trop long (hypermétrie) soit trop court (hypométrie). Les dysmétries se retrouvent souvent lorsque le cervelet est atteint (Bonneil & Meunier, 2020).

Tous ces troubles peuvent être la conséquence d'une atteinte neurologique, mais l'aspect psycho-affectif peut également perturber le tonus, avec notamment des difficultés à l'ajuster ou à le réguler : dans l'épisode dépressif par exemple, nous observons souvent une hypotonie qui ne fera pas suite à une lésion du système nerveux. Les traitements médicamenteux peuvent également perturber l'équilibre tonique.

Ne pouvant pas développer l'ensemble des troubles affectant le tonus, il me semble tout de même pertinent de vous proposer des définitions de ceux que nous retrouverons dans l'étude de cas de Laura. Cela vous permettra, je l'espère, d'en comprendre les enjeux toniques et relationnels.

4.3 La lésion du plexus brachial

4.3.1 Définition

Le plexus brachial appartient au système nerveux périphérique. Ce dernier regroupe l'ensemble des nerfs du corps humain : il comprend les neurones moteurs, les neurones sensitifs et les neurones du système nerveux autonome. Une atteinte de ces nerfs entraîne des déficits moteurs et sensitifs importants au niveau de la partie du corps concernée (CEN, 2016).

À l'intérieur du système nerveux périphérique, le plexus brachial correspond à un ensemble de cinq racines nerveuses qui partent de la moelle épinière (au niveau des vertèbres cervicales C5, C6, C7, C8 et thoracique T1) et innervent l'ensemble du membre supérieur (Bérubé et al., 2014).

4.3.2 Conséquences sur le développement

Parfois, lors d'un accident ou de l'accouchement, le plexus brachial peut être touché (nerfs étirés, déchirés ou arrachés). Cela peut entraîner une paralysie partielle, c'est-à-dire une atteinte de la motricité et de la sensibilité d'une partie du membre supérieur, ou une paralysie totale touchant l'ensemble du membre supérieur. Des raideurs peuvent également apparaître (Bérubé et al., 2014).

La partie du corps atteinte est moins sensible et peut même faire l'objet de sensations désagréables, voire douloureuses. De ce fait, elle sera moins active dans l'exploration motrice. Nous pouvons alors imaginer que tout cela entraîne parfois un désinvestissement du bras, qui ne sera donc pas forcément bien intégré au schéma corporel.

4.4 Les leucomalacies périventriculaires

Une atteinte tonique peut être causée par une lésion périphérique, comme c'est le cas pour la lésion du plexus brachial, mais aussi par une atteinte centrale, par exemple les leucomalacies périventriculaires qui touchent la substance blanche cérébrale.

4.4.1 Définition

Selon Marret, les leucomalacies périventriculaires sont « des maladies acquises de la substance blanche volontiers diffuses et associées à une atteinte des noyaux gris centraux voire de la substance grise corticale, constituant en réalité une véritable encéphalopathie » (2003, p. 417). Elles sont fréquentes chez le nouveau-né prématuré et plus rares lors d'une naissance à terme. Leurs étiologies, mal connues, seraient multiples, associant facteurs exogènes (hypoxie, ischémie, inflammations, infections, stress...) et facteurs endogènes (déficit en hormones, en facteurs de croissance...).

4.4.2 Conséquences sur le développement

Au niveau du tonus, les leucomalacies périventriculaires peuvent entraîner une diplégie spastique voire une quadriplégie. Elles causent aussi parfois des troubles spécifiques du développement (au niveau de la mémoire, de l'attention, des apprentissages scolaires) ou encore des déficiences intellectuelles (Marret, 2003).

4.5 Les troubles de l'oralité

Parfois, troubles du tonus et troubles de l'oralité s'entremêlent. Les conséquences peuvent s'avérer considérables car la zone orale est très importante dans le développement psychomoteur.

4.5.1 Investir la zone orale

La bouche est la première zone investie par l'enfant : elle lui sert à découvrir le monde et à se découvrir lui-même. Lorsqu'il tète, l'espace oral est lieu de plaisir. Il explore ensuite ses mains et les objets par la bouche. La zone orale, grâce au schéma d'enroulement, fait le lien entre les espaces droit et gauche, permettant par la suite une unification en un seul espace de préhension et la mise en place des coordinations bimanuelles (Bullinger, 2004). Enfin, l'investissement de cette zone permet, plus tard, le développement du langage.

4.5.2 Dialogue tonique et alimentation

Pfister et al. (2008) expliquent que l'alimentation active est très importante dans la mise en place de la relation entre la mère et son bébé. Elle met en jeu une activité de succion (aspiration de la substance) et une activité d'exploration (pression de la zone orale sur l'objet). Si tout se passe bien, l'activité d'exploration stimule le système tactile. Le bébé redresse son buste

et sa tête via le recrutement tonique mettant en jeu le système tactile archaïque (spino-thalamique). Le système tactile récent (lemniscal), lui, permet l'orientation de la tête, des lèvres, de la langue et des gencives. Un équilibre entre ces deux systèmes tactiles rend possible l'activité de succion. L'alimentation amène une sensation de satiété. Le bébé se détend alors, indiquant, par cet état tonico-émotionnel, la fin du repas.

Il s'agit d'un moment de portage où les échanges se font par différentes modalités sensorielles : le peau à peau, le regard, la voix, les bercements... Ce moment constitue alors un temps important de lien entre la mère (ou le père, si l'alimentation se fait au biberon) et son bébé, avec une réelle communication par le dialogue tonico-émotionnel.

La position d'enroulement et l'appui dos permettent une posture adaptée à la déglutition par la détente musculaire de la nuque et par mise en forme du corps. La personne qui nourrit offre alors une contenance posturale directement en lien avec le dialogue tonico-émotionnel (Bullinger, 2004).

4.5.3 Alimentation entérale et troubles de l'oralité

Toutefois, l'alimentation ne peut pas toujours se faire de manière idéale. Lorsque l'alimentation par la bouche est impossible, certains bébés doivent être alimentés par voie entérale, c'est-à-dire par une sonde apportant directement les nutriments dans le tube digestif (par exemple une sonde naso-gastrique). Bien qu'indispensable pour survivre, cela appauvrit leurs expériences sensori-motrices au niveau de la zone orale. Le bébé demeure passif, les vécus sont parfois désagréables, voire douloureux (Pfister et al., 2008). Cela peut constituer un traumatisme pour le bébé qui n'investira donc pas toujours cette zone au cours de son développement.

4.5.4 Lien entre troubles de l'oralité et sensibilité atypique

Des troubles de l'oralité peuvent aussi être causés par une sensibilité atypique. Notons que cette particularité sensorielle peut être isolée, mais peut aussi être en lien direct avec des traumatismes comme l'alimentation entérale.

Une sensibilité atypique au niveau de la zone orale, que ce soit une hypersensibilité ou une hyposensibilité, peut entraîner des difficultés à s'alimenter suffisamment ou une sélectivité selon différentes caractéristiques des aliments. Certains gestes de la vie quotidienne, comme le lavage de dents, peuvent aussi être affectés. Si l'équilibre sensoriel n'est pas assuré, la bouche ne pourra pas non plus assurer sa fonction de transition entre les espaces droit et gauche. Parfois, il arrive que la zone orale reste mobilisée comme zone d'exploration et que le lien mains-bouche

perdure : les mains ne sont alors pas mobilisées pour explorer l'environnement et leur fonction instrumentale est restreinte (Bullinger, 2004).

5 L'adolescence : une période de bouleversements

Nous avons donc vu toute l'importance d'un bon développement tonique au cours de l'enfance. Avant de passer à l'âge adulte, la période de l'adolescence vient questionner de nouveau le lien à l'autre et à son corps. Comment l'adolescence vient-elle bouleverser la question du corps relationnel, en lien avec le tonus ?

5.1 Définir l'adolescence

Selon le Larousse, l'adolescence est une « période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite. » (Larousse, s. d.). Nous pourrions aussi la décrire comme un processus de transition entre l'enfance et l'âge adulte, à la fois d'un point de vue corporel (avènement de la puberté), mais aussi psychologique (développement cognitif, abstraction, remaniements identitaires) et social (modification de la place dans la société). La crise d'adolescence vient marquer cette période et découle d'une remise en question identitaire. Je focaliserai ici mon attention sur les aspects corporels, identitaires et relationnels de l'adolescence.

5.2 Un corps qui change

5.2.1 La remise en cause du sentiment d'existence

L'adolescence est une période de grands changements. Potel parle même d'une « période de révolution où le corps occupe une grande place » (2006, p. 58). Toute la construction du sujet est bouleversée : les changements corporels de la puberté viennent bousculer tout ce qui s'était construit durant l'enfance. Le schéma corporel est remanié et l'adolescent doit intégrer ces modifications corporelles dans son image du corps, ce qui peut entraîner des conséquences affectives et sociales. Intégrer ces changements corporels s'avère très énergivore pour les adolescents : cela va remettre en question leur place au sein de la famille et de leur environnement, pouvant « faire vaciller leur sentiment d'être eux-mêmes » (Potel Baranes, 2007, p. 121).

En effet, transition entre l'enfance et l'âge adulte, cette période est faite pour tout un chacun de questionnements, de doutes, de remaniements identitaires. « Avoir un corps était une évidence pendant l'enfance, cela devient un questionnement, voire un malaise, à l'adolescence. »

(Potel Baranes, 2007, p. 121). Le sentiment d'existence « initialement lié à la sensation d'avoir un corps habité et pensé par soi » (Potel, 2006, p. 58) est à nouveau remis en cause : c'est la crise d'adolescence.

La puberté marque aussi le début de la sexualité génitale. De ce corps changeant peuvent naître des émotions, comme l'excitation mais aussi parfois la honte et la culpabilité.

5.2.2 Le tonus à l'adolescence

Le schéma corporel qui se modifie durant cette période a également des conséquences sur le tonus. En effet, le corps des adolescents change très rapidement : un pic de croissance, provoqué par l'hormone de croissance (somatotropine), ne laisse pas le temps au cerveau d'intégrer ces nouveaux paramètres au schéma corporel. Pour le cervelet, il devient alors plus compliqué d'ajuster les mouvements et le tonus, provoquant une maladresse et un manque de tonus (Montaigne, 2015). En plus de l'hormone de croissance, les hormones sexuelles comme les œstrogènes et la testostérone sont libérées en grande quantité ce qui fatigue l'organisme. Enfin, la mélatonine, hormone permettant l'endormissement, est libérée plus tard que durant l'enfance ce qui diminue le temps de sommeil (Choses à Savoir, 2020). Du fait de tous ces facteurs, l'adolescent semble « mou » et nous observons souvent une posture affaissée.

5.3 S'approprier un corps nouveau

Bouleversé par tous ces changements, l'adolescent doit se réapproprier son corps qui devient alors « l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité » (Potel, 2006, p. 59). L'adolescent s'exprime grâce à ce corps en tentant de le maîtriser, passant par les vêtements, la coupe de cheveux, les tatouages... Cela lui permet d'appartenir à un groupe mais aussi d'affirmer son identité. Il s'approprie également une langue et une gestuelle adolescente. Il s'agit alors d'« être soi mais pareil aux autres » (Potel, 2006, p. 60), appartenir à un groupe, mais avoir sa propre originalité pour exister individuellement. De plus l'adolescent est souvent contraint, plus ou moins volontairement et plus ou moins consciemment, à s'adapter à une norme sociale pour être accepté et son corps en changement peut parfois être source de complexes face au regard des autres.

5.4 L'évolution du lien à l'autre

5.4.1 Remaniements familiaux

La place au sein de la famille est remise en question, car le corps de l'adolescent devient un corps d'adulte avec une sexualité génitale possible, ce qui réactive le complexe d'Œdipe. Pour les parents, l'enfant devient un étranger. Au contraire, l'adolescent se sent trop semblable et a besoin de s'éloigner pour se différencier. Cela peut créer des tensions au sein de la famille jusqu'à ce qu'un nouvel équilibre soit trouvé (Potel, 2006).

Pour Tourette et Guidetti (2018b), le sujet accède au statut d'adulte par les changements corporels de la puberté ainsi qu'avec la reprise du processus d'individuation/séparation. Cela demande alors de faire le deuil de son enfance, de renoncer à son statut d'enfant et, ainsi, de désinvestir certains objets d'identification pour en investir de nouveaux comme les groupes de pairs. Elles expliquent alors que « l'adolescent est partagé entre son désir de maintenir les liens avec les imagos parentales (tout en remettant en cause les modèles parentaux) et son désir d'autonomie, d'émancipation » (Tourette & Guidetti, 2018b, p. 265). La famille, si elle constitue une base de sécurité, permet une continuité dans ce changement d'investissement. Les liens d'attachement évoluent alors : le lien à la famille se transforme tandis que de nouveaux liens amicaux se créent.

5.4.2 Relation avec les pairs

Alors que l'adolescent se cherche, l'autre peut avoir un rôle de miroir. Les premiers amours naissent et les amitiés à deux sont fréquentes. « L'autre est un reflet de soi, qui rassure et consolide » (Potel, 2006, p. 61). L'adolescent est aussi, bien souvent, contenu par l'enveloppe du groupe d'amis auquel il appartient. Tourette et Guidetti (2018b) expliquent que ces nouveaux liens d'attachement ne remplacent pas les figures d'attachement primaires (parents) mais s'y ajoutent et ont un rôle sécurisant et de régulation émotionnelle.

5.5 Conduites à risque et violence à l'adolescence

Toutes ces modifications demandent à l'adolescent de trouver un nouvel équilibre. Toutefois, cela s'avère plus compliqué si l'adolescent n'a pas encore une personnalité bien constituée (Potel, 2006). Alors, certains troubles du comportement peuvent apparaître pour tenter de maîtriser, de décharger ou d'appeler à l'aide, se manifestant quelque fois par de l'agressivité. Les émotions débordent l'adolescent qui a la sensation de ne plus s'appartenir. Selon Potel (2006), l'agressivité témoigne d'un conflit puissant entre un désir de changement et une attraction vers la régression. Elle peut également avoir un rôle d'affirmation de soi en tant

qu'individu unique. En psychomotricité, il nous faudra alors accompagner l'adolescent pour symboliser cette agressivité et exprimer autrement sa violence.

5.6 Adolescence et handicap

Alors que le handicap entrave le développement tonique et relationnel, et que l'adolescence bouleverse la construction de soi, comment cette période se manifeste-t-elle chez des personnes handicapées ?

5.6.1 Remaniements physiques et psychiques

Selon Écotière et al. (2016), les personnes ayant une déficience physique ou mentale sont soumises, elles aussi, au processus de la puberté et à tous les changements qu'elle implique. Cependant, les remaniements psychiques se font parfois légèrement plus tard que pour les autres adolescents, et peuvent également s'étendre sur une durée plus longue.

5.6.2 Le regard des autres

L'adolescence est aussi une période où le regard de l'autre est important. L'enfant handicapé est déjà soumis à la violence du regard de l'autre qui lui rappelle systématiquement sa différence (Korff-Sausse, 1996b). Or, à l'adolescence, lorsque l'image du corps est remaniée en lien avec un schéma corporel mouvant, les groupes de pairs se forment et le regard de l'autre prend une autre importance. Cela peut impacter grandement la confiance en soi et l'estime de soi.

De plus, les adolescents porteurs de handicap doivent aussi affronter la réalité de leur différence ce qui constitue un réel facteur de stress. Intégrer le handicap reste toutefois essentiel pour éviter une vision déformée de la réalité ou de soi, ou encore un mauvais ajustement (Shulman & Rubinroit, 1987).

5.6.3 Découvrir la sexualité génitale

Nous l'avons vu, l'adolescence marque le début de la sexualité génitale. Chez les personnes handicapées, cela peut devenir un sujet complexe car la société tend parfois à oublier que le handicap n'efface pas le désir sexuel. Pour Vaginay (2011), notre société prend de plus en plus en compte la sexualité de la personne ayant une déficience mais elle cherche à l'encadrer, à la surveiller d'une manière si rigide qu'elle freine, voire empêche, ces adolescents d'explorer de leur sexualité et d'exprimer de leur désir.

5.6.4 Entre dépendance et séparation

Enfin, nous avons vu que la séparation constituait un enjeu primordial de l'adolescence. Cependant, le handicap maintient la personne dans une dépendance à l'autre, aux parents, aux soins. Selon Shulman et Rubinroit (1987), les difficultés motrices empêchent l'adolescent de se séparer physiquement de ses parents, car il reste dépendant d'eux pour les actes de la vie quotidienne. De plus, il peut avoir plus de difficulté pour s'intégrer auprès des pairs qui, de ce fait, ne constituent pas un support suffisamment solide pour pouvoir se séparer des figures parentales. Une déficience motrice entraverait la séparation physique tandis qu'une déficience intellectuelle compliquerait davantage le développement des relations interpersonnelles (difficultés pour comprendre le point de vue de l'autre et ses besoins) (Shulman & Rubinroit, 1987).

Tout cela rend le processus de séparation et d'autonomisation plus difficile pour les personnes handicapées et entraîne des conséquences sur le rapport à soi, le rapport à son corps, mais aussi le rapport à l'autre du fait d'une individuation pas achevée.

PARTIE CLINIQUE :

Lorsque le corps semble inexpressif

1 Présentation de mon stage

1.1 Le Centre d'Éducation Motrice

Chaque lundi matin, je vais en stage au sein d'un Centre d'Éducation Motrice (CEM). Créé il y a fort longtemps, il visait initialement à prendre en charge ceux que l'on nommait à l'époque des « incapables », un terme qui n'est, bien sûr, plus utilisé aujourd'hui. Il n'accueillait alors que des personnes présentant un handicap moteur sans déficience intellectuelle ou sensorielle.

Récemment, les conditions d'admission ont évolué. La politique gouvernementale a privilégié l'inclusion scolaire permettant à certaines personnes ayant un handicap moteur d'intégrer un parcours classique, en Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) notamment. Cela a permis de libérer des places pour d'autres personnes ayant, de ce fait, un handicap parfois plus conséquent. De plus, actuellement, ce CEM n'accueille plus les jeunes sur ses propres critères uniquement, mais sur demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ainsi, il accompagne de plus en plus de personnes présentant des déficiences intellectuelles et sensorielles associées à leur déficience motrice. La clinique du polyhandicap commence même à arriver au CEM, ce qui n'était pas le cas auparavant. Cela demande une adaptabilité importante de la part de l'équipe, notamment des psychomotriciennes amenées à rencontrer des problématiques de plus en plus variées.

Ce CEM accueille des adolescents de 10 à 25 ans. Il dispose d'un pôle éducatif et d'un pôle de soins, conférant alors un accompagnement scolaire et éducatif adapté ainsi que des soins médicaux et paramédicaux. Les jeunes peuvent dormir sur place, à l'internat, ce qui représente un grand bénéfice pour ceux qui vivent loin. L'internat permet également de travailler sur la problématique de la séparation à l'adolescence et sur l'autonomie. Pour certains jeunes, ne pas dormir chez eux est source d'anxiété tandis que d'autres le réclament. Cela constitue un véritable enjeu dans le fonctionnement du CEM et l'admission, ou non, à l'internat est discutée dans les projets de soins.

1.2 La place de la psychomotricité

Dès mes premiers jours de stage, je remarque l'importance de la psychomotricité au sein du CEM. Deux psychomotriciennes y travaillent : l'une à temps plein, l'autre à temps partiel. Elles mènent des séances individuelles mais aussi des groupes. Pour elles, être deux constitue un avantage considérable car elles peuvent échanger sur leurs pratiques et s'entraider. Une grande importance est accordée à la pluridisciplinarité et les psychomotriciennes échangent beaucoup avec leurs collègues.

1.3 Ma place de stagiaire

Durant l'été, je m'entretiens avec Anne, l'une des deux psychomotriciennes, qui m'explique : « Valentine, nous pensions avec ma collègue qu'il pourrait être intéressant pour vous d'être un peu avec elle, et un peu avec moi durant votre stage ». L'autre psychomotricienne, Leslie, étant absente jusqu'en novembre, nous décidons que je ne suive pas sa remplaçante. Je commence donc mon stage auprès d'Anne, puis, dès le retour de Leslie, je partage mon temps pour les suivre toutes les deux (Anne le matin et Leslie l'après-midi). Me voilà alors lancée dans ce stage, pleine d'intérêt et de curiosité.

C'est la première fois que je rencontre des adolescents dans un contexte de soin. Je me questionne sur ma posture et sur la manière de m'adresser à eux. Au départ, je ne sais pas trop, je tâtonne et, petit à petit, je prends mes marques. Je me sens de plus en plus en confiance mais ce stage constitue pour moi un réel travail d'ajustement permanent et de remise en question sur mon savoir-être de psychomotricienne.

Avec mes deux référentes de stage, j'ai d'abord un rôle d'observatrice qui me permet d'établir la relation avec les jeunes et d'affiner mon observation clinique. Rapidement, je suis impliquée dans certains soins où je peux alors proposer des idées, voire mener des séances.

2 Laura : une adolescente surprenante

Parmi les nombreux jeunes que je rencontre au CEM, Laura, une jeune fille de 14 ans m'interpelle par sa manière d'entrer en relation et d'habiter son corps.

2.1 Anamnèse

Afin de connaître l'histoire de Laura, je parcours son dossier médical. Si j'y trouve de nombreuses informations, d'autres ne sont pas disponibles (concernant son parcours scolaire

notamment). Les différents professionnels qui suivent Laura me donnent également des éléments.

2.1.1 De multiples soins dès la naissance

Laura naît en 2006 avec une circulaire du cordon, c'est-à-dire avec le cordon ombilical autour du cou. Le médecin doit la retourner pour éviter une anoxie mais cela entraîne un traumatisme du plexus brachial gauche et une fracture ou un déplacement de la clavicule gauche. Elle présente aujourd'hui des séquelles neurologiques de leucomalacies périventriculaires, ainsi que des séquelles orthopédiques avec une paralysie du plexus brachial gauche.

De plus, Laura est opérée à la naissance du frein lingual qui l'empêche de téter. Bébé, elle présente une hypotonie axiale, une bouche hypotonique ouverte avec un déficit de succion et des difficultés pour l'alimentation au sein puis au biberon. Elle souffre alors d'anorexie sévère du nourrisson et bénéficie d'une prise en charge dès ses 9 mois en orthophonie. De 2006 à 2010, elle est alimentée par sonde nasogastrique la nuit et mange une alimentation moulinée la journée. L'alimentation est plus aisée à partir de 2012.

Laura est hospitalisée tous les jours pendant 6 mois de manière intensive. Elle est ensuite suivie en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) puis en Service d'Éducation et de Soins À Domicile (SESSAD) jusqu'à son entrée au CEM.

Elle subit deux chirurgies pour le plexus brachial gauche, l'une en 2011 et l'autre en 2013 qui, selon le médecin, n'ont pas apporté de grands résultats. Enfin, elle présente depuis novembre 2020 un corset-siège moulé sur socle du fait d'une hyperlordose avec lyse isthmique.

Concernant les soins paramédicaux, Laura est suivie en psychomotricité dès ses 9 mois, puis le suivi est arrêté en 2017 au profit d'un suivi en ergothérapie. Lorsqu'elle arrive au CEM à l'âge de 13 ans, ses parents font part à la psychomotricienne de leur désir d'un suivi en psychomotricité pour Laura, conscients que cela pourrait lui être bénéfique. Actuellement, elle est alors suivie en psychomotricité, en kinésithérapie, en orthophonie et en ergothérapie au sein du CEM. Elle ne prend aucun traitement médicamenteux particulier.

L'orthophoniste m'affirme que Laura présente encore une dyspraxie buco-faciale ainsi que des difficultés alimentaires, ce qu'elle relie au vécu douloureux concernant sa zone orale et la question de l'alimentation. Au niveau sensoriel, Laura ne supporte pas le brossage des dents, ni le bain. Ses parents auraient également rapporté à l'équipe que Laura ne saurait pas exprimer la douleur ni le besoin d'aller aux toilettes.

2.1.2 Le développement psychomoteur

Concernant son développement psychomoteur, Laura commence à marcher vers 3 ans et demi. Au niveau relationnel, il n'y a pas d'interactions possibles pendant la première année : pas de réactions aux bruits, pas de contact oculaire, comme si elle était dans sa bulle. Je m'interroge sur un potentiel lien avec les troubles de l'oralité qu'elle a présentés, car la zone orale est très importante dans le développement relationnel, essentielle dans la prise de conscience de soi et pour l'ouverture à l'extérieur. Cette difficulté à réagir aux stimuli extérieurs peut, de même, être liée à son hypotonie globale. Laura entre tard dans la communication, commençant à produire quelques mots à partir de son entrée en école maternelle, ce qui me renvoie de nouveau à ses troubles de l'oralité : quel investissement a-t-elle de sa zone orale après avoir eu de tels troubles ? Son vécu, probablement traumatisant, au niveau de l'oralité, l'a-t-elle freinée dans le développement du langage ? À ce moment-là, sa mère se pose la question d'un trouble autistique, mais un tel diagnostic n'est pas posé.

La continence diurne aurait été acquise entre 6 et 7 ans, mais une incontinence urinaire nocturne surviendrait encore quelques fois, possiblement associée à une incontinence anale ponctuelle.

Actuellement, elle présente une déficience intellectuelle en plus de ses troubles moteurs : les bilans orthophoniques et ergothérapiques montrent la présence de troubles cognitifs touchant le langage, la logique et le repérage.

2.1.3 Parcours scolaire et intégration au CEM

En maternelle, Laura est scolarisée en classe ordinaire avec une Assistance de Vie Scolaire (AVS), puis intègre une classe ULIS jusqu'à ses 12 ans révolus. D'après ses parents, elle aurait toujours eu le même groupe scolaire et n'avait aucun ami.

Elle arrive au CEM en août 2019. Son enseignante m'explique qu'elle progresse, bien qu'elle ait grand besoin d'être guidée. Elle a également besoin de nombreux rituels en classe mais elle se montre plus attentive qu'à son arrivée et présente beaucoup de connaissances, ce que nous relierions à un entourage étayant. Toutefois, un manque de flexibilité mentale est noté ainsi que de grandes difficultés scolaires (difficultés en mathématiques, ne lit qu'avec des pictogrammes, ne sait pas écrire son nom de famille). Au niveau social, Laura s'est fait deux amis avec qui elle reste tout le temps, mais manque aussi d'initiative en leur compagnie.

Laura est d'abord externe au CEM et, depuis le mois d'avril 2021, une nuit d'internat par semaine se met en place afin de travailler davantage la question de l'autonomie avec les éducateurs et l'ergothérapeute.

Laura semble se plaisir au CEM. Elle participe à deux clubs, le club escalade et le club danse, qu'elle semble apprécier et investir.

2.1.4 L'environnement familial

Laura vit avec ses deux parents. Sa grande sœur, avec qui elle s'entend bien, a un appartement étudiant près du CEM : Laura va parfois dormir chez elle pour diminuer les temps de trajets. Laura semble également proche de son papa. Chaque lundi, lorsque nous nous retrouvons, il est fréquent qu'elle nous raconte avec enthousiasme les activités faites en sa compagnie durant le week-end (regarder le sport à la télé, jouer ensemble...).

Je ne l'entends jamais parler de sa maman en séance. Cette dernière rapporte à l'équipe éducative de très grosses crises de colère de la part de Laura, des crises qu'elle décrit comme ingérables. Elles surviendraient principalement le matin au moment de se lever, en présence d'un parent comme de l'autre. Sa maman explique avoir tenté de filmer ces crises pour les montrer à l'équipe du CEM, mais Laura refusait et s'en trouvait encore davantage en colère. Cela montre une conscience du regard de l'autre mais, surtout, cela m'interpelle et me questionne. Pourquoi fait-elle des crises de colères si fortes ? Que se passe-t-il pour elle à ces moments-là ?

Ainsi, Laura baigne dans le monde du soin depuis sa naissance avec des troubles moteurs, une déficience intellectuelle mais aussi des troubles de l'oralité importants. Cela m'interroge sur les interactions qu'elle a pu avoir durant son enfance et lorsqu'elle était bébé. Quel est le lien entre elle et ses parents ? Un accordage a-t-il pu se mettre en place entre eux dans le portage et les soins corporels ? Quels impacts ses troubles de l'oralité ont-ils eu sur son exploration de l'environnement ?

2.2 Le début du suivi : un corps très figé

2.2.1 Le bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur est réalisé en février 2020, comme pour chaque jeune arrivant au CEM. Laura est alors âgée de 13 ans et 6 mois. La psychomotricienne décrit une attitude figée, une posture et un visage permettant peu de lire son vécu et ses émotions. Le regard est toutefois bien adressé et elle peut répondre à quelques questions. Cependant, elle ne peut pas donner son âge ni décrire son handicap ou la raison de son entrée au CEM. Durant le bilan, elle s'essaye à toutes les épreuves, même les plus difficiles. Une lenteur est notée dans son tempo spontané, sans variation possible.

Lorsqu'elle marche, ses pas sont sonores et ses bras sont croisés devant elle, mains tenues, se relâchant lorsque Laura est plus en confiance. Le recrutement tonique dans l'action ou dans l'accélération du mouvement s'avère difficile. Cependant, elle peut faire varier son tonus postural et son tonus de fond lors des épreuves de ballant et des mobilisations passives. Ces difficultés de modulation tonique entravent sa mise en mouvement.

Les coordinations sont compliquées, croiser l'axe est impossible de même que les dissociations. La raideur et l'absence de contrôle visuel entravent la motricité fine.

Concernant le schéma corporel, Laura connaît bien le visage, mais se trompe souvent sur la désignation précise des membres et des articulations. Son dessin du bonhomme (Annexe I) témoigne de capacités de représentations du corps très fragiles : le bonhomme n'est pas reconnaissable, il n'a ni tronc, ni jambes, ni visage. Elle peut ajuster ses mouvements pour réaliser différentes positions (s'asseoir, s'allonger, se mettre à quatre pattes...) mais ses mouvements manquent de précision et de richesse. Elle connaît la droite et la gauche sur ses membres supérieurs mais pas sur les membres inférieurs ni sur autrui.

La structuration spatio-temporelle est en construction mais reste très fragile : elle connaît quelques notions de vocabulaires malgré des erreurs et d'importantes difficultés dans les autres épreuves. Elle ne peut pas reproduire des rythmes, présente des difficultés dans l'épreuve de reproduction de trajets complexes dans l'espace (bien qu'elle puisse reproduire un trajet simple) et ne peut adapter un nombre de pas à une distance.

Suite à ce bilan, la psychomotricienne préconise un suivi psychomoteur pour Laura. L'objectif serait d'étoffer sa palette motrice en enrichissant ses représentations corporelles. Pour se faire, il serait proposé à Laura des expériences motrices variées, impliquant différentes mises en jeu toniques et étayant les représentations temporo-spatiales.

Mais, alors qu'un suivi psychomoteur s'apprête à débiter pour Laura, le premier confinement vient empêcher sa mise en place. Ce n'est qu'en juin 2020 que le suivi débute avec la psychomotricienne remplaçante de Leslie, cette dernière étant absente jusqu'en novembre.

2.2.2 Le début du suivi

La psychomotricienne qui remplace Leslie prend connaissance du bilan de Laura et du projet de soin la concernant. Elle réalise alors trois séances en juin 2020, puis reprend le suivi après les vacances scolaires, de septembre à fin octobre.

Elle fait à Laura différentes propositions comme des parcours psychomoteurs, ainsi que des jeux, des rubans de gymnastique rythmique... Dans ses prises de notes, je lis non seulement que Laura est très inhibée, mais également qu'elle ne se souvient pas des séances précédentes.

2.2.3 Notre première rencontre

Au début du mois de novembre, Leslie revient au CEM et nous reprenons ensemble le suivi de Laura. Avant que je ne rencontre cette dernière, la psychomotricienne me la décrit comme une jeune fille de 14 ans au visage figé, dont le langage n'est pas fiable. Elle présenterait des difficultés de logique et des petites compétences motrices, mais resterait toutefois téméraire. Elle me parle également de difficultés de modulation tonique et d'une passivité très importante. Leslie me décrit également sa bouche, hypotonique, toujours ouverte, qui parfois renvoie du dégoût. Cette bouche, je ne la verrai pas durant le suivi car nous portons désormais des masques en raison de la crise sanitaire. Ce n'est donc qu'à travers le haut de son visage que je pourrai observer ses expressions faciales.

13h30. La pause de midi se termine. Laura est là, devant la porte. La psychomotricienne lui propose d'entrer. Je suis assise au bureau, car nous avons convenu avec la psychomotricienne que je resterais en observation pour le moment. J'aperçois une jeune fille un peu plus petite et un peu plus fine que la plupart des autres adolescentes de son âge. Elle porte des lunettes et ses cheveux frisés sont attachés en une tresse serrée. Leslie recule la chaise (celle qui se trouve au bout du bureau, entre la psychomotricienne et moi) et lui propose de s'asseoir.

La psychomotricienne me présente, puis commence par lui poser quelques questions car elle ne l'a pas revue depuis le bilan, en mars. Laura répond bien aux questions, mais ses réponses sont laconiques : « oui » la plupart du temps, « non » parfois, et un autre mot de temps en temps. Je remarque aussi que Laura parle d'elle à la troisième personne, ce qui me questionne sur sa construction de sujet. Toutefois, elle peut regarder dans les yeux de la psychomotricienne et dans les miens au cours de la discussion. Ses réponses, toujours les mêmes, toujours dites avec la même intonation, et bien que son ton de voix ne soit pas monocorde, me renvoient comme une impression de préprogrammation, comme s'il n'y avait pas d'émotion dans ses paroles ou de véritables pensées derrière celles-ci. Je pense également que Laura est impressionnée face à deux adultes qu'elle ne connaît pas vraiment, et que cela influe forcément sur sa manière de parler, mais également d'habiter son corps.

Puis, la psychomotricienne lui propose un parcours, quelque chose que Laura connaît déjà, pour la mettre en confiance. Elle lui propose d'installer un élément pour le parcours. Laura prend alors des poteaux en plastique et les aligne, montrant en le faisant que le but est de tourner autour. La psychomotricienne expérimente le parcours en premier, puis c'est au tour de Laura. Elle est très figée au niveau tonique, en particulier au niveau des membres inférieurs mais aussi du buste. Elle peut recruter son tonus d'action mais il demeure entravé par un tonus de fond trop haut. Ses sauts manquent d'impulsion, elle ne se décolle presque pas du sol et ne parvient

pas à sauter à pieds joints, sautant alors un pied après l'autre. Elle peut marcher et ne perd pas l'équilibre au cours du parcours, mais ses mouvements sont raides, ils manquent de souplesse.

Suite à cette première séance, nous partageons avec Leslie notre surprise et la bonne impression que Laura nous a faite, au regard de ce que la psychomotricienne avait perçu lors du bilan et de ce qu'elle avait pu m'en dire et me décrire. En effet, j'ai rencontré une jeune fille avec des capacités motrices plus importantes que ce que j'avais imaginé au départ et avec un langage plutôt fiable finalement, bien que pauvre, c'est-à-dire pouvant interagir avec nous et exprimer son avis, notamment par « oui » et « non ». Laura a aussi une très bonne compréhension de ce que nous lui disons, capable également de proposer des idées durant le parcours, et je perçois un désir d'entrer en relation avec nous. Cependant, son manque d'expressivité corporelle me saute aux yeux, comme à ceux de la psychomotricienne qui me confie qu'elle aimerait, pour la suite du suivi, lui proposer d'être davantage dans l'agressivité, dans l'expression corporelle, pour qu'elle puisse s'affirmer.

2.3 L'organisation des séances

Toutes les séances suivantes s'organisent plus ou moins de la même manière. Généralement, Leslie va la chercher dans la cour de récréation. Laura est très ritualisée. Elle entre dans la salle de psychomotricité, toujours enjouée, et demande le minuteur en disant : « timer ! ». Sa voix est assez grave, son intensité n'est ni particulièrement forte, ni spécialement faible, et ses demandes sont comme jetées, envoyées à celle à qui elle les adresse. Nous l'invitons à s'asseoir avec nous au bureau, et, si nous ne le faisons pas, elle reste debout devant la chaise et nous regarde, signant un manque d'initiative mais aussi un manque de capacité à penser seule : elle semble attendre notre validation. Je lui tends le minuteur et lui indique où le positionner, puis nous discutons un peu au bureau pour savoir comment elle va. À ce moment-là, Laura réclame généralement la musique car nous proposons souvent un échauffement corporel en début de séance. Puis, soit l'échauffement se prolonge en temps de relaxation, soit il est suivi d'un jeu moteur. Enfin, nous finissons la plupart des séances par un jeu de société au bureau : un temps que Laura apprécie et qui la valorise. Elle repart seule en classe et ce moment du départ fait aussi l'objet d'un rituel : Laura aime que nous la regardions partir et que nous lui indiquions si elle part du bon côté du couloir. Si elle se trompe, cela provoque des rires chez nous trois : cet instant de plaisir partagé semble tenir à cœur à Laura.

Pour la suite, je vous présenterai différentes vignettes cliniques suivant un ordre chronologique ce qui vous permettra, il me semble, d'apprécier l'évolution de Laura dans le soin en psychomotricité.

2.4 Le début des séances

2.4.1 Les premiers échauffements corporels

Au cours des premiers échauffements corporels, c'est Laura qui commence à guider l'échauffement, puis la psychomotricienne prend le relai. Les mouvements de Laura manquent de fluidité et les mouvements circulaires sont compliqués. Son bassin, par exemple, peut aller à droite et à gauche, mais pas dessiner un cercle. Je remarque la même chose avec sa tête et encore davantage avec son épaule gauche dont la rotation est entravée par la paralysie. Ses mouvements demeurent globaux et manquent aussi de dissociation : lorsqu'elle s'échauffe les poignets, sa tête tourne également ce qui m'évoque une syncinésie d'imitation. Cela peut être en lien avec un retard de développement neurologique. Je pense aussi aux multiples troubles de Laura qui peuvent l'avoir freinée dans la prise de conscience de son corps comme une unité et de son corps dans l'espace. Bébé, prise dans une hypotonie globale, a-t-elle pu expérimenter les mouvements de rotations, notamment la rotation du buste ? Cependant, elle peut nommer certaines articulations et différentes parties du corps. Je remarque également une grande lenteur, mais Laura est plutôt à l'aise et semble en confiance lors des échauffements, ce que je relie à la danse qu'elle pratique depuis plusieurs années. Elle propose différents mouvements au cours des séances ce qui montre une possibilité de prise d'initiatives. Toutefois, chaque proposition de mouvement est indépendante des autres : il n'y a pas de continuité. Cela me donne l'impression que ses propositions sont un collage de ce qu'elle fait en danse ou en Education Physique et Sportive (EPS), mais qu'aucune idée n'est spontanée. Cet échauffement me laisse à penser que Laura peut proposer des choses lorsqu'elle reproduit ce qui lui a été montré, mais que cela ne témoigne pas d'une capacité à penser par elle-même.

Lors d'une autre séance, Laura commence directement à proposer un échauffement, avant même que Leslie lui indique de le faire. Cette fois, cela ressemble plus à un enchaînement de danse qu'à un échauffement. Les mouvements de Laura demeurent, toutefois, assez raides. « Maintenant c'est toi qui fais comme moi ! », lui dit la psychomotricienne. Laura dit oui mais elle continue de proposer des enchaînements. En tant qu'observatrice, assise au bureau, je me retrouve à ne plus vraiment savoir qui imite qui et, à la fin de la séance, la psychomotricienne m'affirme avoir ressenti la même chose. Je me demande alors si Laura était, elle-aussi, dans cette confusion, et je me dis que, si c'est le cas, un dialogue tonique s'est peut-être mis en place entre elle et la psychomotricienne à ce moment-là.

2.4.2 Un recrutement tonique possible dans l'action

La psychomotricienne m'explique vouloir proposer des jeux demandant un recrutement tonique. L'idée est de tenter de faire émerger une émotion du côté de l'agressivité, de l'excitation ou une autre émotion. Il s'agit également de l'amener vers une motricité moins passive et de voir s'il est possible pour elle de sortir d'un tonus figé.

Tandis que j'adopte une position d'observation, la psychomotricienne donne un ballon à Laura et lui propose de tirer aux buts, puis de tirer le plus fort possible sur le placard. Je retrouve cette jeune fille au visage et au corps figés. Son langage reste peu expressif. Parfois, le ballon roule sous le bureau ou sous le piano, et Laura dit : « En-sous ! ». Son bras gauche est replié et reste assez immobile, mais, parfois, elle utilise cette main pour récupérer le ballon au sol. Laura tape dans le ballon pour viser le placard : un recrutement tonique est possible ! Leslie l'invite à tirer plus fort ce qui semble susciter chez elle de l'excitation. Elle tape des mains, rigole et saute sur place à chaque fois qu'elle tire, à l'instar de la décharge tonique déjà observée auparavant. Dans le rôle du gardien de but, Laura ne parvient pas à arrêter le ballon, elle ne réagit pas suffisamment rapidement, semblant avoir du mal à initier le mouvement.

Toutefois, durant les temps d'attente, Laura retrouve son aspect figé. Elle reste statique, les deux pieds bien ancrés dans le sol, sans mouvement de déséquilibre, elle n'explore pas la salle, ni du regard ni en se déplaçant. Cela me donne une sensation de vide et provoque chez moi un blocage des pensées. Peut-être est-elle dans ce même état de vide dans ces moments-là ? Nous avons évoqué dans l'anamnèse la difficulté pour Laura à aller vers les autres et pour prendre des initiatives. Ces temps d'attente me renvoient directement à cela et je me questionne sur la raison de ces difficultés : est-ce lié à un trouble neurologique ? À des difficultés plus psychologiques ? À un manque de confiance en elle ?

2.4.3 Le chamboule-tout : entre force et retenue

Lors de la séance suivante, la psychomotricienne propose à Laura un jeu de chamboule-tout. Elles construisent ensemble une tour de briques en carton et Laura lance des balles pour la faire tomber.

Pour construire la tour, il lui faut réguler son tonus. Bien qu'elle manque de précision (les briques ne sont pas tout à fait positionnées les unes sur les autres), Laura peut inhiber son geste et ajuster son tonus pour positionner les briques sans tout faire tomber. Puis, elle lance la balle : la tour tombe ! Cela génère encore de l'excitation chez Laura qui saute, tape des mains et rit durant quelques secondes. Cela m'évoque l'excitation du tout petit lorsqu'un excès de sensations

provoque une montée tonique. Dans ce jeu, je remarque une fois encore que des variations toniques sont possibles chez elle.

Toutefois, je relève deux éléments qui me paraissent essentiels à noter. D'abord, les variations que nous observons ici sont au service de l'action et non au service de la relation. Cela nous montre que, physiologiquement, des variations toniques volontaires sont possibles, mais elles semblent n'être effectuées que pour un objectif fonctionnel. De plus, lorsqu'elle lance la balle, je ressens quelque chose de l'ordre de la retenue. Elle recrute un tonus suffisant pour détruire la tour, mais son mouvement manque d'amplitude et c'est comme s'il n'était pas fini, comme s'il était retenu. Cela me questionne vis-à-vis des crises de colère qui surviennent chez elle dont j'ai parlé précédemment : pourquoi est-elle inhibée au CEM, dans une sorte de contrôle ou de vide, alors qu'elle ne parvient pas à se contrôler chez elle et que tout s'exprime avec violence ?

2.5 « Woh ! » : une once d'expressivité

C'est lors de la quatrième séance avec nous que Laura me surprend. Après l'échauffement, la psychomotricienne lui propose un jeu de lancer de balles sur une cible : celle qui a le plus de points a gagné.

Laura lance suffisamment fort pour que les balles s'accrochent à la cible. La psychomotricienne lui propose de joindre un son à son lancer : « Ha ! », « Ouh ! », Laura le fait. Elle lui demande aussi si elle peut essayer de lancer avec son bras gauche et Laura accepte. Son lancer manque alors de force du fait de sa paralysie, mais elle essaye, montrant que ce bras n'est pas désinvesti. Malgré les efforts de Laura, la psychomotricienne gagne et se réjouit de sa victoire, tentant de faire émerger une émotion chez cette dernière. Cependant, cette défaite ne semble pas provoquer d'émotion chez elle. Rien ne s'exprime ni sur son visage ni dans son corps. Elle demeure figée, indifférente, observant simplement la réaction de la psychomotricienne.

Elles passent ensuite à un jeu de raquettes avec un ballon de baudruche. Laura semble prendre du plaisir dans ce jeu. Elle suit le ballon des yeux et paraît concentrée pour bien taper dans le ballon. Celui-ci passe d'une raquette à l'autre, les échanges se rythment par la lenteur du ballon de baudruche. J'observe les échanges. À un moment, le ballon passe près du visage de Laura. Elle recule sa tête et fait : « Woh ! », de surprise. Cela m'étonne ! Cette onomatopée, totalement inattendue me fait réaliser à cet instant-là que je me suis habituée à son tonus invariant et à sa prosodie inexpressive, qui m'avaient installée dans une observation monotone. Elle montre alors une possibilité d'expression et de spontanéité dans le jeu lorsque la confrontation est directe (contrairement au lancer de cible où elle est indirecte et provoque donc moins d'émotion chez elle). Laura rigole beaucoup, elle sourit et semble prendre du plaisir. Elle

exprime pour la première fois une émotion ce que je vis presque comme un souffle, comme si son aspect figé m'avait maintenu dans une apnée de monotonie et que cette expressivité me permettait de respirer de nouveau.

2.6 Le plaisir des jeux au bureau : un signe de désinvestissement du corps en action ?

Un jour, je propose à Laura un jeu de mimes et, depuis, les temps de jeux au bureau deviennent habituels, comme une sorte de rituel. En effet, ils ont une importance particulière pour Laura qui les réclame chaque lundi. C'est presque toujours moi qui guide cette partie de la séance.

Assises toutes les trois autour du bureau, nous faisons un jeu de mimes. Nous étalons cinq cartes faces visibles en les lisant à Laura : chanter une chanson, sauter comme un lapin, tourner comme une toupie... Chacune notre tour, nous mimons l'une de ces cinq cartes et les deux autres doivent deviner ce qui est mimé. Les imitations de Laura sont tout à fait claires et elle devine presque toutes les nôtres. Cela la valorise et témoigne d'un panel de représentations assez large. Parfois, lorsqu'elle trouve, elle tape dans ses mains à l'instar des décharges toniques observées auparavant. Elle prend, vraisemblablement, beaucoup de plaisir dans ce jeu, riant et répondant par un « oui ! » enjoué lorsque je lui demande si ce jeu lui a plu. Toutefois, je remarque qu'elle ne peut pas choisir une carte dans sa tête : elle chuchote systématiquement la carte choisie (par exemple : « lapin ») ou la montre. Cela m'évoque une confusion entre l'intérieur et l'extérieur, comme si chuchoter était comme garder dans sa tête. Chuchoter peut aussi permettre de donner vie à la pensée, de la faire exister. J'observe aussi qu'elle ne choisit de mimer que des actions qu'elle peut effectuer assise. Cela me questionne et je me dis alors que ce plaisir des jeux de société au bureau peut venir d'un désinvestissement du corps, d'un corps qui dysfonctionne, qui lui échappe. Peut-être aussi que l'appui bassin au niveau de l'assise lui confère des appuis plus solides et donc une plus grande conscience de son axe ?

2.7 Relaxation et relâchement tonique

Après avoir expérimenté sur plusieurs séances des jeux de recrutement tonique, la psychomotricienne et moi souhaitons proposer à Laura des situations de relâchement. Nous souhaitons voir si cela est possible et si l'abaissement tonique peut être associé à de la détente, ou à une autre émotion, pour elle.

2.7.1 Une raideur dans les mobilisations passives

Alors que je suis encore en observation, Leslie et Laura poursuivent l'échauffement corporel du début de séance sur un tapis. La psychomotricienne dépose un tapis pour Laura puis en prend un pour elle. Laura est assise sur le tapis, un genou au sol et l'autre plié. En appui sur ce genou plié, elle me renvoie l'image d'une allure très adolescente. Elles poursuivent l'échauffement, puis Leslie lui propose de se coucher sur le dos et vient effectuer des mobilisations passives au niveau des membres inférieurs, faisant rouler sa jambe tendue sur le tapis avec des petits mouvements. Laura est dans une position très figée, les bras pliés et vers le haut. De mon point de vue extérieur, ses membres inférieurs paraissent relâchés, mais Leslie me rapporte avoir perçu une certaine raideur moins présente au début qu'à la fin.

Laura me regarde beaucoup durant cette mobilisation. Lorsque la psychomotricienne lui propose de fermer les yeux, elle ne le fait pas, continuant à me regarder ou à fixer le vide. Je me demande ce qu'elle cherche dans mon regard. Est-elle perturbée que je l'observe ? Cherche-t-elle de la réassurance dans un moment qui lui est inconfortable ? Est-elle à la recherche de communication avec moi ?

2.7.2 Une ouverture à l'autre progressive et des possibilités de variations toniques

Un jour, Leslie propose à Laura de réaliser l'échauffement corporel en s'asseyant sur les gros ballons, en face l'une de l'autre. Alors que nous pensions qu'elle serait en difficulté du fait de sa raideur, elle se montre très à l'aise sur ce ballon. Elle propose directement des mouvements, que la psychomotricienne imite. Laura ouvre les deux bras. Elle met ses genoux en contact avec ceux de la psychomotricienne qui est en face. Elle fait rouler son bassin sur le ballon. Les mouvements sont étonnamment souples. Le bassin peut se dissocier du reste du corps ce qui donne un mouvement à la fois contrôlé mais fluide. Elle est vraiment à l'aise et a un bon équilibre sur le ballon : il n'y a aucune perte d'équilibre. Elle peut même s'enrouler en avant et rester dans cette position plusieurs minutes. Je me demande alors si cette position lui est agréable et si elle se sent détendue. Puis elle se relève et dit : « C'est bon ! ». Elles échangent alors de rôle : Laura imite la psychomotricienne en miroir. La séance est marquée de rires, Laura paraît enjouée et me semble prendre du plaisir. Elle n'arrive pas, cependant, à incliner son buste sur les côtés lors des mouvements de balancements de gauche à droite. La psychomotricienne l'invite ensuite à faire « toute droite » puis « toute molle », c'est-à-dire à faire varier son tonus entre le recrutement et le relâchement. Laura y arrive bien, montrant une capacité à faire varier son tonus volontairement. Elles s'enroulent ensuite vers l'avant, la tête près des genoux, puis déroulent. Je

remarque que Laura ne parvient pas à relever la tête en dernier. J'observe aussi qu'elle peut rester statique sur le ballon et même ajuster l'écart entre ses jambes pour gagner en stabilité. J'ai alors l'impression que l'appui bassin permet à Laura de se sentir plus en confiance dans son corps et qu'il rend possible des variations toniques plus fines. Peut-être que cet appui lui permet de sentir son axe sans avoir besoin de recruter un tonus excessif dans son dos, et donc de libérer du mouvement au niveau du bassin et de la colonne vertébrale.

2.7.3 Bercement dans le hamac

Lorsque Leslie propose le hamac, Laura demande : « C'est quoi ? ». Leslie lui explique, puis elles s'assoient dedans, l'une à côté de l'autre. Quelques minutes après, la psychomotricienne se lève et s'assoit sur le gros ballon, en face d'elle. Elle propose à Laura de s'allonger si elle le souhaite, mais Laura dit non. « Tu es bien ? », lui demande Leslie. « Oui, ça balance », répond-elle. Laura ne ferme pas les yeux. Elle tient fortement les cordes du hamac avec sa main droite. La psychomotricienne balance lentement le hamac et se balance avec elle dans le même rythme, un accordage tonique se met en place entre elles. Laura a lâché le hamac et tient maintenant ses deux mains ensemble. Elle se détend, son tonus est plus bas, son visage se relâche et elle se retrouve dans une position presque allongée.

Cet instant de détente me montre que l'abaissement tonique est possible pour Laura. Cette fois, ce relâchement est en lien avec un état intérieur et pas dans le but d'effectuer une action.

Durant ces séances, Laura semble de plus en confiance avec nous, pouvant se détendre lors des temps de relaxation. Elle prend aussi de plus en plus d'initiatives, par exemple en demandant de l'aide lorsqu'elle est en difficulté (pour mettre son manteau par exemple), ce qui n'était pas possible auparavant.

2.8 Parcours et dialogue tonico-émotionnel

2.8.1 Des progrès dans la régulation tonique

Plus tard dans le suivi, nous poursuivons ou remplaçons quelques fois l'échauffement corporel par un parcours ou un jeu de dialogue tonico-émotionnel. C'est à partir de ce moment-là que je commence à mener les séances, en présence de la psychomotricienne.

Je propose alors à Leslie et à Laura de construire toutes les trois un parcours, en ajoutant chacune un élément de celui-ci. La psychomotricienne commence par poser un tapis au sol pour que nous fassions des roulades dessus. Elle demande à Laura si elle sait faire les roulades avant. Laura dit non, mais accepte d'essayer quand même : elle n'y arrive pas mais rit. Cette difficulté ne

semble pas la mettre mal à l'aise, elle paraît même prendre du plaisir dans cette mise en mouvement du corps. Leslie me demande alors si je sais faire, et me propose de leur montrer en leur expliquant comment s'y prendre. Puis, Laura réessaye mais n'y arrive toujours pas : l'enroulement n'est pas possible à ce moment-là. Sachant qu'il l'était lors des échauffements, je me dis que Laura ne se sentait peut-être pas suffisamment sécurisée pour s'enrouler et se laisser tomber pour faire une roulade. En effet, cela demande d'être suffisamment en confiance avec son corps pour relâcher son axe et faire une roulade. Elles décident donc de ne faire que des roulés-boulés. Puis, la psychomotricienne propose à Laura de donner à son tour une idée. Elle prend alors, elle aussi, un tapis qu'elle pose à la suite de l'autre et dit : « Quatre pattes ! ». La psychomotricienne lui indique alors de nous montrer comment elle marche à quatre pattes, et Laura le fait. C'est à moi d'ajouter quelque chose pour continuer le parcours. Je prends alors le gros ballon, le pose sur un tapis et leur montre qu'il faut rouler dessus, sur le ventre en expliquant la consigne. Notre parcours ressemble alors à un triangle ouvert. Le dernier tapis se termine vers l'échelle (une échelle en biais accrochée à un espalier) alors, pour finir, la psychomotricienne propose de monter sur l'échelle pour aller toucher les poissons du mobile accroché au plafond.

C'est Laura qui commence le parcours. Les roulés boulés ne sont pas si simples que ça : Laura roule mais le mouvement n'est pas fluide. À l'inverse, le déplacement à quatre pattes est maîtrisé. Puis, pour la troisième partie du parcours, Laura s'allonge, sur le ventre, sur le ballon. Nous sommes chacune d'un côté pour la tenir et la sécuriser mais, au lieu de se laisser aller vers l'avant, elle écarte ses jambes pour ne pas lâcher les appuis des pieds au sol : comme pour la roulade, Laura ne semble pas assez confiante (confiance en soi, en son corps, en nous ?) pour lâcher prise dans ce mouvement qu'elle ne maîtrise pas. Enfin, pour monter sur l'échelle, elle ne semble pas à l'aise : elle est lente et hésitante, mais essaye tout de même et peut coordonner ses membres pour y arriver.

Quelques séances plus tard, je propose de nouveau l'idée d'un parcours. Leslie met alors de la musique sur demande de Laura et je propose de nouveau que nous choissions chacune un élément. Nous nous levons et Laura dit : « Tapis ! », en montrant les tapis. La psychomotricienne sort un tapis et, Laura et moi, nous la regardons. Moi qui avais l'impression que les temps d'attente de Laura étaient vides, je me retrouve à faire la même chose qu'elle. Je ne sais pas si c'est par angoisse de ce vide, ou parce que je me sentais mal-à l'aise d'attendre sans rien faire, mais je dis : « Leslie elle travaille et, nous, on la regarde ! ». Cela fait rire Laura qui dit « oui » en riant. Je lui propose donc que nous l'aidions.

Nous sortons alors le deuxième tapis, puis le troisième, toujours à la demande de Laura, puis elle montre les cerceaux : « Cerceaux ! ». La psychomotricienne lui propose d'aller les attraper elle-même. Ils sont accrochés en haut de l'espalier devant lequel se trouve beaucoup de

matériel. Alors, Laura monte sur les briques en plastique. Elle n'a pas peur, se montre téméraire. Lorsqu'elle est bloquée, elle cherche comment monter plus haut. Leslie la tient. Lorsque cette dernière la lâche, pour pouvoir dégager un espace, Laura continue de déplacer ses pieds sur les briques, posant même son pied gauche sur un gros ballon, calé, mais pas si stable. Son tonus est ajusté à l'action qu'elle effectue. Elle tire sur ses bras pour s'ériger avec l'espalier. Elle manque de tomber en posant son pied sur une brique instable, mais la psychomotricienne la rattrape bien et je fais contrepoids avec mon pied sur la brique pour la stabiliser. Laura ne manifeste pas de peur. Elle persévère, sûrement habituée à ce genre de situation lorsqu'elle pratique l'escalade au CEM. Avec l'aide de la psychomotricienne, car les cerceaux étaient définitivement trop hauts pour être atteints par Laura, elle attrape plusieurs cerceaux et les jette derrière elle. Elle redescend ensuite et en place un dans chaque tapis. Sur l'un des tapis, il n'y a pas de cerceau. Laura dit : « Manque un ! », en montrant le tapis. Je lui demande qui va le chercher, elle me montre et dit mon nom. Je mime d'avoir un peu peur, et la psychomotricienne me tient par le dos. J'attrape le cerceau, redescends, et le tend à Laura qui le place sur le dernier tapis. « Qu'est-ce qu'on fait maintenant ? », demande la psychomotricienne. « Ballons ! », répond Laura. Elle prend trois gros ballons et les place un par un dans les cerceaux. Les trois tapis sont alors disposés exactement de la même manière.

Puis, Laura s'assoit sur un ballon, la psychomotricienne sur un autre et moi sur le dernier. Leslie éteint la musique. Laura effectue alors des mouvements de bassin sur le ballon puis saute dessus, reproduisant ce que nous avons déjà fait en séance auparavant : Laura se saisit des séances précédentes et se les approprie pour pouvoir les proposer d'une manière un peu différente. Nous l'imitons. Parfois, nous faisons toutes les trois la même chose, d'autres fois, nous faisons différemment. Parfois, c'est Laura qui propose, d'autres fois, c'est la psychomotricienne. Laura peut relâcher son tonus sur le ballon : elle peut par exemple s'enrouler vers l'avant et décaler son bassin sur le ballon.

Grâce aux échauffements corporels et aux parcours, j'observe une régulation tonique possible. Laura peut donc moduler son tonus dans le but d'effectuer une action ou pour conserver son équilibre. Cependant, en relation, Laura reste encore assez figée. Lorsqu'elle discute avec nous, je n'observe pas d'ajustements toniques. Il m'est difficile de lire ses émotions au travers de son visage ou de son corps, excepté lorsqu'elle rit ou quand l'excitation se manifeste par une décharge tonique.

Je décide alors de proposer des jeux faisant appel au dialogue tonico-émotionnel pour travailler l'ajustement de son tonus à l'autre.

2.8.2 Ajuster son tonus à celui de l'autre

Je lui propose alors à Laura de nous positionner dos à dos, avec un gros ballon entre nous, et de nous déplacer dans la salle sans que le ballon ne tombe. Elle le fait mais le ballon tombe si je ne le tiens pas avec mes mains. Avec la psychomotricienne, nous tentons de la guider, de lui dire qu'il faut pousser dans son dos. Nous essayons en partant d'un côté de la salle en allant jusqu'à l'autre bout, en gardant le ballon entre nous. Je suggère également qu'elle soit en position de celle qui pousse. Elle le fait et c'est donc elle qui dirige nos déplacements. Je m'adapte à elle, je tente d'ajuster mon tonus au plus près de ce qu'elle propose, mais j'ai l'impression qu'elle ne comprend pas vraiment comment faire. Parfois, le ballon tient, mais la plupart du temps il tombe car elle n'ajuste pas son tonus au mien. Si je pousse vers elle, elle avance mais ne continue pas à pousser suffisamment le ballon vers moi pour qu'il tienne. Je me dis alors que cet exercice est un peu compliqué pour Laura, car il demande de se concentrer sur trop de facteurs à la fois (direction de déplacement, force à mettre dans le ballon, écouter mes conseils, tout cela en se tenant elle-même).

La psychomotricienne essaye donc de le faire avec Laura, mais cette fois en étant assises sur un tapis. Elles commencent avec le gros ballon, puis poursuivent avec un ballon de taille normale. Je me place à côté d'elles et tente de les guider. Laura le fait, en décomposant les mouvements et de manière assez raide. Elle se positionne à genoux, ce qui n'est pas le plus pratique pour cet exercice. Leslie lui propose alors de s'asseoir comme elle, c'est-à-dire avec les jambes devant elle, un peu repliées, ce que Laura fait. De cette manière, il me semble qu'un réel dialogue tonique est possible entre elles. Laura peut guider comme être guidée. Lorsqu'elle guide, elle met Leslie en difficulté en allant dans des mouvements « extrêmes » (très penchée sur le côté, très penchée en avant...) et semble s'en amuser. Je lui propose de verbaliser des notions spatiales en lui demandant par où va Leslie, où est le ballon... Je remarque qu'elle connaît sa droite et sa gauche, et que les notions de « en haut », « en bas » et de « dos » sont maîtrisées. Au niveau de la verbalisation des sensations, elle peut dire que cela fait du bien.

J'observe dans cet exercice que Laura est capable de moduler son tonus en fonction de l'autre : elle peut à la fois être dans du recrutement tonique pour diriger et induire du mouvement chez l'autre, et être dirigée en suivant l'autre dans ses mouvements grâce à un abaissement tonique. Je leur propose ensuite de renouveler cet exercice, mais de face et avec deux ballons : un dans chaque main. Laura reste assise avec les jambes devant elle, mais la psychomotricienne l'invite à se mettre à genoux cette fois-ci : elle n'adapte pas d'elle-même sa posture et a besoin que quelqu'un lui indique comment faire pour changer de position. Laura le fait, toujours de manière assez raide et avec une certaine lenteur. Il est difficile pour elle de réaliser l'exercice avec les deux mains en même temps, alors elles le font une par une. La main

droite est bien-sûr plus habile mais la main gauche, bien que paralysée, est utilisée également. Laura s'adapte au tonus de Leslie. Elles font, ensuite, la même chose au niveau de l'épaule (du côté gauche pour Laura). À ce moment-là, j'observe alors deux personnes qui s'adaptent l'une à l'autre dans ce moment de dialogue tonique.

Cette séance me montre des progrès chez Laura qui peut désormais ajuster son tonus à autrui : un début de dialogue tonico-émotionnel est possible dans les séances de psychomotricité.

2.9 Une palette tonique plus riche

2.9.1 Le « jeu des postures » : incarner différents états toniques

Lors de l'une des séances, je propose le « jeu des démarches ». Nous marchons toutes les trois dans la pièce sur de la musique et, à un moment, je dis le nom de quelqu'un. Cette personne doit adopter une démarche particulière et les autres doivent l'imiter, jusqu'à ce que je dise le nom de quelqu'un d'autre et ainsi de suite. Cette consigne me paraît assez complexe mais Laura la comprend très bien. Elle peut proposer des démarches variées lorsque je cite son nom, en s'appuyant sur ce qu'elle connaît déjà mais aussi sur ce que nous amenons. Ses propositions sont donc au départ très motrices (courir, faire des grands pas...) et, suite à des propositions de notre part tournées vers l'émotion (marcher comme si on était triste, comme si on était joyeux...), elle peut également faire ce type de suggestions. Ses démarches sont raides, mais restent cependant assez expressives. Elle nous copie beaucoup lorsqu'il y a une émotion à imiter : c'est comme si, ne sachant pas comment exprimer cette émotion, elle avait besoin de faire comme nous pour correspondre à ce qui était demandé. Laura semble prendre du plaisir dans ce jeu, elle rigole beaucoup. Toutefois, je remarque qu'elle me suit, comme si elle se déplaçait dans mes pas. Cela me questionne sur son investissement de l'espace, ce que je relie aux moments d'attente où elle n'explore pas, ni par le déplacement ni par le regard. Puis, après avoir enchaîné des sauts, des marches de toutes les sortes, des pas-chassés, je propose que nous nous arrêtons là pour ce jeu.

2.9.2 Des échauffements corporels de plus en plus variés

Je souhaite maintenant vous décrire une autre séance d'échauffement corporel, plus récente, car j'ai constaté des progrès chez Laura qu'il me semble important de présenter.

Nous nous levons toutes les trois, je mets de la musique calme et je propose à Laura de mener l'échauffement, comme elle a l'habitude de le faire avec Leslie. Elle le fait volontiers, proposant, dans cet ordre, ces parties du corps : tête, épaules, bassin, genoux, chevilles. Je remarque qu'elle oublie de nombreuses articulations, notamment celles des bras. Elle est toujours raide dans sa posture, ses articulations se délient un peu mais elles ne sont pas

complètement relâchées. Puis elle dit : « C'est bon ! », et, alors que je m'apprête à lui proposer d'échauffer les articulations qu'elle a oubliées, elle montre le tapis et dit : « Tapis ! ». Je lui propose alors que nous sortions les tapis et qu'elle nous indique ce que nous devons faire. Elle accepte. La psychomotricienne et moi prenons les tapis tandis que Laura nous indique où les mettre : collés, au milieu de la pièce. Elle nous demande ensuite (en montrant, en indiquant par des mots et en acquiesçant nos suppositions) de nous mettre chacune dans un tapis avec un gros ballon. Elle s'assoit dessus et je lui dis que nous faisons comme elle. Je suis positionnée à sa droite, et la psychomotricienne est derrière elle. Laura saute sur le ballon, le fait rouler sous son bassin. Nous l'imitons. Au bout de quelques minutes, je lui propose de faire à mon tour des mouvements et qu'elles m'imitent toutes les deux. J'introduis alors la respiration : inspirer en se redressant, souffler en s'enroulant, en étant « tout mou ». Nous le répétons plusieurs fois, avec différents rythmes. Laura est capable de coordonner sa respiration avec son mouvement et d'imiter les postures que je lui propose. En position que je nomme « tout mou », elle peut s'enrouler mais je perçois une tension qui demeure au niveau du dos et des bras.

La semaine suivante, Laura propose d'emblée des mouvements qui s'avèrent différents de ce qu'elle amène d'habitude : courir, sauter à pieds joints, faire des grands pas, mais aussi des mouvements plus dansés, comme un mouvement d'enroulement vers l'avant en plaçant ses mains l'une contre l'autre comme pour plonger, ou encore une inclinaison de sa tête à gauche en plaçant sa main gauche au-dessus de sa tête. Elle semble montrer une capacité d'expression corporelle plus variée, mais je me questionne de nouveau : ces mouvements sont-ils spontanés, montrant une capacité d'expression par le corps plus variée, ou un collage de ce qu'elle peut faire en danse ? Quoi qu'il en soit, elle nous donne à voir quelque chose qu'elle a aimé faire et nous montre ici un panel de mouvements plus larges avec des tonalités toniques différentes de ce que nous pouvions voir auparavant.

Ainsi, au fil des séances, je remarque des progrès dans les capacités de Laura durant ces échauffements corporels. Ses propositions sont de plus en plus diverses et de plus en plus d'états toniques intermédiaires deviennent possibles.

2.9.3 Mettre en forme l'agressivité

Alors que cela faisait plusieurs séances que nous avions proposé d'autres choses à Laura, je décide de revenir sur des jeux de recrutement tonique. Il s'agit alors de construire ensemble une tour pour pouvoir la détruire ensuite, en posant chacune notre tour des cubes de mousse, puis des briques en carton sur le haut de la tour. J'essaie d'apporter de l'émotion dans cette construction de tour. Parfois, la tour vacille, je tente de mettre en forme ce suspens en le

sonorisant et en le mettant en corps, modifiant mon tonus et vacillant comme la tour. Laura fait de même, je me demande si elle le fait par simple imitation ou si l'émotion d'attente, de suspens, est également présente pour elle.

Une première fois, la tour vacille puis tombe : les briques en carton font un gros bruit ! Je surjoue la peur et la surprise en tentant d'être le plus à l'écoute possible de mes émotions pour être au plus juste dans cette exagération. Laura, elle, a une décharge tonique, rit et rassemble ses deux hémicorps en agrippant ses deux mains ensemble. Une excitation semble naître. Je lui demande : « Tu as eu peur toi aussi ? ». En riant, elle me répond que non. Nous reconstruisons la tour puis je propose à Laura de la détruire en instaurant une nouvelle règle : c'est lorsque je taperai sur le gros tambour qu'elle détruira la tour. Pour moi, frapper sur ce tambour rythme la destruction de la tour et vise à donner forme à l'émotion que je tente de faire émerger chez elle.

Laura se place devant la tour. Je lui dis : « Tu es prête ? Quand je tape sur le tambour tu détruis la tour ! ». Je tape avec force plusieurs coups sur le tambour et Laura frappe la tour avec ses deux bras, l'un après l'autre. Plusieurs fois sont nécessaires pour que tout s'écroule, car elle ne frappe pas assez fort et ses mouvements manquent de rapidité : le tonus n'est pas assez haut. Toutefois, toutes les briques finissent par tomber ! J'ai la sensation que le bruit intense et enveloppant du tambour soutient le recrutement tonique en facilitant l'émergence d'une agressivité nécessaire à la chute de cette tour. Laura semble prendre du plaisir, elle rit beaucoup et tape dans ses mains. Nous reconstruisons la tour et je verbalise mes sensations : « Quand tout tombe, ça me serre le ventre, je me sens toute contractée, ça me fait sursauter ! ». Mais, à chaque fois que je lui demande si elle ressent la même chose, elle me dit que non et aucune verbalisation de sa part émerge concernant ses sensations.

Je lui propose d'essayer de faire tomber à mon tour la construction en une seule fois et qu'elle tape sur le tambour en regardant comment je fais. Elle se place face au tambour en me tournant le dos. Je remarque, à ce moment-là comme à d'autres moments de la séance, une discontinuité dans son regard. De la même façon, elle ne nous regarde pas toujours quand nous lui montrons quelque chose ou que nous lui expliquons quelque chose. Je lui propose alors de se positionner de l'autre côté du tambour, pour pouvoir me regarder, ce qu'elle fait. Elle tape sur le tambour et je rentre dans la tour de toutes mes forces en agitant mes bras pour la détruire d'un coup. Ce moment me semble suspendu dans le temps. Le bruit du tambour accompagne mon recrutement tonique soudain et tout cela me donne la sensation d'avoir duré un millième de seconde.

Je me demande quel est le ressenti de Laura quand elle détruit cette tour. A-t-elle, elle aussi cette impression de temps suspendu ? A-t-elle l'impression de mettre toute son énergie dans cette action ?

Nous reconstruisons la tour et Laura doit la détruire, mais en un seul coup cette fois. Elle le fait, lorsque je frappe sur le tambour, et toute la tour s'effondre. Une nouvelle fois, de l'excitation semble apparaître en elle avec des rires, une décharge tonique et un rassemblement des deux hémicorps par le biais de ses mains.

2.10 Une séance de plaisir partagé

Pour terminer, je souhaite vous raconter l'intégralité de l'une des dernières séances avec Laura, durant laquelle j'ai pris beaucoup de plaisir et j'ai eu la sensation que nous étions véritablement dans un partage relationnel. Il s'agit d'une séance que je mène pendant que la psychomotricienne adopte une posture d'observatrice pour me laisser plus d'autonomie.

Cette fois, je choisis que nous commençons la séance par un jeu au bureau. J'ai remarqué, en effet, que lorsqu'il était prévu à la fin, elle voulait passer rapidement sur les autres propositions de la séance et n'investissait pas la partie corporelle. Alors qu'elle aurait pu être perturbée par ce changement qui bouleverse ses habitudes, elle l'accepte sans aucun problème. Je lui propose donc un loto des odeurs, jeu que nous avons déjà expérimenté quelques séances auparavant. Je demande qui souhaite commencer. Laura dit « Moi ! », parlant d'elle à la première personne ce qui n'était pas le cas auparavant. Elle devine certaines odeurs mais pas d'autres. Certaines fois, elle répète rapidement la réponse que nous avons suggérée, sans vraiment sentir le godet. Je lui propose d'associer ces odeurs avec des choses qu'elle connaît mais cela lui est compliqué. Toutefois, elle peut s'affirmer lorsqu'elle dit ne pas aimer une odeur que j'avais, moi, attesté aimer. J'ai alors l'impression que Laura se construit progressivement en tant que sujet, capable de parler d'elle à la première personne et d'exprimer des pensées et un avis différent du nôtre.

Nous poursuivons avec l'échauffement, pour lequel je propose à Laura de choisir la musique. Je lui demande si elle veut commencer à guider l'échauffement, ce qu'elle était déjà en train de faire spontanément. Je me positionne en face d'elle. Ses mouvements sont semblables à ce qu'elle propose d'habitude. Elle me demande toutefois beaucoup de courir, me disant même de courir plus vite à un moment donné. Cela provoque du rire chez elle, et donc chez moi. Ce rire m'évoque l'excitation qui naît lorsqu'elle recrute son tonus mais il semble davantage adressé, notamment du fait d'un regard porté vers moi, me laissant aussi penser à un plaisir dans le mouvement et dans la relation avec moi : comme c'est drôle de faire courir Valentine et de la faire rire ! Je verbalise mon essoufflement et lui demande si elle est, elle aussi, essoufflée. Elle me dit que non, ce que je constate car sa respiration ne semble pas différente de d'habitude. Elle propose de s'étirer, ce qui peut être assez surprenant de sa part, mais j'ai l'impression qu'il s'agit

encore une fois d'un collage de ce qui a pu déjà lui être proposé, car elle semble juste porter ses bras vers le haut sans chercher d'étirement musculaire. Elle propose aussi d'échauffer certaines articulations, mais ne propose que les épaules (« bras »), le bassin et les chevilles. Lorsque c'est à mon tour de guider l'échauffement, je complète avec l'échauffement de la nuque, des coudes, des poignets, des doigts, des hanches et des genoux. Je remarque une méconnaissance des coudes : il lui est difficile de prendre son coude dans sa main et de faire des flexions/extensions dans le plan sagittal, en particulier pour le bras gauche (paralysé pour rappel). Je l'aide et elle y parvient. J'enchaîne ensuite avec différentes démarches : le buste relâché en avant, en tapant des pieds, en montant les genoux.

Puis, Laura demande à ce que nous sortions les tapis, je lui dis alors de m'expliquer au fur et à mesure, car je ne sais pas ce qu'elle veut faire. Elle nous demande de sortir trois tapis, je la questionne alors : « Tu veux que Leslie vienne avec nous ? ». Elle me dit que oui. Leslie se joint donc à nous et Laura demande de sortir le quatrième tapis ce qui, il me semble, correspond plus à une envie de sortir tous les tapis qu'à un but précis avec celui-ci. Elle nous demande ensuite de prendre des gros ballons. Nous sommes chacune sur un tapis, assises sur notre ballon et Leslie et moi imitons Laura. D'abord, elle saute un peu sur le tapis, puis elle fait rouler son bassin dessus. Je propose ensuite que nous sautions dessus rapidement et que nous nous arrêtions d'un coup. Nous le faisons plusieurs fois : cela provoque du rire chez Laura qui me regarde avec attention. J'initie ensuite des exercices de respiration. Toujours sur les ballons, nous levons les bras en inspirant et nous relâchons tout en soufflant. Laura semble le faire, mais il m'est difficile de voir sa respiration qui ne semble pas amplifiée : je ne perçois donc pas de mouvement du diaphragme ni de ventre, et le masque m'empêche d'observer sa bouche. Peut-être que des exercices de respiration où nous posons nos mains sur notre ventre pourraient être essayés par la suite ? Je propose ensuite de faire « le train », c'est-à-dire de souffler de nombreuses fois très rapidement puis de relâcher complètement en position d'enroulement. Nous le faisons plusieurs fois de suite et Laura participe bien.

Puis, nous proposons à Laura un massage avec le gros ballon, comme nous l'avions déjà fait lors de séances précédentes. Elle accepte et nous lui indiquons de s'installer sur le tapis. Elle se positionne à 4 pattes sur les coudes, le dos creusé et cela me surprend beaucoup. Je ne sais pas quoi en penser, mais je me dis qu'elle associe peut-être le massage à un massage du dos, ou peut-être avait-elle envie que l'on s'occupe de son dos ? La psychomotricienne, aussi surprise que moi, lui propose de se mettre sur le dos, ce que Laura fait en se positionnant avec les bras très ouverts et pliés à hauteur des épaules, comme lors des mobilisations passives.

Je passe alors le gros ballon sur tout son corps en nommant les différentes articulations, comme en rappel de l'échauffement. Je commence par la jambe gauche, je remonte jusqu'à la

tête puis je redescends sur son côté droit, terminant en nommant le pied droit. Laura me dit : « L'autre pied ! », car, en effet, je n'ai pas nommé le pied gauche. Cela me montre qu'elle était présente à elle-même lors de ce temps de massage. Je repasse donc le ballon sur le pied gauche, je le nomme, puis Laura me dit : « C'est bon ! Nettoie tapis ! ». Je n'ai pas le temps de lui proposer de prendre le temps de se relever : Laura est déjà debout. Je lui donne alors le produit à vaporiser sur les tapis et elle commence à en mettre sur les tapis. Ce temps est un moment de rire car je surjoue le fait qu'elle en mette trop, et qu'elle m'en mette dessus sans le faire exprès. Nous rions alors toutes les deux puis nous essayons les tapis. Peut-être que ce moment est important pour elle du fait de l'émotion qu'elle provoque chez nous. Lorsqu'elle vaporise ce produit, elle provoque des rires. Il peut alors être agréable pour elle de constater qu'elle peut provoquer cette émotion chez l'autre. Nous rangeons ensuite les tapis qu'il faut glisser derrière le piano. Nous portons chacune un bout du tapis. Laura avance le tapis en plusieurs fois : elle le soulève, l'avance un peu, le repose, puis le soulève de nouveau... Cela forme un rythme sur le sol « tap, tap, tap ». Je l'imité en mettant plus de force dans mon geste ce qui provoque un rythme plus fort. Lorsque nous sommes bloquées vers le tapis, Laura me guide en me disant par exemple « attends » ou « mettre droit ». Elle marque parfois des temps de pause que j'identifie comme des instants de réflexion. Ce moment constitue, selon moi, un réel moment de partage car nous collaborons pour atteindre un même objectif.

Puis, la séance se termine. Laura est perturbée par le minuteur que nous n'avons pas entendu, disant plusieurs fois : « Pas sonné ! ». Elle part ensuite assez rapidement, toujours avec ce doute de partir du bon côté du couloir, et ce rire lorsque nous lui disons qu'elle s'est trompée.

Je prends beaucoup de plaisir durant cette séance. J'ai la sensation que Laura est vraiment en lien avec moi. Nous partageons beaucoup de moments de rires et j'ai véritablement la sensation que quelque chose de l'ordre de l'émotion s'échange entre nous à travers les regards, les rires, le corps. Je me dis que, finalement, un dialogue corporel a réussi à se mettre en place ce jour-là.

3 Bilan du suivi de Laura

Ainsi, au début du suivi, Laura avait un corps et un langage figés. Sa motricité ne semblait être investie que du côté fonctionnel, délaissant alors la partie relationnelle. Mais, en séance, son évolution se perçoit d'une semaine à l'autre. Elle nous montre de plus en plus de possibilités de variations toniques et de capacités à entrer en relation par le corps (tonus, regards, rires) et par le langage. Laura semble se construire dans son corps et dans la relation au sein de la salle de psychomotricité qui me paraît constituer pour elle un lieu sécurisé d'expérimentations. Cependant,

les variations toniques restent souvent beaucoup liées à l'action et au but à atteindre et l'expression des émotions par le tonus demeure assez pauvre.

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE :

Soutenir le développement d'un corps relationnel en psychomotricité

Grâce aux apports théoriques présentés dans la première partie et à l'étude clinique de Laura, je peux maintenant tenter de dégager quelques pistes de réflexion quant à mes questionnements. Cela nous permettra peut-être de comprendre en quoi l'expérimentation des variations toniques en psychomotricité peut soutenir le développement du corps en relation, notamment dans le cas d'adolescents ayant un handicap.

1 Un cadre thérapeutique sécurisant

Pour commencer, tout soin en psychomotricité s'inscrit dans un cadre thérapeutique. « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre. » (Potel, 2019a, p. 357).

Pour Potel (2019a), un cadre n'est thérapeutique que s'il comporte certaines conditions concrètes (d'espace, de matériel, de temps, d'encadrement, de fonctionnement institutionnel) ainsi que des postulats théoriques. Or, pour que la relation émerge en séance et soutienne le développement d'un corps relationnel, le cadre thérapeutique doit être suffisamment sécurisant.

1.1 Le cadre institutionnel

Au sein d'une institution, les séances de psychomotricité s'inscrivent dans un cadre institutionnel qui apporte une contenance et peut jouer un rôle de tiers.

L'institution a un projet au sein duquel chaque professionnel possède un contrat de travail définissant les missions qui lui sont attribuées. La pluridisciplinarité, c'est-à-dire le fait que chaque professionnel ait sa spécificité, prend toute sa richesse lorsqu'elle devient une interdisciplinarité : les professionnels travaillent ensemble pour des projets et des objectifs communs. Au CEM, nous échangeons beaucoup avec les autres professionnels, que ce soit en réunion ou durant les temps informels comme celui du repas. Durant mes trois années d'études en psychomotricité, j'ai pris conscience de l'importance majeure de ces moments d'échanges. En discutant avec différents professionnels qui suivent également Laura, j'ai pu me conforter dans

certaines hypothèses et en établir de nouvelles. Ils m'ont apporté un autre point de vue et d'autres éléments d'observation étayant ma réflexion, ainsi que des informations qui n'étaient pas présentes dans le dossier, notamment concernant l'anamnèse et son intégration au sein de ses pairs. Tous les professionnels s'accordaient sur l'importance des rituels pour Laura et sur son manque d'initiative dans la relation, mais notaient surtout de grands progrès depuis son arrivée. Pour moi, l'interdisciplinarité fait partie du cadre institutionnel en permettant à tous les professionnels d'avancer dans une même direction ce qui donne une cohérence, et donc une certaine sécurité, aux patients.

Cette direction commune est définie par le Projet Personnalisé (PP) de chaque patient. Au CEM, les PP sont discutés à l'entrée du jeune dans la structure puis revus chaque année en équipe, en fonction de la demande du jeune et de ses parents. Le premier PP de Laura a été mis en place en décembre 2019 puis a été rediscuté en mars 2021 pour la suite de la prise en soin au sein du CEM. La demande des parents, qui était plus axée sur l'aspect éducatif l'année passée, a évolué et se porte désormais sur l'autonomisation de Laura. Les professionnels ont approuvé cette demande qui leur paraissait pertinente. J'ai constaté durant cette réunion pluridisciplinaire l'importance de se donner un objectif commun dessinant une ligne de conduite générale, apportant alors à Laura une prise en soin solide et cohérente avec chaque professionnel. C'est à la suite de cette réunion que Laura a intégré l'internat un jour par semaine, permettant aux éducateurs et à l'ergothérapeute de travailler autour de l'autonomie dans son quotidien.

1.2 Le cadre de la séance

L'institution définit également le cadre spatio-temporel des séances, mais c'est le projet de soin en psychomotricité qui anime notre pensée clinique. Il donne une ligne de conduite aux séances et répond à des objectifs mis en lumière par le bilan et par le PP du jeune.

Ensuite, selon chaque patient, le dispositif de la séance est différent. Alors que certains acceptent un cadre assez souple, d'autres, comme Laura, ont besoin d'un cadre fixe avec beaucoup de rituels. Se sentir suffisamment contenu par le cadre peut permettre un lâcher-prise, sans lequel la mise en place d'un corps en relation sera probablement bloquée. Laura a besoin de retrouver certains éléments durant les séances. Le cadre temporel est matérialisé par le minuteur qu'elle réclame toujours en entrant. Ses départs se ritualisent également lorsqu'elle demande à ce que nous la regardions partir. À l'intérieur des séances, il lui faut aussi retrouver certains repères comme la musique ou le nettoyage des tapis. Il me semble important de respecter ces rituels pour qu'elle se sente en sécurité au sein des séances. Toutefois, faire varier certains éléments s'avère possible. Par exemple, si nous ne mettons pas de musique lors d'une séance,

elle se montre tout de même disponible à ce que nous lui proposons. Un cadre suffisamment sécurisant lui permet alors, de mon point de vue, d'introduire des variations sans qu'elles ne soient, pour autant, désorganisatrices.

1.3 Le cadre interne et la fonction de contenance du psychomotricien

En plus du cadre institutionnel et du cadre de la séance, le psychomotricien possède un cadre interne composé de ses connaissances théoriques et de sa connaissance de lui-même. Ce cadre interne, acquis durant sa formation, mais également dans son propre développement et dans ses expériences personnelles et professionnelles, lui permet d'accueillir et de contenir les éléments amenés dans la séance.

Ce cadre interne permet au psychomotricien d'assurer une fonction de contenance qui consiste à « tenter de prêter en quelque sorte son psychisme pour donner au patient l'occasion d'intégrer ses pulsions et non plus d'en être désintégré, morcelé, éclaté, démantelé » (Potel, 2019a, p. 362-363). Sans cadre interne solide, la fonction de contenance ne peut être assurée.

Le rôle du psychomotricien consiste alors non seulement à garantir la sécurité et la solidité du cadre, mais également à prendre appui sur son propre cadre interne, ses propres appuis physiques et psychiques pour pouvoir contenir les débordements et les angoisses du patient.

2 Le bilan psychomoteur : des indices sur la problématique du patient

Au sein de ce cadre sécurisant se déroulent des séances de psychomotricité mais, avant cela, un bilan psychomoteur est généralement réalisé. Il constitue souvent la première rencontre entre le psychomotricien et le patient. Grâce aux différents tests proposés et à l'observation spécifique du psychomotricien, il offre un aperçu des capacités et des difficultés du patient. Il permet ainsi de déterminer la pertinence ou non d'un suivi en psychomotricité et, dans le cas échéant, d'établir un projet de soin.

Dans le cas de Laura, j'ai pris connaissance du bilan psychomoteur après ma première rencontre avec elle. Il m'a permis d'avoir un aperçu global de ses compétences psychomotrices en complément de mes propres observations. Il révèle des difficultés au niveau de chaque item psychomoteur avec, en particulier, de nombreux indices concernant ses difficultés de modulation tonique dans l'action et dans la relation : une attitude figée, un manque d'expressivité faciale, des pas sonores, des difficultés pour recruter le tonus dans l'action. En outre, ses bras croisés devant elle, son impossibilité de croiser l'axe ainsi que ses difficultés de coordination et de dissociation

m'évoquent une intégration incomplète de l'axe et un espace oral pas fermé. Sa lenteur spontanée me laisse à penser que l'impossibilité de recruter volontairement son tonus a peut-être entravé l'intégration des rythmes rapides par Laura. De plus, des difficultés de modulation tonique peuvent affecter la construction spatio-temporelle, comme c'est le cas pour elle. Enfin, alors qu'un bon développement tonique est essentiel à la construction du schéma corporel, Laura montre dans le bilan un manque de connaissance des parties du corps, notamment des articulations (liants du corps), et une représentation pauvre du corps.

Ainsi, le tonus semble être au centre de la problématique de Laura, impactant l'ensemble du corps et des fonctions psychomotrices.

3 Hypothèses et réflexions autour du cas de Laura

En plus du bilan, les séances de psychomotricité ont enrichi ma réflexion sur le cas de Laura. J'ai expliqué dans la partie théorique que le handicap pouvait entraîner des troubles du tonus et qu'il pouvait entraver la relation, notamment les liens précoces. J'ai également montré que l'adolescence était une période de changements corporels et psychologiques, impactant la manière d'habiter son corps et d'entrer en relation avec les autres. Concernant l'histoire de Laura, la théorie étaye ma pensée clinique et fait émerger en moi diverses hypothèses.

3.1 Laura, pas encore sujet ?

Dès le début de son suivi, Laura me donne l'impression de ne pas pouvoir penser par elle-même. Durant les temps d'attentes lors des premières séances, elle me renvoie une sensation de vide que j'associe à une absence de pensées. C'est comme si elle ne pouvait penser qu'à travers nous, en attente de notre validation pour agir et ne faisant presque que des propositions en collage, sans créativité de sa part. Elle n'explore pas non plus l'espace, ni du regard, ni par ses déplacements. Durant les échauffements par exemple, elle marche dans mes pas. C'est comme si son espace du corps n'était pas encore construit, ne permettant alors pas d'élaborer l'espace extérieur. J'observe la même chose au niveau temporel : Laura peut s'adapter à nos rythmes, toujours dans cette même situation d'échauffement par exemple, mais elle s'adapte dans un collage, dans une sorte de fusion avec ce que nous lui proposons. Je pense à cette « consistance » évoquée par Bullinger (2004, p. 191-196) : c'est comme si Laura n'avait pas de consistance, comme si elle n'était alors pas complètement séparée, pas encore sujet. Cette absence de consistance est en lien avec les variations toniques qu'elle expérimente. Probablement du fait de ses handicaps, Laura semble ne pas avoir pu faire l'expérience suffisante des variations toniques

dans la répétition. Elle paraît alors manquer d'épaisseur psychique, de capacité à penser seule et à exister en tant que sujet séparé de l'autre.

D'un autre côté, elle peut proposer des idées et évoquer des souvenirs (ce qu'elle a fait durant le week-end par exemple), elle peut faire des choix et des demandes. Cependant, ces derniers vont toujours vers ce qui est connu. Ce n'est que lorsqu'elle est contenue par des rituels et des habitudes qu'elle peut faire des propositions et exprimer son avis. Ainsi, un manque de construction du sujet demeure : elle semble manquer d'appuis internes suffisant conduisant à une difficulté à penser par soi, un manque d'épaisseur et d'initiatives.

Au fur et à mesure des séances, Laura nous montre de plus en plus de capacités à penser par elle-même. Les séances font rapidement trace, ce qui n'était pas encore le cas durant le suivi avec la psychomotricienne remplaçante. De plus, les temps d'attentes me paraissent moins vides, elle s'en saisit pour être dans l'interaction. Elle peut également exprimer son avis de manière plus spontanée, par exemple lorsque nous jouons au loto des odeurs. Elle semble alors de plus en plus devenir sujet.

3.2 Les crises de colère : un ensemble de facteurs qui s'entremêlent ?

Je constate également la difficulté que présente Laura pour créer du lien avec autrui : elle a peu d'amis au CEM et montre un manque d'initiative dans la relation. Elle s'entend bien avec sa famille, mais ses importantes crises de colère m'interrogent et font émerger en moi plusieurs hypothèses.

Dans un premier temps, je fais le lien entre ses crises et sa retenue que j'observe au CEM : c'est comme si l'expression des émotions se faisait dans un tout ou rien, à l'instar du nouveau-né qui évolue au travers de deux extrêmes toniques. Laura serait alors dans une retenue émotionnelle et tonique au CEM, tandis qu'elle relâcherait tout chez elle, dans un environnement sécurisé où ses parents seraient là pour contenir, pour accueillir, assurer une fonction de pare-excitation.

Je pense ensuite à l'aspect physiologique lié au réveil du matin. Se réveiller le matin demande un certain effort. Alors qu'elle est peut-être encore fatiguée, il lui faut sortir d'un lit confortable pour se lever, sortir d'un endroit où elle est bien pour affronter la réalité, notamment la réalité du handicap et de l'adolescence.

Je réfléchis d'ailleurs à cette période où, comme l'expliquent Tourette et Guidetti (2018b), l'adolescent souhaite se séparer tout en conservant les liens avec ses parents. Cela peut conduire à des conflits internes forts. Laura est peut-être dans cette problématique et ne sait pas comment l'exprimer à ses parents. Elle est encore dans une dépendance à eux du fait de ses déficiences

motrices et intellectuelles ce qui rend le processus d'émancipation plus compliqué. Aussi, Laura doit se séparer de ses parents pour entrer dans un processus adolescent, alors qu'elle ne s'est pas encore complètement construite en tant que sujet.

3.3 Des liens précoces entravés ?

Ces questions de construction de soi et d'individuation me renvoient à l'histoire de Laura et me permettent d'émettre des hypothèses concernant les liens précoces qu'elle a pu entretenir avec ses parents. Pour ces derniers, je me demande comment le deuil de l'enfant imaginaire a été fait. Ils ont été confrontés à l'hypotonie de leur bébé, un bébé alimenté par sonde naso-gastrique qui ne mange pas suffisamment. Ils ont probablement dû faire face à la violence que peuvent renvoyer les soins hospitaliers conférés à Laura pour sa survie. Les liens précoces ont également pu être entravés par les déficiences motrices et le trouble de l'oralité, avec les troubles du tonus rendant plus compliqué le portage. Cela me questionne sur la mise en place, ou non, d'un dialogue tonique à ce moment-là. La problématique adolescente actuelle vient ainsi s'ajouter à une relation qui était peut-être déjà altérée par le handicap.

3.4 Quelle exploration de l'environnement ?

Dans une sphère relationnelle potentiellement fragilisée, la manière dont Laura a pu explorer son environnement me questionne également. Tout ce qui est lié à la bouche a été entravé, notamment l'allaitement, la découverte des objets par la bouche comme liant des deux hémicorps. Peut-être alors que tenir ses deux mains ensemble, comme elle le fait souvent, lui permet de réunir ses deux hémicorps pour tenir son axe corporel, rôle que la bouche n'a pas pu assurer. De plus, alors que l'espace ventral est lié à la construction de l'espace buccal, j'observe que Laura, sur le gros ballon lors du parcours, ne parvient pas à prendre appui sur son ventre. C'est comme si ses troubles de l'oralité avaient entravé la construction de l'axe, probablement en lien avec son hypotonie qui n'a peut-être pas permis d'explorer les premiers schèmes d'enroulement. Remarquons aussi que Laura n'a pas accès à un langage construit, dont l'émergence dépend grandement de l'investissement de la zone orale.

En outre, durant les séances, Laura n'explore pas la salle, ni du regard, ni par ses déplacements. Peut-être que le manque de plaisir par l'exploration orale lorsqu'elle était bébé est à l'origine de son manque d'exploration aujourd'hui.

3.5 Une gestion du tonus compliquée

Au cours des séances, j'ai également remarqué la problématique de Laura autour du tonus avec des difficultés pour l'ajuster dans l'action et dans la relation.

3.5.1 Contrôler son tonus dans l'action

Comme nous l'avons vu, la mise en place des coordinations au cours du développement passe par la prise de conscience de l'axe, puis au redressement du fait d'un tonus suffisant, ainsi que grâce à l'exploration des objets par la bouche précédant la possibilité de croisement des deux hémicorps.

Contrôler le tonus dans l'action s'avère compliqué pour Laura qui semble ne pas avoir conscience de ses variations toniques. Or, l'ajustement tonique dans l'action dépend de la mise en place d'un tonus de posture qui, lui-même, dépend d'un tonus de fond suffisant. Pour Laura, l'hypotonie axiale présente lorsqu'elle était bébé ne lui a peut-être pas permis, au départ, un recrutement tonique suffisant pour se redresser, empêchant alors la mobilisation du tonus dans l'action et, par conséquent, la mise en place des coordinations. De plus, l'investissement de la zone orale est primordial dans la construction de soi, de la relation et pour la mise en place des coordinations. L'histoire de Laura nous indique que sa bouche n'a pas toujours été lieu de plaisir, et qu'encore actuellement elle suscite des difficultés (brossage de dents compliqué, refus alimentaires...). Cela me laisse à penser qu'elle n'a peut-être pas été un lieu d'explorations permettant l'intégration de l'axe. Aujourd'hui, Laura a encore des séquelles neurologiques bien qu'elle ne présente plus d'hypotonie axiale. Alors, la raideur que j'observe constitue peut-être un moyen de compensation pour tenir sa posture verticale. Si c'est le cas, ses membres ne sont alors pas complètement libérés ce qui entrave, de fait, les coordinations et les dissociations.

J'envisage également une autre hypothèse directement liée à des troubles neurologiques : des difficultés de dissociations peuvent être liées à un retard de myélinisation des neurones, ce qui est probable pour Laura qui présente des séquelles neurologiques importantes. Cette piste me semble importante à considérer, venant s'ajouter aux hypothèses précédentes et les enrichir.

3.5.2 Une pauvreté du dialogue tonico-émotionnel

Au-delà de sa difficulté à réguler son tonus dans l'action, Laura nous montre d'emblée un tonus figé et qui ne se module pas dans l'interaction. Alors que le dialogue tonico-émotionnel constitue normalement un premier dialogue, un fond sur lequel s'appuie la communication, il n'exprime rien chez Laura provoquant une monotonie dans ma propre observation.

Dans les séances, elle nous montre progressivement une petite capacité d'adaptation de son tonus à l'autre, notamment avec le ballon à maintenir entre soi et l'autre. Mais quel est le processus qui a permis ces progrès dans le dialogue corporel ?

4 Étayer l'émergence d'un corps en relation

Alors que le suivi de Laura en psychomotricité nous montre des progrès dans sa manière d'entrer en relation avec nous et de mobiliser son corps dans le lien à l'autre, tentons d'observer les propositions que nous lui avons soumises et de retracer le processus qui semble se mettre en place chez elle au fil des séances.

4.1 Expérimenter les variations toniques en psychomotricité

Durant les séances, les différentes mises en situations corporelles permettent d'explorer divers états toniques et tonico-émotionnels dans la relation. Nous commençons avec des jeux de recrutement tonique, puis des situations de relâchement en intégrant assez rapidement des échauffements corporels qui demandent une modulation tonique plus précise, jusqu'à faire des jeux d'ajustement de son tonus à l'autre. Comme l'explique Bullinger (2004), la représentation de son organisme, et notamment la construction d'une enveloppe interne, passe par l'expérimentation répétée de variations toniques.

4.1.1 Trouver du plaisir dans les deux pôles toniques

Nous débutons donc le suivi avec des jeux de recrutement tonique et de la relaxation, durant lesquels Laura expérimente chacun leur tour les deux extrêmes toniques, à l'instar du nourrisson qui oscille entre l'hypertonie et l'hypotonie. Expérimenter la bipolarité tonique permet au nourrisson d'exprimer ses besoins et de se faire comprendre avant d'accéder à une plus grande modulation, et participe également à la construction des limites corporelles : « plus les extrêmes sensoriels auront été ressentis dans un rythme satisfaisant et sécurisant, plus les limites sensorielles seront claires et intégrées » (Robert-Ouvray, 2007c, p. 94).

Selon moi, en expérimentant ces deux extrêmes toniques en psychomotricité, en lien avec la psychomotricienne et moi, Laura a la possibilité de sentir dans son corps des états toniques différents de son tonus habituel invariant. L'expérimenter dans la relation à l'autre lui permet également d'y associer des émotions, des images, des ressentis. Pour cela, nous verbalisons nos propres émotions, émettons des hypothèses sur les siennes et tentons de donner forme à

l'émotion. Lorsqu'elle détruit la tour de cubes, le battement du tambour combine les vibrations et le son puissant à un recrutement tonique.

4.1.2 Les échauffements corporels : moduler son tonus au service du mouvement

Durant les échauffements corporels, nous mettons jeu le tonus d'une manière plus fine. Il faut moduler son tonus pour effectuer un certain mouvement. Il s'agit alors d'expérimenter une palette tonique plus large. Comme le bébé dont la maturation tonique procure un meilleur contrôle de ses mouvements, Laura est invitée, par le biais des échauffements, à ressentir dans son corps des variations toniques différentes offrant de nouvelles possibilités motrices et une continuité tonique, contrairement au couple recrutement/relâchement qui peut provoquer un sentiment de discontinuité. Je remarque justement chez Laura une certaine discontinuité durant les premières séances, notamment avec les transitions qui me paraissent vides, les états toniques qui varient du tout au rien ou encore son langage peu fluide. J'observe une progression lors des dernières séances où les temps d'attente me semblent plus pleins, Laura s'en saisissant même parfois pour proposer des choses ou entrer en relation, et les séances me paraissent moins discontinues. Son tonus également est plus modulable. Toutefois, Laura nous interrompt souvent en milieu de consigne ou d'exercice, comme si elle ne savait pas à quel moment intervenir dans la relation ou comme si elle ne pouvait pas retenir sa pensée, la garder à l'intérieur d'elle, afin de l'exprimer dans un moment propice.

4.1.3 Expérimenter le dialogue tonico-émotionnel

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le bébé expérimente dès sa naissance, si tout se passe bien, un dialogue tonico-émotionnel avec ses parents. Le tonus a alors pour lui un rôle d'expression des états internes et des besoins. Les signaux qu'il reçoit de la part de son parent modifient également son état intérieur et la façon dont se déroulent (ou ne se déroulent pas) ces échanges influencent la manière dont le sujet habitera son corps plus tard. Son fond tonique et l'utilisation de son corps dans la relation ne sera donc pas le même selon la qualité des échanges tonico-émotionnels précoces.

Dans le cas de Laura, le fond tonique invariant dans la relation, en lien avec son histoire de soins, me laisse à penser qu'un dialogue tonico-émotionnel n'a peut-être pas pu s'établir de façon idéale lorsqu'elle était bébé. Nous voyons dans les séances comme le dialogue tonico-émotionnel est pauvre et pas spontané dans la relation. Durant les jeux de dialogue tonique, comme celui où il faut conserver le ballon entre nous, je constate qu'il est très compliqué pour

elle de moduler son tonus en fonction de celui de l'autre, en particulier lorsqu'il faut contrôler de multiples éléments en même temps. Cependant, lorsqu'elle s'assoit ou se met à genoux, elle peut ajuster son tonus à celui de la psychomotricienne. Ces jeux lui permettent, il me semble, d'expérimenter le dialogue tonique comme elle n'a pas forcément pu le faire dans d'autres contextes. Les moments de relaxation, notamment les mobilisations passives ou le bercement dans le hamac, relèvent aussi du dialogue tonique. Le tonus s'échange à travers le toucher de la psychomotricienne ou à travers le bercement : alors que cette dernière est détendue et effectue des mouvements fluides, Laura peut se détendre et s'apaiser elle aussi. De plus, en jouant à détruire la tour en mousse, et notamment lorsque nous tapons sur le tambour en même temps, nous sommes non seulement dans un partage tonique mais aussi dans un partage émotionnel, mettant alors en jeu le dialogue tonico-émotionnel.

Bullinger (2004) nous explique l'importance de l'expérimentation du dialogue tonico-émotionnel. Selon lui, il existe deux systèmes de traitement des flux sensoriels. Le premier est le système archaïque, déjà disponible chez le fœtus et permettant une perception globale. Le système récent, lui, se développe après la naissance et offre une organisation plus précise et une analyse spatiale des flux. Pour rendre mature ce dernier, le bébé le sollicite : c'est la maximisation. Il utilise ensuite le système archaïque pour rééquilibrer l'ensemble. Dans un bon développement, un équilibre entre ces deux systèmes se met en place permettant une représentation générale de l'organisme, ce que Bullinger nomme « corps ». Avant que cet équilibre ne s'installe, le bébé ne peut identifier spatialement le flux. De ce fait, il n'a que le recrutement tonique pour décharger la tension. Le dialogue tonique va donner un sens à ces augmentations toniques, lui permettant alors de réguler de plus en plus ses émotions et de les contrôler (2004). Alors, l'expérimentation du dialogue tonique en séance peut donner un sens aux variations toniques de Laura afin qu'elle soit progressivement capable de réguler et de contrôler progressivement ses états émotionnels.

Ainsi, Laura, durant les séances que nous lui avons proposées, a pu faire l'expérience des variations toniques dans un ordre rappelant le développement tonique du bébé. Elle a alors expérimenté la bipolarité tonique puis des états toniques intermédiaires ainsi que le dialogue tonico-émotionnel, le tout dans un cadre sécurisant et un étayage relationnel assuré par la psychomotricienne et moi-même. Il me semble donc que Laura, dans le soin, est repassée par les différentes étapes du développement tonique, en lien avec nous, ce qui a manifestement étayé sa construction psychique et contribué à l'utilisation de son corps dans la relation.

De plus, l'expérimentation du tonus comme nous l'avons proposé au cours de ces séances a également mis en jeu d'autres éléments, car le tonus est une fonction très large qui influence l'ensemble du corps et des fonctions psychomotrices.

4.2 Trouver des appuis

La question des appuis me semble également importante dans le suivi de Laura. Ils permettent de s'ériger physiquement comme psychiquement et sont en lien direct avec le tonus. Trouver des appuis dans leur corps permet aux patients de prendre conscience de celui-ci et de sentir quelque chose de solide sur lequel s'appuyer : la dureté du sol à l'extérieur, ou bien celle des os à l'intérieur par exemple. Chez des patients hypotoniques cela me semble particulièrement important car leur hypotonie ne leur permet pas de sentir cette solidité en eux. Pour eux, trouver des appuis, c'est trouver quelque chose de robuste dans ce corps si mou. Laura, bébé, présentait une hypotonie axiale ce qui m'interroge sur les appuis qu'elle a pu trouver dans son corps.

Actuellement, en séance, lorsqu'elle a des appuis, elle apparaît moins figée, son tonus est plus modulable. Mes observations me laissent à penser que les appuis physiques aident Laura à exister en tant que sujet. Elle semble, en effet, plus à l'aise lorsqu'elle a un appui au niveau du bassin que lorsqu'elle est debout : elle apprécie les jeux au bureau, où nous sommes assises sur une chaise, et se montre à l'aise dans son corps et riche de propositions toniques sur le gros ballon. Je pense donc que sentir son bassin lui permet peut-être de sentir son dos et son axe. Or, les appuis ont une importance capitale dans la fonction tonique. Ils confèrent au bébé un retour sensoriel de leur corps sur le sol (ou sur la surface sur laquelle ils se trouvent). Le bébé construit son tonus en lien avec ces appuis physiques qui lui permettent de se redresser.

Parler d'appuis c'est aussi parler d'appuis psychiques : les appuis internes qui constituent la fondation d'une sécurité interne suffisante pour développer sa pensée et sa motricité. Ces appuis psychiques semblent manquer à Laura qui reste dans une forme de passivité si elle n'est pas sollicitée. De cette manière, les autres (parents, thérapeutes) semblent constituer des points d'appui lui permettant de penser.

4.3 La respiration : un accès privilégié à l'état tonique

La respiration influe sur l'état émotionnel et sur l'état tonique. Comme le tonus, elle relève du volontaire comme de l'involontaire. J'essaye de l'intégrer dans les échauffements corporels avec Laura en la mettant directement en lien avec le tonus : on lève les bras en inspirant, on relâche en soufflant. Selon moi, travailler avec la respiration permet d'emprunter un chemin détourné pour expérimenter des variations toniques.

Un travail autour de la respiration peut aussi permettre de prendre conscience de son volume, par exemple avec la cage thoracique, la respiration au niveau du ventre, du dos et des côtés. Il peut contribuer également à la différenciation et à la prise de conscience de son intérieur

et de son extérieur : l'air entre à l'inspiration et sort à l'expiration, le trajet de l'air peut être visualisé.

Dans le cas de Laura, nous avons seulement initié le travail de respiration. Je pense alors que sa poursuite pourrait permettre d'accéder au tonus d'une autre manière et l'aider à prendre conscience de son corps, de ses limites et de ses possibilités en provoquant, via la respiration, des états toniques différents.

4.4 Jouer avec les microrhythmes

En séance, il s'agit également de jouer avec les rythmes. Comme nous l'avons vu, Marcelli décrit les macrorhythmes et les microrhythmes. Ce dialogue rythmique, fait de répétitions sécurisantes et de surprises excitantes, contribue à la différenciation (Marcelli, 2007). Avec Laura, nous jouons avec ces alternances rythmiques pour faire émerger de l'expressivité. Lorsqu'elle joue aux raquettes avec la psychomotricienne, un rythme s'installe, toujours le même, monotone comme le tonus de Laura. Puis, le ballon arrive trop près de cette dernière qui n'arrive alors pas à le rattraper. Cela change le rythme (microrhythme) et provoque de la surprise chez Laura : « Woh ! ». Plus tard dans le suivi, lorsque nous construisons la tour en mousse dans le but de la détruire, nous posons chacune notre tour un cube. La tour s'érige petit à petit, un rythme s'installe, nous sommes concentrées pour moduler notre tonus de manière à ne pas la faire tomber. Puis la tour vacille. J'accompagne ce vacillement par mon corps et par des onomatopées, accentuant l'apparition de ce microrhythme. Nous reprenons notre construction avec prudence, et, finalement, la tour tombe ! Cela surprend une nouvelle fois Laura qui rit, a une décharge tonique et rassemble ses deux mains. Jouer avec les macrorhythmes et les microrhythmes au sein de la séance permet alors de créer un dialogue, un échange à la fois rythmique et tonique, provoquant de l'émotion et des variations toniques chez Laura.

4.5 La communication par le regard

Le regard est capture du monde et d'autrui, il est anticipation, il est construction d'un monde par le sujet percevant en fonction de ses expériences passées, de sa visée vers le futur, de ses désirs et de ses craintes, de ses croyances et des règles sociales qui le guident. (Berthoz, 2008, p. 33-34)

Pour Laura, le regard ne semble pas être une capture du monde. Elle ne l'utilise pas pour explorer l'espace. Elle s'en sert toutefois dans la relation à l'autre : un regard adressé dès le début, mais un regard qui me questionne. Lorsque la psychomotricienne lui fait des mobilisations passives, elle me regarde, mais je n'arrive pas à l'interpréter. Je ne saurais dire si ce regard relève

de la curiosité, de l'inquiétude, d'une volonté de communiquer. Son regard est présent, certes, mais ce qu'il transmet n'est pas toujours clair. Lors de la destruction de la tour, quand je me place pour faire tomber celle-ci, Laura me tourne le dos alors qu'elle est censée regarder comment je m'y prends. Alors, dans ce regard, je perçois que quelque chose n'est pas naturel dans la relation.

Pourtant, à d'autres moments, une communication, et même des émotions, passent par le regard de Laura. Lors de la dernière séance que j'ai décrite, celle où j'ai moi-même pris encore plus de plaisir que d'habitude, je note la présence de nombreux échanges de regards avec Laura. Nous rions et nous nous regardons, je sens que l'échange de plaisir passe véritablement par ce canal sensoriel. D'autres fois, son regard a une fonction d'appel, de demande, par exemple lorsqu'elle regarde la psychomotricienne assise au bureau, souhaitant qu'elle participe avec nous. Cette discontinuité dans le regard de Laura m'évoque sa discontinuité dans la relation et sa discontinuité tonique.

Selon moi, c'est donc aussi notre regard (au sens propre du terme) de psychomotricien qui joue un rôle dans la mise en place du corps en relation. L'évolution du regard est intimement liée au développement psychique et au développement postural puisqu'il permet le redressement et stimule l'exploration. C'est à travers notre regard bienveillant, encourageant et étayant que Laura peut se construire en tant que sujet, de même que le bébé qui se reconnaît dans le regard de ses parents.

4.6 La rêverie du psychomotricien

Enfin, il me paraît nécessaire d'évoquer l'importance de la rêverie dans le soin psychomoteur. Le concept de rêverie maternelle développé par Bion (cité par Bronstein & Hacker, 2012) me parle beaucoup car il renvoie selon moi au travail permanent du psychomotricien, à ce que nous faisons constamment en séance : le psychomotricien, à l'instar de la mère rêvant son bébé, peut rêver le patient et lui prêter son appareil psychique. Il reçoit des éléments bruts bêta et les transforme en éléments élaborés alpha. Il prête des mots et des affects au patient à l'intérieur et à l'extérieur de la séance. De même que les parents rêvent leur enfant, le psychomotricien pense le soin et le jeune qu'il accueille en séance. Autour des séances de Laura, nous pensons, discutons, élaborons notre pensée au regard de ce qu'elle nous amène chaque lundi. Nous rêvons le soin et imaginons la potentielle évolution. Au sein même de la séance, lorsque je pose des hypothèses sur les ressentis de Laura, je pose des mots : je transforme donc des éléments bêta en éléments alpha. Quand j'interprète ses rires et ses décharges toniques comme des manifestations de plaisir, peut-être que je lui renvoie un élément de sens lié à cette expérience tonico-émotionnelle et que je lui permets de la penser et de l'intégrer.

En plus de prêter des mots et des affects, le psychomotricien prête son corps au patient. Nous expérimentons en même temps que lui, ou avons déjà expérimenté par le passé, les différentes expérimentations proposées. Cela nous permet de poser les mots et les affects les plus justes possibles : un ensemble d'hypothèses qui ne seront pas toujours exactes mais qui renvoient au patient des éléments pouvant être intégrés. Nous utilisons également nos corps et nos diverses médiations corporelles pour transformer les éléments bruts corporels en éléments alpha corporels. Lorsque je tape sur le tambour alors que Laura frappe la tour de cubes en mousse, je tente de donner forme à l'émotion qui peut être dégagée par l'agressivité du geste. Nos réponses corporelles aux signaux qu'elle envoie constituent également une forme d'élaboration, de rêverie corporelle. De même, lors de la dernière séance, lorsque nous rangeons et que Laura avance le tapis en plusieurs fois, je l'imité en accentuant le geste, provoquant un rythme plus fort, faisant plus de bruits. En reprenant son geste et en le transformant, je tente de donner une forme et une coloration émotionnelle à un acte qui n'avait initialement pas de sens.

Le corps du psychomotricien se présente également comme un réceptacle de certains affects ou de certains éléments non représentés du patient. Notre corps est ainsi disponible pour recevoir les émotions qui pourraient s'exprimer chez Laura. Si ses crises de colères ont lieu chez elle, elles pourraient survenir en séance de psychomotricité. Dans ce cas, nous utiliserons à la fois notre élaboration psychique mais également notre corps pour transformer les affects non représentables en éléments élaborés, en pensées.

Ce travail de rêverie me semble constituer un socle nécessaire à notre travail de psychomotriciens et de psychomotriciennes. Nous adoptons une position d'accueil des ressentis et des actes du patients et notre rôle consiste, bien souvent, à y mettre du sens, de la forme, du pensable.

4.7 Le toucher : une perspective de soin

Le toucher est présent mais n'occupe pas une place prépondérante dans le suivi de Laura. Pourtant, il joue un rôle majeur dans l'établissement de la relation via son importance dans le dialogue tonico-émotionnel. Selon Bullinger (2004), le système archaïque permet le dialogue tonique. Lors du potage, le nouveau-né reçoit des flux sensoriels, notamment tactiles, qui permettent une modulation tonique et, progressivement, amènent le bébé à mettre du sens sur ses différents états toniques. Robert-Ouvray parle elle de « vibrations toniques » (2007c, p. 93) qui s'échangent entre le bébé et son parent dans une « empathie tonique » (2007c, p. 94) et qui permettent au bébé de se différencier et de se construire. Laura nous a montré qu'être touchée était possible pour elle, l'introduire en séance me semble donc intéressant et même nécessaire à

ce stade du suivi. Nous pourrions, par exemple, ajouter aux échauffements des mouvements dansés en contact, ou lui proposer des jeux de modelage avec une personne qui sculpte l'autre, d'abord les yeux ouverts puis les yeux fermés.

CONCLUSION

L'importance majeure du tonus dans la relation m'intrigue depuis ma première année de formation en psychomotricité. Les expérimentations tonico-émotionnelles en séances de travaux dirigés m'ont fait prendre conscience de ce dialogue sans cesse présent, que j'utilisais à chaque instant sans même le savoir. Face à une personne dont le dialogue tonique est défaillant, chacun de nous peut sentir en lui que quelque chose est différent dans la relation. Alors, le psychomotricien tente d'identifier ce qui se joue dans son corps et d'y mettre du sens pour essayer de comprendre ce qu'il se passe dans celui de l'autre : peut-être est-ce là l'une de ses spécificités.

Laura, par son tonus invariant et son corps peu expressif, a d'abord provoqué chez moi une observation monotone et un sentiment de plat. Elle m'a ensuite surpris par ce « Woh ! », première manifestation expressive en ma présence, faisant émerger chez moi une curiosité et un grand intérêt. Ce suivi a été source de nombreux questionnements et hypothèses qui ont enrichi ma pensée face à cette adolescente qui semblait, elle, en être presque dépourvue. Pour penser ce soin, les références théoriques m'ont permis d'appuyer la pertinence de nos propositions en séance et de tenter de comprendre le processus enclenché pour Laura en psychomotricité.

Alors que construire un corps en relation passe nécessairement par la construction de sujet pensant et séparé, j'ai remarqué sa difficulté à exister en tant que tel. Les problématiques adolescentes viennent s'ajouter au handicap chez une jeune fille qui ne trouve pas encore en elle les appuis suffisants pour penser. Les séances de psychomotricité, par leur cadre sécurisant et par nos propositions étayantes, constituent un temps d'expérimentations tonico-émotionnelles au cours duquel Laura rejoue chaque étape du développement tonique à travers les mises en mouvements proposées. En centrant nos séances sur le tonus, nous impliquons nécessairement d'autres éléments relationnels qui lui sont intimement liés : la recherche d'appuis, la respiration, les variations de rythme et le regard. Ces diverses expérimentations sont accompagnées par notre fonction de rêverie puisque nous prêtons des pensées à Laura et tentons de donner forme aux mouvements non symbolisables pour les rendre intégrables.

Les progrès de régulation tonique de Laura demeurent limités par les atteintes neurologiques qui ne disparaîtront pas. Nous ne remplacerons pas non plus les expérimentations précoces si elles ont été entravées par le handicap. Toutefois, au fil des séances teintées d'un plaisir partagé, nous constatons de réels progrès de la part de Laura dans sa prise d'initiatives et dans sa capacité à penser par elle-même, à exister en tant que sujet et à entrer en relation avec nous. Elle prend de la consistance, une épaisseur psychique qui la rend de plus en plus maîtresse

de ses actions et davantage présente dans ses choix. Dans le même temps, ses possibilités tonico-motrices s'élargissent et s'enrichissent d'un début de créativité. Tous ces progrès signent pour elle le début d'un long processus permettant l'émergence d'un corps en relation.

Selon moi, un travail sur le toucher s'avère désormais nécessaire pour la suite du suivi. Essentiel dans l'établissement d'un dialogue tonico-émotionnel, il ouvrirait à un travail sur l'ajustement du tonus à l'autre et étayerait alors la mise en place d'un corps relationnel. Cela pourrait nous conduire à un nouveau questionnement : en quoi le toucher, en séances de psychomotricité, permet-il de développer l'ajustement corporel dans relation à l'autre ?

Pour clore ce mémoire, je dirais que du stade fœtal jusqu'au grand âge le tonus est un élément central impliqué dans l'ensemble des fonctions psychomotrices. Il sous-tend l'émergence du sujet différencié et permet d'entrer en relation via le dialogue tonico-émotionnel. Dans la pratique du psychomotricien, le tonus occupe donc une place prépondérante : quelle que soit la population prise en soin, entrer en relation passe systématiquement par le dialogue tonique.

En tant que future professionnelle, ce travail m'a énormément enrichie. En effet, le tonus qui constitue le fond sur lequel s'établit la relation est, selon moi, l'élément de base de toute prise en soin. De ce fait, dans chaque suivi, le tonus est toujours à prendre en compte. Il nous faut également ajuster notre posture, notre propre tonus, et être dans une écoute corporelle de celui de l'autre afin d'être nous-mêmes disponibles à la relation. Au cours de mon propre développement, j'ai acquis un savoir-être que la formation en psychomotricité a fait murir. Il continuera d'évoluer tout au long de ma vie et je sais que, comme cela a notamment été le cas avec Laura, chaque rencontre avec un patient me permettra d'en apprendre encore plus sur moi pour toujours mieux comprendre l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajuriaguerra, J. de, & Cahen, M. (2008). Tonus corporel et relation avec autrui : l'expérience tonique au cours de la relaxation. In F. Joly & G. Labes (Éds.), *Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité : Vol. 1 : Corps, tonus et psychomotricité* (p. 117-161). Éditions du Papyrus.
- Belot, R.-A. (2012). Le système pare-excitation parental et ses liens avec l'expression somatique du bébé. *Dialogue*, 197(3), 19-30. <https://doi.org/10.3917/dia.197.0019>
- Berthoz, A. (2008). L'échange par le regard. *Enfances & Psy*, 41(4), 33-49. <https://doi-org.docelec.univ-lyon1.fr/10.3917/ep.041.0033>
- Bérubé, F., Janelle, C., Jean-Ricard, E., Kitsikis, T., Lastère, C., Lin, J., Ranger, A.-C., Sanchez, S., & Stanciu, C. (2014). *Bienvenue à la clinique surspécialisée du plexus brachial*. CHU Sainte-Justine Centre hospitalier universitaire mère-enfant. https://www.chusj.org/getmedia/d4be7bcc-febc-470d-9176-2fcf5e0f8aa9/depliant_F-2284_CRME_plexus-brachial_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
- Bonneil, A., & Meunier, C. (2020). *Psychomotricité et troubles psychomoteurs*. Éditions Tom Pousse.
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 49(4), 78-88.
- Bronstein, C., & Hacker, A.-L. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76(3), 769-778.
- Bucher, H. (2004). L'éveil sensori-moteur de l'enfant. In *Développement et examen psychomoteur de l'enfant* (p. 11-19). Masson.
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche*. Érès.

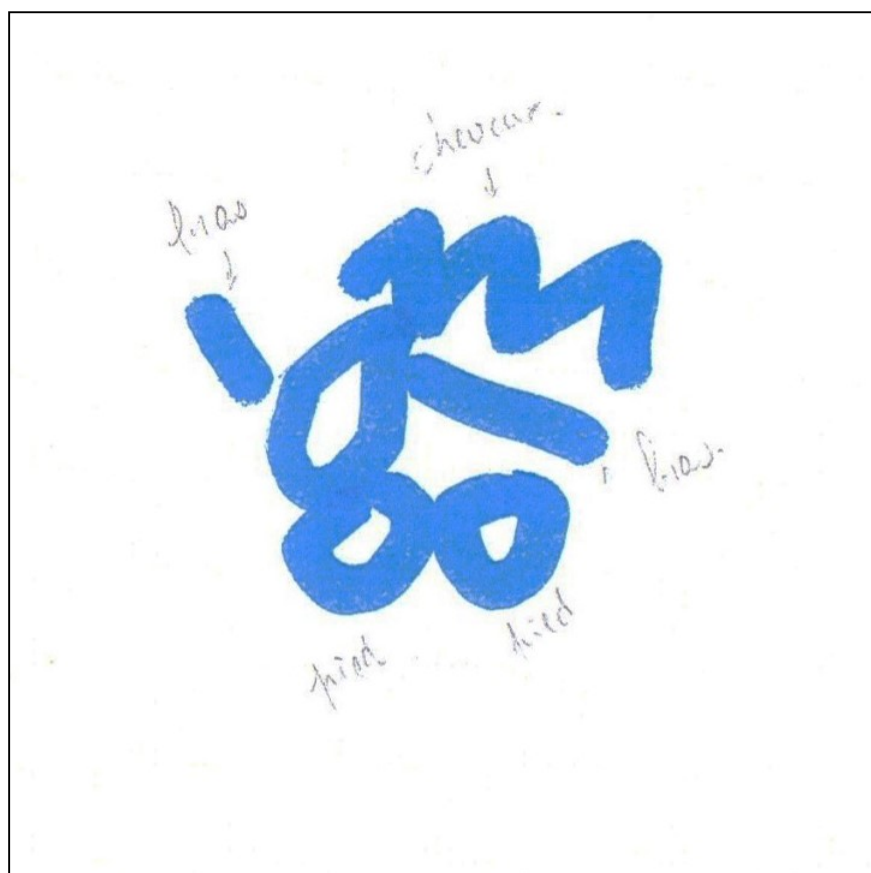
- CEN. (2016, novembre 21). *Syndrome neurogène périphérique*. Collège des Enseignants de Neurologie. <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/s%C3%A9miologie-analytique/syndrome-myogène-myopathique/syndrome-myogène-myopathique-5>
- Choses à Savoir. (2020, janvier 24). *Pourquoi les adolescents sont-ils mous ?* [Podcast audio]. Choses à savoir. <https://www.chosesasavoir.com/pourquoi-les-adolescents-sont-ils-mous/>
- CNRTL. (2012). Vigilance. In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. <https://www.cnrtl.fr/definition/vigilance>
- Corneau-Doppia, S. (2016). *L'axe psychomoteur, de la genèse à l'intégration* [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux Collège Sciences de la Santé]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340286>
- Dubuc, B. (2020, décembre 3). *Les structures cérébrales qui nous réveillent et nous endorment*. Le Cerveau à tous les Niveaux ! https://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_11/a_11_cr/a_11_cr_cyc/a_11_cr_cyc.html
- Écotière, M.-A., Pivry, S., & Scelles, R. (2016). Grandir avec un handicap : La transition adolescente. *Contraste*, 44(2), 229-251.
- Jover, M. ' (2000). Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. In J. Rivière (Éd.), *Le développement psychomoteur du jeune enfant. Idées neuves et approches actuelles* (p. 17-52). Solal. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02479299>
- Korff-Sausse, S. (1996a). "Ça n'arrive qu'aux autres " Les parents médusés. In *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste* (p. 33-53). Calmann-Lévy.
- Korff-Sausse, S. (1996b). « Je suis trisomique, et toi ? » Etrangeté, identité et altérité. In *Le miroir brisé : L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste* (p. 55-69). Calmann-Lévy.
- Larousse. (s. d.). Adolescence. In *Larousse*. Consulté 17 mars 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>
- Marcelli, D. (2007). Entre les microrhythmes et les macrorhythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129.
- Marret, S. (2003). Physiopathologie des leucomalacies périventriculaires. *Revue Médicale de Bruxelles*, 24(5), 416-419.

- Montaigne, M. (2015). *Tu mourras moins bête : Pourquoi les ados sont-ils mous ?* [Vidéo]. ARTE.
<https://www.arte.tv/fr/videos/055155-022-A/tu-mourras-moins-bete/>
- Pfister, R., Launoy, V., Vassant, C., Martinet, M., Picard, C., Bianchi, J. E., Berner, M., & Bullinger, A. (2008). Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*, 60(4), 317-335.
- Potel Baranes, C. (2007). Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents. Un exemple : La relaxation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(2), 120-126.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.004>
- Potel, C. (2006). L'adolescence : Un passage. In *Corps brûlant, corps adolescent* (p. 57-70). Érès.
- Potel, C. (2019a). La question du cadre thérapeutique La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle édition augmentée, p. 357-381). Érès.
- Potel, C. (2019b). Quelles constructions fondamentales pour la psychomotricité ? In *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (Nouvelle édition augmentée, p. 117-154). Érès.
- Robert, P., Rey, A., & Rey-Debove, J. (2008). Tonus. In *Le nouveau petit Robert : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (p. 2573). Le Robert.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007a). La motricité primaire du bébé. In *L'enfant tonique et sa mère* (p. 31-49). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007b). La psychomotricité narcissique du nourrisson. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (Deuxième édition révisée, p. 41-56). Desclée de Brouwer.
- Robert-Ouvray, S. B. (2007c). L'analyse sensorielle. In *Intégration motrice et développement psychique : Une théorie de la psychomotricité* (Deuxième édition révisée, p. 93-109). Desclée de Brouwer.
- Shulman, S., & Rubinroit, C. I. (1987). The second individuation process in handicapped adolescents. *Journal of Adolescence*, 10(4), 373-384. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(87\)80018-0](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(87)80018-0)

- Tourrette, C., & Guidetti, M. (2018a). Le développement des enfants d'âge scolaire. In *Introduction à la psychologie du développement : Du bébé à l'adolescent* (4^e éd., p. 177-244). Dunod.
- Tourrette, C., & Guidetti, M. (2018b). Les changements de l'adolescence. In *Introduction à la psychologie du développement : Du bébé à l'adolescent* (4^e éd., p. 247-288). Dunod.
- Vaginay, D. (2011). Sexualité, handicap mental et société. *Le Carnet PSY*, 158(9), 49-51.
- Vaivre-Douret, L. (2003a). La représentation du corps. In *La qualité de vie du nouveau-né : Corps et dynamique développementale* (p. 130-145). Odile Jacob.
- Vaivre-Douret, L. (2003b). Les coordinations intermodales. In *La qualité de vie du nouveau-né : Corps et dynamique développementale* (p. 66-72). Odile Jacob.
- Vaivre-Douret, L. (2003c). Tonus et développement psychomoteur entre 0 et 18 mois. In *La qualité de vie du nouveau-né : Corps et dynamique développementale* (p. 88-101). Odile Jacob.
- Winnicott, D. W. (1975). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. In *Jeu et réalité : L'espace potentiel* (p. 203-214). Gallimard.

ANNEXE

Annexe I : Dessin du bonhomme de Laura, mars 2020



Les notes au crayon de papier ont été rajoutées par la psychomotricienne selon la description faite par Laura, afin de se souvenir des parties du corps représentées. Il est indiqué (de gauche à droite) : « bras » et « cheveux » au-dessus, et « pied », « pied » et « bras » en-dessous du dessin.

Vu par la maîtresse de mémoire

À Miribel, le 05 mai 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Cécile Mottet', written diagonally across the page.

Cécile Mottet

Psychomotricienne

Auteur : Valentine MARTIN

Titre : Titre du mémoire :

Le tonus dans la relation : À la recherche d'un « corps expression »

Mots - clés : tonus – dialogue tonico-émotionnel – handicap – adolescence
tonus – tonic-emotional dialogue – disability – adolescence

Résumé : Le tonus, élément clef du développement psychomoteur, permet un premier dialogue entre le bébé et ses parents et s'avère essentiel pour l'émergence des représentations. Cependant, le handicap entrave parfois cette fonction tonique entraînant de multiples conséquences. À l'adolescence, de nombreux remaniements viennent s'ajouter à une construction déjà fragile. Alors, l'étude clinique de Laura, une adolescente de 14 ans dont l'expressivité corporelle est pauvre, illustre comment l'expérimentation des variations toniques dans le cadre sécurisant des séances de psychomotricité peut étayer le développement d'un corps relationnel et expressif.

Tonus, a key element in psychomotor development, allows the first dialogue between the baby and their parents and is essential for the emergence of representations. However, disability sometimes hinders this tonic function with multiple consequences. In adolescence, several changes come on top of an already fragile construction. Thus, the clinical study of Laura, a 14-year-old girl with poor bodily expressivity, illustrates how the experimentation of tonic variations in the reassuring frame of psychomotricity sessions can support the development of a relational and expressive body.