



HAL
open science

Yinga : le corps, un lien universel : l'apport de la psychomotricité dans les pratiques corporelles et culturelles face au processus d'occidentalisation au Burkina-Faso

Marion Couasse

► **To cite this version:**

Marion Couasse. Yinga : le corps, un lien universel : l'apport de la psychomotricité dans les pratiques corporelles et culturelles face au processus d'occidentalisation au Burkina-Faso. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359481

HAL Id: dumas-01359481

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359481>

Submitted on 2 Sep 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Yinga : Le corps, un lien universel

**L'apport de la psychomotricité dans les pratiques corporelles et culturelles face
au processus d'occidentalisation au Burkina-Faso**



Mémoire présenté pour l'obtention du DE de psychomotricité
Session Juin 2016

Mémoire présenté par :
Marion COUASSE

Référent de mémoire :
M. Thierry Benavides

Remerciements

Je tiens à remercier :

Thierry Benavides, mon maître de mémoire, qui a su orienter ma réflexion, me soutenir dans mon projet et me faire confiance durant la réalisation de ce mémoire.

Laura, amie, colocataire et future collègue, qui m'a accordée beaucoup de temps, d'écoute et d'encouragements pour m'aider à mettre en forme ce mémoire. Merci également à Maud et Alix, pour leurs conseils et encouragements.

Stéphanie Plommet et Anne-Sophie Vautrin, maîtres de stages qui m'ont donné confiance en mes compétences et m'ont beaucoup appris sur le savoir-être et le savoir-faire que j'essaierai d'avoir tout au long de mon parcours professionnel.

Caroline, Florence et Lucie d'être dans ma vie depuis deux ans et d'y apporter tant de joie et de rire, et d'être présentes quand il y en a moins.

Ma famille de m'avoir soutenue dans ce long parcours depuis le jour où je leur ai fait part de mon choix professionnel.

Les amis rencontrés durant ces dernières années, et ceux qui sont dans ma vie depuis toujours.

MAdeL, avec qui l'aventure africaine à commencer. Boukari, mon ami, mon frère. Mes amis et rencontres du Burkina à qui j'espère avoir pu rendre autant qu'ils m'ont donné.

Mes professeurs, qui pendant ces belles années m'ont tant appris et donné tant d'horizons à découvrir et de matière à penser.

A tous ceux qui ont croisé ma route durant cette formation qui m'ont aidé à m'épanouir et qui ont été d'une intensité et d'une richesse unique.

« Je propose qu'une rencontre hasardeuse ne devienne une véritable rencontre que si l'on décide de se revoir, sinon ce mouvement ne sera qu'un simple croisement. Pour qu'il devienne rencontre, il faudra un affrontement suivi d'un côtoiement »¹.

¹ Cyrulnik B. 2000, p.19

Sommaire

Introduction	7
Partie 1. Corps africain : Un rapport au corps singulier	10
I Corps et Afrique.....	11
I.1 Le Burkina-Faso	11
I.2 Le système de soin au Burkina-Faso.....	12
I.3 La perception du handicap et de la Maladie en Afrique	13
I.4 Le corps en Afrique : corps vécu	17
I.5 Le maternage en Afrique de l'Ouest : corps touché.....	20
Partie 2. Rencontre avec Mélane et May	28
I. La psychomotricité au sein du lieu de stage	29
I.1 Présentation du lieu de stage	29
I.2 Le bilan psychomoteur	30
I.3 L'image du corps et le corps dans l'espace-temps.....	31
II.Mélane	42
II.1 L'anamnèse	42
II.2 Le bilan	42
II.3 La prise en charge psychomotrice.....	43
III. May.....	44
III.1 L'anamnèse.....	44
III.2 Le bilan	46
III.3 La prise en charge psychomotrice	46
IV. Liens entre Mélane et May.....	47

Partie 3. La psychomotricité : un lien entre le corps occidental et le corps oriental50

I. Corps et occidentalisation 51

I.1 L'occidentalisation 51

I.2. L'occidentalisation au Burkina-Faso 52

I.3 Mon arrivée dans ce cadre..... 57

II. Psychomotricité et Corps Oriental 60

II.1 La psychomotricité : fondamentaux et regards 60

II.2 La Psychomotricité, une théorisation européenne : quel apport pour les cultures orientales ? 61

II. 3 Les apports de la psychomotricité au Burkina-Faso et les liens interculturels 63

II.4 Les apports de l'ethnopsychiatrie...vers une ethnopsychomotricité ? 66

III. Réflexions autour de la pratique de la psychomotricité au Burkina-Faso69

Conclusion 74

Bibliographie..... 77

Annexes..... 80

Introduction

En commençant mes études de psychomotricité, je savais déjà que je voulais voyager avec mon futur métier, l'étudier dans toutes ces formes, dans différents contextes. La psychomotricité, en s'intéressant à l'Autre appelle forcément la question de la culture, et concernant en particulier le corps dans son empreinte culturelle.

Le corps en mouvement, le corps qui se déplace d'un continent à l'autre semble amener « le mouvement de la pensée », comme le dirait Claire Mestre dans *La trace du voyage*.²

J'ai eu la chance de partir au Burkina-Faso pendant un mois et demi durant l'été 2014, dans un cadre associatif, avec deux autres étudiantes en psychomotricité, dans un centre accueillant des enfants handicapés mentaux, à Ouagadougou. Là-bas, pas de psychomotriciens n'exercent dans la structure, ce sont des psychologues et des monitrices qui assurent l'accompagnement des enfants. Notre rôle était d'apporter des idées, des pistes de réflexion, des exercices permettant une introduction à la pratique de la psychomotricité auprès des enfants du centre. J'ai pu constater qu'il y a souvent un écart entre les préparations théoriques du projet avant le départ et les réalités rencontrées sur place. Cet écart est creusé par la différence culturelle, difficile à anticiper, il est donc important d'être à l'écoute de la culture afin de pouvoir s'adapter au mieux.

Dans ce continent ancestral que je découvre, le corps me paraît plus présent, plus consistant, plus habité que je ne le perçois en France et dans les pays occidentaux que je connais. J'ai eu l'occasion d'observer, à travers mon regard d'étudiante, les techniques telles que le portage, le maternage, mais aussi le rapport au corps s'exprimant par le toucher, les postures, les mouvements... Puis lors de mon séjour, les questions s'étoffent. Je m'interroge quant à l'apport de la psychomotricité dans un contexte non-occidental, un cadre sans les références habituelles au fonctionnement institutionnel : comme les dossiers médicaux des patients, les diagnostics, le matériel, ou encore la façon dont les enfants sont accompagnés dans leur développement, la façon dont on perçoit la maladie, l'investissement corporel...

² Mestre. C, 2005

Je suis revenue de ce voyage riche de réflexions et de nouveaux points de vue autour de ma façon d'envisager le soin et l'accompagnement d'enfants en difficultés.

Je suis aussi revenue avec l'envie de repartir, d'une part car ce voyage avait été un bouleversement, une rencontre avec une culture, une autre façon de voir la vie, un autre espace temps. D'autre part car des questions persistaient : j'avais cette envie d'approfondir ma découverte du soin interculturel. Cette autre façon de percevoir le corps et son influence sur la construction psychomotrice, mon envie d'écrire sur ce sujet, de pousser plus loin ma réflexion, de nourrir ma clinique. Comme le dit Claire Mestre dans *La trace du voyage* : « Le voyage transforme et c'est le corps qui le premier en reçoit les premiers indices. » J'ai alors voulu écouter ces indices, cette intuition qui m'ouvrait vers des pistes de réflexion pour mon mémoire, afin de faire une synthèse de tout ce que m'ont apporté mes études.

Neufs mois plus tard, j'ai eu l'occasion de repartir à Ouagadougou, accueillie cette fois-ci par une psychomotricienne dans un centre médical pluridisciplinaire. J'ai donc eu la chance d'y passer trois semaines de stages, j'y ai énormément appris et ai pu mûrir mon projet de mémoire de fin d'études. Au contact de mes patients Burkinabés, de leur famille, de mes discussions avec ma maîtresse de stage et collègues paramédicaux, j'ai pu affiner mon projet.

De ma clinique et de mes observations faites au quotidien pendant mes deux voyages est né un constat : Si le corps est vécu différemment qu'en Europe, l'occidentalisation au Burkina-Faso influence les pratiques corporelles et a alors un impact dans le développement psychomoteur de l'enfant. De ce constat s'est développée une question : quelle est la place de la psychomotricité dans le contexte d'occidentalisation au Burkina-Faso ?

Mon travail s'est alors centré sur la question de l'impact de l'occidentalisation dans les pratiques corporelles au Burkina-Faso, et de la manière dont la psychomotricité constitue un lien interculturel, de par son approche holistique de la construction psychocorporelle de l'individu, et par l'utilisation de médiations corporelles dans le processus thérapeutique.

La problématique de l'occidentalisation au Burkina-Faso étant extrêmement complexe et riche en questionnements, à travers ce mémoire, je vais vous exposer la réflexion qui s'est étayée sur mes expériences et mes recherches.

Nous verrons tout d'abord comment la culture autour du corps en Afrique peut influencer l'élaboration de l'organisation psychomotrice de l'enfant. Nous verrons également comment la maladie et le handicap sont perçus au Burkina-Faso. L'étude du corps autour de la grossesse, du maternage et de l'enfance nous permettra d'introduire ensuite les cas cliniques qui m'ont posé questions.

Cela nous amènera à l'étude du concept d'occidentalisation et à la manière dont il s'exprime dans les pratiques corporelles culturelles et dans le développement de l'enfant.

Nous verrons enfin comment la psychomotricité, par ses fondements théoriques, les inspirations qu'elle peut tirer de l'ethnopsychiatrie et les liens avec les pratiques culturelles du Burkina-Faso, peut alors ouvrir à un espace d'échange interculturel dans le domaine du soin et du corps.

Partie 1. Corps africain : Un rapport au corps singulier

I Corps et Afrique

I.1 Le Burkina-Faso

En langue Dioula et Mooré, principales langues nationales, *Burkina* signifie « intégrité, dignité, droiture », et *Faso* « terre de nos ancêtres » : le Burkina-Faso (BF) est donc le « Pays des hommes intègres ». Anciennement appelée Haute-Volta avant son indépendance en août 1984, le BF est situé en Afrique de l'Ouest, en dessous du Sahara, et ceint par le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire. La superficie est de 274 200 Km² pour une population de 18 420 000 personnes (en 2016, ined.fr note de bas de page). La langue officielle est le Français, bien que de nombreux dialectes tels ceux cités plus hauts soient également parlés. Cela est dû au fait de la pluriethnicité existant au Burkina, les différentes ethnies sont les Mossi (ethnie majoritaire), Dioula, Peuls, Bwaba, Touaregs, Lobi... L'ensemble de ces populations cohabitent dans une mixité religieuse de « vivre-ensemble », avec environ 56% de la population musulmane, 30% animiste et 20% chrétienne³.

Le Burkina-Faso est un pays en voie de développement, membre de l'Union économique et monétaire Ouest-Africaine. Cependant, un tiers du pays vit encore en-dessous du seuil de pauvreté. Premier producteur Africain de coton malgré une aridité des sols importante, l'agriculture représente 32% de l'économie nationale. Il faut également noter des productions minières importantes telles que le cuivre, le fer, le zinc et l'or. Sa capitale économique est Ouagadougou, située en plein centre du pays (1 181 702 habitants). La deuxième plus grande ville est Bobo-Dioulasso, qui est considérée comme la capitale culturelle du pays.

Le régime politique est une république parlementaire à suffrage universel. C'est aussi le pays d'un grand leader Panafricaniste : Thomas Sankara, qui a été le chef de l'Etat de 1983 à 1987. Suite à un coup d'état en 1987, Blaise Compaoré devient le président du pays et le restera jusqu'en 2014, où il démissionne suite à un important soulèvement populaire. Après un an de transition démocratique sous la présidence de Michel Kafando, Roch-Marc Kaboré est élu président de la république le 29 décembre 2015.

³ Janin. S, 2010

I.2 Le système de soin au Burkina-Faso

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution du Burkina du 2 juin 1991. L'article 18 admet que la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées, handicapées et aux cas sociaux, sont des droits sociaux reconnus par ce texte. Plusieurs valeurs et principes ont été intégrés par le système de soin Burkinabé :

- la santé est un droit fondamental de l'être humain, elle est au cœur du développement
- l'équité, l'éthique, la justice sociale et la solidarité doivent guider les choix en matière de santé
- les femmes et les hommes ont des besoins de santé spécifiques, tout être humain a le devoir de participer individuellement et collectivement à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés
- le maintien, la promotion et la restauration de la santé impliquent une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire.

Sur le plan opérationnel, les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux :

- Les districts sanitaires sont chargés de la planification opérationnelle et de la mise en œuvre des programmes de santé.
- Le service de Santé des Forces Armées Nationales, l'Office de Santé des Travailleurs, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et les services de santé scolaires et universitaires contribuent à l'offre de soin à différents niveaux.
- La médecine et la pharmacopée traditionnelles, reconnues depuis 1994 dans le code de la santé publique, jouent un rôle important dans la prise en charge des maladies.

Le pays a adopté sa politique nationale sanitaire en 2000 puis l'a renouvelé en 2010. Un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Voici quelques axes qui ont été retenus sont : l'amélioration des prestations de service de santé, la promotion de la santé et la lutte contre les maladies, le développement des infrastructures, des équipements et des produits de santé, la promotion de la recherche pour la santé, l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé...⁴

⁴ Janin. S, 2010

Cependant, l'offre de soin est encore insuffisante et mal réparti sur l'ensemble du pays, les soignants sont peu formés et le matériel manque. Ouagadougou et Bobo-Dioulasso sont équipées d'un centre hospitalier comprenant des urgences, consultations externes, laboratoire, radiologie, services chirurgicaux... En revanche les villes moyennes ont seulement un hôpital, et les plus petites villes n'ont à leur disposition qu'un dispensaire. Cette offre de soin est également limitée par le coût d'une consultation qui est compris entre 2000 et 3000 FCFA⁵ à l'hôpital de Ouagadougou. Notons que 655 FCFA= 1 euro, et que le salaire minimum au Burkina est d'environ 33 139 FCA, soit cinquante euros par mois.

De plus, une grande partie de la population étant encore illettrée, il leur est difficile d'avoir accès aux informations concernant les droits à la santé. Les personnes handicapées, souvent rejetées, y ont peu accès et n'ont donc pas idée de l'existence des lois qui encadrent leur santé.

En matière de santé mentale, le pays a une offre très peu développée, et la méconnaissance de cette discipline reste encore très grande. Il existe actuellement moins de dix pédopsychiatres au Burkina-Faso⁶. La formation dans le domaine de la psychiatrie en générale, reste un très grand chantier d'action médico-sociale.

I.3 La perception du handicap et de la Maladie en Afrique

Je vais ici explorer la façon dont la maladie et le handicap sont perçus en Afrique. Chaque culture possède un système de soin façonné par ses croyances et ses moyens. Un dispositif adapté peut alors se mettre en place dans le cas où la maladie touche l'individu.

Avant toute chose, donnons ici une définition de la culture : « Selon l'Unesco, la culture, dans son sens large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe

⁵ FCFA = Franc de la Communauté Financière d'Afrique.

⁶ Krumholz.M, 2014, p.21

social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et croyances ».⁷

Au cours de mes recherches, j'ai pu observer qu'en Afrique, corps et esprit ne sont pas considérés comme deux entités séparées⁸. La façon d'envisager l'être et la maladie sont donc différentes de nos conceptions Occidentales.

Aussi, le soin est profondément ancré dans le quotidien de cette culture, si bien qu'il est difficile de le considérer comme une activité à part entière. Les sociétés traditionnelles comprennent des castes d'appartenance à des corps de métiers comme il en existe encore au Burkina. Les guérisseurs représentent une caste particulière, ils se transmettent ce don de générations en générations. La personne malade peut se rendre chez le guérisseur autant « pour une maladie de peau que pour une tristesse »⁹. Il faut aussi noter l'importance de la démarche thérapeutique, comme nous le dit F. Laplantine : « Comme chez nous il existe dans la plupart des sociétés africaines des spécialistes et des spécialités pharmaceutiques, mais elles sont toujours associées à un traitement d'ensemble qui a un impact affectif, émotionnel et social évident »¹⁰.

Nous voyons donc comment la médecine prend en compte l'individu dans sa globalité, comme la psychomotricité le fait également.

Avec le processus d'occidentalisation, les nouvelles médecines prennent une place importante. Mais la médecine traditionnelle reste encore très investie par les Burkinabés, notamment l'utilisation des plantes médicinales. Très recherchées dans les villages, les plantes sont accessibles par leur faible coût et évite d'aller à la pharmacie, qui peut être loin. Car si la « médecine Blanche » a été très utilisée, face à certains échecs, les populations se sont redirigées vers leur propre médecine. Les prescriptions du guérisseur sont, de plus, souvent accompagnées par des rituels et sacrifices d'animaux (poulets généralement), qui sont adressés aux ancêtres et aux esprits : c'est-à-dire le monde de l'Invisible. Cette notion renvoie aux croyances et superstitions africaines. Avoir recourt à ce type de médecine signifie bien le rapport singulier à la maladie, qui est considéré « comme une rupture entre l'Homme et la nature »¹¹.

⁷ De Fresse De Monval.A, 2015

⁸ Laplantine F, 1976

⁹ Moro M.R, 2010

¹⁰ Laplantine F, 1976, p.55

¹¹ Janin S. 2010

Nous voyons donc l'aspect spirituel et holistique dont est marqué le corps dans cette culture.

En Afrique, l'individu est considéré comme faisant partie d'un tout social et naturel, le sentiment d'individuation est vécu d'une façon particulière. La société occidentale se tourne vers l'individualisme, bien que le système de santé tende à se tourner vers l'Autre, vers un positionnement groupal. En Afrique, les noyaux sociaux sont fondés sur l'appartenance à un groupe, aussi, quand quelqu'un tombe malade, c'est le groupe dans sa totalité qui se considère comme malade. La maladie doit donc être considérée comme « signe d'un déséquilibre social, et l'action thérapeutique collective comme tentative de restauration de l'équilibration menacé »¹².

La pathologie, dans toutes les ethnies ancestrales africaines, est connotée par la notion de culpabilité, de transgression d'un interdit qui s'exprime à-travers l'arrivée d'une maladie, d'un handicap. La recherche de la cause va être fondamentale dans la démarche diagnostique et thérapeutique pratiquée en médecine traditionnelle. Le fait d'accompagner cette recherche va aussi créer l'alliance thérapeutique.

La vision du handicap est cependant singulière, même si la recherche de cause/effet est là même. Comme nous le verrons, le handicap peut-être l'expression d'une transgression d'une règle sociale, alimentaire, religieuse ayant eu lieu durant la grossesse. Il peut être compris comme la punition pour un acte interdit, la prise de possession du corps par un mauvais esprit ou encore une maladie exprimant un rappel à l'ordre. Le regard porté sur l'enfant peut être lourd de sens. Par exemple, il peut être considéré comme un enfant sorcier doté de pouvoirs maléfiques, et donc provoquer de la peur, cela l'excluant de son groupe. Une pathologie, comme nous décrivons l'autisme en Europe, peut se retrouver chez un enfant qui sera perçu comme un enfant possédé par un mauvais esprit. Un enfant trop précoce et ayant beaucoup de questionnements, ce qui est valorisé en Occident, pourra également être mal vu. Cela pourrait correspondre à un « enfant-adulte », qui remet en question l'ordre du groupe, ce qui n'est pas très bien vu en Afrique.

Notons également les pathologies du nom. En Afrique, et dans beaucoup de cultures orientales, un nom mal donné peut rendre un enfant malade, ou du moins créer un

¹² Laplantine F, 1976

grand déséquilibre dans sa vie, si le nom donné ne correspond pas à sa « nature », c'est-à-dire son caractère. Comme nous le verrons plus tard lors de la naissance de l'enfant, la démarche de la famille pour savoir qui est cet enfant qui leur arrive, va influencer leur rapport à l'enfant et le choix du nom.

Dans son mémoire « Voyage au cœur de l'interculturalité en psychomotricité », M. Krumholz ¹³ souligne l'importance des mots utilisés en mooré pour parler du handicap : « En mooré, langue parlée par les Mossi, le handicap est désigné d'une part par le terme *komse* qui signifie avoir un manque, une faiblesse physique, ne pas être normal, et d'autre part par *poglogo* qui signifie littéralement une blessure, une diminution dans la présentation physique ou mentale de l'individu. » Cela permet donc de se représenter la façon dont est considérée une personne handicapée, qui de part son statut amoindri, n'a pas sa place dans le fonctionnement groupal. Dans son mémoire, M. Krumholz met également en évidence le fait que beaucoup d'enfants handicapés sont enfermés, cachés à l'entourage, voire chassés de leur famille, eu égard à la façon dont ils peuvent être perçus ou devant le désarroi des familles qui ne savent pas comment s'en occuper par l'impossibilité d'accéder à des soins médicaux.

De plus, dans cette culture, l'enfant est perçu comme la personne qui prendra la relève de ses parents. Alors quel avenir pour un enfant handicapé, ou tout du moins différent des autres et qui a des difficultés pour s'intégrer à son environnement ?

Au Burkina, pays où la religion est très importante, l'explication du handicap peut aussi trouver son sens par la volonté divine. Pouvant être reçu comme une punition, comme expliqué précédemment, le handicap peut aussi être une distinction divine. Lors de mon premier stage dans le centre d'aide psychologique pour enfants handicapés mentaux, une rencontre avec les parents avait été organisée. Je me souviens d'un long moment où les parents s'étaient réunis afin d'échanger leurs difficultés quotidiennes avec leur enfant et comment ils les géraient. Dans ce moment difficile où plusieurs maman pleuraient, une dame s'était levée en disant « Je sais que nos enfants sont différents, et que c'est difficile de s'en occuper jour après jour. Mais si Dieu nous a envoyé ces enfants, c'est parce qu'Il sait que nous avons la force pour nous en occuper ».

¹³ Krumholz M, 2014

L'ensemble de ces éléments nous permet donc de voir comment la culture va déterminer la façon de prendre en charge, ou non, l'enfant handicapé. Le regard et les intentions portées seront donc déterminants dans la façon dont l'enfant va vivre sa relation aux autres, comment il entre en interaction avec son environnement, et la relation à son corps.

I.4 Le corps en Afrique : corps vécu

Pourrait-on qualifier l'Afrique de continent sensoriel ? Dès mon premier voyage, j'ai eu cette impression très forte que le corps me paraissait plus en relief, plus investit...plus vécu ? D'où vient cette idée commune que les africains sont plus « à l'aise » corporellement ?

Le corps et la vie semblent emprunt d'une dimension sacrée de moins en moins présente en Europe. Cette sacralisation passe par les différents éléments présentés dans cette partie. Nous l'avons vu précédemment, la place de l'individu dans la société, de la maladie, marquent le corps comme entité sacrée appartenant à un tout groupal.

Nous allons voir ici que le corps Africain est également le support d'une expression identitaire, voire artistique, définissant ses relations aux autres. L'ensemble de ces pratiques autour du corps seraient alors une manière de lui donner plus de relief et de place au quotidien et dans les représentations psychiques des êtres.

I.4.1 Les marquages et ornements corporels

Il semblerait que cette représentation de corps plus investit vienne de loin. Dans toutes les ethnies ancestrales d'Afrique (Mossi, Bobo, Peuls, Mandingues, Massaï, Bantous...), le corps est paré et décoré.

Tout d'abord par des bijoux, signes d'un statut social élevé, sont porteurs de sens selon l'endroit où ils sont placés. Les bijoux ornant la bouche, ou les oreilles peuvent mettre en évidence l'aspect sensoriel ou fonctionnel de cette partie du corps. Une langue, des lèvres portant un anneau soulignent le sens de la parole, de la transmission orale,

extrêmement importante dans les sociétés traditionnelles Africaines. Une oreille décorée de plusieurs bijoux symbolise le sens de l'écoute, qui peut-être très développé chez la personne qui la porte. Des bagues accentuent la lourdeur d'un doigt et l'expression d'un geste ; les doigts symbolisant la force vitale et la maîtrise de la parole. Une chevillière confère à la femme qui la porte une démarche chaloupée et donc séductrice, qui codifiera alors le statut social de cette femme (ici, elle ne fera pas partie des femmes s'occupant des domesticités).¹⁴ Ces parures en métal sont à la fois symboliques mais donnent aussi une dynamique expressive singulière au corps.

Notons aussi la place importante des scarifications, ou cicatrices, qui se pratiquent encore, même si elles tendent aujourd'hui à disparaître. Une légende dit qu'un lion aurait laissé cette marque sur un enfant afin de signifier leur amitié¹⁵... Ces marquages cutanés symbolisent l'appartenance à une ethnie précise, selon la forme, la longueur et la localisation (Pommettes, ailes du nez, front, menton, ventre..).Elles sont la preuve d'une appartenance à un groupe social ou à un rang social, un symbole de protection. Signes de réincarnation ou de maladie, elles peuvent aussi être un critère de beauté, à exhiber lors de cérémonies. Au Burkina-Faso, de nombreuses ethnies pratiquent les scarifications (Mossi, Bissa, Gourmantché...). Un spécialiste opère ces scarifications sur les enfants de 2-3ans, qui sont recouvertes de potasse (potassium en poudre) puis de beurre de Karité.

La peau peut aussi être ornée par des peintures, qui se font en groupe car elles ont un rôle de renforcement des liens au sein du groupe. De plus il est de plus très important de prendre soin de sa peau, aussi nombreuses sont les ethnies à utiliser des poudres, des onguents.

L'ensemble de ces pratiques semblent alors tendre à magnifier le corps, à le sublimer. Autant dans sa sensorialité et dans son expressivité artistique, que dans son rôle d'interface sociale avec le groupe. Nous pouvons alors penser que ces pratiques corporelles tendent à enrichir l'Image du Corps. En apportant une attention particulière aux zones parées de bijoux, marqués, peintes...l'inconscient s'enrichi de ces représentations corporelles, chargées sur le plan identitaire, comme le développe E. Pireyre dans sa théorie de l'image composite du corps. Nous reviendront plus loin sur les fondements théoriques

¹⁴ Boyer A.M, 2007

¹⁵ Janin S, 2010

de l'Image du Corps, et comment cet item psychomoteur sera développé dans la partie clinique.

I.4.2 L'éducation corporelle et l'initiation

Après avoir vu comment le corps est valorisé par les différentes techniques d'ornements corporels, il est également important de considérer l'éducation corporelle pratiquée par les groupes ethniques.

Dans son ouvrage *Yele Pe-Etre Homme, initiations traditionnelles et éducation corporelle au Burkina-Faso*¹⁶, A. Sanon nous décrit l'importance de la transmission des coutumes corporelles dans l'ethnie Bobo. En effet, les rites d'initiations qui marquent le passage de l'enfance à l'âge adulte, et les autres événements socioculturels (mariage, enterrement, récoltes) sont l'occasion d'apprentissages psychomoteurs. A-travers les chants, danses et acrobaties ayant toutes une haute portée symbolique. Nous verrons plus loin en quoi cette éducation corporelle participe au développement psychomoteur de l'enfant et à son inscription dans son groupe social.

La musique et la danse sont des composants de la vie quotidienne : on les retrouve dans les cérémonies, initiations, funérailles, sortie de masques, danse des fétiches...L'apprentissage de ces deux disciplines se fait sur le terrain, dès l'enfance, c'est donc tout naturellement que les enfants acquièrent rythme et aisance corporelle.

Il semble donc qu'à-travers l'ensemble des pratiques ancestrales explicitées ci-dessus, soit transmis l'importance d'une sorte de « mise en relief » du corps. Sa valorisation semble donner au corps africain une dimension autre que fonctionnelle. A la fois un lien relationnel entre les hommes, il est aussi un support d'expressivité. Sublimé, décoré, mis en mouvement, ce corps semble alors beaucoup plus vécu et investit. La personne peut alors s'épanouir et s'exprimer librement dans son environnement.

L'ensemble de ces coutumes façonnent le corps d'une façon différente que celle que nous connaissons en occident. Le développement psychomoteur de l'enfant, sa façon

¹⁶ Sanon. A, 2013

d'être au monde, soit influencés par ces stimulations diverses et signifiantes pour lui, puisqu'intégrées dans une organisation sociale définissant ses relations et interactions.

C'est donc peut-être par cet héritage de mise en valeur du corps que s'exprime cette impression que moi, occidentale, j'ai pu ressentir à-travers diverses observations. Cet axe corporel que l'on sent bien érigé, donnant une tenue si droite, permettant une démarche assurée et souple. Attraper, lancer, tenir, balayer, laver, serrer la main, manger... Tout mouvement m'est apparu comme beaucoup plus franc et intense.

Ayant pu m'imprégner de ce bain culturel, j'ai senti que je ne vivais plus mon corps de la même façon,

La façon de toucher est aussi différente. Toucher les autres, toucher les objets. J'ai pu remarquer au fil de mes séjours que j'intégrais naturellement ces nouvelles modalités : j'étais plus franches dans ma façon d'entrer en contact avec les autres, de leur serrer la main, j'étais plus ferme dans mes auto-contacts. Cette importance du toucher trouve sans doute sa source dans la culture du maternage, qui joue un rôle prédominant dans la façon dont les enfants vivent leur développement, ce que je vais développer par la suite.

I.5 Le maternage en Afrique de l'Ouest : corps touché.

Le maternage est un terme renvoyant aux différentes façons dont une mère va s'occuper et prendre soin de son bébé, définit comme « L'ensemble des soins qu'une mère, ou la personne qui la remplace, prodigue à un enfant »¹⁷. La façon de porter, toucher, parler au bébé, le stimuler, seront déterminées par la culture dans laquelle baignent la mère et l'enfant. D. Winnicott a décrit les notions de *Holding* et de *Handling* afin de préciser la façon dont la mère entre en interaction avec son bébé¹⁸. Le *Holding* est la façon dont l'enfant va être porté, tenu, par son parent, physiquement mais aussi psychiquement. Le *Handling* est la manière dont le parent va s'occuper de l'enfant, lui parler, le toucher, entrer en contact avec lui. Ces deux composantes vont alors participer à la construction psychocorporelle de l'enfant et à la relation avec la mère. Si ce concept est occidental, nous pouvons supposer que bien que la culture conditionne le maternage, l'expression va varier mais le processus de construction pour l'enfant sera le même.

¹⁷ Larousse, 2012

¹⁸ Winnicott D., 1992

Ici, le maternage Africain comporte des particularités qui vont influencer le développement psychomoteur de l'enfant. C'est à-travers ces différentes particularités que nous allons voir comment l'enfant Africain est stimulé dans son développement, de sa conception à son autonomisation au sein du groupe social.

Nous allons ici étudier comment le corps est vécu autour de la maternité et comment il détermine la façon dont le bébé sera perçu et accompagné au cours de son développement.

I.5.1 La grossesse

La grossesse est un moment très particulier dans la vie d'une femme Africaine, de part les nombreuses traditions à respecter. Même si les notions qui vont être présentées ici ne sont pas généralisables à toutes les ethnies, et que les croyances sont propres à chacun, cette période d'entre-deux est entourée de nombreux tabous.

Par exemple parce que la mortalité infantile en Afrique sub-saharienne reste encore importante de nos jours (63.5 décès d'enfants de moins d'un an pour mille naissances au Burkina-Faso en 2016)¹⁹.

J'ai eu l'occasion d'observer que les grossesses sont peu annoncées en dehors du cercle familial très proche, par superstition au vue de la mortalité, et également par pudeur. Pendant les trois premiers mois, la femme n'est pas considérée comme réellement enceinte, mais plutôt porteuse d'une masse sanguine qui peut ne pas tenir (idée qui se retrouve également en Occident, quand les femmes annoncent leur grossesse après les trois mois fatidiques).

De plus, la grossesse est entourée de nombreuses règles. Par exemple, la future maman doit respecter un régime alimentaire particulier. Il lui est interdit de consommer certains aliments qui pourraient donner des maladies, ou des anomalies physiques ou comportementales à l'enfant à naître. Par exemple le gibier qui pourrait conférer à l'enfant

¹⁹ Ined.fr

une morphologie particulière, ou un fruit dont l'écorce pourrait rappeler une maladie de peau. Il est aussi recommandé de ne pas consommer d'aliments qui à la cuisson deviendraient mous (comme certains poissons ou tubercules), sans quoi l'enfant à naître pourrait également être mou. Plusieurs interdits comportementaux sont également établis : ne pas faire de mal à un animal, ne pas toucher un animal mort, ne pas couper de viande sans avoir fait d'entailles sur la peau. Il peut aussi être interdit d'entrer dans une maison en deuil, d'assister à des funérailles ou de parler de fausse-couche. Chacun de ces actes pourraient être la cause d'une infirmité chez le bébé, d'un accouchement difficile ou de sa mort in-utéro. Il est également conseillé de ne pas nouer le pagne autour du cou, ou ne pas boire au goulot d'une bouteille : cela pourrait évoquer la naissance du bébé avec le cordon autour du cou.

Durant cette période, la femme est entourée des membres féminins de sa famille, de matrones suivant l'évolution de la grossesse. De plus, il faut savoir que lors de l'accouchement, les hommes ne sont pas autorisés à assister la mère. Ce fonctionnement a lieu dans les familles ayant accès aux soins dans des cliniques, comme dans des familles ayant un fonctionnement traditionnel où l'accouchement se fait à la maison. J'ai par exemple pu discuter de cela avec des amis burkinabés qui ont exprimé le regret qu'on les hommes de ne pouvoir assister leur femme durant l'accouchement. En effet, les sages-femmes ne laissent pas les maris être présents.

On peut donc ici voir l'importance donnée à l'aspect corporel et à l'examen du corps qui pourrait déceler, selon nos représentations culturelles, un signe précoce de handicap. Quand le bébé né, il est examiné sous tous ses angles : la forme du crâne, de la bouche, l'implantation des cheveux, « une particularité physique peut-être pris comme un signe d'enfant sorcier »²⁰

²⁰ Cherif A, 2006, p.57

I.5.2 Petite-enfance

Le nouveau-né à un statut social très particulier. Comme dans beaucoup de pays Africains, les naissances peuvent signifier le retour d'un ancêtre dans la famille, ou tout du moins une nouvelle vie qui vient remplacer celle d'un défunt.

Tout comme la vieillesse, la petite enfance est en lien avec l'avant et l'après vie sur Terre. Elles représentent le lien entre le monde Visible et Invisible, et ont de ce fait une place très respectable. Ce statut se maintient jusqu'aux environs de deux ans. Durant cette période, les bébés sont dans les gironnements maternels, allaités, portés au dos, dans les bras des membres de la famille ou des proches.

Mais quand l'enfant acquiert de l'autonomie le sevrage, la marche, la parole, ce sont les enfants aînés qui vont prendre une place plus éducative auprès de lui. Le petit enfant sera moins cajolé et laissé à la surveillance des plus grands.

Cependant, la place de l'enfant dans les sociétés africaines est centrale. Signe de réussite et de prospérité d'un couple, l'enfant organise la structure sociale par son besoin d'éducation par le groupe et son devoir d'honorer ledit groupe.

I.5.3 Les massages, le portage et la motricité libre

Les massages

Employés dans de nombreuses populations orientales, comme en Afrique, mais aussi en Inde, en Amérique du sud, les massages faits aux bébés ont une visée différente de la représentation que l'on s'en fait en France. Il ne s'agit pas là d'un moment de détente où l'on va rechercher à donner un toucher agréable et doux, bien que la détente puisse être un but sous-jacent. Dans ces techniques ancestrales, le massage a pour but de donner une contenance au bébé, en lui prodiguant un toucher franc, profond, où l'on va rechercher à lui donner des sensations profondes, qui pourront ainsi éveiller sa conscience corporelle, lui donner l'occasion de ressentir son corps. Les mouvements d'étirement et d'élongation vont rechercher à donner aux membres l'empreinte de leurs futures fonctions. Les

propriétés accordées à ce soin vont aussi dépendre du sexe de l'enfant : un psychologue burkinabé m'expliquait que pour une fille, des mouvements induisant la souplesse seront recherchés, quand pour un garçon on impulsera des mouvements visant à tonifier le corps.

B. Bril ²¹a distingué trois types d'interactions dans les massages, selon le continent où ils sont exercés. En Afrique, les pressions et le toucher impulsés sont très, voire trop stimulants, ce qui pourrait expliquer la précocité du développement psychomoteur de certains bébés. En Asie, les massages sont plus doux et accompagnants, visant un bien être et une harmonie, mais différents selon le sexe de l'enfant. Dans beaucoup de pays asiatiques, les naissances de petites filles sont souvent une mauvaise nouvelle, surtout quand la politique familiale du pays prône l'enfant unique. En occident (Europe, Amérique du Nord), les massages sont plus doux et ont un aspect moins dynamique.

Le portage

Quoi de plus emblématique que le portage au dos pour symboliser le maternage à l'africaine ? Si le portage au dos est utilisé par les mères afin d'avoir les bras dégagés pour s'occuper des tâches ménagères et se déplacer aisément, il est aussi bénéfique pour le développement du bébé.

En effet, ce mode de portage offre de nombreuses stimulations. Le contact en corps à corps offre une continuité des sensations de proximité connues in-utéro : le bébé passe, en quelque sorte, du ventre au dos maternel.. De plus, ce positionnement facilite les transferts lorsque le bébé a besoin d'être nourri au sein. Sur le plan neuromusculaire, la position en enroulement respecte l'équilibre tonique encore immature du bébé :hypotonie axiale et hypertonie des membres. Le bébé est soumis à divers stimulations : les pieds étant en dehors du pagne, ils reçoivent des informations tactiles, le dos est maintenu par le tissu qui offre un arrière fond et une contenance, et l'avant du corps est touché par le dos de la mère. De plus, ainsi porté, le bébé va suivre tous les mouvements engagés par le corps porteur : marcher, se pencher en avant, tourner, s'asseoir...seront autant de stimulations qui solliciteront son système vestibulaire et postural. Il peut ainsi sentir la respiration, la chaleur et les odeurs de sa mère, ce qui est très rassurant. Notons également que les

²¹ Bril.B, 1988

interactions sociales du bébé sont augmentées par cette position : il pourra voir le monde qui l'entoure, entrer en contact avec son entourage et donc se sentir inclus aux événements du quotidien : « Sur le plan social, le portage au dos permet à l'enfant de faire l'apprentissage de l'esprit communautaire, c'est-à-dire découvrir les visages des autres membres de la communauté »²².

Le portage au dos aide aussi l'enfant dans son développement psychoaffectif : « Sur le plan affectif, le portage sur le dos est utilisé comme un mode d'apaisement. Il est une autre manière de bercer un enfant qui pleure. Il favorise une relation de corps à corps entre l'enfant et sa mère. Il permet à l'enfant d'acquérir une bonne maîtrise de soi (chasser la peur). »²³

Nous voyons de plus en plus en France, des écharpes de portage, ou des grands tissus souples de plus en plus utilisés afin de porter les enfants d'une façon différente, sur le dos ou le ventre, et qui sont proposées lors de formations spécifiques pour les parents. Cependant, les études menées par B. Bril²⁴ montrent que le temps de portage diminue au fil de la première, puisque l'enfant acquiert la marche.

Il m'est arrivé plusieurs fois de voir des femmes rire de voir des enfants de plus de deux ans au dos, en disant qu'ils faisaient encore les bébés. Je me suis d'ailleurs posé la question suivante : le dos porteur de la mère, ne pourrait-il pas être considéré comme ayant la fonction d'un objet transitionnel ? En effet, les enfants africains ne semblent pas avoir de doudous. Peut-être cela est-ce dû au fait que la proximité physique continue dans laquelle ils sont plongés jusqu'à l'âge de deux ans, leur assure un accès à une sécurité interne plus précoce ? M.C et E. Ortigues ont étudié le développement d'enfants Wolof au Sénégal dans les années 1960. Ils ont émis l'hypothèse que le dos de la mère pourrait constituer un espace transitionnel, tel le doudou de l'enfant qui devient un objet transitionnel comme décrit par Winnicott²⁵. Cet espace corporel deviendrait alors source d'une sécurité interne.

²² Ezembe F, 2003,p.45

²³ Ezembe F, 2003,p.46

²⁴ Bril B, 2003, p.58

²⁵ Winnicott D, 2010

La motricité libre

La motricité libre correspond au fait de laisser le bébé se mouvoir selon ses capacités et ses envies dans un environnement sécurisé par l'adulte, mais lui laissant suffisamment de liberté afin qu'il fasse ses découvertes seul et sans intervention de l'adulte. Cela s'exprime par le fait de laisser le bébé au sol afin qu'il puisse apprendre à utiliser son corps pour ensuite se déplacer selon son développement, ne pas le mettre dans des positions qu'il n'a pas acquies seul, assis par exemple, et le laisser explorer l'environnement librement tout en étant attentif à ce qu'il ne se mette, pas en danger.

J'ai pu observer que les bébés sont très tôt posés au sol, sur des nattes (tapis faits de tresses en plastiques). Ils peuvent ainsi découvrir leur environnement, se mouvoir quand leur évolution neuro-motrice le leur permettra, et entrer en contact avec les membres du cercle familial. De plus, les enfants ont un accès relativement illimité à l'espace, d'autant plus qu'un adulte ou un enfant plus âgé sera toujours là pour le protéger d'un éventuel danger.

Nous voyons alors l'importance de la présence corporelle de la mère, comme le décrit P. Erny « Elle se laisse accaparer, même régir par l'enfant ; il est assez rare qu'elle le stimule ou s'adonne avec lui à un jeu affectif, à des expressions actives de tendresse, ou même lui parle, le cajole et cherche ainsi à se montrer à lui en tant que personne douée de réactions propres. Elle manifeste son attention en s'adaptant au petit, en se mettant à son écoute, le protégeant, lui fournissant ce qu'il réclame. Elle saura le regarder longuement en silence, ne lui répondant qu'avec des mouvements lents ou l'esquisse d'un sourire, mais sans chercher systématiquement à induire, par des gestes, ses paroles ou ses mimiques, des réactions émotionnelles ». ²⁶Nous voyons alors que les interactions entre la mère et son bébé sont influencées par le langage infra-verbal, et donnera des prémices de langage spécifiques au milieu culturel.

L'ensemble de ces pratiques corporelles et cette proximité physique semblent donc favoriser une stimulation précoce du bébé et donc une avancée plus importante dans son développement que les enfants occidentaux. Les observations de Geber et Dean effectuées

²⁶ Erny P, 1987, p.38

en Ouganda dans les années 1950²⁷ montrent que les enfants africains observés ont une avance entre un et trois mois en fonction des acquisitions motrices, comparés aux enfants européens. Le bébé africain tiendrait sa tête à 1 mois, pour 2 mois en Europe. Il se tient assis seul et peut se pencher vers l'avant vers 4 mois, quand l'enfant européen le fait vers 7-8 mois. J'ai pu constater cette avance sur trois bébés : un enfant de 10 mois commencer à marcher et courait à 12 mois, pouvait se servir d'une cuillère à soupe pour transvaser de la nourriture dans une assiette à 19 mois. Deux bébés de quatre mois pouvaient s'asseoir, et ramper à 6 mois (contre 9 mois en Europe).²⁸

Les travaux de M. Geber ont de plus montré que « les enfants africains de milieu urbain ne montraient pas une avancée aussi marquée. Par ailleurs, l'avance si étonnante dans les premiers mois semblaient stagner à partir de dix-huit mois pour les enfants africains de milieu traditionnel alors que ceux de milieu modernisé paraissaient à cet âge plus dynamiques, persévérants, indépendants. La cause en serait le sevrage pas toujours compensé par une alimentation suffisamment riche et souvent accompagnée d'une nouvelle grossesse »²⁹.

Notons également que les domaines comme le symbolisme et l'expression des émotions sont moins investies par les enfants. J'ai eu l'occasion de discuter des particularités du développement psychomoteur des enfants Burkinabés avec ma maîtresse de stage à Ouagadougou. Elle me disait effectivement que les enfants sont plus souvent dans des jeux moteurs et moins dans de l'imagination qui peut par exemple s'exprimer par le dessin. Le domaine psychoaffectif est peut-être également moins exprimé. En effet, la pudeur est une vertu culturelle, il est mal vu d'être trop démonstratif, notamment dans la tristesse. J'ai plusieurs fois vu des adultes dire aux enfants de ne pas pleurer, les larmes n'étant de mises que lorsqu'un grand malheur, comme la mort, vient s'abattre sur la vie quotidienne.

Ce développement psychomoteur est donc à relativiser.

Après avoir exploré une approche de la culture autour du corps en Afrique, et la façon dont elle peut construire l'identité psychocorporelle de l'enfant, je vais présenter ici les deux cas cliniques retenus dans le cadre de ce mémoire.

²⁷ Brill B, 1988

²⁸ Brill B, 1988, p.57.58

²⁹ Ezembe. F, 2003

Partie 2. Rencontre avec Mélane et May

Au Burkina-Faso, les deux psychomotriciennes résidant de façon permanente dans le pays sont toutes deux françaises. L'exercice de la psychomotricité y est difficile : en effet, il n'y a pas de prescription médicale, ce sont bien souvent les instituteurs qui signalent un problème dans le développement de l'enfant. Cela joue son importance dans l'adhésion thérapeutique, car il n'y a pas de médecin référent de la famille qui pourrait souligner l'importance d'emmener l'enfant se faire soigner. La psychomotricienne avec qui j'ai pu être en stage fait de la sensibilisation à la psychomotricité et aux troubles psychomoteurs dans les écoles et structures accueillant des enfants. Les instituteurs sensibilisés orientent donc les enfants en consultation avec un objectif plus rééducatif que thérapeutique, puisque l'enfant n'arrive pas à s'adapter aux demandes scolaires. Le fait également que les psychomotriciennes exerçant soient dans une structure où les soins sont payants ou dans une structure régit par des contrats de projet solidaire va faire une différence dans l'investissement de la psychomotricité. Comme nous l'avons vu, les soins payants ne sont pas abordables pour toutes les personnes qui en auraient besoin.

L'ensemble de ces conditions va donc influencer l'accès aux soins et l'adhésion thérapeutique. Nous allons voir ici comment est proposée la psychomotricité dans le lieu de stage d'où sont tirés les cas cliniques suivants.

I. La psychomotricité au sein du lieu de stage

I.1 Présentation du lieu de stage

J'ai rencontré ces deux petites filles lors de mon deuxième stage au Burkina-Faso, à Ouagadougou. Il s'agit d'un centre paramédical ayant un statut associatif de droit burkinabé à but non lucratif. Son objectif principal est la promotion et la sensibilisation de la santé mentale au Burkina-Faso. L'association est en activité depuis 2013. Travaillent là-bas une psychomotricienne, une psychologue, une ostéopathe, une orthophoniste et une kinésithérapeute. Les consultations et séances sont payantes, mais elles s'adaptent aux revenus burkinabés. Une consultation ou séance coûtent donc entre 10 000 ou 15 000 FCFA, ce qui correspond à une vingtaine d'euros. Bien qu'il arrive que les thérapeutes fassent des séances gratuites pour des familles n'ayant pas les moyens, les patients que j'ai

suivi sur place étaient issus de la classe moyenne émergente en Afrique de l'Ouest, ou de familles aisées.

Mélane et May sont toutes deux issues de cette classe moyenne émergente. Cette aisance économique accentue l'accès à la culture Occidentale, ce qui, nous le verrons, a joué un rôle dans les troubles psychomoteurs de ces deux petites filles.

I.2 Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est donc réalisé sans prescription médicale. Lorsque les enfants sont envoyés par un médecin, c'est qu'il s'agit de pathologies neuro-motrices (type IMC)³⁰ ou bien de pathologies psychiatriques (autisme).

La psychomotricienne l'adresse ensuite à l'enseignant de l'enfant ou au médecin et fait un retour au(x) parent(s) lors d'un entretien. L'importance du prescripteur s'illustre donc ici : pour qui est ce bilan, dans quel but, et que devient-il ensuite ? D'autant plus dans une culture où l'oral reste encore plus importante que l'écrit.

Cependant, faire un bilan est indispensable afin de cerner les difficultés de l'enfant et de mettre en valeur ses compétences. Laisser une trace est important dans le suivi de l'enfant et dans son histoire, que ce soit utilisé par la suite ou non.

Les deux enfants ont passé un bilan psychomoteur classique, évaluant :

- le graphisme
- les somatognosies
- les coordinations
- le tonus
- la latéralité
- les praxies
- la motricité fine et globale

³⁰ I.M.C : Infirmité Motrice Cérébrale

Ma maître de stage utilisait les tests classiques (EMG, Charlop-Atwell, Somatognosie, dessin du bonhomme de Goodenough), et également le test des concepts de base de Boehm, qui évalue la compréhension des concepts de base utilisés à l'école (consignes verbales, repères spatio-temporels, unités de grandeur...).

De plus, ma maître de stage ne s'attachait pas à coter tous ses bilans, privilégiant l'aspect qualitatif et l'observation en situation spontanée. Il lui arrivait de faire passer des épreuves de bilan pendant des temps où l'enfant pouvait être au sol en train de jouer : par exemple en demandant de reproduire des gestes de l'EMG.

Notons également que les bilans ont été étalonnés en Occident, cela pose donc la question de la validité des résultats trouvés, puisque calqués sur le développement psychomoteur d'enfants occidentaux. Ce qui explique également le choix de privilégier l'aspect qualitatif des observations.

I.3 L'image du corps et le corps dans l'espace-temps

Je vais ici développer ces deux grands items psychomoteurs car ce sont ceux qui sont le plus impactés dans le cas des deux cas cliniques. Nous allons ici voir comment ils se définissent, quelles en sont les composantes et comment ils façonnent la construction psychocorporelle. Puis nous verrons comment ils s'expriment dans le cadre africain que j'ai pu observer avec mon point de vue psychomoteur.

I.3.1 Autour du corps

I.3.1.1 Le corps

Le corps est l'élément fondamental de la psychomotricité, ce autour de quoi vont tourner tous les grands items psychomoteurs : tonus, schéma corporel, latéralité, temps, espace, mouvements, émotions... Toutes ces composantes interagissent ensemble afin de créer un corps pensant, en mouvement, un corps qui ressent et entre en relation avec l'autre. La notion de corps renvoie à différents sens :

- un sens objectif et factuel, définit comme la « partie matérielle des êtres animés, l'organisme humain, opposé à l'esprit, à l'âme). »³¹

³¹ Le Robert de Poche, 2011

- un sens subjectif et philosophique, comme en parle Husserl, en décrivant le corps comme à l'origine de toutes les expériences vécues par l'Homme. En plus d'une anatomie et d'une physiologie de base donnée à la naissance, le corps se façonne en fonction de nos interactions et expériences de vies. On parle alors de « corporéité », concept développé par Merleau-Ponty, qui décrit le corps en lien avec l'espace et le temps grâce à ses perceptions, émotions et pensées, la parole et l'expression qui font que l'individu développe ce sentiment d'être propriétaire de son corps. Ce sentiment de corps propre va donc définir nos relations au monde.

C'est cet aspect du corps que l'on travaille en psychomotricité. Il s'agit dans cette discipline, de mettre en mouvement l'ensemble des ces facultés psychocorporelles afin d'amener l'individu à, comme le dirait A. Bullinger , faire de son organisme son corps, afin de tendre à une harmonie et une unification psycho-corporelle.

A. Lebreton³²explique que dans les sociétés traditionnelles, le corps fait partie du tout universel, terrestre et cosmique, comme nous l'avons eu plus haut dans le traitement des maladies par les médecines traditionnelles. Nous pourrions alors nous demander comment l'individu construit son sentiment d'individuation. Comment se sentir sujet quand l'on fait partie d'un grand tout, quand on est l'enfant de tout un village ?

I.3.1.2.L'image du corps

Dans le cas de May, les troubles présentés, associés à son histoire de vie, m'ont évoqué une problématique concernant l'image du corps.

Historiquement, ce terme fait son apparition au début du XXème siècle. Il est décrit par le neurologue allemand Pick, qui met en évidence le lien entre les sensations perçues par le corps et les représentations visuelles. Ce lien permet donc de localiser les sensations sur le corps. C'est selon lui, grâce à ce lien que l'orientation du corps propre se fait dans l'espace.

³² LeBreton.D, 2013

A cette époque, image du corps et schéma corporel ne sont pas encore des notions distinctes. Le schéma corporel pourrait se définir comme la connaissance de la localisation des parties du corps les unes par rapport aux autres. C'est une connaissance et une représentation mentale consciente, qui s'acquiert durant le développement psychomoteur de l'enfant et qui est commune à tout le monde.

L'image du corps est, à l'inverse, une représentation inconsciente et personnelle que chaque personne se fait de son corps, en fonction de ses expériences et de ses interactions avec son environnement. C'est une image qui évolue tout au long de la vie et qui est, de ce fait, en constante modification.

C'est principalement l'apport de P. Schilder, dans les années 1930, qui va signifier une différence entre ces deux théorisations. Il propose une vision plus globale de l'articulation entre la perception et les représentations corporelles, en soulignant le rapport entre les composantes biologiques, psychologiques et sociales rattachées au corps. Il définit donc l'image du corps comme « la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes », et qui correspondrait à « une inscription progressive à laquelle s'associe une structuration libidinale qui se construit autour des zones érogènes »³³. Cette constitution psychique inconsciente participerait à l'émergence du Moi.

Il me semble également intéressant de citer l'approche de Deleuze, qui décrit le rôle des zones érogènes qui se construisent psychiquement chez l'enfant, grâce aux contacts corporels qu'il aura eu à différents endroits de son corps. La constitution de ces zones donnerait, selon lui, émergence à une sorte de puzzle corporel, tel un « habit d'arlequin ». Chaque zone colorée correspondrait à une zone corporelle rattachée à un affect, un contact amené par l'adulte sur le corps de l'enfant. En fonction d'expériences sensorielles plus ou moins agréables vécues par le bébé, et le regard de l'adulte porté sur son corps, cet « habit d'arlequin » se teintera de différentes façons.

Nous voyons donc ici la manière dont le corps va être perçu et pensé par l'enfant dans son développement, en fonction de ses interactions avec ses parents, sa culture et la façon dont on perçoit son corps. Cet item psychomoteur participe alors à la construction de l'identité, comme le décrit E. Pireyre dans sa théorie de l'image composite du corps.

³³ Pavot C, 2012

Selon lui, bien que l'image du corps soit inconsciente, comme l'ont montré les travaux psychanalytiques de Dolto, elle pourrait cependant revenir à l'état d'image consciente³⁴, cela à-travers 9 composantes :

- le sentiment de continuité d'existence décrit par Dolto
- les trois images décrites par Dolto (image de base, fonctionnelle et sexuelle)
- le tonus : hypertonies, syncinésies ; troubles du tonus au sens large
- les capacités communicationnelles du corps, par la communication infra-verbale et les réactions venant des différents canaux sensoriels, comme l'a décrit Ajuriaguerra : les mimiques, les attitudes, les modifications toniques fines ou généralisées, les réactions de prestances, l'activité motrice.
- les angoisses corporelles archaïques : telles la dévoration, la liquéfaction, l'effondrement, le morcellement.
- la sensorialité : la peau, les récepteurs sensoriels, la sensibilité somato-viscérale.
- la prise de conscience du corps : qui passe par la jonction entre sensations, émotions et représentations, la proprioception.

L'imaginaire joue également important dans cette construction de l'image du corps. C'est, selon S. Ali, « le corps est ce qui permet à la représentation d'exister, sur le double plan du réel et de l'imaginaire »³⁵. Les représentations symboliques sont essentielles à la perception du corps, qui s'ajoutera aux perceptions sensorielles et kinesthésiques. Ces représentations sont alors empruntées d'affects qui façonneront la façon dont le corps est vécu, et qui pourront s'exprimer par les mouvements, la façon dont le corps est perçu, l'équilibre tonique... « La représentation du corps est une médiation entre l'imaginaire et la perception réelle »³⁶, et peut-être d'autant plus exacerbée chez l'enfant. A une période où apprentissages, nouvelles sensations et imaginaire sont en plein essor, un trouble de

³⁴ Pireyre.E, 2016

³⁵ Scialom.P, Giromini.F, Albaret.J.M, 2011, p.203

³⁶ Scialom.P, Giromini.F, Albaret.J.M, 2011, p..203

cette représentation du corps peut donc avoir une origine et un effet sur plusieurs domaines (cognitif, perceptif, affectif, moteur).

En psychomotricité, comme nous l'avons vu, les troubles de l'image du corps viennent toucher l'être dans sa globalité, puisque notre façon d'appréhender l'environnement et d'entrer en contact avec l'Autre sera définie par la manière dont nous nous percevons. Cette perception, inconsciente ou préconsciente selon les auteurs, doit, pour exister s'appuyer sur des repères corporels tels que le repérage dans l'espace, le temps, la latéralisation, le schéma corporel et la régulation tonique, afin de donner l'émergence à cette représentation qui se modifie en permanence.

Un trouble psychomoteur « s'insinue dans le jeu des éléments de l'action qui se définit comme l'ajustement des moyens à un but. Il vient donc troubler les relations entre les moyens et leur fin »³⁷. Il s'agit donc d'une atteinte dans la façon dont la personne va s'engager dans le mouvement et dans la relation à l'autre. Les étiologies sont multiples et sont généralement intriqués les unes avec les autres : facteurs génétiques, neurologiques, développementaux, psychiatriques psychoaffectif ou sociaux. Ces troubles entraînent alors des désordres moteurs et/ou corporels.

Dans le cas de la problématique de l'image du corps, l'investissement corporel et de l'espace, l'adaptation à l'environnement et les relations aux autres pourront être touchés du fait de la mauvaise représentation psychique de son corps par l'individu. Cela va s'exprimer à-travers diverses formes : dysmorphophobie³⁸. Selon E. Pireyre, cela peut aussi se traduire par des troubles du tonus, des chutes répétées, de la maladresse...

M. Lemay parle « d'image corporelle »³⁹, qui serait la « perception émotionnelle qu'un être peut avoir de son propre corps. Selon lui, des carences au niveau affectif vécues pendant l'enfance et la petite enfance, seraient à l'origine de troubles de l'image corporelle. L'enfant n'ayant pas été suffisamment vu et sollicité comme « bon », son corps n'aurait pas non plus été suffisamment sollicité, touché, regardé, aimé. Atteint dans sa capacité à être aimé, l'enfant ne peut donc pas développer des représentations de son corps

³⁷ Corraze J., 2010

³⁸ Dysmorphophobie : représentation faussée du corps, impression d'étrangeté devant une partie de son propre corps, de non-reconnaissance

³⁹ Lemay M, 1979, p.117

de bonne qualité. Cela pourrait alors s'exprimer par une maladresse motrice, un manque de soin dans les activités.

I.3.1.3 La vision du corps en Afrique

Comme nous l'avons vu dans la partie A I, de part les pratiques corporelles propres au Burkina-Faso, et le lien entre les expériences culturelles et la façon dont se construit l'image du corps, nous pouvons supposer que la façon dont le corps est perçu en Afrique diffère de la nôtre.

Rappelons que cette vision est sans doute tout d'abord due au fait que l'appartenance au groupe est l'élément fondateur de la société Africaine. Le bien-être individuel est de ce fait moins important que l'inclusion et la participation au groupe social. Cette façon d'envisager l'Être est donc valable pour son corps : nous avons également vu que le corps est considéré comme faisant partie d'un grand tout universel, en lien avec la nature. La spiritualité étant indissociable de l'état de santé, le corps est alors un réceptacle aux éléments divins ou ésotériques. C'est aussi pour cela que le corps malade et souffrant peut être le signe d'une malédiction, d'impureté.

Notons que cette notion d'impureté est également présente dans le processus de latéralisation : en Afrique, la main gauche est celle réservée pour les tachés, impures comme essuyer une partie de son corps, ou que l'accoucheuse utilise par exemple lorsqu'elle examine une femme parturiente.⁴⁰

I.3.2 L'organisation spatio-temporelle

En psychomotricité, ces deux notions sont fondamentales puisqu'elles permettent de nous situer dans un lieu et un moment donné. Dans le cas de May et Mélanie, nous avons pu noter des troubles psychomoteurs dans ce domaine.

Ces deux composantes sont indissociables : nos actions s'organisent dans un espace plus ou moins précis, défini par une temporalité qui est variable selon les conditions de l'environnement. L'espace et le temps donnent au corps une organisation et un cadre

⁴⁰ Bonnet.D, 1988

particulier : cela nous permet de discriminer les sensations, à quel moment, comment elles s'inscrivent dans le corps en fonction de leur fréquence et du lieu où l'on se trouve. Ce sont aussi deux notions qui façonnent la dimension relationnelle : rythmant et organisant les échanges à-travers une alternance de contact (verbal, visuel, tactile, auditif...).

L'ensemble de ces fonctions proprioceptives participent à élaborer des représentations psychiques qui évolueront tout au long de la vie et façonneront l'individu dans sa capacité à être sujet.

De plus, si l'espace et le temps construisent la pensée, ce sont aussi des jalons essentiels dans la construction corporelle. Tout mouvement ou geste s'organisera dans un espace plus ou moins grand, sur une durée plus ou moins longue. Le corps aide donc à intérioriser ces deux notions.

Le temps

Rappelons que le temps est un milieu infini dans lequel se succèdent les évènements, composé par trois éléments majeurs : l'ordre, la succession et la durée. Au fur et à mesure de son développement, l'enfant va intégrer le temps selon l'ordre suivant :

- le temps vécu : qui est représenté par les premiers rythmes et cycles dès la vie intra-utérine, puis à la naissance (rythme cardiaque, cycle sommeil/veille, faim/satiété, inactivité/action, présence/absence du parent).

- le temps perçu : mouvements, répétitions, rythmes : en répétant les mêmes gestes, en observant le déroulement, les variations et les conséquences de ses actes moteurs, le bébé va intégrer corporellement la temporalité du geste : un début, un déroulement, une fin. Quand l'enfant a 4-5 ans, il peut adapter sa motricité à un rythme imposé et peut alors se situer dans le temps, mais par rapport à une action. C'est l'émergence de l'orientation temporelle, qui donne à l'enfant une première forme de représentation dans le temps.

- le temps représenté : penser et parler du temps en dehors d'une action sera possible vers 6-7 ans. L'enfant arrive à prendre des repères en dehors d'une action. Le développement du langage lui donne la faculté de se situer dans le temps et d'estimer

une durée : vers 7-8 ans assimile le fonctionnement des mois, années, dates anniversaires... C'est donc la structuration du temps qui se construit.

L'espace

L'espace se définit comme « une étendue infinie qui contient et entoure les êtres et les objets »⁴¹. L'individu doit donc faire preuve d'une adaptation constante à son milieu. En ayant acquis une structuration spatiale, il est donc possible de se repérer par rapport aux lieux, aux distances, aux autres...L'espace définit ce qui est soi et ce qui n'est pas soi et la distance qui nous sépare de l'autre. C'est donc une composante relationnelle, comme à pu le décrire E.T Hall en 1971, en proposant le terme de proxémie pour définir l'espace entre les êtres selon leurs proximités relationnelles et culturelles.

Cette perception de l'espace se construit de manière progressive, et s'inscrit dans le développement psychomoteur de l'enfant à la même hauteur que le temps, mais aussi du schéma corporel et de la latéralité.

Chez le nouveau-né, l'espace est au départ vécu comme séparés, par rapport aux deux hémicorps : un hémicorps droit pour le côté droit du corps et un hémicorps gauche pour le côté gauche. Cette description faite par A. Bullinger⁴², nous dit également que le point de jonction entre ces deux espaces est la bouche. L'espace oral permet donc au bébé dans un premier temps d'appréhender son espace gauche et droit en passant par la bouche, point de référence et de stabilisation. A la naissance, l'espace est donc une composante subie par le bébé, puisqu'il ne peut encore l'appréhender dans sa globalité et traiter les différentes stimulations sensorielles qui lui parviennent (sons, lumières, touché...). Puis quand le développement neuro-moteur du bébé lui permet d'effectuer des rotations du buste, de se redresser, de passer d'une posture asymétrique à l'autre (Asymmetric Tonic Neck Posture, décrites par Casaer en 1979), il peut alors unifier ces deux espaces en un seul puisque ses capacités psychomotrices et des stimulations lui auront permis de modifier sa perception de l'environnement. La maturation neuromusculaire va également donner à l'enfant d'autres gammes de mouvements possibles : avec ses bras et mains qui vont acquérir des mouvements moins automatiques et

⁴¹ Petit Larousse, 2002

⁴² Bullinger.A, 2004

plus déliés (4-5 mois). Il pourra donc réifier les espaces qui l'entourent comme un seul, grâce aux coordinations oculo-manuelles qui commencent à se mettre en place.

Mais cette perception de l'espace va, jusqu'à 3 ans, restée très floue : il n'y a pas de notions de distance, de forme qui sont encore représentables pour l'enfant. Puis en se référant à son corps repères égocentrés), que l'enfant va se représenter les différences spatiales : moi/pas moi, haut/bas, devant/derrière, dedans/dehors, sous/sur, grand/petit.

Ces évolutions sont évidemment liées aux progrès langagiers. Vers 7-8 ans l'enfant sera donc capable de se décentrer de son propre corps pour se représenter des notions plus complexes : droite/gauche, au milieu/entre, long/court... Ces notions sont également en lien étroit avec le processus de latéralisation, qui permet de situer les êtres et les objets les uns par rapport aux autres.

I.3.2.1 Le temps et l'espace en Afrique

Si l'espace et le temps sont deux notions universelles, chaque continent, chaque culture, vis ces deux concepts de façon différente. Et l'on s'en rend rapidement compte en Afrique, où j'ai pu découvrir cela. Le temps y est beaucoup moins précis que chez nous, en Europe.

Une heure de rendez-vous peut-être assez approximative, d'où l'expression entendue à plusieurs reprises : « c'est l'heure africaine », qui est une autre façon d'expliquer que l'on arrive avec 30 minutes de retard à un rendez-vous, voire plus. Cette différence de perception du temps se ressent dans les salutations : à partir de midi, l'on se saluera en disant « bonne soirée ». Les déplacements sont plus lents, malgré l'agitation que l'on peut trouver en ville, la marche est plus tranquille (la chaleur est une raison principale), le rythme plus lent... un rythme peut-être plus naturel ? Comme dans beaucoup de pays chauds, on retrouve au Burkina l'heure de la sieste, où l'on reste à se reposer à l'abri du soleil après avoir mangé. Ce que E.T Hall décrit comme le temps biologique⁴³ qui se fonde sur les biorythmes humains, en harmonie avec le fonctionnement de la nature et de l'environnement (activité quand il fait jour, repos quand il fait nuit, alimentation...).

⁴³ Hall E.T. , 1984

Comme nous l'avons vu précédemment, si ces éléments quotidiens sont les premières notions de temps chez le bébé, elles sont également des fondamentaux indispensables à la continuité et la cohérence du rythme humain. E.T. Hall décrit en outre le temps individuel ; constitué du rythme d'activité de chacun, l'activité physiologique (respiration, état de santé), état psychoaffectif... Et le temps physique, comme notion objective inscrivant les individus dans une temporalité commune et définis par des facteurs tels que la rotation horaire de la terre, la succession des saisons, des cycles lunaires, des unités de temps universelles (jours, mois, heures).

Cette impression de temps qui n'est plus le même qu'en France vient peut-être également de l'importance moindre qu'on lui apporte au Burkina. Cela autant dans le respect des horaires que dans les années de vies : bien souvent, l'âge des proches n'est pas connu, et ce n'est pas une question qui se pose, preuve en est de beaucoup de générations avant la nôtre où de nombreuses personnes ne connaissaient pas leur date de naissance. Les repères se construisent plutôt par rapport aux saisons. Ce rapport au temps participe alors aussi de la représentation du corps dans l'espace et le temps et façonne la relation à l'Autre. Le fait de vivre les événements de façon plus lente et d'être plus ancré dans l'ici et le maintenant joue peut-être aussi un rôle dans le vécu corporel.

I.3.2.2 Les troubles de l'organisation spatio-temporelle

Les troubles de l'organisation spatio-temporelle font partie des troubles instrumentaux.

Les fonctions instrumentales désignent « les fonctions qui permettent la maîtrise du milieu et qui donnent au sujet les moyens de se connaître, de connaître le monde, d'agir sur lui »⁴⁴. Situées au niveau du lobe pariétal, elles comprennent : la mémoire, le langage, l'efficacité intellectuelle, les praxies, les gnosies (écriture, calcul, lecture, capacités visuo-constructives et visuo-spatiales).

Ce sont donc des connaissances acquises lors du développement et des apprentissages scolaires. Les troubles associés à ces fonctions sont : les troubles des

⁴⁴ Farriaux.J.P et Rapoport.D, 1995

apprentissages (dyslexie, dysgraphie, dysorthographe dyspraxie, dyscalculie), des difficultés mnésiques, des troubles de l'attention, troubles de la latéralité.

Les causes de ces troubles peuvent être d'origine organique (génétique, lésionnel, défaut de maturation), ou bien trouver leur source dans un troubles des interactions précoces (déséquilibre psychoaffectif, carences...) ou encore dans un dysfonctionnement pédagogique (défaut des interactions enfant/famille/école).

M. Lemay⁴⁵, retrouve dans sa clinique cette difficulté à se situer dans l'espace et le temps chez les enfants ayant été privé du contact de leur mère, ou du moins n'en ayant eu que peu. L'ordre, la durée et la succession des évènements est floue, comme nous pouvons le retrouver chez Mélane ou May qui ont besoin de temps pour situer un évènement ou bien pour analyser et structurer les éléments dans l'espace. En effet, nous avons vu que dès sa naissance, l'enfant fait l'expérience de séquences d'évènements marquant une rythmicité dans sa journée : éveil/sommeil, faim/satiété, bercements, soins, bain, portages...La régularité de ces séquences permet à l'enfant de se construire une première représentation du temps. Or dans le cas d'enfants carencés, cette structuration n'ayant pas pu se faire correctement, les élaborations spatiaux-temporelles plus complexes auront du mal à être efficaces.

Si les difficultés de l'enfant peuvent s'exprimer dans un domaine particulier, il est fondamental de garder à l'esprit que chaque fonction s'étaye sur une autre ; c'est ainsi que se construit le développement psychomoteur de l'Homme et c'est avec ces interfaces qu'il peut être au monde. Des difficultés à s'organiser dans l'espace et le temps peuvent avoir pour origine un manque de connaissance du schéma corporel, des difficultés à traiter les stimulations sensorielles, des troubles de tonus...comme retrouvés dans la clinique présentée ici.

⁴⁵ Lemay.M, 1979

II. Mélane

II.1 L'anamnèse

Quand je rencontre Mélane dans la période de fin mai-début juin 2004, elle a 4 ans. Elle est la cadette d'une fratrie de 3 sœurs, qui sont toutes deux adolescentes. Elle vit au domicile familial avec ses deux parents, mais sa maman est très souvent absente, en voyage. C'est donc le papa et ses deux sœurs qui s'occupent d'elle. Ma maître de stage me décrit une situation parentale où les rôles semblent être inversés. La maman est souvent en voyage, Mélane ne sait parfois pas où elle est, le papa semble avoir pris sa place.

Mélane est adressée en psychomotricité par son institutrice, elle est suivie à la structure depuis un an. Elle présente des troubles moteurs diverses, notamment des difficultés à utiliser son hémicorps gauche, et une maladresse aussi bien dans la motricité globale que fine. Elle a du mal à utiliser sa main gauche, qui reste ballante et fermée, comme en position de Grasping. Sa jambe gauche présente une force musculaire moindre (mais sans aller jusqu'à l'hémiplégie), et la hanche est en rotation interne, ce qui entraîne parfois une légère boiterie.

Mélane a également un rapport difficile avec l'autorité de l'adulte. C'est une petite fille dans l'hypercontrôle, qui a pris l'habitude de mener son entourage comme elle le souhaite, situation qui est facilitée par sa place dans la fratrie avec des sœurs adolescentes qui la maintiennent dans une situation de bébé. Cependant le fait qu'elle soit beaucoup avec ses sœurs lui fait parfois adopter une attitude d'adolescence, dans sa façon de parler et de se conduire.

II.2 Le bilan

Mélane est adressée en psychomotricité pour des troubles moteurs : difficultés à utiliser l'hémicorps gauche, maladresse. Elle est suivie au centre depuis un an, à la fois en séance individuelle et en groupe contes. Elle montre des difficultés à utiliser la main gauche, qui reste ballante et fermée en position de Grasping. Sa jambe gauche présente aussi une force moins importante qu'à droite, la hanche rentre légèrement vers l'intérieur,

ce qui peut parfois entraîner une légère boiterie. Mélane a également un problème avec l'autorité de l'adulte. C'est une petite fille dans l'hypercontrôle, qui a pris l'habitude de mener son entourage comme elle le souhaite, situation qui est facilitée par sa position dans la fratrie. Au début de la prise en charge, Mélane était très opposante et autoritaire, refusant souvent les propositions, pouvant hurler sur la psychomotricienne « Non je ne veux pas t'écouter », essayant de sortir de la salle.

Les axes de travail sont orientés sur :

- la conscience corporelle
- la motricité fine et globale

Dans le but de faire travailler sa main gauche, et également un travail sur le lâcher prise. Mélane souhaite tout contrôler lors des séances, elle refuse les jeux qui pourraient la mettre en échec, cri, il faut parfois la sortir de la salle.

II.3 La prise en charge psychomotrice

Au début de la prise en charge, Mélane est très opposante et autoritaire, refusant souvent les propositions, pouvant hurler sur la psychomotricienne « Non je ne veux pas t'écouter », essayant de sortir de la salle. Mélane est donc suivie à la fois en séance individuelle et en groupe contes, une fois par semaine pour chaque séance. Après un bilan psychomoteur classique, les axes thérapeutiques définis sont : la motricité fine et globale, la conscience corporelle, la régulation tonique, et la latéralité. Le but est qu'elle puisse développer ses facultés motrices et de conscience corporelle afin d'utiliser sa main gauche et de ré-harmoniser son investissement corporel.

Au moment où je la rencontre (période de mai-juin 2015), Mélane est moins opposante, du moins ses émotions ne sont plus exprimées que par la colère : elle s'oppose toujours mais en rigolant tout le temps, en s'échappant du contact, en changeant de jeux. Il est désormais possible de lui faire faire un jeu (par exemple un puzzle) jusqu'au bout, même si elle répète qu'elle veut arrêter, elle continue quand même. Mélane a peu confiance en elle, et a peur d'échouer. Elle a donc un important besoin d'étayage. Concernant sa main gauche, elle peut parfois l'utiliser dans des mouvements globaux mais en n'ayant pas l'air de s'en rendre compte (par exemple lors d'un parcours moteur pour monter sur le banc en se tenant au mur, et pour lancer le ballon).

L'ensemble des axes thérapeutiques ont été travaillés par du jeu spontané, des constructions et réalisations de parcours, des puzzles, lancés de ballon, jeu symbolique, travail d'équilibre sur gros ballon...En plus du groupe conte où Mélane participait à la mise en scène de l'histoire puis à la représentation sur un dessin. Sur ses dessins, nous avons constaté un schéma corporel plus construit et une structuration graphique de meilleure qualité.

Il reste un travail conséquent à effectuer autour de la motricité globale et de la prise de conscience corporelle, car il lui arrive encore fréquemment de chuter, se faire bousculer...sans utiliser ses mains pour se protéger. D'un point de vue psycho-affectif, il y a également encore beaucoup d'éléments à travailler, car Mélane montre un manque de sécurité interne qui peut par exemple se montrer lors du jeu de cache-cache. Mélane se laisser trouver très facilement, faisait du bruit pour qu'on la trouve, qu'on ne l'oublie pas. Lors du groupe conte, elle s'efface et reste très silencieuse, n'arriva pas à s'imposer.

Mélane n'est aujourd'hui plus suivie en psychomotricité. Suite au coup d'état ayant eu lieu en septembre 2015, sa famille est partie vivre au Ghana.

III. May

III.1 L'anamnèse

Je rencontre May sur la même période que Mélane. May a 8 ans. C'est une enfant grande et fine, qui paraît plus âgée. Elle vit au domicile familial avec sa maman. C'est à la demande de l'école qu'elle est adressée en psychomotricité. May présente des difficultés visuo-spatiales et visuo-constructives. Elle est en difficulté dans les apprentissages et dans les relations avec ses pairs. Elle est donc suivie en psychomotricité depuis 6 mois, à la fois en séance individuelle et en groupe théâtre, à raison d'une fois par semaine pour chaque séance.

C'est une petite fille de bon contact, qui accepte facilement ma présence lors de notre première rencontre, même si elle cache sa timidité en disant à la psychomotricienne « Bon on y va, on ne va pas rester là ! » . Son mal-être dans la relation semble s'exprimer

à-travers différentes réactions de prestance : elle parle souvent toute seule, a des gestes d'auto-contact, rigole, a un sourire crispé quand elle regarde quelqu'un dans les yeux, et elle garde souvent sa main devant sa bouche quand elle parle.

Selon ma maître de stage, les troubles psychomoteurs de May sont l'expression de la difficulté qu'elle a à trouver sa place dans la famille. La maman de May est très dévalorisante envers sa fille, elle exprime beaucoup de honte dans sa façon de parler d'elle, que ce soit en entretien avec la psychomotricienne ou avec l'enseignante. Elle exprime clairement le fait qu'elle ne trouve pas sa fille belle, en disant une fois à la psychomotricienne : « Elle n'a pas le teint clair comme moi, mais le teint foncé comme son père ». La maman est séparée du papa de May. Elle est très exigeante sur l'apparence de sa fille, la disputant une fois car elle était venue en séance sans avoir les cheveux nattés. Un jour où j'étais présente, nous avons reçu un appel de la maman après la séance de May : elle s'était rendue compte que sa fille n'avait pas mis de culotte sous sa jupe ce jour là. Sans chercher à comprendre ce qui avait pu se passer pour sa fille, elle était dans un discours centré autour de la honte qu'elle lui avait amené par cet oubli, pourtant évocateur d'un oubli de May de se protéger, selon ma maître de stage.

Cette dureté se ressent dans le comportement de May. Ne se rendant pas toujours agréable, sa façon d'entrer en contact ou de vouloir capter l'attention des autres peut agacer ses pairs, et peut être envahissante. Par exemple, lors d'une séance du groupe théâtre, elle se lève de sa chaise, peut aller jusqu'à faire semblant de s'asseoir sur les genoux d'une autre petite fille pour être intégrée à l'échange en cours. Elle prend la parole à tort et à-travers, elle est dans le collage. Que ce soit par la parole (où elle parle plus fort) ou par les actes (prendre le livre des mains des autres enfants du groupe), May recherche l'attention et la considération des autres enfants de son âge. Ce qui ne fonctionne pas, puisqu'elle est généralement repoussée physiquement et verbalement.

III.2 Le bilan

May a été adressée pour des troubles psychomoteurs s'exprimant dans plusieurs domaines : des difficultés de repérage dans l'espace et le temps, des difficultés visuo-perceptives et constructives et des difficultés dans les relations aux autres et l'expression des émotions. May est une petite fille qui a peu confiance en ses facultés. De plus, elle utilise peu les amplitudes de mouvement de son corps : ses gestes sont petits et discrets.

Les axes thérapeutiques sont orientés sur :

- le travail sur l'espace, à la fois dans la salle et sur l'espace d'une feuille
- un travail sur la vision, la perception et la construction dans l'espace
- un travail d'expressivité du corps, afin que May puisse prendre confiance en elle et en ses capacités.

III.3 La prise en charge psychomotrice

Au mois de juin 2015, May reste encore dans un mal-être corporel assez important. Elle garde souvent la main devant sa bouche quand elle parle, et elle s'exprime faiblement, sa voix ne porte pas. Elle manque beaucoup de confiance en elle et a besoin de beaucoup d'étayage pour les tâches où elle est en difficultés, par exemple les puzzles où elle a besoin de plusieurs feed-back visuels.

Pour son accompagnement, la psychomotricienne a utilisé la construction de parcours en rapport avec les rêves que faisait May, des jeux faisant travailler la vision (qui-est-ce, dooble) et la structuration spatiale (puzzles, construction de parcours dans la salle d'après un plan réalisé auparavant). Le groupe théâtre lui a permis d'expérimenter un espace d'imagination et d'expression.

Cependant des difficultés persistent. La réversibilité n'est pas intégrée et elle n'arrive pas à transposer des consignes avec cette composante ou bien à se repérer sur le corps des autres: lors d'un jeu de « qui est-ce ? » elle n'arrivait pas à comprendre les éléments donnés (« je ne suis pas une fille » : gardait toutes les images de filles). Les relations avec ses pairs ne sont pas encore optimales, elle se situe soit dans un rapport de collage ou de provocation afin de signifier sa présence aux autres. A l'école, la maîtresse

s'est laissé prendre dans le discours dévalorisant de la maman. Chacune se demandant alors ce qu'elles allaient faire de cette enfant.

L'accompagnement de May s'est aujourd'hui arrêté.

IV. Liens entre Mélane et May

Il m'a fallu du temps pour trouver un lien, une hypothèse entre ces deux enfants. J'ai longtemps pensé que la sémiologie rencontrée aurait pu être la même dans un CMP français...qu'est-ce qui était si spécifique à ma clinique burkinabé ?

Puis le constat a été le suivant : dans ces deux cas, les enfants sont toutes deux issues de la classe moyenne émergente de la population burkinabé, et plus généralement en Afrique de l'Ouest. C'est pourquoi ces deux enfants ont eu accès à des soins hebdomadaires en psychomotricité. Mais cela peut aussi expliquer un accès plus marqué à la culture occidentale, qui aurait pu influencer la façon de s'occuper des enfants.

Dans ces deux cas, nous notons également le rôle du maternage dans la problématique des deux enfants. Les deux petites filles sont peu investies par leurs mamans.

La maman de Mélane est souvent absente ou en voyage, n'étant jamais présente aux séances afin de rencontrer la psychomotricienne. Il a d'ailleurs un jour fallu qu'elle évoque l'arrêt de la prise en charge de Mélane si la maman ne venait pas la rencontrer. Mélane avait besoin d'entendre que sa maman voulait que le suivi se poursuive et que sa fille en avait besoin.

Pour May, même si la maman était présente, l'image qu'elle a de sa fille semblait l'empêcher de voir ses progrès et ses difficultés persistantes. Pourrions nous faire l'hypothèse que les nouvelles conduites sociales influencées par l'occidentalisation de certaines mœurs puissent avoir impacté le rôle de maternage et donc avoir un retentissement sur le développement psychomoteur ?

Notons également que, bien qu'ils aient été modifiés, ces deux petites filles ont des prénoms assez inhabituels pour des burkinabés. Bien sûr comme partout, les modes évoluent, mais le nom de famille et prénom des enfants évoquent souvent là-bas leur appartenance à une ethnie particulière (Ouedraogo et Kaboré sont par exemple les noms de famille les plus courants au Burkina, signant l'appartenance à l'ethnie majoritaire : les Mossi. Maiga est un nom Peul...). Des prénoms comme Mamadou, Farid, Ibrahim, Cheik, Oumou, Mansour...sont des prénoms musulmans. Inversement, on retrouvera des noms comme Daniel, José, Jonathan, Grâce...qui renvoient à des prénoms de familles chrétiennes. Nous pourrions alors nous demander si le choix de ces prénoms pour les deux cas cités, ne renforcerait pas l'idée d'une certaine perte d'identité culturelle, due à l'occidentalisation. Lors de mon premier voyage, j'avais par exemple rencontré une petite patiente nommée Shakira...preuve s'il en est de l'influence de la musique occidentale sur les nouvelles modes en Afrique.

Je me suis posée ici la question de l'atteinte de l'image du corps et de l'accompagnement du développement psychomoteur dans le cas de May et Mélane.

S'il est complexe de proposer des hypothèses s'appuyant sur des théories françaises pour tenter de comprendre des cas cliniques burkinabés, nous pouvons cependant réfléchir à l'origine de ces troubles. Nous avons vu que les troubles psychomoteurs intégrant des problématiques autour du repérage spatio-temporel et de l'image du corps.

Au regard des différents éléments exposés ci-dessus, l'hypothèse que je pourrais avancer serait celle de carences (psycho) affectives associées à une rupture de l'enveloppe culturelle chez ces deux enfants.

Pourquoi la maman de May est-elle déçue que sa fille ait un teint de peau si foncée ? Comment l'absence de la maman de Mélane prend-t-elle corps chez sa fille ? Comment l'occidentalisation des mœurs peut-elle impacter la façon dont les enfants sont perçus et accompagnés dans leur développement ? Quel est le rôle de la psychomotricité dans ce contexte d'occidentalisation, et comment peut-elle alors, par son approche psychocorporelle, proposer des liens interculturels permettant l'investissement d'un espace de soin ?

Je n'exposerais ici que des hypothèses, des idées qui me sont venues en fonction de mon expérience de ce contexte, afin de donner des pistes de réflexion, nous aidant à comprendre pourquoi cette problématique s'est posée.

**Partie 3. La psychomotricité : un lien entre le corps occidental
et le corps oriental**

I. Corps et occidentalisation

I.1 L'occidentalisation

Au vue de mes recherches et des questionnements qui ce sont posés par le choix des cas cliniques, mon raisonnement m'a amené aux questions suivantes :

Pourquoi parler d'occidentalisation dans le cas des deux patientes présentées dans ce mémoire ? Que signifie ce terme ?

L'occidentalisation est un processus de mondialisation qui entraîne les sociétés à s'approprier des caractéristiques culturelles, organisationnelles et idéologiques, venant de l'Occident. Cela s'exprime à travers les techniques industrielles, la langue, la cuisine, les droits sociaux, les religions, les relations sociales, la musique, les modes vestimentaires...

Dans *L'occidentalisation du monde*⁴⁶ , S. Latouche nous dit cependant que l'occident « est un lieu introuvable [...] ce qui est désigné sous ce terme dans l'usage commun, recouvre en effet une expérience polymorphe et une dérive historique ». Il s'agirait alors d'une entité globale, regroupant des éléments historiques rattachés aux populations blanches : une géographie comprenant le continent européen et l'Amérique du Nord, la religion chrétienne, les modèles économiques tels que le capitalisme, le libéralisme, entraînant l'industrialisation et le règne des techniques et technologies. Il s'agirait, selon S. Latouche, d'une entité culturelle globale, qui véhiculerait un imaginaire culturelle collectif, à-travers les journaux, radios, vidéos, internet...Il s'agit donc d'un phénomène d'uniformisation mondiale, qui tend vers une disparition des cultures ancestrales non occidentales. Ne pourrait-on pas y voir une sorte de néo-colonialisme ?

Sous couvert de modernisation, les cultures orientales ne serait-elle pas en train de se perdre face à ce désir implicite de monde occidental d'homogénéisation culturelle ?

⁴⁶ Latouche.S, 1989, p.10

I.2. L'occidentalisation au Burkina-Faso

Cette notion d'acculturation développée par S. Latouche m'évoque un lien avec la description que fait B. Cyrulnik⁴⁷ lorsqu'il parle du « rite qui tombe malade ». B. Cyrulnik souligne l'importance de la réalisation et de la transmission des rites culturels propres à une société. En observant ces rites, en plus de signifier une appartenance à un groupe, cette mise en corps cérémoniale permet une structuration psychique qui va permettre d'évacuer les tensions émotionnelles et de donner un sens à une situation, parce qu'elle fera partie d'un fait social.

Plus largement, les rituels participent à la structuration quotidienne du temps et de l'espace qui nous permettent d'acquérir des constantes qui nous rassurent. Si nous avons vu que l'espace et le temps sont vécus différemment selon la culture, les rites sont pourtant calqués sur ces représentations et permettent aux individus de gérer les stimuli.

Dans la vie quotidienne au Burkina-Faso, j'ai pu constater que les enfants vivant dans les grandes villes et appartenant à un milieu aisé se trouvaient souvent face à certaines problématiques identiques qu'en Europe. Par exemple les enfants peuvent rester des heures devant la télé sans sortir, alors que dans ce pays, la vie se fait dehors. Un autre exemple, les sodas se boivent partout et à toute heure, alors que le sucre est un aliment très peu utilisé dans la cuisine locale.

P.A Leyinda⁴⁸ évoque ce processus d'occidentalisation dans la diminution des pratiques de jeux traditionnels au Congo-Brazaville : « Force est de constater que la pénétration de l'influence coloniale dans tous les modes de vie et notamment dans la sphère ludique laisse des traces indélébiles dans la culture des communautés colonisées. Les jeux sont dans ces conditions la perpétuation d'une tradition et le changement ou l'évolution d'une culture ». Ces pratiques en perte de vitesse marquent bien combien la culture occidentale s'immisce jusque dans ces pratiques traditionnelles, pourtant riches pour le développement psychomoteur de l'enfant et ses interactions avec son groupe de pairs. Cela touche donc à l'identité culturelle, les enfants sont moins contenus par leur

⁴⁷ Cyrulnik.B, 2000

⁴⁸ Leyinda.P.A, 2010,p.14

enveloppe culturelle : « Savent-ils d'où ils viennent ? Connaissent-ils leur histoire ou leurs coutumes ? »⁴⁹.

Le corps et l'investissement corporel sont liés à la culture, et cette acculturation semble alors entraîner une perte de repères, qui s'exprime dans tous les domaines de la vie. « Les genres de vie se sont modifiés, les activités et les mentalités ont évolué. Les nouvelles générations ne savent plus d'où elles viennent et comment se servir de certains objets anciens dans leur vie quotidienne. Les pratiques anciennes sont abandonnées au profit de nouvelles techniques corporelles que les sociétés industrielles leur inculquent par l'intermédiaire d'un système de médiatisation très sophistiqué. L'institution scolaire et les médias sont à l'origine de la rupture avec la tradition. Les enfants de sexe différents sont traités de la même façon au nom de l'égalité des sexes. Ils sont plongés dans une nouvelle forme de pratique tant sociale que culturelle. Les caractères ethniques sont mis en veilleuse. Les valeurs ancestrales, les coutumes, les mœurs, les modes de vie, les jeux et autres techniques corporelles s'écartent du traditionnel cadre familial. Les jeux de récréation, football, handball, volleyball et autres sports pratiqués dans nos écoles ne seraient-ils pas le reflet de cette acculturation ».⁵⁰

Nous voyons bien ici comment le monde occidental redéfinit les pratiques culturelles qui modèlent le corps. Ces pratiques, qui nous le verrons par la suite, constituent une réelle stimulation de la construction psychomotrice. Chants, danses, contes, rituels sont rattachés à des symboles et à un groupe, ils permettent la continuité du rituel qui structure psychiquement l'individu : « Ces communautés n'ont pas non plus les mêmes façons d'exprimer les coutumes de leurs ancêtres. Pour les enfants, ces moments de détente peuvent paraître comme de grands moments d'activités intenses au cours desquels, ils se construisent tant physiquement que moralement, mais surtout socialement. Des moments où ils perpétuent les modes de vie, les valeurs, les coutumes, les mœurs, bref, la tradition de leurs ancêtres. Tout en jouant, ils pratiquent leur tradition en réalisant quelque chose d'utile pour eux-mêmes. En jouant, ils respectent les normes, les règles, les lois de la société dans laquelle ils vivent. »⁵¹.

⁴⁹ Leyinda.P.A, 2010,p.17

⁵⁰ Leyinda.P.A, 2010, p.24

⁵¹ Leyinda.P.A, 2010, p.18

L'image du corps

Cette perte de repères peut alors entraîner des troubles psychomoteurs, des troubles de l'identité impactant le corps.

Nous parlions précédemment de l'image du corps. Ces dernières années, un phénomène tend à prendre de l'ampleur en Afrique de l'Ouest : l'éclaircissement de la peau. Cette pratique remonte aux années 1950-1960⁵² et a été importée par les femmes africaines ayant vécu en France. Cela a donc entraîné une augmentation de la vente de produit de dépigmentation.

J'ai pu l'observer à travers le discours des dans femmes. Elles décrivent souvent les autres comme « celle/celui qui a le teint clair ». Les personnes ayant une peau noire mais d'une teinte claire sont apparemment considérées comme plus belles. C'est ce que l'on retrouve d'ailleurs dans le discours de la maman de May, qui disait que sa fille n'était pas belle car elle n'avait pas le teint clair « comme elle ». Cela a été décrit par P. Ndiaye⁵³ : « L'éclaircissement de la peau par une modification de la couleur, marque une élévation sociale du groupe d'appartenance suivant une échelle de tonalités où le clair et le lumineux sont valorisés »⁵⁴.

Nous avons vu dans la partie sur les ornements du corps que prendre soin de sa peau était important, en utilisant des onguents, des huiles. Mais dans cette quête du teint parfait, les femmes ont parfois recours à l'utilisation de produits à base d'éléments chimiques dangereux : « corticoïdes, défrisants, shampoings [...], certains produits sont forts au point qu'ils agissent sur la mélanine et le système pigmentaire »⁵⁵. Aussi, nombreux sont les cas de femmes arrivant aux urgences pour de graves inflammations dermatologiques⁵⁶. Mais il est important de souligner que ces démarches tendent plus à avoir une peau noire claire que blanche, les modèles représentant les produits étant souvent métisses.

La recherche derrière ces pratiques n'est pas de « devenir blanche », mais il s'agit d'une recherche esthétique associée à l'accès à un certain niveau de vie influencée par les codes occidentaux : « L'Occident y est très présent, symbolisant le pouvoir, la réussite, la

⁵² Saint-André et Privat, 1980

⁵³ Ndiaye.P, 2008

⁵⁴ Emeriau.C, 2009, p.113

⁵⁵ Emeriau.C, 2009, p.112

⁵⁶[http:// www.rfi.fr/afrique/20151209-guinee-senegal-peau-depigmentation-fleau-peut-mener-tragique](http://www.rfi.fr/afrique/20151209-guinee-senegal-peau-depigmentation-fleau-peut-mener-tragique)

référence esthétique, le luxe. »⁵⁷ Il s'agirait alors d'accéder à un métissage entre l'identité culturelle africaine source de fierté, et le luxe symbole de l'occident.

Le parallèle peut se faire avec la mode des peaux bronzées en occident, qui peut donner un effet bonne mine et retour de vacances, et donne donc l'idée d'une aisance sociale.

Cette démarche esthétique touche donc l'identité. Nous pouvons y voir un lien avec la problématique de May, qui semble perdue dans sa place au sein de sa famille, de ses pairs, de son corps, parce qu'elle ne répond pas à l'image de l'enfant idéal que se fait sa mère : une enfant belle parce qu'ayant une couleur de peau claire comme elle.

L'occidentalisation du maternage et du développement psychomoteur

En tant que pays en voie de développement, le Burkina est en constante évolution et de plus en plus confronté à l'occidentalisation dans les grandes villes.

Bien que beaucoup de villages et de villes plus rurales soient moins impactées, on peut retrouver, comme le décrit S .Latouche, une occidentalisation à plusieurs niveaux. L'accès à la communication via les téléphones portables et réseaux sociaux, les séries télévisées diffusées toute la journée véhiculent de nouvelles images du monde, de nouvelles modes, de nouveaux codes sociaux. Même si ces changements se font petits à petit, ils modifient des habitudes ancrées depuis très longtemps : par exemple l'alimentation. On peut trouver des bouteilles de sodas partout dans le pays, jusque dans des villages reculés de la brousse. Cela entraîne depuis peu une augmentation des cas de surpoids, étant donné que le sucre est un élément très peu présent dans l'alimentation africaine.

Je vais donc ici présenter, avec mon regard de future psychomotricienne, comment cette occidentalisation influencer, la construction psychomotrice des enfants au Burkina-Faso.

⁵⁷ Emeriau.C, 2009, p.113

Comme nous l'avons vu, la construction psychocorporelle d'un sujet est en partie déterminée par différents items psychomoteur tels que le schéma corporel et l'image du corps, la régulation tonique, la latéralité, la représentation dans l'espace et le temps, la motricité fine et globale. Si cette construction est universelle car déterminée par des lois biologiques, sensibles et neuro-motrices, elles sont aussi déterminées par une culture dans laquelle va baigner la personne. La culture du corps en Afrique tend à développer une conscience et une expressivité du corps singulière. Cependant, ces pratiques culturelles ont tendance à se faire plus rares devant la culture Occidentale qui tend à s'imposer.

Les quelques exemples que je vais donner ici proviennent d'observations que j'ai pu faire au cours de mes voyages. Elles illustrent pour moi à quel point la culture africaine est impactée par l'occidentalisation. Prenons l'exemple du maternage. S'il est bien une composante culturelle qui reste profondément ancrée, c'est bien celle-ci. Le maternage africain est un élément identitaire très fort, qui s'exprime principalement à-travers le portage, les massages, la proximité corporelle du bébé avec sa mère, et de son accès rapide aux interactions groupales. Aussi, j'ai été surprise de voir des magasins au bord de la route proposer des poussettes. Le portage du bébé au dos est emblématique du maternage africain. Et pourtant, on trouve ce genre de situation. Tout cela pour faire comme les blancs, et donc prouver que l'on a une certaine aisance financière puisque l'on peut s'offrir ce genre de matériel.

Comme nous avons pu le voir dans la première partie, le bébé africain est nettement en avance sur les enfants occidentaux, même si cela tend à s'harmoniser et se nuancer par la suite en comparaison avec d'autres stades de développement. Le portage, l'accès au sol, et la motricité libre dans lesquelles sont plongés les enfants, favorisent une maturité importante dans le développement psychomoteur. Ces concepts sont d'ailleurs de plus en plus développés en France, où actuellement de nombreux psychomotriciens proposent des formations de portage physiologique, de massage contenant parents-bébés s'inspirant de ces méthodes traditionnelles orientales. J'ai alors été surprise lorsque j'ai vu qu'il se vendait des youpalas⁵⁸ au Burkina.

⁵⁸ Le youpala ou trotteur est une petite chaise à roulettes dans laquelle est assis l'enfant, lui permettant de se déplacer en bougeant ses jambes.

Cet exemple m'a vraiment fait réfléchir à l'importance de notre rôle dans la valorisation des connaissances et pratiques culturelles propres à chaque pays dans lequel un psychomotricien peut travailler.

Sans tomber dans la fascination culturelle, il me semble essentiel de montrer aux adultes travaillant auprès des enfants (malades ou non) que certaines de leurs pratiques, comme celles citées au-dessus ont leur utilité et leur importance, et qu'il ne faut pas chercher à s'harmoniser sur les soins occidentaux, puisque ceux-ci cherchent également à revenir sur des pratiques de ce type.

I.3 Mon arrivée dans ce cadre

Un cadre Burkinabé

Mes deux stages au Burkina ont été très différents, à la fois par le cadre institutionnel propre à chaque lieu, que les méthodes thérapeutiques ou éducatives employées, ou encore par la patientèle rencontrée.

En 2014, j'étais en stage, dans le cadre d'une association étudiante, PSF, dans un centre pour enfants handicapés mentaux, géré par un psychologue burkinabé, mais sans psychomotriciens. Le personnel est composé de psychologues qui mettent en place des axes thérapeutiques, et des monitrices, non-formées au handicap, qui se chargent des activités éducatives.

La hiérarchie y est d'ailleurs très marquée. Lors des réunions d'équipe du centre, avant que les équipes de notre association n'arrive, seuls les psychologues prenaient la parole pour parler des enfants et de leurs difficultés. Les monitrices, ne prenaient pas spontanément la parole ou ne prenaient pas l'initiative de proposer leurs idées. L'objectif de notre association était de leur fournir des pistes d'idées afin d'inclure le corps dans leur pratique thérapeutique après notre départ. Nous voulions aussi les inciter à réfléchir ensemble et proposer des idées car nous savions qu'ils avaient tout autant d'idées que nous. Mais quand on connaît l'importance de la parole en Afrique et la façon dont elle est hiérarchiquement attribuée... N'avons-nous pas fait là, en partant d'une bonne intention, une entorse à leur culture ?

Dans ce premier lieu, les repères ne sont plus les mêmes que ceux que j'ai pu connaître en France lors de mes précédents stages. Il n'y a pas de psychomotriciens, les deux autres étudiantes et moi mêmes étant investis de ce rôle, ou du moins d'un rôle de sensibilisation à la psychomotricité. Dans ce lieu, l'espace, le temps, les relations avec les enfants sont également différentes de ce que l'on connaît. Le centre étant petit, la gestion de l'espace est plus complexe, les distances entre les personnes sont réduites, les enfants se marchent parfois littéralement dessus. Les salles de travail, l'espace est également réduit... Et pourtant au fil des semaines, nous avons trouvé une certaine contenance dans ces espaces réduits, constatant que dans la salle si petite où tous les enfants se retrouvaient le matin, le midi ou pour un goûter, il y avait comme un apaisement du fait de cet espace restreint qui devenait contenant. Les conditions matérielles sont évidemment différentes : moins de matériels, pas de dossiers de patients, pas d'anamnèse, la chaleur qui ralentit les mouvements... sont autant d'éléments qui nous demandent beaucoup d'observation et une grande adaptation.

Les méthodes éducatives et thérapeutiques employées sont aussi très différentes de celles enseignées à l'institut de formation. L'approche est ici comportementaliste : les enfants ont des séances de psychologie très éducative, chaque jour les monitrices leur font répéter des comptines avec langue des signes à l'appui afin qu'ils apprennent à dire leur prénom et à saluer. La répétition propre aux méthodes comportementaliste est utilisée dans chaque groupe d'activité mis en place. J'ai pu constater une certaine efficacité. La façon d'être de nos collègues burkinabés, face aux enfants était nouvelle pour nous. Plus proches physiquement des enfants, avec un contact tactile plus franc, ils ont tendance à pousser les enfants à faire une activité, voire même à faire à leur place, dirigeant leurs bras et jambes au besoin.

Notre façon d'être auprès des enfants s'est donc adaptée à leur façon de faire, les contacts corporels étaient plus marqués que nous ne l'aurions sans doute fait en France. Quand nous demandons aux enfants en France de ne pas faire mal aux autres ni à soi, ici si un enfant se fait taper par un autre, on l'encouragera à répliquer pour ne pas se laisser faire. Si les enfants expriment ici leurs désaccords pour une activité, ils sont forcés de le faire, même si des pleurs se font entendre. Alors qu'en France, nous entrons soit dans la négociation, soit dans l'explication afin qu'ils en comprennent la raison.

A plusieurs reprises, ce genre de situation m'a fait me demander si ma gêne venait de mon point de vue professionnel, culturel ou bien personnel.

Un cadre français au Burkina

Mon deuxième stage s'est déroulé dans un centre paramédical fondé par plusieurs praticiens Français. Ma maître de stage était une psychomotricienne française, son approche thérapeutique est proche de celle que l'on m'a enseigné dans mon institut de formation. Les conditions matérielles restent pourtant difficiles comme lors de mon premier stage, par exemple l'absence de dossiers médicaux, la difficulté de se procurer du matériel, la chaleur pendant les séances. De même que l'absence de diagnostic reste problématique pour certains enfants.

Le dispositif utilisé auprès des patients était assez semblable à ce que l'on pourrait voir en France. Le cadre m'est donc apparu plus familier et de ce fait rassurant. Le fait d'avoir une salle de psychomotricité spacieuse, avec des espaces et du matériel spécifique selon les activités, de retrouver des jeux et objets connus en France était rassurant et m'aidait à structurer ma réflexion autour des prises en charge des enfants. Ce fut plus difficile à faire lors de la première expérience puisque je pouvais vite me sentir débordée devant le manque de repères, par exemple ne pas savoir exactement quel âge avaient les enfants, avoir peu d'éléments médicaux, peu de temps d'observation pour savoir quels étaient leurs besoins. Il est aussi évident qu'avoir un maître de stage était un facteur très rassurant.

Mais au cours de ces semaines de stage, je me suis parfois demandé ce qui a fait la différence dans cette expérience, en quoi les situations rencontrées dans ce lieu de stage burkinabé étaient si spécifique.

Comme dans toute situation mettant en jeu une interaction entre plusieurs facteurs tels que la culture, la langue, la situation familiale, la pathologie... La différence se situe dans les détails et les nuances. Ce deuxième lieu comprenait une salle d'attente, comme en France, mais on n'y retrouve pourtant peu de parents. Beaucoup de patients viennent accompagnés à leur séance par leur chauffeur, ou bien une tante, un oncle, une nounou... Si le fait de venir avec un autre membre de la famille est assez banal puisque l'enfant est éduqué par la famille élargie, venir avec un chauffeur, est selon moi, une illustration de

l'occidentalisation. Avoir un chauffeur, même si cela représente un coût moins élevé qu'en France, est signe d'une certaine aisance économique, les parents travaillant, ils ne peuvent prendre le temps d'emmener leurs enfants à leur séance de soins. Soins d'ailleurs, le plus souvent demandé par l'institutrice. Ma maître de stage évoquait la difficulté de l'alliance thérapeutique qui peut-être complexe à mettre en place car il n'y a pas de médecins pour dire aux familles que leur enfant doit être soigné. Elles ont recours à des consultations en psychomotricité car sinon, leur enfant sera en marge à l'école puisqu'il ne s'y adapte pas.

II. Psychomotricité et Corps Oriental

II.1 La psychomotricité : fondamentaux et regards

Il me paraît essentiel, après ces trois années et pour ce travail, de pouvoir donner ici une définition de la psychomotricité, et de définir mon point de vue sur cette discipline.

La psychomotricité est, selon moi, une science humaine qui s'intéresse à la construction et au fonctionnement du développement psychocorporel humain. Cette discipline est également un domaine de soin, où l'on considère la personne de façon globale, à la fois dans son fonctionnement psychique, biologique et corporel. Le lien entre le corps et l'esprit est au fondement même de la psychomotricité. Cela sous-entend d'avoir des connaissances sur le développement psychomoteur de l'Homme, son anatomie, son fonctionnement physiologique, cognitif, sensoriel, émotionnel, social et les pathologies qui en découlent.

C'est également un champ qui est associé à différentes techniques psychocorporelles de soin : l'analyse du mouvement, la relaxation, le toucher-thérapeutique, la conscience corporelle, l'expressivité du corps, la danse, les percussions corporelles... Toute technique permettant à la fois une stimulation neurologique, psychique et émotionnelle en passant par la mise en jeu du corps peut être utilisée.

De part cette description très vaste, la psychomotricité est susceptible d'aider une personne à tout âge de la vie, pour différentes pathologies. Les grands items psychomoteurs sur lesquels les psychomotriciens sont amenés à travailler sont des

fondamentaux de la constitution de l'Homme et de son corps : le tonus, la posture, la latéralité, l'organisation spatio-temporelle, la motricité fine et globale, la proprioception...

Cependant, si l'Homme a un corps « commun » et universel par sa constitution, nous savons aussi qu'il se construit dans une culture qui va lui donner des caractéristiques que seront rattachées à son pays.

II.2 La Psychomotricité, une théorisation européenne : quel apport pour les cultures orientales ?

Nous avons vu précédemment comment la culture africaine peut favoriser la stimulation corporelle en lui accordant une dimension expressive et symbolique, et donc un rôle social. Nous pourrions alors nous demander en quoi la théorisation d'une approche corporelle comme la psychomotricité pourrait trouver une résonance dans une culture où le corps a une place si naturelle et établie depuis toujours ?

Car la psychomotricité n'a fondamentalement et idéologiquement aucune nouveauté, au regard de la médecine et du prendre soin ancestral. Si c'est au Moyen-âge que la culture judéo-chrétienne impose une vision clivée du corps (l'esprit qui tend vers le Divin, le corps objet des pulsions humaines impures), les médecines ancestrales évoquent souvent la symbiose entre le corps et l'esprit, comme nous l'avons vu dans la première partie.

En théorisant les dimensions psychocorporelles qui comprennent les items psychomoteurs tels que le tonus, la latéralité, le schéma corporel, le temps, l'espace, l'axe corporel, il me semble que les praticiens occidentaux ont commencé à fonder un domaine de soin holistique occidental. Du Grec *psukhê* ; l'âme, le souffle de vie, l'énergie vitale, le siège des émotions, et du latin *motor* ; ce qui cause le mouvement, la psychomotricité signifie étymologiquement « la mise en mouvement de l'âme ». Au regard de la médecine et du savoir-faire ancestrale de l'homme, notre domaine d'exercice n'est en rien révolutionnaire. Si ce n'est peut-être d'avoir pu confirmer ce lien entre le corps et l'esprit par l'inévitable besoin d'empirisme scientifique. Par exemple, l'imagerie cérébrale a prouvé la dominance d'un lobe cérébrale dans la latéralisation corporelle, le lien entre l'état émotionnel et musculaire, l'importance de la santé mentale sur l'état de santé global.

Qu'apporte donc la psychomotricité aux cultures orientales ayant déjà une conception du soin et du corps en tant qu'entité globale ?

Dans la présentation du pays où ont été réalisées les observations cliniques présentées ici, nous avons vu que le système de santé a encore peu investi le domaine de la santé mentale. Cette spécialité médicale est moins présente au Burkina-Faso notamment car l'individu est peu livré à lui-même, il vit la plupart du temps dans un cercle social et familial très élargi. De même, les maladies de type névrotiques, comme la dépression, sont moins présentes qu'en occident. De plus, comme les maladies entraînant un handicap peuvent être vues comme l'expression de forces divines ou spirituelles invisibles, elles n'entrent pas dans le domaine de la médecine.

Si la psychomotricité est un domaine aux confluent de la philosophie, la psychologie, la psychiatrie, elle s'appuie nécessairement sur des enseignements de sciences pures comme la biologie, la physiologie, l'anatomie et la neurologie, qui sont la base du fonctionnement du corps humain. Mais l'originalité de la psychomotricité se situe dans les moyens utilisés pour approcher cette globalité du corps, l'ensemble des médiations utilisées mettent en œuvre un travail moteur et psychique ou cognitif. Elles permettent d'entrer en contact avec toutes les fonctions psychomotrices qui constituent notre globalité corporelle.

La psychomotricité, influencée à la fois par des concepts de soins ancestraux et la médecine actuelle, ne serait-elle pas ce que nous pourrions appeler un soin métissé ? Ne se dirige-t-elle pas ainsi vers une utilisation interculturelle ? Alors la psychomotricité ne pourrait-elle pas être un outil de soin adapté aux cultures orientales de par son approche holistique ?

II. 3 Les apports de la psychomotricité au Burkina-Faso et les liens interculturels

Dans « les techniques du corps »⁵⁹, M. Mauss évoque le « triple point de vue » nécessaire à la vision de l'Homme. Cette description anthropologique, comprenant anatomie, physiologie, sociologie et psychologie, pourrait correspondre à la façon dont la psychomotricité perçoit le corps.

En effet, si nous prenons en considération le fait que la culture façonne le corps d'une manière singulière, l'universalité biologique de l'homme nous laisse une porte d'entrée vers le soin de l'Autre, même dans une culture différente. Bien que le psychomotricien soigne en fonction de l'histoire de son patient, de son vécu psychoaffectif, il s'adresse néanmoins au corps. Nous considérons donc le corps pensant du patient comme outil, s'exprimant à-travers la respiration, les mouvements, les émotions, le tonus, la marche, les attitudes corporelles et les acquisitions psychomotrices qui érigent tout être humain.

Dans la partie 1 de ce mémoire, nous avons vu comment le corps était culturellement vécu et valorisé à travers les ornements corporels et rituels d'éducation corporelle. A. Sanon⁶⁰ a écrit sur l'importance des rituels dans l'ethnie Bobo au Burkina-Faso et la manière dont l'éducation corporelle construit le corps de l'enfant.

Rituels de passage vers l'âge adulte, ces cérémonies ont pour but de marquer l'appartenance au groupe, la transmission des traditions par la mise en jeu du corps dans sa globalité.

Cette conscience du lien entre corps et esprit est soulignée dans la description du rôle des activités rituelles : « Car si pour un esprit occidental, le centre de mémorisation est localisé dans le cerveau, pour le Bobo on enregistre par le corps avant de se souvenir par le cortex »⁶¹. L'évocation des activités corporelles effectuées par les initiés dans la brousse nous permet de comprendre à quel point ces cérémonies sollicitent l'enfant dans ses capacités psychomotrices : acrobaties alliant détente et force musculaire, danse, explication des sensations corporelles misent en jeu afin que les plus jeunes puissent améliorer leur technique : « Le bobo souligne l'importance de l'expérience corporelle dans l'éveil de l'intelligence motrice de l'enfant par ce proverbe : « les expériences désagréables de son corps éduquent l'ignorant » [...] L'enfant invente, pourrait-on dire, ses acrobaties en

⁵⁹ Mauss M, 1934

⁶⁰ Sanon A, 2013

⁶¹ Sanon A, 2013,p.49

fonction de ses sensations corporelles. Il réorganise son champ perceptivo-moteur suivant son expérience négative ou positive »⁶². L'activité corporelle est tout d'abord vécue puis conscientisée et élaborée afin de permettre une intégration psychique ainsi que sociale. Cela me fait penser à nos moments d'expérimentations corporelles en cours de travaux dirigés lors de notre formation. Nous vivions en premier lieu l'expérience, puis nous nous réunissions à la fin pour élaborer ce que nous venons de vivre et y donner du sens.

La psychomotricité est un domaine permettant de se construire et de se connaître dans sa globalité psychocorporelle. Cette structuration de soi amène à la connaissance de l'autre afin d'entrer en relation. En psychomotricité, l'entrée en relation peut se faire par l'expressivité corporelle, le corps étant notre premier outil de relation au monde. Le corps qui s'exprime par ce biais est fondamental dans la culture africaine en générale, et dans la culture Bobo du Burkina en particulier: « Dans le monde Bobo, l'expression corporelle s'inscrit au cœur des préoccupations humaines essentielles. Toutes les pratiques corporelles sont finalisées. Elles jouent une fonction dans la survie et la reproduction de l'individu et de la société. [...] La sécurité de l'individu réside ici dans son bien-être corporel. Le corps est le garant de l'individu avec le groupe, se réalise en tant que personne humaine dans l'activité corporelle. »⁶³.

Nous voyons donc comment les pratiques corporelles sont essentielles dans le bien-être de l'individu et la façon dont l'investissement d'une activité corporelle sera valorisée par le groupe et renforcera donc l'inclusion sociale.

La danse est, par exemple, un véritable lien social, et le groupe donne une grande importance à la prise de plaisir dans l'activité corporelle, le danseur se sentant membre de la communauté par cette activité. Chaque évènement de la vie est ressenti par le corps : « Ici, on parle, on chante, on réfléchit, on prie avec son corps »⁶⁴.

Cela démontre l'importance de la présence du corps à chaque instant de la vie. Selon moi, cela se rapproche de l'attention que l'on apprend à porter à son corps en psychomotricité. Cette sublimation du corps par le mouvement est alors une façon de dépasser la simple condition physique et physiologique du corps : « Bien plus, on assiste à une sacralisation

⁶² Sanon A, 2013, p.68

⁶³ Sanon A, 2013, p.96

⁶⁴ Sanon A, 2013, p.95

du corps humain qui se prolonge dans l'au-delà ». A. Sanon insiste sur le fait que « la sécurité de l'individu réside ici dans son bien-être corporel »⁶⁵.

Voilà un autre élément qui montre bien l'importance de l'harmonie corporelle et le lien qui peut-être fait avec un soin en psychomotricité.

Le jeu est également un élément extrêmement important dans la construction identitaire de l'enfant et son accès au symbolisme : le jeu du faire semblant l'aide à élaborer des images et à développer son imaginaire. En Afrique, chez les adultes, le jeu peut se retrouver à travers les joutes verbales et plaisanteries, par exemple en riant de liens de parenté, d'origines ethniques... Mais cela reste entre adultes, on ne verra pas ou peu, un adulte jouer avec un enfant.

Cette pratique se retrouve une fois de plus dans les rites initiatiques, qui pourrait alors être un moyen de conserver et transmettre les pratiques corporelles propres aux populations orientales : « La valorisation de l'univers ludique des enfants et adolescents par des activités culturelles, dont les jeux traditionnels, serait une forme de conservation et de pérennité d'un patrimoine socioculturel pour se redonner une identité et une reconnaissance »⁶⁶.

J'ai retrouvé à travers ces descriptions d'initiations corporelles rituelles, un parallèle avec notre formation. L'ensemble de nos Travaux Dirigés axés sur la conscience corporelle, l'expressivité du corps et la relaxation, ont été, à mon sens, un rituel qui nous a permis de passer du statut d'étudiant à celui de futur psychomotricien. Les moments d'éducation corporelle Bobo se font à travers l'expérience vécue au sein du groupe. Cela fait écho à notre enseignement corporel durant ces trois années de formation, qui constitue la spécificité de notre identité de psychomotricien, nous apprenons en expérimentant les situations corporelles, nous essayons par nous-mêmes, au sein d'un groupe : « Le corps est le garant de l'individu avec le groupe, qui se réalise en tant que personne dans l'activité corporelle »⁶⁷.

⁶⁵ Sanon A, 2013, p.96

⁶⁶ Sanon A, 2013, p.27

⁶⁷ Sanon A, 2013, p.96

Revenons maintenant au maternage et au développement psychomoteur. Nous avons vu que ces soins prodigués aux bébés, bien qu'ils soient profondément ancrés dans la culture, sont peut-être lentement en train de se modifier. Devant la puissance du processus d'acculturation, ces traditions ont peut-être tendance à moins se pratiquer qu'avant. Principalement dans les grandes villes, les enfants sont laissés devant la télé et sont moins sollicités corporellement puisque les rituels ethniques se pratiquent beaucoup moins. Cependant, nous voyons en France apparaître un phénomène presque inverse. Les pratiques de soin soulignent l'importance d'un développement psychomoteur harmonieux favorisé par des pratiques corporelles telles que les massages, le portage, la motricité libre... Ces pratiques existant déjà en Afrique. Toutes ces façons de s'occuper de l'enfant sont des médiations utilisées en Psychomotricité car elles favorisent une exploration de l'environnement par le bébé, des stimulations sensori-motrices qui façonnent le corps de l'enfant et qui sont un moyen d'installer des interactions de qualité avec ses parents.

Dans le domaine préventif, la psychomotricité tient ce rôle d'accompagnement de l'enfant au sein de sa famille, de valorisations des compétences du bébé et de ses parents.

Nous pourrions alors imaginer que, dans ce contexte africain occidentalisé, la psychomotricité, en revalorisant les pratiques corporelles et de soins envers les enfants, pourrait constituer un lien interculturel. Elle pourrait ainsi ouvrir un espace de dialogue et d'écoute du corps dans la maladie ou le handicap.

Le psychomotricien, par la constance de son cadre interne et externe et de son adaptation psychocorporelle, serait le garant de ce lien interculturel.

II.4 Les apports de l'ethnopsychiatrie...vers une ethnopsychomotricité ?

En choisissant ce sujet de mémoire, j'ai eu la volonté de pouvoir enrichir ma réflexion clinique du Burkina avec une expérience hebdomadaire en ethnopsychiatrie. J'ai donc pu, tout au long de l'année, observer un dispositif thérapeutique propre à cette branche de la psychiatrie et de la psychanalyse, dans un centre de médiation interculturelle et d'aide psychologique aux familles migrantes, à Paris.

Etymologiquement, *ethnos* signifie « peuple », *psukhé* « âme », et *iatros* « médecine ». L'ethnopsychiatrie est donc : « la médecine de l'âme chez les peuples »⁶⁸. Ce courant a été importé en France par G. Devreux , afin d'intégrer la dimension culturelle dans le traitement psychiatrique. Car quelle que soit la culture, « L'on pourrait construire une théorie culturellement relativiste affirmant qu'à chaque culture correspond un certain nombre de techniques thérapeutiques et que les phénomènes psychiatriques de deux cultures distinctes sont totalement hétérogènes : vérité en deçà, mensonge au-delà »⁶⁹. Cela nous ramène aux différentes manières dont sont perçues et traités la maladie et le handicap selon la culture, comme nous l'avons vu dans la partie 1. Le rôle de l'ethnopsychiatrie apparaît alors comme celui d'une liaison entre les vérités médicales et spirituelles, propres à chaque culture, ici européenne et africaine. Ce courant de la psychologie et de la psychiatrie semble actuellement celui dont on ne puisse plus faire l'économie, puisque la population mondiale se métisse de plus en plus. Les mouvements migratoires doivent aujourd'hui pouvoir être accompagnés par des soins prenant en compte la culture des patients.

Cependant, selon F. Laplantine, il y a un écueil primordial à éviter dans ce domaine : « l'un à relativiser toute la psychiatrie, l'autre à psychiatiser toute la culture »⁷⁰. Il est toujours nécessaire de relativiser la culture, qui n'est pas toujours aussi prégnante selon les personnes ou quand certaines pratiques ne se font plus, cela à cause de l'occidentalisation ou le métissage des cultures. D'autant plus lorsque les patients que nous pouvons rencontrer sont nés en France (ou dans un pays occidental), mais qu'ils ont baigné dans un environnement familial portant les codes d'une autre culture. Ce point de vue est adopté par M.R. Moro, qui souligne la double identité parfois lourde à porter pour des enfants nés en France, mais élevé avec des valeurs propres au pays d'origine de leurs parents. J'ai pu rencontrer pendant mon stage long dans ce milieu plusieurs cas où les enfants se trouvaient dans des difficultés relationnelles avec leurs parents, grandissant dans un monde occidental et une histoire familiale qui ne les laissent pas totalement s'identifier à ces codes. A plusieurs reprises, les adolescents étaient très avides de connaître l'histoire de leurs parents, souvent peu évoquée puisque traumatique et ayant motivée la migration. Ce métissage peut en quelques sortes, d'après mes expériences cliniques décrites dans ce

⁶⁸ Hureiki.J, 2005, p.18.19

⁶⁹ Nathan.T, 2001, p.73

⁷⁰ Laplantine, F, 1976, p.37

mémoire, se retrouver dans un pays oriental comme le Burkina-Faso ou les codes occidentaux s'imposent de plus en plus. Qu'en est-il alors de l'enveloppe culturelle qui façonne le corps dans un pays oriental qui s'occidentalise ?

Cela m'a permis de comprendre l'importance de la transmission culturelle qui structure le monde psychoaffectif de l'enfant, comme le décrit B. Cyrulnik⁷¹.

Bien que ce stage consiste en de l'observation de consultation psychologique, j'ai pu apporter mon point de vue d'étudiante en psychomotricité. Le travail de réflexion autour de ce mémoire m'a également permis de voir à quel point la transmission de la culture du corps devaient être investie et utilisée dans un processus thérapeutique en psychomotricité lorsque l'unité psychocorporelle est touchée.

De plus, au vue de la perception singulière du corps en Afrique, et au vue de mes recherches, la mise en jeu du corps dans la maladie et le processus thérapeutique semblent indissociables du soin à apporter. En effet, nous avons vu que quelque soit la pathologie, il y a bien souvent une implication du corps dans le processus de soin : prières, sacrifices, chants, danses. Prenons l'exemple du *Kanyaalen* chez les Joola du sud du Sénégal⁷². Quand une femme souffre de stérilité, elle doit effectuer un ensemble de rituels corporels afin de lever cette incapacité à procréer ; isolement en brousse, humiliations publiques, costumes à porter, danses à effectuer... Ces pratiques œuvrent à la ré-harmonisation du corps afin de favoriser la conception d'un enfant. La mise en scène de la maladie, du mal-être, est alors théâtralisée, comme cela pourrait l'être amené dans des séances de psychodrames ou de jeu dramatique.

De même, dans le cas de pathologies de possession, comme expliquées dans la partie 1, les personnes possédées par un mauvais esprit doivent également procéder à des danses qui leur permettent de s'en libérer. Ces pathologies qui pourraient correspondre à une description occidentale d'hystérie ou de psychoses, se verraient alors soignées en psychomotricité par une prise en charge corporelle qui permettrait aux tensions psychiques de s'évacuer par l'activité physique.

⁷¹ Cyrulnik. B, 2000

⁷²Journet O, 1991

Nous pourrions alors imaginer que la psychomotricité, utilisant comme médiations de nombreuses disciplines orientales comme le yoga, le tai-chi, le qi-gong, la danse africaine, les percussions, le jeu théâtral, permettrait au patient de se créer ou recréer une enveloppe corporelle et culturelle lui permettant un apaisement identitaire et donc un mieux-être psychocorporel. De la même façon que l'ethnopsychiatrie prend en compte la culture pour soigner, « l'ethnomotricité » dont parle P.A Leyinda⁷³, doit prendre en compte la culture corporelle du patient : « Ce que Pierre Parlebas désigne comme « ethnomotricité » qui n'est autre selon l'auteur que le « champ et nature des pratiques motrices envisagées sous l'angle de leur rapport à la culture et au milieu social au sein desquels elle se sont développées »⁷⁴ ».

Le psychomotricien, dont le métier est basé sur l'adaptation à son patient et sa prise en compte globale, pourrait alors utiliser ces données pour soutenir un investissement corporel en harmonie avec la culture du patient.

III. Réflexions autour de la pratique de la psychomotricité au Burkina-Faso

J'ai pu exposer dans les différentes parties de ce mémoire comment la culture façonne les pratiques corporelles, et comment l'occidentalisation peut avoir un impact sur les pratiques traditionnelles façonnant la construction psychocorporelle de l'enfant. De ce constat, j'ai alors proposé l'idée que la psychomotricité, par ses fondements holistiques, pouvait constituer un lien interculturel.

Cependant, ce sujet de mémoire et les arguments présentés ont été construits à travers mes différentes expériences et ma réflexion, de nombreuses questions peuvent en découler.

A commencer par la situation d'exercer la psychomotricité dans ce pays, et au sens large dans ce continent.

En effet, s'il y a actuellement deux psychomotriciennes au Burkina-Faso, la majorité des projets de psychomotricité en Afrique sont des projets solidaires limités à quelques mois. Proposer une approche thérapeutique telle que la nôtre dans un cadre temporel si restreint

⁷³ Leyinda P.A, 2010

⁷⁴ Leyinda.P.A, 2010, p.28

peut donc être contradictoire, puisque la psychomotricité est une thérapie s'inscrivant, la plupart du temps, dans la longue durée. Je me suis alors posée ces questions : Comment mettre en place, dans le cadre associatif, un projet cohérent avec peu de temps et également peu de matériels ? Quelle trace laisser auprès des patients rencontrés et des intervenants locaux qui ne sont pas formés à la psychomotricité ? Pourtant, dans bien des cas en France, les prises en charges peuvent être très courtes, comme par exemple dans le cas d'hospitalisations, de difficultés socio-économiques, la séparation avec le patient devra donc être préparée.

Dans le cadre de missions de courtes durées, le rôle du psychomotricien, ou de l'étudiant en psychomotricité va être celui de la sensibilisation, du partage des idées entre les différents intervenants, de trouver des propositions pour les demandes spécifiques des soignants locaux. Cette sensibilisation sera, selon moi, plus approfondie, si le psychomotricien réside plus longtemps dans le pays concerné et peut s'imprégner de la culture. Il faudra alors peut-être trouver des références communes, s'adapter au cadre socioculturel autour du patient, chercher des pratiques corporelles correspondant à la culture, proposer des liens entre la psychomotricité et les conceptions orientales.

D'un point de vue pratique, nous avons vu que les éléments permettant l'élaboration d'une prise en charge sont difficiles à réunir.

Premièrement par l'absence de prescription médicale, qui est en France illégale pour pratiquer la psychomotricité dans un cadre de soin. Cette prescription encadre le patient dans un parcours de santé qui le place dans un accompagnement global, ce qui ne peut se retrouver là-bas. Quelle est la valeur accordée au discours thérapeutique si une sorte d'autorité médicale n'en souligne pas l'importance ? Cela pose aussi la question de l'alliance thérapeutique : comment proposer un accompagnement global aux familles ? Il faudra alors savoir trouver un espace de dialogue pour expliquer l'intérêt d'un suivi, et savoir orienter les familles vers d'autres soins, mêmes traditionnels, au besoin. Ne pas hésiter à intégrer des membres de la famille élargie pour qu'ils puissent s'impliquer dans le processus thérapeutique comme cela est possible dans leur culture.

La deuxième difficulté rencontrée est d'obtenir une anamnèse complète. J'ai pu constater sur mon lieu de stage en ethnopsychiatrie que les populations orientales ont toutes une pudeur dans leurs histoires et propos partagés aux soignants et thérapeutes. Ce qui se traduit par un discours évasif, les informations sur l'histoire de l'enfant et de sa

famille sont plus tenues. La prise en charge psychomotrice peut donc en souffrir car les éléments anamnestiques permettent d'ajuster le soin à la personne.

Troisièmement, il n'y a pas ou peu d'existence de dossier médicaux. Pas d'examen, puisque peu de matériel pour les effectuer, et peu de moyens financiers pour les réaliser. Il est donc souvent frustrant de n'avoir aucun éléments somatiques sur l'enfant et des suspicions sur des pathologies précises, qui, si elles étaient confirmées, donneraient une orientation différente à la prise en charge. Cependant, il est aussi parfois intéressant de ne pas avoir connaissance des antécédents du patient, afin de ne pas le figer dans une représentation préconçue. Je pense qu'il est important de focaliser son attention sur ce que le patient peut nous montrer de ses capacités dans le moment présent où l'on est avec lui, sans trop se fixer sur ce qui a pu être avant.

Quatrièmement, se pose la question des bilans psychomoteurs. Mais sans prescription médicale, à qui ces bilans sont-ils destinés et quelle trace laissent-ils ? Est-ce pertinent de faire passer un bilan qui a été étalonné sur des enfants occidentaux, en fonction de représentations du corps et des capacités psychomotrices occidentales ? Même si certains tests répondent à des acquisitions neuro-motrices biologiques universelles, nous avons pourtant vu que les enfants africains témoignent d'une certaine avance dans certains domaines de leur développement psychomoteur. Ceci serait donc un élément essentiel à prendre en compte dans la construction de bilans adaptés aux populations africaines, au regard de leur construction psychocorporelle. Je pense donc que le choix de ma maître de stage de se concentrer sur l'aspect qualitatif et non pas quantitatif des capacités motrices des enfants est un bon compromis.

Il faut aussi soulever le fait que lorsqu'un psychomotricien travaille en Afrique, la question de l'argent est inévitable, et ce des deux côtés. Soit le professionnel travaille dans le cadre d'un projet solidaire associatif et ses besoins sont couverts. Soit comme dans le cas de ma maître de stage, les frais sont payants, même s'ils sont alignés sur les revenus de la population locale. Car le fait de proposer des soins non couverts par un régime social quelconque implique une certaine exclusion dans l'accès au soin, mais qui a court dans n'importe quel pays, même en France pour les praticiens libéraux.

En termes de pratique de la psychomotricité, si les conceptions autour de l'unité corps-esprit peuvent trouver résonance dans la culture africaine, le savoir faire et le savoir être du psychomotricien peuvent dénoter des pratiques africaines. Car la façon dont le psychomotricien va s'impliquer corporellement auprès des enfants peut ne pas être comprise par les adultes. Une des composantes de notre métier est de jouer, faire semblant, alors qu'en Afrique les adultes n'ont pas cette culture de jouer avec les enfants. Le fait de leur laisser la parole, les laisser exprimer leurs émotions comme nous pouvons le faire en psychomotricité, n'est pas leur façon de faire habituelle. Souvent, j'ai pu voir lors de consultations en ethnopsychiatrie que les parents pouvaient exprimer leur incompréhension face à la parole laissée parfois en priorité aux enfants, comme si celle des adultes avaient moins d'importance. J'évoquais la pudeur dans les récits d'histoires familiales, elle se retrouve aussi dans l'expression des émotions : il ne faut pas pleurer, et cela même pour les bébés et petits enfants.

Ce que nous proposons ne serait-il pas alors une façon de s'immiscer dans leurs coutumes?

Plus largement, la psychomotricité étant une thérapie occidentale, est-elle cohérente dans un cadre orientale où la culture du corps est toute autre ? Ne serait-ce pas une nouvelle forme de colonialisme spirituel que de venir proposer nos modèles théoriques sur le corps, à eux qui s'en préoccupe depuis des temps ancestraux ? Notre positionnement doit donc être celui d'une proposition, d'un point de vue, de réflexions et de techniques ouvertes dans un espace de partage fondé sur l'interculturalité. Car les concepts thérapeutiques ne sont pas toujours valables dans un contexte autre de celui dans lequel il a été conçu. Je prendrai pour exemple le groupe contes auquel Mélane participait. Le conte choisit était *Boucle d'or et les trois ours*. Bien-sûr, un conte n'est jamais proposé au hasard, il permet la mise en jeu de multiples processus psychiques et psychoaffectifs que les patients vont (re)visiter et interpréter afin qu'ils puissent venir s'intégrer dans une structuration psychique. Cependant, je me suis posé la question suivante, pourquoi ne pas avoir choisis un conte africain, alors même que cette culture possède un héritage oral de contes et légendes extrêmement riches. Ne pouvons-nous pas y voir une certaine forme d'occidentalisation des représentations que l'on va donner à des enfants qui ont déjà beaucoup accès à cette acculturation ? Le psychomotricien ne devrait-il pas alors profiter de tout ce matériel culturel pour adapter ses interventions ? Pourtant, le travail thérapeutique doit pouvoir se baser sur des processus fiables, le choix fait par les professionnels de mon lieu de stage est donc compréhensible.

Le psychomotricien ou l'étudiant en psychomotricité qui veut travailler dans un contexte oriental doit, selon moi, savoir ce qu'il vient chercher et ce que sa position implique de façon sous-jacente. Ce travail de mémoire m'a permis de repenser à mes expériences avec un autre point de vue grâce à mes recherches et à mes réflexions. Il est évident que la position d'occidental qui vient partager son savoir peut vite s'immiscer dans une démarche pourtant emprunte d'humanité et de bienveillance. Il est important de ne pas s'inscrire dans une démarche idéaliste humanitaire, qui ne bénéficie ni aux patients ni au praticien. Il ne faut d'ailleurs pas s'inscrire dans ces démarches de travail à l'étranger dans cette optique, mais plutôt comme dans un échange culturel de savoirs. En cultivant l'aspect humanitaire, c'est alors peut-être une démarche d'occidentalisation comme décrite dans ce mémoire, que nous amenons sans le vouloir.

Néanmoins, ce type d'expérience m'a été immensément riche et m'a permis de repenser ma réflexion à propos de mes motivations professionnelles et personnelles qui m'ont amenées au voyage. Cette expérience m'a également permis de repenser ma vision du corps et de l'Autre. J'évoquais les conditions matérielles plus avant. Durant notre enseignement, il nous a été répété que la qualité première du psychomotricien était de s'adapter. Travailler dans des conditions matérielles et environnementales moins aisées nous pousse à trouver d'autres sources d'inspiration.

Si ce contexte de travail en psychomotricité demande donc une préparation et une réflexion spécifique, c'est pourtant, comme je l'ai vécu pendant trois ans, en apprenant par le corps et l'expérience vécue que j'ai pu élaborer une réflexion autour de ces expériences et m'en enrichir pour ma future pratique professionnelle.

Conclusion

Tout au long de ce travail de mémoire, j'ai pu élaborer ma réflexion sur plusieurs thèmes.

Tout d'abord sur mes voyages et les questions que j'ai été amenée à me poser, sur mon rapport au corps, à l'Autre, au handicap et à la maladie.

Ensuite sur ma vision du métier de psychomotricien et sur le positionnement que je souhaite développer durant ma vie professionnelle.

Et enfin sur l'attitude à adopter lorsque l'on fait le choix d'exercer ce métier dans un contexte oriental.

Les recherches menées durant l'écriture de ce travail m'ont alors permises d'approfondir ma réflexion. S'intéresser au corps, c'est forcément s'intéresser à l'autre, et donc à sa culture.

Nous avons pu voir comment le rapport au corps et le corps lui-même, éléments au cœur du métier de psychomotricien, sont façonnés par la culture, ici Africaine. Orné, touché et vécu au sein de groupes ethniques valorisant l'expression corporelle, le corps va alors s'ériger dans une construction psychomotrice singulière, en lien avec la culture de l'individu.

Puis à cela s'est ajouté les choix de cas cliniques qui m'ont donné matière à réflexion autour du maternage et le lien entre le développement de l'enfant et sa culture. Nous avons alors pu étudier comment l'influence du monde occidental pouvait avoir une incidence sur les pratiques corporelles qui participent à la construction psychomotrice et à l'identité corporelle des enfants de culture africaine, ainsi que dans les représentations de leurs parents. D'après cela, j'ai pu émettre l'hypothèse de carences dans le maternage, dû à une rupture de l'enveloppe culturelle, impactée par l'occidentalisation.

Suite à cela, nous avons pu voir comment les pratiques corporelles comme le portage, les massages, la motricité libre, les jeux et rituels traditionnels pouvaient constituer un lien avec les pratiques proposées en psychomotricité. Ajoutons que la vision holistique du corps et du soin ont trouvés résonance dans les fondements conceptuels de la psychomotricité.

J'ai donc pu, à partir de cela, établir l'hypothèse que la psychomotricité pouvait constituer un lien interculturel à même de correspondre, jusqu'à un certain point, avec la culture africaine.

Cependant, nous avons aussi pu voir que le choix de se confronter à un travail dans ce contexte impliquait une ouverture aux pratiques et croyances locales, afin de ne pas tomber dans une posture de pseudo supériorité occidentale.

L'ensemble de ces points me permettent alors d'aborder cette conclusion en proposant l'idée suivante : la psychomotricité, de part sa conception globalisante du corps, et de l'être et de l'utilisation de médiations corporelles dans le soin, peut participer à l'élaboration d'un espace interculturel thérapeutique. Ce soin psychocorporel me semble, au vu de mes recherches et expériences, être une proposition pouvant être en adéquation avec les techniques corporelles et thérapeutiques culturelles déjà présentes au Burkina-Faso. Car la psychomotricité souligne l'importance donnée à la culture, au lien entre corps et esprit et à l'épanouissement de l'être dans son investissement corporel, qui l'inscrit dans son groupe.

Le rôle du psychomotricien dans un tel contexte est peut-être alors de savoir valoriser les pratiques corporelles propres aux populations orientales, afin qu'ils puissent les utiliser dans un dispositif thérapeutique adapté. Cela s'illustre concrètement par le projet de sensibilisation à la santé mentale dans un quartier de Ouagadougou, à l'initiative du centre paramédical où j'ai effectué mon deuxième stage. Depuis septembre 2015, chaque samedi, des professionnels paramédicaux (psychologues, psychomotriciens, kinésithérapeute et ostéopathe) français et burkinabés, en collaboration avec des artistes burkinabés, proposent des activités artistiques (théâtre, danse, chant, musique) aux enfants du quartier.

La sensibilisation effectuée dans le centre d'aide psychologiques aux enfants handicapés mentaux, par l'association d'étudiants en psychomotricité avec laquelle j'ai fait mon premier stage, a permis aux professionnels burkinabés d'avoir une plus grande visibilité. Ils ont en effet pu sensibiliser la population aux alentours de Ouagadougou sur le handicap mental, grâce à une médiatisation suite à la venue des équipes françaises. Le centre a vu son effectif d'enfants accueillis doubler en à peine un an. Le centre a même pu

ouvrir un local plus grand pour recevoir les enfants, il reçoit également le soutien de nombreux parrainages pour les enfants ainsi que de professionnels occidentaux.

De plus, il existe depuis 2003 à Douala, au Cameroun, un Institut Panafricain de Psychomotricité et de Relaxation (IPPR). Devant l'engouement de professionnels africains qui assistaient à des séminaires donnés par des psychomotriciens français, un groupe de médecins, psychologues et de religieuses camerounais ont décidé de fonder un institut de formation en psychomotricité.⁷⁵ Bien que le climat politique conditionne la continuité de l'enseignement, plusieurs étudiants ont pu aujourd'hui être diplômés. Cela illustre l'avenir que pourrait avoir la psychomotricité hors de l'Europe.

Aujourd'hui, la psychomotricité continue de se développer en France, et nous pouvons voir à travers ces exemples qu'elle continue de s'exporter jusque dans les pays d'où elle tient ses racines, ouvrant peut-être le champ d'une ethnopsychomotricité.

⁷⁵ Scialom.P, Giromini.F, Albaret.J.M, 2011, p.311

Bibliographie

Livres

BONNET.D (1988), *Corps biologique et Corps Social, procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi, Burkina-Faso*, Edition l'ORSTOM

BOYER. A.M. (2007), *Le corps Africain*, Paris, Ed Hazan

BRIL.B (1988), *Le développement psychologique est-il universel ?*, Ed.Puf

CALZA.A, CONTANT.M (2007), *Psychomotricité*, Ed. Elsevier Masson, Abreges

CHERIF.A, (2006), *L'importance de la parole chez les mandingues de Guinée*, Ed l'Harmattan

CYRULNIK. B (2000), *Les nourritures affectives*, Paris, Ed. Odile Jacob

ERNY.P. (1987), *L'enfant et son milieu en Afrique Noire*, Paris, Ed L'Harmattan

EZEMBE.F (2003), *L'enfant Africain et ses univers*, Ed Karthala

GUEYE M., MATTYS M., MERCIER M., SECK B. (1996), *Approches interculturelles en santé mentale, L'Afrique, l'Europe, le Québec, Premier congrès de pédopsychiatrie d'Afrique de l'Ouest francophone, Dakar*, Ed Presses Universitaires de Namur

HALL. E.T (1966), *La dimension cachée*, Ed. Du Seuil

HALL. E.T (1984), *La danse de la vie*, Ed du Seuil

HUREIKIJ (2005), *Ethnopsychiatrie compréhensive*, L'Harmattan

JANIN. S (2010), *Burkina-Faso, pays des hommes intègres*, Genève, Ed. Olizane

LALLEMAND. S., JOURNET. O., EWOMBE-MOUNDO. E, RAVOLOLOMANGA. B., DUPUIS.A., CROS. M., JONCKERS. D (1991), *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et Madagascar*, Paris, Ed. L'Harmattan

LAPLANTINE. F (1976), *Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique Noire*, Paris, Ed. Encyclopédie universitaire

LATOUCHE.S (1989), *L'occidentalisation du monde*, Ed La découverte, Paris

LEBRETON.D (2013), *Anthropologie du corps et modernité*, Ed puf

LEMAY.M (1979), *J'ai mal à ma mère*, Ed Fleurus, Paris

LEYINDA. P.A (2010), *Ethnomotricité et développement, jeux traditionnels chez les Ndzébi du Congo-Brazaville*, Ed L'Harmattan, Paris

MAUSS.M (1934), *Les techniques du corps*, Strasbourg, Edition du Portique

MORO. M.R (2010), *Grandir en situation transculturelle*, Bruxelles, Ed. Yakapa.be/Editions Fabert

MORO. M.R (2011), *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, Ed Pluriel

NATHAN.T (2013), *La folie des autres, traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Ed Dunod, deuxième édition

ORTIGUES, M.C et E (2000), *L'Oedipe Africain*, L'Harmattan

SANON. A (2013), *Yele Pe- Etre homme, initiations traditionnelles et éducation corporelle au Burkina-Faso*, Paris, Ed L'harmattan

SCIALOM.P, GIROMINI.F, ALBARET.JM (2011) *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, Ed Solal

WINNICOTT .WOODS. D (2010), *Les objets transitionnels*, Payot,

WINNICOTT .WOODS. D (1992), *Le bébé et sa mère*, Payot

Mémoires présentés en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité

DE FRESSE DE MONVAL. A (2015), *Lâche-moi, j'ai besoin de toi*

KRUMHOLZ. M (2014), *Voyage au cœur de l'interculturalité en psychomotricité*

ROZAY-DOUS. A.C (1993), *Psychomotricité et expression transculturelle*

Cours de psychomotricité (IFP Pitié-Salpêtrière)

PAVOT. C, (2012), Perception et représentation du corps : schéma corporel et image du corps, cours de première année

PAVOT.C, (2012), L'espace et le temps en psychomotricité, cours de première année

PIREYRE. E (2016), L'image du corps, cours de troisième année

MAKASSO.J.O (2015), Approche anthropologique de la maladie et du handicap dans l'Afrique de l'Ouest, cours de troisième année

Articles

MESTRE.C (2005)., *La trace du voyage, le corps et les pensées en mouvement*.
Bobigny : Association Internationale d'EthnoPsychanalyse ;
http://www.clinique-transculturelle.org/AIEPtextesenligne_mestre_voyage.htm

Sitographie

<http://www.fasomonde.fr/breves/>

<http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/tous-les-pays-du-monde/>

<http://www.rfi.fr/afrique/20151209-guinee-senegal-peau-depigmentation-fleau-peut-mener-tragique>

Annexes



Salle de psychomotricité, centre paramédical



Ancienne salle d'activité, centre d'accueil pour enfants handicapés mentaux



Nouvelle salle d'activité, centre d'accueil pour enfants handicapés mentaux

Résumé

Dans sa découverte du corps de l'Autre, le psychomotricien se confronte également à sa culture. La culture Africaine façonne le corps d'une façon singulière et influence la construction psychomotrice de l'individu. Cependant, le processus d'occidentalisation qui s'infiltré dans les mœurs du Burkina-Faso s'exprime à travers les pratiques corporelles et la façon dont les enfants vivent désormais leur développement psychomoteur. La psychomotricité, par son approche thérapeutique psychocorporelle, peut alors apporter un lien interculturel adapté à la culture corporelle locale. En établissant des liens entre la perception du corps et du handicap au Burkina-Faso et les médiations corporelles utilisées en psychomotricité, nous pouvons alors proposer un espace de soin interculturel basé sur le corps, dans sa dimension universelle.

Mots clés

Psychomotricité, Burkina-Faso, Occidentalisation, Maternage, Interculturalité, Pratiques corporelles, Lien, Construction psychocorporelle

Summary

In his discovery of the Other's body, the psychomotor therapist is faced with his culture. The african culture shapes the body in a singular way and influences the psychomotor construction of the individual accordingly. However, the westernisation which infiltrates the Burkina Faso customs can also be expressed through body practices and the way children now live their psychomotor development. Psychomotricity, through its body-mind therapeutic approach, can thus bring an intercultural link suitable to the local body culture. By creating connections between the way body and disability are perceived in Burkina-Faso and the body mediations used in psychomotricity, we can thus offer an intercultural care space which embraces the individual's body in its universality.

Keywords

Psychomotricity, Burkina-Faso, Westernisation, Mothering, Interculturality, Body practices, Link, Body-Mind structure