



HAL
open science

**La psychomotricité au service du patient militaire
présentant un état de stress post-traumatique : abord de
la problématique identitaire par une réflexion sur le
temps et la reconnaissance**

Élisa Bessellere

► **To cite this version:**

Élisa Bessellere. La psychomotricité au service du patient militaire présentant un état de stress post-traumatique : abord de la problématique identitaire par une réflexion sur le temps et la reconnaissance. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01194878

HAL Id: dumas-01194878

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194878>

Submitted on 7 Sep 2015

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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

– Collège Sciences de la Santé –

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**LA PSYCHOMOTRICITE AU SERVICE DU
PATIENT MILITAIRE PRESENTANT UN ETAT DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE**

**Abord de la problématique identitaire par une réflexion
sur le temps et la reconnaissance**

BESSELLERE Elisa

Née le 1 septembre 1992 à Bordeaux

Directeur de Mémoire : MONTEAN Régis

Juin 2015

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon maître de stage et maître de mémoire Régis MONTEAN pour le temps qu'il m'a accordé et pour ses nombreuses « pistes ».

Je remercie toute l'équipe du service de psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué pour son accueil et son aide.

Je remercie les patients rencontrés pendant mes stages qui m'ont tous beaucoup appris.

Je remercie Ludovic, Odile et Renaud pour leur relecture et leur soutien.

Je remercie ma collègue Sabrina ALANE pour son soutien pendant ces trois années d'études.

Je remercie Xavier POMMEREAU et Béatrice DESPRES qui ont contribué à ma formation par leur accueil en stage de deuxième année au centre Abadie.

Je remercie les psychomotriciennes Sophie et Saliha qui ont contribué à ma formation et m'ont fait découvrir le monde militaire à l'Institution Nationale des Invalides.

Je remercie l'IFP de Bordeaux pour sa qualité d'enseignement et ses professeurs investis.

AVANT PROPOS

« C'est incomparable. Avant j'étais dans l'ultra-violence, dans l'ultra-vigilance... je dormais en travers de ma porte de maison avec mon fusil. Pendant plusieurs mois je n'ai pas pu dormir dans mon lit. »

« J'ai revécu, je me suis mis dans une bulle, je repensais à plein de mauvaises choses... Depuis l'incident, je n'arrive pas à me contrôler. »

« Moi j'ai la sensation que je suis encore là-bas ».

« Les gens me disent : "tu n'as qu'à aller de l'avant". Sauf que pour moi l'avant il n'y en a plus, le présent est effacé, moi je suis dans le passé. Je réponds à ça: "on change de place et on en reparle". Ça calme les gens ».

« J'aimerais revenir comme j'étais avant en 99. Je me sens humilié, comme si en gros je m'étais fait violer. Je suis revenu sans sentiment. Plus de sentiment même pour ma mère ou mon frère. Quelque chose est mort ... tout ce que je fais maintenant c'est pour ma seconde vie. Je suis né en 76, mort en 99 et j'ai une nouvelle chance à 40 ans ».

Propos de patients présentant un état de stress post traumatique (ESPT) au groupe
« relaxation créative ».

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
<u>PARTIE A : Réflexion sur les différents courants théoriques expliquant l'ESPT</u>	9
1. Considérations historiques	10
2. Prise en compte de l'ESPT dans le rapport d'information militaire	12
3. L'ESPT selon les DSM	12
4. Définitions neurophysiologiques	14
4.1 Stress	14
4.1.1 Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou axe du stress	15
4.1.2 Le modèle de SELYE	15
4.2 Mémoires	16
4.2.1 Le modèle d'EUSTACHE et de DESGRANGES	16
4.2.2 Le modèle de LEDOUX	17
4.3 Réflexions sur l'approche neurophysiologique	17
5 Modèles cognitivo-comportementaux sur l'ESPT	18
5.1 Courant comportementaliste (le modèle de MOWRER)	18
5.2 Courant cognitif	19
5.2.1 Le modèle d'HOROWITZ (1986)	19
5.2.2 Le modèle de FOA, de STEKETEE et de ROTHBAUM (1989)	19
5.2.3 Le modèle de JONES et de BARLOW (1992)	19
5.3 Réflexions sur l'approche cognitivo-comportementale	20
6 Théories psychanalytiques	20
6.1 Théorie sur le traumatisme et la névrose traumatique par FREUD et FERENCZI	20
6.2 L'effraction et l'évolution de la névrose traumatique selon LEBIGOT	25
6.3 La honte engendrée par l'effraction selon TISSERON	29
6.4 Réflexions sur l'approche psychanalytique	30
7 Regard en psychomotricité sur la problématique identitaire dans l'ESPT	30
7.1 L'altération de l'image du corps	32
7.2 Considération du temps chez le patient ESPT	33
7.2.1 Le(s) temps	33
7.2.2 Le temps comme constructeur de l'identité	34
7.2.3 Le temps chez les personnes ayant un traumatisme	35
7.2.3.1 Le temps lors du traumatisme	35
7.2.3.2 La latence	36

7.2.3.3	La réactivation du traumatisme et ses conséquences	36
7.2.4	Ramener le patient dans un temps cohérent	37
7.3	Considération de la reconnaissance de la blessure du patient ESPT	38
7.3.1	La reconnaissance	38
7.3.2	La reconnaissance comme constructeur de l'identité	40
7.3.3	Problématique de la reconnaissance chez les personnes présentant un ESPT	41
7.3.4	Spécificité du cadre militaire	43
7.3.5	Le soin dans le processus de reconnaissance	44
8	Recherches	47
8.1	Les pilotes de drones et l'ESPT	47
8.2	Le soin en téléconférence	48
	<u>PARTIE B : La prise en soin en psychomotricité</u>	50
1.	Parcours de soin d'un militaire présentant un ESPT	51
1.1	Diminuer le risque d'ESPT	51
1.1.1	Avant la mission	51
1.1.2	Pendant la mission	52
1.1.3	Après la mission	52
1.2	Lorsque l'ESPT se présente	53
1.2.1	Avant le diagnostic	53
1.2.2	Le diagnostic	53
1.2.3	Après le diagnostic	53
1.2.3.1	Soins en ambulatoire	54
1.2.3.2	Soins en hospitalisation	54
1.2.3.3	Stage au CREBAT	55
1.2.3.4	Aide à la reconversion	55
2.	Les apports de la psychomotricité auprès de ces patients	56
2.1.	Le cadre	56
2.2.	L'écoute de la demande	58
3.	Prise en soin individuelle en psychomotricité	59
3.1	Le transfert et le contre-transfert au service de la relation thérapeutique	60
3.2	Renforcer la boucle sensations-perceptions-représentations	61
3.3	L'étayage en individuel de la reconnaissance identitaire	62
3.3.1	La valorisation de l'image du corps	62
3.3.2	Rappeler la cohérence du temps	63
3.3.3	La dimension de la reconnaissance	63
3.4	La médiation relaxation et ses objectifs	64
3.4.1	La médiation dans la prise en soin	64
3.4.2	La relaxation	65
3.4.3	Les visées de la relaxation dans le soin	66

3.5 Exemple de prise en soin individuelle par la médiation relaxation : Mr G	67
4. Prise en soin groupale en psychomotricité	75
4.1 Approche du groupe	75
4.1.1 Le groupe militaire	75
4.1.2 Le groupe dans le soin	76
4.1.3 La prise en soin groupale	76
4.2 La médiation « relaxation créative » et ses objectifs	77
4.2.1 Le dessin comme support de l'expression	77
4.2.2 Le groupe « relaxation créative »	78
4.2.3 Etude d'une séance de « relaxation créative »	79
CONCLUSION	83
ANNEXES 1 Dessins de Mr G	84
ANNEXES 2 Critères diagnostiques du DSM IV	88
BIBLIOGRAPHIE	89

INTRODUCTION

L'American Psychiatric Association définit qu'un évènement est traumatique lorsqu'une personne est victime, témoin ou confrontée à un évènement qui représente une menace sérieuse pour sa vie ou son intégrité physique, ou pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui. Un traumatisme peut aussi se définir par des sentiments intenses qu'éprouve la personne, une peur intense, un vif sentiment d'horreur ou d'impuissance lors de l'évènement. Selon une étude réalisée en 2006 par BOYER, GUAY et MARCHAND, la prévalence vicienne de l'état de stress post traumatique (ESPT) s'estime entre 2% et 8% dans la population générale. Chez les militaires, l'ESPT est plus souvent rencontré, ainsi la guerre du Vietnam a entraîné 25% d'ESPT au sein des troupes américaines et il y a eu autant de suicides post-guerre que de morts au combat.

L'ESPT est une blessure psychique. Le terme « *traumatisme* » vient du grec « *trauma* » signifiant « *blessure* ». La personne subit une effraction de son psychisme. Cette effraction et les symptômes qui en découlent amènent la personne à ne plus se reconnaître. L'ESPT désigne un ensemble de symptômes qui s'inscrivent dans le temps et qui amènent un dysfonctionnement important dans la vie social. Ces symptômes sont caractérisés par le phénomène de répétition, des conduites d'évitement, un changement identitaire et une hyperactivation du système nerveux conduisant à des troubles du sommeil, de l'hypervigilance, etc.

Le but de ce mémoire est de montrer le rôle de la psychomotricité dans la représentation du temps et de la reconnaissance de la blessure dans la problématique identitaires des patients militaires présentant un ESPT. Ces propos seront illustrés par un exemple d'approche individuelle par la médiation relaxation et groupale par le groupe de « *relaxation créative* ». Ce mémoire abordera le monde militaire car c'est dans un hôpital militaire que j'ai fait mon stage de troisième année.

La reconnaissance chez la personne traumatisée et sa réintégration dans le temps présent sont toutes les deux liées à la problématique identitaire. La personne traumatisée subit un effondrement identitaire. Les personnes ne semblent pas se sentir blessées au départ mais pensent basculer dans la folie. Elles ne se reconnaissent plus. Il s'agirait donc d'amener le patient à rétablir un lien à soi-même par la reconnaissance de ses émotions, de ses vécus, de sa blessure. Le travail s'accompagne également d'une réintégration dans le temps présent et d'une représentation plus cohérente du temps. Cette récupération identitaire permet à la personne d'être à nouveau confiante dans son lien à elle-même et son lien aux autres.

Ce mémoire propose un regard professionnel en psychomotricité sur l'état de stress post-traumatique en prenant en compte son histoire, ses approches théoriques et ce qui s'observe en pratique.

Dans la première partie nous définirons l'ESPT à travers son histoire en parcourant les définitions athéoriques, l'approche neurophysiologique, les hypothèses cognitivo-comportementales et psychanalytiques. Ces regards sur l'ESPT seront croisés dans une approche psychomotricienne. La première partie propose une ouverture sur des exemples de recherches.

La deuxième partie de ce mémoire retrace le parcours de soins d'une personne militaire présentant un ESPT et les possibilités de prises en soin en psychomotricité en individuel et en groupe. Nous illustrerons les possibilités de prise en soin par une étude de cas de prise en soin individuelle par l'utilisation de la médiation relaxation et par une étude de cas de prise en soin groupale en « *relaxation créative* ».

PARTIE A : Réflexions sur les différents courants théoriques expliquant l'ESPT.



Dessin d'un patient en groupe de « relaxation créative »

« Personne ne survit à une guerre, pas même les vivants. Ceux qui en réchappent hébergent plusieurs tombes. Avec pour seule rémission une histoire à écrire ». Colum McCann

1. Considérations historiques

La définition de l'état de stress post-traumatique s'exprime différemment au cours des siècles. L'expression de l'ESPT varie l'approche soignante. Auparavant, vue comme « *une faiblesse chez des sujets prédisposés à la maladie mentale* », elle est assimilée ensuite à de la « *simulation par couardise* » pour être maintenant considérée comme une blessure psychique. Cette blessure psychique est désormais considérée au même titre que la blessure physique.

Cette blessure psychique ne semble considérée au départ que lors de son expression par des troubles de conversion. La conversion, selon Freud, est la transformation en symptômes somatiques d'un conflit psychique non résolu. Les examens somatiques ne révèlent pas de causes biologiques au symptôme. La conversion est attribuée aux hystériques, souvent rejetés par les médecins, qui sont impuissants face à leurs symptômes. L'expression somatique de ce conflit est à haute charge symbolique. Les troubles de conversion peuvent être des paralysies, des déficits sensoriels comme la cécité, des troubles de la coordination ou de l'équilibre pouvant conduire à une incapacité à marcher.

Dès l'antiquité, on trouve des descriptions de l'ESPT. En effet 500 ans avant JC, HERODOTE, un grand historien s'intéressant aux guerres, rencontre Epizelos, un soldat athénien, qui, après avoir vu un camarade coupé en deux par l'épée d'un perse, devient aveugle.

C'est en 1889, qu'Hermann OPPENHEIM nomme « *névrose traumatique* » les problèmes cardiaques des accidentés par la construction du chemin de fer. Il considère ce trouble sous un angle biologique. Trouvant des symptômes similaires chez ses patients, CHARCOT décrit la « *névrose hystérique* ». Il associe cette névrose à « *des problèmes de suggestibilité* » et des « *crises de dissociation* » résultants des traumatismes. Lorsque BABINSKI, son disciple, rejoint la Salpêtrière, il rejette la théorie biologique au profit du rôle de la simulation et de la suggestibilité. Ce qui va influencer très négativement la reconnaissance des soldats blessés psychiques.

Le Docteur André GILLES, dans l'hystérie et la guerre en 1917, décrit ses patients : « *Quels sont ces malades ? Voici des gens qui nous arrivent : celui-ci est complètement aphone. Cet autre est agité d'un tremblement violent qui simule à s'y méprendre à la chorée. Ailleurs, cet homme nous vient qui ne peut plus se redresser et marche courbé en deux par une plicature vertébrale. Puis c'est l'interminable série de paralysies : monoplégies, paraplégies, hémiplégies accompagnées ou non d'anesthésie. Puis c'est ce pied bot survenu brusquement à la suite de l'explosion d'un obus et pour lequel cet homme se refuse à marcher autrement qu'en boitant* »(1). La conclusion de cet article est que la névrose de guerre est un refuge dans la maladie pour fuir une situation de souffrance mentale ou désespérée devant la mort. Il s'agit là de l'inconscient, la volonté consciente du malade n'est pas mis en doute, c'est ce qui différencie pour les médecins « *l'hystérie de guerre* » de la simulation.

(1) L'hystérie et la guerre, GILLES André, 1917, page 210

En 1986, DUPONCHEL, affirmait que l'hystérie est la névrose la plus fréquemment étudiée dans l'armée(2). En effet, un quart de l'effectif de tous les blessés de l'armée française de la première guerre mondiale est envoyé dans les centres neuropsychiatriques. Plus de 50% de ces malades envoyés dans les centres sont des « *névroses de guerre* ».

Dans le livre Sur les névroses de guerre, FERENCZI décrit ses patients : « *Ma première impression en pénétrant dans la salle d'hôpital entièrement occupée par des névrosés de guerre fut un profond étonnement que vous partagerez sans doute lorsque vous aurez jeté un coup d'œil sur ce groupe de malades qui sont là devant vous, assis, debout ou couchés. Il y a là environ cinquante patients qui presque tous donnent l'impression d'être gravement atteints ou, même, invalides. Certains sont incapables de se déplacer, chez la plupart la moindre tentative de déplacement provoque un tremblement si violent des genoux et des pieds que ma voix couvre difficilement le bruit des semelles frappant le sol.* »(3)

De nos jours, la conversion est un symptôme beaucoup plus rarement observé. Les patients ayant un ESPT ont maintenant une prise en soin car ils présentent des reviviscences, des troubles du comportement (isolement, évitement, agressivité, conduites addictives) et, très souvent, des troubles dépressifs. Il y a donc une évolution de l'expression de l'ESPT. Les patients présentant un ESPT ne donnent plus cette impression d'être gravement invalides.

Qu'est ce qui amène cette évolution dans l'histoire de l'ESPT ? Serait-ce parce que la souffrance psychique est plus reconnue ? Ainsi, les patients n'auraient plus besoin de passer par la conversion pour être reconnu comme blessés ; peut-être que c'est parce que la prise en soin a lieu plus tôt ?

La prise en soin en psychomotricité va s'en retrouver changée. Certes, les psychomotriciens n'étaient pas très présents lors de la première guerre mondiale. Mais certains éléments de la théorie psychomotrice sont déjà posés un peu plus tôt. En effet, CHARCOT(4), vers la fin du 19^{ème} siècle, démontre la dialectique de la liaison entre le mouvement et l'idée. Les travaux de CHARCOT inspirent JANET et TISSIER qui ouvrent la rééducation psychomotrice autour de « *l'influence des exercices physiques sur le développement de l'attention* », démontrant ainsi que les mouvements contrôlés par la volonté contribuent à rétablir le cours des idées normales, non seulement en ce qui concerne l'hystérie, mais aussi pour tout trouble mental. Ce qui dessine les deux tendances en psychomotricité : les techniques de relaxation, où l'esprit et la parole influencent le corps, et les techniques de jeu et d'apprentissage où le corps influence l'esprit. Vu les grands phénomènes de conversion qui immobilisaient certains traumatisés, on peut imaginer que la relaxation aurait été plus indiquée en premier temps ! Ceci aurait été plus doux que les soins réservés aux ESPT qui, en 1915, sont à base d'hydrothérapie froide, de privation de sortie, d'isolement, d'injection de sérum bromuré et d'électricité faciale.

(2) Trouble nerveux et pithiatisme chez les soldats français, pendant la Grande Guerre, comité de lecture du 11 décembre 1993 de la Société française d'Histoire de la Médecine, Histoire des sciences médicales tome XXIX, n°1, 1995, Liliane MAURAN)

(3) Sur les névroses de guerre, FERENCZI, 2010, page 64

(4) <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/fondamentaux/POLY.Chp.3.html>

2. Définition du rapport d'information militaire

Dans le rapport d'information sur la prise en soin des blessés de l'année 2014, nous pouvons voir une définition de l'ESPT pour les militaires : « *Répondant à plusieurs dénominations, la **blessure invisible** est aujourd'hui au cœur des préoccupations du ministère de la Défense. Parmi de nombreuses définitions, elle peut notamment être caractérisée comme une effraction de l'irreprésentable dans le psychisme, tel que la confrontation directe à un évènement violent et à la mort* ». (5)

Cette blessure invisible est accompagnée de « *troubles du comportement affectant la vie sociale du militaire : sentiment d'insécurité permanente, hypervigilance, irritabilité, agressivité, repli social (évitement, enfermement) et perte de repères. Dans la durée, les troubles psychiques peuvent s'accompagner de pathologies associées : dépression, anxiété, hypertension, diabète, obésité et tout type d'addictions. Ainsi, la blessure psychologique se prolonge et évolue dans le temps. Elle nécessite un traitement et un suivi dans la durée* ».

« *Les militaires sont souvent réticents à demander de l'aide. Plusieurs facteurs expliquent ce silence : la méconnaissance des symptômes, le caractère indicible de l'expérience vécue, la honte, la culpabilité ou la crainte au regard de l'aptitude.* »(6).

3. L'ESPT selon les DSM

Le sigle DSM vient de l'anglais « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* » signifiant « *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ». Ce manuel propose une classification athéorique. C'est-à-dire qu'il ne fournit pas d'hypothèse sur l'étiologie du trouble décrit. Il sert de langage commun entre professionnels. Au cours du temps, la connaissance sur les troubles s'est approfondie, nécessitant des changements de classification. Ainsi plusieurs DSM ont été édités. L'observation des changements de définitions de l'ESPT au fil des versions successives du DSM permet de dégager une évolution de la pensée vers une meilleure reconnaissance de ce trouble.

Le DSM-I (1952) décrit la « *réaction de stress majeure* ». Elle figure dans la catégorie des troubles transitoires de la personnalité. On peut donc observer que ce prémisses d'ESPT ne s'inscrit pas dans le temps comme actuellement.

Cette réaction de stress majeure est dû aux « *situations dans lesquelles l'individu a été confronté à de sévères épreuves physiques ou à un stress émotionnel extrême, telles que les situations de combat et les catastrophes civiles (incendie, séisme, explosion, etc.)* ».

(5) Rapport d'information sur la prise en soin des blessés, O. AUDIBERT-TROIN et all, 2014, page 101

(6) Rapport d'information sur la prise en soin des blessés, O. AUDIBERT-TROIN et all, 2014, citations page 104. L'aptitude signifie la capacité à aller en mission.

Dans le **DSM-II** (1968) la réaction de stress majeure disparaît au profit de la « réaction d'adaptation à la vie adulte ». Concernant le stress lié au combat militaire, on lit : « peur associée au combat militaire et où les manifestations sont : trembler, courir et se cacher ». Ce qui signifie que cette réaction est immédiate. Il n'y a pas la notion d'après coup. Il est précisé : « Si le patient a des capacités d'adaptation normales, les troubles devraient disparaître lorsque le stress diminue. Si les troubles persistent, il convient de rechercher une autre pathologie mentale ». On peut donc observer dans ce DSM que si cette réaction perdure c'est parce que le sujet est atteint d'une pathologie mentale.

Le **DSM-III** (1980) nomme « l'Etat de Stress Post-Traumatique ». Il appartient désormais à la classe des troubles anxieux. Cette classification va perdurer dans les versions suivantes. L'ESPT prend un grand tournant dans sa considération. La définition de l'ESPT apporte la notion de rupture avec un état antérieur. Il s'agit d'une pathologie induite par un événement traumatique chez un sujet sain. Le DSM-III indique aussi que les auteurs d'exaction peuvent être des victimes : « les soldats coupables de crimes de guerre sont des hommes ordinaires qui ont été plongés dans une situation extraordinaire ».

Dans le **DSM-IV(7)** (1994) Le diagnostic d'ESPT ne pouvant être établi qu'après une latence d'un mois minimum, les réactions manifestées précocement sont nommées l' « Etat de Stress Aigu ». Ce DSM définit l'ESPT comme « caractérisé par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme. ». L'ESPT inclut désormais les témoins d'un événement, qui cependant, pour être qualifié de traumatique, doit avoir suscité un vécu négatif tel que le sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance. Enfin, pour la première fois, le manuel fait mention de caractéristiques liées à la culture et souligne le danger d'utiliser telle quelle cette classification pour évaluer une personne d'un autre groupe ethnique ou culturel.

Le DSM IV précise que l'ESPT s'accompagne de troubles associés : « l'État de stress post-traumatique est associé à des taux élevés de Trouble dépressif majeur, de Troubles liés à l'utilisation d'une substance, de Trouble panique, d'Agoraphobie, de Trouble obsessionnel-compulsif, de Trouble anxiété généralisée, de Phobie sociale, de Phobie spécifique et de Trouble bipolaire. Ces troubles peuvent soit précéder, soit suivre ou bien apparaître en même temps que l'État de stress post-traumatique. » Ces troubles associés peuvent entraîner une désadaptation sociale importante

Le **DSM-V** (2013) crée un chapitre distinct pour les « Troubles Consécutifs aux Traumatismes et au Stress ». Ce DSM distingue le « trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié » du « trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié ». Le DSM-V ajoute aux événements traumatisants l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression. Ce DSM inclut les personnes n'ayant pas vécu directement le traumatisme. Cela peut être dû à une proximité émotionnelle avec une victime directe ou parce que la personne a été confrontée de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles.

(7) Les critères diagnostic de l'ESPT sont en annexes.

D'autre part, ce DSM n'exige pas le critère sur l'émotion (« *une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'évènement* »). L'ESPT est aussi mieux pris en compte chez les enfants. Il y a eu en effet de brèves mentions dans la révision du DSM-III et le DSM-IV, nommé le « *PTSD préscolaire* » destiné aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.

Les critères du DSM-V pour être diagnostiqué ESPT s'opposent à la théorie de LEBIGOT selon laquelle le traumatisme est sans langage : « *il en est de même de l'écran ou de la parole. Ils peuvent montrer la mort, raconter la mort mais ils ne sont que des médiateurs et non le réel de la mort* »(8). Ce DSM inclut en effet les personnes qui n'ont pas été en contact sensoriel avec l'évènement. Dans ce DSM un sujet très proche de la personne traumatisée peut déclencher en ESPT. Si cette personne se fait raconter l'évènement, le traumatisme est médiatisé par le langage. Fait-il alors effraction dans le psychisme du sujet ?

4. Définitions neurophysiologiques

4.1 Stress

« *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* » Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.

Le stress est une réaction normale face à un évènement auquel il faut s'adapter. On peut aisément deviner l'utilité du stress dans le cadre d'opérations extérieures militaires. Selon Claude BERNARD « *le stress physiologique est nécessaire au rythme biologique, à la fixité du milieu intérieur* ». Cependant « *l'excès de stimulation est en revanche dangereux et, dans le cas où il dépasserait les capacités d'adaptation de l'être humain, il causerait les maladies dites du stress ou même provoquerait la mort* »(9). Le stress peut donc être adaptatif. Dans le cas d'un ESPT les mécanismes d'adaptation sont dépassés.

En conditions normales de stress, l'organisme subit des modifications biologiques. Ces modifications biologiques permettent à l'individu de s'adapter à son facteur de stress. Le stress amène une hyperactivation neurovégétative comportant des réactions psychologiques et physiologiques. Les réactions psychologiques sont l'augmentation de la vigilance et de l'anxiété, de l'irritabilité, de l'agressivité, des comportements de type attaque ou fuite qui visent à soustraire l'organisme au stimulus stressant. Les réactions physiologiques sont augmentation des rythmes cardiaque, artériel et respiratoire, une analgésie, une mobilisation d'énergie, etc. L'adaptation au stress conduit l'individu au combat ou à la fuite. Si ces modifications perdurent trop longtemps, l'état de stress devient pathologique.

(8) Traiter les traumatismes psychiques, LEBIGOT, page 17

(9) Le stress de Jean-Benjamin STORA citations page 83

La personne peut présenter un **état de stress aigu**. Ces troubles post-immédiats sont polymorphes. La personne peut être en état de stupeur, présenter des troubles anxieux, des troubles mnésiques, des symptômes dépressifs et des symptômes traumatiques (cauchemars, reviviscences, évitements...). Si cet état dure, on parle alors de **stress chronique**.

4.1.1 Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou axe du stress (10)

Les circuits biologiques du stress comportent une cascade d'activations conduisant à des comportements face au stress. La première étape du circuit du stress est l'interprétation subjective du stimulus. Si celui-ci est interprété comme menaçant cela déclenche l'étape suivante : la réaction d'alerte. La réaction d'alerte met en jeu l'axe sympatho-surrénalien qui amène la libération de noradrénaline, soit l'hormone amenant la réaction de stress (hypervigilance) et ses comportements (attention sélective, etc.). L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien intervient en freinant le rétrocontrôle négatif au niveau des structures s'occupant de la réaction de stress, prolongeant ainsi les comportements d'adaptation face au stress.

4.1.2 Le modèle de SELYE

Hans SELYE définit le Syndrome Général d'Adaptation comme l'état réactionnel d'un organisme soumis au stress. SELYE conçoit un modèle de réponse face au stress comprenant trois étapes. La première étape est la **phase d'alarme**. La phase d'alarme correspond à une mobilisation des ressources pour faire face au stress. La deuxième étape est la **phase de résistance**. Durant cette phase l'augmentation de la résistance vis-à-vis du stress se fait au détriment des autres résistances. Enfin la phase d'**épuisement** si la résolution du stress n'a pu se faire. Dans le cas de l'épuisement, l'organisme n'a pas pu se soustraire au stress. Le niveau de résistance a décliné. La pathologie survient.

Pour SELYE, le stress est une réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui est faite. John MASON, par une expérience avec des singes, démontre que le stress psychologique est aussi puissant que le stress physique. Le stress psychologique peut donc déclencher une réponse au stress. Le stress psychologique nuance l'hypothèse de SELYE qui posait que le stress conduit à une réponse spécifique. Cela montre que le stress engendre des réponses individuelles, variables selon chacun. En effet, chacun n'aura pas la même réponse face à un événement. L'événement pourra être jugé plus ou moins stressant et les ressources de chacun ne seront pas les mêmes.

(10) :(<http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module3/pec/apprentissage/neuroana/stress/stress2.htm>)

4.2 Mémoires

4.2.1 Le modèle d'EUSTACHE et de DESGRANGES

EUSTACHE et DESGRANGES décrivent la mémoire comme étant une fonction organisée, faite d'interactions entre les cinq grands systèmes de mémoires. En effet, il existe plusieurs formes de mémoire : la mémoire épisodique, sémantique, perceptive, de travail et procédurale.

- La mémoire **épisodique** enregistre des éléments liés à un contexte. Elle enregistre un instant unique bien repéré dans le temps et l'espace. On garde dans notre mémoire épisodique des moments emblématiques comme des ruptures entre différentes phases de notre vie, des événements particuliers, des situations de bonheur ou de dangers intenses.
- La mémoire **sémantique** stocke toutes les connaissances générales sur soi et le monde. C'est la mémorisation d'un sens, d'une connaissance.
- La mémoire **perceptive** est la mémoire de la perception avant même qu'il y ait une signification. Elle enregistre, très rapidement, de façon relativement automatique et involontaire l'image des objets que nous voyons sans forcément la rattacher à un sens ou à un contexte. Le cerveau garde une trace de ce qu'il a perçu.
- La mémoire de **travail** permet de retenir une information jusqu'à son utilisation. Elle maintient à la conscience les informations dont on a besoin pour parler, imaginer, réfléchir, calculer.
- La mémoire **procédurale** enregistre des séquences motrices. Elle concerne l'apprentissage et le stockage des compétences motrices. Elle permet aussi d'apprendre des méthodes de résolution de tâches cognitives ce qui permet de le faire de façon de plus en plus routinière.

Ces mémoires sont distinctes et fonctionnent ensembles. Certains chercheurs ont tenté de les rassembler en un modèle global de la mémoire. En 2001, TULVING a proposé une organisation hiérarchisée de la mémoire « à long terme » : la mémoire perceptive, sémantique et épisodique. Pour TULVING ces mémoires conduisent, sous formes de chaînes, à la formation du souvenir. L'encodage d'un souvenir se fait d'abord par la mémoire perceptive (les sens perçoivent quelque chose qui est enregistrée sous forme de trace), vient ensuite la mémoire sémantique (la trace prend un sens) et cet enregistrement se termine par la mémoire épisodique (on prend en considération l'évènement dans un repère spatio-temporel). Nous enregistrons les événements significatifs, marquants sur un plan émotionnel.

Lorsque la personne se remémore un souvenir celui-ci va être altéré. EUSTACHE et DESGRANGES proposent une réécriture du souvenir : « *En effet lorsque l'on se souvient d'un épisode, des mémoires perceptives sont réactivées, mais certaines le sont d'avantage que d'autres. Dès lors, le souvenir est « réécrit ».* ».

EUSTACHE et DESGRANGES définissent les phénomènes de reviviscences « *il arrive qu'en se rappelant un évènement marquant, surtout les premières fois, on se représente la scène avec son cortège d'émotions, de façon concrète en revoyant certains détails et en ayant l'impression de revivre l'évènement* »(11). Cette reconstitution ramène un souvenir perceptif et cela consolide le souvenir.

On peut noter un phénomène de répétition pendant le sommeil. Le sommeil profond permet la consolidation des mémoires épisodiques et sémantiques, le sommeil paradoxal renforcerait la mémoire procédurale.

4.2.2 Le modèle de LEDOUX

Les travaux de LEDOUX (1998) montrent que l'apprentissage de la peur et des réactions anxieuses se font selon une voie qui court-circuite la voie longue (soit le passage de l'information dans la boucle de mémoire perceptivo-sémantique-épisodique). La voie courte est utilisée quand il s'agit de réponses de survie immédiates : fuir, affronter et combattre, ou s'immobiliser. Les personnes qui présentent des perturbations émotionnelles importantes utiliseraient essentiellement la voie courte, automatique et inconsciente. Cette utilisation expliquerait des réactions de colère, de violence ou de peur disproportionnées par rapport à la situation qui provoque l'émotion.

4.3 Réflexions sur l'approche neurophysiologique

La personne présentant un ESPT a subi un stress intense. La situation vécue a été interprétée comme très menaçante pour la personne. Le circuit biologique du stress est mis en place. Cependant la personne ne dispose pas de ressources suffisantes pour faire face à cette situation. La résistance qu'elle oppose à la situation s'épuise et la pathologie survient. Cette situation est subie avec des émotions intenses. Ces émotions vont favoriser l'enregistrement de cette scène. En reprenant les propositions d'EUSTACHE et DESGRANGES on se rend compte que l'image traumatique qui amène les reviviscences ne semble pas changer dans la description des patients. Serait-ce parce que l'image traumatique n'est restée que sous la forme d'une mémoire perceptivo ? Ou parce qu'elle n'a pas rencontré de représentations et fait blocage dans la conscience de la personne ?

(11) Cerveau et psycho n°28, EUSTACHE et DESGRANGES, citations page 41

5. Modèles Cognitivo-Comportementaux sur l'ESPT.

On peut classer les différents modèles selon leur appartenance à deux grands courants des modèles cognitivo-comportementaux. D'une part le courant comportementaliste avec le modèle de MOWRER et d'autre part le courant cognitif avec plusieurs modèles : le modèle d'HOROWITZ, le modèle de JONES et BARLOW ainsi que celui de FOA, STEKETEE et ROTHBAUM.

5.1 Courant comportementaliste (le modèle de MOWRER)

Le courant comportementaliste étudie les comportements qui résultent des stimuli. Ce courant se centre sur ce qui est de l'ordre de l'observable. Il ne prend donc pas en compte le psychisme du sujet, généralement appelé « boîte noire ». Le courant comportementaliste permet d'expliquer à la fois les réviviscences et l'évitement.

Le modèle de MOWRER (1960) a pour théorie que *« les stimuli internes ou externes associés au traumatisme vont provoquer la même réponse émotionnelle que l'évènement initial »*. Cette théorie explique le développement et le maintien de l'état de stress post-traumatique.

Ce modèle est basé sur les théories du conditionnement classique de PAVLOV (soit l'apprentissage involontaire par association des stimuli) et sur celui du conditionnement opérant de SKINNER (où les actions sont renforcées par leurs conséquences. Il s'agit d'un apprentissage volontaire accompagné par des renforcements ou des punitions). Le modèle de MOWRER a été critiqué car *« il ne rend pas suffisamment compte de la répétition entre expérience et évitement, ni de la persistance de l'hyperactivité neuro-végétative »*(12).

MOWRER montre par son modèle que le traumatisme est un stimulus extrême qui provoque une réponse spécifique. *« Dans un premier temps, un conditionnement classique des réponses émotionnelles va fixer un pattern émotionnel dans la mémoire ; dans un deuxième temps, l'évitement comportemental va soulager de l'anxiété et fixer sur un mode opérant les réponses motrices. Les deux facteurs, conditionnement classique et conditionnement opérant, participent au maintien du trouble anxieux. »*(13).

Les théories de PAVLOV servent à expliquer les reviviscences. La personne, lors du traumatisme, associe à cette scène d'autres stimuli (un bruit, une odeur, une image, etc.). Lorsque ces stimuli se manifestent, la personne revit le traumatisme et répond de la même manière. C'est un *« conditionnement classique aversif »* : face à un stimulus neutre associé au traumatisme la réponse de la personne est conditionnée.

(12) <http://www.rvd-psychologue.com/trouble-anxieux-stress-post-traumatique.html>

(13) Présentation de l'approche cognitive-comportementale Inserm (p 175 – 176). Pattern signifie motif en anglais.

Les théories de SKINNER servent à expliquer l'évitement. « *Devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement* ». L'association des stimuli amène l'idée que certains stimuli sont négatifs. La personne a un « *conditionnement opérant* » et évite ces stimuli. Par exemple, une personne présentant un ESPT va éviter les foules car le nombre de personne accroît le risque de répétition d'une agression.

5.2 Courants cognitifs

Les modèles cognitifs prennent en compte les significations associées au stimulus et à sa réponse. Ces modèles étudient les « *schémas cognitifs* » créés à partir de l'expérience de la personne. Ces schémas cognitifs sont stockés dans la mémoire à long terme et vont servir pour traiter un stimulus. Ces schémas sont non conscients et conduisent à des « *pensées automatiques* » difficilement modifiables.

5.2.1 Le modèle d'HOROWITZ (1986)

HOROWITZ a pour théorie que « *les symptômes de l'ESPT représentent la réponse à l'excès d'information reçue pendant l'expérience traumatique et sont maintenus par la difficulté ou l'échec dans la capacité à intégrer ces nouvelles données au sein des schémas cognitifs antérieurs* ». Les symptômes de l'ESPT sont les pensées intrusives, les cauchemars et les réviviscences du traumatisme. Ces symptômes correspondraient donc aux représentations de l'événement traumatique qui, dans une optique d'intégration, reviendraient de façon répétées.

5.2.2 Le modèle de FOA, de STEKETEE et de ROTHBAUM (1989)

Ce modèle propose que les stimuli associés au traumatisme activent la « *structure de peur* », provoquant ainsi les phénomènes de réviviscences. « *Lorsqu'une personne expérimente un événement traumatique, une structure de peur s'établit dans la mémoire* ». Cette structure de peur forme un programme d'échappement au danger. L'activation de la structure de peur explique l'évitement de ces signaux. La personne présentant un ESPT se montre incapable de discriminer les stimuli neutres des stimuli dangereux.

5.2.3 Le modèle de JONES et de BARLOW (1992)

Ce modèle se centre sur la réponse face au stress. Cette réponse est influencée par les « *événements de vie* », les « *réactions de stress* » et comprend également la « *vulnérabilité biologique* » et la « *vulnérabilité psychologique* ». La vulnérabilité biologique est définie par la prédisposition au stress. La vulnérabilité psychologique est définie par l'apprentissage des réactions face au stress dans une idée « *d'impuissance apprise* ». La personne, lors du traumatisme, ressent des émotions intenses qui conduisent à un conditionnement. Après le traumatisme la personne présentant un ESPT anticipe un danger qui se traduit par un état d'hypervigilance. Cette anticipation crée des « *schémas de dangers inconscients* ». L'ESPT se chronicise par la répétition de ces schémas.

5.3 Réflexions sur l'approche cognitivo-comportementale

Ces modèles théoriques proposent une explication concernant les mécanismes d'adaptations de la personne présentant un ESPT. Ces modèles expliquent, à travers leurs courants théoriques, les phénomènes d'hypervigilance, de reviviscence et d'évitement.

Cette approche, basée sur les apprentissages, pourrait permettre d'espérer un nouvel apprentissage annulant ainsi les conduites d'évitement, d'hypervigilance et les reviviscences. C'est ce que proposent les thérapies cognitivo-comportementales qui, par des expositions graduelles et des séries d'objectifs visent à promouvoir des comportements plus adaptés à la vie quotidienne. Les expositions graduelles restent en dessous du niveau de peur qui pourrait déclencher une attaque de panique. Ces expositions sont suffisamment prolongées pour expérimenter la décroissance physiologique du stress. Les séries d'objectifs permettent au patient de faire face à une situation qu'il craignait ce qui lui apporte de la satisfaction.

6. Théories psychanalytiques

Les réflexions psychanalytiques se sont beaucoup portées sur la notion de traumatisme. Dans le courant psychanalytique, nous allons développer les théories de FREUD, FERENCZI, TISSERON et LEBIGOT.

6.1 Théories sur le traumatisme et la névrose traumatique par FREUD et FERENCZI

- FREUD (1856-1939)

Dans Au-delà du principe de plaisir, FREUD définit le traumatisme comme étant « *les excitations extérieures assez fortes pour rompre la barrière représentée par le moyen de protection.* » Selon lui, un traumatisme « *produira toujours une grave perturbation dans l'économie énergétique de l'organisme et mettra en mouvement tous les moyens de défense* »(14).

FREUD conçoit la névrose traumatique (15) « *comme une conséquence d'une vaste rupture de la barrière de défense* »(16). Il remanie la **théorie du choc** (initialement concevant le choc comme une lésion directe) « *nous attribuons l'action du choc à la rupture de la barrière de protection de l'organe psychique, avec toutes les conséquences qui en résultent* »(17).

(14) Au-delà du principe de plaisir, FREUD, citations page 28

(15) A l'époque de FREUD, on ne parle pas encore d'ESPT mais de névrose traumatique.

(16) Au-delà du principe de plaisir, FREUD, page 28

(17) Ibid., page 29

Pour FREUD, « *le tableau de la névrose traumatique se rapproche de celui de l'hystérie* » mais s'en distingue par « *un affaiblissement ou une désorganisation très prononcée de presque toutes les fonctions psychiques* »(18).

Pour FREUD la surprise et la frayeur sont des facteurs déterminants dans l'apparition de cette névrose. Il définit la frayeur comme étant « *un état que provoque un danger actuel, auquel on n'était pas préparé* ». Il distingue la frayeur de l'angoisse qu'il voit plus comme une protection contre la frayeur et la névrose. En effet, selon FREUD l'angoisse est « *un état d'attente de danger, de préparation au danger, connu ou inconnu* »(19).

FREUD pose pour hypothèse que l'appareil psychique a pour tendance de maintenir, à un niveau constant, la quantité d'excitation qu'il contient : « *Si l'appareil psychique cherche à maintenir sa quantité d'excitation à un niveau aussi bas que possible, il en résulte que tout ce qui est susceptible d'augmenter cette quantité ne peut être éprouvé que comme anti-fonctionnel, c'est à dire comme une sensation désagréable* »(20). Cette hypothèse est le **principe de plaisir**. Les sensations pénibles résulteraient d'« *impulsions insatisfaites* » ou de facteurs extérieurs porteurs de sensations désagréables, d'attentes pénibles ou d'une sensation de danger. « *Mais c'est le principe de plaisir qui, le premier, sera mis hors de combat. Comme il n'est plus possible d'empêcher l'envahissement de l'appareil psychique, par de grandes quantités d'excitations, il ne reste à l'organisme qu'une issue : s'efforcer de se rendre maître de ces excitations, d'obtenir leur immobilisation psychique d'abord, leur décharge progressive ensuite* »(21). Ce serait donc une fonction « *plus primitive que la tendance à rechercher le plaisir et à éviter le déplaisir* ». Il propose que les rêves des névrosés traumatiques aient pour objectif « *de faire naître chez le sujet un état d'angoisse qui lui permette d'échapper à l'emprise de l'excitation qu'il a subie et dont l'absence a été la cause de la névrose traumatique* »(22).

FREUD privilégie l'étude du rêve qu'il considère comme « *le moyen d'exploration le plus sûr des processus psychiques profonds* ». « *Or, les rêves des malades atteints de névrose traumatique sont caractérisés par le fait que le sujet se trouve constamment amené à la situation constituée par l'accident et se réveille chaque fois avec une nouvelle frayeur* ». Cette observation rejoint sa proposition sur l'hystérie : « *les hystériques souffrent principalement de réminiscences* ». Les rêves des névrosés traumatiques ne concordent pas avec sa théorie. Il aurait fallu que leurs rêves montrent plutôt l'époque où ils étaient bien portants car selon FREUD « *la tendance prédominante des rêves serait celle qui a pour objet la réalisation de désirs* » : « *Or, je ne sais pas que les malades atteints de névrose traumatique soient beaucoup préoccupés dans leur vie éveillée par le souvenir de leur accident. Ils s'efforcent plutôt de ne pas y penser* »(23).

(18) Ibid., citations page 12

(19) Ibid., citations page 13

(20) Ibid. page 9

(21) Ibid., page 28

(22) Ibid., citations page 30

(23) Au-delà du principe de plaisir, FREUD, citations page 13

Il propose donc que la fonction du rêve a subi, avec d'autres fonctions, une grave perturbation (« elle a été détournée de son but »), il met en lien ces rêves avec « les mystérieuses tendances masochistes »(24) et avec le principe plus primitif que le principe de plaisir.

Face à la scène possiblement traumatisante, des mécanismes de défense se mettent en place pour éviter le débordement du « *pare-excitation* ». Le « *pare-excitation* » est un concept introduit par FREUD pour désigner un filtre contre les excitations trop fortes qui préserverait l'équilibre psychique. Les mécanismes de défense (25) sont des processus mentaux automatiques, inconscients et involontaires. Ils peuvent se montrer adaptatifs ou non-adaptatif selon la situation.

Par exemple, dans des situations très stressantes, des mécanismes de défense « *intermédiaires* », voir « *immatures* » peuvent avoir une fonction protectrice, donc adaptatives à la situation. Ainsi, le clivage psychotique et le recours à la rêverie autistique peuvent être des mécanismes de défense adaptatifs si une personne est soumise à la torture et ne peut s'échapper. Ces mécanismes ne seront plus adaptatifs s'ils se prolongent après le moment traumatique. Les mécanismes de défenses sont regroupés en sept niveaux selon l'échelle de fonctionnement défensif du DSM. Ces sept niveaux sont regroupés en trois classes : les « défenses matures », les « défenses intermédiaires » et les « défenses immatures ».

Les « défenses matures » où le niveau adaptatif est élevé, regroupent l'anticipation, l'altruisme, l'humour, la répression et la sublimation. Ces mécanismes de défense ne coupent pas la personne de ses sentiments, de ses idées, etc.

- L'anticipation est à différencier de l'anticipation anxieuse. Il s'agit d'une anticipation réaliste où la personne envisage des solutions face à l'évènement.
- L'altruisme se traduit par le dévouement aux besoins des autres.
- L'humour appliqué sur soi est une manière de passer à côté de la scène possiblement traumatisante. FREUD considérait l'humour « *comme la plus haute des réalisations de défense* » l'humour « *dédaigne de soustraire à l'attention consciente le contenu de représentation attaché à l'affect pénible* ». L'humour met du positif sur l'émotion ressenti, transformant partiellement ou totalement le déplaisir en plaisir.
- La répression est à distinguer du clivage. La personne met de côté temporairement les éléments perturbants.
- La sublimation, selon le DSM, « *canalise des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables* ».

(24) Ibid., citations page 14

(25) Les mécanismes de défenses, Henry CHABROL, recherche en soins infirmier n°82, 2005 (Cairn)

La sublimation permet aussi de transformer le déplaisir lié à l'impossibilité de décharger la pulsion en plaisir.

Les « défenses intermédiaires » comportent le niveau des inhibitions mentales. Ce niveau est constitué de défenses maintenant hors de la conscience les éléments potentiellement menaçants comme les pensées, idées, images, sentiments, souvenirs, etc. Parmi ces mécanismes de défense, on retrouve le déplacement, la dissociation, l'intellectualisation, l'isolation de l'affect, la formation réactionnelle, le refoulement et l'annulation.

- Le déplacement est un transfert de sentiments, de réactions d'un objet à un autre objet. Ce mécanisme est à l'origine de phobies.
- La dissociation permet de se détacher de la réalité interne ou externe. Les mécanismes principaux de la dissociation sont l'absorption dans l'imaginaire, la déréalisation et la dépersonnalisation, le sentiment d'étrangeté et d'irréalité. Elle peut s'accompagner d'une amnésie. La dissociation peut se révéler adaptative dans les situations traumatisantes car elle permet à la personne de se détacher d'une réalité insupportable.
- L'intellectualisation est un usage excessif de l'intellect par des généralisations ou l'abstraction qui contrôle ou minimise les sentiments face à la situation stressante. Elle évite à la personne de se confronter à son implication. Les généralisations banalisent en se référant à l'expérience collective. L'abstraction privilégie les idées et le raisonnement logique pour s'évader d'une réalité pénible.
- L'isolation sépare les affects de la situation. La personne semble refouler son affect sans refouler la situation. On le retrouve souvent dans les scènes traumatisantes. Si ce mécanisme persiste, il n'est plus adaptatif et la personne est coupée de ses émotions.
- La formation réactionnelle substitue des éléments inacceptables (pensées, sentiments) en des éléments diamétralement opposés. Cela peut être, par exemple, la grande gentillesse envers le nouveau venu dans la fratrie par le plus grand. C'est un contre-investissement de l'agressivité éprouvée envers le nouveau.
- Le refoulement enfouit dans l'inconscient des éléments perturbants. Le refoulement peut aussi se manifester par une absence de souvenirs. Le refoulé, non accessible à la conscience, reste toujours actif et nécessite une consommation incessante d'énergie. L'insuffisance ou la défaillance du refoulement permettent le retour du refoulé par des actes manqués, des lapsus, les rêves ou des symptômes névrotiques.
- L'annulation utilise « *des mots ou des comportements visant à annuler ou à compenser symboliquement des pensées, des sentiments ou des actes jugés inacceptables* » (DSM). Elle se manifeste par exemple dans les rituels expiatoires succédant à des pensées vécues comme inacceptables.

Les « **défenses immatures** » regroupent les niveaux de distorsion mineure et majeure de l'image de soi, le niveau du désaveu, le niveau de l'agir et le niveau de la dysrégulation défensive.

- Le niveau de distorsion mineure de l'image de soi, et des autres, regroupe l'idéalisation (soit l'attribution à l'autre de qualités exagérément positives), la dépréciation (l'attribution à l'autre de qualités exagérément négatives), et l'omnipotence (l'idée de toute puissance, le sentiment de supériorité aux autres). Ces défenses visent à réguler l'estime de soi.
- Le niveau du désaveu regroupe le déni (refus des éléments douloureux de la réalité), la projection (attribution à l'autre de ses pensées, sentiments inacceptables) et la rationalisation (la personne se rassure par des explications erronées et place hors de sa conscience ses véritables motivations). Ces mécanismes empêchent la prise de conscience des éléments désagréables ou inacceptables.
- Le niveau de distorsion majeure de l'image de soi et des autres regroupe le clivage (soit « *la division du soi et des objets en parties entièrement bonnes ou mauvaises et se manifeste par le renversement soudain et complet, dénié, de tous les sentiments et conceptions concernant soi-même ou une personne particulière* »), l'identification projective (comme la projection à la différence que la personne reste consciente de ses affects, impulsions mais les ressent comme légitime face aux attitudes de l'autres) et la rêverie autistique qui substitue « *une rêverie diurne excessive aux relations interpersonnelles, à une action plus efficace ou à réfléchir à la résolution du problème* » (DSM).
- Le niveau de l'agir regroupe les défenses par l'action ou le retrait. Il s'agit donc des mécanismes de passage à l'acte (la personne agit pour ne pas ressentir ou savoir, le passage à l'acte défensif est une défense contre une expérience subjective intolérable ou la prise de conscience d'un conflit intrapsychique), de retrait apathique (soit le repli sur soi et un état d'indifférence affective), de plainte associant demande d'aide et son rejet (qui permet d'exprimer son agressivité tout en la niant) et d'agression passive (selon le DSM c'est « *une agression envers les autres de façon indirecte et non combative. Une façade d'adhésion masque la résistance, le ressentiment et l'hostilité. L'agression passive peut représenter une modalité adaptative pour des sujets en position de subordonnés qui ne peuvent s'affirmer plus ouvertement par d'autres moyens* »).
- Le niveau de la dysrégulation défensive traduit l'échec de la régulation défensive provoquant une rupture marquée avec la réalité. Il regroupe la projection délirante (elle présente sous la forme d'hallucination ou d'idée délirante le mauvais objet interne clivée que la personne rejette à l'extérieur), le déni psychotique (« *Deux attitudes coexistent, l'une tient compte de la réalité, l'autre, détache le moi de la réalité* ») et la distorsion psychotique (la personne déforme la réalité pour la rendre conforme à ses désirs). On a pu retrouver ces mécanismes dans les situations les plus extrêmes comme les camps de concentrations, les tortures s'étalant dans le temps, etc.

Les personnes présentant un ESPT peuvent avoir eu recours à un grand nombre de mécanismes de défense. Certains peuvent même être très immatures. On peut voir que plus les mécanismes de défense utilisés sont « immatures » moins bon est le pronostic. Face à une situation extraordinairement violente la personne va avoir recours aux mécanismes les plus archaïques.

- FERENCZI (1873-1933)

FERENCZI définit le traumatisme comme « *l'apport massif de libido dans un psychisme mal préparé à y faire face* », « *comme un choc, une commotion, qui fait éclater la personnalité* », « *Il s'agit toujours d'un trauma d'ordre sexuel* » (26). Selon lui, le traumatisme amène une impossibilité de verbaliser.

Pour FERENCZI il faut deux temps pour que le traumatisme devienne pathologique. En effet, chaque traumatisme n'amène pas de pathologies. Cependant il devient pathologique s'il est suivi d'un « *désaveu* » de la part des personnes ayant une autorité. « *C'est d'abord l'effet de surprise, ainsi que la répétition des traumas, puis l'hypocrisie, la culpabilisation, le rejet, le mensonge, qui rendent celui-ci pathogène* ».

En 1916, il devient chef du service de neurologie de l'hôpital militaire Marie-Valeria. Il observe les troubles de la marche dans les névroses de guerre. Selon lui ces troubles sont liés à une régression infantile.

Il constate donc un lien étroit entre les chocs psychiques et physiques. FERENCZI parle de clivage : « *clivage d'une partie morte, tuée par la violence du choc, qui permet au reste de vivre une vie normale, mais avec un morceau de la personnalité qui manque, qui reste hors d'atteinte, comme une sorte de kyste à l'intérieur de la personnalité* ». Ce clivage peut amener jusqu'au morcellement.

6.2 L'effraction et l'évolution de la névrose traumatique selon LEBIGOT

François LEBIGOT est un psychiatre des armées, professeur agrégé et médecin général inspecteur. Il a théorisé la névrose traumatique dans Traiter les traumatismes psychiques clinique et prise en soin, 2005. LEBIGOT a choisit l'ancienne appellation « *névrose traumatique* » plutôt que le terme d'ESPT. L'intérêt est que cet ancien terme signifie que l'effraction traumatique a lieu chez des personnes de structures névrotiques (dont la structure psychique se caractérise par une forme complète et fonctionnelle où les pulsions libidinales priment sur les pulsions agressives, l'histoire du sujet est cohérente, l'individuation et l'autonomisation se sont fait correctement, la phase oedipienne est amorcée).

Il se réfère à FREUD en classant cette névrose parmi les « *névroses actuelles* » qui se différencient des « *psychonévrose* » qui, elles, sont la réactualisation d'un conflit sexuel infantile. LEBIGOT nuance la névrose traumatique dans le sens où le conflit sexuel infantile participe souvent à leur fabrication.

(26) (http://www.unisson06.org/dossiers/relation_aide/nevrose_traumatique.htm)

Pour lui, la névrose traumatique est la seule affection psychiatrique qui prend pour origine et symptômes un accident d'origine externe. Ceci la différencie des pathologies réactionnelles où on ne sait pas ce que l'évènement extérieur va produire comme symptôme.

LEBIGOT définit le traumatisme en reprenant le modèle freudien de la vésicule. Le modèle de FREUD est une vésicule représentant l'appareil psychique. Cet appareil est déformé plus ou moins longtemps par le stress. En effet, lorsque le stress n'est plus là, la vésicule reprend progressivement sa forme initiale. Le traumatisme, à l'inverse du stress, traverse les parois de la vésicule et se loge à l'intérieur de la vésicule. Il va donc rester dans la vésicule et celle-ci le percevra tout au long de sa vie. « *Le traumatisme est donc l'incrustation à l'intérieur de l'appareil psychique d'une image qui ne devrait pas s'y trouver* »(27).

Pour LEBIGOT, il y a cinq types de circonstances de l'incrustation d'une image de mort. La vie de la personne est menacée « *il a la certitude qu'il va mourir, il voit sa propre mort* », la personne est confrontée à la mort de quelqu'un « *le réel de la mort est perçu à travers la mort de l'autre* » mais aussi lorsque la personne est impliquée dans la mort de l'autre et s'y est préparé où « *le réel de la mort n'est pas ce qui avait été imaginativement anticipé* »(28). Il y a aussi la confrontation à des scènes horribles par le nombre de cadavres et leur état de mutilation ou décomposition. Il y a aussi le viol, même lorsque la victime ne reçoit pas de menace de mort, « *on peut remarquer que même en l'absence d'intention de tuer la victime, le viol peut constituer un traumatisme : il est alors vécu comme une destruction psychique parfaitement équivalente à la néantisation du réel de la mort* »(29).

LEBIGOT différencie l'effraction traumatique de la névrose traumatique : « *il faut distinguer l'effraction traumatique elle-même et ce que le sujet fait de l'image qui s'est incrustée* »(30). Pour LEBIGOT le traumatisme psychique résulte toujours d'une perception ou d'une sensation « *tous les organes de sens peuvent être à l'origine d'un traumatisme* », « *le trauma par procuration n'existe pas, pas plus qu'il n'existe le trauma transgénérationnel* »(31).

LEBIGOT reprend FREUD : « *Freud remarquait que si nous savons tous que nous allons mourir, nous ne le croyons pas, nous le nions même obstinément et vivons comme si nous étions immortels* ». LEBIGOT, rejoint FERENCZI dans l'idée que le traumatisme est sans langage. Il poursuit cette idée en disant qu'il n'y a pas de représentation de la mort dans notre inconscient « *L'image de la mort qui, quand elle pénètre à l'intérieur de l'appareil psychique, n'a pas de représentation pour l'accueillir. De fait, il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient* »(32).

(27) Traiter les traumatismes psychiques, LEBIGOT, page 11.

(28) Traiter les traumatismes psychiques, LEBIGOT, citations page 15.

(29) Ibid., page 19

(30) Ibid., page 60

(31) Ibid., page 18

(32) Ibid., citations page 14

Pour LEBIGOT, ce moment où il n'y a pas de représentation correspond au vécu d'effroi. « *Il y a alors pendant un moment, généralement fugace mais pas toujours, ni affect ni représentation* »(33). « *l'effroi, c'est la confrontation au réel de la mort, au néant, c'est la perte pour le sujet de sa condition d'homme, c'est à dire d'être parlant* »(34). L'effroi « *révèle au sujet qu'il est construit autour de rien* »(35). Comme il n'y a pas de représentation prête à accueillir cette image traumatique et ce vécu d'effroi, l'effraction donne lieu à un « *pur phénomène de mémoire, bien différente d'un souvenir, où l'évènement restera gravé tel quel, tel qu'il a été perçu au détail près* »(36). Il n'y a pas d'intégration dans l'appareil psychique. Il n'y a pas la notion de temps passé comme avec le souvenir. Ainsi, lorsque l'image traumatique revient à la conscience de la personne, elle se fera au présent, comme si l'évènement était à nouveau en train d'arriver. C'est donc cette image traumatique qui va réapparaître dans le syndrome de répétition constituant l'ESPT.

Ce retour à un temps sans langage est pour LEBIGOT une transgression majeure qui amène de la culpabilité : « *ce retour en arrière est une transgression majeure rarement perçue comme telle par le patient mais qui produit un sentiment de faute dont le sujet ne sait que faire* »(37). Cette culpabilité est réactivée lors des reviviscences qui est un retour à ce temps précédant le langage.

L'image de la mort installe dans le psychisme de la personne la certitude de sa propre mort. C'est ce que FERENCZI nomme, en 1918, « *la fin de l'illusion d'immortalité* ». Pour la personne traumatisée psychique la mort est toujours présente. La personne devient incapable de faire des projets à court ou long terme. Ce rapport à la mort donne le sentiment d'être devenu différent des autres. La personne a l'impression d'avoir été abandonnée : « *Il traduit cette expérience indicible comme un abandon par l'ensemble des humains, mêlé d'un sentiment de honte devant sa déshumanisation* ». Le fait d'avoir été confronté à cette expérience sans langage l'exclut des Hommes : « *abandonné par le langage, c'est à dire par ce qui fait l'être de l'homme* »(38). « *Ce sentiment d'abandon se métamorphose en une conduite active : se faire abandonner. Le sujet se replie sur lui-même, devient taciturne, agressif et se sent même parfois vaguement persécuté. [...] dans les cas les plus graves, on aboutit à une exclusion totale de toute vie sociale* »(39).

LEBIGOT explique la période de latence par le recours à un mécanisme de défense : le déni. Autrefois cette période était dite silencieuse mais elle est désormais considérée comme discrète sur le plan symptomatologique. Elle peut présenter tous les symptômes à l'exception du syndrome de répétition.

(33) Ibid., citations page 16

(34) Ibid., citations page 41

(35) Ibid., citations page 89

(36) Traiter les traumatismes psychiques, LEBIGOT citations page 15

(37) Ibid., citations page 24

(38) Ibid., citations page 22

(39) Ibid., page 23

LEBIGOT définit le syndrome de répétition dans le sens où il : « *répond à des circonstances extrêmement diverses mais qui ont pour caractéristiques de rappeler l'évènement , soit qu'il y ait un lien direct, soit que ce lien emprunte une voie associative* »(40).

Le syndrome se manifeste sous la forme de cauchemars et de reviviscence diurne. Les associations sont larges, beaucoup d'éléments peuvent se prêter à une reviviscence. Il y a deux possibilités face aux reviviscences : la personne superpose à la réalité le réel de la scène traumatisante ; le réel de la scène traumatisante prend toute la place et cela prend donc une forme hallucinatoire.

Pour former l'ESPT, le syndrome de répétition doit être accompagné d'autres symptômes comme l'anxiété et l'angoisse, la dépression (« *90% des patients présentant un PTSD font au cours de leur vie au moins un MDD(41)* »), les troubles du caractère, les troubles des conduites, le passage à l'acte, les plaintes somatiques, les maladies psychosomatiques.

LEBIGOT distingue dans l'ESPT des styles évolutifs : les formes bénignes, les évolutions stables, les aggravations et les évolutions dramatiques :

- Pour les formes bénignes, « *la guérison s'annonce généralement par une modification du cauchemar dans lequel l'évènement traumatique est transposé, « métaphorisé* »(42). Ces cauchemars métaphorisés, remaniés, traduisent une élaboration de l'image traumatique.
- Pour les évolutions stables à un niveau de gravité variable, la personne garde ses cauchemars et s'accomode tant bien que mal de ses symptômes.
- Les aggravations concernent 20% de cette population (43). Elles conduisent la personne à des séries de ruptures amoureuses, familiales, amicales et professionnelles.
- Les évolutions dramatiques « *conduisent à une totale exclusion du monde des hommes. Ces sujets traumatisés se retrouvent comme SDF, souvent alcooliques, en prison pour meurtre ou pendus au bout d'une corde* »(44) On peut en effet remarquer que le suicide est assez courant.
- LEBIGOT parle également d'un style entre les formes extrêmes (bénignes et grave) : « *les surprises sont constantes, des périodes d'accalmies succèdent à des périodes de grandes souffrance, une multitude d'évènements interfèrent pour provoquer des changements plus ou moins durables, parfois définitifs.* »(45).

(40) Ibid., page 61

(41) MDD : Major Depressive Disorder ou trouble dépressif majeur en français

(42) Traiter les traumatismes psychiques, LEBIGOT, page 73

(43) Ibid., page 76

(44) Ibid., page 77

(45) Ibid., page 73

6.3 La honte engendrée par l'effraction selon TISSERON

Serge TISSERON est psychiatre, psychanalyste et directeur de recherches à l'université Paris X Nanterre. Dans la honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON dit : « *La honte est la trace d'un traumatisme réel.* »(46). Le traumatisme est en lien avec la honte. Nous allons voir ce que la personne risque avec la honte.

TISSERON a pour théorie que la honte témoigne d'une altération des trois domaines existentiels sur lesquels sont bâties notre identité et nos relations aux autres. Ces trois domaines sont l'**estime** de nous-même (la honte va ôter toute valeur de nous-même à nos yeux), l'**affection** qui nous lie à nos proches (la honte amène le sentiment de ne plus être aimé de ceux qu'on aime) et notre **certitude de faire partie d'une communauté** qui nous accepte (la honte amène le sentiment de ne plus intéresser qui que ce soit). « *Le caractère commun de toutes les formes de honte est l'angoisse d'être exclu, c'est à dire non seulement la crainte d'un retrait d'amour, mais même de toute forme d'intérêt* »(47).

La honte comporte donc deux risques, celui d'être exclu du groupe et celui de la désintégration psychique. TISSERON reprend HERMANN : la honte grave, par son intensité, amène la perte des repères identificatoires et de ses « *étayages psychiques habituels* ». Le sujet risque un effondrement, voire une « désintégration psychotique ». « *Les barrière de l'identité s'estompent, les distinctions entre le dedans et le dehors s'effacent* »(48).

TISSERON distingue plusieurs phases dans la honte qui sont le **risque de néantisation**, la **confusion** et la honte en tant que **sentiment vécu**. La néantisation est une expérience de l'ordre de l'indicible qui ne peut être remémorée. La confusion est une conséquence de la perte des repères. TISSERON propose que la confusion soit aussi un rempart contre le risque de destruction psychique. La honte en tant que sentiment vécu « *permet de se réapproprier une identité de sujet, éloignant ainsi un peu plus le risque de destruction psychique* »(49). La honte signale le risque de désintégration psychique : « *Elle peut informer qu'un seuil a été franchi mais aussi anticiper ce risque et inciter celui qui s'y engage à faire machine arrière* »(50). Elle agit comme rempart contre cette destruction. L'appropriation de la honte permet ensuite de se réapproprier son identité.

TISSERON distingue la honte de la culpabilité. Dans la culpabilité, la personne est encore soumise aux rigueurs de son surmoi. Dans la honte, au contraire, la personne perd tout soutien que ce soit celui de son surmoi, de son inconscient, de son groupe social. TISSERON amène l'idée que la culpabilité a pour règle que la personne doit réparer sa faute pour retrouver sa place dans la communauté. La culpabilité laisse place à la possibilité de réparation, elle est une « *forme d'intégration sociale* ». A l'inverse, « *la honte est une forme de désintégration psychique, donc de marginalisation sociale.* »(51).

(46) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, page 11

(47) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, page 4

(48) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, citations page 7

(49) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, page 25

(50) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, page 184

(51) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, citations p 106

« Il en résulte en particulier que la culpabilité est toujours préférée à la honte. Quel que soit le prix physique à payer, jusqu'à sa vie même, la culpabilité protège du risque de déstructuration psychique »(52). La honte va souvent être dissimulée aux autres et parfois même à soi-même.

Pour TISSERON il faut que la personne puisse être écoutée pour éviter que le signal d'alarme qu'est la honte au départ devienne une « *honte-symptôme* ». La honte-symptôme fait évoluer la personne vers un « *état d'inhibition et de confusions graves* »(53). Pour TISSERON, il s'agirait d'écouter la honte et de lui donner une « *valeur d'aspiration à la reconstruction d'une identité* »(54).

6.4 Réflexions sur l'apport psychanalytique

Ces différentes pistes psychanalytiques apportent un nouveau regard sur la personne présentant un ESPT. On dégage de la réflexion psychanalytique que la personne blessée psychique subit une grande crise identitaire qui va mettre à mal son lien avec elle-même et les autres. La personne subit des émotions intenses qu'elle ne peut exprimer par impossibilité (comme le néant de l'image de la mort), par ses mécanismes de défense (déli, refoulement) et par honte. Ces personnes sont donc en grande souffrance et ont besoin d'un étayage pour remettre en route la machine à interpréter, la facilitation de l'expression de leurs émotions et le renforcement du lien envers soi-même et envers les autres. Les psychanalystes ont comme moyen thérapeutique la cure analytique mais on peut déjà distinguer des applications en psychomotricité.

7. Regard en psychomotricité sur la problématique identitaire dans l'ESPT

L'ESPT a considérablement évolué dans sa définition et sa reconnaissance. Cet état est reconnu comme blessure psychique. Dans le monde militaire, le blessé psychique doit prouver que la blessure est liée avec l'exercice de son métier pour pouvoir être reconnu. À travers les différents courants réfléchissant autour de l'ESPT, nous pouvons dégager plusieurs axes en psychomotricité.

L'approche du DSM montre que l'ESPT peut arriver à toute personne lors de situations vécues comme traumatisante. Le DSM range l'ESPT dans les troubles anxieux. Les symptômes de l'ESPT sont un syndrome de répétition, qui se caractérise par des cauchemars, des flash-backs et reviviscences sensorielles, et des symptômes associés tel des conduites d'évitement et une hyperactivation neurovégétative (hypervigilance, troubles du sommeil). L'ESPT s'accompagne aussi de changements identitaires comme des troubles anxieux et dépressifs, de l'agressivité, de la colère, etc.

(52) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, citations p 162

(53) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, citations p 129

(54) La honte psychanalyse d'un lien social, TISSERON, citations p 166

Chaque personne a ses ressources, son histoire, ses représentations. Le patient a un vécu subjectif de l'évènement. Il n'y a pas de prédisposition ou de faiblesse comme l'avaient supposé certains chercheurs. De même, si l'évènement fait effraction, le patient ne déclenchera pas le même ESPT que les autres. LEBIGOT nous informe des styles évolutifs possibles des ESPT.

L'ESPT, avec l'interprétation du modèle SELYE montre un épuisement des ressources. Le stress n'a pas rempli son rôle adaptatif. Nous sommes face à des patients encore soumis au stress initié par le traumatisme et perpétué par les reviviscences. Il y a une traduction au niveau tonique de leur stress : l'hypertonie en lien avec l'hypervigilance. L'évènement traumatique a été enregistré avec détail. Les émotions intenses ressenties favorisent l'enregistrement de la scène. La scène vécue n'a pas de représentation, de sens pour l'accueillir. Les événements vont rester « *un pur phénomène de mémoire* ». Elle ne peut pas devenir un souvenir tant qu'elle n'a pas de sens.

Les modèles cognitivo-comportementaux mettent en évidence les conduites d'évitement. La personne présentant un ESPT a des « *schémas de dangers inconscients* » qui vont la pousser à éviter une répétition de l'évènement traumatique. Il y a un accompagnement à faire pour que la personne ne réduise pas trop son champ des possibles. On peut voir en effet que le blessé psychique évite les foules, ce qui, progressivement, le pousse à sortir le moins possible. Il s'agit donc de parer les évitements par des mises en situations rassurantes.

En psychomotricité on peut amener un sentiment de sécurité interne qui pourra s'étendre, par la suite, à l'extérieur. Rassurer la personne sur ce qu'elle ressent peut lui permettre d'avoir à nouveau confiance en elle, confiance en ses actions et diminuer la perception de risques venant de l'extérieur.

Les théories psychanalytiques proposent une explication du traumatisme soit un retour interdit à la période d'avant le langage. Selon LEBIGOT il est urgent de remettre des mots sur le vécu de la personne. L'approche psychomotrice met des mots sur ce que vit la personne, sur ce qu'elle exprime.

Selon FREUD, la personne face à un danger met en place des mécanismes de défense. Ces mécanismes de défense échouent dans l'ESPT à bloquer l'effraction. Dans son étude sur les rêves, FREUD propose que la personne traumatisée endormie ressente de l'angoisse pour parer le traumatisme. LEBIGOT rejoint cette idée avec la notion de rêve remanié. Garder en tête l'idée des rêves remaniés permet au psychomotricien de voir où en est le patient dans sa quête de mise en sens. TISSERON propose une explication sur les conséquences de la honte. La honte conduit à une désocialisation et un risque d'effondrement identitaire. Reconnaître la honte et la nommer réinsère le blessé psychique parmi les hommes.

Le patient, par une expérience non représentable, se retrouve avec un vécu hors-norme qui le coupe de son identité et de son groupe d'appartenance. La psychomotricité peut proposer un travail pour que le patient renoue avec ses sens, ses représentations. Par exemple, lorsque les reviviscences ont lieu, elles s'accompagnent de tensions, de gestes, d'émotions que le psychomotricien peut proposer de mettre en lien en vue de renouer le patient avec lui-même et de lui permettre une réappropriation de son histoire.

Lors du traumatisme, l'identité du sujet est fortement menacée. Le patient ressent des émotions intenses telles que l'effroi, la honte, la culpabilité. Ce vécu traumatique s'accompagne d'une altération de la représentation du temps, d'un sentiment de néantisation et d'une rupture du sentiment d'appartenance. On est face à une rupture du lien avec soi-même et du lien à l'autre. La psychomotricité propose un travail autour de la problématique identitaire. Soit un travail sur le lien à soi et aux autres, la reconnaissance, la temporalité, etc.

Dans ce mémoire, nous allons réfléchir sur le temps et la reconnaissance dans la problématique identitaire et sur les pistes de prises en soin qui peuvent être proposées. Même si nous allons nous axer sur le temps et la reconnaissance dans la problématique identitaire nous ne pouvons oublier de parler de l'image du corps.

7.1 L'altération de l'image du corps

Comme POTEL le rappelle, l'image du corps est en lien avec le schéma corporel : « *Schéma corporel et image corporelle sont toujours indissolublement liés. L'identité psychocorporelle dépend de cette intrication schéma corporel / image du corps* »(55).

AJURIAGUERRA définit le schéma corporel comme l'ensemble des sensations, qui réactualisent sa construction, permettant un cadre spatial de référence pour nos actes et nos perceptions. Il y donc une plasticité du schéma corporel. Notre schéma corporel évolue en fonction des modifications de notre corps, de notre environnement, de nos expériences. Le schéma corporel est donc en partie lié à notre vécu, à notre environnement mais a également une composante neurologique dans l'idée de boucle sensori-motrice. De la même manière que le schéma corporel, l'image du corps est en évolution permanente.

L'image du corps selon POTEL, est l'image que l'on se fait de soi, par le retour sur soi, l'idée de soi, la relation à soi. L'image du corps se construit dans la relation aux autres. L'image du corps est indispensable pour la vie de relation. POTEL définit une partie consciente de l'image du corps, soit l'image de soi, et une partie inconsciente marquée par les conflits, les frustrations, les relations aux objets parentaux, etc. POTEL définit le schéma corporel comme les connaissances et les représentations symboliques qui garantissent la bonne marche du corps dans son organisation, sa structuration, son fonctionnement et sa qualité de repère topographique. Une bonne intégration du schéma corporel permet de s'orienter dans l'espace et d'ajuster ses mouvements par une adaptation du tonus.

(55) Etre psychomotricien, C. POTEL, 2010, pages 104 et 105

Une mauvaise image du corps peut être compatible avec une bonne intégration du schéma corporel. Chez le patient blessé psychique, l'image du corps est porteuse d'un manque de respect pour soi-même, de dévalorisation, de fragilités narcissiques. La personne présentant un EPST se dévalorise beaucoup. Son image du corps est désinvestie. La personne coupe son lien à elle-même et son lien aux autres. L'image du corps et le schéma corporel étant lié, on peut supposer un impact double lors de l'ESPT. Cependant avec l'effondrement identitaire on peut supposer que l'image du corps est bien plus touchée que l'intégration du schéma corporel.

En observant les patients militaires au cours de mon stage, j'ai pu constater que leurs mouvements n'étaient pas empreints de maladresse, qu'ils connaissaient bien leur corps en terme topographique, qu'ils pouvaient désigner et décrire une tension, etc. Il me semble que leur schéma corporel n'ait pas vraiment été touché par l'ESPT. En revanche lorsqu'ils parlent d'eux et que leur corps parle, on distingue une profonde dévalorisation. Certains ne se disent même plus humains, d'autres même pas vivants. Ils se perçoivent souvent gros et faibles, ce qu'ils expliquent souvent par un manque de pratique sportive pourtant déjà intense. Leurs mimiques sont figées, les yeux souvent humides, rivés vers le sol ou empreints de colère. Le corps tout entier exprime une souffrance. L'image du corps est porteuse d'émotions comme la honte, la tristesse, la peur. L'image du corps est à revaloriser.

7.2 Considération du temps chez le patient ESPT

7.2.1 Le(s) temps

*« Ce qui nous autorise à affirmer que le temps est, c'est qu'il tend à n'être plus »,
SAINT AUGUSTIN.*

La notion de temps est complexe. Il existe plusieurs réflexions sur la représentation du temps. Nous allons ici en aborder quelques-unes.

ARISTOTE fait la différence entre le **temps physique**, « *continu et divisible* », soit un temps mesurable, dont la longueur est faite de « *succession d'instants* » et le **temps psychologique**, non mesurable, qui « *n'existe que par la conscience que l'on en a* ». NEWTON reprend le temps physique d'ARISTOTE en proposant le **temps absolu**, soit une grandeur universelle mesurable « *vrai et mathématique, sans relation à rien d'extérieur, qui coule uniformément* » définissant le temps, à une unité près. « *Ce sont les cadres invariants dans lesquels se situe la matière, dans lesquels se déroule le mouvement* ». C'est donc un temps objectif.

BERGSON reprend le temps psychologique d'ARISTOTE en proposant la **durée**. La durée est continue, indivisible, car elle constitue un tout et chaque moment y est fonction de la tonalité du passé, et changeante, car la durée ne reste jamais identique à elle-même. La durée est donc le temps concret et qualitatif. C'est le temps perçu par la personne. Le temps va être estimé et investi par la personne au regard de son expérience, de son histoire et de son humeur. C'est un temps subjectif.

Le temps peut être vu également à travers la notion de **temps linéaire** et de **temps cyclique**. Le temps était perçu dans l'antiquité comme cyclique. Le passé allait donc se reproduire et le futur était porteur de destin. C'est avec l'apparition des religions monothéistes que le temps a commencé à être perçu de manière linéaire. Porteur donc de l'idée que le **passé** est terminé et que le **futur** n'a jamais eu lieu, permettant ainsi une certaine liberté. Le temps linéaire renvoie à la finitude de J.BEAUFRET « *quand à cette finitude qui éclate dans la nature originellement temporelle de l'homme, elle ne nous est pas plus extérieure que le temps lui-même ne nous est extérieur* ». Il y a un temps qui précède l'individu et un temps qui le succède.

Le temps est également biologique. Nous avons des rythmes biologiques (rythme cardiaque, respiratoire, végétatif), des rythmes circadiens (alternance veille / sommeil). Les neurologues parlent d'**horloge biologique interne**, située dans l'hypothalamus. Cette horloge interne a un rythme qui varie en fonction du stress, de l'activité mentale. Lorsque l'horloge interne est accélérée par le stress, le temps extérieur est perçu plus lent.

Le temps est perçu de manière culturelle. Dans notre société occidentale nous le percevons comme linéaire. Cependant nous avons intégré une forme de temps cyclique dans le temps linéaire avec le rythme des saisons, des semaines, du travail, du quotidien...

7.2.2 Le temps comme constructeur de l'identité.

« *Que le temps soit l'être essentiel de l'homme, contentons-nous de cette évidence si éclairante aussi bien pour l'être que pour le temps* » J. BEAUFRET.

L'Homme ne se saisit pas tout de suite de cette représentation complexe qu'est le temps. Il naît d'abord avec des sensations. Ces sensations, répétées par les expériences, vont devenir perceptions. Par le langage et la maturité ces perceptions vont devenir représentations. La compréhension des temps suit cette idée.

Le temps est d'abord **vécu**. Le nourrisson va vivre des sensations, des besoins, des soins, qui vont l'amener à percevoir progressivement des rythmes. Ces rythmes sont égocentriques. Selon POTEL (56) « *la rythmicité des sensations est le premier facteur d'intégration temporelle* ». Ce sont les rythmes d'éveil et de sommeil, les rythmes toniques avec, ce que nomme AJURIAGUERRA, « *l'hypertonie d'appel* », lorsque le nourrisson a un besoin ou un inconfort, et « *l'hypotonie de satisfaction* », lorsque le besoin ou l'inconfort est satisfait. La qualité des soins va permettre à l'enfant de s'ouvrir vers l'extérieur. Il va progressivement percevoir le rythme des soins, les rythmes du jour et de la nuit, les successions de rythmes et émerge alors la perception d'un changement.

Le temps devient **perçu**. L'enfant, par sa perception, va enchaîner les expériences et la chronologie va être mémorisée. L'enfant accède à un temps représentatif.

(56) Catherine POTEL Etre psychomotricien, p120

Le temps devient **connu**. Il s'approprie le temps culturel en investissant les rythmes scolaires et familiaux. La représentation du temps lui permet de se situer sur une échelle familiale, générationnelle, historique. En se situant sur ces différentes échelles, la perception de l'écoulement du temps se forme. L'enfant comprend la notion de passé, présent, futur et de grandir, vieillir et mourir.

Cependant même si la conscience de la mort est là, personne n'en est convaincu. Sigmund FREUD le dit : « *Au fond, personne ne croit à sa propre mort, et dans son inconscient, chacun est persuadé de son immortalité.* » Le temps nous construit, nous sommes fait d'un passé, nous vivons le présent et nous anticipons un futur. La limite de notre représentation touche à notre mortalité.

L'identité c'est « *ce que je suis, ce que j'ai été et ce que je serai* ». Cette conscience des différents temps est présente à chaque instant. Le vécu présent est mis en lien avec le vécu passé. La pérennité de l'identité s'inscrit dans le temps. L'identité est en lien avec la mémoire. Celle-ci n'est pas complète, le passé ne nous est pas entièrement accessible car il y a le refoulement et l'oubli.

7.2.3 Le temps chez les personnes ayant un ESPT

7.2.3.1 Le temps lors du traumatisme

« *La réalité ça donne une claque dans la gueule. La réalité je ne veux pas l'accepter* ». Une patiente

Lors du traumatisme, la scène fait effraction. Cette effraction peut s'accompagner de distorsion du temps, comme si, par exemple, le temps passait très lentement. Les repères de la personne sont altérés. La perception temps est généralement distordue. Ceci peut s'expliquer par la mise en place des mécanismes de défenses et par le vécu du temps. De même lors du traumatisme, le temps est vécu de manière extra-ordinaire. Nous avons également vu en neurologie la présence de l'horloge interne. L'horloge interne, qui, en situation de stress intense amenant une augmentation de la vigilance, étire la perception du temps. Le temps est donc perçu bien plus lent qu'il ne l'est en réalité.

Nous avons vu, dans la partie clinique et théorique, que le traumatisme résultait des débordements des défenses psychiques dans le modèle psychanalytique. Le traumatisme est vécu avec des émotions intenses telles que l'effroi, la sidération, l'horreur et le sentiment d'impuissance. Ces ressentis sont la traduction de la perte de l'illusion d'immortalité. En effet, lors de l'instant traumatique la personne se voit morte.

Nous avons un temps extrêmement fort d'un point de vue identitaire. Il s'opère une scission du « *moi* » lors du traumatisme. Le sujet est confronté au « *moi d'avant* » et au « *moi d'après* ». Il se passe quelque chose de non représentable. La représentation du temps éclate. La personne n'appartient plus ni au temps linéaire, ni au temps social.

Cependant, on ne peut parler de trouble temporel dans le sens où la personne présentant un ESPT connaît l'heure, les jours de la semaine et se repère dans le temps historique. C'est le temps vécu qui est troublé. La personne ne se situe plus dans son histoire, dans son identité.

7.2.3.2 La latence

Il y a un temps de latence précédant les symptômes. Ce temps peut s'expliquer par les mécanismes de défenses qui s'opèrent lors de cette situation, comme le refoulement, le clivage, le déni, etc. Cela signifie que, pendant un certain temps, la personne qui va présenter un ESPT vit sans ou avec de légers symptômes. C'est un temps allant de plusieurs semaines à plusieurs années. Il est variable selon les personnes.

On remarque chez certains patients que ce temps a été vécu en « *mode automatique* ». Certains luttent contre le traumatisme et le tiennent un certain temps à distance. D'autres ont recouru à des mécanismes de défense d'allure psychotique en faisant un clivage d'eux même, se coupant de leur émotion pour continuer. Ces stratégies ne durent qu'un temps. A un moment, les défenses vont être débordées et le traumatisme va être réactivé, amenant ainsi les symptômes d'un ESPT.

7.2.3.3 La réactivation du traumatisme et symptômes

« Moi j'ai la sensation que je suis encore là-bas ». Un patient
« J'ai revécu, je me suis mis dans une bulle, je repensais à plein de mauvaises choses... Depuis l'incident, je n'arrive pas à me contrôler ». Un patient

Comme nous l'avons vu en amont, la personne traumatisée a un rapport au temps différent. Le passé précédant le traumatisme est pris dans un processus de deuil. Le présent est vécu avec cette menace permanente de la répétition du traumatisme. Le futur n'est plus considéré. La personne s'isole de ses proches et ne peut généralement plus continuer son travail. Le temps est vécu de manière hors norme.

La honte engendrée par l'intrusion dans le psychisme du sujet contribue à la confusion de la personne présentant un ESPT. « *L'image qu'il a de lui-même est troublée, ses repères sont perdus, tant spatiaux que temporels, il est sans mémoire et « sans avenir »* » TISSERON.

La répétition du traumatisme se fait sous forme de reviviscences, de flashbacks, de cauchemars. Lorsque la personne traumatisée a une répétition de son traumatisme, elle n'est plus dans le présent, elle est dans un autre temps : celui du passé traumatique. Le reste du présent semble pris dans cette crainte de la répétition traumatique.

MARTY définit les temps d'annonce du diagnostic « *comme un temps hors temps, un temps suspendu* ». L'annonce du diagnostic d'ESPT peut être vécue différemment selon les patients. Certains vont parler de culpabilité d'être blessé. D'autres vont exprimer un soulagement. En effet, ce qui ne faisait pas sens avant l'annonce, commence à en faire. La personne peut s'approprier son vécu, le réinscrire dans son histoire.

7.2.4 Ramener le patient dans un temps cohérent

L'objectif est de ramener le patient dans une représentation du temps linéaire. Il s'agit donc de ramener une anticipation du futur et diminuer les répétitions traumatiques.

Lorsque le patient a un diagnostic d'ESPT par un psychiatre, il bénéficie d'un temps pour ses soins. Ce temps est un arrêt de travail qui peut se prolonger en Congé Longue Durée (CLD). Ce temps de soin permet au patient de se centrer sur lui-même. La prise en soin peut se faire dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une consultation externe. La prise en soin, par ses rendez-vous régulier, va amener un point d'ancrage pour le patient.

En se faisant hospitaliser ses repères temporels changent. Il doit s'adapter à un nouveau rythme. L'intérêt de ces rythmes est qu'ils offrent une contenance. Le patient ne doit s'occuper de rien à part de ses soins. Ça a un côté très régressif. Il y a des heures de repas, des temps d'activités, des temps de prise en soin. La journée du patient est rythmée par les activités en groupe et les rendez-vous médicaux et paramédicaux. Les activités en groupe ramènent un temps social. Les rendez-vous médicaux et paramédicaux permettent au patient de se centrer sur lui-même.

Si le patient n'a pas besoin ou ne veut pas être hospitalisé, les soins se font en consultation externe. Les rendez-vous avec le psychiatre ont lieu une fois par mois. Les rendez-vous avec le psychologue et le psychomotricien peuvent, les premiers temps, se faire à la cadence d'une fois par semaine.

Un des objectifs de la prise en soin en psychomotricité est de ramener le patient à une représentation du temps unifiée et linéaire.

La régularité de la prise en soin fait ancrage dans la représentation du temps. Une représentation linéaire du temps est donc amenée en partie par le cadre thérapeutique. Le patient va pouvoir faire du lien avec le passé par l'évocation de la séance dernière et anticiper un futur par celle de la séance prochaine.

Le présent de la séance sert de base pour unifier la représentation du temps. La perception du présent est en lien avec la sensation d'exister. Les patients traumatisés se sont vus morts. Il est essentiel de leur montrer qu'ils ne le sont pas. La perception des rythmes biologiques comme la respiration, la pulsation sanguine et cardiaque peut aider dans la sensation d'exister.

Le vécu de la séance va servir de base de travail. Les ressentis vont être mis en lien avec l'histoire du sujet. Cette mise en lien permet au patient d'évoquer son passé antérieur au traumatisme. Il peut par ses vécus se (re)définir.

7.3 Considération de la reconnaissance de la blessure du patient ESPT

7.3.1 La reconnaissance

*« La reconnaissance a lieu lorsque, dans la rencontre de l'autre, on prend conscience, individuellement ou collectivement, de son humanité et de sa dignité. »
HEGEL (57).*

La reconnaissance vient du mot latin « *cognoscere* », signifiant apprendre. Pour passer par la reconnaissance il faut d'abord passer par la connaissance. La reconnaissance correspond au terme grec « *anagnôrisis* » qui désigne l'opération cognitive par laquelle on identifie un objet ou une personne.

Selon la philosophie de A à Z, la reconnaissance est en lien avec l'espace dans l'action d'explorer quelque chose d'inconnu. Elle est aussi en lien avec la mémoire dans son rôle d'identification de quelque chose comme étant déjà connu. C'est aussi admettre quelque chose qui était d'abord méconnu ou nié, ou dans le sens d'avouer formellement qu'on a commis une faute, ou de manifester par son comportement qu'on est redevable envers quelqu'un. C'est aussi l'opération par laquelle on manifeste à autrui qu'on a conscience de ses qualités et de ses droits. Le terme reconnaissance a donc beaucoup évolué. La reconnaissance est désormais polysémique.

« Reconnaître, c'est identifier quelqu'un. C'est parfois admettre que quelque chose a eu lieu (un meurtrier reconnaît avoir tué). Dans d'autres cas, c'est légitimer une position ou une prétention (un enfant naturel peut avoir sa qualité reconnue par un acte notarié). La reconnaissance a également à voir avec la gratitude que l'on doit à autrui pour ses actes ou sa simple présence (on reconnaît ses dettes). Enfin, la reconnaissance peut désigner les signes qu'autrui me donne de la valeur qu'il m'attribue (un chevalier reconnaît son roi en lui faisant serment d'allégeance). Autant d'acceptions qui renvoient à autant de situations d'interactions »(58).

Nous allons aborder la reconnaissance à travers différents niveaux. La reconnaissance vient au départ de l'extérieur. Elle est sociale. C'est parce qu'on a été reconnu qu'on se reconnaît comme sujet unique et différencié.

(57) Hegel est le grand penseur de ce que l'on peut appeler la « justice de reconnaissance ». Définition recueillie dans La philosophie de A à Z

(58) Les théories de la reconnaissance H.GUEGUEN, G. MALOCHET, page 5

Chez HEGEL, « *la reconnaissance est l'opération par laquelle une conscience admet qu'elle en face d'elle une ou d'autres consciences, ou encore une manifestation de l'esprit, une réalité culturelle* » (par exemple : le langage est un moyen de faire reconnaître la pensée ; la contemplation d'une œuvre d'art peut être un moyen d'accès non seulement à la conscience de l'artiste, mais à l'esprit d'un peuple ou d'une époque ; le travail est pour le travailleur un moyen de faire reconnaître ses qualités en les extériorisant, etc.). Selon HEGEL, il existe trois sphères de reconnaissance (59) : familiale, sociétale, étatique.

- La sphère familiale

La sphère familiale, par ses soins et son amour, amène la « *reconnaissance de la personne* ». La personne est reconnue dans ses besoins et ses préférences. La reconnaissance se fait donc, au départ, au niveau familial. Elle est sous-tendue par l'idée du rôle joué dans la famille. Cette attribution de rôle familial peut se faire par les autres ou par soi-même. Cette reconnaissance permet d'être inclus parmi les Hommes, d'être un sujet à part entière au sein d'un groupe familial. La personne est aussi reconnue sur un plan culturel. Elle est donc porteuse d'une histoire commune qui le situe. Elle est incluse avec un plus grand groupe partageant la même culture.

- La sphère sociétale

La société civile amène la « *reconnaissance des droits* », par l'égalité des droits. Ce qui permet à la personne une « *autonomie morale* ». C'est parce qu'on est reconnu comme égal que les lois s'appliquent sur nous. « *Chacun considère aujourd'hui qu'il possède des droits inaliénables, parmi lesquels celui de faire « reconnaître » son identité et sa différence - sexuelle, ethnique, religieuse, politique.* »(60). La reconnaissance d'un dommage, d'une blessure, d'une perte est encadrée par des lois et conduit à des compensations (congé, indemnité, soins, etc.).

- La sphère étatique

L'état permet la « *reconnaissance mutuelle* » en reconnaissant les capacités de l'individu. Ce qui implique une estime sociale et une justice de rémunération. La reconnaissance touche aussi la sphère professionnelle. Cette reconnaissance est représentée par la valeur que les autres nous donnent, l'équité, les avantages, le salaire, etc. On peut le mettre en lien avec le monde militaire. Il y a une reconnaissance de la place de chacun dans le groupe. Cette reconnaissance professionnelle va être importante au niveau de la reconnaissance de la blessure de guerre.

(59) La philosophie de A à Z, page 380.

(60) Les théories de la reconnaissance H.GUEGUEN, G. MALOCHET, quatrième de couverture.

On parle désormais de « lutte de reconnaissance ». Cette lutte a été théorisée par HONNETH (61). Selon lui, les attentes de reconnaissance sont sur trois sphères : « *celle de l'amour, qui apporte confiance en soi, celle du droit, qui apporte respect, et celle de la coopération sociale, qui apporte estime de soi* ». Le « *déni de reconnaissance* » prend différentes formes. Cela peut se manifester par un mépris social, une absence de respect, une souffrance au travail. »

7.3.2 La reconnaissance comme constructeur de l'identité

« *Non seulement je ne prends conscience de moi que par la prise de conscience de l'autre, mais la connaissance de soi requiert la reconnaissance de soi par l'autre* ». HEGEL

Le fait d'être reconnu amène la personne à se reconnaître elle-même. La reconnaissance se fait en premier temps à travers les yeux de l'objet maternel. WINNICOTT parle de la mère comme « *le premier miroir, sa première référence quand à lui-même* ». Le bébé reconnu par ses parents comme sujet se reconnaît lui-même par la suite. Il faut donc être reconnu comme sujet pour se reconnaître soi-même comme sujet. « *Elle est son premier miroir, sa première référence quant à lui-même. Beau si elle le trouve beau, ce qu'il traduira par aimable, digne d'être aimé, de mobiliser l'attention d'autrui* ». WINNICOTT amène l'idée d'influence identitaire. On est ce que nos proches voient de nous. Le rapport positif à soi se constitue donc dans un rapport non-pathologique à autrui.

LACAN parle du « *stade du miroir* » où le « *je* » est créé. L'enfant se reconnaît comme individu unifié. C'est en tant que sujet que l'enfant va pouvoir ensuite investir l'autre et être un être social. Le rapport à soi se constitue grâce au rapport à autrui.

HONNETH (62) reprend les sphères d'HEGEL et étudie les conséquences de ces différentes formes de reconnaissance sur l'identité ainsi que les conséquences d'un défaut de reconnaissance. HONNETH discerne la « *reconnaissance affective* », la « *reconnaissance juridique* », la « *reconnaissance culturelle* ».

- La reconnaissance affective

La reconnaissance affective est une forme primaire de reconnaissance. Elle permet au sujet une capacité à être seul. HONNETH inclut également la reconnaissance amoureuse « *comme un équilibre constitutif de l'identité personnelle entre l'état de dépendance et l'autonomie de soi* ». Cette reconnaissance affective permet, selon ERIKSON (63), « *la confiance en soi* ». « *La présence d'adultes compréhensifs et capables de relations positives favorise la confiance en soi et la naissance d'une identité solide pour l'adolescent* ».

(61) Axel HONNETH est un philosophe qui « propose de faire des attentes de reconnaissance le maillon essentiel des relations entre individus ». Les théories de la reconnaissance H.GUEGUEN, G. MALOCHET.

(62) Axel HONNETH est un philosophe et un sociologue allemand né en 1949. (http://fr.wikipedia.org/wiki/Axel_Honneth#Bibliographie)

(63) Erik ERIKSON est un psychanalyste américain né en 1902 s'intéressant au développement psychosocial.

Un défaut de reconnaissance concerne une atteinte au milieu affectif ou à l'intégrité de la personne. Le sujet est nié en tant que sujet. Il est réduit à l'état d'objet comme lors d'un viol ou de tortures.

- La reconnaissance juridique

La reconnaissance juridique considère la personne comme un être responsable, comme « *un sujet auquel est reconnu la capacité formelle et universelle de poser des jugements pratiques et de rendre compte de ses actes* ». Cette reconnaissance se fait par la réciprocité entre les droits et les devoirs. Cette reconnaissance confère au sujet la dignité ou « *le respect de soi* ». Ce caractère respectable entraîne le respect de l'autre. Une atteinte à la reconnaissance juridique *est une atteinte aux droits et à l'autonomie morale*.

- La reconnaissance culturelle

La reconnaissance culturelle considère le sujet dans une communauté. Cette reconnaissance se fait par le travail. Elle permet au sujet une « estime de soi ». Une atteinte de cette reconnaissance concerne le manque de reconnaissance des capacités de l'individu. Un défaut de reconnaissance juridique ou de reconnaissance culturelle entraîne des luttes pour la reconnaissance.

La reconnaissance sous-tend l'idée d'une connaissance de soi-même. C'est en lien avec la mémoire. C'est parce qu'on se souvient de nous-même, de nos choix, de nos goûts, de nos actes qu'on peut noter un changement identitaire. Ainsi, le fait de ne pas se reconnaître entraîne l'idée d'une rupture avec la connaissance de soi. La reconnaissance a donc un lien intime avec la continuité identitaire. Une rupture identitaire entraîne une non-reconnaissance de soi-même.

Se reconnaître permet de s'ajuster à l'autre. C'est parce qu'on est assez confiant avec la connaissance de nous-même, avec notre rapport identitaire, que l'on peut avoir une relation à l'autre. C'est aussi parce qu'on le reconnaît comme autre, comme différencié de soi, qu'on peut établir une relation.

7.3.3 Problématique de la reconnaissance chez les personnes présentant un ESPT.

« Avec du recul on s'isole naturellement... On n'est incompris donc on s'isole... ce n'est qu'avec des personnes qui ont vécu pareil qu'on se comprend ». Un patient.

« L'illusion d'immortalité est perdue, ça le distingue des autres êtres humains et c'est insupportable ». LEBIGOT (64)

(64) MARI Jean-Paul, Sans blessure apparente, Reportage 2010.

Avant le traumatisme la personne se connaît d'une certaine manière. Après le traumatisme la personne ne se reconnaît plus. Il y a une perte du sentiment de reconnaissance de son identité propre. Les personnes présentant un ESPT ne se reconnaissent plus « *comme avant* ». Souvent ces personnes perçoivent une cassure identitaire et parlent du « *moi d'avant* ». Elles ont beaucoup de mal à accepter leur « *nouveau moi* », leur « *moi d'après* ».

On a pu observer, dans la partie sur les mécanismes de défense, que la personne confrontée à une scène d'une très grande violence peut mettre en place plusieurs mécanismes d'adaptation, comme la négation des événements, le clivage, etc. Ces personnes peuvent se couper avec certaines parties d'elles-mêmes (leurs sentiments, leurs ressentis, par exemple). Ces mécanismes accentuent cette non-reconnaissance d'eux même. Dans le traumatisme, ils se sont vus morts.

La personne présentant un ESPT ne se reconnaît plus comme un Homme. Nous avons vu que le traumatisme entraîne des émotions de honte. Les hontes graves, par leur intensité, amènent une perte de repères tant intérieurs qu'extérieurs. TISSERON parle d'une « *sensation globale de confusion, comme si une catastrophe avait brisé le sentiment de continuité interne du sujet* ». Cette émotion contribue donc à la rupture de la continuité du sujet. Il y a un risque : si la personne ne peut dépasser la honte, elle va se définir par la honte. « *Le sujet honteux risque à tout moment de glisser vers la résignation. Se sentant incapable de rien changer, il endosse sa nouvelle identité de sujet honteux [...] le sujet, honteux et résigné, ne tarde pas à s'enfoncer dans l'apathie. Avec les repères qui fondent la dignité, tout finit par se perdre, le sens de l'historicité, celui de l'identité et finalement celui de la vie* »(65). Les hontes totales risquent donc d'évoluer vers une dépossession de soi. La honte conduit à une forme de mort psychique subjective et sociale. « *La honte est une forme de désintégration psychique, donc de marginalisation sociale* ».

Comme nous l'avons vu en amont, la honte témoigne d'une altération des trois domaines existentiels : l'estime de soi, l'affection qui nous lie à nos proches et notre certitude de faire partie d'une communauté qui nous accepte. « *Si la honte atteint ces trois domaines c'est parce qu'il y a une rupture du contrat privilégié que la victime entretient avec ses émotions* ». Selon TISSERON la honte amène une décharge des émotions bloquées. C'est pourquoi on peut retrouver des personnes présentant un ESPT qui ont l'impression de ne plus avoir d'émotion et, lorsque celles-ci se manifestent, ils ont du mal à les reconnaître.

Plus la détresse est importante, c'est à dire plus l'effondrement narcissique est grave, et plus le recours à une culpabilité intense se présente comme une alternative. Dans la culpabilité, en effet, le sujet préserve la conviction que les choses dépendent de lui et qu'il en reste en quelque sorte le maître.

Le déni de reconnaissance renforce chez la personne les sentiments de mépris et d'humiliation. HEGEL parle de « *l'injustice dans la reconnaissance* », soit « *une atteinte dans l'honneur de la personne ou de l'individu* ».

(65) TISSERON la honte d'un point de vue psychanalytique, p 102

Nous avons vu avec les théories de HONNETH qu'il faut être reconnu pour pouvoir créer un rapport positif avec soi-même. « *L'atteinte morale est un traumatisme psychique et une abolition des attentes de l'individu vis-à-vis de la société. Cela peut donc conduire à une auto-marginalisation de l'individu, à une perte de respect de soi, à une destruction du potentiel d'épanouissement* ». « *Ces atteintes sont des injustices car les êtres humains doivent être à l'abri de ce genre d'atteinte afin de construire leur identité, construction des identités qui est un prérequis au bien-être social.* »

7.3.4 Spécificité du le cadre militaire

« *Vous passez de soldat guerrier à rien du tout* »(66)

Le traumatisme subi entraîne des processus de réparation. Cela peut se traduire par la condamnation du violeur pour la victime qui se voit ainsi reconnue comme victime et qui bénéficie d'une justice. Cela peut aussi être une indemnisation des assurances lors des catastrophes naturelles qui ravagent toute leur sphère matérielle. Nous parlerons ici du monde militaire.

Dans de nombreux cas, les militaires présentant un ESPT ont vu un ou plusieurs camarades mourir. Cette vision est porteuse d'une très grande violence. Il y a une forme de confusion face à cette violence intense, il se sont vus morts : « *J'ai vu la mort, je me suis vu mort, je suis mort* ». La personne présentant un ESPT ne se situe plus dans le monde des vivants. Comme si, tachée par la mort, elle ne pouvait plus vivre dans notre communauté. Un patient parle de l'après-coup ainsi : « *j'étais en mode automatique, [...], j'étais un monstre* », comme s'il avait perdu son autonomie de pensée et d'action. Il ne se reconnaissait même plus comme étant humain.

La scène traumatisante amène également des vécus de honte et de culpabilité : « *j'aurais dû l'aider* ». Ces vécus vont accentuer encore plus leur isolement. Ils vont s'isoler de leur sphère affective qui inclut la sphère professionnelle. Cet isolement peut se vivre avec différents degrés d'intensité. Cela peut se traduire par une absence de coup de téléphone ou une disparition, comme un retrait de plusieurs mois dans les bois.

Lors de leur retour à la vie civile, les militaires se retrouvent face à leurs proches qui s'attendent à ce qu'ils soient les mêmes. Mais ce n'est pas le cas, leurs proches ne les reconnaissent pas. Le fait de ne pas se reconnaître et de ne pas être reconnu par leurs proches contribue au ressenti de honte, qui est, rappelons-le, une émotion désocialisante. « *L'entourage ne nous voit plus comme avant, on est différents, mais on nous fait devenir ce qu'on est* ». *Un patient.*

(66) Sans blessure apparente, une personne présentant un ESPT.

Le groupe militaire est très souvent perçu comme une deuxième famille. La perte de leur camarade est vécue comme la perte d'un frère, souvent appelé «*frère d'arme*». Généralement le militaire est aussi en rupture avec sa sphère professionnelle qui est une prolongation de la sphère affective. Il n'y a que 25% des militaires blessés psychiques qui souhaitent être réintégrés dans leur régiment, ou dans le monde militaire (67).

Dans leur parcours de reconnaissance, pour être reconnu blessés de guerre, les militaires présentant un ESPT perçoivent un manque de reconnaissance venant de l'extérieur. On peut constater que la reconnaissance perçue va influencer fortement le pronostic de l'ESPT. «*En conséquence, et au-delà de l'aspect pécuniaire dont il ne s'agit pas de nier l'importance, le blessé ne manque pas de lui attribuer une valeur symbolique. Ainsi un rejet ou un taux d'invalidité ouvrant droit à une pension très faible est vécu par le soldat comme une négation du sacrifice consenti*»(68).

7.3.5 Le soin dans le processus de reconnaissance.

«*Lorsqu'on s'écoute, on s'aperçoit qu'on est tous pareils* » Un patient
«*Le fait de partager et de savoir ce qu'on partage ça fait beaucoup* » Un patient

Le diagnostic apporte une reconnaissance sur les problèmes du patient (reviviscence, cauchemars, trouble du comportement) mais il n'est pas toujours facile à entendre. En effet, lorsque le diagnostic d'ESPT est posé, il y a un temps de choc. Dans les réactions possibles de l'annonce du diagnostic, selon ROMANO (69) on retrouve l'effondrement des croyances à l'égard de soi-même avec l'impression d'être seul au monde, de ne plus se reconnaître. Le diagnostic d'ESPT amène souvent les patients à se penser comme fous. Le patient se vit comme fou et en ressent de la honte. Cependant comme le dit TISSERON : «*La honte de la folie n'est justement pas la folie, mais le dernier rempart contre l'invasion de l'ensemble de sa personnalité par sa folie*».

Il s'agit de leur rappeler que l'ESPT est une blessure psychique et non un trouble psychiatrique endogène. Il s'agit de reconnaître le patient comme blessé pour que lui-même se reconnaisse blessé.

La reconnaissance de la blessure psychique permet à la personne traumatisée d'être considérée comme patient et de bénéficier de soins. Ce soin va s'accompagner d'indemnité (indemnité maladie) et de temps de soin (Congé maladie, congé longue durée).

La blessure psychique est porteuse de honte. Selon TISSERON, «*reconnaître la honte permet de se reconstruire*». Il s'agit d'abord d'accepter l'émotion de honte «*l'acceptation du sentiment de la honte et des images qui l'accompagnent, mêmes pénibles, est le premier point d'appui à partir duquel le sujet puisse tenter de sortir durablement de la confusion.*»(70).

(67) Rapport d'information sur la prise en soin des blessés, O. AUDIBERT-TROIN et all, 2014, page 92

(68) Rapport d'information sur la prise en soin des blessés, O. AUDIBERT-TROIN et all, 2014, page 69

(69) Hélène ROMANO est docteur en psychopathologie, psychothérapeute.

(70) TISSERON p 163 la honte d'un point de vue psychanalytique.

Le dépassement de la honte se fait avec les sentiments d'adaptation de la honte comme la colère, le désir de vengeance, la culpabilité.

Lorsqu'on est à l'écoute d'une personne présentant un ESPT il va falloir faire très attention à son contre-transfert. « *C'est dérangeant si on le croit et c'est non reconnu si on ne le croit pas* »(71). Rappelons que le contre-transfert est ce que le thérapeute renvoie au patient. Cette attention que l'on doit porter à son contre-transfert est à mettre en lien avec les propos de TISSERON qui sont que la honte est « *contagieuse* » : « *Or cette difficulté pour chacun d'assister à la honte de l'autre sans l'éprouver à son tour est ce qui dissuade le plus efficacement le sujet honteux de se confier sur la honte* ». L'intérêt de recevoir sa honte sans l'éprouver, et donc sans la renvoyer, amène selon TISSERON « *la capacité de restituer au sujet honteux sa place dans la communauté* ».

Reconnaître la honte permet de ramener la personne dans le social. Il est très important de ne pas déculpabiliser la personne qui se confie, de réduire ses actes, etc. Il s'agit d'accueillir ses propos sans juger, sans minimiser. Le psychomotricien peut proposer de mettre en lien ce qu'exprime le patient avec un vécu, une émotion, le replacer dans son histoire, lui donner un sens, des représentations.

- Spécificité du monde militaire : « *le parcours de la reconnaissance* »

« *Après on parle, on ne s'arrête plus ! Entre nous on parle de tout est de rien, de ce qui nous est arrivé sans rentrer dans les détails et ça ne sort pas car personne ne les comprendrait !* ». Un patient

La prise en soin va apporter une reconnaissance de la blessure psychique par le diagnostic. Le militaire peut se réinscrire dans son histoire en reconnaissant sa blessure et en la faisant reconnaître. On peut observer un « *parcours de la reconnaissance* » pour être reconnu juridiquement comme étant un blessé. Ce parcours de reconnaissance va s'accompagner de démarches administratives permettant au militaire d'être reconnu comme blessé de guerre. Le rapport d'information sur la prise en soin des blessés, dit que ce n'est qu'en 1992 que l'ESPT est reconnu comme blessure de guerre.

Suite aux missions en Afghanistan une « *politique d'accompagnement des blessés psychiques* » est mise en place : « *Face à l'ampleur du phénomène, le ministère de la Défense a élaboré, en 2011, un premier plan d'action. Celui-ci érige au rang de priorité la prise en soin des troubles psychiques* ». Un deuxième plan est mis en place, c'est le plan 2013-2015 qui a pour nom : « *troubles psychiques post traumatique dans les forces armées* »(72).

(71) Sans blessure apparente, Reportage,

(72) Rapport d'information sur la prise en soin des blessés, O. AUDIBERT-TROIN et all, 2014, citations page 101.

La reconnaissance de la blessure psychique est en grand progrès dans le monde militaire. Cependant il y a encore des efforts à faire au niveau de la reconnaissance de la blessure psychique au sein du régiment. En effet, il est de tradition de ne pas montrer de difficultés. La représentation du guerrier empêche beaucoup de parler. « *Un guerrier ne demande pas d'aide* » dit un patient.

Cette démarche de reconnaissance est assez couteuse pour le psychisme du militaire blessé. Il est nécessaire de rassembler beaucoup de papier en vue de compléter un dossier qui prend ensuite du temps à être traité. Le militaire doit prouver que sa blessure est due à son activité militaire. Cela peut être vécu comme une remise en question de sa blessure. On peut le lire dans le rapport d'information sur la prise en soin des blessés: « *les blessés psychiques ne présentent souvent pas de demande. En effet, ces blessés sont souvent en rupture avec tout fonctionnement administratif et, dans certains cas, incapables de remplir, ou simplement d'envisager de remplir, des formulaires et de se rendre à des convocations. Ils n'y parviennent souvent que s'ils sont aidés. De plus, la nécessité de devoir prouver une fois encore le lien de leur blessure avec les services est vécue comme une nouvelle remise en cause* »(73). Lors d'une réponse favorable, le militaire blessé se voit attribuer une pension reconnaissant ainsi le besoin d'une réparation.

- La prise en soin en psychomotricité va contribuer à la reconnaissance par l'individu de son « nouveau moi ».

Il peut y avoir un accompagnement dans le processus de deuil de son « ancien moi ». Nous allons donc passer par la reconnaissance de ses affects. Par la prise en soin, le patient va prendre conscience de ses affects. Il va se redécouvrir. Il peut se saisir de ses mécanismes de fonctionnement, il peut mieux se connaître.

La prise en soin rappelle aux patients qu'ils sont en vie. L'utilisation de la médiation relaxation par la prise de conscience des rythmes biologiques (cardiaque, respiratoire) contribue à ramener l'idée que la personne est traumatisée mais en vie.

Le psychomotricien va favoriser l'expression de la boucle sensorielle-perceptive-représentative. La séance en psychomotricité va être porteuse de vécus qui vont être mis en lien avec une émotion, un souvenir. Cette mise en lien permet au patient de se redécouvrir, de trouver de l'intérêt à son nouveau lui. Lorsque ces vécus se présentent sous la forme de flashbacks, ils sont mis en lien avec un niveau tonique, une émotion, une situation ce qui permet de reconnaître la blessure.

(73) Rapport d'information sur la prise en soin des blessés, O. AUDIBERT-TROIN et all, 2014, page 79

8. Recherches

Les recherches sur l'ESPT sont nombreuses. Nous allons voir l'impact des nouvelles technologies dans l'ESPT.

8.1 Les pilotes de drones et l'ESPT

« *It was horrifying to know how easy it was. I felt like a coward because I was halfway across the world and the guy never even knew I was there* ». (« C'était horrible de savoir à quel point c'était facile. Je me suis senti comme un lâche, j'étais à l'autre bout du monde et le gars ne l'a jamais su. »). Un militaire pilote de drone américain.

Une étude américaine publiée en 2014, de L. PRINCE, T. GOODMAN et al.(74), reprend une étude de 2010 sur la condition des pilotes de drones. L'étude de 2010 a constaté que les pilotes de drones peuvent présenter un ESPT. En effet, environ 5% des pilotes de drones ont déclenché un ESPT sévère par rapport aux 12 à 17% des soldats qui reviennent de mission. Soit un chiffre moins élevé mais qui reste conséquent.

Un drone est un aéronef (ou un appareil volant) plus ou moins grand piloté à distance. Il y a plusieurs types de drones au service du monde militaire. Les progrès informatiques et technologiques ont fait de certains drones des recueils de renseignements ou des armes. Les expérimentations de drone datent de la première guerre mondiale. Ils ne sont vraiment fonctionnels et opérationnel que depuis 1950. Ce n'est qu'avec la doctrine « *zero mort* » des années 1990 que le projet de drones armés s'est développé. On peut noter la première utilisation pour le conflit Iran-Irak. Dans les années 2000 le drone est dans tous les conflits et « *opérations de maintien de la paix* ».

Les pilotes de drones peuvent piloter des drones et rentrer chez eux le soir. Ils remplissent un travail de mission extérieure mais restent dans leur ville. Ils ont donc leur vie familiale, personnelle et leurs missions « *virtuelles* ». Ils ont pour mission de faire du repérage et de fournir des enquêtes de dommages après la mission, ils doivent protéger les militaires partis en mission et dans certains cas éliminer des personnes cibles qu'ils ont surveillées pendant un certain temps. Le besoin de drones a considérablement augmenté, mais pas aussi vite que le nombre de pilotes formés. Les pilotes de drone se retrouvent avec une charge de travail énorme qui peut les amener à tripler les heures maximales permises de pilotage. Ils ont donc un stress au travail important.

Certains ont considéré que les pilotes sont protégés physiquement et psychiquement car ils sont confrontés à la mission à travers leurs écrans qui joueraient un rôle de filtre. Pourtant ces pilotes déclenchent un ESPT, peut-être parce que l'écran est ici un écran de transmission de leur mission et non juste une télévision. Les pilotes voient ce qu'ils font, c'est eux qui amènent les images par le pilotage du drone.

(74) Symptoms of Psychological Distress and Post-Traumatic Stress Disorder in United States Air Force "Drone" Operators (MILITARY MEDICINE, 179, 8:63, 2014)

Le pilote de drone est certes à l'abri de menace directe, mais il voit les militaires tomber au combat et constate les dommages causés par la mission. Il peut aussi s'attacher aux personnes qu'il surveille et peut souffrir moralement des dommages collatéraux engendrés par la mission.

Le fait de ne pas recevoir de menace peut augmenter la culpabilité du pilote. L'étude a évoqué la possibilité d'un sentiment de déshonneur, le pilote se sentirait lâche d'accomplir sa mission loin de la zone de guerre, en sécurité dans son pays. L'étude rapporte que les pilotes souffrent d'un manque de reconnaissance. Ils sont considérés comme des soldats « *de seconde classe* ». Certains appellent le travail des drones le « *coward's war* » (soit la guerre des lâches). Leur travail est vu comme si le pilote jouait à un jeu vidéo, sauf que là c'est réel. Ça peut engendrer des confusions pour le pilote qui peut tuer quelqu'un sans vraiment être sûr de l'avoir tué.

Puisque c'est la première fois dans l'histoire du monde militaire qu'on peut donner la mort sans risque sa propre vie et compte tenu de l'usage massif des drones, ce sujet connaîtra certainement d'importants développements dans les temps à venir.

8.2 Le soin en téléconférence

GERMAIN propose dans sa thèse thérapie cognitive-comportementale pour l'état de stress post-traumatique administré en vidéoconférence : efficacité et impact sur l'alliance thérapeutique de 2008 des soins à distances en téléconférence. « *À l'heure où les méthodes de télécommunication sont en plein essor, l'installation et l'accès facilités à des outils de traitements à distance peuvent permettre à ces gens de recevoir rapidement les services nécessaires et ainsi voir leur condition s'améliorer* »(75).

Son étude lui a permis d'observer qu'il est possible d'établir une alliance thérapeutique de qualité lors de l'application d'une thérapie cognitive-comportementale en vidéoconférence pour traiter l'ESPT. « *Ces résultats s'avèrent d'une grande importance pour les victimes de traumatismes puisque la symptomatologie propre à l'ESPT peut potentiellement entraver l'établissement d'une alliance de qualité lors d'une télépsychothérapie* ». Elle explique cette difficulté à établir facilement une alliance thérapeutique par l'émoussement affectif, la dissociation, la perte d'intérêt ou encore l'évitement et « *les victimes peuvent parfois adopter un mode relationnel défensif et empreint de méfiance* »

La téléconférence permettrait une facilitation de l'accès au soin dans un temps plus rapide et sans problème de localisation géographique. En vidéoconférence le patient est libre d'ajuster son environnement (éloignement de l'écran, diminution du volume, etc.). Cette liberté permet d'augmenter le sentiment de contrôle du patient « *Pour une victime de traumatisme tout comme pour tout individu en souffrance, une augmentation du sentiment de contrôle peut parfois s'avérer curative* » (76).

(75) Thèse Vanessa GERMAIN, page 18

(76) Thèse Vanessa GERMAIN, citations page 96

GERMAIN apporte aussi la possibilité d'un soin en téléconférence en groupe. La difficulté est de rassembler tous les patients au même moment pour la téléconférence.

Le soin en psychomotricité en téléconférence semble assez compliqué. La téléconférence semble empêcher une approche globale, le psychomotricien ne peut pas proposer d'approche tactile, plastique, etc. La rencontre en psychomotricité s'appuie également sur tout ce qu'amène le patient, tous les canaux sensoriels sont mis aux services de sa rencontre et de sa compréhension. La téléconférence n'apporte que le canal auditif et visuel. Cela pourrait en revanche rendre service lorsque le patient est parti loin et qu'on prend de ses nouvelles par un entretien. La téléconférence apporterait le canal visuel en plus du canal auditif qu'un coup de téléphone pourrait amener.

Compte tenu des besoins qui peuvent être très disséminés sur de très vastes zones géographiques et de la rareté des ressources, les prises en soins à distance sont certainement appelées à se développer.

PARTIE B : La prise en soin en psychomotricité



Dessin d'un patient en groupe de « relaxation créative »

La prise en soin en psychomotricité est soumise à la prescription médicale et s'insère dans une approche pluridisciplinaire. L'approche pluridisciplinaire est la juxtaposition des regards professionnels. Chaque professionnel apporte un soin spécifique qui s'insère dans une approche plus globale.

Dans une perspective d'approche pluridisciplinaire il est important de connaître le parcours de soin du patient. Pendant mon stage, je n'ai vu que des militaires présentant un ESPT je vais donc présenter le parcours de soin de ces personnes. De même, la description des soins proposés repose sur mes observations de stage. C'est une description de parcours de soins non exhaustive.

1. Parcours de soins d'un militaire présentant un ESPT.

Depuis que l'ESPT est reconnu comme une blessure de guerre. Des mesures préventives ont été prises pour éviter au maximum la présentation d'un ESPT. Ces mesures préventives sont mises en place avant, pendant et après la mission. Ces mesures réduisent le risque d'ESPT, elles ne l'annulent pas. Elles concernent les militaires qui partent en mission à l'étranger.

1.1. Diminuer le risque d'ESPT

1.1.1. Avant la mission

Une évaluation se fait avant de partir en opération extérieur. Elle évalue l'état du militaire. Si le militaire traverse des difficultés, la mission va être vécue de manière plus difficile. Un bon entraînement permet de diminuer le stress en mission, « *l'action par elle-même diminue le stress, si le militaire n'est pas entraîné, il est fragilisé* »(77). Il existe un adage dans le monde militaire qui dit : « entraînement difficile, guerre facile ». L'entraînement, l'exercice, sont vécus très sérieusement dans le monde militaire et c'est certainement une originalité par rapport au monde civile. Recevoir assez d'informations avant le départ et avoir un bon équipement contribue au bon déroulement de la mission. La confiance envers le chef est aussi un facteur rassurant. Au sein du groupe militaire, avoir des valeurs institutionnelles partagées permet une force identitaire. Cette force identitaire est très soutenante.

(77) Journée d'information sur l'ESPT du 22 janvier 2015.

1.1.2 Pendant la mission

« Un certain nombre de facteurs aggravants peuvent diminuer la capacité de résilience du militaire : le sentiment d'iniquité, l'incompréhension des décisions du commandement, l'ambiguïté ou l'absence de sens donné à la mission, le manque de soutien perçu, le décalage entre l'attente et la réalité ainsi que le manque de reconnaissance. Lorsqu'un de ces « multiplicateurs de stress » apparait, les difficultés de la mission jusqu'alors tolérées (conditions de vie, confrontation avec la mort) peuvent engendrer des troubles psychiques »(78).

Pendant la mission, un psychiatre accompagne l'équipe médicale d'appui. Le psychiatre a pour rôle de repérer les conduites de stress dépassé. Il repère également les conduites de bouc émissaire, d'alcoolisation individuelle ou collective répétée, de violations des règles de guerre. Ces conduites montrent que le groupe est en souffrance. Lors de la mission, il est possible pour le militaire d'aller dans une zone d'accueil qui propose un accueil et un repérage des personnes en souffrance. Cet accueil comporte un psychiatre qui traite le stress dépassé.

Lors de la mission, un débriefing est mis en place deux trois jours après un événement possiblement traumatique. Le débriefing se fait avec un soignant et les personnes qui ont vécu le même événement *« la présence est obligatoire, parler ne l'est pas »(79)*. Les soignants se sont rendu compte que ceux qui refusent de venir sont ceux qui vont le plus mal. Le débriefing permet une rencontre avec l'équipe soignante, améliore les symptômes aigus et est utile au niveau de la reconnaissance des faits, de la souffrance possible, etc.

1.1.3 Après la mission

Juste après la mission, les militaires sont amenés dans un sas. C'est un outil qui a pour but de faciliter l'expression des symptômes de l'après coup, avant le retour en France. Le sas de décompression n'est pas utilisé pour tout le monde. Un patient le dit : *« 12 heures avant on est au front avec les collègues dans une mission et après on se retrouve à faire des courses dans l'opulence »*.

Il y a également un suivi qui se fait avec la « Fiche de suivi post-opérationnel », trois mois après le retour de mission, et avec l'échelle de dépistage (PCLS), à remplir dans les trois à six mois après le retour de mission. Cette échelle a une valeur indicative du risque de déclenchement d'un ESPT. Les mesures mises en place après le retour de mission visent à effectuer un diagnostic précoce ou mesurer les risques de survenue d'un ESPT.

(78) Rapport d'information sur la prise en soin des blessés, O. AUDIBERT-TROIN et all, 2014, 2014, p102-103

(79) Journée d'information sur l'ESPT du 22 janvier 2015.

1.2 Lorsque l'ESPT se présente

« *Le trauma installe chez le sujet un espace de néant d'où la parole s'est absentée [...] il est urgent que des mots viennent recoloniser cet espace dans le transfert, c'est à dire portés par une parole adressée à l'Autre* »(80) LEBIGOT.

1.2.1 Avant le diagnostic

Avant le diagnostic, le militaire va subir les effets de l'ESPT. Il ne va pas toujours comprendre ce qui lui arrive même s'il peut avoir été informé. Les militaires peuvent penser basculer dans la folie et en ont honte et peur. Il y a encore des préjugés sur les blessures psychiques. Généralement, ce type de blessure et la demande d'aide est encore vu comme une faiblesse. Ces émotions et préjugés risquent de retarder le moment où ils vont faire une demande de soin et peuvent amener le militaire à essayer de dépasser seul ce qui lui arrive. Ce qui peut également retardé la demande de soin est que les militaires blessés doivent faire tout un parcours pour être réhabilité. Ils risquent d'être exclus de leur régiment pour incapacité à exercer.

1.2.2 Le diagnostic

Le diagnostic d'ESPT s'effectue avec un psychiatre. En fonction de la gravité de l'ESPT, il est proposé au patient un suivi en consultation externe ou une hospitalisation plus ou moins longue. Le patient est mis en arrêt maladie. Si cet arrêt maladie dépasse 180 jours, le patient est mis en congé longue durée (CLD) renouvelable tous les six mois. Pour que l'ESPT ouvre droit à des indemnités, des pensions militaires pour invalidité, ainsi que le statut d'ancien combattant et victime de guerre, il faut qu'il soit relié à l'exercice de ses fonctions. Ceci demande des démarches administratives compliquées fortement aidé par le psychiatre. Cette action permet une reconnaissance : « *La reconnaissance des symptômes présentés par l'institution peut soulager le vécu de honte et de culpabilité associé à l'ESPT dans les Armées.* »(81). En plus des soins du psychiatre, le patient peut bénéficier de soins pluridisciplinaires.

1.2.3 Après le diagnostic

« *Pour la Haute Autorité de Santé il faut 20 séances d'EMDR et des médicaments pour traiter l'ESPT. En pratique, c'est plus complexe. La prise en soin est longue et demande une approche pluridisciplinaire* ».(82)

(80) Traiter les traumatismes psychiques, LEBIGOT, page 89

(81) Alexithymie et comorbidités psychiatriques des États de Stress Post-Traumatiques en lien avec l'exercice des fonctions militaires, Thèse d'exercice, Dr AMBROSINO, 2013. Page 97

(82) Journée d'information sur l'ESPT du 22 janvier 2015.

1.2.3.1 Soins en ambulatoire

Les soins en ambulatoire concernent les consultations externes avec le psychiatre, le psychologue et le psychomotricien. La consultation avec le psychiatre permet un échange psychothérapeutique, la prescription et le suivi d'un traitement médicamenteux, ainsi que le suivi du dossier de reconnaissance. La consultation avec le psychologue permet un échange psychothérapeutique. L'échange psychothérapeutique vise à ce que le patient se revoit dans l'évènement traumatique « *Et, plutôt que de rechercher à en faire un récit factuel, le sujet cherchera à retrouver son état psychique d'alors et à improviser spontanément les paroles qui lui avaient fait défaut lors de l'irruption absurde et insensée de l'évènement. C'est son expérience brute qu'il s'agit de retrouver dans cette réminiscence, puis de la transformer en souvenir par la parole révélatrice ou attributive de sens.* »(83).

Le psychologue peut proposer, grâce à une formation complémentaire, une approche par EMDR. L'EMDR vient de l'anglais « *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* », soit « *Désensibilisation et Reprogrammation par Mouvement des Yeux* », il s'agit d'un « *traitement adaptatif naturel d'informations douloureuses bloquées* ». C'est une thérapie par exposition par remémoration de l'évènement traumatique. L'EMDR vise une reprogrammation des structures corticales en travaillant sur l'évènement traumatique. La prise en soin en psychomotricité est détaillée plus bas.

1.2.3.2 Soins en hospitalisation

L'hospitalisation amène une prise en soin pluridisciplinaire, elle apaise les personnes en période de grande tension et de difficultés, elle sert également à ajuster le traitement. Cela permet également aux patients de se socialiser avec d'autres patients qui ont un « *vécu commun* ». Plusieurs soins sont proposés : le groupe de parole animé par le psychologue, le groupe de relaxation créative animé par l'ergothérapeute et le psychomotricien, l'atelier cuisine animé par l'ergothérapeute, des ateliers d'ergothérapie et des prises en soin en individuel avec l'ergothérapeute, le psychologue et le psychomotricien.

L'ergothérapie propose, par l'atelier cuisine, de « *faire ensemble* » une recette avec toutes les adaptations à l'autre que cela implique. L'atelier en ergothérapie retrouve un dynamique groupale mais laisse plus d'espace à la personne. La prise en soin en individuel permet un travail sur les émotions, sur les représentations à l'aide d'un support plastique.

L'hospitalisation se déroule en séquences d'hospitalisations. Le patient va venir à une première hospitalisation, d'une à plusieurs semaines, et va revenir pour des hospitalisations, de durées variables, sur des périodes de plus en plus espacées. Les séquences d'hospitalisation sont en fonction de chaque patient. On peut rapprocher une séquence d'hospitalisation en fonction de l'état de tension du patient, de sa demande, etc.

(83) Alexithymie et comorbidités psychiatriques des États de Stress Post-Traumatiques en lien avec l'exercice des fonctions militaires, Thèse d'exercice, Dr AMBROSINO, 2013. Page 96

1.2.3.3 stage au CREBAT

Dans le rapport d'information sur la prise en soin des blessés, l'existence d'un stage destiné aux blessés psychique a été mentionnée page 64 : *« Le stage au centre de réentrainement des blessés de l'armée de Terre (CREBAT), qui s'est déroulé en septembre 2014 dans le sud de la France, est destiné aux blessés psychiques. Il y a un double but visant, d'une part, la resocialisation, la sensibilisation à l'environnement et le passage du je au nous, et, d'autre part, la valorisation des ressources individuelles, et le retour à la capacité de prise de décision. [...] Ce stage s'est révélé particulièrement bénéfique et sera reconduit en 2015 sous forme de quatre sessions annuelles ».*

1.2.3.4 Aide à la reconversion

La Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre (CABAT) propose aux militaires présentant un ESPT reconnu en lien avec l'exercice de ses fonctions, un soutien dans la réinsertion professionnelle civile.

2 Les apports de la psychomotricité auprès de ces patients

« Le but de la psychomotricité est de permettre au sujet de mieux se sentir et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement de ces modes de relation avec autrui ».
AJURRIAGUERRA

L'approche en psychomotricité comporte deux visions : les rééducateurs et les thérapeutes. Les rééducateurs visent l'objectivation d'un trouble psychomoteur précis et sa réduction par des exercices précis et spécifiques. Les thérapeutes, par des psychothérapies à médiations corporelles, ont une philosophie d'interaction plus globale avec la personne qui passe avant la pathologie. Selon le patient et la demande, le psychomotricien va plus pencher vers une approche rééducative ou thérapeutique.

Auprès de personne présentant un ESPT, le psychomotricien travaille autour du traumatisme, visant les répercussions suite à son ESPT. Comme nous l'avons vu plus haut, le patient subit les symptômes tel que l'hypervigilance, l'inhibition, l'envahissement par les phénomènes de répétition et souvent des troubles anxieux. Le patient est face à un effondrement identitaire : il ne se reconnaît pas. Le temps n'a plus de représentation cohérente. L'image du corps est mise à mal : le patient peut se voir mort, non-humain, indigne... Face à cette perte identitaire le lien à soi et aux autres est perturbé.

Il y a donc en psychomotricité tout un travail de reconnaissance de soi par la reconnaissance des affects, des émotions, par une remise en route des représentations sur soi... Il y a un travail de relation envers soi-même et envers l'autre. Le psychomotricien permet un travail d'identification, de reconnaissance psychique par le corps. Le patient peut se reconnaître et mettre en mots ses blessures.

Les patients présentant un ESPT présentent par leur hypervigilance une hypertonicité. Le psychomotricien peut avoir une visée rééducative en lui faisant prendre conscience de son tonus et en l'aidant à mieux le réguler.

La prise en soin en psychomotricité est cadrée. Elle fait suite à une demande du médecin et du patient. Nous allons voir que l'orientation de la prise en soin est dépendante de la demande et de la place du symptôme chez le patient.

2.1 Le cadre

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre ». (84) POTEL

Le soin en psychomotricité est cadré. Il y a un cadre légal, institutionnel, théorique.

(84) Etre psychomotricien, 2010, Catherine POTEL, page 321.

En ce qui concerne le cadre légal, l'intervention en psychomotricité, auprès de personne présentant un ESPT, se range dans le décret d'acte dans le troisième et le quatrième point de l'article un. Le troisième point de l'article un vise la « *Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres graphomoteurs suivants, au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination* » :

- troubles de l'organisation spatio-temporelle : les reviviscences et la certitude pour la personne qu'elle va mourir, apportent une perturbation de la représentation du temps. La personne présentant un ESPT va avoir besoin d'être ramenée vers un temps cohérent.
- troubles tonico-émotionnels : la personne présentant un ESPT est toujours en alerte, elle est en hypervigilance. Elle manifeste son anxiété par une hypertonie. Elle a besoin d'un lieu sûr pour pouvoir abaisser sa vigilance et retrouver un tonus plus relâché.
- inhibition psychomotrice : Avec les émotions de honte, d'angoisses et d'effondrement narcissique la personne présentant un ESPT se replie sur elle-même, les interactions sociales diminuent fortement. Il va falloir remettre une dynamique d'ouverture au monde. Cela passe donc par un environnement contenant qui permet d'être suffisamment confiant pour réinvestir l'espace et l'autre.

Le quatrième point de l'article un permet une : « *Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement* » :

- Troubles des régulations émotionnelles et relationnelles : La personne présentant un ESPT est souvent dépressive, anxieuse, effrayée, en colère. Ces émotions ne vont pas faciliter le rapport à l'autre. La personne prise dans ses émotions va être moins empathique. Elle est moins tolérante aux propos des autres. Il y a un travail pour repérer ses états et se réguler.
- Troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique : nous avons vu que la personne présentant un ESPT subit un effondrement identitaire. Son image du corps est altérée. Il va falloir rassurer la personne sur le fait qu'elle est en vie, qu'elle est humaine. La psychomotricité va étayer la personne pour qu'elle se redécouvre et réinvestisse son lien à soi.

Le cadre institutionnel intègre le patient dans un projet de soin pluridisciplinaire. Il y a donc un repère spatio-temporel des séances, la liste du matériel nécessaire et la composition et le nombre de participants. La séance comporte des objectifs de soins. Le psychomotricien doit s'assurer également de la traçabilité des séances par des comptes rendus.

Le cadre théorique en psychomotricité permet une contenance pour le patient et une sécurité pour le psychomotricien. Le soin en psychomotricité est permis par la relation thérapeutique. Cette relation thérapeutique permet une contenance. Pour expliquer la contenance, on peut reprendre la théorie de BION qui propose un modèle où la mère accueille les pensées fragmentées de son nourrisson et les lui rend détoxiquées. POTEL l'explique : « *Comme la mère qui accueille en elle des éprouvés, les besoins de son nourrisson, les décode, les transforme en éprouvés de plaisir et de bonnes sensations, le psychomotricien va accueillir ces expressions corporelles très primitives et régressives. [...]*

Le psychomotricien va stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique (rôle de pare-excitation) »(85).

Le cadre spatio-temporel permet également un repère pour le patient et le psychomotricien. Cela permet au psychomotricien de ne pas être débordé par le patient qui est contenu dans un espace et un temps. La rencontre en psychomotricité donne lieu à l'établissement d'un projet de soin. Ce projet contient les objectifs de soins établis par le psychomotricien et le patient. Ces objectifs sont sous-tendus par la demande du patient et de l'équipe médicale. Les objectifs de soins s'articulent à travers une médiation choisie avec le patient qui rythme les séances.

2.2 L'écoute de la demande

L'anamnèse et le bilan psychomoteur constituent des outils pouvant permettre au psychomotricien de considérer le symptôme tel qu'il existe dans la subjectivité propre au patient. Il s'agit donc de considérer la place du symptôme dans l'histoire du patient. Cette considération de la place du symptôme oriente la prise en soin vers une dynamique rééducative, thérapeutique ou mixte en individuel ou en groupe. Le symptôme peut être considéré de différentes manières, selon les théories auxquelles se réfère le psychomotricien.

Pour AJURIAGUERRA le symptôme psychomoteur a une valeur de communication. Ça rejoint d'idée de CALZA et CONTANT qui proposent que le symptôme est le véhicule d'un mal être réel dans l'ici et maintenant. Il s'agirait donc de comprendre ce que signifie ce symptôme et de voir comment le patient pourrait l'exprimer sans passer par le symptôme. La prise en soin s'articulera donc autour de la relation entre le patient et le psychomotricien et aurait pour but premier de favoriser l'expression du patient.

POTEL propose plusieurs visions possibles du symptôme. On peut considérer, selon son modèle, que le symptôme fait partie des mécanismes de défenses du sujet. L'attitude face au symptôme est de le considérer comme prenant sens dans le fonctionnement global de la personne. Le symptôme désigne ainsi une souffrance, un mal-être, « *il évoque un manque à être* »(86). Le psychomotricien, avec cette vision du symptôme travaille avec la personne dans sa globalité et non sur la simple disparition du symptôme.

POTEL propose une autre vision où le corps tout entier fait symptôme : « *Parfois le corps est tout entier pris dans une construction qui elle-même fait symptôme. Le fonctionnement psychocorporel est entravé dans sa globalité. Le patient est en difficulté pour se construire. La réponse psychomotrice sera, de fait, globale.* » Le fonctionnement global de l'individu est entravé.

(85) Etre psychomotricien, 2010, Catherine POTEL, page 330

(86) Etre psychomotricien, C. POTEL, page 213.

Le psychomotricien aura alors pour but d'amener le patient à vivre au mieux. Pour cela, le psychomotricien proposera des « *expériences psychomotrices à partir de médiations diversifiées qui auront des effets tant sur la construction du corps dans ses fondements les plus basiques que sur la construction psychique, sur la construction identitaire* »(87).

Comment considérer la place du symptôme chez la personne présentant un ESPT ? Il semblerait que ça soit l'expression du traumatisme, soit un profond malaise qui a des répercussions sur la globalité de la personne. Il ne s'agit donc pas de faire un travail rééducatif dans le but de supprimer le symptôme mais plutôt de faire un travail global avec la personne. L'axe de travail prend donc une dimension à dominante thérapeutique. La perte de liens à soi et aux autres indique une prise en soin individuelle pour renforcer le lien à soi et à l'autre mais aussi en groupe pour faire du lien avec des tiers.

Nous allons voir parmi les différents types d'approches en psychomotricité la prise en soin en individuel, illustré par la médiation relaxation, et la prise en soin groupale, illustrée par le groupe de « relaxation créative ».

3. Prise en soin individuelle

« *Les thérapies individuelles étaient les pare-feu des sociétés névrotiques, et maintenant les thérapies de groupe sont les pare-feu des sociétés exhibitionnistes* »
MARCELLI

La prise en soin individuelle met en présence deux personnes qui vont tisser une histoire ensemble. La psychomotricité est un métier de relation. La prise en soin en psychomotricité, prise dans une dimension thérapeutique, s'appuie sur la relation entre le patient et le psychomotricien. Les phénomènes de transfert et de contre-transfert sont donc pris en compte. Cette considération de la relation redonne confiance au patient et lui permet de se sentir mieux dans la relation envers lui-même et les autres.

En individuel, le psychomotricien peut s'adapter au patient et lui garantir un cadre où il ne sera pas jugé. Ce type de soin est propice à la régression : « *la régression et le rappel du cadre permet « une circulation fluide » entre extériorisation, expressivité, créativité, intériorité* »(88). Cette régression dans un premier temps doit laisser place à l'autonomisation du patient.

Le patient présentant un ESPT est en retrait, il est coupé de lui-même et des autres. La prise en soin en individuel est donc particulièrement indiquée dans le cas des inhibitions par rapport aux prises en soin groupales qui sont plus difficiles. En effet, en individuel le patient peut s'exprimer plus facilement.

(87) Etre psychomotricien, C. POTEL, citations page 210

(88) Etre psychomotricien, C. POTEL, 2010, page 331

3.1 Le transfert et le contre-transfert au service de la relation thérapeutique

En psychomotricité, la relation est au centre de la prise en soin. La communication, qu'elle soit verbale ou non-verbale a un rôle primordial.

Dans la communication, il y a la prise en compte des mouvements transférentiels et contre-transférentiels pour réguler la relation thérapeutique.

Pour AJURIAGUERRA, le transfert est l'actualisation sur le thérapeute des contenus inconscients du patient.

Le transfert est un mouvement spatio-temporel. Le transfert peut être positif, porteur d'affect tendre, ou négatif, porteur d'agressivité. Il peut aussi être un mélange des deux. Face au transfert, le psychomotricien a un rôle de soutien du patient. Le psychomotricien accepte ce transfert.

Au cours d'une prise en soin en individuel un patient m'a souhaité de vivre moi-même un traumatisme pour comprendre ce qui lui arrive. Il ne s'agissait évidemment pas de le prendre pour soi mais d'accueillir cette agressivité et la comprendre. Je lui ai donc demandé s'il ne cherchait pas une compréhension par un pair. Ceci a ouvert une discussion sur le besoin de compréhension.

Le contre-transfert désigne l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes du thérapeute envers le patient. Le contre-transfert en psychomotricité va être au service d'une meilleure compréhension du patient. Le psychomotricien va utiliser le contre-transfert au service de la relation thérapeutique. Par un jeu sur le dialogue tonico-émotionnel le psychomotricien renvoie au patient une sécurité.

Suzanne ROBERT-OUVRAY parle du contre-transfert : « *Le contre transfert peut être utilisé comme outil thérapeutique. On accueille la tension du patient dans notre corps et on l'utilise au mieux pour percevoir ce qu'émet le patient corporellement. La compréhension de l'autre nous est permise grâce à nos éprouvés corporels, d'où la nécessité d'un travail de supervision pour prendre connaissance de ses éprouvés corporels* ».

Le psychomotricien perçoit les réactions toniques et motrices de l'autre pour lui donner un sens. Il prend aussi conscience de ses propres réactions et réponses émotionnelles. C'est dans ce jeu de sens, à travers les mots et le dialogue tonico émotionnel, que le psychomotricien permet au patient de se reconstruire et de donner du sens à son histoire.

Lors d'un recueil de ressenti en prise en soin individuelle je me suis rendu compte que j'avais arrêté d'écouter un patient et que je m'étais tendue. J'ai mis en lien ce ressenti avec le fait que les propos du patient étaient sanglants et je ne me sentais pas prête à les recevoir. J'ai donc essayé de me détendre et je lui ai demandé l'émotion qui se dégageait de son discours. Cette prise en compte m'a permis de me réajuster dans la relation et nous avons pu replacer ses propos dans son histoire et en dégager les affects. Si je ne m'étais pas rendue compte de mon contre-transfert, cela aurait pu mettre à mal la relation thérapeutique.

3.2. Sensations, perceptions, représentations

La prise en soin individuelle permet de se pencher sur la problématique identitaire du patient. Le psychomotricien sert d'appui pour étayer la (re)construction du patient. Comme dit plus haut, la personne blessée psychique présente une perte de ses repères identitaires. Il y a tout un travail de reconnaissance des sensations, des émotions, de représentations du temps, de la blessure et de soi.

Le psychomotricien a un rôle d'étayage envers le patient pour une mise en mot, en sens, de ses émotions et manifestations corporelles. Le psychomotricien, selon POTELE, travaille dans son propre appareil à penser les extériorisations corporelles pour qu'elles prennent une dimension de transformation, de symbolisation et de langage.

Sensations, perceptions et représentations se créent toujours selon le même ordre chronologique. Un stimulus induit, chez la personne, une sensation. En fonction de ce qu'elle est, de ce qu'elle a vécu, la personne colore cette sensation qui devient une perception. Puis, si la perception fait sens pour la personne, elle est intégrée sous forme de représentation. Représenter signifie remettre devant les yeux de l'autre. La racine de ce terme contient l'idée de mémoire. Il s'agit de rendre quelque chose d'absent, présent.

Les patients présentant un ESPT ont des difficultés à reconnaître leurs émotions, leurs affects. AMBROSINO a étudié le lien statistique entre ESPT et alexithymie. Il reprend l'étude de 2008 « *Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder* » qui constate que 55 à 78% des traumatisés psychiques sont considérés comme alexithymiques. L'alexithymie trouve sa signification des termes grecques «*a*» (sans), «*lexi*» (mots) et «*thymie*» (émotion), soit «qui n'a pas les mots de l'émotion».

Les symptômes d'alexithymie sont une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels, une difficulté à verbaliser son état émotionnel à autrui, une réduction de la vie fantasmatique avec une limitation de l'aptitude à la rêverie diurne ainsi qu'un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de ses aspects affectifs.

L'alexithymie se rapporte donc à la difficulté qu'est de reconnaître l'émotion, à travers soi ou à travers l'autre. En psychomotricité nous allons travailler sur les perceptions et leurs représentations en les liants à des affects, des émotions. Cela se travaille avec la relation thérapeutique et avec les perceptions que la médiation procure.

La personne présentant un ESPT a été confrontée, lors de son traumatisme, à une absence de représentation. Cet arrêt du système de représentation bloque la reconnaissance de soi. Il va falloir en psychomotricité étayer la personne pour qu'elle renoue avec elle-même et avec ses représentations.

Nous avons vu que la représentation du temps n'est plus cohérente chez la personne présentant un ESPT. Par l'étayage du psychomotricien, la perception des rythmes internes ou des rythmes externes comme ceux de la prise en soin, le patient va renouer avec une représentation du temps plus cohérente.

La remise en marche des représentations permet un travail autour de la reconnaissance de soi. Cela travaille le lien à soi qui permet l'ouverture aux autres.

A travers les situations proposées, la personne va pouvoir représenter diverses sensations. Par un travail sur le tonus, par exemple, le psychomotricien permet au patient de percevoir certaines sensations de manières plus agréables, d'organiser différemment ses perceptions.

Lors d'un déficit de la fonction symbolique et un déficit de la capacité à représenter, le patient exprime alors par son corps, par son comportement, ce qu'il ne parvient pas à se représenter. Cette expression se fait sous forme d'agitation, d'agressivité, parfois violente, qui peut constituer une source de souffrance pour lui et son entourage. Le psychomotricien donne du sens aux actes de la personne, à ce qu'il vit. Si ce que le psychomotricien donne fait sens au patient, celui-ci va l'intégrer sous forme de représentation.

Le psychomotricien met en lien les perceptions et les représentations. Il peut aussi proposer de nouvelles perceptions qui vont étayer la reconstruction identitaire. Le psychomotricien travaille à partir des perceptions du patient. On ne peut pas envisager que la personne n'ait pas de sensation, elle peut se couper de ses ressentis, peut avoir du mal à les reconnaître mais a des sensations.

3.3. L'étayage en individuel de la reconnaissance identitaire

Nous avons vu que la personne présentant un ESPT est face à un effondrement identitaire. L'image du corps est altérée, le temps n'a plus de représentation cohérente, la personne ne se reconnaît plus et s'exclut des autres. La reconnaissance de soi de son lien à soi est en lien avec l'image du corps.

3.3.1 La valorisation de l'image du corps

Dans un premier temps il s'agit d'amener le patient à se décrire, à décrire sa relation avec lui-même. La prise en soin vise à rassurer le patient car celui-ci se dévalorise beaucoup. La relation thérapeutique sert d'étayage pour restaurer un lien positif envers soi-même. Le choix de la médiation permet au patient des vécus agréables qui vont servir d'appui pour le valoriser.

3.3.2 Rappeler la cohérence du temps

Pour rappeler la cohérence du temps, le psychomotricien peut repasser par les notions fondatrices de la représentation du temps :

- l'ordre et la succession : reclasser ses actes, mémoriser ses actes.
- l'irréversibilité : soit la linéarité du temps, le temps.
- la durée : tout ne peut se faire tout de suite, il faut s'inscrire dans un temps plus long pour mener à terme une action.
- la vitesse : dans le cas des personnes présentant un ESPT (ré) apprendre à prendre le temps.
- la périodicité : certaines choses comme les saisons reviennent de manière cyclique ce qui est à distinguer des reviviscences.
- les rythmes : les perceptions sensorielles des rythmes internes redonnent une représentation d'un temps plus stable. Les rythmes externes de la prise en soin permettent un maillage du temps et remettent une dynamique de projection dans le futur.
- la situation et l'orientation temporelle : resituer un évènement dans un temps cohérent et se situer soi-même.
- l'organisation temporelle : qui réinscrit la personne dans un temps sociétal où on organise son temps en emplois du temps.

La prise en soin permet un repérage dans le temps. En individuel, le psychomotricien travaille autour de ces notions fondatrices d'une représentation cohérente du temps. Pour assurer cette cohérence, le cadre spatio-temporel doit être respecté. Au sein de la séance il y a une rythmicité du temps qui permet au patient de se repérer. La séance s'organise autour d'un temps d'accueil, un temps de travail et temps de séparation. La séance peut être délimitée par des rituels de début et de fin de séance. La stabilité de la prise en soin contribue à la contenance du patient. Avec un étayage suffisant le patient peut se poser sur ces séances, faire du lien avec les séances précédentes et anticiper les prochaines. L'idée est que ces liens et ces anticipations recouvrent progressivement l'ensemble de la vie du patient.

3.3.3 La dimension de reconnaissance

Nous avons vu que le patient présentant un ESPT a des difficultés pour reconnaître ses émotions, ses perceptions. Il faut donc que le psychomotricien prête au patient son appareil à penser pour qu'il puisse mettre du sens sur ses affects et manifestations. Le patient peut se redécouvrir et reconnaître et investir son « *nouveau lui* ».

Le patient, lors du diagnostic, a souvent l'impression d'être fou. Il y a donc au sein du soin une réassurance à faire. Notons que la représentation de la folie est bien différente de la représentation d'une blessure. Il semble plus facile de panser une blessure qu'une folie. Le patient rassuré de ne pas être fou peut devenir acteur des soins dans une idée de réparation.

3.4 La médiation relaxation et ses objectifs

3.4.1 La médiation dans la prise en soin

La médiation vient du latin « *medius* » signifiant « *qui est au milieu* ». La médiation sert d'intermédiaire entre soi et l'autre. La médiation sert de support à la rencontre entre le psychomotricien et le patient.

WINNICOTT a introduit l'idée de la médiation par sa proposition de l'intérêt de l'objet transitionnel dans la relation entre la mère et l'enfant. L'objet transitionnel est une possession sans être totalement différencié de l'enfant pour lui. Cet objet sert de défense contre l'angoisse. WINNICOTT parle également du rôle de la « *bonne mère* » qui reconnaît le besoin du bébé et l'exprime. Le bébé reçoit un mot sur son besoin, le reconnaît par la suite et peut le mentaliser. La bonne mère va aussi présenter un objet au bébé. La mère aime l'intérêt du bébé sur cet objet. Lorsque le bébé se saisit de l'objet, la bonne mère se retire de l'interaction pour que le bébé joue seul ce qui lui permettra plus tard une autonomie. Winnicott situe le jeu dans la même aire que l'objet transitionnel.

Le psychomotricien va s'appuyer sur ces théories. Il prête son appareil à penser, sur ce que le patient apporte, et propose l'investissement d'une activité. « *Le soignant doit « aimer » l'activité proposée, mais cet intérêt pour l'activité doit s'effacer au profit de l'intérêt que le patient porte à cette activité à l'instant même de son apparition* »(89). Le début de prise en soin propose au départ un aspect régressif mais se doit de laisser place à l'autonomisation du patient. « *À partir du moment où le patient s'est autorisé à manifester son intérêt en présence d'un autre, l'aire transitionnelle de co-investissement peut alors se déployer. Le soignant, renonçant à son plaisir propre, déplace son intérêt sur le plaisir du patient dans sa découverte des possibilités offertes par l'objet de médiation* »(90).

Selon POTEL « *La médiation devient l'organisateur des temps de rencontre, elle n'est pas un alibi, puisque ce qui est partagé compte « pour de vrai ».* On pourrait dire que la médiation est un intermédiaire qui va coder la relation. »(91). Les médiations ont pour objectifs de proposer un lieu d'expériences, d'aider à la transformation des éprouvés en représentation et de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique. POTEL met l'accent sur l'importance de la médiation en tant que support d'une expression de soi engageant la globalité de la personne et sa créativité. « *Nous allons utiliser le lieu et les objets comme des objets concrets organisant une activité, cette activité étant, en même temps qu'un but en soi, un temps propice à l'échange, à la créativité, à l'expression* »(92). Le psychomotricien propose des activités qui sont investies pour elles-mêmes ce qui leur donnera une valeur de symbolisation.

(89) Ces adolescents qui évitent de penser, N. CATHELINE et D. MARCELLI page 134

(90) Ces adolescents qui évitent de penser, N. CATHELINE et D. MARCELLI page 135

(91) Etre psychomotricien, C. POTEL, 2010, page 318

(92) Etre psychomotricien, C. POTEL, 2010, page 366

Le psychomotricien choisira d'utiliser une médiation plutôt qu'une autre, en fonction de ses goûts, de ses sensibilités, du patient. Dans mon stage, j'ai été amenée à me servir de la médiation relaxation. Cette médiation peut être utilisée en individuel ou en groupe. Dans le cadre de ce stage je l'ai utilisée en individuel. L'utilisation de la relaxation en individuel a pour intérêt de pouvoir s'adapter au mieux aux besoins de la personne. L'utilisation de la médiation relaxation n'a pas pour but la détente du patient. La relaxation sert de support à la relation thérapeutique, à la représentation des éprouvés et à l'étayage de la reconstruction identitaire, à la reconnaissance de soi, etc.

3.4.2 La relaxation

La relaxation selon le Larousse est une « *détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse.* », c'est une « *méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet* ».

La relaxation agit au niveau tonique en lien avec la vigilance. La relaxation va abaisser l'état de vigilance sans forcément amener la personne au sommeil. Au niveau tonique, le relaxateur ne vise pas une diminution mais plutôt une régulation du tonus. Cette recherche de régulation du tonus est à mettre en lien avec l'eutonie. L'eutonie vient du grec « *eu* » signifiant « *juste, bien, harmonie* » et « *tonos* » signifiant « *tonus, tension* ». L'eutonie est une pratique cherchant à libérer le tonus de ses tensions permettant un rapport à l'action harmonieux.

Le tonus est la toile de fond du fonctionnement musculaire, tant dans la motricité que dans le maintien de la posture et dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective d'un sujet. Lors de la relaxation, le tonus va tendre à diminuer. Les tensions se relâchent. Celui qui propose la relaxation à lui aussi un abaissement de son tonus.

Rappelons que le tonus a une valeur de communication. AJURIAGUERRA parle de dialogue tonico-émotionnel comme le premier mode de communication qui ne sera jamais abandonné par l'adulte. Rejouer sur le dialogue tonique favorise la régression du patient. AJURIAGUERRA parle du dialogue tonique entre le patient et le thérapeute comme une reviviscence structurante du dialogue corporel qui a été vécu entre l'enfant et sa mère dans les premiers mois de la vie. Les deux personnes, par leur état tonique, vont s'influencer l'un et l'autre. Le psychomotricien en étant conscient de cela peut amener un état tonique assez bas qui va agir sur le patient. De même le psychomotricien peut être à l'écoute de sa voix, de ses gestes en vue d'abaisser le tonus du patient.

L'état tonique a également des composantes psychoaffectives et émotionnelles. Selon WALLON, le tonus est le point d'articulation, d'expression, de ressenti des émotions. L'état tonique a donc une valeur de communication. On peut considérer que l'hypertonie signifie une tension de la personne, un manque de sécurité et l'hypotonie serait signe de faible humeur, d'apathie, d'aboulie.

L'hypertonie pour POTEEL est souvent une manœuvre de protection, un réflexe de survie pour pallier à l'absence de portage psychique et corporel adéquat et l'hypotonie serait plus un réflexe de survie pour certains qui ont compris qu'il leur fallait s'abandonner sans résistance pour s'adapter.

Il existe plusieurs types de relaxations, nous n'en évoquerons que quelques-unes. Il existe des relaxations où la personne apprend à induire seule cet état comme le training autogène de Schultz et la régression progressive de JACOBSON. Le training autogène de SCHULTZ utilise l'auto-concentration et l'auto-hypnose, permettant, une déconnexion générale de tout l'organisme et visant l'apprentissage de la relaxation. La régression progressive de JACOBSON vise également une détente globale où la personne apprend à repérer ses tensions induites par la contraction musculaire et identifie le relâchement.

Il existe également la relaxation dynamique psychomotrice de DUPONT qui consiste en une série de gestes répétitifs qui vient gérer le niveau tonique. Le geste de la personne relaxée est soutenu par la parole du relaxateur. Il y a également des exercices de respirations.

Il existe les méthodes de relaxation à visée psychothérapeutiques comme la rééducation psychotonique d'AJURIAGUERRA et la relaxation à induction verbale de SAPIR. Dans ces relaxations, la dimension relationnelle est favorisée ainsi que l'expression des éprouvés.

Je me suis plus située dans une relaxation à visée psychothérapique. A partir de ma formation et de mes vécus de relaxation j'ai regroupé plusieurs exercices visant la prise de conscience du corps, le sentiment d'unité corporelle, un travail autour des rythmes biologiques, par la respiration, la perception artérielle et cardiaque, rassurant le patient, un passage vers l'imaginaire et des temps de silence permettant l'autonomisation.

Mes séances utilisant la médiation relaxation ont suivi l'enchaînement habituel : soit un temps d'accueil, un temps de relaxation, un temps de retour du patient de la relaxation, un temps d'expression du vécu et ses mises en lien et un temps de séparation.

3.4.3 Les visées de la médiation relaxation

« *Ce n'est pas leur apprendre à se détendre, c'est un travail sur la mise en sens* »
MONTEAN(93).

L'utilisation de la relaxation a pour but une prise de conscience de soi, de son corps comme source de sensations agréables. Elle a une dimension autocalmante, expressive, narcissique, relationnelle. La dimension autocalmante se fait, entre autre, par le constat du patient qu'il peut atteindre une forme de détente. La dimension expressive de la relaxation se fait dans les tensions du corps qui s'associent à l'histoire de la personne, qui font sens. La dimension narcissique se fait par la réassurance que la relaxation apporte. La personne se sent exister, peut elle-même faire le vide, trouve des sensations agréables qui valorisent cet état. La dimension relationnelle s'explique dans le lien à soi et dans le lien thérapeutique.

(93) Journée ESPT régis MONTEAN psychomotricien

Il y a un intérêt de la relaxation dans le saisissement de l'instant présent donnant le sentiment à la personne d'exister. Cela peut être apporté par la perception des rythmes biologiques (respiratoire, vasculaire, cardiaque...)

Dans certains cas, la relaxation peut amener à revivre des expériences anciennes pour faciliter leur intégration. La verbalisation et l'accompagnement par le psychomotricien ont alors une importance capitale, afin que le patient puisse avancer dans sa démarche. On le voit avec les patients présentant un ESPT. Certaines fois, des manifestations corporelles vont avoir lieu. Lors du temps d'expression ces manifestations peuvent être mises en lien avec une reviviscence traumatique. On essaye alors de mettre du sens sur cette reviviscence par la recherche d'émotions (Qu'a ressenti le patient lors de la reviviscence), d'histoires (a t'il déjà eu de telles manifestations ayant une autre signification ?), etc.

3.5 Exemple de prise en soin individuelle par la médiation relaxation : Mr G

Je vais présenter ici un patient militaire affecté d'un ESPT depuis son retour de mission en Centrafrique, rencontré lors de mon stage.

Mr G a actuellement 24 ans. Il est dans l'infanterie depuis début février 2012, affecté au 1er RIMa (Premier Régiment d'Infanterie Marine) d'Angoulême.

Mr G est célibataire et sans enfant. Il est le troisième de sa fratrie. Il a quatre sœurs et un frère. Il vit chez sa mère, femme au foyer, et ses deux sœurs. Son père, avec qui Mr G ne s'entend pas, vit en Turquie. Il relate des « *problèmes d'argent* » entre ses parents.

Auparavant Mr G a fait un BEP « *maintenance industrielle* ». Il a commencé un bac-pro qu'il a rapidement arrêté par manque d'argent. Toujours dans un souci financier, il a travaillé en intérim de jour et dans un fast-food la nuit pendant plus d'un an. Comme « *ce n'était pas stable* », il s'est engagé dans l'armée à 21 ans. D'autant plus que « *le côté sportif m'a toujours intéressé* ».

Il a fait deux opérations extérieures : trois mois au Tchad et deux mois en Centrafrique. Il a fait une mission en opération extérieure d'une durée initiale de 6 mois qui a débuté au Tchad, puis son régiment a été envoyé en Centrafrique. Mais au bout de deux mois, ils ont été rapatriés en métropole, dans un contexte difficile.

Le Tchad est décrit comme une mission intense : « *j'ai monté la garde pendant 3 mois* », « *ça a pété, je ne me rappelle plus exactement le jour ou le mois. Ça devait être en décembre ou en novembre.* » On peut noter chez Mr G une perte des repères temporels. Cette difficulté à organiser le récit dans le temps est caractéristique des événements traumatiques.

Pour la mission en Centrafrique, il évoque également une insécurité permanente. Il a ressenti de l'hostilité de la part des deux camps de par sa confession musulmane : « *le camp chrétien me voyait comme un musulman et les musulmans comme un traître* ».

Sa situation s'est dégradée progressivement au sein de sa propre équipe. Il dit avoir reçu des brimades de la part de ses camarades et de son chef. Il ne s'est pas senti autorisé à en parler au médecin du régiment car les personnes allant le consulter « *étaient vu comme faible et se faisaient insulter* ».

Mr G pense que « *ça arrange* » ses chefs de maintenir un climat où personne ne se sent autorisé à signaler de difficultés. Mr G n'a pas ressenti de symptômes pendant la mission. Il dit : « *limite on en veut encore* ». Il revient de mission en ayant perdu 11 kilos qu'il attribue à de la fatigue physique et psychique « *j'étais à bout physiquement et moralement* ».

Deux semaines après son retour de mission, alors qu'il est en permission, il déclare un paludisme. Les premiers cauchemars et les reviviscences ont commencé à arriver pendant son paludisme lorsqu'il était alité. Il a été adressé à son médecin de régiment qu'il a refusé de rencontrer car il ne voulait « *plus rien avoir à faire avec mon régiment* ». Son régiment lui a proposé de consulter un psychiatre de l'hôpital militaire de rattachement, où je suis en stage, ce qu'il a accepté. Il est depuis en congé longue-durée, qu'il renouvelle tous les six mois avec le psychiatre du service qui assure son suivi. Il lui est prescrit dans un premier temps des antidépresseurs et des anxiolytiques. Actuellement il est sous antidépresseur et neuroleptique.

La rencontre en psychomotricité s'effectue sur prescription du psychiatre suite à la présence de symptômes évocateurs d'un État de Stress Post Traumatique (hypervigilance, trouble du sommeil, anxiété). Je rencontre Mr G dans le cadre d'une consultation externe.

Sur le plan clinique, Mr G est très symptomatique. On retrouve des cauchemars, des reviviscences olfactives, des flash-back, des comportements dépressifs, un repli sur soi et des changements identitaires qui s'accompagnent de honte. Il présente également une désillusion par rapport à sa profession.

Durant le premier entretien, il montre un visage soucieux. Il commence par se présenter par un listing de ses symptômes. Son discours s'accélère par moment. Il prend cependant le temps de détailler ses troubles du sommeil. Il manifeste de la honte d'être dans cet état qu'il tente de relativiser par le fait qu'il n'est pas le seul dans son régiment à présenter des difficultés. En effet, selon lui, « *il ne reste qu'un ou deux première classe* »(94). C'est important pour lui de ne pas être le seul à présenter des difficultés.

Les premiers cauchemars et reviviscences, dont on rappelle qu'ils sont apparus pendant sa permission, se présentent toujours selon le même scénario : il est en équipe puis se retrouve seul. « *Des Sélékas viennent me chercher* » (95). Il se cache.

(94) La première classe est une distinction que peut acquérir « l'homme du rang » avant de postuler pour caporal.

(95) Les Sélékas sont des soldats de la coalition de forces rebelles opposée au président centrafricain. Ce sont des mercenaires tchadiens, libyens et soudanais.

Avant de se faire repérer, il se réveille. Lors de l'entretien il déclare faire deux à trois cauchemars par semaine. Il se réveille pendant la nuit et a du mal à se rendormir. Mr G fait des cauchemars remaniés. Selon LEBIGOT(96), la présence de cauchemars remaniés signifie qu'il y a une tentative de mise en sens, ce qui est de bon pronostic.

Mr G souffre de reviviscences olfactives : l'odeur des morts lui revient souvent « *surtout celui du puits* » où il a failli tomber. Cet événement l'a beaucoup marqué. Il revoit souvent des images de tous les morts qu'il a vus : « *Je m'en rappelle du premier au dernier, la position dans laquelle ils étaient* ». La présence de tous ces détails est caractéristique de l'image traumatique.

Lorsqu'il y a beaucoup de personnes autour de lui, Mr G se sent en insécurité. Il est « *toujours à l'affût* ». En journée il ne sort pas de chez lui en dehors de ce qu'il s'est imposé : une sortie par semaine avec ses amis, et son sport quotidien.

Mr G présente un changement identitaire : « *Je suis quelqu'un qui rigolait beaucoup, j'ai perdu tout ça* ». Il y a une distinction entre le « moi d'avant » et le « moi d'après ».

Il pratiquait depuis toujours beaucoup de sport « *pour se dépenser et se vider la tête* ». Il faisait de la natation, du footing, du renforcement musculaire, ainsi que des sports de combat comme la boxe, le Jiu-jitsu Brésilien, la lutte et la MMA (Mixed Martial Arts). Lors de l'entretien, il reprend progressivement le sport où il s'est réinscrit depuis un mois. « *Ça me fait du bien mais ça ne m'aide pas pour le sommeil* ». Sa pratique montre son besoin de contrôle. Il fait une intense pratique sportive pour pallier à ses angoisses. C'est un mécanisme de défense mis en place. On peut noter qu'il n'y a pas de tentative de mise en sens de son angoisse. La souffrance psychique de Mr G s'exprime par une décharge motrice.

Lorsqu'il lui est proposé d'envisager une hospitalisation il refuse. « *Ça non. Tout ce qui est hospitalisation je ne suis pas pour. Si on apprend que je me fais hospitaliser, on va me prendre pour un fou* ». Mr G a honte d'être ainsi et s'interdit certains soins. Je ne le verrai donc qu'en consultation externe avec l'accord de son psychiatre.

Le suivi en psychomotricité de Mr G commence en début novembre 2014. La prise en soin s'organise autour de la médiation relaxation. L'idée est de travailler autour du traumatisme à l'aide de cette médiation. La médiation relaxation vise à passer par les éprouvés et leur expression pour amener le patient vers les objectifs décrits ci-dessous. Elle permet aussi au patient de porter un regard sur son fonctionnement. Dans l'idée d'autonomisation, la médiation relaxation permet de se saisir des méthodes pour réguler ses tensions.

(96) Cf. Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en soin de François LEBIGOT (psychiatre français spécialiste des blessures psychiques).

Le projet thérapeutique de Mr G est de faire un travail corporel dans une dynamique de réassurance, de l'aider dans la prise de conscience de son corps et de son unité corporelle, de lui proposer d'atteindre et d'apprécier une forme de détente, de lui offrir un espace où il peut poser ses affects et y mettre du sens. Comme cela a été dit, Mr G fait beaucoup de sport, dont certains sont assez violents. La prise en soin propose de poser ce qui le pousse à en faire autant et d'y réfléchir.

Le projet thérapeutique propose également un travail de ré-ancrage dans le temps présent. En effet, comme bon nombre de patients présentant un ESPT, Mr G a des difficultés à investir le temps présent et le futur. Le rapport au temps est vécu de manière hors-norme, le passé traumatique est revécu très fréquemment et parasite énormément le temps présent. Mr G n'a pas non plus de projet à court ou à long terme. Mr G est en congé longue durée, il n'est donc plus repéré dans un temps professionnel. Il erre chez lui sans investir pleinement le temps de soin. Il sort beaucoup moins, il n'a donc pratiquement plus ce temps de loisirs, de sorties, de rencontres avec ses amis qu'il appréciait fortement autrefois.

Le projet vise donc à l'aider à réinvestir le temps de manière moins symptomatique. Pour cela, la prise en soin s'appuie sur l'établissement d'un cadre spatio-temporel. Toujours la même salle, toujours le même jour et, au départ, toujours le même créneau horaire. Au sein de la séance il vit le temps présent par le ressenti d'éprouvés actuels. Nous parlons de la séance dernière et des évolutions de la semaine passée pour rappeler qu'il a un temps accessible sur tous les niveaux. Nous anticipons la semaine prochaine pour ramener des projets à court terme. Lorsque des flash-back ont lieu pendant la séance je lui propose de les mettre en lien avec un vécu, un ressenti, une pensée. L'idée est de leur donner du sens. Car tant que les images traumatiques n'auront pas été mises en sens, en lien, elles continueront d'envahir le psychisme.

Le dernier axe du projet thérapeutique est d'amener progressivement Mr G à se voir comme blessé de guerre et non comme fou.

Un premier temps de reconnaissance s'effectue par l'annonce du diagnostic. Au début, Mr G se vit comme fou. Il ne comprend pas ce qui lui arrive (les cauchemars, les réminiscences olfactives, les flash-back). Il pense basculer dans la folie, ce qui lui fait très peur. L'annonce du diagnostic ne l'apaise pas vraiment. Il a accès à des explications sur sa blessure, mais il exprime tout de même une crainte que ses proches apprennent qu'il se rend dans un service de psychiatrie.

Le second temps de la reconnaissance de la blessure de guerre est social, avec la mise en congé longue-durée, au même titre que pour les blessures physiques.

La prise en soin offre, au départ, un espace très contenant pour que Mr G puisse investir le dispositif et que la relation thérapeutique se forme. Par la suite l'idée est de l'autonomiser.

La rencontre initiale avec Mr G se fait avec mon maître de stage. Cette rencontre se fait sous forme d'entretien. Il s'agit de voir comment il se décrit, comment il se vit, son engagement corporel dans son discours, ce qui est important pour lui, s'il a des objectifs, etc. On met en place les modalités de la prise en soin : la fréquence, le jour des séances et le fait que le soin s'effectuera par une stagiaire avec une supervision externe, (c'est à dire que mon maître de stage n'est pas présent lors de la séance).

Mr G accepte la prise en soin en psychomotricité. Pendant un mois et demi le rythme de la prise en soin est d'une fois par semaine. Nous sommes ensuite passés à une fois tous les quinze jours.

Les séances de psychomotricité se déroulent en trois temps. Il y a un temps d'accueil, un temps de relaxation et un temps d'expression du vécu.

Le temps d'accueil vise à exprimer l'humeur, l'état global, les possibles évolutions de la semaine passée. Ces évolutions peuvent concerner ses difficultés particulières ou les améliorations. Le premier mois Mr G arrivait toujours en séance avec des courbatures suite à sa pratique sportive intense, qu'il ne remettait pas du tout en question.

Le temps de relaxation comprend la relaxation et l'éveil. La durée de la relaxation varie en fonction des signes d'agitation de Mr G. Au départ, la séance était axée sur le ressenti des appuis, de la respiration et l'envoi d'ondes de détente.

Le ressenti des appuis a pour objectif d'amener la prise de conscience de son corps et de son unité corporelle. Le ressenti de la respiration a pour but de lui rappeler sa place parmi les vivants. C'est aussi un temps de détente apprécié par Mr G. L'envoi d'ondes de détente permet de savoir s'il peut la mentaliser et la ressentir. Il est possible pour Mr G d'envoyer des ondes de détente toujours en spécifiant les endroits qui ont été touchés par ces ondes.

Les propositions se sont étoffées en fonction de mes observations et des retours du patient. Par exemple, comme il ne prenait pas le temps de faire de profondes inspirations ou expirations, j'ai adapté mes propos pour qu'il explore pleinement ses amplitudes respiratoires. J'ai également ajouté des propositions pour la respiration car c'est un temps qu'il apprécie. Par la suite, j'ai ajouté un ressenti du rythme artériel pour continuer dans l'idée du rythme biologique. J'ai proposé également une écoute musicale qui a donné lieu à une exploration de son imaginaire.

Mr G est sensible aux propositions comme le ressenti d'onde de détente, du souffle de la musique qui détend et aux propositions de voyages imaginaires. Mr G expérimente des abaissements de son état de vigilance qu'il exprime par « *faire le vide* ». Il évoque la sensation de s'être endormi, l'impression de rêver et parle de son imaginaire dans la relaxation. Il apprécie les temps de silence qui lui permettent de faire le point sur ses ressentis.

Le temps d'éveil correspond à la sortie de la relaxation. C'est un temps qui s'est investi progressivement pour Mr G. Au départ lorsque je lui proposais de prendre un temps avant d'ouvrir les yeux et de s'asseoir, il le faisait le plus rapidement possible. Par la suite, il a pris plus le temps et il s'est assis en passant par le côté. Il est plus à l'écoute de lui-même. Il l'a d'ailleurs exprimé lors d'une séance : « *D'habitude je suis quelqu'un de rapide mais là j'ai voulu prendre le temps* ».

Le temps d'expression comprend le premier retour, l'expression des ressentis avec une mise en lien et on termine par le « temps du titre » de la séance. (Le « temps du titre » permet de faire le point sur la séance vécue. Au départ le titre était toujours le même puis ça s'est transformé. Mr G a investi ce temps.)

Le premier retour est la première phrase dite après la relaxation. Il s'accompagne d'une mimique et d'un niveau tonique. Je lui propose ensuite de détailler ses ressentis selon les différents temps de la relaxation. Mr G exprime une détente localisée et des parties de lui encore tendues. Cette détente reste assez minime dans ses manifestations. En effet, son visage est un peu endormi mais le corps reste assez raide. Je travaille avec lui l'idée de détente globale.

Pour l'expression du ressenti des appuis je lui propose de dessiner son empreinte au sol. Il est intéressant de voir l'évolution de ses dessins (97). En effet, lors de la première séance, son dessin ne montre pas une silhouette humaine. Mr G a dessiné des carrés représentant des parties de son corps. C'était très morcelé. Son dessin se montre plus structuré par la suite. La représentation de sa structure corporelle dans son dessin s'affine. Le dessin est devenu un bonhomme bâton avec des cercles représentant les zones déposées au sol. On peut noter un agrandissement de sa surface d'appui. Au bout d'un moment, il nomme toutes les parties de son corps. Son dessin est commenté, avec une recherche de précision sur ses ressentis. Lorsque Mr G est plus anxieux que d'habitude cela se reflète sur son dessin par son temps de réalisation, l'abondance des commentaires, la taille du bonhomme et son emplacement. Le dessin amène souvent à des discussions sur l'image du corps : comment il se voit, ce qu'il pense de lui-même. Mr G se déprécie beaucoup. Il voit son corps comme un lâcheur, un corps fatigué qui ne répond pas à ses exigences. Il a peur de devenir faible et gros lorsqu'il ne fait pas de sport.

Au cours de la prise en soin, j'ai observé chez Mr G une résistance au changement. On s'est vite enfermés dans une routine. Le patient a découvert le dispositif lors de la première séance et lors de la deuxième, il l'a investi, ce qui, au départ, me semblait positif. Mais par la suite, les expressions se sont répétées « *c'est toujours pareil, j'ai ressenti la même chose* ». Ça pouvait également être perçu comme le fait qu'il fasse du lien avec le passé proche mais il ne décrivait pas d'évolution sur sa semaine (mêmes nuits, même cauchemars, même fréquence d'apparition...). J'avais l'impression qu'on s'enfermait dans une boucle mortifère.

(97) Cf. ANNEXES 1 : dessins de Mr G

J'ai donc utilisé la théorie des microrhythmes et macrorhythmes de MARCELLI(98). Dans le temps de « *séance connu* » j'ai introduit de nouvelles propositions. Maintenant il est plus tolérant face au changement. Il apprécie même certaines propositions nouvelles durant la séance. De même, au départ Mr G suivait beaucoup trop les consignes. C'est au bout d'un mois qu'il montre une prise de liberté avec les consignes. En effet, lors d'une proposition de passage dans l'imaginaire, soit une ballade dans un paysage montagneux, Mr G reste aux pieds des montagnes par choix. Désormais, lorsqu'il pense que quelque chose ne lui convient pas il l'exprime. Cependant, Mr G se fixe toujours des objectifs et s'il ne peut y répondre il devient nerveux. Mr G parle de ses objectifs aussi bien à l'extérieur, comme l'obligation de sortir, qu'à l'intérieur de la séance, comme l'obligation de détendre son visage.

Aux débuts de la prise en soin, Mr G a des difficultés à exprimer ses ressentis. Il peut juste dire si c'est « *plutôt dans le plus* » ou « *plutôt dans le moins* ». La deuxième séance a commencé avec un massage à l'aide d'une balle avant la relaxation. Le temps du massage avec la balle n'a pas été bien vécu. Cependant il a pu développer son ressenti. Il l'a comparé à « *l'impression d'un bain de foule où des personnes viennent m'agripper* ». A la troisième séance, il se questionne sur l'apport que peut lui donner nos séances. Il les perçoit comme la possibilité de mieux se connaître. Mr G cherche à se définir lors de certaines d'entre elles. Il a également exprimé un ressenti de joie lors d'une écoute musicale. Avoir accès à cette émotion est très positif considérant son humeur dépressive. Mr G sourit et est accessible à l'humour.

Au bout d'un mois, il parle toujours de ses performances sportives sans remettre en question cette pratique intense. Il semble avoir une image plutôt négative de lui-même. Ses attentes sont très élevées. L'expression de ses affects et ressentis semble un peu plus facile mais cela reste encore assez pauvre.

Nous avons eu un entretien au bout de deux mois de prise en soin. Cet entretien a eu lieu après les deux semaines de vacance de décembre. Je note que Mr G s'exprime plus qu'avant et ose parler de ce qui ne va pas. Il étaye ses propos en utilisant des synonymes et des comparaisons. La parole s'est libérée. Il exprime de l'angoisse. Il aborde également pour la première fois le sentiment de culpabilité.

En ce qui concerne la reconnaissance de la blessure. Mr G vient à toutes les séances en tenue sportive. Ce qui lui permet de dire à sa famille qu'il va faire du sport. Personne dans son entourage n'est au courant qu'il vient en soin « *psychiatrique* ». Ce terme l'inquiète beaucoup. Ça le ramène à sa peur d'être vu comme fou. Un jour il dit avec humour que « *le seul moyen pour venir en hospitalisation serait de remplacer 'psychiatrie' par 'centre thermal'* ». Dernièrement il a mentionné ses difficultés sous le terme de « *problèmes psychiques* » ce qui montre une évolution.

(98) Daniel MARCELLI est un professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

En ce qui concerne la perception du temps, de Mr G s'inscrit dans un temps présent. Il s'autorise progressivement à « *prendre le temps* » pendant les séances. Mr G parle de son quotidien et de ses projets. Ceci montre un investissement du temps présent suffisamment stable pour pouvoir se projeter dans un avenir. Il parle d'un futur proche : « *je vous tiendrai au courant la prochaine séance* ». Cependant il a des projets à plus long terme qu'il ne met pas en place. Il parle de son passé récent soit son retour de mission, et l'impact du paludisme. Il parle également de son enfance. Ce qui confirme que le temps précédant le traumatisme est accessible.

Mr G a parfois un flash-back qu'il manifeste par de la tension. Le fait qu'il nomme l'intrusion d'un flash-back permet d'en parler. On essaye de le relier à une émotion ou à un ressenti. Il est un peu confus lorsqu'il mentionne cette image.

Mr G s'est rendu compte de sa perception biaisée du temps. Il exprime une discordance entre le temps réel et le temps perçu. En effet il a l'impression d'être revenu de mission depuis cinq ans (alors que ça ne fait qu'un an) et il a en même temps l'impression que le temps passe très vite.

En février 2015, on peut noter une dégradation dans sa qualité de vie : il sort moins, il fume plus. Il ne fait également plus de sport car son « *corps lâche* » ce qui semble très inhabituel considérant son rythme de vie. Des problèmes financiers reviennent souvent. Mr G s'est donné comme rôle de subvenir aux besoins de sa famille. Comme il est en congé longue durée il ne peut pas travailler mais il touche tout de même une indemnité. Il identifie la source de son angoisse comme étant ses problèmes financiers. Cependant cette angoisse persiste malgré la résolution de ces problèmes.

Cette angoisse montante peut s'expliquer par le fait qu'il s'approche de la date anniversaire de son retour de mission. Cette « date d'anniversaire » apporte souvent chez les patients ESPT une recrudescence des symptômes. Cette dépression et cette montée d'angoisse sont à surveiller dans le temps car la persistance de celles-ci seraient pathologiques. Dans l'idée de poser les choses, je lui ai proposé de revenir toute les semaines mais il préfère qu'on garde l'espacement de quinze jours. Passée la date d'anniversaire de son retour de mission, Mr G se porte mieux et l'exprime. Il se réinsère dans une dynamique plus sociale où il fait du sport avec un ami, refais des sorties. Mr G exprime un retour sur sa pratique sportive. Mr G dit « *être un peu maso* » il aime pousser son corps dans ses limites ce qui lui permet de faire le vide. Il y a donc une élaboration de sa pratique sportive. Il se remet en question.

En conclusion, Mr G adhère au dispositif de prise en soin en psychomotricité. Il a progressivement investi cet espace pour évoquer son état, ses problèmes, ses angoisses. On peut noter que ses capacités d'identification de ses affects se sont améliorées.

Certains objectifs ont donc été remplis comme l'expression des ressentis, l'identification des émotions, le fait de parvenir à se détendre, d'apprécier cette détente et d'avoir l'expérience d'une unité corporelle.

Cependant il reste d'autres objectifs comme vivre le temps de manière moins symptomatique et se reconnaître blessé, ce qui est en évolution. L'autonomisation de Mr G s'effectue progressivement. Le but est qu'il puisse atténuer ses angoisses tout seul. Cependant Mr G ne se « *sent pas encore prêt à le faire seul* ».

Mr G se projette dans le temps. Il a contacté la CABAT (Cellule d'Aide aux Blessés de l'Armée de Terre) qui va l'aider à trouver une formation pour se reconverter. Cette reconversion lui permettra de se réinscrire dans un temps professionnel. Il aimerait aussi trouver une fiancée et construire quelque chose de durable avec elle. Pour cela, il a des objectifs comme être au meilleur de sa forme, enlever une légère cicatrice au visage au laser et aller en Turquie.

Lors de la fin de mon stage, Mr G va reprendre la prise en soin en psychomotricité avec mon maître de stage. Peut-être que mon maître de stage va le convaincre de se faire hospitaliser. Il s'inscrirait ainsi dans un cursus plus « classique » où les patients présentant un ESPT font des hospitalisations de manière cycliques en espaçant de plus en plus les semaines d'hospitalisation. S'il ne souhaite pas se faire hospitaliser, il continuera de venir en consultations externes et lorsqu'il ira mieux les rendez-vous pourront s'espacer.

4 Prise en soin groupale en psychomotricité

4.4 Approche du groupe

4.4.1 Le groupe militaire

« Chaque soldat appartient à un autre corps, plus vaste, celui de sa nation d'origine mais aussi celui de son unité. Le chef d'un régiment est un « chef de corps ». Les membres de l'unité doivent faire preuve d'« esprit de corps » » AMBROSINO(99).

Le groupe militaire est porteur d'une culture, d'une histoire, de valeur commune. La dynamique groupale est promue par l'armée. Le militaire est inclus dans une sorte de « *deuxième famille* ».

Au sein d'une mission, le groupe peut être mis à mal. Si le groupe est en souffrance, il va l'exprimer, il peut transférer son malaise sur quelqu'un. Si le groupe n'est plus fonctionnel il peut y avoir des conduites d'alcoolisation répétée, un phénomène de bouc émissaire. Cela peut aller jusqu'à commettre des exactions, des crimes de guerre. « *Le phénomène de bouc émissaire est un bon baromètre de la symptomatologie psychique du groupe* » LEPAPE(100).

(99) Alexithymie et comorbidités psychiatriques des États de Stress Post-Traumatiques en lien avec l'exercice des fonctions militaires, Thèse d'exercice, Dr AMBROSINO, 2013. Page 97

(100) Journée de formation ESPT, docteur LEPAPE.

Le militaire blessé psychique est coupé de son groupe, il se sent souvent exclu de sa « deuxième famille ». Il perd un lien fort. L'ESPT affecte fortement les liens à soi et aux autres. La personne présentant un ESPT est en retrait, agressive, honteuse, angoissée... cela ne va pas favoriser l'échange. Amener le patient présentant un ESPT dans une prise en soin groupale permet, avec un cadre rassurant, de rencontrer d'autres patients présentant eux aussi un ESPT. Ils trouvent dans le groupe l'idée de vécu commun, une compréhension. Le groupe forme des alliances entre les patients. Ils vont renouer des liens, se soutenir mutuellement. Les soignants garantissent un cadre favorisant l'échange.

4.4.2 Le groupe dans le soin

« *Le groupe est un moyen privilégié pour aborder le mal de vivre et la souffrance* »
BLOSSIER.

Pour BLOSSIER, le groupe dilue les phénomènes transférentiels, favorise les transferts latéraux, diversifie les figures identificatoires et relance les relations. « *Tout une gamme d'émotions très diverses va pouvoir s'éprouver. Il n'y a donc pas que la relation au thérapeute qui est « thérapeutique ». C'est bien tout le tissu relationnel groupal qui va participer au travail de chacun* » (101).

Dans les groupes, les transferts peuvent être latéraux, donc dirigés vers les autres patients du groupe et non vers le thérapeute. Le patient peut rejouer dans le groupe son rôle dans la famille. Le soignant garantit le cadre dans le groupe. Il évite le phénomène de bouc émissaire et contribue à l'individualisation de chacun.

Selon ANZIEU dans le groupe la personne passe de l'indifférenciation à la différenciation d'elle-même dans le groupe. Le groupe passe donc par quatre périodes. La première est marquée par l'angoisse et excitation. C'est à dire que la personne n'est plus seule. Elle s'inscrit dans une identité groupale ce qui est porteur d'angoisses et d'excitations. La deuxième étape est le fonctionnement de groupe où chacun doit accepter que les désirs du groupe soient prioritaires à ses désirs propres. La troisième étape est l'illusion groupale. C'est temps d'élaboration où le groupe est idéalisé et nie les différences de chacun. La dernière étape est la différenciation où la personne se reconnaît comme différente au sein du groupe, la personne se place dans une identité individuelle et groupale.

4.4.3 La prise en soin groupale

La prise en soin groupale apporte de nouvelles possibilités. On sort de la dualité d'une prise en soin individuelle et on apporte la possibilité d'une relation avec des tiers. Les patients sont réunis dans le groupe à travers une activité qui leur plaît à tous. La prise en soin groupale est aussi soumise au cadre. Le nombre des participants est fixé et le groupe est repéré dans un cadre spatio-temporel. Le groupe peut être ouvert ou fermé. Le groupe répond à des objectifs de soins et à des objectifs personnalisés pour chaque patient.

(101) Groupes et psychomotricité : Le corps en jeu, Patrick BLOSSIER, citations pages 152- 153

Le groupe peut comporter plusieurs soignants qui peuvent croiser leur regard sur les patients et, par une pluralité d'approches, enrichir le soin. Notons que le soin a une tonalité plus régressive avec un seul soignant et peut être plus dynamique avec plusieurs soignants.

Selon POTEL, le groupe peut avoir pour projet essentiel la relation. Dans le groupe les patients vont jouer leur place et son sentiment d'existence dans le groupe. « *Les difficultés de chacun vont prendre une résonance particulière et vont engager des réponses de la part des thérapeutes mais également de la part des participants du groupe* »(102).

Le psychomotricien garde en tête les phénomènes transférentiels soit le transfert des patients envers le psychomotricien, et envers les autres patients (transferts latéraux) et est attentif à son contre-transfert. Par sa grille de lecture spécifique le psychomotricien peut voir si le patient est à l'aise dans le groupe. Il peut observer des réactions de contenance (où la personne subit une gêne et l'exprime par sa posture ou ses mimiques) ou de prestance (où la personne masque sa gêne par une attitude théâtralisée). Face à ses manifestations corporelles le psychomotricien peut rassurer le patient et rappeler qu'on est dans un espace bienveillant. En tant que garant du cadre, le psychomotricien doit contenir l'agressivité.

L'agressivité est l'ensemble des manifestations réelles ou fantasmatiques de la pulsion d'agression. Pour FREUD, la pulsion d'agression est liée à la pulsion de mort. Elle suppose toujours un mélange de plaisir, d'érotisation, avec une volonté d'attaquer l'objet ou soi-même. L'agressivité peut aussi être considérée comme une réponse adaptative à la frustration et aux conflits psychiques. L'agressivité est alors le symptôme d'une frustration, d'un malaise, d'un conflit.

Le psychomotricien accueille cette agressivité. Il rappelle le cadre et ses règles mais il cherche surtout à mettre du sens sur cette agressivité, à mettre en mot le vécu du patient. La réponse du psychomotricien peut prendre un sens particulier pour le patient qui peut être rassuré.

4.5 La médiation « relaxation créative » et ses objectifs

4.5.1 Le dessin comme support de l'expression

« *Les médiations corporelles d'expression artistiques ou sportive deviennent à part entière des techniques thérapeutiques psychomotrices, décalées qu'elles sont d'un souci d'optimisation des performances et privilégiant les voies de l'expression et de la créativité, importantes quand on s'adresse à des adolescents en recherche d'eux-mêmes* »(103). POTEL

Comme nous l'avons vu plus haut, la médiation sert de support d'expression pour le patient. Les patients présentant un ESPT ont du mal à se reconnaître et à reconnaître leurs émotions. L'émotion de honte coupe le lien à soi et aux autres.

(102) Etre psychomotricien, C. POTEL, 2010, pages 383 et 384

(103) Etre psychomotricien, C. POTEL, 2010, page 203

Passer par le dessin organise la pensée, permet de passer par des images plutôt que par des mots. Cela permet de libérer la parole.

Le dessin se définit par toutes les productions graphiques. Le dessin est facteur d'organisation motrice et de représentation mentale. Comme le langage, le dessin en tant que symbolisation, peut permettre au sujet d'ordonner, d'organiser sa pensée, d'y mettre du sens. Dans le cadre de la thérapie psychomotrice, le dessin peut permettre au patient de communiquer, d'entrer en relation avec le psychomotricien. Tout comme le corps, le dessin peut constituer un moyen d'expression lorsque la verbalisation est difficile ou impossible. Le fait de laisser une trace peut apporter une continuité. Il est possible de se référer aux dessins réalisés d'une séance sur l'autre, d'apprécier éventuellement une évolution.

Le psychomotricien n'a pas pour rôle d'interpréter ce que la personne dessine mais d'aider la personne à mettre du sens.

4.5.2 Le groupe « *relaxation créative* »

« *Mettre des couleurs, des symboles sur des choses qu'on n'arrive pas à dire* »
BESNARD (104).

Le groupe « relaxation créative » tient son nom de ces premiers exercices où les patients passaient par un temps de relaxation sur les tapis et se mettaient ensuite à mettre en forme leur ressenti. Les soignants ont observé que les patients avaient du mal à mettre en forme après un temps de relaxation. Les propositions ont changé mais pas le nom. Le groupe relaxation créative a gardé sa dimension expressive mais pas sa dimension relaxante.

Le groupe de « relaxation créative » est réservé au patient présentant un ESPT. Le groupe est animé par un psychomotricien et une ergothérapeute. Ce groupe a lieu tous les jeudis entre dix heures et midi. C'est un temps d'expression, de création, autour d'une écoute musicale d'une à deux chansons.

Le support musical véhicule de l'émotion. La musique est associée aux événements de vie importants. Elle amène des émotions particulières en fonction de l'époque de sortie de la chanson. La chanson, lorsqu'elle est contemporaine, amène une identification au texte et lorsqu'elle date des années 70' 80', elle ramène à l'enfance, à l'adolescence du patient. La personne présentant un ESPT a changé ses habitudes d'écoute. Elle peut ne plus rien écouter pour éviter certains souvenirs. Elle peut changer de style musical car elle maîtrise les émotions ressenties lors de l'écoute. La musique sert de support dans l'approche de l'histoire de la personne.

La séance de « relaxation créative » commence par un temps d'accueil où chacun se présente par son prénom, donne son humeur et indique s'il écoute des musiques en ce moment dans une perspective dynamisante. La séance se poursuit par une première écoute musicale où le patient va s'imprégner de la musique, de son rythme de sa sonorité.

(104) Journée ESPT intervention de l'ergothérapeute Angélique BESNARD

Après cette écoute les patients sont amenés à partager leur ressenti, leurs émotions que la chanson a pu susciter. Une deuxième écoute est proposée où la personne va plus porter son attention au texte, généralement en français. Pendant cette deuxième écoute certains patients vont se mettre à produire quelque chose que ce soit un texte, quelque traits de crayon ou de couleurs, un dessin, etc. Après la deuxième écoute, il y a un tour de table pour présenter ces productions. Les soignants relient les productions avec un vécu, une émotion, un état, un changement, etc. Le groupe peut intervenir pour partager un ressenti, donner un retour sur la production présentée ou sur ce qui a été dit. Lorsque tous ceux qui ont souhaité ont pu s'exprimer, on peut proposer l'écoute d'une deuxième chanson ou passer à la dernière étape soit le temps du titre. Le temps du titre permet au patient de montrer ce qui l'a marqué pendant la séance. Certains s'en saisissent pour mettre un titre sur leur vie actuelle ou sur leur évolution.

On retrouve au cours des séances des thèmes de mises en forme. La mise en forme peut exprimer la violence de l'effraction amenant l'explosion identitaire. Les patients peuvent mettre en forme leurs « pensées emprisonnées », l'incompréhension d'eux-mêmes. Ils expriment souvent leur solitude et l'impression qu'une barrière les sépare de leurs proches.

Les patients montrent souvent la scission du moi soit le « *moi d'avant où ça allait bien* » et le « *moi de maintenant, qui vit dans un monde parallèle, avec sa souffrance* ». Ils mettent en forme parfois leur absence de projection dans le futur et la remise en cause du destin, du chemin de vie.

Dans ce groupe les patients s'autorisent à parler de la blessure psychique et de ses conséquences sur leur identité, leurs difficultés relationnelles, leurs émotions, leurs angoisses, etc. Ils retrouvent une cohésion dans le groupe, le fait qu'ils soient tous militaires leur permet une compréhension.

4.5.3 Etude d'une séance de « *relaxation créative* »

Voici un exemple de prise en soin groupale « *relaxation créative* ». Nous appellerons les trois patients présents Michel, Victor et Pierre. Les chansons choisies ce jour-là sont « *évidemment* » de France Gall, 1987, et « *ce que l'on s'aime* » de Tryo, 2008.

Temps d'accueil : présentation du fonctionnement du groupe « *relaxation créative* » et proposition à chacun de se présenter par son prénom et de donner l'état du moment ainsi que les chansons écoutées dans une dimension « *up* » et « *down* ».

Pierre se sent d'humeur plutôt positive. Il écoute du Coldplay.

Victor dit : « *ce n'est pas que je me fous de tout... Je laisse aller* ». Il écoute « *tourner la page* » pour se booster. Il trouve qu'il n'a aucun ressenti.

Michel vient pour la première fois dans ce groupe. Michel dit « *ça va* ». En « *up* » il écoute de la techno et en « *down* » des chants militaires.

→ écoute d'« évidemment » de France Gall : les deux écoutes du morceau se font dans le silence.

Victor ressent une émotion positive à l'écoute de la chanson car il trouve que ça le représente bien. « *Il y a de la poussière devant nous, on essaie de rire quand même mais ce n'est pas évident* ». Il reprend des mots de la chanson : « *colère, gout amer, dégout* » et « *on n'est plus comme avant* ». Il marque en titre « *Le PTSD plus qu'une guerre* ». Victor veut s'en sortir. Il se rend compte que le temps est pour lui comme un entonnoir. Il veut aller « *plus vite que la musique* ». Il se projette loin sans en avoir les moyens. Il se rend compte qu'il a du mal à se projeter car il manque de confiance en lui. « *Depuis le Mali je n'ai plus trop confiance en moi... mais je veux certaines choses* ». Avant il se prenait pour un surhomme mais plus maintenant. Il lui manque l'adrénaline de ces instants.

Michel ressent de la tristesse à l'écoute de la chanson. Il ressent lui aussi de la difficulté à se projeter. Il sent également qu'il manque de confiance en lui. « *Je ne sais plus quoi faire, je n'ai plus gout à rien* ». Sur sa feuille il a marqué des mots de la chanson qui le représente : amer, colère, question, pas comme avant, dégout. « *Ça fait un peu de bien de le mettre en forme* ».

- Pierre : « *Après on parle, on ne s'arrête plus ! Entre nous on parle de tout est de rien, de ce qui nous est arrivé sans rentrer dans les détails et ça ne sort pas car personnes ne les comprendraient* ».
- Victor : « *Et il y a des séances où on se met à pleurer ça fait du bien* ».

Pierre ressent une émotion « *plutôt négative* ». Dans cette chanson il y a des phrases qui lui parlent plus que d'autres. Pierre trouve qu'il va mieux, avant il ne se projetait pas. Maintenant il ne prévoit plus aussi loin qu'avant le traumatisme : il se projette à la semaine. Ce qui est une amélioration car il a commencé par se projeter à l'heure. Pierre est également passé par le manque de confiance en lui. C'est avec des petites réussites, avec la capacité de faire des petites choses que ça s'est amélioré. « *Il faut prendre son temps* ». Il se rend compte qu'avant il se prenait pour un surhomme. « *On est au-dessus du fond du trou. On a vécu des choses extraordinaires. Il faut qu'on redescende.* ». Pierre parle ensuite des reviviscences déclenché lorsque un hélicoptère ou un avion passent : « *je vais partir, mais je vais revenir tout de suite* ». Pierre a dessiné un treillis avec marqué « *gout amer* ». Il commente son dessin : « *je ne pensais pas que ça allait se passer comme ça. Je pensais que j'allais rester plus longtemps quand je me suis engagé. Ça a fermé un chapitre mais j'en réécrit un autre maintenant. J'étais en colère contre l'institution, contre tout le monde. Je ne suis pas amer sur ce que j'ai fait ou vécu mais sur la manière donc ça s'est passé. Lorsqu'on m'a dit que ma carrière militaire était terminée, j'ai été forcé de rebondir. Ça m'a pris six mois, un an. Le déclin c'est le travail sur moi et l'arrêt des médicaments qui donne une claque !* ».

→ écoute de « ce que l'on s'aime » de Tryo

Pierre se sent braqué à la première écoute, surtout par le refrain qu'il comprend comme : « *on récolte ce que l'on sème* ». Lorsqu'il apprend que le titre est « *ce que l'on s'aime* » il demande à réécouter la musique.

Lors de la deuxième écoute il comprend la chanson comme le fait d'emporter le courage pour avancer par rapport à son amour. Il se dit étonné de voir qu'à deux on est toujours plus fort. Il se retrouve dans cette chanson. Il a de la chance d'avoir cet amour qui l'a aidé.

- « *Parfois on entend ce qu'on veut* » : Pierre confirme. Si une personne dit quelque chose il se braque ou il « *lui rentre dedans* ». « *Que ce soient des mots, des actes ou des façons d'être, tout ce qui ne rentre plus dans les clous ça ne va pas* ».

Victor perçoit dans la musique un rapport au futur « *nous le futur on n'en a pas* ». Il ressent une émotion sans pouvoir l'identifier. À la deuxième écoute il dit : « *On aurait préféré un meilleur futur. La main tendue je l'ai eu par mon amie. À deux c'est plus facile.* » Son amie lui dit de toujours penser à leur avenir. Il lui dit quand il ressent des émotions négatives ou quand il n'a pas envie de sourire. « *Après je dis ça mais je me marie au mois d'août. Pourquoi je ne montre pas que je suis content ? Après je n'ai jamais eu trop de démonstration.* » Il dit avoir un « *ressenti positif* » pour son amie. Il s'en veut de ne pas montrer d'émotion. « *Dans mes relations d'avant ça ne m'a pas traversé l'esprit de me marier. Et je n'ai pas de confiance en moi... C'est une peur mais je suis content quand même.* »

Michel ne peut pas s'exprimer lors de la première écoute. Sur sa feuille il a écrit « *inverser le cours des choses* » et « *tenir le cap* » dans l'idée d'aller de l'avant, d'essayer d'avancer. Il revient sur la première écoute qu'il a ressentie « *comme les autres* », à la deuxième écoute ça allait mieux. Il a écrit des choses auxquelles il ne pensait pas forcément avant. Il conclut en disant qu'il a bien aimé cet atelier.

Conclusion : Le groupe était au départ très silencieux. Ils avaient besoin d'aide pour s'exprimer. En revanche la parole a fini par se libérer au cours de la séance. Ils ont pu exprimer le ressenti de la colère, le sentiment d'injustice, le dégoût, la solitude. Ils ont parlé de leur perception du temps, notamment de l'envie d'être guéri vite alors que c'est une blessure qui demande du temps. On peut noter que Pierre et Victor ont accueilli Michel qui en est à sa première hospitalisation. Ils lui ont parlé de leurs évolutions et du parcours à faire avec un peu d'humour.

La première écoute de la chanson de Tryo a été interprétée par le groupe de manière négative. Le groupe s'est beaucoup tendu à la première écoute. Il a fallu un étayage de la part des soignants pour que leur ressenti soit mis en récit et pour qu'ils sortent de leur retrait. La deuxième écoute leur a permis de constater qu'ils se braquent si un mot ne leur convient pas. La deuxième chanson a orienté le groupe dans l'identification de personnes ressources.

Pierre était beaucoup plus posé que d'habitude. Il n'a pas montré de signes de grandes tensions habituelles malgré la première écoute de la deuxième chanson qui l'a braqué. Il a également pu montrer sa mise en forme ce qui n'est pas habituel. Il a même fait un peu d'humour. Il s'est mis dans un rôle protecteur envers Michel.

Victor montre un émoi affectif, il peut distinguer des « *ressentis négatifs* » et des « *ressentis positifs* ». Cependant il reste accessible à l'humour et l'annonce de son mariage l'a fait sourire. Il a pu parler de sa mise en retrait lorsque quelque chose ne lui convient pas. Victor ne comprend pas son manque d'émotions. Il souffre d'un changement identitaire.

Michel a pu mettre en forme en s'appuyant des paroles des chansons et a pu s'exprimer. Il a présenté tout de même une certaine tension tout au long de l'atelier et est beaucoup dans la retenue.

Temps du titre :

Pierre « ce que l'on s'aime », Victor « Quand on veut, on peut », Michel « Avancer ». Elisa « prendre le temps » ; Angélique « changer son regard, voir la deuxième lecture ».

CONCLUSION

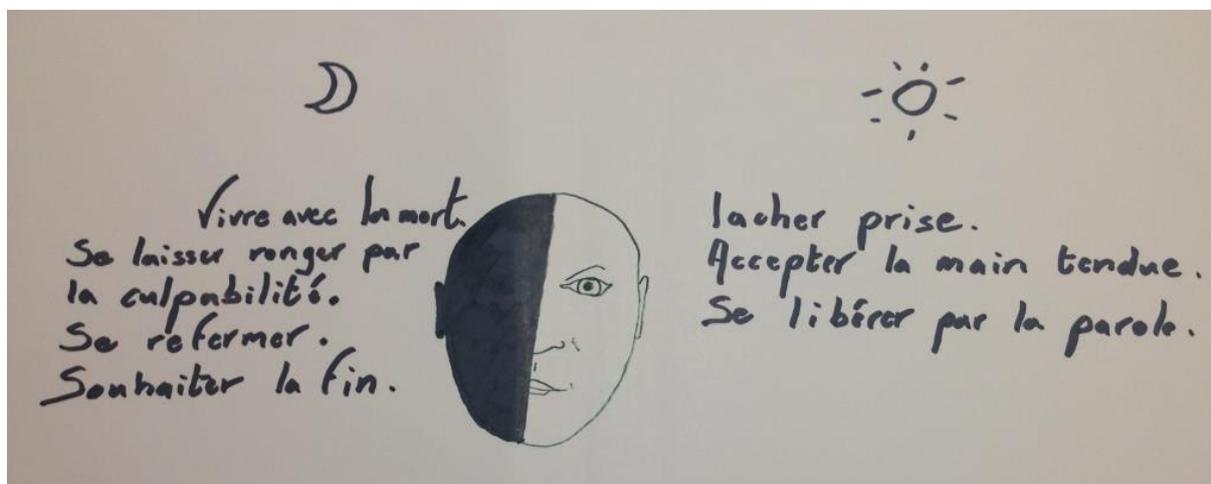
« Ni le soleil ni la mort ne peuvent se regarder en face » HERACLITE

L'état de stress post traumatique est une blessure grave, détruisant la représentation du temps et mettant à mal l'identité de la personne, soit son lien à elle-même, et entraîne une rupture de liens aux autres.

Nous avons vu tout au long de ce mémoire le parcours de reconnaissance de l'ESPT en tant que blessure psychique. Ce parcours de reconnaissance concerne maintenant la reconquête identitaire de la personne présentant un ESPT. Chez les militaires, le parcours de la reconnaissance s'effectue aussi par un parcours administratif permettant la reconnaissance de leur blessure comme découlant de l'exercice de leurs fonctions.

La psychomotricité permet un étayage dans le réinvestissement de la personne. Elle contribue à la reconnaissance des émotions, à la mise en lien des vécus et favorise l'expression. Par la relation thérapeutique la personne se rassure sur son lien à elle-même. La psychomotricité aide le militaire blessé psychique à reprendre toute sa place dans le monde des vivants.

Pour reprendre AJURIAGUERRA « *Le but de la psychomotricité est de permettre au sujet de mieux se sentir et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement de ces modes de relation avec autrui* ».

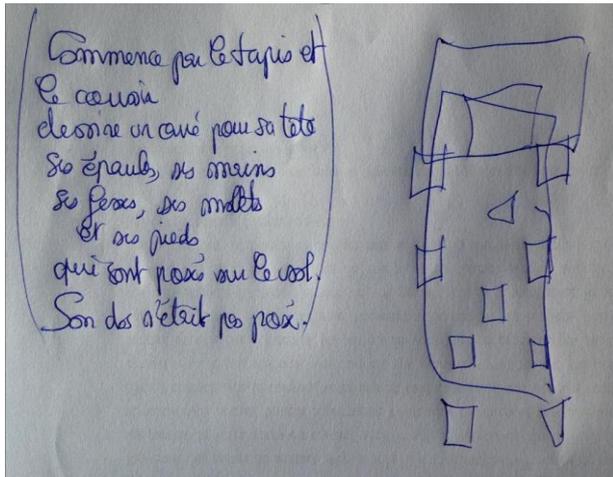


Dessin d'un patient lors du groupe « *relaxation créative* »

Dans mon stage j'ai pu découvrir les modalités de prise en soin individuelle et groupale. Cependant les groupes proposés ne concernent que les patients hospitalisés. Il me semblerait intéressant de mettre en place des prises en soin groupales en consultation externe. On pourrait imaginer que le groupe se constitue pendant l'hospitalisation des militaires et se prolongerait dans le temps après l'hospitalisation. Le groupe favoriserait la relation aux autres, permettrait l'expression du militaire blessé psychique dans un groupe ayant un vécu commun.

ANNEXES 1 : dessins de Mr G

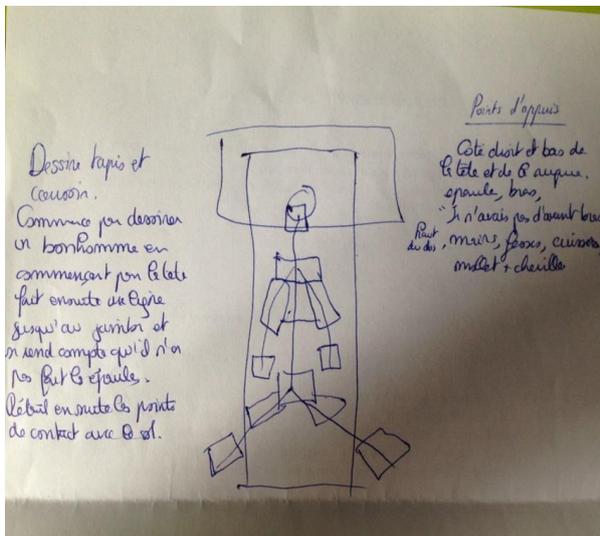
1ère séance



« Ça c'est moi ».

On ne distingue pas une silhouette humaine.

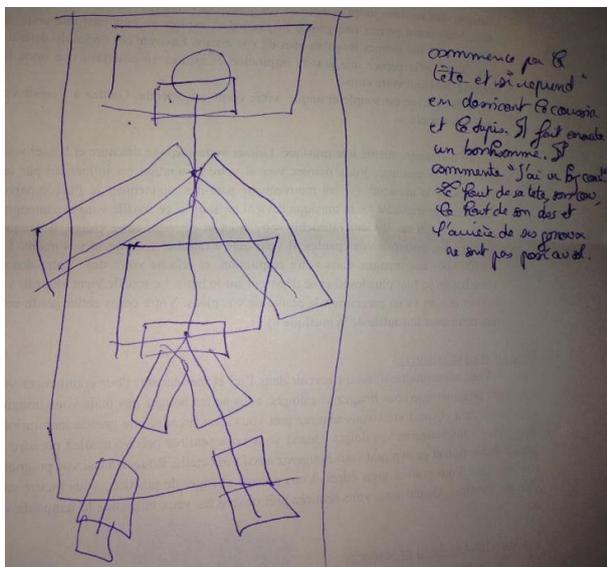
2ième séance



« Je n'avais pas d'avant-bras ».

Son dessin se montre plus structuré, on peut discerner un être humain mais c'est encore très schématique.

3ième séance



Sa structure corporelle dans son dessin semble assez similaire à la séance dernière. On peut noter cependant un agrandissement de sa surface d'appui. Cette fois-ci il a nommé toutes les parties de son corps.

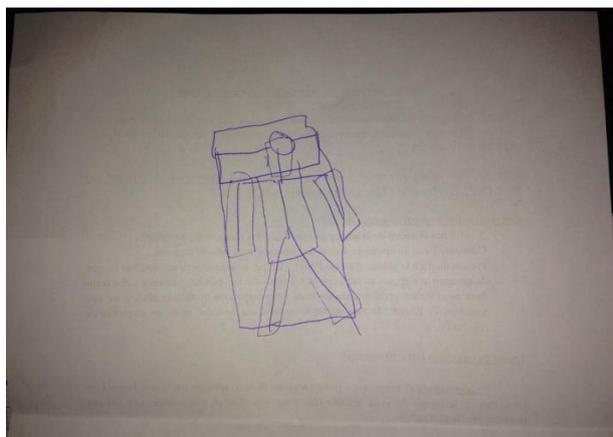
4ième séance



Lors de son dessin, Mr G commence par la tête et poursuit par le reste du corps. Il met ensuite le tapis et le coussin. Cet ordre dans son dessin devient constant sauf lorsque Mr G est angoissé.

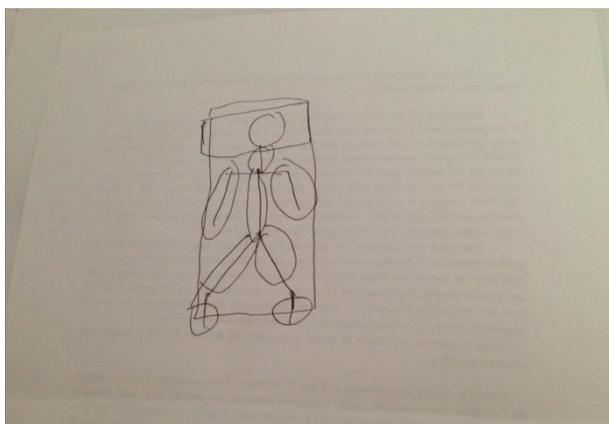
Mr G exprime la difficulté à différencier les points osseux des points musculaires. Il a ressenti le contact osseux au niveau de l'arrière de sa tête, de ses épaules et de ses coudes. Lorsqu'il se dessine, il précise que ses pieds étaient en dehors du matelas.

5ième séance



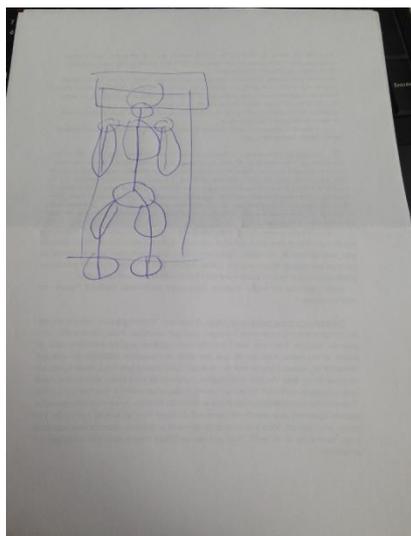
Lors de cette séance Mr G est angoissé. On peut noter que par rapport aux autres dessins celui-ci est plus petit. Les traits du coussin et du tapis ne sont pas droits et ceux du bonhomme ne sont pas continus. Pourtant il a pris autant de temps que d'habitude. Il a dit avoir « *tout ressenti* », il a fait une distinction entre les muscles et les os sans le représenter. Selon lui « *tout touchait sauf l'arrière de mes genoux* ».

6ième séance



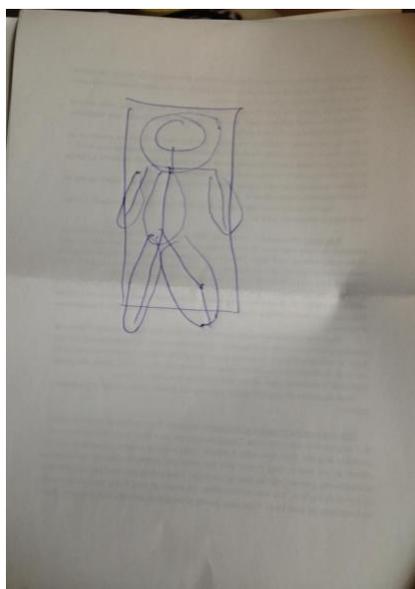
Par rapport au dessin de la séance précédente, son dessin reste petit mais est plus centré. Les proportions ne sont pas respectées. En effet, le cercle au niveau des pieds du bonhomme représente ses pieds et ses mollets.

8ième séance



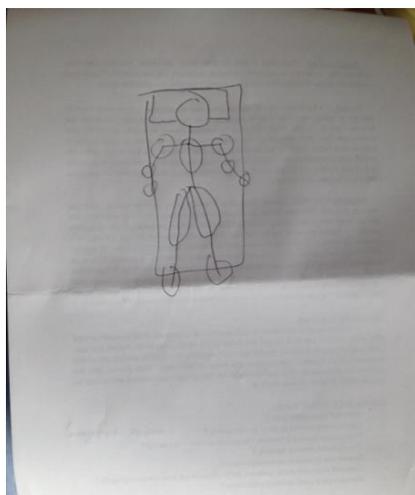
Mr G était angoissé lors de cette séance. Le dessin de Mr G est de petite taille sur le côté de la feuille. Il commence par dessiner le matelas, le coussin. Il se dessine ensuite et entoure les parties de lui en contact avec le sol. Il y a donc une évolution par rapport à la première séance où il ne se représentait pas et montré des parties de lui morcelées. Cependant il ne semble pas y avoir d'évolution concernant l'enveloppe musculaire. Ça reste un bonhomme bâton.

9ième séance



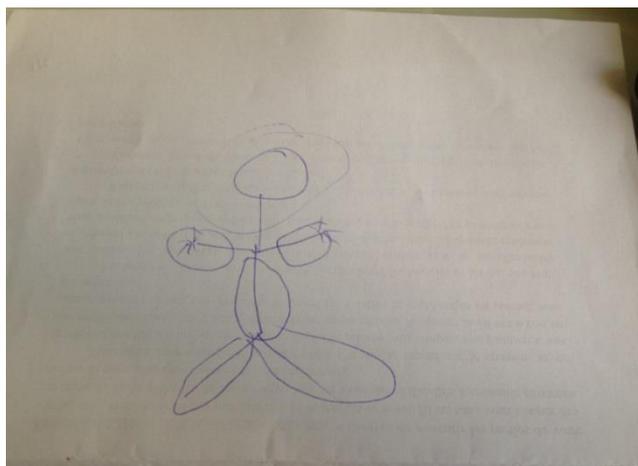
Mr G était angoissé. Il dessine le matelas et ensuite un bonhomme bâton. Il n'a pas dessiné le coussin qu'il fait généralement dans tous ses dessins. Il détaille les zones qui ont été en contact avec le matelas. Il a ressenti toute la surface de sa tête. Il n'a pas mentionné ses épaules. Les traits de son dessin ne sont pas précis, les cercles ne sont pas fermés. Il a pourtant pris son temps en commentant son dessin.

10ième séance



Mr G dessine rapidement tout en commentant son dessin. Il commence par dessiner sa tête puis le tapis, le coussin et le reste de son corps. « *Ma tête était sûrement comme ça* ». Il dessine ensuite des cercles signifiant ses points d'appuis. Le bas du dos était tendu il n'a donc pas fait de cercle. Il n'y a pas de cercle derrière les genoux car « *il y a un creux derrière le genoux. Enfin ce n'est pas à vous que je vais expliquer le corps humain !* ».

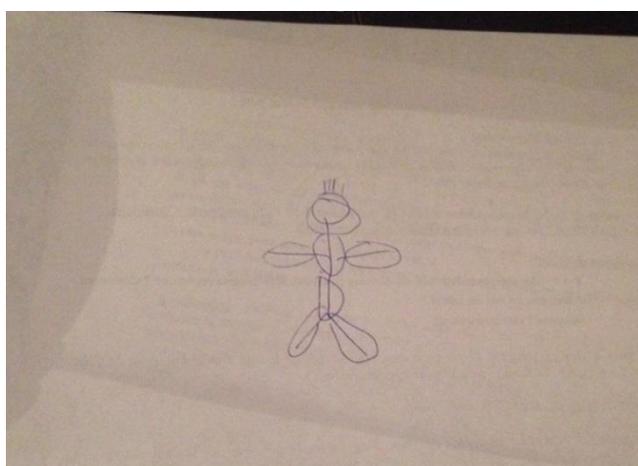
12ième séance



« Ça ne sert à rien que je dessine le tapis et le coussin en fait. Ce sont justes mes ressentis ».

Il dessine sa tête son corps et les zones de ressentis. « J'ai tout ressenti cette fois ». Il dessine au départ trois doigts « j'ai que trois doigts ». Je lui ai demandé si c'était par ce qu'il a ressenti que trois doigts. Mr G corrige son dessin en disant « non c'est parce que j'avais dessiné trois doigts ».

13ième séance



Mr G a dessiné un bonhomme de petite taille centré en haut de la feuille. La structure reste encore très basique. Il a mis des cheveux car il s'est fait une nouvelle coupe.

ANNEXE 2 : Critères diagnostiques du DSM IV

Le DSM IV propose des critères diagnostiques de l'ESPT (DSM.IV.F43.1 [309.81]). Il y a six critères qui organisent le diagnostic de l'ESPT (de A à F).

Critère A : Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Critère B : L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;
- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;
- Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication) ;
- Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;
- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

Critère C : Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes ;

- Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme ;
- Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;
- Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;
- Restriction des affects (par exemple incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;
- Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

Critère D : Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoignent deux des manifestations suivantes :

- Difficulté d'endormissement au sommeil interrompu ; - Irritabilité ou accès de colère ;
- Difficulté de concentration ; - Hypervigilance ; - Réaction de sursaut exagérée.

Critère E : La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

Critère F : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

- **Aigu** : Si la durée des symptômes est de moins de trois mois,
- **Chronique** : Si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.
- **Survenue différée** : Si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. »

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM Karl, Sandor FERENCZI, Sigmund FREUD, Sur les névroses de guerre, 2010
- AMBROSINO Marc, Alexithymie et comorbidités psychiatriques des États de Stress Post-Traumatiques en lien avec l'exercice des fonctions militaires, Thèse d'exercice, 2013.
- AUDIBERT-TROIN Olivier, BOISSERIE Daniel et al., Rapport d'information sur la prise en soin des blessés, 2014
- BLOSSIER Patrick, Groupes et psychomotricité : Le corps en jeu, 2003
- CATHELIN Nicole, MARCELLI Daniel, Ces adolescents qui évitent de penser, 2011
- CHABROL Henry, Les mécanismes de défenses, recherche en soins infirmier n°82, 2005
chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/fondamentaux/POLY.Chp.3.html
- CLEMENT Elisabeth et al. La philosophie de A à Z, 2004
- Décret d'acte du psychomotricien, 1988
- DESGRANGES et EUSTACHE, Cerveau et psycho n°28, 2008
- DSM I à V
- FREUD Sigmund, Au-delà du principe de plaisir, 1920
- GERMAIN Vanessa thérapie cognitive-comportementale pour l'état de stress post-traumatique administré en vidéoconférence : efficacité et impact sur l'alliance thérapeutique, thèse 2008
- GUEGUEN Haud, MALOCHET Guillaume, Les théories de la reconnaissance, 2014
- Journée d'information sur l'ESPT animé par des psychiatres, un psychomotricien, un psychologue et une ergothérapeute, le 22 janvier 2015
- LEBIGOT François, Traiter les traumatismes psychiques, 2011
- MARI Jean-Paul, Sans blessure apparente, Reportage 2010.
- MAURAN Liliane, Trouble nerveux et pithiatisme chez les soldats français, pendant la Grande Guerre, comité de lecture du 11 décembre 1993 de la Société française d'Histoire de la Médecine, Histoire des sciences médicales tome XXIX, n°1, 1995
medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module3/pec/apprentissage/neuroana/stress/stress2.htm

POTEL Catherine, Etre psychomotricien, 2010

PRINCE Lillian, GOODMAN Tanya and al. Symptoms of Psychological Distress and Post-Traumatic Stress Disorder in United States Air Force “Drone”, Wayne L. Chappelle, 2014

rvd-psychologue.com/trouble-anxieux-stress-post-traumatique.html

STORA Jean-Benjamin, Le stress, 2010

unisson06.org/dossiers/relation_aide/nevrose_traumatique.htm

TISSERON Serge, la honte psychanalyse d'un lien social, 2007