

PSYCHOMOTRICITÉ HUMANITAIRE

TROISIÈME PARTIE : UN PARI SUR LA RÉSILIENCE

Quand votre esprit est étroit, les petites choses vous agitent facilement.

Faites de votre esprit un océan. *Lama Thubten Yeshe*

I- INTRODUCTION

Les enfants avec lesquels nous nous engageons dans le soin psychomoteur mobilisent beaucoup d'affects à l'intérieur de nous dont le sentiment fort qu'ils vivent une grande injustice. Les petits n'ont pas choisi de commencer leur vie avec un carcan social fait de traumatismes, de violences, de déplacements, de pertes affectives. Ils n'ont pas choisi d'être enserrés dans une gaine hypertonique qui diminue leur créativité motrice et qui empêche l'expression du langage des émotions et les immobilise dans un présent terrifiant. Puis nous sommes également touchés par la détresse de ces mères qui ne peuvent pas s'identifier dans leur maternité, qui perdent leurs enfants les uns après les autres, qui s'accrochent aux survivants comme à une bouée. Beaucoup d'autres sentiments nous submergent lorsque nous sommes face à la réalité traumatique ou devant un reportage qui nous montre la panique et l'impuissance des humains devant les catastrophes naturelles ou les guerres.

Nous sommes dans des mécanismes de sympathie, d'empathie, d'identification et ou d'anesthésie émotionnelle. Pourtant nous avons envie d'aller « là-bas » pour les rencontrer et leur dire à travers nos actions d'aide que nous les soutenons, que nous savons ce qu'est la souffrance humaine. Tout ce tumulte affectif est une des motivations profondes des personnes qui partent en « humanitaire ». Mais ce n'est pas notre seule motivation car nous ne sommes pas des sauveteurs et ils ne sont pas nos victimes.

Il est une autre dimension qui nous permet de prendre de la distance par rapport à ce souffle émotionnel c'est le potentiel humanisant de la thérapie psychomotrice. La psychomotricité est un soin personnalisant et socialisant. Il ne s'agit pas seulement de soigner le corps blessé ni l'âme douloureuse, mais de prendre soin du futur social des enfants dont nous avons la charge.

Les études concernant les adultes violents montrent que leur enfance a été très perturbée par des violences émotionnelles, corporelles et ou sexuelles. Leur corps s'est progressivement protégé par une hypertonicité réactive qui s'est mué en carapace étanche aux émotions d'autrui et en un assèchement affectif. Les affects non exprimés restent dans l'organisme sous forme de tensions et de pressions et

enkystent les violences subies, réduisant la capacité d'empathie, les attitudes socialisantes et la conscience de soi même. Les individus peuvent alors blesser et même tuer sans états d'âme. Dépossédés de leur faculté de jugement, ils adhèrent d'une manière toxicomaniaque à toutes les paroles et à tous les actes qui les font vibrer négativement. Lorsqu'ils ne sont pas conditionnés à écraser l'autre, ils sont dans une dépression de base et répètent ainsi sous des formes différentes la logique de la violence¹ sans distance et sens critique.

Tous les enfants violentés ne deviendront pas des violents mais tous les violents ont été des enfants qui ont vécu des violences. Aussi la libération tonique et la réanimation émotionnelle des enfants stressés et traumatisés est une priorité si on veut court-circuiter la chaîne de la violence et enrayer la transmission du traumatisme. Le soin psychomoteur a donc une portée préventive en veillant à équilibrer les tensions psychotoniques de l'enfant vivant des situations de stress chronique et en l'aidant à faire des liens avec ses sentiments. Il pourra alors raconter ce qu'il vit, devenir le narrateur de son histoire, poursuivre son développement et s'inscrire socialement de manière responsable. L'enfant grandira alors en étant cohérent et dans une juste distance affective et spatiale avec autrui.

II- LA STIMULATION PSYCHOMOTRICE COMPLÈTE LES ACTIONS DÉJÀ PRÉSENTES.

Les soins psychologiques appropriés aux situations de traumatismes et de stress chronique sont maintenant bien étudiés et de nombreuses techniques sont validées par les réussites cliniques. Le psychodrame du psychologue américain Jakob Lévy MORENO ² qui préconise la mise en forme des paysages et des événements affectifs permet d'extérioriser les conflits intrapsychiques et les blocages traumatiques. L'EMDR³ dont la technique est basée sur un rythme visuel bipolaire mettant le sujet en ondes alpha et lui permettant ainsi de traverser des barrières défensives et de retrouver des traces traumatiques invalidantes. L'EFT ⁴ qui permet la libération émotionnelle en travaillant sur des points d'acupuncture afin de déprogrammer les mécanismes du traumatisme. La CBT⁵ qui s'attache à libérer la personne de ses croyances automatiques handicapantes. La SE⁶ fondée sur l'approfondissement d'une connaissance sensorielle du corps. Les thérapies de groupe permettant à chacun de partager avec d'autres des ressentis et des images. Les techniques de gestion du stress trouvent également leur place et ainsi que d'autres méthodes que nous ne connaissons pas .

Les soins corporels ne sont guère présents dans tous ces traitements du stress et du traumatisme même si le ressenti sensoriel et affectif y sont importants. Pourtant le corps est totalement engagé dans toutes les manifestations de souffrance psychique. Il n'est pas une pensée qui ne s'accompagne d'un

¹ Igor Reitzman-Longuement subir puis détruire . Edts Dissonance.2003

² Jacob Levy Moreno.Psychothérapie du groupe et psychodrame. PUF.1987

³ EMDR Eyes Movement desensitisation and reprocessing

⁴ EFT emotional friction touch

⁵ CBT thérapie cognitive comportementale

⁶ SE approche somatique

mouvement corporel comme il n'est pas un mouvement moteur ou organique qui ne s'accompagne d'une transformation mentale au niveau des représentations conscientes et inconscientes. La psychomotricité s'inscrit dans les failles de ce champ thérapeutique autour du stress et du traumatisme, comme le complément indispensable à la reconstruction psychocorporelle des victimes.

En France, la théorie psychomotrice de l'étayage et la pratique qui l'accompagne englobent le traitement de nombreux dysfonctionnements, tels que les dyspraxies, les dysgraphies, les maladroites, les troubles d'apprentissage, l'hyperactivité. Mais dans le champ de l'humanitaire, il serait vain de travailler avec une telle nosographie car les conditions matérielles et temporelles ne la mettent pas en évidence et ne le permettent pas.

Aussi nous avons pris le parti de laisser de côté les diagnostics complexes et de nous focaliser sur le processus primaire d'intégration qui met en jeu l'hyper et l'hypotonie dans le façonnage de l'enveloppe et de l'axe psychotonique. Nous ne cherchons pas à guérir mais à relancer le processus d'étayage entre les différents niveaux d'organisation du sujet et de parier sur l'ouverture créatrice au niveau personnel et social liée à la rééquilibration tonico-émotionnelle.

Les items psychomoteurs sur lesquels nous nous appuyons pour former les équipes et prendre soin des enfants font partie du bagage inné de tout humain. Les expériences que nous avons vécues nous prouvent que ce langage psychomoteur est facilement accessible et transmissible.

A la limitation de ces items de base s'ajoute la limitation de notre clinique à la stimulation psychomotrice des enfants dans la relation avec leur parent. Ce choix thérapeutique ne couvre pas tout ce qui peut être fait pour les enfants en situation de stress, mais il assure un terreau de base qui permet la germination de soi.

III-LA BIENTRAITANCE AU CŒUR DU DISPOSITIF DE SOIN

A-bienveillance et socialisation

Le soin psychomoteur s'inscrit dans la dynamique plus large de la bienveillance. Celle-ci correspond à une manière d'être et d'agir assurant le respect et la prise en considération de l'intégrité de la personne et du respect de sa dignité. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'individu et le respect de ses besoins, même si leur satisfaction n'est pas toujours possible. La bienveillance s'exprime à travers des attitudes respectueuses, empathiques et bienveillantes envers autrui tout en respectant une juste distance relationnelle et corporelle.

L'HAS et le FORAM⁷ insistent sur l'importance de promouvoir le concept de bienveillance afin d'améliorer la qualité des soins, de soutenir la relation de confiance entre le soignant et le soigné et de retrouver des valeurs humaines au cœur du dispositif de soin. Cette posture est un véritable fondement du processus thérapeutique : « Soigner, c'est être proche des gens. Cela veut dire accueillir,

⁷ Le déploiement de la bienveillance - Guide à destination des professionnels en établissement de santé et Ehpad. Guide rédigé par l'H.A.S. (Haute Autorité de Santé) et F.O.R.A.M. (Fédération des Organismes Régionaux et Territoriaux pour l'Amélioration des pratiques et organisations en santé).

partager, écouter la souffrance de l'autre pour lui permettre de retrouver la dignité, le respect de soi même et des autres »⁸.

Le clinicien travaille au plus près du patient et de son corps. De la racine latine « clinicus » signifiant « la médecine exercée près du lit d'un malade » et du grec « Klinikos » ou « kliné » qui désigne le lit, le terme « klinein » exprime le fait de se pencher, de s'incliner vers. S'incliner vers son patient ne signifie pas se mettre en position haute.

Véritable enjeu sociétal et humain, la bientraitance cherche à assurer le respect et la singularité de la personne, de son histoire, de sa culture et de ses valeurs dans un aller retour constants entre pensées et actions ⁹.

Si la bientraitance n'est pas le contraire de la maltraitance, elle conserve cependant une certaine vigilance quant aux pratiques de soins qui peuvent transgresser les principes d'éthique relationnelle¹⁰.

La bientraitance commence avec les enfants dès la naissance¹¹ par un ensemble de savoir faire et un savoir être et elle se propose comme un art de vivre en relation et comme une solution préventive à la répétition de la violence. La violence peut être éducative et ordinaire lorsqu'elle passe par les gifles, les claques, les fessées¹² et elle peut être extra ordinaire lorsqu'il s'agit des stress liés aux catastrophes naturelles et aux guerres. Mais l'abrasion des émotions consécutives aux stress répétés, conditionne quelques soient les conditions du vécu, les capacités à se lier dans la confiance avec autrui. L'harmonie entre les humains est rompue.

La socialisation du sujet est donc au cœur de la pensée bientraitante et de la psychomotricité.

Les attitudes de bientraitance ne nécessitent aucun investissement matériel ou financier mais supposent une disponibilité psychique et corporelle propre à chaque individu, et c'est pourquoi ce n'est pas si simple à mettre en place.

Car sur le terrain du drame, l'urgence du soin vital exclut souvent le temps de prise de contact et l'installation d'une alliance thérapeutique. Dans d'autres situations moins urgentes nous avons le temps d'accueillir tranquillement les familles et de partager avec elles un projet thérapeutique.

B- Le tissu de confiance

La première étape lorsque nous rencontrons les populations souffrantes nous est donc apparue être l'accueil, la mise en confiance et la création d'un lien thérapeutique. La confiance en soi et en autrui est un tissu affectif qui repose sur la satisfaction minimum des besoins, ceci dès la naissance, et qui se nourrit de marques de reconnaissance. Il se tisse, se déchire, se raccommode puis à nouveau peut se déliter. Il ressemble à un objet transitionnel qui renaîtrait sans cesse de ses

⁸ K. Le Roch, G.Godain . « Soigner malgré tout- Du politique au singulier : les racines de la reconstruction », Edts. La pensée sauvage, 2003.

⁹ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹⁰ F.Giromini. - éthique

¹¹ D. Rapoport . La bien-traitance envers l'enfant.Belin. 2006

¹².Olivier Maurel. Oui la nature humaine est bonne. Robert Laffont. 2009

Association Ni claques ni fessées. et l'observatoire de la violence éducative ordinaire

condes. Pour favoriser un sentiment de sécurité avec autrui, il faut parfois du temps dont nous ne disposons pas à volonté.

Les adultes démunis sont fragilisés par leurs histoires et par la dépendance dans laquelle ils se trouvent lorsqu'ils demandent protection, sécurité et nourriture. Ils peuvent avoir tendance à se mettre en position basse par rapport à nous et dans une passivité qu'ils pensent être nécessaire au déploiement de nos savoirs et de nos avoirs. Mais recevoir un don ne doit pas priver de liberté même s'il y a un légitime sentiment de reconnaissance et de soulagement d'être pris en charge un certain temps .

La motivation des mères pour se ressaisir de leurs compétences est un travail très présent en psychomotricité humanitaire car elle conditionne la reprise du développement corporel et affectif de l'enfant. Les relations avec les mamans dans des groupes de paroles ou dans des jeux simples d'échanges d'objets permet une prise de contact préalable à toute action avec l'enfant.

Le psychomotricien devra jouer le rôle de Moi auxiliaire aussi souvent qu'il sentira que la maman est démunie, désorientée, apeurée ou dans des situations inconnues pour elle. Le psychomotricien adopte la position affective de la mère dans certaines situations, joue son rôle, nomme ce qu'il fait et ce qu'il ressent . En appui sur la bienveillance du thérapeute, la maman se sent alors accompagnée et légitimée dans son rôle parental.

IV- LA STIMULATION N'EST PAS L'EXCITATION

La visée du soin psychomoteur est d'équilibrer sans cesse et d'une manière économique pour le cerveau, des états tonico-émotionnels gestionnaires de postures affectives et physiques afin de les adapter aux situations, en s'appuyant sur le fonctionnement et les ressources du sujet ici et maintenant.

Le corps du sujet est donc considéré comme une ressource potentielle pour sortir des situations de souffrance et retrouver un équilibre tonico-émotionnel.

Dans un cadre thérapeutique, respectueux de chacun entre liberté et limites, le psychomotricien s'engage corporellement dans le contact, le jeu, le massage, le mouvement. Il recherche l'accordage sensoriel, affectif et émotionnel à travers le tonus, le regard, la voix et le toucher. Cette implication nécessite un état de réceptivité sensorielle et une connaissance du langage corporel pour recevoir l'ensemble des communications verbales et non verbales du patient. Cet engagement corporel est d'autant plus important que très souvent le patient et le psychomotricien ne parlent pas la même langue.

A-le toucher

Le psychomotricien est un thérapeute du contact. Il propose au patient son corps comme soutien, comme miroir, comme alter égo. Il pose ses mains sur les muscles tendus ou détendus, il tapote sur les os, il enveloppe dans les bras, il propose son

rachis comme soutien. Il a un toucher qui parle un dialogue tonique¹³. Il a un toucher thérapeutique.

Le toucher thérapeutique est un soin qui a été redécouvert en 1970 aux Etats Unis par des infirmières regroupées en de nombreuses associations dont l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), les Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON Canada) et l'American Nurses' Association. Redécouvert car il existe depuis très longtemps comme un soin des maux par la transmission d'énergie, il est cousin du shiatsu, de l'ostéopathie, du reiki, de l'acupuncture, de l'haptonomie, de la réflexologie, de certaines pratiques de kinésiologie, du gestalt massage. Il vise la disparition du symptôme et la guérison .

Le toucher thérapeutique en psychomotricité ne vise pas la guérison mais l'émergence du potentiel inné moteur et tonique de chacun pour relancer le processus intégratif, reprendre le cours du développement , être plus présent dans la relation et mieux vivre.

Au sein des contextes de crise, le toucher entre les humains a le plus souvent été vécu de manière violente et désagréable et la dimension de tendresse est la grande manquante. Pourtant la dimension tactile tendre¹⁴ est indispensable au bon fonctionnement de l'organisme.

Beaucoup de personnes pensent que la tendresse apparaît quand tout est calme, repos et tranquillité et elle se manifesterait par des câlins, des touchers doux, des enveloppements, des bisous. La tendresse peut s'exprimer par ces comportements mais elle a une dimension plus large qui recouvre quelque chose d'inconditionnel qui est l'amour pour autrui.

Aimer inconditionnellement ne veut pas dire se perdre dans l'autre, tout accepter de l'autre. C'est à la fois plus vaste et plus précis. Plus vaste parce que nous ne trions pas les personnes que nous aidons. Un bébé diarrhéique et morveux ou une maman hostile sont des personnes à part entière et l'inconditionnel est de les accepter tels qu'ils sont, tout en restant conscient de ce que nous ressentons.

Il est préférable de passer la main à un collègue plutôt que se forcer à « aimer son prochain » alors que des affects de rejet nous envahissent. Parfois le psychomotricien comme tout humanitaire a besoin de reprendre des forces et confiance en ses capacités d'aimer avant de reprendre le travail .

Et c'est plus précis car le toucher tendre est un toucher qui sent les limites à ne pas franchir. En tant que soignant le médecin peut être amené à transgresser les réactions de défense d'une personne pour la soigner. Mais le psychomotricien n'est pas dans l'urgence du soin. Son toucher fait partie de son travail car c'est un sens essentiel à la prise de conscience de soi et à l'intégration des situations.

La tendresse n'est pas la mollesse. Elle est comme la lumière et se décompose en plusieurs couleurs. Une des couleurs est le respect de la juste distance, une autre

¹³ 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

¹⁴ S.Robert-Ouvray. La fonction régulatrice de la tendresse.Culture en mouvement. 2000.

est le rire et l'humour, une autre encore la complicité. Nous allons avec l'enfant et sa mère, jouer à retrouver une harmonie, un plaisir à vivre ensemble, à être désirant de la relation à autrui. Le respect s'oppose à la consommation.

Si je touche un enfant et qu'il se dégage, c'est important de le laisser s'éloigner, sinon nous sommes dans l'abus.

La complicité qui peut s'installer dans le soin n'enlève pas la notion de responsabilité du soignant. Nous partageons avec le patient une aventure unique et un destin commun tout en étant celui sur qui l'enfant ou l'adulte peut compter. Quant à l'humour, il est nécessaire à la dédramatisation de la situation et c'est un vrai plaisir de voir les visages des mamans se déridier lorsque l'enfant a marqué sa volonté et que le psychomotricien l'a accepté avec une pointe d'amusement et d'admiration.

La tendresse régule le lien en articulant fermeté et douceur. La communication reste ouverte, les transactions sont possibles et il n'y a pas de perdant.

Les nouveau-nés qui en sont privés présentent rapidement des tableaux dramatiques d'hypotonie, diarrhée, dépression et bien souvent la mort survient en quelques semaines. Les cas d'hospitalisme, associant carences de toucher et carences de paroles ont été étudiés par Spitz¹⁵ et confirmés maintes fois par les thérapeutes, notamment par Benoit Lesage qui s'occupe de grands handicapés¹⁶.

B- le mouvement

Un corps tendu et anesthésié par la douleur n'est pas toujours inactif. Il permet de se déplacer, voire de courir mais il a perdu la qualité intentionnelle et relationnelle de ses mouvements, le reléguant au rang de mécanique. Or, c'est cette situation déshumanisante que la stimulation psychomotrice tente de contrecarrer.

Le mouvement va de pair avec l'émotion. Ils partagent la même ethymologie latine « movere », mouvoir. Tout bouge en même temps dans le corps humain lorsqu'un sujet est dans une situation émotionnelle. Mais le stress réduit le champ moteur. Les mouvements sont courts, rapides, mal orientés dans l'espace. « Le corps semble oublié, délaissé ou douloureux et fait penser à une « mort des gestes »¹⁷. L'équilibre corporel global est atteint et le sujet est maladroit.

Par contrecoup les émotions intimement liées au tonus musculaire sont également restreintes voire éteintes.

Aussi la stimulation psychomotrice par le mouvement s'associe au toucher thérapeutique pour libérer l'enfant de son carcan tonique ou de son engluement hypotonique, les deux postures corporelles et affectives que nous rencontrons si souvent et qui interdisent l'assimilation de la nourriture sensorielle dans son ensemble. L'action libératrice et dynamisante de la stimulation psychomotrice recrée une appétence musculaire, une tonicité plus adaptée et un besoin de se mouvoir. Elle est aidée par des niveaux sous-jacents aux quatre niveaux

¹⁵ R. Spitz. De la naissance à la parole. PUF.2008

¹⁶ B. Lesage, « pour un dialogue corporel structurant avec les populations handicapées », Intervention aux journées nationales de l'A.S.I.E.M.2001

¹⁷ J.C Gallota. Chorégraphe, directeur du Groupe Emile-Dubois et du Centre chorégraphique national de Grenoble (CCNG) depuis 1984 « racheter la mort des gestes » chorégraphie de 2008.

psychomoteurs TSAR, comme certains neuromédiateurs, notamment la dopamine associée au plaisir de se mouvoir et aux comportements exploratoires, qui facilite les activités motrices, maintient la vigilance motrice et les activités instinctivo-affectives. Pourtant les neurones qui la produisent ne représentent guère plus de 0,3% des cellules du cerveau. En 1990¹⁸ les chercheurs mettent à jour l'association entre nos comportements de recherche de récompense et la dopamine et elle est également associée à l'excitation motrice lors de l'exposition au danger. Mais dans son dérèglement liée à des stress répétitifs, l'addiction s'installe avec une hyperactivité corporelle, certains symptômes associés à la schizophrénie, des conduites agressives et destructrices ou des inhibitions motrices comme dans le Parkinson.

L'hormone sérotonine impliquée dans la motricité et la vision positive de la vie génère un sentiment de détente et d'ouverture et elle stimule l'appétit d'apprentissage du cerveau. Car ce dernier, comme un muscle aime l'exercice et Les stimulations psychomotrices permettent de recréer de l'appétence pour la vie relationnelle.

Plus l'enfant vivra sur le plan corporel des stimulations variées de manière contrôlée, plus il sera apte à saisir les informations de l'environnement, à les intégrer et à éprouver du plaisir à se développer.

La noradrénaline, à la fois hormone et neurotransmetteur, agit sur la régulation neuro végétative et sur le besoin d'agir sur le monde. Elle joue un rôle important dans l'orientation vers de nouveaux stimuli, dans l'attention sélective, dans la vigilance et dans les apprentissages.

Les recherches nous apprennent que nous avons des peptides opioïdes naturels tels que les encéphalines et les endorphines qui régulent les sensations douloureuses désorganisatrices des fonctions de perception, de cognition et de contrôle de l'humeur. Et ces endorphines entraînent un effet de détente et de relaxation avec conjointement une action stimulante sur l'activité et sur la socialisation de l'individu.

En nous appuyant sur la loi de Hebb¹⁹ qui stipule que la force de connexion synaptique entre deux neurones est augmentée durablement lorsque la décharge du neurone pré synaptique est fortement corrélée temporellement à celle du neurone post synaptique, nous pouvons considérer que la stimulation psychomotrice vient comme un renforcement hebbien et potentialise la relation avec les objets et les personnes.

Malgré toutes ces actions facilitatrices du mouvement, la stimulation psychomotrice ne signifie pas l'excitation psychomotrice. C'est un terme qui indique que le soin psychomoteur comprend une phase d'observation des états

¹⁸ [J]-C Dreher, P. Kohn, B. Kolachana, D.R. Weinberger & K.F. Berman (J.C. Dreher, chercheur au centre de neuroscience cognitive (CNRS/ Université Lyon1) . Variation in dopamine genes influences responsivity of the human reward system. Proceedings of the National Academy of Sciences USA (2008), December 22, doi:10.1073/pnas.0805517106 -Publié en ligne en décembre 2008 dans la revue PNAS.

¹⁹ D.Hebbs. 1949. loi de Hebb

toniques et de leur variation en fonction des évènements et une phase de nourriture sensorielle sous de multiples formes. Dans certains cas, la relaxation permettra d'expérimenter volontairement les tensions et les détentes, avec d'autres exercices la stimulation passera par l'exploration sensorielle et l'intégration des limites toniques. Dans tous les exercices proposés l'enfant est soutenu affectivement, encouragé à partager l'action et guidé vers un plus grand niveau de conscience de soi.

C- la chimérisation de nos compétences

Lorsque nous abordons la dimension formatrice des équipes locales, nous sommes confrontées aux règles sociales de la région, aux règles éthiques de l'ONG qui gère les lieux et aux conditionnements affectifs des personnes qui travaillent et de celles qui reçoivent l'aide matérielle. Dans certaines institutions ou pouponnières nous avons rencontré des nourrices sous-payées, peu reconnues au niveau professionnel, sans formation préalable et peu ouvertes au changement. Elles sont très dévalorisées personnellement et désinvesties affectivement de leur charge de soins. Nous avons également découvert les rapports hiérarchiques qui organisent les sociétés prises en charge, les difficultés de certains hommes et femmes pour accepter le contact corporel inévitable dans les mises en situation.

Tous ces éléments auraient pu être un frein au soin psychomoteur et pourtant c'est dans le passage préalable de travail avec les équipes que nous avons pu adapter nos idées et pratiques avec celles des gens sur place et faire fructifier notre action.

Dans la situation de formation, nous vivons une chimérisation de nos compétences dans laquelle nous sommes unis par un projet commun, le développement de l'enfant, sans pour autant perdre notre identité. Une chimère²⁰ est par exemple la greffe d'un poirier sur un cognassier. Poirier et cognassier apprennent à vivre ensemble mais chacun garde son patrimoine génétique. Alors qu'un hybride est le résultat de deux êtres composites dont les deux patrimoines se mélangent .

Nous n'arrivons pas avec la solution des problèmes mais avec des outils que chacun peut s'approprier puisqu'ils font partie du bagage psychomoteur inné. Lorsque les soignants locaux sont assurés de ne pas être soumis au savoir d'autrui mais lorsqu'ils découvrent ou redécouvrent qu'ils sont possesseurs d'un savoir commun qui ne demande qu'à s'actualiser, alors la chimérisation est possible et la fructification abondante.

D- les limites du champ théorique du psychomotricien

Les confusions motivationnelles les plus fréquentes dans le champ clinique de la psychomotricité sont liées à la notion psychotonique de détente qui serait associée inévitablement à la notion sensori-affective de plaisir. Alors nous trouvons des confusions entre détente et plaisir, entre détente et bien être, entre détente et disponibilité. L'idéologie du plaisir de bouger et de se sentir bien dans son corps,

²⁰ M. Locquin. Chimères psychisme 2009

comme toute idéologie, entraîne une crispation sur le projet thérapeutique et conduit à des pratiques qui s'éloignent de la clinique psychomotrice. Jouer avec les enfants, les amuser, partager de bons moments avec eux, danser, avoir du plaisir dans les échanges, tout cela est bon et sain mais ce n'est pas un soin propre à la psychomotricité.

Le souhait du psychomotricien d'amener le patient à se détendre et à ressentir du plaisir dans son corps est un des objectifs du travail thérapeutique mais pas le seul. Le but global est une meilleure conscience de soi dans les rapports avec soi-même et avec les autres. Et ceci entraîne forcément des tensions qui ne sont pas toujours agréables, car nous sommes organisés, dès notre naissance, à partir de la dualité satisfaction/insatisfaction inhérente à notre dépendance et par l'intégration des réponses de notre environnement à ce que nous vivons.

Or c'est la gestion des tensions liées la plupart du temps à des frustrations donc à des limitations du plaisir personnel, qui est le moteur d'une transformation psychotonique.

L'équilibre tonique n'est pas une simple réduction des tensions qui amènerait soulagement et plaisir de bouger mais c'est un travail permanent d'exister²¹.

Au début de la vie lorsque le bébé est satisfait dans ses besoins fondamentaux, il vit du soulagement car les tensions disparaissent. Il est apaisé et si le rythme interactif est bien traitant, la confiance s'établit et il éprouve du plaisir corporel et affectif à rencontrer l'autre. Il y a transformation de la détente en plaisir par un travail d'élaboration sensorielle et représentative.

Lorsque l'enfant sourit à la proposition de jeu du thérapeute, cela signifie qu'il est disponible pour jouer mais le travail intégratif ne se fera que lorsque tous les niveaux psychomoteurs TSAR auront pu être explorés. Donc il est important de ne pas se satisfaire d'un sourire pour penser que le plaisir, complexité hautement humaine, est présent donc intégratif.

Les sessions de jeux sont importantes pour les mamans, à la fois pour qu'elles retrouvent une part sensorielle de leur enfance et aussi pour qu'elles se réapproprient le jeu comme aliment affectif pour leur enfant. Mais il n'y aura de véritable changement psychotonique que si ce qui est ressenti pendant ces sessions est articulé avec les représentations qui s'y étayaient. Ce qui signifie qu'un temps de parole est indispensable après toute session.

Lorsqu'on s'occupe d'un jeune enfant, le processus sera le même. Lorsqu'il est disponible, il accepte la relation, répond aux stimulations puis devient acteur. La partie représentative prendra forme lorsque l'enfant pourra introduire un élément, objet, parole, mouvement qui sera de son initiative et de sa création et qui viendra donner du sens à la situation. Sens que le thérapeute ne saisit pas toujours mais qui est l'effecteur du changement psychotonique. Lorsque l'enfant est trop petit pour parler, c'est le psychomotricien, attentif aux postures et aux mimiques émotionnelles qui mettra des mots sur ses actions. Le travail sera plus neuro-

²¹ Max Pagès. Le travail d'exister. Desclée de Brouwer. 1996

tonique car l'enfant n'est pas encore doté de suffisamment de représentations pour interagir oralement.

Rendre disponible l'enfant à l'intégration de nouvelles sensations est une première étape.

C'est le psychomotricien qui, moi auxiliaire de la mère, interagit avec le bébé, nomme les parties du corps de l'enfant, explique ce qu'il fait et sollicite une réponse corporelle du petit par certaines pressions et tensions. La maman est encouragée à faire de même. A ce moment là le but thérapeutique est de solliciter des réactions toniques, de faire varier les sensations, de rendre le petit plus actif dans sa vie végétative et motrice, afin qu'il puisse transformer la réaction, la curiosité, l'étonnement, l'intérêt, voire le contentement, en une poussée affective et psychique qui se chimérise en désir.

Un temps d'adaptation et une exploration du milieu sont souvent nécessaires, aussi un simple bonjour, un sourire, un état d'être vaudront mieux qu'une prise en charge immédiate des enfants et des familles présentes.

Partir en mission humanitaire n'est pas entrer en religion. Ce n'est pas un sacerdoce qui exigerait de nous toute notre énergie, nos pensées et notre capacité d'aimer. Les jeunes psychomotriciens sont énergiques, avides de rencontres et d'expériences mais ils peuvent également être fatigués, émus plus qu'ils ne pensaient, choqués par certains comportements des bénéficiaires ou par les structures d'accueil qui ne semblent pas suffisantes. Il est important de pouvoir débriefer avec les équipes déjà sur place, de partager ce qui est ressenti et de poser les questions de recherche de sens.

V - REPÉRAGE DES ETATS DE STRESS CHEZ LE MÈRE

Lorsqu'on travaille avec les enfants, il est très important d'associer la mère, en lui expliquant ce qu'on fait et en la faisant participer. Si le message passe bien, on peut penser qu'elle sera intéressée par notre action, qu'elle adoptera certaines pratiques de soin au quotidien lorsqu'elle retournera dans son village.

Mais nous nous trouvons parfois, comme au Libéria, devant de jeunes femmes dont le bébé est le fruit d'un viol. Elles ne cherchent pas à s'attacher à leur enfant et sont très négligentes. Elles obéissent aux soignants, agissent mécaniquement et ne communiquent pas avec leur petit. Dans d'autres situations les femmes sont déprimées, abandonnent l'allaitement et elles aussi agissent de manière mécanique. Pourtant, toutes sont là demandeuses de lait pour leur bébé.

Nous pouvons mieux les comprendre et les aborder si nous savons repérer dans l'état de stress dans lequel elle se trouve.

Pour cela il nous faut connaître certains aspects comportementaux générés par le stress afin d'avoir l'attitude favorable et encourageante pour inciter la mère à prendre en main l'avenir de son enfant. Ce repérage préventif d'une aggravation de l'état psychique de la mère a également pour objectif de remotiver l'allaitement.

C'est à partir du travail de Jacques Fradin²² et en appui sur les découvertes de Henri Laborit²³ que j'ai pu mettre au point une formation pour tous les soignants y compris les psychomotriciens .

Je transcris ici une vision simplifiée de la formation.

La motivation comme l'émotion et le mouvement trouve sa racine dans la racine latine « movere ». L'état émotionnel varie en fonction des comportements et du cours de la pensée et nos pensées varient en fonction de l'état émotionnel du moment. On peut faire tourner ce triangle émotions/pensées/comportements et utiliser les trois portes d'entrée lorsque nous abordons un travail thérapeutique.

Le psychomotricien averti sait que chaque émotion a ses propres effecteurs toniques, posturaux, respiratoires²⁴ et il en tiendra compte dans la lecture du corps de la personne.

Changer d'état émotionnel d'un sujet revient donc à changer de pensée et /ou de comportement et de tonicité. Les émotions jouent un rôle clé dans notre perception des situations, dans l'orientation vers un but et dans notre capacité d'action et de décision. Elles s'extériorisent et apparaissent fonctionnelles tandis que la motivation est plus intériorisée, plurielle et cyclique.

La motivation est structurelle et organise le sujet. Par exemple, je range ma maison avec plaisir, de manière spontanée et sans effort. J'aime et je fais spontanément sans effort avec plaisir: comprendre, apprendre, théoriser, explorer. Ce sont mes motivations actuelles qui peuvent être remplacées par d'autres à certains moments de la vie. Si les émotions sont les comédiens, la motivation serait le metteur en scène, aussi sa motivation revient à bien gérer la source des émotions.

Remotiver les mamans dans leur rôle nourricier revient alors à repérer les émotions à la base des comportements d'abandon affectif et nourricier de l'enfant et à trouver les mots de confiance et d'encouragement qui transformeront l'inertie en mouvement.

Sans pour autant assimiler la maman à son état de stress, il faut la considérer momentanément comme sa prisonnière et communiquer avec elle selon certaines règles étudiées par les spécialistes du comportement.

Pour aider les équipes à repérer les différentes formes de réactions des mères au stress, les formes comportementales décrites par Laborit nous apparaissent comme un outil de réflexion et de travail très intéressant. La réaction de stress d'un animal face au danger immédiat induit trois formes comportementales : l'animal cherche à fuir ou il lutte et combat l'adversaire ou il fait le mort pour se « faire oublier » de l'agresseur. Chez les humains nous retrouvons ces trois comportements organisés par des postures, des regards et des tonicités spécifiques.

Les femmes qui fuient détournent le visage lorsqu'elles sont en notre présence. Elles ne sont pas contentes d'être là même si elles viennent pour leur bébé dénutri. Chez elle, l'attendent les autres enfants laissés aux soins d'une parente ou d'une

²² J.Fradin, F. Le Moullec-Manager selon les personnalités.Edts d'Organisation. 2006

²³ H.Laborit. L'inhibition de l'action. Masson et les Presses de l'Université de Montréal. 1986

²⁴ S.Bloch.The Alba of emotions. Ediciones Ultramarinos.2006

voisine. Elles pensent également aux tâches ménagères et à celles des champs qu'elles sont seules à assumer car le mari est le plus souvent parti travailler dans un autre endroit. Si la maman est en état de fuite, l'objectif principal pour elle est d'échapper à l'agression et à la contrainte. Même si le stress réel n'existe plus dans la réalité du moment, l'organisme reste sensibilisé comme la pellicule d'un appareil photo. Elle est donc anxieuse. Son corps est tendu, sur le qui-vive. Avec une maman insécure et fuyante, c'est important de lui faire confiance dans la conscience qu'elle a de la gravité de la situation sans lui parler avec rudesse parcequ'elle veut partir dès qu'elle est arrivée. Elle présente des rougissements, des déglutitions, des sueurs et une respiration rapide lorsqu'on s'adresse à elle. Son regard fuyant et son sourire flou de conciliation nous amènent, si nous la comprenons, à nous positionner en étant coéquipier sans la contraindre, ni la forcer à parler, ni parler à sa place. Il est nécessaire de prendre du temps et de la rassurer sur notre action de soin à l'égard de son enfant.

Les femmes qui luttent nous regardent frontalement. Elles sont plus agressives et défensives car l'objectif est de combattre pour se défendre ou dominer. Le visage est parfois empourpré et on observe des tensions musculaires dans les mâchoires et les épaules. Elles stimulent leur bébé et veulent vite rentrer chez elle. Il est bon d'encourager leur activité et de reconnaître leurs capacités de logique et de décision. Il faut être précis dans les explications, éviter de la dominer et éviter de l'agacer par trop de passivité, en étant hésitant, flou et imprécis.

Les femmes en inhibition de l'action sont déprimées. Le but de l'inhibition de l'action est de se soumettre pour désamorcer l'attaque de l'agresseur. Le teint est pâle, les lèvres grises. Les femmes ressentent une oppression thoracique, des sensations de fatigue et une grande sensibilité aux spasmes et aux douleurs. Le visage est mou aux traits tombants, la voix basse accompagnée de soupirs.

Elles peuvent être tournées vers nous mais le regard est tournée vers le bas. Elles semblent abattues, leur tonicité est basse et souvent celle du bébé aussi. Il n'est pas recommandé de les secouer et les stimuler en leur disant « qu'elles vont y arriver » (à allaiter ou à s'intéresser à l'enfant). Cela les déprime et les dévalorise davantage, car elles ne peuvent pas faire ce qu'on leur recommande. Il faut éviter de pousser à l'autonomie, de valoriser les capacités d'action et la force. Par contre les écouter attentivement, avec empathie, rassurer, soutenir, complimenter plus sur les qualités humaines que sur les capacités.

Ce troisième aspect d'inhibition de l'action nous intéresse plus particulièrement car c'est l'état le plus courant des victimes que nous avons rencontrées. C'est le cas de la presque totalité des femmes dans les situations de guerre et de situations traumatisantes, car face au stress elles ne prennent pas les « armes » pour combattre mais elles doivent protéger et assurer la survie de leurs enfants.

Lorsque nous avons repéré les états de stress privilégiés par les mères, consécutifs à leur histoire et aux situations critiques du moment, il est d'autres écueils lorsque nous nous occupons d'une reprise de l'allaitement. Dans certains pays, la mortalité infantile est si forte que les parents attendent que leur bébé ait trois mois pour le

nommer et vraiment établir une relation avec lui. La peur de la perte du nouveau né empêche le processus d'attachement. Cette angoisse de mort est parfois associée à une croyance selon laquelle l'entourage pourrait avoir le mauvais œil et faire mourir l'enfant.

C'est un cercle vicieux qui s'établit alors car l'enfant non investi par sa mère et coupé des relations extérieures se trouve dans une carence relationnelle qui participe au processus morbide.

Lorsque l'enfant survit, les mamans qui ne sont pas passées par les premières étapes de prise de contact ne savent plus communiquer autrement que dans les relations de soins corporels.

La stimulation psychomotrice prend en compte ces aspects communicationnels et culturels afin de s'adapter aux personnalités des bénéficiaires.

VI- EVEILLER LE CORPS SENSIBLE

Le stress et la souffrance psychique chez les tout petits sont passés inaperçus pendant des années, parce que nous avons trop longtemps pensé et certains pensent encore, qu'un bébé dans les bras de sa mère est un enfant protégé de toute attaque et forcément mieux que nulle part ailleurs. Nos expériences nous ont prouvé le contraire et certaines mères peuvent être toxiques lorsque la dépression les anéantit et lorsqu'elle utilise leur bébé comme la seule source de vie. Pourtant lorsque l'enfant est très petit nous devons prendre en compte ce qui se passe pour la mère et travailler avec la dyade.

Nous avons vu que la transmission du traumatisme et du stress de la mère vers l'enfant passait sur un mode vibratoire par le canal tonique et langagier. Et c'est par ce canal que l'enfant exprime ce qu'il ressent.

Les deux grandes manifestations de sa souffrance sont l'hypertonie qui envahit le corps du bout des doigts jusqu'au bout de orteils, crispant le visage et l'hypotonie qui enrobe l'enfant dans une gangue molle et le laisse inerte.

Si la réanimation émotionnelle et la reprise respiratoire psychotonique sont les voies d'accès à la relance du processus intégratif et à la conscience de soi, la manière dont nous allons nous y prendre variera en fonction de l'âge de l'enfant, de son état de faiblesse organique et musculaire et de son niveau de compréhension.

Aussi pour faciliter la lecture de cette troisième partie, nous prenons le parti de séparer les exercices selon les capacités motrices de l'enfant, en suivant la loi neuromotrice céphalo caudale, de la tête vers les pieds.

A – le repérage des états toniques de l'enfant

Nous avons vu précédemment que les premiers signes de souffrance du bébé étaient directement liés à leurs tonus musculaire. Les limites extrêmes en sont l'hypertonie réactive ou l'hypotonie de désespoir.

1-le bébé hypotonique

L'enfant dénutri est petit, maigre et hypotonique parce qu'il a abandonné la lutte par faiblesse ou parce que personne n'a répondu à ses appels. Le monde extérieur

est synonyme d'agression pour lui puisque rien ne vient soulager ses douleurs. Alors faire le mort est le dernier recours, lorsqu'il a beaucoup pleuré et réclamé pour tenter de faire cesser le danger. C'est un système de défense intra psychique étayé sur des affects de peur et d'impuissance. C'est parce qu'il a mal dans son corps, par excès de douleurs ou manque de contacts que son monde psychique souffre. Il n'a pas encore la notion de responsabilité des personnes, aussi lorsqu'il a mal c'est parce que le monde environnant est mauvais. C'est la position infantile paranoïaque décrite par Roustang²⁵. Lorsqu'il est satisfait et bien dans son corps c'est parce que le monde environnant est bon. Sans relativité et prise de distance face aux situations, cette bipolarité du début de la vie peut entraîner tout l'organisme dans une mort lente.

Le plus souvent l'enfant est couché au sol, sur le dos. Sans tonus, les cuisses sont collées au sol, en rotation externe donnant la posture d'une grenouille étalée au sol (figure 1). Les membres supérieurs sont souvent en rotation externe, à image des membres inférieurs.



figure 1

L'enfant est peu réactif à la présence humaine et il a peu d'intérêt pour la vie extérieure. Son regard est flou, vague et il n'explore pas l'environnement. Mais il peut être dans une recherche anxieuse de sa mère. L'hypotonie de souffrance s'accompagne d'une douleur de lassitude et d'un sentiment de solitude et de dévalorisation. C'est un état existentiel angoissant. L'enfant s'effondre comme un tas de chiffon et comme il n'a pas de squelette tonique qui le tiendrait, il se serre sur ses tuyaux digestifs. Il a souvent mal au ventre.

Lorsque l'enfant est malnutri des oedèmes peuvent s'ajouter à cette hypotonique dépressive et venir gonfler les doigts, ce qui gêne toutes manipulations. (figure 2)

²⁵ F. Roustang, Comment faire rire un paranoïaque. Odile Jacob. 2000



figure 2

Lorsqu'il est encore assis sur les genoux de sa mère, l'enfant, telle une éponge émotionnelle, absorbe l'état dépressif de sa mère .Il ne bouge pas, adopte souvent les mêmes attitudes et délaisse le monde environnant (figure 3).



figure 3

Le déficit tonique de l'axe provoque un écroulement du corps de l'enfant et une difficulté à interagir. (figure 4)

Ce déficit est souvent compensé par un blocage de la respiration en fin d'inspiration permettant le redressement du tronc. C'est le tonus pneumatique. L'enfant utilise son diaphragme pour s'appuyer sur sa cavité abdominale et se redresser. Cette posture éphémère et instable limite les échanges car elle ne dure que le temps de l'inspiration. Dès que l'enfant expire, le contact est perdu. Les exercices favorisant les postures asymétriques et les rotations redonneront du tonus à l'axe vertébral et permettront à l'enfant d'assurer la continuité d'attention dont il a besoin pour construire la relation avec autrui.



figure 4

2-l'enfant hypertonique

L'enfant hypertonique peut être contraint et déformé dans sa structure par l'hypertonie invasive. Cet enfant (figure 1) était déjà dans une hypertonicité trop forte à la naissance, sa maman ayant vécu de moments terrifiants pendant sa grossesse. Son dos est en arc de cercle, la nuque est fortement rejetée en arrière. Un couchage et un portage qui l'enrouleraient vers l'avant lui permettraient de retrouver une coordination musculaire antérieure précurseur de ses futurs mouvements.



figure 1

L'enfant hypertonique est un enfant qui lutte pour vivre et obtenir ce dont il a besoin. C'est un message positif à faire passer à la maman. Son enfant souffre mais il continue à travers son corps à réclamer ce dont il a besoin. On peut répondre à ses attentes en lui donnant du lait mais aussi en lui procurant les nourritures affectives et des expérimentations motrices qui vont lui donner des forces.



figure2

Cet enfant agé de 9 mois(figure2) passe sa journée dans cette position même dans les bras de sa mère. Il a perdu ses capacités à s'enrouler et ses contractures dorsales sont importantes. Le hamac là encore jouera un rôle important dans la journée car, selon le principe de tenségrité, le laisser sur un sol dur ne fait que rigidifier et s'écrouler davantage son volume psychocorporel.

Tout le corps de cet enfant de 12 mois (figure3) est rigidifié et pétrifié par l'hypertonie de souffrance. Les pieds et les mains sont resserrés. La position sur le dos au sol est néfaste pour ces enfants qui réagissent au dur par le dur.





figure 3

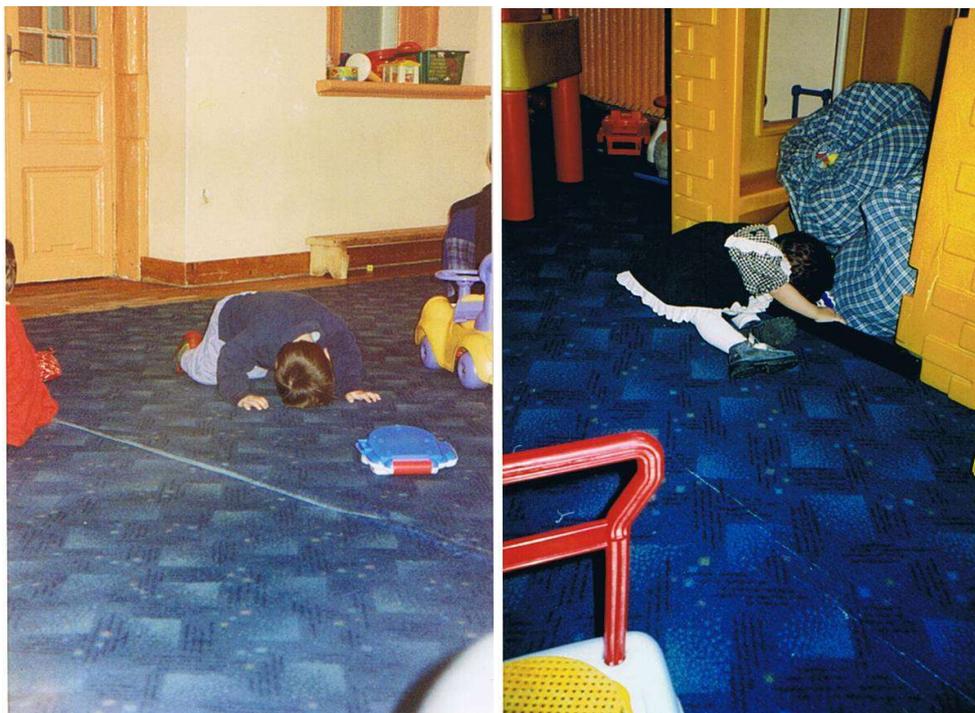
3-les postures de détresse

Dans les orphelinats roumains et les pays d'Afrique dans lesquels j'ai travaillé, j'ai rencontré des enfants en grande souffrance psychique. Bien qu'ils soient entourés par le personnel soignant et par une partie de leur famille les enfants manifestaient leur désespoir par une posture particulière que j'ai nommé posture de détresse. L'enfant s'agenouille au sol, se regroupe et se coupe de toutes les stimulations externes. Il est silencieux et immobile, les yeux ouverts, et il peut rester dans cette posture de longues minutes. (figure4).



figure 4

Cette posture n'est pas un enroulement mais un écroulement du corps sur lui-même, un écrasement du volume psychomoteur. L'enfant est absent de son corps. Il a quitté sa structure rebondissante et résiliente.



L'endroit où les enfants s'affaissent n'est jamais précis. Leur écroulement est soudain, inattendu, effrayant par le mystère de leur souffrance psychique qui les amène brutalement à s'isoler et à fuir leur corps.

B-techniques de réveil psychotonique

Les techniques que nous proposons tiennent compte du fait que le plus souvent le psychomotricien n'a pas le matériel dont il dispose en salle de psychomotricité en Europe comme coussins de multiples formes et tailles, quilles, cerceaux, ballons de différentes sortes, même couvertures et tissus. Il nous faut donc être très inventifs et débrouillards

1-le tissu à carreaux

Lorsque l'enfant ne marche pas encore et qu'il passe ses journées couché au sol ou dans les bras de sa mère, les moyens de le stimuler passe essentiellement par le travail sensoriel et tonique.

Le plus souvent, l'enfant stressé a compensé les informations proprioceptives par les informations visuelles²⁶. Que ce soit dans une hypertonie ou dans une hypotonie, les variations sensorielles sont peu nombreuses et l'enfant n'a pas la possibilité de ressentir les variations toniques qui élargissent sa perception du monde. Aussi il faut proposer à son œil des contrastes sensoriels qui par étayage vont oeuvrer à une régulation tonique. Il est intéressant de fabriquer en double un

²⁶ O.Sachs- L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau. Essais .Point. 1985

damier en tissu de la taille d'un petit drap d'enfant. Les carrés de ce damier devront être de deux couleurs, une claire, l'autre foncée. Ces tissus à carreaux doivent être placés de chaque côté de l'enfant.

Pour l'enfant hypertonique, dont l'axe est rigidifié, le besoin est de sortir de l'enfermement et de trouver un appui extérieur. Les flux sensoriels opposés le stabiliseront dans sa posture .

Par contre, pour un enfant hypotonique dont l'axe vertébral n'est pas soutenant, c'est le contraste foncé/clair qui fera office d'appui intérieur.

2-les postures d'allaitement

Les postures qui aident l'enfant dans les bras de sa mère à reprendre de la vitalité sont à surveiller plus particulièrement lors des tétées et lors des changes. En enroulant l'enfant dans ses bras et en soutenant sa nuque, la maman aide à une bonne déglutition. Nous pouvons montrer aux mamans à l'aide d'un poupon comment se positionner confortablement afin que l'allaitement ne soit pas pour la mère une épreuve supplémentaire.

Un des problèmes rencontrés dans les centres ACF tourne autour des difficultés d'allaitement du bébé par sa mère. La perception de manque de lait par la mère est une des causes de l'abandon de l'allaitement. Même en France 38% des mères qui ont arrêté d'allaiter l'ont fait pour cette raison²⁷ .

D'après Gisèle -Feger ²⁸ le syndrome de manque de lait serait un mythe construit dans les contextes où le lait en poudre est largement disponible et son utilisation banalisée. Mais l'auteur souligne que les mères en question manquent de confiance en elles.

Le réflexe de téter s'est estompé progressivement car la mère déprimée n'exerce plus son rôle dynamisant dans cet échange fondamental qu'est l'allaitement.

La stimulation des lèvres de l'enfant et des commissures des lèvres avec un coton tige peut permettre une recapture tonique par les muscles buccaux. Au niveau des joues, on peut faire glisser un doigt sur la joue de l'enfant en partant de l'oreille vers la bouche. On observe si l'enfant réagit en ouvrant la bouche, s'il tourne la tête pour chercher à téter avec une réaction d'orientation et de capture. C'est un travail délicat car le bébé est souvent très faible mais on peut faire participer la mère en guidant son doigt. L'enfant sera au plus près de l'odeur maternelle, ce qui potentialise la stimulation.

La tétine pourrait s'avérer être d'un aide efficace pour que le bébé garde son réflexe de succion afin d'être suffisamment tonique au moment des tétées. Ce problème de stimuler ou de conserver le réflexe de succion se pose également avec les grands prématurés et la clinique nous a démontré que la mini tétine pouvait être une aide efficace. Le bébé prématuré activé dans ses moments de solitude exerçait les mouvements de succion nécessaires à la tétée. Mais dans les pays d'Afrique que nous avons traversé, que ce soit du côté de habitants ou des humanitaires, l'opposition est générale sans qu'aucune explication autre que celle

²⁷ Crost et Kaminski .L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale.1998.Archives de pédiatrie , Etudes sociologiques

²⁸ G. Gremmo-Feger 2003.Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. CHU Brest.Formations Co-naitre.

de l'hygiène puisse être dite. Cet interdit de penser la tétine comme un outil de soin nous demanderait de penser l'interdit, mais ce n'est pas le sujet de ce livre.

3- les postures de sommeil

L'enroulement en tant que posture de base reste important même pendant le sommeil. Aussi le hamac est le couchage le mieux adapté dans les pays démunis pour permettre à l'enfant d'être dans sa sécurité psychomotrice narcissique. Le berçage est possible et l'enfant en profite pour faire l'apprentissage d'une différenciation corporelle d'avec sa mère.

Si le hamac n'est pas possible, nous pouvons trouver les moyens de fabriquer une sorte de petit nid : un coussin en U qui soutient la tête et les bras et un coussin sous les genoux. Cette posture procure au bébé des stimulations proprioceptives propres à l'enroulement . On peut également mettre un petit rouleau sur la plante des pieds afin qu'il se sente contenu et ancré dans la réalité de son corps.

Même s'il fait très chaud, l'enfant a besoin de sentir enveloppé. Un tissu léger posé sur son corps lui procure les sensations d'une peau protectrice et unifiante.

d-les postures de change

Lors des changes, là encore le psychomotricien soutient la maman dans ses gestes et la guide afin qu'elle maintienne l'enroulement du bassin du bébé en soulevant les deux jambes ensemble pour nettoyer ses fesses, plutôt que de le tirer par un pied. L'explication de la nécessité de conserver l'enroulement et la sensation d'unité corporelle comme ressource tonique et psychique est la plupart du temps bien acceptée par la mère. L'image du regroupement corporel pour conserver ses forces est inscrite au fond de sa mémoire tonico-émotionnelle.

Dans certains pays l'enfant est changé sur les genoux de sa mère. Son dos est en arc de cercle, sa tête est rejetée en arrière et son regard dans le vide. Il n'y a pas d'interaction visuelle. C'est ennuyeux pour le bébé qui a besoin de contacter l'état affectif et émotionnel de son parent lorsque celui-ci s'occupe de lui. Car il a besoin de connecter ses sensations corporelles de nettoyage avec le sens affectif donné par l'adulte. C'est à cette condition que la zone des organes génitaux et d'excrétion s'inscriront dans le schéma corporel avec une valeur positive. Une partie corporelle touchée et nettoyée sans être affectée par l'adulte référent du moment reste lettre morte au niveau de la conscience du corps ou est rejetée comme un objet rebutant.

5-les portages

Malgré tout les bienfaits du portage du bébé sur le dos de la mère que l'on observe dans de nombreux pays, comme le contact peau à peau quasi permanent avec sa mère et le rythme conjoint , il faut être attentif à la position du cou du bébé.

Celui-ci ne doit pas balloter en arrière dans une cassure parfois importante mais au contraire être soutenue par le tissu, garantissant ainsi la fluidité tonique du rachis ainsi que le travail de la chaîne musculaire antérieure . Car la coordination des muscles du cou et du rachis supérieur favorisent les rotations du tronc à droite et à gauche assurant ainsi la solidité de l'axe vertébral et les échanges relationnels.

Nous ne connaissons pas l'avenir psychomoteur de l'enfant dont la tête est désolidarisée de l'axe vertébral, mais nous savons que la coordination motrice ne peut s'exercer que dans le respect des chaînes musculaires et que la conscience du corps s'inscrit dans cette coordination globalisante.

Les travaux du Professeur Dominique Renier ²⁹ du CHU Necker-Enfants Malades montrent toutes les conséquences des secouements des têtes des bébés. Durant la première année de vie, l'espace situé entre le cerveau et les méninges est élargi et les veines qui le traversent sont exposées au risque de rupture par cisaillement. Sans être une posture de maltraitance, cette pratique de la tête ballotante en extension peut provoquer l'éclatement des petites veines entourant le cerveau et provoquer la mort ou des séquelles graves.

C'est donc un travail de prévention à expliquer aux mamans, en utilisant des poupons au besoin.

L'emballage intensif est lui aussi une pratique qui freine le développement psychomoteur du bébé. Il entraîne une sudation excessive, laisse peu de place aux expériences sensorielles et à la motricité spontanée. Il en résulte une diminution de la tonicité et des conduites d'exploration du tout-petit. Une certaine passivité sur le plan moteur est observée avec un manque de diversité dans les planifications motrices. Ce sont des nourrissons souvent silencieux. Ils ont appris très tôt que bouger ne servait à rien. Ils peuvent bénéficier des sensations d'enveloppement et de contenance mais ils sont privés de la liberté et de l'amplitude des mouvements qui permet de stimuler leur appareil locomoteur.

Nous préconisons de mettre le bébé, plusieurs fois par jour, sur un petit matelas de tissus et de le laisser bouger à son gré, avec quelques objets autour de lui qui pourront l'entraîner à se tourner d'un côté et d'un autre, sous l'œil attentif de la maman.

Il est souvent difficile de faire passer l'idée que l'enfant a besoin d'exercer sa libre motricité dès sa naissance pour se développer de manière plus globale. Les exigences matérielles, telles que la nécessité d'avoir un bébé calme pour travailler et les habitudes qui se transmettent depuis de nombreuses générations peuvent représenter des obstacles importants.

Nous pouvons cependant proposer nos connaissances, donner des explications, partager nos expériences et rester humbles.

Un autre problème se pose dans de nombreux pays, celui de la saisie des enfants par le haut du bras près de l'épaule. L'enfant est attrapé et tiré vers le haut pendant ainsi au bout de son épaule. Nous avons observé de nombreuses subluxations des épaules qui par désorganisations et réorganisations successives entraînent un aplatissement des voûtes palmaire et plantaire. Là encore il est difficile pour les femmes de comprendre que cette pratique qu'elles ont elles-mêmes subi durant leur enfance peut être un handicap dans la construction de l'axe et de la coordination de leurs enfants.

²⁹ D.Renier .Professeur neurochirurgie infantile.CHU Necker Enfants malades

6-jeux corporels

Le jeu corporel avec le bébé, en dehors de tout soin nécessaire est un moment que la mère va apprécier progressivement. Là encore le psychomotricien joue le rôle de Moi auxiliaire, s'associe visuellement à la maman pour stimuler l'enfant avec des mouvements de pédalage, de rotation de pieds et de mains, d'enroulement du bassin. La voix humaine est absolument nécessaire à ce genre de travail car l'enfant a besoin de sentir une cohérence vibratoire entre ce qu'il éprouve et ce qu'il entend. C'est l'occasion pour le psychomotricien d'apprendre quelques mots de la langue parlée par le parent ou des chansonnettes.

C'est une stimulation simple qui peut nous paraître banale, des jeux affectueux que ferait une mère en bonne santé émotionnelle. Mais les bénéficiaires stressées par leur vie, sont démunies et désorientées devant leur bébé souffrant et elles se focalisent sur la prise de poids au détriment du nourrissage affectif.

Le jeu ne s'installera que lorsque le petit aura repris du poids et que l'inquiétude de la mère quant à sa survie aura laissé la place à l'espoir. En attendant de pouvoir jouer avec l'enfant, de petites pressions sur les os longs des jambes et des bras et sur les parties molles du corps sont des stimulations sensorielles de base qui lui permettent d'activer son système intégratif.

7- Les exercices de repoussés

Les jeunes enfants tendus se sont organisés dans une tonicité invasive qui les immobilise mais qui ne les rend pas aveugles. C'est par le canal visuel que la plupart du temps ils contrôlent et surveillent l'environnement. Comme ils ne peuvent pas l'explorer ils se rétractent vers leur point d'appui qui est le corps de la mère. Ils n'ont pas pu satisfaire leur besoin de s'opposer, de repousser et de dire Non avec leur corps. Ils ont exercé ce pouvoir un certain temps en pleurant mais ils n'ont pas pu l'intégrer car le deuxième pôle de l'acceptation par l'adulte et de la consolation n'a pas été suffisamment présent.

Nous rappelons qu'une intégration nécessite une mise en rapport et une dialectique entre deux polarités. Pour que l'enfant puisse repousser il faut en quelque sorte l'accord affectif de son parent : lorsque l'enfant pleure, il s'oppose à ce qui lui arrive ; le parent dit « je vois que tu es en colère, que tu n'es pas content, que tu es en colère, je comprends et je te console ou je t'aide à accepter la frustration ». C'est cela l'accord affectif, c'est la reconnaissance du sentiment qui accompagne la tension. Lorsque le parent ne fait rien quand l'enfant pleure et se tend, alors le repoussé n'est pas intégré.

Aussi les enfants stressés nous repoussent du regard mais au niveau moteur ils tirent plutôt qu'ils ne poussent.

Tous les exercices favorisant le repoussé seront les bienvenus. Poser les mains sur les plantes de pieds des petits et faire un pédalage, demander à la maman de nous imiter et de sentir la réponse tonique de son enfant. Décliner cet exercice est assez facile : mettre une petite planche sous les pieds, une balle, un caillou, varier les sensations dures et molles avec de multiples objets. La stimulation de la plante des pieds et des muscles de la cheville est très important pour redonner à l'enfant des sensations de ses pieds. Une petite brosse ou une plume peuvent être utilisés doucement et on peut faire cette petite stimulation 2 fois par jour pendant 3

minutes tout en parlant à l'enfant et s'arrêter lorsqu'on voit des signes de retrait. Prendre un poupon et le faire danser au sol, lui soulever un pied puis un autre. Invariablement l'enfant dès qu'il peut être assis sur les genoux de sa mère sourit et s'intéresse. Nous pouvons ensuite lui donner le poupon pour qu'il le manipule. Le processus d'identification est en route pour le bien être mental du petit.



Le repoussé des pieds sur le sol permet l'ancrage puis le rebondissement tonique et de la capacité psychique à surmonter les difficultés.

8-les exercices d'ancrage

Les bébés dès la naissance ont besoin d'expérimenter une libre motricité³⁰ théorisée par Emmi Pikler qui préconise de laisser libre cours à tous les mouvements spontanés du petit sans lui enseigner et sans le contraindre. L'enfant se développe ainsi d'une manière globale, trouve les mouvements intermédiaires lors du passage d'une posture à l'autre. Il développe une intelligence motrice, des logiques d'actions, une curiosité et une autonomie remarquable.

Mais les enfants que nous rencontrons sur le terrain de l'humanitaire, portés par leur mères anxieuses ou désaffectées n'ont pas la possibilité d'exercer leur

³⁰ M.David,G.Appelle. Loczy ou le maternage insolite. Eres.2008

motricité selon leurs besoins et leurs motivations. Lorsqu'ils sont posés au sol, ils sont inertes, coincés dans leur gaine hyper ou hypotonique.

Soumis aux pesanteurs terrestre et maternelle, ils font connaissance de leurs membres et de leur axe vertébral très tard. Nous avons rencontré beaucoup d'enfants qui à 2 ans n'avaient jamais marché à 4 pattes, ni mis le pied par terre. Ces appuis au sol sont les sources indispensables d'une conscience de l'axe vertébral, structure « garante de la relation sensorielle et de la disponibilité tonique, et prélude aux explorations futures »³¹.

La verticalisation précoce que nous avons vue précédemment n'est pas un ancrage au sol sécurisant et facilitateur d'une bonne position debout. Mais au contraire, les enfants induits trop tôt dans les schèmes d'extension se crispent, tombent mal et s'anesthésient avec leur hypertonicité.

Un travail de stimulation proprioceptive de la plante des pieds, de l'articulation de la cheville, des muscles des jambes, des genoux procurera à l'enfant des sensations qu'il connaît peu, n'ayant pu les expérimenter. Il se les appropriera et élargira ainsi sa conscience corporelle. La stimulation sensori tonique, toujours accompagnée de paroles explicatives, peut se faire avec un doigt, un crayon, une balle, un chiffon ou un crayon, toutes sortes d'objets variés au niveau sensoriel. L'action intégrative et adaptative de tout son organisme s'inscrira selon Francisco Varela³², neurobiologiste et philosophe chilien, comme les « polarité connaissance/action » et « action /connaissance ».

L'ancrage c'est également la capacité à tenir solidement debout lorsque des événements nous font vaciller, sans avoir recours à une tension interne excessive ou à des actions en force. Cet appui au sol est directement lié à la construction de l'axe car « en offrant stabilité et résistance, le sol devient un nouvel élément organisateur de notre motricité »³³.

Aussi tous les exercices de déséquilibres, de bascules en avant arrière ou sur les côtés sont à imaginer dès que l'enfant a déjà posé les pieds au sol. Les flux visuels et vestibulaires covariant, entraînant une mobilisation tonique importante. L'enfant accompagné du psychomotricien rétablit son équilibre et ce sont les sentiments de réussite et de dépassement de soi qui sont à l'œuvre dans le plaisir partagé.

Mais si l'enfant n'a jamais quitté les bras de sa mère, même à deux ans, les déséquilibres seront trop violents. Nous pouvons alors amorcer le problème en favorisant des exercices de rotations du tronc et de « coucou, voilà ! ». La surprise de la disparition et de la réapparition de l'objet sont les précurseurs des jeux de déséquilibres.

³¹ B.Lesage.Jalons pour une pratique psychomotrice . Eres. 2012

³² F. Varelas.Invitation aux sciences cognitives. Sciences. Points.1996

³³ G.Ponton . « Construction du sentiment de sécurité par la verticalité » - Site les ateliers de CAMI SALIE.

Tout ce que nous proposons comme exercices pour les enfants qui ne marchent pas encore ne s'inscrit pas dans un protocole rigide. L'enfant s'adapte à nous comme nous nous adaptons à lui et il y a des jours où le soin ne sera qu'une rencontre bienveillante accompagnée d'une chanson ou de quelques paroles.

Les sentiments désagréables de ne rien pouvoir faire ou de n'avoir rien à faire peuvent envahir le soignant lorsque l'enfant refuse de prime abord la relation. Le temps ne doit pas être l'ennemi de celui qui s'engage à aider autrui mais bien au contraire un indicateur indispensable à une rencontre ajustée.

L'enfant sait qu'il n'est pas prêt à entrer en relation de la manière qu'on lui propose, mais il attend cependant que nous gardions le lien .

Nous pouvons comprendre cette sorte de bouderie que l'on rencontre chez beaucoup d'enfant victimes de stress répétés comme étant une reprise de pouvoir sur la situation : « ah ! tu n'es pas venu à mon secours lorsque j'en avais besoin. Et bien maintenant il est trop tard. Attends un peu et surtout ne t'en va pas ! ». Ce n'est bien entendu jamais formulé de la sorte mais c'est un sentiment que le psychomotricien doit reconnaître à l'enfant et lui signifier qu'on accepte sa bouderie peut parfois déclencher l'ouverture.

C-les reprises toniques

il est bon de repérer les signes de souffrance psychotoniques mais également les signes de rétablissement de l'équilibre tonique. Nous pouvons distinguer 3 phases importantes dans les reprises toniques.

Dans la phase 1 , l'enfant couché n'est plus étalé en grenouille dans son hypotonie délétère mais il adopte des postures asymétriques parce que le tonus réapparaît dans son axe vertébral. Les membres sont légèrement pliés. Le regard se fait moins vague.



Puis dans la phase 2, la remontée tonique poursuit son action de flexion et l'enfant couché pose un ou deux pieds au sol



Il se met toujours en postures asymétriques et la tonicité du dos continue sa montée lui permettant de bouger autour de son axe. L'enfant est moins abattu. Il s'intéresse davantage à ce qui se passe autour de lui.

Enfin dans la phase 3, le corps se regroupe entièrement. Les jambes se replient sur le tronc ainsi que les bras. L'enfant retrouve son enroulement. Il reprend contact avec des yeux de sa mère, peut tendre la main vers elle et il sollicite l'interaction.





Il est intéressant de constater que ces trois phases de reprises toniques suivent le même chemin que la loi caudo-céphalique de la grossesse : la montée tonique dans les jambes du fœtus dès le septième mois précède la mise en route de l'hypertonie des membres supérieurs.

Rassurées par les changements rapides des postures et des comportements de leurs bébé et jeune enfant, les mamans étonnées se détendent et s'apaisent. Elles sourient, se sentent soutenues par le thérapeute et par la réaction positive de l'enfant à leur présence. C'est tout un processus de reconnaissance et de confiance qui se met en route et qui participe à la réorganisation psychomotrice de l'enfant et de la dyade.

VII- LE SOIN PSYCHOMOTEUR DES ENFANTS QUI SE DÉPLACENT

Les soins apportés à un petit qui ne marche pas sont surtout axés sur des stimulations sensorielles et toniques multiples et variées car les premiers symptômes réparables sont les états d'hyper et d'hypotonie et les difficultés à se mouvoir. Réussir à réveiller la tonicité réactive du bébé et stabiliser ensuite son état tonique permet de rétablir une communication active .

En soubassement c'est le développement de la conscience corporelle et la socialisation qui en bénéficient.

Les enfants qui n'ont pas investi leur corps dans le jeu, dans le plaisir sensoriel moteur ou imaginaire sont la plupart du temps dans une motricité de décharge cherchant à soulager les tensions internes plutôt que de les utiliser comme un moyen d'intégration leurs sensations.

Pour leur redonner du plaisir à s'exercer au niveau moteur et sensoriel, donc d'activer le sentiment d'exister, il est important de repartir des fondamentaux psychomoteurs : le rythme binaire tension/détente, les symboles du corps, les dynamiques intégratives en nous appuyant sur le système vestibulaire qui est le sens du mouvement et de l'équilibre et sur le système proprioceptif qui est le sens de la position.

C'est dans cette position intérieure que le psychomotricien débutera ses rencontres avec l'enfant pour progressivement créer des situations nouvelles et fécondes.

Avec des enfants plus âgés qui ont acquis la marche, explorent le monde externe et cotoient d'autres enfants dans des activités diverses, les symptômes psychomoteurs tels que les extrêmes toniques seront moins visibles car ils sont en mouvements. Aussi ce sont les comportements à l'instar des tonicités qui nous alertent : une grande agitation ou une inhibition et un retrait. Ce sont des extrêmes courants même si certains enfants présentent des comportements plus sociaux.

L'enfant qui marche aisément dès 4 ans s'éloigne du corps de sa mère, il est pris en charge par d'autres enfants, fait des expériences motrices diverses et tout cela l'amène à mettre en place des systèmes de défense. Il n'est plus confiné dans les bras maternels et protégé par cette inertie si fréquente. Il va devoir faire face à des plus grands, à mettre à l'épreuve sa tolérance aux frustrations et aux émotions des autres, à gérer les conflits sans passer par l'impulsivité et la violence. Autant dire que son apprentissage social peut être difficile.

Souvent un autre enfant est né dans sa famille et il doit trouver sa place dans la circularité du courant familial et social.

La psychomotricité propose à ces enfants un travail de déconstruction des systèmes de défense invalidants pour les amener à sortir d'un blocage dans une polarité dure ou molle, d'une sidération corporelle et psychique ou encore d'une dépression invalidante. L'enfant va apprendre à remettre des mots sur ses sensations, d'y allier un sentiment, une émotion et de moduler les images. Les différents éprouvés corporels seront nommés en vue de les intégrer psychiquement.

Plus l'enfant sera à l'aise dans son corps, avec un tonus musculaire plus fluide plus il sera apte à traiter les images négatives, au lieu d'être envahi par elles. Il y aura donc un travail de déconstruction qui chemine vers une reconstruction sensorielle, tonique, affective et identitaire.

Les exercices que nous allons proposer peuvent sembler évidents pour un lecteur européen qui a été à l'école, a fait des séances de psychomotricité avec l'école, a pratiqué dès le plus jeune âge des activités sportives. Mais pour des enfants qui n'ont connu que la guerre, qui ont eu peur, qui ont été trébuchés tels des paquets d'un endroit à un autre, qui ont été bousculés et oubliés, qui n'ont pas pu suivre une scolarité normale et se confronter aux relations socialisantes, tout ce qui est en rapport avec le corps est hors circuit ludique car focalisé sur la survie par la nourriture et le toit protecteur.

C'est la créativité psychotonique qui est manquante, celle qui donne la possibilité de s'épanouir en s'exprimant, en réalisant quelque chose par soi-même, en créant des formes relationnelles qui sont la signature du sujet.

Sans cette créativité le corps est une simple mécanique qui a ses propres systèmes réactionnels .

Aussi ce qui va caractériser l'enfant qui se déplace ce sont ses comportements exploratoires et relationnels. Les tonicités corporelles sous-jacentes seront à prendre en compte dans les exercices mais nous serons attentifs aux états d'inhibition et de retrait, aux refus de contacts ou au contraire aux collages intempestifs. Le travail de base se fera bien sur la régulation tonique mais la dimension affective et représentative prendra une place beaucoup plus importante.

Dans les centres d'hébergements et les orphelinats les enfants mobiles sont nombreux et parfois résidents depuis de nombreuses années.

Ce sont des enfants dont on ne connaît pas toujours l'histoire. Certains sont là depuis un abandon dans les premiers mois de vie, d'autres arrivent à tout moment suite à la disparition de leur famille liée à une épidémie, à des conflits, à une catastrophe naturelle. Parmi ces derniers, certains ont un passé affectif nourrissant qui leur permet de dépasser le traumatisme et de s'adapter au milieu collectif. D'autres ont déjà souffert de manques affectifs et la séparation d'avec le milieu habituel ne fait qu'aggraver les troubles en y ajoutant ceux de la perte des repères. L'état de stress est commun à tous ces enfants, car les conditions de vie réitérent les surstimulations qu'ils ne peuvent pas intégrer. Les maladresses, les rigidités, les troubles du comportement vont nous alerter mais parfois rien ne saute aux yeux et pourtant l'enfant souffre .

Nous adhérons aux propos de Winnicott ³⁴ lorsqu'il écrit : « et c'est seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité toute entière ». Le jeu individuel et collectif est une activité fondamentale, naturelle et universelle qui participe à la cohérence et à la construction psychique de l'individu.

Comme nous ne pouvons pas toujours prendre le temps d'observer chacun des enfants, d'établir un bilan tonique et de penser à un protocole de soins, tous les exercices proposés viseront les grandes questions de la réanimation sensorielle, de l'équilibre tonique, de la conscience de soi et de la juste distance émotionnelle et relationnelle dans les rapports à autrui.

Beaucoup d'enfants sont carencés affectivement et envahis de stress et ils présentent des troubles du schéma corporel et des sensations corporelles peu définies. Ils peuvent se sentir bien ou pas bien mais ils n'ont pas la finesse d'analyse sensorielle qui leur permettrait d'accéder aux affects et aux mots. Aussi la capacité de gérer les variations toniques et sensorielles est très réduite et par là même la maîtrise de leur corps est faible. Ils ont des troubles de la conscience de soi qui les empêchent d'avoir une relation tranquille avec autrui, de garder une juste distance et très souvent d'apprendre.

³⁴ D.Winnicott . " Jeu et réalité, l'espace potentiel", Edition Gallimard .1975

C'est encore une bipolarité qui caractérise la carence affective : les enfants viennent se coller aux adultes même s'ils ne les connaissent pas puis brutalement s'en vont sans qu'il y ait eu d'échange de leur part.

Ce scénario est constant et signe une « tentative pour maintenir près de soi une présence dont la permanence est loin d'être assurée »³⁵. Dans une recherche constante de contact et de proximité corporelle, ils viennent se coller et s'agripper aux adultes. Même si l'adulte est empathique et accueillant, l'enfant carencé n'est pas satisfait et il poursuit son errance affective jusqu'à la rencontre d'un autre corps, qui là encore sera quitté sans explication. Ces enfants n'ont pas quitté les réflexes primaires d'agrippement qui caractérise les bébés stressés . Cette absence de maîtrise corporelle ne les aide pas à avoir des conduites socialisées.

La détente psychotonique sera à la base du soin psychomoteur et nous aiderons l'enfant à se repérer dans l'espace, à construire une vision tonique de son rapport au corps d'autrui.

A- les exercices sensoriels

Si nous avons la possibilité de travailler individuellement, nous demandons à l'enfant de s'allonger au sol ,de fermer les yeux et de se concentrer sur les parties du corps que nous allons toucher. Nous utilisons une petite balle à picots que nous promenons le long de ses jambes, de ses bras, de sa tête, de sa cage thoracique. Puis nous prenons une balle plus molle et nous effectuons le même trajet. L'enfant ressent les différences sensorielles même s'il ne peut pas encore les nommer et c'est une découverte des parties de son corps. Si l'enfant est petit (4-6 ans) nous nommons les parties du corps et l'enfant peut alors reprendre la parole s'il le souhaite.

Lorsque l'enfant est plus grand cet exercice peut se faire par deux. C'est l'occasion de chatouilles, de rires, voire de chahutages mais il est impensable de faire un travail sensoriel avec les enfants sans passer par le rire, sauf si ce travail est en tête à tête avec le thérapeute.

Le travail sensoriel peut prendre la forme d'un enveloppement dans des tissus pour augmenter la conscience de l'enveloppe corporelle tout en enrichissant les percepts cutanés. Le contact peut se faire avec d'autres objets durs et mous.

Les extrêmes sensoriels du début de travail vont laisser la place à d'autres objets chargés de sensations intermédiaires ou mixtes : plume, caillou, bâtonnet, objets en cuir, pot en métal, bassine en plastique. Tous les objets du quotidien de l'enfant peuvent être utilisés comme source sensorielle. Les enfants peuvent également marcher sur des objets durs ou mous, ou moelleux.

Puis lorsque cette première étape est parcourue, nous pouvons demander à l'enfant un travail plus cognitif en associant une qualité sensorielle à une représentation animale . Léger comme un oiseau, lourd comme un âne, moelleux comme les coussinets de la patte du chien. La création issue des sensations ouvre un infini.

³⁵ M.Lemay. J'ai mal à ma mère. Edts Fleurus.1979

Une autre étape sera celle de la mise en scène des sensations par association avec les tensions: demander à l'enfant de faire son poing tout dur ou tout mou, puis une autre partie du corps puis le corps entier.

Lorsque ces exercices se font collectivement, nous demandons aux enfants de marcher comme un troupeau d'éléphants très durs et lourds, de sautiller comme des oiseaux légers et vifs.

En variant ses déplacements, l'enfant investit son corps comme un objet dans l'espace, prend conscience des limites de son corps tout en cherchant à établir des distances plus adaptées en regard des éléments de l'environnement.

L'enfant peut choisir son support de projection tonique et dire pourquoi: animal, objet, personne.

L'entrée de l'émotionnel se fait tout naturellement lorsque l'enfant se sent en sécurité: marcher en étant triste, en colère, joyeux. C'est faire semblant, c'est prendre de la distance et relativiser le monde émotionnel. Celui qui a souffert intègre son histoire sans en rester prisonnier. Le champ de la conscience de soi et des autres s'élargit. La répétition inconsciente et aveugle des violences subies diminue.

Toutes ces créations posturales toniques et sensorielles associées à des représentations renforcent la conscience corporelle et la confiance en soi.

C'est cette liberté de création qui devient un processus d'intégration de soi car l'enfant muni de ses représentations incarne vraiment ce qu'il ressent.

Ce jeu de transposition et de métaphorisation est très apprécié par les enfants et une détente relationnelle se met en place. Les enfants parlent plus facilement entre eux et établissent un climat sans dominé-dominant.

B- L'alter ego corporel

Le psychomotricien prête son corps à son patient comme étayage tonique, sensoriel et émotionnel. C'est un soutien inconditonné dans la mesure où le thérapeute sait donner un sens tonico-affectif à ce que l'enfant met en scène sans jugement cognitif. Cela suppose que le thérapeute s'écoute, se connaît un minimum et peut analyser et contrôler ses émotions et ses tensions.

L'enfant peut appuyer son dos contre celui du psychomotricien et sentir la dureté sensorielle des os de la colonne vertébrale. Il peut se positionner dans les bras du thérapeute et sentir le bercement, l'enroulement, le portage rassurant.

le jeu du sculpteur

Le corps disponible du psychomotricien permet un jeu intéressant qui est le jeu du sculpteur. L'exercice peut commencer de la façon suivante : le psychomotricien propose à l'enfant de lui sculpter le corps. L'enfant a les yeux ouverts ou bandés selon son degré de sécurité intérieure. Le psychomotricien positionne les bras et les jambes de l'enfant comme s'il faisait une sculpture, sans jamais mettre l'enfant en déséquilibre ni en insécurité tonique.

Puis l'enfant au bout de quelques minutes revient à une position naturelle et c'est à son tour de sculpter le corps du thérapeute. C'est un exercice qui se décline de plusieurs manières : l'enfant sculpte le corps d'un autre enfant puis essaie lui-même de se mettre dans la posture créée. Il fait cet exercice yeux ouverts et yeux fermés. C'est un exercice axé sur la mémoire proprioceptive et sur la connaissance du schéma corporel. Un temps de parole vient intégrer les ressentis dans l'ensemble psychomoteur de l'enfant.

L'enfant se socialise et prend plaisir à se sentir exister dans la dualité et dans le groupe.

2-la relaxation

Il existe des dizaines de jeux sensoriels qui permettent d'explorer la sensorialité de chacun. Les réponses seront les guides de notre interrogation clinique .

Dans les premiers mois de la vie sensorielle, la tension est associée au dur, au noir, à ce qui est froid et pique, et la détente est associée à ce qui est mou, chaud, et lumineux. Il y a une cohérence sensori-tonique qui perdure toute la vie et c'est à partir de cette base commune que nous pouvons échanger et partager du plaisir ou de la souffrance.

Mais les événements et les états de stress peuvent venir bouleverser cette cohérence et cet étayage psychomoteur. Nous avons repéré que beaucoup d'enfants n'avaient pas la notion de chaud-douilleux et de mou-agréable. Ils pouvaient ressentir du soulagement après une tension mais pas le plaisir d'être bien. Les tensions corporelles étaient si habituelles qu'ils ne les sentaient plus et ils ne savaient pas se détendre. Même lorsqu'ils étaient tristes, abattus, mélancoliques, le mou de l'hypotonie leur était inconnue.

Car les enfants anesthésiés par l'hypertonie se sont construits sur des bases primaires : si je souffre et que personne ne s'occupe de moi, c'est que je n'ai pas de valeur. Lorsque le psychomotricien participe aux jeux, accepte l'imaginaire de chacun, le valorise et partage avec tous un moment ludique, le sujet est soulagé d'une tension et reprend son droit à l'existence donc au désir.

Aussi la relaxation a trouvé tout naturellement sa place dans la psychomotricité humanitaire.

Par le jeu de la détente, nous introduisons un travail de revalorisation de soi car le sujet apprend à contrôler son corps et découvre que celui-ci n'est ni un inconnu ni un ennemi. Se sentir propriétaire d'un corps ressource, capable de ressentir des sensations très diverses est très narcissisant.

Cette méthode de soin a été une des premières techniques en psychomotricité lorsque Gisèle Soubiran³⁶ montre que ce soin est un moyen d'accéder à une meilleure conscience de soi par l'abaissement des tensions et la reprise de la dialectique tendu/détendu.

Décrite comme un ensemble de « conduites thérapeutiques utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur

³⁶ G.B.Soubiran. « sur la mémoire en psychomotricité et relaxation psychosomatique » La Psychomotricité, vol 9, n°4.Paris.Masson. 1970

tensionnel et tonique de la personnalité »³⁷, cette médiation recherche le repos et l'économie des formes nerveuses mises en jeu par l'activité générale de l'individu, afin d'obtenir un état de détente.

Pour les enfants dont nous nous occupons sur le terrain de l'humanitaire, les méthodes de H.Wintrebert³⁸ et de Bergès³⁹ nous semblent les plus adaptées. Celles-ci s'appuient sur les travaux de J de Ajuriaguerra^{40 41} et elles associent les tensions, les sensations, les affects et les représentations.

Il s'agit de prendre délicatement la jambe ou le bras de l'enfant et de le mobiliser doucement avec des mouvements lents et répétitifs jusqu'à la disparition de toute résistance. Parfois l'enfant devient actif et participe au mouvement. Le psychomotricien peut nommer les parties du corps qu'il cherche à détendre. Il encourage l'enfant à évoquer les images qui surviennent.

Connaissant les autres méthodes de relaxation, et en fonction de la maturité de l'enfant, le psychomotricien peut varier sa manière de faire en rendant l'enfant plus actif et en proposant des suggestions: « serres son poing et relâches ton poing » « monte ton bras un peu et laisse le tomber ». Il n'y a pas de liste exhaustive, mais plus le thérapeute aura des connaissances plus il pourra inventer des stratégies adaptées à son patient.

3-la respiration

La respiration accompagne la relaxation. Le psychomotricien aide l'enfant en nommant les périodes d'inspiration et d'expiration car souvent leur diaphragme est crispé et le petit peut rester en longs intervalles apnéiques sans s'en rendre compte. Il ne bénéficie plus alors de la sensation de continuité inductrice d'une conscience unifiée du corps.

Pour aider l'enfant à sentir et à profiter de sa respiration, le psychomotricien peut proposer l'association d'un son avec l'expiration. Le son sssss se fait lentement et doucement. Le son ffff est plus rapide. Le son chchch accélère l'expiration. Le son hhhhh est encore plus rapide et plus fort. Puis en toussant très vite et très fort, l'expiration est à son maximum. Cet exercice de souffle permet un accordage entre les sensations du plancher pelvien et celles du plancher diaphragmatique.

La relaxation vise donc la détente musculaire, le ressenti d'un bien être différent du soulagement et permet un contrôle du tonus dans les gestes quotidiens. Le schéma corporel se voit enrichi ainsi que la conscience du corps .

³⁷ P. Andre, T.Benavides, F.Giromini. « Corps et psychiatrie », Hdf, 2004.

³⁸ H.Wintrebert . Il a soutenu sa thèse de Médecine «les mouvements passifs et la relaxation.Principes et effets des méthodes particulières de rééducation psychomotrice » 1959 in La relaxation de l'enfant . L'harmattan. 2003

³⁹ J.Bergès. Le corps dans la neurologie et dans la psychanalyse.Eres.2005

⁴⁰ J de Ajuriaguerra .tonus et types psychomoteurs. Psychomotricité :psychologie et différenciations individuelles. Revue de morpho-physiologie humaine. vol.5 N°14. 1950

⁴¹ L'enseignement de Julian de Ajuriaguerra au Collège de France (1976-1981). Bulletin de psychologie XLII. 1989

Lorsque l'enfant a un meilleur contrôle tonique, les précédents exercices sensoriels sont mobilisés en ajoutant des variations toniques. Les mouvements demandés ou proposés à l'enfant vont être travaillés dans la vitesse, la force, l'amplitude.

Par exemple on demande à l'enfant de se transformer en feuille et de bouger lentement comme si le vent soufflait doucement sur cette feuille. Puis à l'inverse de bouger fort et vite comme lorsqu'il y a une tempête. L'enfant contrôle son tonus ralentit son impulsivité ou court, tourbillonne, marche et investit son corps et l'espace et dans le plaisir d'un contrôle non emprisonnant.

C-la sécurité affective du groupe.

Dans tous les exercices de groupe la mise en sécurité affective des enfants est fondamentale. Pour cela il est important de connaître le prénom des enfants et que les enfants apprennent les prénoms de leurs congénères afin qu'un premier lien se mette en place et assure qu'aucun ne sera anonyme. Car le principal problème dans les groupes d'enfants, c'est l'inhibition d'un ou de plusieurs, qui ralentit la pensée, les intentions motrices et l'action, quand elle ne les arrête pas compétement.

L'inhibition est liée à la peur, souvent profondément enracinée d'être en insécurité dans un groupe. Il est important de donner aux enfants le sentiment qu'ils ont une place dans cette petite communauté enfantine et que celle-ci n'est pas dangereuse. Toute son énergie est prise dans la gestion de son angoisse. Sa tonicité est saisie pour faire armure et résister à cette émotion qui peut le désintégrer. Il est en insécurité de base car il n'a pas eu pour lui des parents ou une famille protectrice. L'inhibition est intimement liée à un manque de confiance en soi.

Une meilleure connaissance du corps est nécessaire pour développer une confiance en soi plus solide, car elle « se rapporte à l'acquisition de connaissances utiles faites d'une manière telle que la personne en vienne à croire en elle-même en tant qu'être humain compétent, tant au niveau moteur qu'intellectuelle ou relationnel »⁴².

Pousser un enfant inhibé à sortir de sa réserve risque de renforcer son inhibition.

Avant donc de passer à des exercices dans lesquels chacun doit se mettre en scène, il est préférable de globaliser l'action. Les rondes, les sauts tous ensemble suivant des consignes, les rythmes par claquements de mains avec une musique ou un chant aident les enfants apeurés à partager une tonicité commune. C'est un accordage tonico-émotionnel à plusieurs qui permettra ensuite la division en petits groupes puis en duos.

Lorsque les duos sont possibles, les exercices de repoussés, mains contre mains sans faire tomber l'autre permet de sentir sa force et celle de l'autre et d'exister sans gagnant ni perdant.

D-Le symbolisme du corps

1-le rond

⁴² B. De Lievre, L.Staes. La psychomotricité au service de l'enfant. De Boeck-Belin. 2006

Tous les exercices qui utilisent le rond comme support corporel visuel ou dynamique font appel à une forme originelle qui est soignante par elle-même.

Le rond est un archétype organique universel issu de l'organisation motrice de l'humain. Ce que l'on propose c'est de s'appuyer sur le symbolisme du corps en considérant la structure corporelle comme une ressource innée en relation avec des éléments du monde externe.

Pour un enfant qui va bien « Lorsqu'une forme innée paraît coïncider avec un élément correspondant au monde extérieur, l'enfant a l'illusion que tout est synonyme ou prolongement de sa matière corporelle » souligne Frances Tustin⁴³ psychanalyste britannique. Elle repère que les enfants autistes n'ont pas cette capacité à faire des échanges symboliques à partir de leurs gestalts de base. Enfermés dans leur monde sensori-tonique, ils sont soumis à leurs formes innées qui tournoient sans se chimériser avec le monde externe. L'angoisse existentielle est massive et dans une moindre mesure nous retrouvons cette problématique chez de nombreux enfants stressés et accablés par un environnement lourd de malaises.

Les exercices sur les ronds du corps peuvent utiliser le corps en entier : sur le dos, s'enrouler et se dérouler, faire des roulages au sol, se mettre sur le dos courbé d'un autre enfant. Les ronds des articulations peuvent être visités avec des exercices passifs ou actifs : faire des ronds dans l'air avec les mains, avec les bras, tourner sur soi-même. Les enfants peuvent reproduire sur le doigt ou un bâtonnet cette forme primordiale.

Lorsqu'on pense au rond externe, le ballon apparaît immédiatement. C'est une forme universelle, très attractive et tous les jeux qui l'utilisent développent la motricité, les coordinations, la régulation du tonus et la connaissance du corps tout en étant un médiateur de la relation.

Le ballon peut être associé à un travail sur le schéma corporel : envoyé sur différentes parties du corps ou avec différentes parties du corps. Lorsqu'il y a possibilité d'avoir un gros ballon, le thérapeute aide l'enfant à se poser dessus, à épouser sa forme, à se laisser enroulé et porté par cet élément ni dur ni mou qui s'adapte aux formes corporelles.

Les cerceaux sont des ronds creux utilisés de multiples manières pour délimiter un espace, pour y déposer des objets, pour passer dedans.

L'association des ballons et cerceaux dans un parcours avec des formes longues, triangulaires ou droites apporte à l'enfant des stimulations visuelles différentes qui s'intègrent en validant une connaissance interne du corps ressource.

Le rassemblement en rond est une forme sociale quasi universelle. La ronde permet le contact d'yeux à yeux avec toutes les personnes présentes, une équivalence de positionnement social et un échange circulant de paroles.

On peut faire circuler un objet d'une personne à l'autre avec une chanson en support. C'est un jeu très apprécié des mamans, qui fait émerger le rire et le plaisir

⁴³ Frances Tustin . Autisme et psychose de l'enfant. Editions du Seuil. 1977

partagé, nécessaires pour les femmes qui réapprennent ainsi à éprouver des sensations douces dans le contact et dans les échanges.

Les enveloppes sont des ronds contenant et leur valeur protectrice n'est plus à démontrer. Aussi construire des cabanes est un plaisir que peu d'enfants refusent. Creuser des trous est également une action psychomotrice très intégrative alliant une organisation tonique et sensorielle au monde affectif et imaginaire de l'enfant. Les variations psychomotrices sur le thème du rond sont infinies et le psychomotricien peut s'autoriser à élargir le champ des représentations dans les formes dérivées comme l'ovale, la spirale, le tourbillon. L'imaginaire est une source inépuisable d'images et de sensations.

2-l'axe

Le bébé à la naissance a une colonne vertébrale mais n'a pas encore d'axe corporel efficient. Il ne s'assoit pas et ne se met pas debout. Il ne sait pas s'orienter dans l'espace. Le dos est en cyphose complète et la marche à 4 pattes et debout créeront les courbures lombaires et dorsales. Les muscles profonds sont hypotoniques et les muscles superficiels comme les trapèzes sont hypertoniques : le bébé a la tête enfoncée dans les épaules. Elle émergera des épaules vers l'âge de 4 mois.

C'est la coxo-fémorale, articulation au niveau du bassin qui rassemble le corps entier sur l'axe. Cette articulation permet l'unité du corps de la tête aux pieds. C'est une articulation très importante porteuse d'un symbolisme fort, notamment pour les vieilles personnes qui après une fracture du col du fémur « ne s'en relèvent pas ».

La plupart des enfants que nous soignons n'expérimentent pas le 4 pattes et une réorganisation musculaire se met brutalement en place lorsque ils passent de la position couchée/assise dans les bras à la position érigée. Lorsqu'ils se mettent debout, le fait de poser le talon au sol entraîne des tensions musculaires qui s'ajoutent à l'hypertonie récurrente. Même si se mettre debout ne demande pas une force musculaire importante, l'enfant stressé se retrouve le plus souvent avec des muscles trop courts et trop forts qui se comportent comme un seul et même muscle tassant le corps au sol.

Pour lutter contre cette force, rester debout et se mouvoir il leur faudra alors élargir leur polygone de sustentation et écarter les bras.

On sait que le contrôle de la posture orthostatique concerne non seulement l'activité musculaire phasique qui ramène la verticale de gravité vers sa position moyenne lorsqu'elle en est écartée mais aussi l'activité musculaire tonique qui détermine la position moyenne du centre de gravité.⁴⁴

Ce sont des petites bouffées d'activité musculaire phasique qui contrôlent les mini mouvements du corps debout à l'intérieur des limites étroites. A l'inverse, lorsque le sujet se déplace dans l'environnement ce sont des contractions toniques qui déterminent la position moyenne du corps.

⁴⁴ P.M.Gagey et B. Weber. Posturologie : régulation et dérèglements de la station debout. Elsevier Masson. 2004

Aussi les exercices qui aideront l'enfant à réguler sa posture debout feront appel à la fois à des contractions phasiques et toniques. Un enfant se met face à un autre enfant et pousse doucement sur son sternum avec sa main juste pour le destabiliser sans le faire tomber. Il mesure sa force, il contrôle son tonus. L'autre enfant sent les réactions toniques liées au déséquilibre. Nous sommes dans des mini contractions phasiques, et lorsqu'ils se lanceront dans une course, les contractions toniques prédomineront.

Le recrutement tonique postérieur prématuré chez le bébé a empêché l'intégration des muscles vertébraux hypotoniques comme futurs érecteurs du rachis. Trop tôt durcis par la souffrance, ils perdent leur souplesse d'action et compensent les rétractions par des torsions, des rotations, des compressions, des déformations de l'axe. Aussi, à l'instar de la clinique de Françoise Mézières ⁴⁵, le traitement des surtensions dorsales passe par un relâchement des muscles vertébraux afin de retrouver une coordination et un alignement vertébral.

Le travail sensoriel sur le toucher des vertèbres et des paravertébraux avec des balles à picots et d'autres éléments plus doux ou plus durs aideront à la reprise de contact avec le dos comme structurant le corps. Tous les exercices d'arrondissement du dos, sur une balle, sur le dos du psychomotricien visent les retrouvailles avec la détente musculaire de l'enroulement de base.

Le muscle diaphragme s'insérant sur les vertèbres lombaires et cervicales, il est nécessaire de tenir compte de ses tensions dans le travail de l'axe.

Le thorax et l'abdomen sont des cavités hermétiquement closes et les organes sont emballés sous vide. Le diaphragme attire à lui tous les organes qui lui sont suspendus, c'est l'aimantation diaphragmatique. Aussi le travail sur la respiration mettra en relation les organes avec la tonicité vertébrale.

Si l'enfant est couché sur le dos sans support vertébral, l'intervention musculaire est minimale, uniquement diaphragmatique. L'enfant est calme.

Si on demande à l'enfant de respirer fort, il soulève le haut du thorax avec les muscles antérieurs (sterno-cléido-mastoldiens et pectoraux). Cela peut provoquer des spasmes et des angoisses liés à des émotions enfouies.

Aussi la position assise permet une respiration dynamique dans un premier temps favorable à une détente psychotonique. Le muscle transverse contrôle la pression intra abdominale et la dirige vers le haut à l'inspiration. Le temps expiratoire est passif.

Le diaphragme est sensible aux variations émotionnelles : il se crispe à la peur, la colère, l'angoisse et il se libère avec la joie. Le psychomotricien propose à l'enfant assis de respirer normalement et de regarder des images représentant des scènes joyeuses. Par le canal tonique visuel, l'enfant reçoit des stimulations douces qui participent à la détente du diaphragme et par conséquent à la détente du rachis.

⁴⁵ M. Nisand, S. Geismar. La méthode Mézières, un concept révolutionnaire. Ed J.Lyon.2005

Les exercices peuvent être plus moteurs comme changer d'appui d'un pied sur l'autre, accompagnés d'une ritournelle. Cela crée une torsion au niveau du buste et entraîne une augmentation tonique pour les enfants hypotoniques.

Ce que nous retrouvons très souvent ce sont les difficultés tonico-posturales qui empêchent le passage d'une posture asymétrique à une autre. Pour calmer l'enfant plusieurs petites techniques simples permettent d'accélérer le processus de détente : comme joindre les deux mains, croiser les doigts et tordre les mains. Si c'est possible, se mouiller les mains ou simplement se toucher les mains comme si on se lavait avec du savon. Le fait de mettre les mains devant l'axe vertébral réajuste la tonicité vertébrale.

Lorsqu'il y a une possibilité de confectionner une balançoire, avec un pneu fixé à la verticale par une corde, de trouver un tronc d'arbre pour marcher en équilibre dessus, et de sauter à la corde, on aide l'enfant à activer son système vestibulaire qui est un puissant intégrateur sensoriel.

3-l'axe symbolique

L'axe est le propre de l'individualité et lorsque l'hypotonie primitive du dos a été respectée pendant les premiers mois de la vie, la confiance en soi et en autrui s'est installée dans l'intégration des bonnes choses. Lorsque les événements ont amené l'enfant confiant à se durcir, la méfiance et la rétraction tonique qu'elles soient périphérique ou organique empêche le libre jeu tonico-émotionnel et la fluidité relationnelle.

La plupart des enfants que nous avons soignés présentent un syndrome dépressif avec un triple effondrement narcissique. L'effondrement du mythe d'immortalité et d'invulnérabilité car ils ont été confrontés à la mort sans pouvoir y donner une représentation. Un effondrement du mythe de la bonté humaine si l'absence et l'inefficacité des secours ont été probants et un effondrement de la croyance de la stabilité de l'environnement protecteur. Toute leur énergie est mobilisée pour maîtriser l'événement traumatique ou les stress répétitifs. Ils ne peuvent plus filtrer les stimuli significatifs de l'environnement, ce qui génère une grande vulnérabilité du Moi à toute stimulation externe. L'enfant est dans une grande vigilance et présente des conduites anxieuses. Comme l'enveloppe psychotonique n'est plus équilibrée, qu'elle soit trop dure ou trop molle, l'enfant se renferme sur lui-même et ne peut plus s'ouvrir aux relations.

Aussi, l'axe psychomoteur, qui symbolise la présence de soi face à autrui et au monde est gravement atteint.

La capacité des enfants à se tenir érigés dans l'espace, résistant à l'action de la pesanteur terrestre et psychologiquement à celle de l'entourage est très faible. Ce sont donc les capacités à s'affirmer, à se déternimer et à être assertif qui sont à récupérer par l'enfant afin qu'il puisse se reconnaître unique et différent d'autrui, sans qu'il y ait danger à être dans cette posture.

La renaissance sensorielle de l'axe peut se faire avec des exercices sensoriotoniques et par un travail individuel de mobilisation. Nous laisserons cette dernière option de côté car si l'enfant stressé supporte la relation rapprochée et le

contact corporel avec l'intermédiaire d'une balle à picots, le contact direct peut s'avérer être trop intrusif .

Certaines formes rectilignes et érigées, comme un arbre ou un totem, certains mouvements d'élanement comme les danses Masai peuvent symboliser l'axe vertébral et psychique de l'humain car au niveau représentatif, elles sont au service de l'homme. Les armes longues, pointues visant à détruire sont rectilignes mais ne font pas symbole positif car leur représentation est liée à la destruction. L'enfant peut sentir sa colonne vertébrale en appui contre un mur, contre un arbre, contre celle de son alter ego. Il dessine sa colonne vertébrale au sol, la mesure avec un bâton, la reproduit plus loin, la compare avec celle d'autrui. Au fur et à mesure des déplacements analogiques et symboliques, l'enfant se réapproprie la sensation d'une certaine longueur de son axe.

Si nous pensons jouer avec les métaphores, qui « trouvent leur fondement dans notre nature corporelle et dans notre environnement physique et culturel »⁴⁶, nous pouvons demander aux enfants de marcher comme s'ils étaient un bâton rigide , un arbre ou une branche souple, mettant ainsi en lien la notion d'axe psychocorporel avec celle du tonus ⁴⁷.

Les déclinaisons créatrices seront l'œuvre commune du psychomotricien et des enfants .

4-la coordination

Le stress et la souffrance chroniques sont associés à des fractures psychomotrices car les liens de cohérence entre les différents niveaux tonique, sensoriel, affectif et représentatif ne se sont pas échoisés de manière cohérente. Or notre cerveau a besoin de cohérence pour assurer une cohésion de l'organisme. Il va répondre aux incohérences par des troubles neurovégétatifs, des troubles neurologiques et des réactions tonico-sensorielles. Une des réponses réflexes sera la mise en place de l'enveloppe hypertonique contenante du monde psychomoteur qui en se chronicisant se transforme en cuirasse psychotonique .

Le sujet se retrouve fragmenté du dedans avec une coquille dure au dehors. C'est un système de survie qui ne permet pas de se sentir exister dans l'instant. La projection de soi dans l'action et dans le mouvement devient la manière dont le sujet va exister. C'est un système de défense secondaire qui vient illusoirement donner une enveloppe à l'enfant sans pour autant le nourrir d'informations fructueuses.

Aussi nous voyons des enfants turbulents, agités par une motricité permanente et errante, qui ne peuvent pas s'arrêter pour entrer en contact, ni se calmer tout seul. Nous avons vu que lorsque la lutte est ressentie vaine par l'enfant, celui-ci abandonne sa tonicité de protestation et dans un mouvement de retrait en soi c'est sur les organes que l'hypertonie neurovégétative va s'installer. Les enfants déprimés en inhibition de l'action sont resserrés sur leurs boyaux et présentent des douleurs abdominales, des diarrhées, des malaises fréquents.

⁴⁶ E. Josse. Le pouvoir des histoires thérapeutiques. L'hypnose érichsonienne dans le traitement des traumatismes psychiques. Desclée de Brouwer. Paris . 2007

⁴⁷ A .Bullinger. "le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars" Edts Eres. 2004

Mous dehors avec des organes agglutinés dans une tension douloureuse.

Entre ces deux extrêmes que nous avons déjà vus, existent d'autres manières d'être au monde. Mais pour tous, la régulation tonique entre dedans et dehors et entre hypertonicité et hypotonicité est à la base d'une reprise relationnelle et d'une coordination avec soi même et avec les autres .

La coordination des muscles entre eux fait partie du programme de soins psychomoteurs. Les muscles de l'enroulement portent les images de la volonté. Or les muscles fléchisseurs de l'enroulement ne répondent pas aux mêmes conditions biologiques que les extenseurs, qui sont des muscles de rappel sur lesquels prennent appui les fléchisseurs pour le redressement. Les extenseurs sont beaucoup plus sensibles aux modifications biologiques.

En effet si le taux de calcium ou de magnésium est abaissé, les extenseurs sont en hypertonie et cela détruit l'équilibre nécessaire à l'enroulement-redressement, détruisant la possibilité d'un mouvement coordonné. L'hypomagnésie s'observe fréquemment chez les nouveaux-nés où elle se manifeste par divers symptômes, comme la nervosité, l'hyperréactivité, l'hypertonie musculaire. Ces symptômes régressent après l'administration de magnésium. Toute la vie les périodes d'hypertonie des extenseurs provoquent des troubles comme la sciatique soit purement organiques comme la spasmophilie.

Ces crises d'hypertonie étant d'origine organique ou d'origine psychologique interviennent directement sur le comportement psychomoteur en détruisant la structure unitaire de soi.

Chez l'adulte en manque de magnésium, un stress provoque une libération importante d'adrénaline par les glandes surrénales. Cette contraction musculaire chasse le magnésium des cellules musculaires vers le plasma. Le rein élimine cet excès plasmatique de magnésium ce qui provoque une fuite urinaire de magnésium. Or ce déficit en magnésium accroît la vulnérabilité au stress. C'est un cercle vicieux qui s'installe et qui provoque un état de fatigue chronique.

Pour un nourrisson nous voyons combien l'état biologique est important, car c'est à partir de toutes ces sensations de contraction et de décontraction que se construisent les images de soi. Hypertonique, le bébé ne peut plus assembler tête-mains devant son visage, mouvement qui est à la base de l'unité du ressenti de lui. Chez l'enfant plus âgé, les mêmes déficits biologiques sont à l'origine d'une perte de la coordination motrice.

Nous avons rarement la possibilité d'équilibrer biologiquement un enfant, mais nous pouvons l'aider à retrouver certaines coordinations en activant les schèmes de base des bras et des jambes.

La coordination de soi à soi passe par la réinitialisation du programme moteur dans une relation bienveillante et par un travail sensoriel directement avec l'autre. Nous pouvons mettre les paumes de nos mains sur celles d'un enfant et faire « le petit train » en poussant alternativement la main gauche et la main droite vers l'enfant. Tous les exercices de taper dans les mains d'autrui avec des comptines comme nous le voyons dans les cours de récréation de nos pays sollicitent la

coordination personnelle et interindividuelle. Il est donc nécessaire que le psychomotricien garde en tête ou réapprenne des petits comptines qu'il transmettra aux enfants dont il va s'occuper.

Pour remettre en coordination les niveaux toniques sensoriels et affectifs des enfants, le dessin est un excellent moyen. La plupart du temps papier et crayons sont faciles à trouver dans les camps humanitaires.

On peut demander à l'enfant de dessiner l'île du bonheur, une île dans laquelle il trouverait tout ce qu'il désire. Le psychomotricien peut être un Moi auxiliaire et dessiner lui aussi ce qui lui ferait plaisir. Il est nécessaire de rester au niveau primaire sensoriel des besoins de base : douceur, chaleur, lumière, sucré. Donc dessiner une ferrari c'est possible mais il faudra alors décliner à l'enfant les aspects sensoriels motivants : la couleur, le confort, la vitesse du vent.

Si le psychomotricien dessine des bonbons, il n'aura pas à dire pourquoi car l'enfant va immédiatement s'identifier et se sentir sensoriellement associé au sucre.

Lorsque l'île du bonheur a été visitée, on peut demander à l'enfant de dessiner l'île du malheur. L'expression écrite des mauvaises choses est souvent plus difficile. Là encore le psychomotricien peut offrir son psychisme comme soutien pour l'enfant. Le psychomotricien ne donne pas d'interprétation. Il aide l'enfant à avancer et à donner du sens à son monde sensori-tonique. Si l'enfant dessine du feu ou du sang, le thérapeute l'aide à associer avec des émotions et des sentiments ou d'autres images.

Si l'enfant dessine de l'eau comme élément de plaisir, le thérapeute l'aide à associer le plaisir avec le sentiment d'enveloppement, de douceur, de fraîcheur, de bien être.

C'est parce que l'enfant arrivera à coordonner les différents niveaux entre eux que la cohérence se rétablira et dans le même mouvement la cohésion organique élargissant ainsi le champ de la conscience.

Au niveau moteur l'organisation du geste se fonde sur des coordinations entre chaînes musculaires afin de réaliser un geste défini, précis et orienté vers le but de l'action.

Le travail des chaînes musculaires de G.Struyff⁴⁸ et les travaux de Benoit Lesage⁴⁹ montrent comment les ceintures pelviennes et scapulaires, sous tendues par des chaînes musculaires spiralées, se croissent et s'harmonisent. Nous pouvons proposer aux enfants des exercices mettant en coordination le côté gauche et le côté droit du corps : lever le bras droit et en même temps la jambe gauche, la main droite sur la tête, la main gauche sur le ventre. Ces expérimentations se déclinent à volonté et amusent souvent les enfants.

⁴⁸ G.Struyff-Denis. Les chaînes musculaires et artérielles.1978

⁴⁹ B.Lesage . Tonus, posture, verticalisation et structuration du sujet.1998

5-la juste distance

La portée symbolique de la coordination met en jeu la juste distance ni intrusive ni évitante entre deux individus et demande un ajustement de pensée, d'émotions et de représentations, mais également un ajustement de la place des deux corps dans l'interaction.

Parler de juste distance nous amène à reconsidérer le phénomène d'empathie du point de vue psychomoteur. Il n'y a de bonne distance que lorsque l'autre existe réellement différent de nous. Or les enfants dénutris ou stressés baignent dans la eaux troubles de la dépression maternelle .Ils sont en sympathie avec elle, dans la même, dans la résonnance avec de grandes difficultés pour s'en extraire.

L'empathie à l'opposé est la capacité d'un individu de ressentir les émotions d'autrui , de faire le voyage émotionnel et cognitif vers lui puis de revenir dans son axe et dans sa vérité.

Il y a un déplacement qui est fondamental pour assurer une bonne distance et être réellement en relation avec autrui et non en fusion. L'empathie c'est bouger, c'est aller vers l'autre mentalement, émotionnellement et se repositionner pour agir. L'empathie présente un avantage adaptatif important pour la survie du groupe et les études en neurobiologie montrent que l'empathie favorise les comportements altruistes ⁵⁰. C'est la base sur laquelle se développe la culpabilité et le remord.

Pour être dans l'empathie avec quelqu'un, nous avons donc besoin d'outils pour repérer l'état émotionnel dans lequel il se trouve : signaux toniques, faciaux, respiratoires, posturaux. Nous avons des neurones miroirs qui nous aident inconsciemment. Nous nous appuyons sur notre organisation tonique, sensorielle, affective et représentative pour donner un sens à ce que nous voyons de l'autre. Notre corps est la trousse à outils pour comprendre ce que vit l'autre.

Mais pour tous les enfants soumis à la violence émotionnelle, symbolique et corporelle, les référents internes d'analyse émotionnelle des distances entre soi et autrui sont profondément perturbés. L'espace intérieur est souvent chaviré, déstructuré, envahi de sensations incontrôlables.

Le corps non construit ne peut pas analyser l'espace. Or passer de la sympathie à l'empathie demande d'avoir la capacité de percevoir l'espace et de manipuler les données de l'espace. Il faut une cohérence du corps et une conception unique du corps propre pour se concevoir différent de l'autre, aller le visiter sans s'y perdre et revenir chez soi.

Les situations d'apprentissage nous permettent de mieux comprendre cette nécessité d'acquérir les référents spatiaux internes et externes pour être dans une juste distance.

Lorsqu'un enfant doit lancer un anneau sur une piquet au sol, à quelques mètres de lui, il prend appui sur ses deux pieds formant ainsi un triangle avec le but à

⁵⁰ J.Decety. L'acquisition de l'empathie. Pour la science n°63. avril-mai.2009

atteindre. Dans cette position le cerveau n'a pas beaucoup d'informations sur la trajectoire. Par contre il bénéficie des informations proprioceptives du corps du sujet, toniques et visuelles. Il y a alors un réajustement de la posture pour s'adapter à la distance et au but de l'action.

L'enfant ne regarde pas sa main qui tient l'anneau mais il focalise sur le piquet et c'est le cerveau qui calcule la tonicité à mettre en œuvre, la vitesse du mouvement. Il y a un ensemble de références posturales préalables à l'engagement.

Le problème de la coordination pour les enfants stressés que nous rencontrons se traduit par des réactions en tout ou rien au rapprochement des corps et au toucher.

Un exercice plaisant alliant le travail tonique et le symbolique consiste à mettre les enfants par couple, à 5 mètres l'un de l'autre et à demander à l'un d'eux de s'approcher de l'autre tout restant centré sur lui pour ressentir le moment où il se sentira trop proche de l'autre. Il devra alors s'arrêter. La plupart des enfants ne ressentent pas, se cognent ou s'inhibent.

Pour dépasser cet obstacle, un autre exercice prépare le premier. Un enfant fait l'aveugle, ferme ses yeux et met ses bras tendus en avant. L'autre enfant guide le prend par les épaules et l'amène à explorer avec les mains différents objets. La consigne est de ne pas amener l'aveugle à faire des expériences douloureuses. L'enfant intègre ainsi que la distance minimum entre son corps et les objets ou personnes inconnus est la longueur de ses bras.

Nous recommençons alors le premier exercice et le souvenir sensoriel et tonique du premier permet un nouvel ajustement.

Tous les exercices déclinés à partir de celui-ci proposant un rapprochement puis un éloignement entre deux personnes, selon certains critères spatiaux, ont été appréciés et se sont soldés par des rires et des débuts de contacts mains à mains.

Aussi dans les exercices, nous allons faire la même chose que le cerveau devant des situations complexes: nous allons décomposer puis recomposer l'espace, décomposer puis recomposer les conflits toniques, décomposer et recomposer les mouvements.

C'est pour cette raison que lorsque les difficultés se présentent et elles sont nombreuses, la base de départ de tous les exercices seront les jeux basés sur les bipolarités de base: tension/détente, dur/mou, chaud/froid, pointu/rond, ouvrir/fermer, tirer/pousser et d'autres qui constituent les éléments de base de tous nos mouvements corporels, car l'ensemble de la sensorialité vestibulaire et proprioceptive est le référentiel de notre corps et de l'espace.

Cela demande beaucoup de créativité et d'imagination de la part du psychomotricien.

CONCLUSION

La stimulation psychomotrice en humanitaire permet le passage du programme moteur inné au projet moteur de chacun en redonnant à la victime le sentiment continu d'exister grâce à la relance du processus d'intégration sensori-tonique . Ce sentiment est un centre de gravité indispensable à l'enracinement du sujet dans son corps ⁵¹.

Lors des stimulations basées sur un rythme de base tension/détente, les sensations ressenties par le sujet sont autant de traces qui diffèrent les unes des autres, se complètent, s'opposent , entrent en compétition. En créant un terrain sensoriel et tonique nouveau pour l'enfant, nous lui offrons la possibilité de se réapproprier ses ressources en recontactant les premières traces de sa vie motrice intra utérine et aérienne.

Aussi à l'instar de Andrew-Taylor Still, fondateur du concept d'ostéopathie, nous pensons que "le corps doit avoir en lui-même tout ce qu'il faut pour fonctionner"⁵². Et la relation est pour l'enfant l'élément révélateur de sa richesse corporelle. Aussi les rythmes relationnel et intra corporel sont couplés au coeur de notre pratique.

L'intégration sensorielle est étudiée depuis le début du XX siècle par Charles S. Sherrington⁵³ , A. Jean Ayres ⁵⁴ en rapport essentiellement avec les troubles d'acquisition. Nous nous reconnaissons dans les exercices proposés qui mettent en jeu les système vestibulaire, proprioceptif et tactiles, nous nous plaçons également dans un courant intégratif. Cependant notre pratique va au delà de la stimulation du système nerveux central pour relancer des fonctions apprentissages , car ce qui est visé lorsque nous travaillons sur le terrain de l'humanitaire, c'est avant tout la présence de soi au monde et la reconquête du désir d'exister .

Nous prenons en compte toutes les dimensions du corps, ses éléments anatomiques, ses rythmes de bases, ses dialectiques ionnées.

C'est dans cet espace multifactoriel que la stimulation psychomotrice trouve sa place, car elle est une pratique complexe et elle entre dans la simplicité, pensée et décrite par Alain Bertoz⁵⁵ : le corps humain a trouvé de multiples manières, toniques, sensorielles, affectives et cognitives et symboliques pour préparer des actes et pour en projeter les conséquences.

Pour mieux vivre ensemble, en s'inspirant du vivant , on peut inventer d'autres théories et d'autres pratiques .

Ce que nous proposons aux équipes, en tant que psychomotriciens, c'est une formation et une intervention cliniques qui puissent être préventives et

⁵¹ Abram (2001), Exister (le sentiment continu d') in Le langage de Winnicott, traduction Athanassiou C., Popesco, Paris, p. 155

⁵² A.T. Still.

⁵³ Y.Galifret, Y.Laporte . Charles Sherrington : concept d'intégration nerveuse. Encyclopédia Universalis.

⁵⁴ A. Ayres.Jean . Intégration sensorielle et l'enfant.Westerne psychological Services .

⁵⁵ A.Bertoz la simplicité- Odile Jacob-2009

soignantes. Elle dépasse les barrières culturelles et langagières car le premier outil de transformation et de métaphorisation de la souffrance est le corps.

Ce soin peut être individualisé et adapté aux besoins de l'individu, ou groupal et attentif aux besoins de base primaires de tous les humains. Avec tous ces exercices proposés, expérimentés, à décliner et à faire évoluer, nous parions sur la résilience comme une « capacité à vivre, à réussir, à évoluer favorablement malgré les événements traumatisants vécus dans le passé »⁵⁶. La résilience émerge spontanément lors des traumatismes et nous voyons enfants et adultes qui reprennent très vite le courant de la vie ou alors elle demande à être stimulée. Et la psychomotricité peut permettre cette croissance et cette renaissance.

En réactivant la dynamique corporelle du mouvement, en récupérant des sensations agréables et des sentiments moins douloureux, en retrouvant du plaisir à bouger, la victime grande ou petite, enveloppée et bordée par l'enveloppe humaine secourable, voit ses capacités de récupération vitale et de résilience reprendre le dessus.

Nous pensons que la prise de conscience corporelle de soi et d'autrui permet d'éviter la répétition de la violence du stress et des conduites mutilantes au niveau émotionnel.

Faire de la psychomotricité n'est pas une identité mais on ne peut pas être psychomotricien sans une identité, sans un sentiment d'exister suffisamment fort et sans un moi social affirmé. Être psychomotricien c'est se sentir habité par une totalité que l'on peut donner sans perdre et transmettre sans aliéner autrui.

⁵⁶ B.Cyrulnik. Un merveilleux malheur .Odile Jacob. 2002

