

DANS LE CHAMP DE L'HUMANITAIRE UN AUTRE APPORT : LE CORPS RESSOURCE

1ÈRE PARTIE SUR LE TERRAIN

INTRODUCTION

Lorsque nous avons décidé d'écrire ce livre sur l'intérêt du soin psychomoteur pour les enfants et les adultes en milieu humanitaire, Julia Duvernay et moi-même étions engagées depuis plusieurs années dans des actions humanitaires. J. Duvernay était allée en Amérique du Sud ainsi qu'en Afrique Sub-Saharienne et Afrique Noire et avait soutenu son mémoire de diplôme de psychomotricienne sur le thème « La Psychomotricité et l'Humanitaire ». Moi-même j'avais travaillé avec M.S.F. (Médecin Sans Frontières), avec des ONG roumaines et régulièrement avec les équipes d'A.C.F. (Action Contre la Faim) pour promouvoir les rudiments théoriques et pratiques de la stimulation psychomotrice et le regard psychomoteur à porter sur le développement de l'enfant malnutri et gravement carencé affectivement.

Mues toutes deux par des intérêts humains et par la certitude que la stimulation psychomotrice a un rôle important à jouer dans le soutien moteur et psychique de l'enfant et de sa maman en situation de détresse, nous avons décidé de croiser nos expériences et nos connaissances des différents terrains.

Ce petit livre n'est pas seulement un manuel qui peut aider les soignants engagés sur le terrain et les psychomotriciens intéressés par les expériences humanitaires. Il a un objectif plus large qui est celui de montrer que le travail corporel est fondamental lorsqu'il s'agit de traiter des états de stress, que ce soit dans les pays de guerre, de famine ou dans nos pays privilégiés où le travail, le rythme de vie, les multiples exigences sociales et les surstimulations viennent engendrer des états de tension chroniques apparentées au stress.

Dans la première partie nous définirons les termes du titre et nous présenterons nos expériences réalisées à l'étranger ainsi que les premiers constats cliniques que nous avons pu faire lors de nos interventions. La deuxième partie, plus théorico-clinique tentera de montrer pourquoi la stimulation psychomotrice utilisant l'intelligence de notre corps est l'outil thérapeutique qui vient remplir le vide clinique si souvent présent sur le terrain de l'humanitaire lorsqu'il s'agit de soigner au delà de la parole. La troisième partie donne une liste non exhaustive d'exercices de stimulation psychomotrice que chacun peut mettre en œuvre d'une manière simple et humaine.

Nous avons essayé, Julia Duvernay et moi-même d'articuler nos deux expériences et nos deux écritures et nous espérons que ce mixage offrira au lecteur une vision claire de ce que nous avons vécu et de ce que nous voulons partager avec lui.

A- L'ACTION HUMANITAIRE : HISTORIQUE et DEFINITIONS

En Occident, pendant le moyen âge très religieux, les moines, au nom de la charité chrétienne ouvrent des hospices pour venir en aide aux plus faibles et aux plus démunis. L'engagement solidaire est motivé par la foi religieuse et à partir du XIIe siècle de nombreux missionnaires partent à travers le monde diffuser la parole chrétienne tout en menant des actions caritatives d'assistance aux personnes défavorisées. Au siècle des lumières, Rousseau et Kant insufflent des idéaux de liberté, de tolérance et d'égalité entre les hommes et les actions de solidarité se teintent d'une implication politique remettant en cause le pouvoir en place. Les notions de respect, de dignité humaine et le combat pour la défense des droits humains forment le terreau de ce que sera plus tard l'aide humanitaire.

L'ouverture sur la notion de soins pour tous sans discrimination politique se fait au XIXème siècle, en 1859, lorsque Henry Dunant, homme d'affaire suisse se trouvant sur le champ de bataille de Solferino, frappé par le nombre de blessés abandonnés à leur sort sans soins médicaux, déclame le fameux mot d'ordre « tutti fratelli » (« tous frères ») afin d'encourager les soignants à s'occuper de tous les blessés sans distinction de nationalité. Il instaure le concept de neutralité des sauveteurs et en 1863 il crée la Croix Rouge Française.

Ce mouvement humaniste peut s'organiser et se structurer grâce à la loi Waldeck-Rousseau éditée en 1901, qui reconnaît à tout homme « la liberté de s'associer librement, sans autorisation ni condition autre que le respect des lois du droit commun ». Des milliers de petites entreprises voient le jour, dont de nombreuses organisations non gouvernementales (ONG). C'est en 1945 que la Charte des Nations Unies offre pour la première fois un statut aux ONG pour légitimer leurs actions de défense des droits de l'homme. Dans les années 1970, l'aide humanitaire connaît un véritable essor avec le mouvement des « French Doctors » et la création de Médecins Sans Frontières (M.S.F). La notion de droit d'ingérence lorsqu'il s'agit de sécurité humaine émerge alors.

L'intervention humanitaire apparaît comme une réponse solidaire face aux drames humains dans le monde et elle a pour objectif de préserver et de restaurer la vie et la dignité des populations considérées comme vulnérables. Le Nouveau Petit Robert (2008) précise : « L'action humanitaire vise au bien de l'humanité et intervient pour sauver des vies humaines, soulager des populations dans des situations d'urgence ». Rony Brauman¹, médecin et ancien président de M.S.F rajoute que l'action humanitaire « vise, sans aucune discrimination et avec des moyens pacifiques à préserver la vie dans le respect de la dignité, à restaurer l'homme dans ses capacités de choix » .

Elle s'attache à répondre, de manière urgente ou sur des moyens et longs termes, aux besoins élémentaires et vitaux tels que la faim, la santé, l'éducation, la protection des hommes, femmes et enfants dans les pays en guerre ou touchés par des catastrophes naturelles. Parallèlement des missions de développement s'inscrivent dans une optique de reconstruction et de soutien auprès des populations. Une petite école créée dans un village après une catastrophe naturelle peut s'intituler ONG, une structure très importante comme Action Contre la Faim qui intervient dans de nombreux pays s'appelle également une ONG. Il existe donc un foisonnement d'ONG de part le monde, ce qui élargit les répères identitaires, la ligne directrice commune étant l'aide qu'un humain apporte à un autre humain.

¹ R. Brauman. « *Penser dans l'urgence. Parcours critique d'un humanitaire* » Entretiens avec C.Popitevin. Paris.Le Seuil. 2006

S'inscrivant dans le champ de la bienveillance, l'aide humanitaire implique un engagement personnel en mettant les compétences de chacun au service d'une mission d'urgence ou de développement, dans l'acceptation de l'autre, sans jugement et en toute neutralité. En France, deux termes sont employés pour décrire les différents intervenants de l'humanitaire: le bénévole désigne une personne qui intervient dans une ONG sans être rémunérée, et le volontaire salarié. La notion de don fait inévitablement partie du vocabulaire de l'aide humanitaire, et comme le soulignait Marcel Mauss², un don doit trouver une réponse dans un contre don. Cet échange garantit l'intégrité et la liberté de chacun. En tant que psychomotriciennes, nous avons été amenées à être témoins du délabrement physique et psychique de certains enfants et nous avons également eu la joie de voir la reprise de leur développement. Ce contre don nous a confirmées dans l'intérêt de poursuivre notre action et d'écrire ce livre.

B/ LA PSYCHOMOTRICITE : HISTORIQUE ET DEFINITION

La psychomotricité trouve ses racines dans les questionnements de l'homme depuis l'antiquité sur la dualité entre le corps et l'esprit. Le concept psychomoteur acquiert son identité médicale avec les travaux de Ernest Dupré (1862-1921) lorsque celui-ci décrit dans le cadre d'une étude en neuropsychiatrie infantile « le syndrome de débilité motrice » et ses rapports avec la débilité mentale. Activité motrice et activité mentale étant liées dans la pathologie devenaient par là même associées dans la co-construction de l'individu.

Au XX^{ème} siècle Henri Wallon (1879-1962) écrit en 1925 « l'enfant turbulent » dans lequel il décrit les stades et les troubles du développement psychomoteur et mental de l'enfant. Le fait d'établir des normes de développement psychomoteur donne à cette pratique de soin des repères importants pour une compréhension du bon développement de l'enfant et de la psychopathologie structurelle.

Edouard Guilmain (1901-1983) établit un premier bilan psychomoteur à partir de tests qu'il a établis et propose des exercices de rééducation psychomotrice. On peut alors étalonner le développement de l'enfant à partir d'items moteurs. Le développement psychomoteur est codifié par les réflexes primaires à la naissance, les fourchettes d'âges correspondant à des étapes clés, et les manifestations affectives et performances cognitives s'y référant.

Julian de Ajuriaguerra³ fait intervenir la force de la relation dans le développement psychomoteur de l'enfant et parle de dialogue tonico-émotionnel. Gisèle Soubiran fonde la première école et introduit la relation comme outil thérapeutique. Françoise Giromini, Directrice de l'école de Psychomotricité de La Salpêtrière à Paris de 2000 à 2011 et auteur de nombreux ouvrages⁴, dans une approche complexe définissant une éthique du soin corporel, met l'accent sur l'harmonie du corps du psychomotricien avec celui de son patient.

Moi-même dans une thèse de Doctorat de Psychologie Clinique, j'ai développé une théorie de la psychomotricité⁵ qui synthétise cinq niveaux de l'organisation du vivant, la tonicité, la sensation, l'affect, la représentation et l'amorce du langage. D'autres cliniciens et théoriciens⁶ ont accompagné cette naissance de nombreux articles et livres adressés aux éducateurs,

² Marcel Mauss. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques.* in *Année Sociologique.* 1923.

³ J. de Ajuriaguerra- relation et tonus dans la relaxation

⁴ F. Giromini-manuel d'enseignement de la psychomotricité.

⁵ S. Robert-Ouvray. *Intégration motrice et développement psychique.* Desclée de Brouwer. 1993. Paris

⁶ J. de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité. Coll. Edts du Papyrus. 2009

médecins, enseignants et parents pour appréhender les différentes étapes du développement de l'enfant et comprendre les liens constants établis entre la motricité et la psyché de l'être humain. Aujourd'hui la psychomotricité se situe au carrefour de différents champs de recherche tels que la psychologie, la psychiatrie, la médecine et les neurosciences⁷. Cette pratique prend en compte l'individu dans sa globalité et son unité psychosomatique en s'intéressant aux liens permanents qui se créent entre les tensions musculaires, les sensations associées aux variations toniques, les affects ou sentiments et les images qui accompagnent les expériences de la vie.

Dans ce livre nous ne traiterons pas des dysfonctionnements psychomoteurs tels qu'ils sont décrits dans les manuels, comme les troubles perceptivo-moteurs, les dyspraxies, les troubles de l'attention et de l'image du corps, mais nous porterons notre attention sur les signes précoces de déséquilibres toniques liés aux souffrances du stress qui engendrent des difficultés relationnelles entre le bébé et sa maman notamment au niveau des premières interactions et de l'allaitement.

Ce que nous avons observé sur le terrain, Julia Duvernay et moi-même, dans le peu de temps qui nous était imparti, relevait de manifestations toniques désorganisées ou bloquées à un stage primitif. Ces troubles toniques étaient accompagnés de perturbations relationnelles et désocialisantes importantes chez l'enfant.

Les symptômes se lisaient en tout ou rien : les plus petits (moins de deux ans) étaient hypertendus, crispés, accrochés à la mère ou amorphes, mous et distants. Quant aux plus grands, cette organisation bipolaire se retrouvait dans les troubles du comportement : ils étaient agités, turbulents, violents agressifs ou inhibés, isolés, en position de victime.

La clinique psychomotrice, basée sur le langage du corps et des émotions, soutenue par la théorie de l'étagage⁸ a donc été notre outil théorico-clinique commun pour penser et agir dans un échange continu de connaissances avec les équipes sur place .

C/LES EXPERIENCES HUMANITAIRES DE JULIA DUVERNAY

Ma première mission humanitaire s'est déroulée au Pérou, dans la région des Andes. Je suis partie avec l'association P.O.M.M. (Psychomotricité et Ouverture sur le Monde du Maternage), association ayant pour but d'observer d'une part, les modes de maternages et de portages à travers différentes cultures et d'autre part, d'apporter notre soutien à des institutions telles que pouponnières et hôpitaux, en se basant sur nos connaissances du développement psychomoteur de l'enfant.

Au Pérou, les conditions de vie sont difficiles dans les zones rurales et la pauvreté touche 80% de la population dans la région andine. L'accès à la santé et à l'éducation est limité et la malnutrition touche sévèrement les enfants en bas âge. Je suis intervenue durant ce séjour dans un centre de santé ainsi que dans des maisons d'accueil pour femmes enceintes. Le fort taux de mortalité infantile lors de l'accouchement est dû à un nombre important de parturitions réalisées au foyer selon des rituels traditionnels. Face à ce constat, l'U.N.I.C.E.F (United Nations International Children's Emergency Fund- Fonds des Nations Unies pour l'enfance) a créé et financé des « casas de Espera Materna » ou littéralement « maisons d'attente maternelle ». Ces maisons maternelles, prévues pour suivre la fin de grossesse et prévenir les risques liés à l'accouchement, délivrent des soins gratuits pour ces femmes tout en finançant l'hébergement

⁷ SRO. conférence au Collège de France.

⁸ ibidem 5

et la nourriture. Ce dispositif était motivant pour de nombreuses femmes et notre action étaient complétée par celles des infirmières ou des médecins qui vaccinaient et donnaient les soins de base.

Nos premières observations se sont portées sur les interactions entre mamans et enfants. Les parents, préoccupés par leurs difficultés de vie, prenaient rarement le temps de parler, de jouer et d'interagir avec leurs enfants, les laissant livrés à eux mêmes avec les jouets présents.

Nous avons alors proposé un temps d'accueil et un espace d'activités ludiques. En jouant avec les petits, nous avons servi de support visuel et de modèles d'identification pour les parents présents. Ils pouvaient ainsi assister aux interactions que nous mettions en place avec leurs enfants, aux performances que ces derniers montraient et au plaisir partagé dans les rires, le plaisir et les émotions.

Les parents mis en confiance ont pu progressivement jouer avec leurs enfants et surtout concevoir que les interactions ludiques étaient favorables au bon développement psychomoteur des petits et que ces derniers y puisaient de l'énergie et des connaissances pour d'autres activités.

D'autre part, nous avons observé que les mères n'arrivaient pas à maintenir une position ajustée lors du portage et de l'allaitement de leur bébé. Ce dernier était souvent la tête rejetée en arrière et le dos en arc de cercle avec un recrutement tonique très fort. Nous avons alors apporté des connaissances de base sur les postures des bébés, notamment la position en enroulement dans les bras, suite de l'enroulement fœtal qui garantit un contact œil à œil et une bonne interaction.

Ma seconde expérience humanitaire a été réalisée au Sénégal, pays pauvre en matières premières et en ressources naturelles. Près de la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et beaucoup d'enfants sont livrés à eux mêmes, vivant dans les rues et contraints de mendier. J'ai travaillé dans une pouponnière avec l'association P.S.F. (Psychomotricité Sans Frontière) et en partenariat avec l'O.N.G. « Vivre Ensemble Madésahel » localisée à Mbour. Ce centre tente de protéger les enfants abandonnés, orphelins, en errance ou en situation de danger. Il met également en place un programme de lutte contre les maladies infectieuses, tels que le VIH/SIDA et le paludisme.

Au sein de cet orphelinat j'ai rencontré des enfants mutiques, désorientés ou dans un véritable désarroi, ne pouvant se mouvoir ou investir leurs corps d'une manière adaptée aux situations matérielles et relationnelles. Ils étaient soit dans une recherche perpétuelle de mouvement, d'autostimulation et de balancement, ne facilitant pas les interactions soit ils étaient complètement inhibés, refermés sur eux mêmes. Les premiers venaient s'agripper et s'agglutiner à nous, sans aucune limites dans une recherche de collages tactiles et affectifs démesurés. Le « décrochage » était vécu comme un déchirement insurmontable.

La juste distance était difficile à trouver : trop près c'était la nausée, trop loin c'était l'angoisse. Ce mode relationnel singulier à travers une recherche constante de proximité puis dans une fuite inévitable, est un signe révélateur d'une carence affective et d'une grande souffrance que l'enfant cherche désespérément à traiter. Les seconds, isolés et méfiants se laissaient difficilement approcher et semblaient avoir rompu tout contact avec le monde extérieur.

L'enfant en souffrance, même s'il est turbulent garde au fond de lui des sentiments d'abandon, de solitude et de tristesse qui le gênent dans ses interactions car la confiance en autrui est gravement altérée. Pour faire face à ces deux comportements extrêmes, l'agitation envahissante et l'isolement réducteur et pour réguler les interactions, nous avons instauré des groupes d'expériences motrices et sensorielles. Avec des objets trouvés sur place, des balles fabriquées

avec des tissus ou des ballons, des tissus, des parcours au sol, divers jeux groupaux nous avons procuré à ces enfants un peu de nourriture sensorielle et affective. Ils ont appris en même temps que le jeu à plusieurs doit être socialisé, que la loi du plus fort casse les liens entre humains et empêche l'horizontalité du regard basé de l'égalité et du respect.

D'autres enfants surnommés « les enfants Talibés » sont placés ou vendus très jeunes à un marabout afin que ce dernier leur enseigne, de manière souvent très brutale les textes coraniques. Ils sont le plus souvent contraints de mendier dans les rues, à défaut de quoi ils sont battus et maltraités psychologiquement. Ceux qui arrivent à se sauver intègrent alors la pouponnière, dans l'espoir d'être protégés des membres de leur entourage qui viendraient les rechercher pour les renvoyer chez le marabout. Malheureusement, lorsque les parents réclamaient leurs enfants, nous n'avions aucun pouvoir pour les garder sous notre protection.

De manière générale, les enfants que j'ai rencontrés au sein de cette pouponnière n'arrivaient pas à réguler leur tonus, leurs agitation, leur inertie et leur activité émotionnelle. Ils avaient au fond d'eux une peur viscérale liée aux mauvais traitements subis avant leur arrivée au centre. Nous avons alors proposé d'une manière plus individuelle des exercices corporels de pressions tactiles avec des petites balles et des tissus. L'objectif était de favoriser grâce à de nombreuses stimulations différentes, l'intégration des sensations afin d'éveiller leur conscience corporelle. L'éveil de la conscience corporelle apaise le monde émotionnel de l'humain, lui permet de prendre de la distance face aux événements, le centre sur ses capacités à penser les problèmes de la vie et le fait exister.

Le plaisir de ressentir son corps, de bouger, d'expérimenter toutes sortes de mouvements, de nomme les émotions et les sentimenst a permis à certains de sortir de la prison traumatique. Mais nous avons dû accepter le fait que nous ne pouvions pas sauver tous les enfants de ce centre.

J'ai par la suite intégré l'association Solidarité Enfants Sida (SolEnSi), avec laquelle je suis partie au Togo, à Kpalimé. La « Maison des enfants », est un centre de prise en charge psychothérapeutique d'enfants et de leurs parents infectés ou affectés par le VIH-SIDA. Au Togo, l'épidémie du VIH/SIDA se propage et demeure un véritable problème de santé publique. Des efforts considérables sont mis en œuvre pour donner accès à des soins médicaux face à cette maladie, cependant les zones rurales sont encore isolées, et elles manquent cruellement d'informations et de formations de professionnels médicaux et paramédicaux. Les familles touchées par cette maladie souffrent encore de stigmatisation et de rejet social. Elles se retrouvent souvent isolées, mises à l'écart de la société et l'accès à un travail ou à un logement leur est impossible.

Nous avons pour projet de former et de sensibiliser une équipe de professionnels togolais (des psychologues, une assistante sociale et une éducatrice) aux répercussions des maladies infectieuses sur le corps tonique et sensoriel de l'enfant, principaux référents de la construction de sa pensée. Cette équipe était déjà bien sensibilisée à l'aide psychologique à apporter à l'enfant atteint du virus et elle a découvert que la stimulation psychomotrice pouvait être un outil de soin très important pour ces enfants, car le plaisir de se sentir et de se mouvoir permettait aux enfants de mieux supporter la maladie.

Nous avons également formé un groupe d'expression corporelle et de jeu dramatique pour les enfants ainsi qu'une groupe d'accueil parents/bébés. La notion d'échanges émotionnels à propos de la maladie et de l'isolement était très présente et nous avons observé une baisse de l'anxiété au fur et à mesure des séances de groupe. La stimulation psychomotrice a pu être adaptée aux nourrissons, enfants et adultes et nous en sommes arrivés à ne plus être focalisés

sur la maladie mais seulement sur le plaisir de découvrir ou de redécouvrir des sensations agréables.

D/ LES EXPÉRIENCES HUMANITAIRES DE SUZANNE ROBERT-OUVRAY

En 2001, lorsque je vais en Roumanie pour la première fois, l'ordonnance par laquelle Nicolae Ceausescu avait institutionnalisé l'abandon des enfants était abolie depuis 1997. Mais l'abandon restait une solution pour de nombreux parents pour faire face aux difficultés comme la pauvreté, la faiblesse de l'aide sociale, le manque de contraception, la pénurie des hôpitaux.

Au delà de ces arguments certes importants, le constat était qu'il y avait une absence de politique nationale de sensibilisation pour changer les mentalités et la perception de l'abandon. Celui-ci était considéré comme un acte normal et non répréhensible. Cette perception faisait partie du traumatisme originel constitué en partie par l'objectalisation des femmes, utérus au service du pouvoir. L'enfant abandonné, donné au parti de Ceausescu ne pouvait pas être un enfant investi par ses parents et par sa communauté puisqu'il était destiné à devenir, s'il survivait, un outil au service du pouvoir.

C'est cette situation de catastrophe psycho-affective, à prendre très au sérieux, qui a entraîné une série de formations auprès du personnel des Leagan (centre pour enfants de la naissance jusqu'à l'âge de trois ans). Ma mission consistait à travailler dans un Leagan avec les nourrices en leur apportant des éclairages sur le développement psychomoteur des enfants et sur la possibilité qu'elles avaient de jouer un rôle important dans le bien être de ces derniers. C'était une situation très nouvelle pour elles, car donner une valeur positive à leur travail et aux enfants dont elles s'occupaient ne faisait pas partie de leurs représentations.

La formation théorique a donc porté sur la difficulté à faire un tissage entre les besoins de base des enfants et sur la possibilité de les satisfaire au mieux. Les besoins physiologiques de boire, manger, avoir suffisamment chaud avaient été gravement frustrés durant la période de la dictature et avaient entraîné tellement de morts d'enfants que des mesures avaient été prises. En 2001, les enfants du Leagan étaient nourris suffisamment, ne trempaient plus dans les urines et les fèces. Mais en ce qui concernait les besoins psychologiques comme le besoin de communication, de reconnaissance, de sens, de tendresse, de respect des rythmes, tout était encore à faire. Quant aux besoins psychomoteurs, respecter les postures de base, garder des justes mesures dans la stimulation, s'adapter aux capacités neuromotrices de l'enfant, nous étions loin du compte.

Ce que j'ai pu observer chez les enfants, c'était leur mutisme et leur grande méfiance ou réserve envers les adultes. Visiblement ils attendaient quelque chose de nous, une relation, une communication mais lorsqu'on leur donnait, ils ne pouvaient pas les recevoir. Les postures parlaient également de leur manque de soutien affectif. Les appuis au sol sur leurs jambes requéraient un grand triangle de sustentation. Lorsqu'ils étaient tombés au sol, ils ne se relevaient pas comme s'ils n'avaient pas de rebondissement possible. Ils adoptaient des postures, à quatre pattes, tête penchée vers le sol, immobiles, postures que j'ai pu retrouver dans d'autres situations de détresse en Afrique et que j'ai nommées postures de détresse. Ils manipulaient les objets qu'on leur avait donnés mais ils ne jouaient pas. Mis sur des porteurs lorsqu'ils marchaient vers l'âge de deux ans, ils pouvaient passer la journée entière à errer sans pour autant entrer en communication avec autrui.

Les moments d'échanges que j'ai eu avec les nourrices ont révélé que certaines se sentaient complètement dévalorisées par ce travail, puisque les orphelins étaient . Pour d'autres plus

tranquillisées dans l'estime d'elles-mêmes, c'était une énorme frustration de ne pas savoir ou pouvoir établir des liens avec les enfants. Une nourrice avait dépassé ces barrières et avait investi un petit garçon, qui était le seul sur quarante enfants à savoir parler un peu à 3 ans. Lorsque j'ai explicité l'alliance entre reconnaissance de l'enfant et développement du langage, de nombreuses nourrices ont été très touchées, voire émues.

La formation pratique a été basée sur des temps de présence dans la salle de jeux des enfants, dans leur réfectoire et dans leur dortoir. L'objectif de la formation a été atteint d'une certaine manière lorsque les nourrices ont compris que la stimulation psychomotrice dans un esprit de bienveillance pouvait être à leur service sans pour autant les forcer à aimer ces enfants qui étaient restés dans leur esprit comme de pauvres choses qui n'avaient pas de destin. D'autre part cette première formation a donné lieu à deux autres interventions dans les années qui suivirent dont le contenu était « Les différents aspects de la violence du silence » et « La tendresse dans l'éducation ».

En 2003, ma mission en Algérie après le tremblement de terre de Boumerdés, consistait à présenter d'une manière simple et concrète ce que le soignant pouvait faire avec les enfants traumatisés. Là encore c'est la stimulation psychomotricité qui s'est trouvée être le mieux adaptée pour traiter ce genre de problème. Car elle met en jeu le corps de l'enfant, sa sensorialité, son tonus musculaire et ses émotions. Ce sont les voies les plus directes pour communiquer avec un enfant sidéré par les événements tragiques qui traite les tensions sur un mode d'hyperactivité ou d'inhibition motrice. Les jeux avec des ballons, cerceaux, coussins, couvertures, s'inscrivant dans une démarche intégrative des ressentis permirent à l'enfant de « dire » les tensions et les émotions accumulées et parfois bloquées dans leur corps.

En 2005, à la suite du travail d'une psychomotricienne Mélanie Couvreur, engagée par ACF pour un an au Soudan puis à Kaboul, le problème des troubles psychomoteurs des bébés malnutris s'est posé: hypertonicité, hypotonie, raideurs musculaires, tête en projection arrière, postures en arc de cercle, mains rigides et pouces intériorisés, instabilité de la tête, déséquilibre en postures debout.

J'ai donc été sollicitée pour assurer une formation sur le développement psychomoteur des enfants et sur les troubles liés à la malnutrition. La première partie de la formation reposait sur une observation des enfants seuls ou avec leurs mères dans des centres de soin au Libéria, puis une formation quelques mois plus tard en Ouganda avec des équipes venant de différents pays d'Afrique et du monde.

J'ai pu constater trois réactions psychomotrices principales à la dénutrition: L'enfant marasmique a un visage émacié et vieillot, son corps se dessèche, les muscles sont amaigris, étiolés, peu actifs. Les enfants peuvent être parfois très éteints mais beaucoup d'entre eux sont irritables et manifestent leur souffrance par des pleurs et une hypertonie musculaire. A l'opposé, l'enfant qui présente un kwashiorkor, est gonflé par les oedèmes. Ses cheveux se décolorent et se défrissent. Il est moins vif, peu réactif et son regard est triste. L'apathie et l'hypotonie du corps renvoie à un état de dépression.

J'ai rencontré également des enfants présentant un état mixte, mais ces derniers étaient peu nombreux.

Les mamans avaient des conduites très inadaptées envers leurs enfants. C'étaient pour la plupart de très jeunes femmes, dont certaines avaient été des enfants soldats et leurs bébés étaient le fruit de viols. Elles étaient en état de post traumatisme avec une grande méfiance les unes envers les autres, des projections multiples sur les personnes et les groupes et une grande

dévalorisation personnelle. Pour la plupart il n'y avait pas eu de debriefing, aussi le mouvement de renfermement sur soi lié à l'instinct de survie était très présent. Alors la coopération entre femmes était quasi inexistante. Ce qui faisait que lorsque les jeunes mamans allaient dans la cour faire de la balançoire ou laver le linge, leurs bébés étaient couchés sur des tissus au sol sans que personne ne se préoccupe d'eux .

Les équipes sur place avaient déjà favorisé les groupes de jeux en commun. Le plaisir de jouer et les rires émanant des jeux collectifs étaient de vrais moments de libération des tensions. Mais restait le problème des carences de stimulations agréables et la stimulation psychomotrice des enfants pour relancer leur développement.

Lors du workshop en Ouganda, reprenant mes observations, j'ai alors abordé avec les équipes la notion d'émotions, de stress post traumatique et les conséquences sur les relations précoces. Des ateliers de stimulation psychomotrice des bébés ont permis de comprendre que l'enfant se développe essentiellement en appui sur son monde sensoriel et tonique, et que le mouvement est une nourriture indispensable à son bon développement.

Lors des stimulations psychomotrices, le plaisir et l'intérêt visibles sur les visages des enfants abaissaient l'anxiété chez les mamans et déclenchaient leur besoin fondamental d'établir des liens avec eux .

Ce travail proposant une vision psychomotrice du traumatisme chez l'enfant s'est représentée en 2010 à Haïti, lors du séisme qui a dévasté Port au Prince. Au climat de terreur générée par les bandes de voyous qui contrôlaient une partie de la ville, s'ajoutait le plus grand dénuement des familles rescapées. Les tentes d'ACF accueillaient les mamans allaitantes et également de jeunes filles mises enceintes par des « protecteurs » qui leur assuraient le gîte.

Les équipes haïtiennes très motivées avaient besoin de comprendre comment le traumatisme inhibait le monde émotionnel des victimes. Une difficulté supplémentaire est apparue lors de la formation lorsque les avancées neurologiques et psychologiques du développement de l'enfant se sont confrontées voire opposées à la pensée magique d'une possession de la victime par des instances omniprésentes et souvent transgénérationnelles. Mais la psychomotricité possède une pensée et un langage qui ne jugent pas et participent de l'humanité. Aussi la formation s'est très bien déroulée et chacun y a trouvé son compte.

Lors de la formation au Myanmar en 2010 dans une enclave musulmane à la frontière du Bangladesh, se sont posés les problèmes de la malnutrition et de la dépression des mamans. Là encore la stimulation psychomotrice de l'enfant en présence de sa mère et les ateliers de jeux ont eu raison du barrage de la langue et ont montré que les échanges toniques, par le toucher ou par l'intermédiaire d'un objet comme tenir une corde à deux et tirer chacun d'un côté, fondaient la communication entre humains.

D'autre part une partie de la formation a porté sur la manière de repérer les états dépressifs des mères à partir de leurs postures et de leurs regards afin de les aborder en fonction de leurs réactions au stress : la fuite, la lutte ou l'inhibition de l'action.

En 2011, la mission au Tchad dans une province très isolée portait sur des problèmes de malnutrition mais également sur des aspects éprouvants de la vie des jeunes femmes mariées dès l'âge de 12 ans et ayant leur premier bébé vers l'âge de 14 ans. Ces jeunes femmes au bassin très étroit, pour ne pas souffrir à l'accouchement, réduisaient leur alimentation, par ailleurs pauvre. Des bébés à terme mais menus et hypotoniques naissaient alors sans forces pour téter. La mortalité infantile était très élevée car les pratiques de soins ancestrales étaient

insuffisantes et les villages très éloignés du centre ACF. L'action de la stimulation psychomotrice sur les bébés et sur les enfants, qui à deux ans ne marchaient pas, manipulaient très peu les objets et ne montraient pas de signes d'interaction avec leurs congénères a été une découverte pour les mamans qui n'entrevoyaient pas la possibilité d'un bien être par le mouvement, la sensorialité et le jeu. Pour elles la nourriture était la seule réponse à leur détresse actuelle et à leur futur.

Ma dernière mission en Ethiopie en 2013 n'a fait que confirmer les précédents constats, à savoir que les états de stress chez les jeunes enfants entraînent des hypertonicités chroniques ou des chutes toniques par abandon de la lutte pour la vie.

Toutes ces missions ont démontré que la psychomotricité était un outil essentiel pour aider l'enfant à reprendre le cours de son développement et la mère à reprendre goût à sa maternité. Ce que nous avons vécu et constaté ne représente pas l'ampleur des problèmes vitaux qui se posent dans les pays en détresse. Cependant, des éléments récurrents nous ont confirmées dans l'idée et l'envie de témoigner et d'apporter notre savoir être et notre savoir faire pour aider les équipes humanitaires à compléter et faire fructifier leur engagement sur place .

II- RELATIONS, BESOINS ET SOUFFRANCES SUR LE TERRAIN HUMANITAIRE

A-LES RELATIONS PRÉCOCES :L'ENFANT EXTRA TONIQUE

1- l'attachement déficient

Parmi les éléments récurrents que nous repérons, les troubles et les besoins relationnels réciproques des mères avec leurs enfants ont été les premiers à s'exprimer. Bien que les douleurs liées à la faim, aux déplacements, à l'isolement familial et au manque de protection génèrent chez les femmes un état de vulnérabilité et de faillite énergétique, il nous a semblé que les femmes souffraient surtout de ne pas pouvoir assurer le bien être de leur enfant et leur bon développement corporel et relationnel. Cette situation les mettait dans une dépression qui se traduisait par des comportements de refermement sur elles-mêmes et de silence face à leurs enfants, de méfiance à notre égard et par des sentiments de culpabilité.

Le besoin du nouveau né de s'attacher à une autre figure humaine est un besoin universel nommé besoin d'attachement. Des hormones facilitent ce processus comme l'ocytocine ou hormone de l'amour et favorisent les interactions sociales. Les récepteurs d'ocytocine sont dormants chez le bébé et se mettent en action lorsque celui-ci est allaité, touché, bercé, caressé⁹. Grâce à ce besoin fondateur de l'humain, l'enfant va s'identifier aux personnes de son entourage, créer des liens sociaux et se développer en assimilant certaines informations venant du dehors et en s'intégrant dans son environnement.

Par contre, toutes les femmes ne sont pas dans un besoin vital de s'attacher à leur enfant, même si les hormones facilitent le processus inné d'attachement, car tout au long de leur histoire, de nombreux stress ou traumatismes ont ralenti voire supprimé la sécrétion de cette hormone, inhibant ainsi la capacité empathique maternelle.

Nous avons rencontré comme partout ailleurs des mères qui pour des raisons conscientes ou inconscientes, dont font partie les traumatismes, n'avaient pas d'attachement affectif avec leur

⁹ A.Damasio L'erreur de Descartes.Odile Jacob.Paris.1994

petit. L'enfant arrive, il fait partie d'une logique de vie et il s'inscrit dans la lignée parentale. Les questions du désir d'enfant et du désir d'être parent ne sont ni posées ni explorées.

Mais pour la majorité des mères le fait que le bébé ne tète pas bien et qu'il refuse le sein était un vrai problème et une source dépressive au delà de la survie de l'enfant, car cela mettait en cause leur représentation personnelle d'être une bonne mère¹⁰.

Pourtant leurs comportements allaient souvent dans le sens inverse de la compréhension que nous avons des causes de leur état dépressif profond. Les mères étaient focalisées sur le manque de nourriture corporelle, oubliant la dimension affective du nourrissage, elles avaient très peu d'intérêt pour leur bébé ce qui entraînait une cécité émotionnelle et une négligence affective face aux pleurs de l'enfant. Quant aux enfants plus grands, ils étaient livrés à eux mêmes et ne semblaient pas intéresser les parents.

Cette contradiction est le signe d'une rupture entre deux niveaux d'organisation : le niveau inné des besoins humains de relation, de chaleur et d'échanges affectifs entre une mère et son bébé et le niveau des comportements adaptés à la satisfaction de ces besoins. Ce décalage voire cette rupture est un signe très important des effets du stress chronique sur le psychisme humain. Il y a un écart entre ce qu'on sait consciemment ou inconsciemment et ce qu'on peut faire dans la réalité. Nous verrons qu'il y a d'autres ruptures entre d'autres niveaux de l'organisme et que le soin psychomoteur permet de relier entre eux les niveaux d'organisation dissociés pour aller vers une cohérence psychocorporelle.

Le processus d'attachement basé sur les soins quotidiens effectués dans une relation affective sécurisante est donc très souvent remis en question. Et c'est par effet de rebonds, en regardant les autres mamans se mettre à parler, à sourire, à interagir avec leurs enfants que peu à peu les jeunes mères traumatisées ont accepté progressivement notre intervention. Ce mécanisme d'identification rendu possible grâce aux neurones miroirs ¹¹ est maintenant bien compris et il est considéré comme un outil thérapeutique dans certains soins comme ceux destinés aux enfants autistes. Dans certaines situations de stress et de détresse, c'est « l'exemple » qui devient un des moyens les plus efficaces pour aider les dyades mère-enfant à reconstruire ou construire un tissu de confiance et de soutien.

2- l'ajustement psychotonique insuffisant

Pour un bébé qui a vécu 9 mois dans un échange permanent de sensations et de tensions avec sa mère, l'absence de celle-ci à la naissance équivaut à une perte d'une partie de son corps. Il a perdu une enveloppe chaude qui le contenait et le sécurisait. Il a vite besoin de sentir que l'enveloppe utérine est remplacée par une enveloppe de tendresse, de mots, de soins chaleureux et d'affection. La continuité de chaleur et de bien être lui permettra d'accepter ce passage à la vie aérienne sans que l'absence corporelle de la mère soit un drame existentiel.

Aider un enfant à faire le passage, faire connaissance avec lui et créer du tissu relationnel relève d'un ajustement mutuel constant.

Lorsque le bébé éprouve un besoin ou ressent une douleur, il manifeste son ressenti et ses émotions par une hausse tonique accompagnée de pleurs. La mère voit et ressent la tonicité de son enfant à travers les postures, les tensions, les crispations, les pleurs. Elle entend les modulations de force, d'intensité, de durée de la voix du bébé. Elle cherche à comprendre et à

¹⁰ C. Bizouerne. Insuffisance en lait maternel et souffrances psychologiques en Afghanistan » Thèse de Doctorat.2012

¹¹ Identification des neurones miroirs par l'équipe de Giacomo Rizzolatti .Département des neurosciences, faculté de médecine de Parme.P. Drieux les neurones miroirs

répondre à ces appels hors langage et c'est la qualité émotionnelle des sons qui va la guider dans ses réponses. Elle dira « tu es fatigué, tu as faim, tu va s'endormir, tu es impatiente... ».

Le bébé reçoit la réponse tonique, émotionnelle, langagière de sa mère, qui n'est pas toujours complètement adéquate mais si la mère accepte de faire une nouvelle recherche lorsque les pleurs continuent alors l'ajustement se fait. L'enfant se sent entendu et compris. Ses tensions diminuent, il cesse de pleurer, il adopte d'autres postures, il respire différemment¹².

Le bébé sait lire les signaux émotionnels portés par les postures, les mots, mimiques, les inclinaisons de la tête de sa mère¹³. Il n'est pas extra lucide mais extra tonique.

L'appétit relationnel de l'enfant est satisfait lorsque les nourritures tonico-sensorielles et langagières apportées par les parents sont suffisantes. Il n'a pas besoin d'un parent surhumain et parfait mais d'une personne qui lui signifiera qu'il est lui-même une personne. L'enfant a besoin d'éprouver des sensations de plaisir et de détente dans la relation pour s'attacher et désirer du bon, il a également besoin de faire connaissance avec la frustration, l'altérité, les sensations dures, les limites pour gérer la réalité et désirer réparer le mauvais. La réparation est un terme qui comprend la consolation, l'acceptation de l'impuissance, l'humilité devant le fonctionnement kaléidoscopique de l'humain.

C'est avec et au travers de son corps que la rencontre prend du sens.

Si le parent réussit, tant bien que mal à établir ce passage de la tension à la détente, de la frustration à la satisfaction dans une alternance raisonnée et affectueuse, alors le couple maman-bébé, dans un dialogue psychotonique vivant, forment une unité cohérente. C'est un ajustement constant entre questions toniques et phasiques¹⁴ de l'enfant et réponses psychotoniques des parents. Ce passage d'un état à un autre est délicat pour les deux protagonistes et dépendant de certaines conditions. On constate qu'il existe des conduites d'inhibition et de facilitation chez le bébé et chez sa maman.

Les conduites de facilitation du bébé, qui vont favoriser l'attention du parent, lui donner le sentiment que tout se passe bien et nourrir l'estime de soi sont toujours basées sur des aspects émotionnels. Tout d'abord, si l'accouchement s'est bien passé, si le bébé est assez gros à la naissance, les parents se sentent dotés d'un « bon bébé ». S'il ne pleure pas trop, s'il dort bien, se réveille pour manger et se rendort, s'il se calme facilement, il est pourvoyeur d'émotions positives. En recevant les réponses environnementales adaptées aux tensions et détentes qu'il ressent, l'enfant se sentira reconnu dans ce qu'il vit, il s'appropriera les informations reçues et progressivement se constituera comme une entité différente d'autrui.

Par contre si le bébé pleure beaucoup, s'il régurgite, s'il ne veut pas boire, s'il tète avec difficulté, il peut être vécu comme un persécuteur et la mère se vit défaillante. Ces réactions génèrent chez certaines mères des conduites d'inhibition qui nuisent à la qualité des premières échanges.

Or dans les pays souffrants, beaucoup de bébés naissent avec un petit poids de naissance lié aux carences alimentaires de la mère et à son stress chronique. Ils tètent mal et leur pauvreté immunitaire les fragilisent beaucoup. Les mamans sont vite désemparées, se vivent comme mauvaises et transmettent à l'enfant en s'occupant de lui des messages et des informations

¹² S.Bloch. The development of Alba Emoting, Hyrum Conrad, editor, BYU-Idaho Press (2003)

¹³ P.Truchet. Le langage universel du corps. Les edts de l'homme.2011

¹⁴ réponses toniques dans les modulations du tonus qui vont de l'hypotonie à l'hypertonie
réponses phasiques dans les variations de force et d'amplitude des mouvements

sensorielles qui s'inscrivent comme une stimulation négative. Le bébé réagit d'une manière réflexe en augmentant son tonus musculaire, en pleurant et en réduisant ses comportements relationnels, comme le sourire et le suivi des yeux.

Les mères ne savent pas que leur bébé repère leurs états internes de souffrance, d'énervement ou de dépression. Elles ne peuvent que constater des pleurs inconsolables, des regurgitations, des mutismes, des renfermements ou des abandons toniques. Ces comportements ne font qu'augmenter le peu d'élan qu'elles ont pour leur enfant. C'est un cercle vicieux qui se met en place. Toutes ces conduites d'inhibition vont nuire aux premiers ajustements et engendrer un mauvais rythme relationnel .

C'est le plus souvent sur ces aspects d'ajustement psychotonique que nous avons à travailler avec les mamans qui sont en détresse et dont le bébé ne tète pas ou ne mange pas.

Pour cela nous formons les équipes à repérer chez les mamans les postures, les respirations, les regards qui parlent de leur état psychotonique. C'est une formation-soin pour les équipes humanitaires souvent choquées par les attitudes rejetantes des mères envers leurs bébés. La compréhension des difficultés maternelles à établir des liens avec leur enfant lorsqu'elles sont en grande souffrance elles-mêmes permet de retrouver une juste distance.

La prise en charge des mamans par l'écoute et par des activités ludiques leur permet de se détendre, de sentir leurs variations toniques et de comprendre l'impact de leur propre tonicité sur le corps sensible et réactif de leur enfant.

B- LES BESOINS

1- la vocation humanisante de la stimulation psychomotrice

La stimulation psychomotrice ne cherche pas seulement à relancer l'appétit relationnel et créatif des enfants dénutris ou stressés en équilibrant leur tonus et leur plate forme émotionnelle. Elle a une vocation humanisante. Elle œuvre à aider l'enfant à devenir un être de communication, un être social, conscient de lui-même et peu sensible aux manipulations. Car nous savons que le stress à long terme, le trauma et les douleurs chez l'enfant entraînent un régression affective, un retrait social et une pression interne cousine de la violence .

L'irritation de l'amygdale cérébrale et l'inhibition du système émotionnel poussent à des conduites agressives et à des explosions de violence. Les salves traumatiques attaquent la substance blanche ¹⁵ du cerveau, favorisent la dépression et bipolarisent la pensée. Cette bipolarisation en tout ou rien, noir ou blanc, est la source de conduites d'exclusions, de conflits, de haine et de déshumanisation de l'individu.

Nous précisons que l'étude qui dénonce la violence vécue comme cause d'atteintes dans la substance blanche a été faite au Texas, avec des adolescents volontaires et ayant vécu des abus physiques sexuels, corporels et émotionnels, ce qui n'est pas forcément le cas des enfants dénutris dont nous parlons. Mais dans le corps d'un petit les douleurs liées au manque de nourriture et aux manques affectifs sont sources de stress et de douleurs et s'apparentent à des maltraitements, involontaires certes de la part des parents mais réelles au niveau des décharges d'hormones de stress et des conséquences sur l'organisme.

¹⁵ Prof Hao Huang. White Matter Disruptions in Adolescents Exposed to Childhood Maltreatment and Vulnerability to Psychopathology. Rao U. Neuropsychopharmacology. 2012

La stimulation psychomotrice en focalisant les exercices sur la prise de conscience corporelle satisfait un besoin fondamental qui est celui de se sentir exister et d'avoir le droit d'exister. Et ce besoin est lourdement frustré lorsque les douleurs corporelles et psychiques ont été envahissantes dès les premiers mois de la vie. La douleur des nourrissons et des jeunes enfants occasionnée par la faim est une douleur existentielle qui fait obstacle à l'inscription de soi dans le monde social. Mais la nourriture matérielle n'est pas la seule manquante lorsqu'il s'agit de mettre en danger la vie de l'enfant. Tous les besoins lourdement frustrés sont autant de blessures qui appauvrissent l'organisme et le mènent à sa destruction.

2-la satisfaction des besoins fondamentaux donne le droit d'exister

Le besoin trouve son origine étymologique dans le mot *bisunnia*: soin, souci. Il exprime l'idée d'une nécessité vitale, il est impératif et demande une satisfaction minimale pour calmer la sensation douloureuse qui l'accompagne. Sa satisfaction est un aliment nécessaire à la croissance psychique et physique de l'enfant et au maintien de la vie physiologique et psychologique de chacun d'entre nous tout au long de la vie. Les besoins de bases se manifestent par une mise en tension musculaire lors de leur apparition puis par un relâchement de la tension lorsqu'il y a satisfaction.

Pour éclaircir notre propos, nous pouvons définir trois sortes de besoins¹⁶ tout en sachant qu'ils sont liés les uns aux autres : les besoins physiologiques, les besoins psychologiques et les besoins psychomoteurs.

La satisfaction des besoins physiologiques tels que boire, manger, dormir, avoir suffisamment chaud, être propre sont indispensables au maintien d'une homéostasie cellulaire. On ne peut pas en priver complètement le sujet sinon c'est la mort physique. Mais leur frustration lourde peut amener à une mort psychique lente et inexorable. Les tortionnaires du monde entier l'ont bien compris et ils utilisent la privation des besoins physiologiques pour soumettre, avilir, détruire moralement et déshumaniser leurs victimes.

Les besoins psychologiques sont tous aussi importants dans l'organisation corporelle et psychique des personnes car si l'humain a besoin de manger, il a également « faim » d'éléments affectifs¹⁷ qui tissent dès le début de la vie, les liens qui permettent de rester ancré en soi et face à l'autre.

Les besoins psychologiques peuvent être simples ou présenter des antagonismes. La satisfaction des besoins simples est fondamentale pour la construction d'une personnalité stable, sécurisée et communicante. Nous avons besoin d'être reconnu et respecté, d'être valorisé, d'avoir de la sécurité affective, physique et émotionnelle. Nous avons besoin de sens pour construire un sentiment d'existence fort, une légitimité à être sur terre et une bonne confiance en soi.

Les besoins antagonistes sont souvent sources de conflit pour soi-même et avec les autres. Nous avons besoin de liberté et de limites, d'avoir des stimulations et du calme, d'être individualisé et d'appartenir à un groupe. Il semble que la dualité liberté/limites est le plus conflictuel des besoins antagonistes.

Les parents sont soumis à rude pression lorsqu'ils doivent gérer ces deux pôles pour leurs enfants et pour eux mêmes. Ils accordent à l'enfant un champ assez large d'expériences motrices, sensorielles et langagières. Leurs difficultés commencent lorsqu'il faut mettre des

¹⁶ S.Robert-Ouvray.L'enfant tonique et sa mère.Desclée de Brouwer.Paris. 1995

¹⁷ B.Cyrułnik. Les nourritures affectives. Odile Jacob.Paris .2000

limites à ces expériences, par mesure de sécurité matérielle, affective et émotionnelle pour les enfants et pour eux mêmes. Comment quelque chose qui frustre et qui fait mal peut-elle être un besoin fondamental ¹⁸, et comment le satisfaire sans être maltraitant envers l'enfant et envers soi-même?

Une des difficultés réside dans les modes d'expression de ce besoin. L'enfant ne demande pas une limite comme il demande un verre d'eau ou un câlin. C'est à travers ses comportements, ses débordements émotionnels, ses « bêtises » qu'il réclame du sens à la vie et aux règles. La plupart du temps, ce que les parents appellent « bêtises » ou « crises » sont en réalité des questions posées par l'enfant et restées sans réponses. Les premières questions et les premières réponses remontent à la naissance de l'enfant.

En effet, lorsque le nourrisson pleure, il ne sait pas ce qu'il lui arrive. Ce sont des sensations nouvelles pour lui qui baignait dans l'utérus de sa mère dans une continuité de satisfaction vitale. Il éprouve des sensations et des émotions qui le débordent et qui l'entraînent à se crispier et à souffrir. En parlant au bébé, en le portant, le nourrissant, le consolant, le parent répond aux questions : « tu avais faim, tu n'étais pas content, tu avais besoin d'être avec maman ». En procurant du sens langagier et corporel aux manifestations psychocorporelles de l'enfant, le parent donne une première forme de limites qui est l'enveloppe émotionnelle. Contenu, bordé et sécurisé par les soins parentaux, le bébé n'est pas emporté et éparpillé par le tsunami tonico-émotionnel qui le traverse.

Avec des soins bien traitants et la maturation du système nerveux central, les irruptions émotionnelles deviendront de moins en moins envahissantes, moins fortes, plus précises dans leur tonalité. Le parent comprendra mieux les cris et les pleurs, s'ajustera à son enfant de manière plus cohérente. De son côté l'enfant apprendra à se connaître, à contenir ses turbulences intérieures. Nourri par de nombreuses expériences sensorielles variées et assimilables, il prend conscience de son corps, de son monde affectif et il se sent le droit d'exister avec ses émotions et ses transformations toniques. La douleur de la frustration reste présente et ressentie mais elle se symbolisera, se métamorphosera en langage, en actions dérivées, en pensées, en imaginaire, en projections sans détruire l'équilibre tonico-émotionnel. Consolé, l'enfant intègre ce qu'il vient de vivre et grandit avec une enveloppe psychotonique sécurisante.

Certains parents sont très fortement mobilisés et débordés par les pleurs de leur nourrisson. Ils n'ont pas la capacité psychique et émotionnelle de les contenir, de les rassurer, de les consoler. L'enfant reste submergé par ses tumultes internes qui ne prennent pas de sens et il continue à réclamer par des pleurs, des explosions de rage, des intolérances à la frustration.

Ce besoin d'enveloppe et de limite à la fois psychologique et physique s'apparente aux besoins psychomoteurs dont la satisfaction est au cœur de la conscience corporelle.

Ils sont psychomoteurs car ils participent de manière très précoce, à l'installation des liens d'étayage et de soutien entre le corps tonique et sensoriel et le monde affectif et représentatif du sujet. L'insatisfaction de ces besoins dans les premières années de la vie engendrent des perturbations au niveau du schéma corporel, de la conscience de soi, de la distance relationnelle. Mais fort heureusement, la majorité des parents fait de la psychomotricité sans le savoir et donne à l'enfant satisfaction car ils ont une connaissance innée de ces besoins fondateurs du sujet. Par exemple, en reconnaissant la crispation tonique associée au besoin et la détente

¹⁸ S.Robert-Ouvray. Mal élevé. Le drame de l'enfant sans limites. Desclée de Brouwer. Paris.2004

corporelle liée à la satisfaction, les parents reconnaissent les liens précoces entre corps et psyché.

Lorsqu'ils enroulent le bébé dans les bras pour le porter, ils ont la connaissance innée de l'enroulement primitif de base.

3-l'enroulement primitif

Le nouveau-né a vécu dans le ventre de sa mère, libre de nager dans le liquide amniotique puis lorsqu'il a grandi il s'est trouvé de plus en plus à l'étroit et a adopté une posture en enroulement, la posture fœtale. Cette position n'est pas le fruit du hasard mais le résultat d'une programmation génétique et neurologique. Au septième mois de la vie intra utérine le tonus des fléchisseurs des bras et des jambes prend ses fonctions et les membres se replient sur le tronc donnant la position d'enroulement foetal.

Lorsqu'il naît, le bébé est encore dans cette position et il lui faudra attendre plusieurs mois avant que le tonus des muscles s'équilibre dans tout le corps favorisant l'extension. Cette posture de naissance est naturelle et signe un bon état neurologique. Un bébé couché sur le dos et regroupé autour de son tronc est ni crispé, ni amorphe. Il a les yeux ouverts, attentif lorsqu'on lui parle, communiquant.

L'enroulement inné permet une position confortable dans les bras du parent et facilite le contact œil à œil qui installe et intensifie l'interaction. Dans cette posture l'enfant est bercé et calmé. Cette forme enroulée est universelle et apparaît comme douce, maternelle et normale.

Sans connaissances psychologiques, anatomiques ou neurologiques particulières chacun adopte cette posture apaisante lorsqu'il porte un enfant. A l'opposé lorsqu'un nourrisson se tend, se rigidifie et s'arc-boute dans les bras, un malaise voire une angoisse s'installe chez l'adulte. C'est notre système tonico-émotionnel qui réagit et s'ajuste dans les deux cas, car notre tonus est au cœur de nos émotions¹⁹.

Cette posture en enroulement soutenue par l'immaturation cérébrale a des fonctions développementales importantes car de son installation intégrée dépend toute la motricité future. En effet, c'est la clinique des prématurés qui nous en apprend le plus à ce sujet. Les grands prématurés n'ont pas eu le temps de vivre la poussée tonique du septième mois et lorsqu'ils viennent au monde, ils sont hypotoniques, sans regroupement corporel. Leur tonus général est très faible et posés sur un lit, ils sont écrasés par la pesanteur, les membres pliés en grenouille. La psychomotricité a aidé ces enfants en amenant les soignants à confectionner des petits nids ronds dans lesquels ils sont posés, bras et jambes repliés vers le tronc. Cette posture reconstitue l'enroulement foetal manquant. Et depuis cette forme de soin psychomoteur les bébés prématurés évoluent plus rapidement et présentent moins de séquelles psychologiques et motrices.

L'enroulement primitif inné a donc des vertus corporelles et psychiques qui participent au bon développement psychomoteur de l'enfant en attendant que la maturation du système nerveux central permette à l'enfant de changer volontairement de position et le libère de cet enroulement réflexe.

La contraction tonique des muscles lorsque nous sommes surpris, l'enroulement sur nous mêmes lorsque nous avons peur et lorsque nous devons nous protéger sont des reliquats de cet enroulement primitif. Les muscles se contractent et regroupent le corps vers son centre pour

¹⁹ H. Wallon . De l'acte à la pensée, 1942.Paris, Flammarion.1968.

faire face au danger. Posture de sommeil, de protection, de rassemblement après un stress l'enroulement du corps sur lui-même montre la capacité de chacun à rester entier et unifié face à des situations surstimulantes et irritantes. Du point de vue psychomoteur, c'est une posture de résilience que nous chercherons à conforter dans toutes nos actions thérapeutiques, car elle est une ressource pour rebondir lors des séismes affectifs.

4-la stimulation sensori-tonique

Un autre besoin psychomoteur est la stimulation sensorielle du corps, satisfait la plupart du temps dans la vie ordinaire, lors de l'allaitement, des berçages, des changes et des portages. La peau qui enveloppe le corps du bébé a besoin d'être nourrie par des contacts réguliers et respectueux. C'est un organe récepteur et émetteur de chaleur qui a besoin de stimulations régulières pour exercer ses fonctions corporelles et psychiques²⁰. En captant des ondes électromagnétiques telles la lumière, la peau régule et stimule une partie du système nerveux en modifiant la neuro-médiation chimique²¹. Toute notre vie notre peau nous lie aux émotions, nous rougissons ou nous devenons pâles, nous nous grattons, nous transpirons, nos poils se hérissent. En tant qu'enveloppe des os, des muscles et des viscères, elle a une fonction de contenant des sensations et de la vie émotionnelle de l'enfant.

Lorsqu'un parent touche un enfant pour le laver, toute la musculature annexée à la peau est engagée dans le contact. Le tonus des muscles varie en fonction de la pression des mains, des intonations de la voix. Le bébé perçoit et accueille les stimulations comme une nourriture corporelle et émotionnelle indispensable à son développement et à sa survie. Les travaux de Spitz²² ont montré qu'au delà des carences alimentaires la faim sensorielle entraînait la mort des bébés. Les cerveaux des petits orphelins de Causcescu étaient partiellement détruits par le manque de stimulations sensorielles et seuls certains bébés de moins de trois ans ont pu récupérer une partie de leurs fonctions motrices et mentales, tant la sensorialité est fondamentale dans le développement d'un enfant.

Sans aller dans ces extrêmes mortifères de grande carence sensorielle, les manques et les sous stimulations sont à la base de perturbations du développement psychomoteur des enfants. Une métaphore peut aider à comprendre l'effet délétère du manque sensori-tonique.

Les besoins des enfants sont des appels à nourriture terrestres et psychiques. Ce sont des briques nécessaires à la construction de la maison de chacun, le Moi.

Certains ingrédients de ces briques sont déjà présents à la naissance, issus du patrimoine génétique, des vécus de la grossesse et de l'expérience de la naissance. Puis ils sont complétés solidifiés et organisés dans les relations précoces avec les stimulations sensorielles. Si l'enfant est suffisamment nourri de sensations nombreuses, variées et assimilables, les bases de sa maison seront stables et solides. Sa maison s'érigera au fur et à mesure des expériences de la vie avec des formes singulières le caractérisant. Et lorsque le traumatisme fera irruption entraînant une désorganisation de l'édifice-Moi la reconstruction se fera sur les bases restées ancrées au sol.

Mais si les briques de base sont pauvres en ingrédients sensoriels et affectifs, carencées en paroles, déjà brisées par des violences, l'impact du trauma ou du stress à long terme les effrite facilement et fissure les fondements des premières organisations relationnelles et identitaires. La reconstruction sera plus complexe et plus longue. Le manque de stimulations sensorielles

²⁰ D.Anzieu.le Moi Peau.Dunod.1985

²¹ P.Nogier . le RAC : réflexe auriculo-cardiaque ou réaction autonome circulatoire- Pouls de Nogier- VAS : vascular autonomic signal.

²² R.Spitz.De la naissance à la parole. PUF.2002

entraîne une souffrance existentielle qui déplace le sujet de son contexte social, l'isole, l'amène à ne jamais se sentir dans la légitimité d'exister et le déshumanise .

5-le besoin de libre motricité

Le besoin de l'enfant d'évoluer à son propre rythme et d'exercer sa libre motricité est souvent contrarié par les représentations parentales concernant un « bon » enfant intelligent, précoce dans sa motricité , donc doté d'une « bonne maman ».

Le développement de l'enfant est organisé par le système nerveux central: tous les enfants sans lésion cérébrale tiendront d'abord leur tête, puis s'assoieront, puis marcheront. C'est une organisation neuromotrice universelle, seul le rythme de réalisation de ces étapes sera individuel. Certains enfants marcheront à 10 mois, d'autres à 15 mois. Mais le parent peut entraver ce processus neurologique s'il exerce des pressions sur le corps de l'enfant sous formes de surstimulations sensorielles et toniques.

Le système nerveux central répond aux surstimulations précoces d'une manière réflexe par une hausse tonique et une exaspération sensorielle. Prenons l'exemple d'un parent qui pousse l'enfant à s'asseoir au sol dès l'âge de trois mois comme nous avons pu l'observer dans certains pays. Dans un premier temps, l'enfant tombe en avant courbé car le tonus de son dos est encore faible et il ne peut pas se tenir droit. Il récupère son équilibre en posant les mains devant lui entre les jambes et comme il cherche à assurer l'horizontalité de son regard, il rejette sa tête en arrière, accentuant la courbe de sa nuque telle une cassure.

Pour parer à cette position d'écroulement et de cisaillement, le système nerveux central recrute le tonus des muscles du dos d'une manière réflexe et petit à petit les muscles de la colonne vertébrale qui sont neurologiquement hypotoniques se durcissent. La colonne se redresse et l'enfant à cinq mois se retrouve droit comme un I. Son dos est rigide et il ne peut pas tourner sa tête librement car ce mouvement entraîne toute la musculature soudée de son dos et le fait basculer sur le côté.

Les parents sont pourtant satisfaits de cette maturité motrice précoce, l'enfant peut alors rester seul sans qu'on soit obligé de le porter. Les mamans le disent ainsi. L'érection vertébrale est un signe de précocité et une source de satisfaction narcissique pour beaucoup de parents et ils n'entrevoient pas les conséquences motrices et affectives de cette prématurité tonique.

Il est d'ailleurs très compliqué de leur expliquer la nature de ces conséquences car nous ne pouvons pas prédire l'avenir d'un enfant, qui il va rencontrer, s'il fera du sport, s'il pourra réparer son hypertonicité précoce .

Mais ce que nous montre notre clinique, c'est un ensemble de difficultés relationnelles chez l'enfant lorsqu'il a été surstimulé dans les premiers mois de sa vie. Celui-ci s'est trouvé d'une manière réflexe enserré dans une enveloppe tonique rigide qui le fait tenir debout tout seul. La première réaction psychique est la solitude à laquelle il doit faire face.

Habitué à se tenir seul, l'enfant est un survivant et le maître de son royaume²³. Il agit selon ses propres critères et ne comprend pas qu'on oppose la réalité à ses désirs. En grandissant, ces petits prématurés moteurs sont égocentrés, enveloppés dans un tourbillon de mouvements et de tensions et très peu intéressés par les autres personnes, sauf pour satisfaire leurs besoins. Les difficultés relationnelles comme l'agressivité et les comportements abusifs sont souvent banalisés par les parents et se traitent par les gifles, les fessées et autres châtiments. Cette

²³ S. Robert-Ouvray -Enfant abusé, enfant médusé. Desclée de Brouwer.Paris

maltraitance éducative sert de frein aux actions de l'enfant et masquent le véritable problème psychomoteur qui est la pauvreté de conscience de soi et d'inscription sociale.

Seules les règles et les lois des plus forts mettront un frein aux agissements de l'enfant, sans intégration de limites. Il aura perdu l'éthique de son corps.

Surstimulés, ces enfants vivent un durcissement corporel accompagné de la libération d'hormones de stress et concomitamment d'une anesthésie opioïde²⁴. C'est un système de défense qui transforme leur enveloppe corporelle en une carapace les isolant du monde externe et les coupant de leurs émotions et sentiments. L'enfant ressentira un malaise mais ne pourra pas nommer l'affect qui s'y réfère. Certains enfants plus grands nous ont dit ne rien ressentir lorsqu'ils voient des scènes terrifiantes. Cette coupure affective peut être l'effet sidérant du traumatisme, mais lorsque cette sidération perdure, elle signe un état hypertonique antérieur qui a déjà fait son œuvre d'anesthésie sensorielle et affective.

Les ruptures entre les sensations et les affects et représentations jouent sur l'intelligence émotionnelle²⁵ du sujet, c'est à dire sur ses capacités à reconnaître ses émotions et celles d'autrui et de s'ajuster à ce qu'il perçoit. L'enfant surstimulé enveloppé dans sa gaine tonique manque d'empathie pour les autres, refuse la différence émotionnelle et se désocialise. Cette désocialisation affective n'est pas volontaire aussi les enfants encore petits vont à la recherche des autres. Mais leur organisation psychomotrice basée sur la dureté sensorielle et l'anesthésie affective les emprisonne et ne leur laisse pas la possibilité émotionnelle de trouver des accordages satisfaisants avec leurs congénères. Ils sont trop réactifs, entiers, exigeants, et leur agressivité amène du rejet et de l'exclusion.

Ils peuvent faire partie d'un groupe et même être un chef mais ils ne sont pas pour autant des êtres sociaux empathiques dans la mesure où leurs relations sont basées sur la dualité agresseur/victime.

Plus ce processus de stase tonique aura été précoce, plus l'enfant sera robotisé, centré sur lui-même, sujet aux addictions sensorielles, peu conscient de son être au monde et en difficulté face aux frustrations. Une autre conséquence qui est un vrai danger pour son avenir d'humain, c'est une grande vulnérabilité devant les manipulations mentales car le corps a perdu sa capacité de sentir si ce qui est dit est bon ou pas bon pour soi. Les enfants hypertoniques n'ont « même pas peur » et « même pas mal ». Leur carcan tonique les coupe de leurs propres ressentis.

La socialisation issue d'un bon développement psychomoteur si importante à nos yeux n'est pas un simple comportement de rencontre avec l'autre, c'est plus profondément une conscience de soi dans la relation, un corps incarné et un échange tonico-émotionnel libre et intelligent.

Pour parvenir à cette conscience de soi, la libre motricité est fondamentale.

La libre motricité vient dire que l'enfant a besoin de jouer avec son corps, d'expérimenter à son rythme les différentes postures, de découvrir les multiples sensations liées à ses mouvements et de contrôler progressivement son corps dans l'espace. Tout cela sous l'œil bienveillant de l'adulte. La libre motricité de l'enfant évite les surstimulations invalidantes et procure à l'enfant un ensemble de sensations et de tonicités qu'il pourra s'approprier sans difficulté.

²⁴ Response of the u-opioid system to social rejection and acceptance . in Molecular Psychiatry. University Michigan. 2013

²⁵ J.Ledoux .Le cerveau des émotions . Odile Jacob.Paris.2005

Aussi, les enserrements dans les langes, les contentions dans les couvertures, le portage permanent du bébé jusqu'à l'âge de deux-trois ans réduisent son champ sensori-moteur et appauvrissent la conscience du corps.

Lorsque nous transmettons aux mamans nos connaissances du développement psychomoteur de l'enfant, nous sommes contentes de constater qu'elles sont curieuses de toute information nouvelle concernant son bien être. La réalité de leur vie communautaire pose des limites à des changements rapides de comportements de soins vis à vis des enfants mais l'ouverture à d'autres idées et pratiques passe par la vision du bébé doté d'un corps intelligent et d'un corps ressource face aux stress de la vie.

Notre engagement psychomoteur tient compte des différences culturelles que nous discutons et confrontons avec les mamans et personnels soignants. Mais tout comme l'action humanitaire n'a pas de frontières et agit dans le monde entier, la psychomotricité est une pensée humaniste et nous pensons que tous les enfants qui viennent au monde ont les mêmes droits à la nourriture et la protection certes, mais également à des conditions optimisantes pour un bon développement psychomoteur et une inscription sociale la moins violente possible.

Aussi la stimulation psychomotrice, en satisfaisant les besoins psychomoteurs, prend en compte les impacts corporels des blessures émotionnelles et psychiques du sujet et complète l'accompagnement matériel et psychologique des victimes.

B-LES SOUFFRANCES LIÉES AU STRESS

1-L'inondation de l'organisme par les hormones de stress

Face aux violences, l'instinct de survie sans cesse sollicité ainsi que les besoins de base peu satisfaits provoquent un état chronique de stress par inondation d'hormones.

Le stress est un signal d'alarme annonçant un danger. Si la définition du Petit Robert (2008) précise que le stress est « un ensemble de réactions de l'organisme (physiologique, métabolique ou comportementale) face à un agent agressif », la compréhension neurobiologique du stress a débuté avec les travaux de Laborit²⁶ qui en décrit les formes comportementales. Jacques Fradin²⁷, Docteur en Médecine Environnementale, comportementaliste et cognitiviste, fondateur de l'Institut de Médecine Environnementale à Paris et son équipe ont repris les études de Laborit et montré que le stress est un indicateur majeur de conflit interne car il signale une situation d'incohérence à l'intérieur de l'espace mental du sujet : le sujet fait face à une situation avec des outils inadéquats pour traiter les événements.

Cette inadéquation viendrait du fait que le sujet utilise des outils mentaux et émotionnels archaïques sans pouvoir faire appel au préfrontal pour trouver des solutions aux problèmes irritants²⁸. Les spécificités préfrontales étant la curiosité sensorielle, l'acceptation des situations (et non l'opposition systématique aux situations), la relativité, la réflexion logique, l'opinion personnelle, la sérénité. Autant de qualités nécessaires à la conscience de soi.

Cette impasse génère des réactions physiologiques du stress nombreuses et adaptées à la fuite, à la lutte ou à l'inhibition de l'action. Les hormones de stress, adrénaline et cortisol, sont libérées pour activer la motricité afin de fuir ou de lutter. Il y a également une augmentation de la glycémie et une augmentation du rythme cardiaque et du rythme respiratoire. Par contre, dans l'inhibition de l'action, le sujet « fait le mort » et le ralentissement psychomoteur est important.

²⁶ H.Laborit. L'inhibition de l'action. Masson.1979

²⁷ J.Fradin. L'intelligence du stress.Eyrolles.2009

²⁸ ibidem 27

Le projet neurobiologique de ce processus physiologique est un retour au calme avec un nouvel état équilibré par évacuation des hormones de stress.

Mais lors des guerres, des famines et des catastrophes naturelles, par répétition de situations violentes ou par des états de détresse qui perdurent, la disparition des hormones de stress ne peut pas se faire et un état de stress chronique s'installe chez les enfants et adultes avec des troubles corporels et mentaux.

Cette stagnation entraîne l'action d'autres hormones comme la somatostatine libérée par le pancréas qui diminue l'activité digestive des intestins, empêchant une bonne assimilation de la nourriture.

L'augmentation du sucre dans le corps dans un premier temps est très utile mais à la longue la saturation en sucre entraîne le blocage des hormones de régulation et on arrive à un état de déficit du sucre. Une sécrétion excessive et chronique de cortisol détruit les neurones de l'hippocampe, partie importante du système émotionnel, et le sujet perd sa capacité à s'émouvoir et à communiquer ses émotions.

Cette hormone a également une action sur l'hormone de croissance qui chute, provoquant des ralentissements voire des arrêts de croissance. Au niveau immunitaire, on observe une baisse des globules blancs qui ont pour mission de prévenir l'attaque d'agents infectieux. Les enfants des camps sont presque tous en baisse immunitaire avec des troubles oro-pharyngés chroniques, le nez coulant, la morve purulente, affaiblis par des toux inquiétantes.

2-L'attaque des tissus musculaires par le stress

Ce qui nous paraît aussi très important au niveau corporel, c'est l'attaque des tissus musculaires. Le muscle est formé de faisceaux composés de fibres musculaires qui elles-mêmes contiennent des myofibrilles réunies en faisceaux. Cette structure ressemble à une « poupée russe » formée d'emboitements successifs. Chaque myofibrille contient des protéines contractiles, les filaments minces d'actine et épais de myosine qui en glissant les un sur les autres allongent ou raccourcissent le muscle. L'élastine est essentiellement sécrétée par les fibroblastes pendant la période de croissance de l'enfant et ses propriétés élastiques assurent le développement des os. Sa synthèse diminue avec l'âge et elle est remplacée alors par du collagène inextensible.

Lorsque la tonicité est équilibrée, ce mouvement de coulissage se fait aisément et permet l'alternance contraction-relâchement. Mais lorsque les contractions musculaires se répètent dans un rythme qui ne permet pas une détente suffisante, le glissement entre fibres d'élastine et de collagène est entravé et le tissu musculaire se rétrécit comme un pull feutré.

Les raccourcissements musculaires par feutrage lié au stress provoquent des douleurs musculaires lombaires, dorsales et cervicales, des amplitudes réduites dans les rotations externes des membres, refermant le corps sur lui-même en le rigidifiant progressivement. On observe également une diminution du potassium dans les analyses sanguines des sujets stressés, dont la fonction est d'aider à la contraction musculaire.

Les muscles constituent une part importante du poids total du corps, environ 45%. C'est dire que les feutrages musculaires peuvent avoir des conséquences importantes sur la capacité d'expression motrice et sur l'équilibre des organes directement liés aux muscles par l'intermédiaire des fascias.

L'épaississement des fibres musculaires forment une croûte tonique qui tient le sujet rassemblé, mais qui entraîne une anesthésie générale liée à la libération des morphines endogènes. L'

analgésie opioïde apparaît quand toutes les issues sont bloquées. Une peur intense provoque une analgésie opioïde avec inhibition de l'action, immobilisation et repli sur soi. L'attention portée aux stimuli externe se réduit. Ce principe biochimique d'anesthésie sensorielle et émotionnelle est bien connu et a été utilisé à des fins de limitation émotionnelle: le fentanyl est un analgésique opioïde synthétisé la première fois en Belgique vers la fin des années 1950 et qui a été utilisé chez les soldats pour s'anesthésier et ne pas être émus par les actes violents.

Tous ces éléments concourent à freiner l'efficacité motrice et mènent à une perte de sensibilité proprioceptive.

En effet, c'est dans les muscles et les tendons que logent les récepteurs proprioceptifs émetteurs de signaux concernant la position du corps dans l'espace. La contraction chronique des muscles altère la connaissance que le sujet a de son schéma corporel et des sensations alimentant son sentiment d'exister²⁹. Ne se sentant pas de l'intérieur, le sujet cherche à exister autrement et trouve une issue libératoire dans l'excès de mouvements non réfléchis. Il y aura donc une prédominance des actions corporelles au détriment de la pensée. Progressivement l'enfant stressé perd ses capacités à reconnaître les ressentis qui l'animent, et à symboliser son espace interne, mettant souvent en danger son existence même.

3-stress et trauma

Louis Crocq³⁰ définit le trauma comme un «phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur».

Dans le trauma et dans le stress le début de la réponse à la surstimulation est la même: le stimulus sensoriel atteint le thalamus sensoriel qui est la porte d'entrée sensorielle du cerveau et un centre de relais. Du thalamus les informations sensorielles vont être prises en charge par deux voies : une voie courte, rapide, simple, sous-corticale thalamo-amygdalienne et une voie longue, plus lente, complexe, corticale, thalamo-cortico-amygdalienne.

La voie courte thalamo-amygdalienne va directement activer une petite glande, l'amygdale qui reconnaît la situation de danger. Celle-ci « s'allume » et permet la réponse émotionnelle avant même que le danger soit perçu par le cortex sensoriel et reconnu par le cortex associatif. C'est une réponse comportementale. On sursaute à un bruit fort sans réfléchir à notre action.

La voie plus longue thalamo-cortico-amygdalienne dans un deuxième temps guide les informations sensorielles qui arrivent vers l'amygdale par la voie corticale passant par le cortex sensoriel et sensitif puis par le cortex associatif limbique et par l'hippocampe. Cette voie permet une analyse de la situation en traitant les informations sensorielles, en les intégrant et en les transformant en représentations et en concepts grâce au cortex associatif, sorte de banque de données des souvenirs.

La réponse émotionnelle déclenchée par l'amygdale pour faire face au danger se décompose donc en une première réaction comportementale puis en une préparation de l'organisme à une éventuelle réponse psychomotrice après analyse corticale de la situation.

Mais dans le trauma, l'amygdale reste activée sans extinction par la maîtrise du danger ou par la fuite. Elle est déconnectée du cortex associatif qui ne va plus recevoir d'informations

²⁹ A.Damasio .Le sentiment même de soi .Paris. Odile Jacob.1999

³⁰ L. Crocq . 16 leçons sur le trauma, Paris. Odile Jacob.2012

émotionnelles. Il en résulte que l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) continue d'être stimulé avec une production de cortisol importante et que le système nerveux autonome sympathique reste lui aussi stimulé par l'adrénaline.

Les stimuli traumatiques vont continuer d'arriver via le thalamus au cortex sensoriel, ils vont être traités par le cortex associatif mais sans connotation émotionnelle, sans souffrance psychologique, sans souffrance physique, ce qui va donner une impression d'étrangeté, d'irréalité, d'être spectateur de ce qui nous arrive, de voir un film, de confusion, de dépersonnalisation : c'est la dissociation.

Pour un petit enfant qui n'a pas encore de répertoire d'expériences réfléchies, la deuxième partie analytique n'est pas possible. Il subit l'événement traumatique ou le stress à répétition sans pouvoir donner du sens à ce qui lui arrive. Il réagit émotionnellement à la surstimulation, se crispe, arrête tout système intégratif et par là même stoppe son développement.

Sa sidération mentale est prise « en charge » par une tétanie musculaire et tout le travail d'articulation entre ses sensations et sa pensée s'arrête. Ce n'est pas un simple « arrêt sur image » comme pour les adultes, avec une éventuelle reprise dans l'après, mais c'est un effondrement d'une logique corps-esprit.

C'est toute la grammaire personnelle en cours de formation qui se désarticule et les niveaux d'organisation se désolidarisent dans des dissociations souvent importantes.

Avant l'âge de trois ans les syndromes psychotraumatiques sont mal connus et échappent à la description de l'ESPT typique. Pour un traumatisme survenu dans la première année de vie, une mémoire comportementale agit à travers des comportements répétitifs et elle semble persister en l'absence de mémoire verbale.

On observe des retraits ou inhibitions, des états d'excitation, des pleurs, des terreurs nocturnes, des troubles du sommeil et de l'appétit, des retards de développement. Chez les enfants de 2 à 6 ans, s'ajoutent des maux de ventre permanents, des diarrhées, des craintes spécifiques, des jeux et des dessins répétitifs, des comportements régressifs, une addiction au sucre.

Leonor Terr ³¹, pédo psychiatre a étudié le syndrome post traumatique chez les enfants victimes de l'enlèvement de Chowchilla en 1976³². Elle a relevé de symptômes mettant à mal toute l'organisation spatio-temporelle de l'enfant. Elle soutient que tous les enfants choqués par le traumatisme souffrent des mêmes symptômes.

Chez l'enfant malnutri, les poussées toniques invalidantes sont liées aux souffrances de la faim, aux douleurs du ventre causées par des diarrhées intempestives et au manque relationnels inhérents à l'état dépressif de la mère.

Nous retrouvons les mêmes symptômes psychomoteurs chez l'enfant traumatisé ou stressé et c'est la construction des liens entre le corps la psyché qui sont atteints en premier lieu. L'évaluation des symptômes n'est pas faite sur le terrain car l'urgence va aux soins immédiats et au don de nourriture mais les états de sidération psychique, de tétanies motrices et de dissociation des niveaux psychomoteurs sont très présents et participent sans doute à la mortalité infantile.

4- l'action psychomotrice

³¹ L.Terr. 1990. Too scared to cry. *in Childhood traumas*. Psychiatry . Harper and Row. New York

³² les enfants d'une école ont été enlevés par un homme qui les a sequestrés x jours dans un autocar.

L'intégration de la motricité à l'ensemble du développement psychique de l'enfant est maintenant théorisé³³. Bergson,³⁴Merleau-Ponty³⁵, Ajuriaguerra³⁶ et les grecs avant eux ont montré que la dimension sensorielle de l'humain est indissociable de l'organisation de la pensée, de sa structuration et de sa complexification. La preuve en est l'anéantissement émotionnel et psychique des victimes privées ou exaspérées de sensations.

La compréhension théorique du traumatisme et les outils thérapeutiques adaptés au traitement de la souffrance psychique des victimes forment une clinique qui évolue régulièrement. Sur le terrain des guerres, des catastrophes naturelles et des actions de violence, les ONG se sont naturellement dotées de cette clinique pour associer aide matérielle et aide psychologique. Des méthodes cathartiques comme l'hypnose et l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), l'exploration des rêves traumatiques, la mise en scène psychodramatique sont des soins efficaces.

Lorsque le corps est blessé, sont réparées les douleurs, les fractures, les déchirements mais sans réellement prendre en compte la charge émotionnelle portée par le corps du sujet.

Si le soin psychologique cherche à aider le patient à mettre en mots un impensable psychique et libère le patient de la sidération mentale, le soin psychomoteur libère les tensions corporelles, les amène à la conscience sous forme d'images ou de sensations et rééquilibre le flux énergétique du sujet. Il relance l'activité proprioceptive propre à nourrir le sentiment d'exister.

Ce que nous proposons est simple mais organisé et sous tendu par des connaissances anatomiques et physiologiques : notre corps est organisé d'une manière sensorielle et tonique pour former une unité psychocorporelle et pour entrer en relation avec autrui et ceci dès le début de la vie. Dès que le corps est attaqué par des stimulations trop fortes ou chroniques la tonicité, les postures et les mouvements prennent des formes inadaptées à la relation avec autrui. Dès que le monde affectif et représentatif est attaqué par des surstimulations trop fortes (violence ou abandon) ou trop souvent, la tonicité, les postures et les mouvements ne sont plus adaptés à la relation avec autrui. Chez les bébés les formes de souffrance sont reconnaissables par l'hypertonie douloureuse ou l'écroulement hypotonique qui les isolent et chez les plus grands l'hyperagitation ou l'inhibition psychomotrice provoquent du rejet et de l'isolement.

Mais nous pensons que l'enfant en développement a encore toutes ses chances pour bénéficier d'une restauration des liens interdépendants entre tonicités, sensations, affects et représentations afin de reconquérir un sentiment d'exister et d'être conscient de soi au monde³⁷ pour bénéficier de sa place sociale .

Nous pouvons également travailler avec les adultes qui ont vécu des stress à répétition, voire des traumatismes, mais ces derniers sont souvent bloqués par des systèmes de défense psychocorporels mis en place depuis l'enfance et le travail de revitalisation est souvent plus long et moins réparateur.

D-CONSTATS CLINIQUES DES SOUFFRANCES PSYCHOMOTRICES DES ENFANTS

Au cours de l'évolution, l'organisation motrice de l'homme s'est avérée être une des plus intelligentes parmi les organisations des êtres vivants car elle nous permet d'établir d'une part des liens permanents entre ce que nous sentons et ce que nous pensons et d'autre part de

³³ S.Robert-Ouvray.1993.Intégration motrice et développement psychique.Desclée de Brouwer.Paris

³⁴ H.Bergson . Matière et mémoire. 1896.PUF

³⁵ M.Merleau-Ponty.La phénoménologie de la perception.1945.Gallimard

³⁶ J.de Ajuriaguerra tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation. revue de psychosomatique. T II, n°2.1960

³⁷ Damasio. Le sentiment même de soi. Odile Jacob. 2009

partager ces expériences avec nos congénères. Nous savons grâce aux travaux d'éthologie animale que nous ne sommes pas les seuls êtres intelligents sur terre capables de communiquer, de raisonner, de se reconnaître dans un miroir, de fabriquer des outils, mais nous sommes sans doute les seuls à commencer à comprendre comment notre psychisme naît et s'actualise tout au long de notre vie. Cette compréhension s'appuie sur des mises en abyme des connaissances de l'architecture corporelle dans le théâtre du psychisme³⁸. Le récit anatomique et neuromoteur s'enchasse dans le récit psychique du sujet et ceci dès la naissance.

Nous ne pourrions pas penser, ni inventer comme nous le faisons si nous n'avions pas ce corps tel qu'il est organisé dans l'espace et le temps. Le développement du cerveau vers l'avant, comme le préfrontal n'est pas le seul processus qui fait de nous des êtres inventifs et créateurs. Les organisations motrice et tonique innées sont indispensables au développement de notre pensée et de notre réflexion.

C'est la capacité de rebondir corporellement et psychiquement à des événements traumatisants et à penser la vie autrement qui fait notre humanité.

C'est parce que nous sommes un volume dans l'espace fait de contraintes et de tensions, que nous avons la possibilité, grâce à cette qualité de tenségrité³⁹, de nous déformer et de nous reformer au niveau corporel et au niveau psychique. Nous verrons cette notion dans la deuxième partie du livre.

La souffrance s'installe lorsque nous sentons l'écrasement de notre structure en volume et l'amenuisement voire la disparition de notre capacité à rebondir et à nous reformer en sphère. Nous sommes alors à plat, écrasés par la vie, vidés de notre substance, comme une enveloppe creuse, comme un fantôme de nous mêmes. La personne déprimée a du mal à respirer, elle a des oppressions, elle peine à sortir du lit, à se mettre debout, ses intestins sont comprimés, son cœur est serré.

La vulnérabilité de ces personnes n'est pas seulement liée à l'impact du traumatisme qui les a assaillies mais à une fragilité dans la construction de leur être. Car notre destin n'est pas d'être une simple carcasse biologique bien motorisée ou un robot désaffecté comme nous pouvons le voir dans les films d'horreur.

L'écrasement n'est pas une simple métaphore. L'énergie vitale qui anime notre organisation motrice est liée à l'enveloppement affectif qui nous a soutenu depuis le début de notre vie. C'est la somme des regards, des attentions, des caresses, que nous avons emmagasinés depuis notre naissance. Les enfants des pays martyrisés ne sont pas tous écrasés par le stress chronique. Certains restent souriants, vivants, actifs et en grandissant dénoncent les injustices et les violences. Ceux là ont été aimés, regardés, considérés, consolés, même si la faim a déchiré leurs entrailles. Par contre lorsque l'enfant n'a pas été considéré dans sa vie affective et que le stress répétitif s'installe ou que surgit le trauma, l'effondrement est inévitable et terrassant.

Ce que nous avons souvent pu observer sur le terrain humanitaire, c'est la négligence du monde affectif de l'enfant. Face au contexte d'urgence, de conflits, d'exil et de famine, les parents doivent faire face à des situations anxiogènes et traumatisantes, ce qui entraîne une réduction de leur champ perceptif. Ils sont sidérés dans leur pensée et focalisés sur leurs propres besoins. Cécile Bizouerne ⁴⁰, psychologue, a fait un long travail sur le terrain humanitaire avec ACF. Elle écrit : « La préoccupation ou la tristesse conduit parfois à un repli sur soi et une indisponibilité

³⁸ ibid 5.

³⁹ définition tenségrité :c'est la faculté d'une structure à se stabiliser par le jeu des forces de tension et de compression qui s'y répartissent et s'y équilibrent.

⁴⁰ ibid C.Bizouerne. Thèse de Doctorat

temporaire ou longue à l'égard de l'enfant La psychologie et la sociologie nous apprennent que tous ces facteurs peuvent limiter ou entraver la capacité de l'entourage à prendre soin des enfants » .

Lors des situations de stress, l'enfant se retrouve relégué à la périphérie des préoccupations parentales. L'enfant est certes nourri et habillé par les mamans avec l'aide des ONG, mais oublié dans sa vie affective parce que nous avons la croyance qu'un enfant dans les bras de sa mère est protégé de toutes sortes de dangers et qu'il ne risque rien. Nous savons pourtant que les mamans déprimées peuvent être toxiques pour leurs enfants. Un cercle vicieux s'installe alors: privé de nourriture affective, l'enfant perd ses capacités à animer son entourage, il se fait oublier, le parent ne tient plus compte de sa vie émotionnelle et ne le stimule plus, le survictimisant davantage. L'enfant affamé physiologiquement et psychologiquement n'a plus de forces pour traverser les épreuves.

1-Témoignages de Julia Duvernay.

Le problème de négligence affective s'est retrouvé au Togo avec les enfants dont les parents sont atteints du VIH/SIDA. Les parents sont très culpabilisés de transmettre la maladie à leurs enfants et le taux élevé d'anxiété et d'angoisse « cirrhose » le tissu relationnel. Les enfants en souffrance mettent en place des comportements de défense pour s'anesthésier. On observe une inhibition massive avec un quasi mutisme, des postures de repli et un retrait social. Pour certains c'est « faire le mort » qui sera la solution, pour d'autres l'agitation permettra de se sentir exister.

Ces symptômes sont communs à tous les enfants qui ne disposent que de leur corps sensoriel et moteur pour exprimer leur souffrance. C'est pour cette raison majeure que les soins psychomoteurs, organisés autour du langage corporel, se présentent comme des outils simples mais efficaces pour aider les enfants et les dyades maman/enfant en difficulté.

Les mères, épuisées par le stress à répétition ont des difficultés pour mettre en route et poursuivre un allaitement satisfaisant. Le nourrissage ne se réduit pas à une simple fonction alimentaire mais entre dans le cadre d'échanges relationnels à la base du processus d'attachement. La malnutrition et les troubles alimentaires chez le tout petit sont souvent le signe d'interactions mère/enfant dysfonctionnant et de conduites de maternage défailtantes. « Le bébé ne trouve plus en sa mère la partenaire dont il a besoin pour communiquer et se développer, la mère étant fragilisée, elle n'est plus en mesure de jouer son rôle de protecteur »⁴¹. Le processus d'attachement qui demande un plaisir à être avec l'autre en pâtit gravement et l'enfant se développe dans un autocentrage qui l'isole et le rend asocial. Les enfants en manque de stimulations sensorielles et toniques nourrissantes n'arrivent pas à traiter les sensations douloureuses et à investir leur corps comme lieu d'existence entre ces deux polarités. Lorsque M. Lemay⁴² définit la carence affective comme un processus morbide causé par « la rupture des premiers investissements avec les personnes significatives de son entourage », nous savons qu'aider un enfant carencé à sortir de son désespoir peut prendre de nombreux mois voire plusieurs années.

Or en situation d'aide humanitaire, le temps est une denrée rare. Actuellement il y a encore peu de missions de psychomotriciens sur un long terme. Mais les formations que nous avons faites nous permettent d'affirmer que les soins peuvent se donner par petites touches, dans un savoir faire bien pensé, dans une approche respectueuse et bienveillante. L'éveil et le réveil des enfants ne nécessitent pas de gros outils extérieurs car le corps en est la trousse.

⁴¹ ibidem C.Bizouerne

⁴² M.Lemay. « J'ai mal à ma mère » PsychoPédagogie.Paris.Edts Fleurus. 1993

Au Pérou, les bébés sont portés sur le dos de la mère quasiment à longueur de journée. Tout le corps de l'enfant se retrouve emmaillotté dans une manta, un long tissu traditionnel. Au quotidien, le portage facilite grandement la vie pour les mères. Leurs bras restent libres pour d'autres occupations telles que travaux dans les champs, les récoltes, la préparation des repas ou s'occuper des autres enfants. Le bébé porté retrouve de nombreuses sensations qu'il a connues in-utéro et son système vestibulaire est activé, mais il ne peut pas mettre ses sensations à l'épreuve de sa motricité.

C'est un questionnement psychomoteur qui vaut la peine d'être posé au niveau du phénomène de vection⁴³. L'emmaillotement intensif entraîne une sudation excessive, laisse peu de place aux expériences et à la motricité libérée. Il en résulte une diminution de la tonicité et des conduites d'exploration du tout-petit et une certaine passivité motrice. Le nourrisson a bien sûr besoin de ressentir son enveloppe corporelle à travers diverses stimulations tactiles et sensorielles mais il y a aussi besoin d'une certaine liberté et amplitude de mouvements afin de pouvoir stimuler son appareil locomoteur.

Au Sénégal, certains enfants marchent très tôt et leurs déplacements ne sont pas stabilisés et maîtrisés. Les passages d'une position à une autre restent délicats et peu fluides. La verticalisation est difficile étant donnée que les schèmes moteurs d'enroulement ne sont pas suffisamment intégrés. Ces très jeunes enfants marchent courbés, les jambes très écartées et s'agrippent maladroitement à toutes les personnes grandes ou petites qu'ils trouvent sur leur chemin. Sans juste distance relationnelle, ils provoquent souvent le rejet physique et affectif des autres enfants. La mauvaise conscience de leurs corps ne leur permet pas de s'ajuster à l'autre pour une rencontre fructueuse.

2- Témoignages de Suzanne Robert-Ouvray

Au Libéria. Une jeune maman 15 ans, occupée à faire de la balançoire dans le jardin, arrive en retard pour la distribution du lait maternisé et enrichi. Elle se fait gronder par le soignant. Elle semble absente. Je l'accompagne lorsqu'elle va vers son bébé. C'est un enfant de 1 an, très petit, marasmique, silencieux qui attend assis au milieu d'une natte. La jeune maman se met près de lui et approche la tasse de lait de sa bouche. Il détourne le visage. La maman n'a pas prononcé un mot. Elle reste inerte, comme morte. Aucune expression, aucun mouvement sur son visage.

Au bout de quelques minutes, elle réitère l'approche de la tasse vers le visage de l'enfant qui sans un mot, se détourne. Elle semble alors un peu dérangée devant cette opposition. Elle se fige en me regardant. Je l'encourage à s'occuper de son enfant et de lui parler. Je parle un anglais qu'elle semble comprendre. Mais elle me jette un regard un peu acerbe. Elle met une main sur le front de son enfant pour lui renverser la tête en arrière. L'enfant commence alors à gémir.

Je dois sans doute gêner la maman qui s'interrompt car elle a l'intention de pratiquer le gavage: blocage corporel de l'enfant, pincement du nez pour obliger l'ouverture de la bouche et y verser le lait. Cette pratique n'est pas recommandée par les équipes de soignants mais elle est parfois la solution pour nourrir certains enfants se laissant mourir de faim. Elle bloque le corps de l'enfant en le plaçant sous ses jambes allongées. Elle pince son nez pour l'obliger à ouvrir la bouche. Elle verse le lait de la tasse.

L'enfant, un garçon, garde le lait dans l'arrière gorge, fait des gargouillis et continue de râler. Il est mollement opposant et je sens qu'il attend un mot de sa mère pour expliquer la situation,

⁴³ phénomène de vection :le sentiment de mouvement de son corps.

l'absence qu'il vient de vivre, ce qui se passe avec ce lait . J'encourage la maman à mettre des mots sur ce qu'elle fait. Elle ne dit toujours rien. Elle reverse du lait dans la bouche de son enfant sans lui pincer le nez et l'enfant l'avale mais le garde dans l'arrière gorge. Puis il avale le liquide.

Elle décide alors de le changer, elle le place en travers de ses genoux. L'enfant est en arc de cercle, la tête totalement basculée vers l'arrière. Il est plutôt calme. Soudain il fait une diarrhée en fusée, elle saisit un chiffon, le soulève par un pied, l'essuie, le retourne toujours soutenu par un pied, nettoie ses fesses, l'air contrarié, le frotte un peu énérvée.

Par contre j'observe que l'enfant a le visage plus détendu. Il se laisse faire, la nuque en arrière et ses membres sont plus souples, pendants . Il a presque un sourire.

L'animateur arrive ensuite et dit à la maman « laves toi les mains maintenant ». Elle obéit. Elle n'a pas jeté un regard sur son enfant mais lui est maintenant redressé et la fixe. Il est en attente d'elle.

Ce que j'ai compris de cette observation c'est que l'enfant reçoit de sa mère des soins sur un mode brutal, mais elle le touche, le retourne, le frotte et il se satisfait de ces quelques gestes qui le font exister. Sa maman est vivante, elle peut encore s'énerver. Tant mieux ! Il se contente de peu. Peut-il attendre plus ?

Deuxième cas clinique

SRO. Une femme me demande de regarder les pieds de son bébé. Il a 2 ans passés mais a la stature d'un enfant de 12 mois. L'enfant marche sur les malléoles internes, le pied est antéversé. Son jambier antérieur est très inerte, il ne relève pas le pied et ne crée pas la voûte interne. Sa maman dit qu'il est inerte, qu'il pleure beaucoup devant toutes sortes de frustrations.

Je parle à l'enfant, lui explique que je vais montrer des exercices à sa maman pour qu'il puisse marcher et se sentir bien. Tout cela en français car la maman parle un dialecte que je ne connais pas. L'enfant entend la prosodie de ma voix et me sent bienveillante. Il se laisse faire. Je montre une stimulation simple à la maman : frotter le bord interne du pied le long du gros orteil en remontant vers la jambe. Le pied se relève alors. Je lui fais sentir la corde du jambier antérieur et lui préconise de jouer ainsi avec son enfant deux trois fois par jour. Je lui montre qu'avec une petite balle elle peut faire sentir à l'enfant la voûte de son pied.

Je demande à la nurse de soutenir la mère dans ce petit travail de stimulation psychomotrice pour aider l'enfant à trouver son ancrage et son équilibre au sol et surtout sa capacité à rebondir devant les difficultés inhérentes aux frustrations liées à la réalité.

J'ai très souvent trouvé cette problématique motrice du membre inférieur. L'enfant nous montre avec son corps que la dépression l'a atteint. Il est victime de ce qui lui arrive et ses capacités de résilience sont considérablement réduites. Tout ceci est lié bien entendu aux douleurs propres à l'enfant, la faim, la peur, le père absent, le déracinement mais également à l'état dépressif de la maman qui ne peut plus assurer une bonne qualité de relation avec lui.

La stimulation psychomotrice peut également prendre cette forme de rééducation motrice et de soutien à la mère. Car le corps et son organisation sont un modèle et un appui pour le développement psychique du petit enfant.

Une étude ⁴⁴ montre que lorsqu'on ne parle pas la même langue que son interlocuteur, lors d'une conversation, l'impact des mots est de 7%, celui de l'intonation est de 35% et celui du langage du corps est de 55%. L'enfant est très sensible à la musique émotionnelle du langage verbal.

⁴⁴ A. Mehrabian . *Decoding inconsistent communication*.in Journal of Personality and Social Psychology.1967

D'autre part il regarde l'interlocuteur et des positions de bienveillance peuvent être utilisées intentionnellement à condition d'être honnête dans son approche avec l'enfant. Comme par exemple incliner la tête sur le côté, phénomène d'empathie décrit par Cyrulnik⁴⁵. Montagner⁴⁶ ajoute que s'il n'y a pas et de gestes de menace au préalable, l'inclinaison de la tête renforce le contact.

Troisième cas clinique

SRO. Patricia a 11 mois. Elle est couchée sur le ventre à même le sol, les yeux fermés. Aucun adulte près d'elle. Je m'approche en lui parlant, lui dis qu'elle doit se sentir seule, sans sa maman, que je peux attendre avec elle. Elle ouvre les yeux mais ne bouge pas.

A ce moment, la maman arrive: l'enfant se redresse et sa maman la saisit par le bras, la soulève du sol et la met au sein, sans une parole. Pas un mot n'est échangé entre l'enfant et sa mère. Elle allaite d'une manière mécanique sans regarder sa fille. Je dis à la maman de raconter simplement à son enfant ce qu'elle faisait dehors et ce qui se passe là maintenant dans l'allaitement. La jeune femme semble gênée. Cela ne fait pas partie de son mode relationnel avec l'enfant. On ne lui a jamais parlé sauf pour hurler des ordres, crier, menacer. Il faudra de nombreuses répétitions pour que la jeune femme puisse accepter qu'une relation humaine peut être bienveillante.

Mettre des mots⁴⁷, c'est donner du sens mais également rétablir une cohérence psychomotrice chez l'enfant entre les sensations de son corps mis dans différentes postures, ce qu'il ressent et les images qu'il a de la situation.

Quatrième cas clinique SRO

La maman est assise en appui sur ses deux mains, bras tendus en arrière de son corps, le devant du corps exposé. Sa petite fille de deux ans est accrochée à son sein et tient assise sans soutien particulier. Elle ne tète pas, occupée à s'accrocher à ce bout de mère instable. La jeune maman regarde autour d'elle, désinvestie de l'allaitement dont elle est la pourvoyeuse. Elle dit par la suite qu'elle a fait son travail de mère, allaiter son enfant comme on lui a demandé, mais à aucun moment elle ne soupçonne le besoin d'interaction corps à corps de son enfant.

Lui montrer comment tenir son bébé l'a fait d'abord sourire. Elle remarque alors que sa petite fille la fixe des yeux. Elle semble un peu désarçonnée.

Par petites touches, avec de simples changements de posture, comme reformer l'enroulement avec les bras, nous avons pu montrer aux mamans qu'elles pouvaient ne pas subir l'allaitement, voire souffrir de devoir allaiter un enfant qu'elles ne désiraient pas, mais qu'une aisance psychomotrice améliorerait la situation des deux partenaires de l'interaction. Le plaisir d'être avec l'enfant peut émerger doucement lorsque la mère adopte une posture de réception. Elle a une reconnaissance inconsciente de cette posture humanisante et elle en ressent le bien être.

Cinquième cas clinique .SRO

Madelin est un petit garçon de 14 mois. Il est couché sur le côté en arc de cercle, la tête est rejetée très en arrière, la nuque est cassée. Il ne s'est jamais assis, sa tête projetée en arrière

⁴⁵ B.Cyrulnik .Sous le signe du lien. Pluriel.1989

⁴⁶ H.Montagner –l'enfant et sa communication.Stock.1978

⁴⁷ M B Rosenberg. Les mots sont des fenêtres. Ed la découverte. 2005

empêche les positions assise et debout. De plus il n'a jamais de relation œil à œil avec sa maman et son entourage. Il se perd dans son monde tonique et sensoriel.

Si nous essayons de le coucher sur le dos, il ne reste pas stable et le corps entier tourne dans une posture latérale. Lorsque je le positionne sur le dos en commençant à échanger avec lui et à jouer avec ses mains et ses pieds tout en lui parlant, il se raidit et trémule, les mains écartées, les coudes en chandelier.

Il fait plusieurs Moro (réflexe archaïque lié à l'instabilité de la nuque), écarte brusquement les bras en croix, sans pour autant rassembler ensuite les mains en avant. La maman me dit qu'elle essaie de lui remettre la tête droite quand elle le porte mais que la tête repart en arrière.

Je positionne un tissu roulé sous sa tête en lui parlant. Il trémule et se calme. J'ai réduit le réflexe archaïque de Moro en repositionnant la nuque. Je dis à la maman « c'est mieux pour le bébé- il a besoin d'être droit, comme un arbre ». J'utilise souvent des métaphores universelles pour m'adresser aux parents, en France ou ailleurs.

La maman participe au positionnement du tissu sous la tête de son fils. J'appuie légèrement sur le sternum du petit pour stimuler la chaîne musculaire antérieure qui favorise l'enroulement. Je parle à l'enfant en même temps, il allonge alors ses jambes mais semble déconcerté par cette nouvelle posture. Il pleure, la maman lui parle, il se calme puis se remet à pleurer dès qu'elle se tait. Il cherche à revenir dans sa posture latérale.

Je dis à la maman qu'elle peut aider son enfant à apprendre cette posture si elle la propose plusieurs fois par jour et qu'il pourra un jour s'asseoir.

Je revois cet enfant plusieurs fois et confie la mission à une nurse d'encourager la maman à mettre un rouleau sous la tête, à rassembler les bras du bébé vers l'avant même s'il pleure, tout en lui parlant. Lors d'une autre rencontre avec la maman, celle-ci fait comme je lui explique et devant l'échec de sa manœuvre, repousse l'enfant, se lève et part.

C'est là que nous voyons que la stimulation psychomotrice doit s'accompagner d'un soutien à la mère pour l'aider dans ses interactions avec son enfant. Ces mamans sont perdues, subissent les problèmes de leurs bébés dans une impuissance complète. Elles abandonnent alors la relation et deviennent des robots à nourrir.

Pour cet enfant je pense que son hypertonicité est peut être liée à un problème neurologique car ses réactions toniques et sa posture s'apparentent à un spasme extrapyramidal.

Une autre hypothèse s'est posée à moi : cette posture est peut-être la conséquence d'une mauvaise position du fœtus dans le ventre. La tête du fœtus est très rejetée en arrière et l'enfant ne peut pas se développer normalement alors que son cerveau est intact. Certains travaux en néo-natalité ⁴⁸ montrent qu'une stimulation psychomotrice précoce dans ces cas de mauvaise posture intra utérine résout le problème de l'hypertonicité du dos et vers la fin de la première année, l'enfant s'assoit, marche et parle sans problème. Par contre si l'enfant reste dans cette posture, il ne se développe pas et devient déficient mental et moteur.

J'ai pu observer de nombreuses fois une pratique qui désarticule l'enfant et l'inverse dans sa posture de base qui est l'enroulement. Au Libéria, les mères changent les bébés en les couchant sur le dos en travers de leurs genoux, la tête pendant en arrière et ballottant. L'enfant est comme écartelé. Les bras sont maintenus rejetés en arrière pour ne pas gêner les gestes de nettoyage. Les mères semblent avoir perdu le sens inné des postures relationnelles.

Ce que j'ai pu observé chez les bébés de moins de deux ans, c'est une contraction des épaules et du cou alors que les parties distales les avant bras et les mains sont comme laissées à l'abandon.

⁴⁸ peut être mettre le film des bébés tête en arrière

Les doigts ne manipulent pas les objets sauf pour garder le réflexe primaire de grasping lorsqu'il s'agit de ne pas tomber du corps de la mère.

J'ai observé également au Libéria et en Ouganda une pratique de soins très défavorable à l'enfant, c'est la saisie de l'enfant par le haut du bras, ce qui entraîne une subluxation de l'épaule. L'enfant est saisi et soulevé du sol pour être porté ou lavé. Les enfants sont souvent silencieux habitués à cette pratique, mais les photos et les films montrent leur grimace de douleur. La subluxation des épaules génère une rotation externe des épaules (contraire à la coordination motrice) et les mains se retrouvent en supination (paumes tournées vers le ciel). La coordination épaule mains est entravée. Les mains des enfants perdent leur voûte palmaire et sont plates. L'enfant oublie très tôt dans sa vie sa capacité à s'enrouler en avant, à se rassembler et à joindre les mains devant lui. Il perd les ronds de son corps.

La plupart des enfants dénutris sont immobiles, assis ou couchés sur des linges, affaiblis par la dénutrition mais également privés d'une stimulation relationnelle.

Les enfants des pays dans lesquels je suis allée, n'ont pas de doudou ni d'objets transitionnels. Leur mère est leur pôle attractif et ils s'y agrippent dans des comportements très phobiques. La tétine, qui n'est pas un objet transitionnel, pourrait également être une aide précieuse pour ces tout petits qui perdent progressivement le réflexe de succion. Très souvent la justification de cette absence, donnée par les équipes locales, est de protéger l'enfant des problèmes d'hygiène. Mais lorsque nous voyons ces petits à même le sol, trainant dans la poussière et parfois certains déchets, nous pensons qu'un objet transitionnel ou une tétine seraient parfaitement adaptés au besoin d'activité psychomotrice de ces enfants pour tenir le coup et développer leur capacité d'attente lorsque la maman est absente.

Pour ce qui est de l'hygiène, je pense que les mamans comprendraient très vite le côté positif de la chose et feraient les efforts nécessaires pour l'entretenir. Le soutien de la succion avec une tétine engagé auprès des prématurés dans nos hôpitaux montre l'efficacité de cet objet, qui par ailleurs, pour des enfants sans problème peut devenir toxique et coupant la relation avec l'entourage⁴⁹.

Tous ces exemples cliniques montrent qu'une stimulation psychomotrice adaptée permet à l'enfant de s'éveiller plus rapidement et de reprendre ses activités naturelles selon son âge: téter, fouisser, babiller, sourire, s'enrouler, s'asseoir, marcher, jouer. En étant plus actif, l'enfant accepte mieux la nourriture et il gagne du temps en récupération.

L'activation psychomotrice de l'enfant réveille la mère, la sort de son inhibition et favorise les interactions.

Nous sommes conscientes que toutes ces difficultés et toutes ces souffrances qui gênent voire stoppent le développement de l'enfant ne peuvent pas se résoudre uniquement parce que la psychomotricité est une bonne pratique de soin humanisante. La modestie et la gestion de la frustration font partie du travail des personnes qui s'engagent dans l'humanitaire. Mais pour autant, ne perdons pas de vue que le soin psychomoteur a une véritable place à tenir dans l'action humanitaire et que les jeunes psychomotriciens et psychomotriciennes qui désirent s'engager ont toute légitimité pour être les partenaires des psychologues, des kinésithérapeutes, des nutritionnistes et des infirmiers.

⁴⁹ SRO. l'enfant tonique et sa mère. 1998. Desclée de Brouwer. Paris

