



HAL
open science

Vie d'ailleurs, corps étrangers

Sarah Gary

► **To cite this version:**

Sarah Gary. Vie d'ailleurs, corps étrangers : La reconstruction identitaire par le toucher auprès des migrants présentant un syndrome de stress post-traumatique. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01583394

HAL Id: dumas-01583394

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01583394>

Submitted on 7 Sep 2017

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 Science de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien**

Vies d'ailleurs, corps étrangers

Une reconstruction identitaire par le toucher
auprès des migrants présentant un Syndrome de stress post-
traumatique

GARY Sarah

Née le 27 Octobre 1993 à Marmande (47)

Juin 2017

Directeur de mémoire:
Mr Carrera Benjamin

REMERCIEMENTS

Je souhaite sincèrement remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné dans mon cheminement pour la rédaction de ce mémoire.

Je remercie mon directeur de mémoire, Mr CARRERA Benjamin pour ses précieux conseils ainsi que ma maître de stage, Mme NAUD Sophie pour son savoir-être, ses relectures et sa disponibilité tout au long de l'année.

Je remercie aussi l'équipe de l'EMPP qui m'a accueilli et permis cette expérience de stage, sans oublier l'ensemble des patients qui m'ont accordé leur confiance.

Merci à tous les professeurs de l'IFP, pour leurs enseignements.

Je remercie mes camarades de classe et Mme ROBERT pour leur écoute, soutien et bienveillance tout au long de ce stage.

Merci à mes parents, ma sœur, mon frère et Vincent pour leur soutien permanent durant ces trois années.

Merci à toutes les autres personnes qui ont donné de leur temps pour la lecture de ce mémoire.

SOMMAIRE

Remerciements.....	p.1
Avants propos.....	p.4
Introduction.....	p.5
<u>PARTIE I : Le toucher</u>	p.8
I) La signification du mot « toucher » et ces différents sens.....	p.9
A) Étymologie.....	p.9
B) Définition.....	p.9
C) Différents touchers selon les cultures.....	p.10
D) Une double interaction touché-touchant.....	p.11
II) Le rôle du toucher dans le développement de l'enfant.....	p.12
A) Le toucher : un sens primordial.....	p.12
B) Le toucher est un mode de communication.....	p.15
III) L'élaboration psychique.....	p.28
A) Sensation.....	p.29
B) Perception.....	p.30
C) Représentation.....	p.31
<u>Partie II : Un corps abîmé</u>	p.35
I) Présentation de la structure d'accueil.....	p.36
A) L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).....	p.36
B) L'accueil à l'EMPP.....	p.37
C) Le syndrome de stress post-traumatique.....	p.42
D) La place de la psychomotricité au sein de l'équipe.....	p.45
E) Ma position de stagiaire.....	p.46
II) Un corps fatigué et mis à distance chez ces patients.....	p.48
1) Un tonus perturbé.....	p.49
2) Un schéma corporel flou.....	p.50
3) Une image du corps troublée.....	p.51
4) La perte de repère spatio-temporelle.....	p.53
III) Une identité fragilisée.....	p.56

A) Le principe d'identité.....	p.57
B) Le sentiment d'identité.....	p.59
<u>Partie III : L'intérêt du toucher en psychomotricité</u>	p.63
I) La nécessité d'un cadre thérapeutique stable.....	p.64
A) Un espace et temps de rencontre.....	p.64
B) Un savoir-faire et un savoir-être.....	p.65
C) Une juste distance.....	p.66
D) L'engagement corporel du psychomotricien.....	p.66
E) La sensibilité du corps lors de l'écoute.....	p.67
II) Les différentes façons de toucher en psychomotricité.....	p.68
A) Le toucher par l'intermédiaire d'un médiateur.....	p.68
B) Le contact peau à peau.....	p.70
C) L'haptonomie.....	p.70
III) Cas clinique de Monsieur G.....	p.72
A) Histoire de Mr G.....	p.73
B) Anamnèse.....	p.74
C) Suivi à l'EMPP.....	p.74
IV) Les bénéfices du toucher.....	p.81
A) Une construction identitaire.....	p.81
B) Transformation de cette souffrance par une mise en sens de l'éprouvé corporel.....	p.85
Conclusion.....	p.89
Bibliographie.....	p.91
Annexe : Les critères de diagnostic.....	p.94
Tables des matières.....	p.97

AVANT PROPOS

EXIL

Nous sommes venus du lointain
Par le plus inconnu des chemins
Sans laisser la moindre trace
Et nous ne savons pas où est notre place

On nous a donné du crayon et du papier
Pour définir notre identité
Mais nous ne savons pas qui nous sommes
Sauf que nous sommes tous des hommes

Jaillissant de la plus courte des nuits
Après un voyage-éclair nous sommes ici
C'est comme une nouvelle naissance
D'abolir soudain toute distance

Nous nous ne voyons que vous
Vous qui êtes en face de nous
Vous qui avez un âge
Vous qui avez un visage

Même s'il est totalement nu
Il a le mérite d'être reconnu
Alors qu'ici une invisible guillotine
Nous a coupés de notre origine

Mais c'est un véritable bonheur
Car du coup nous n'avons plus peur
Vous nous voudriez à vous semblables
Afin de nous rendre acceptables

Mais nous ne valons rien
Car nous ne vous apportons rien
Rien que nous pourrions vous donner en échange
Sauf cet immense désert étrange

INTRODUCTION

Lors de ma troisième année de psychomotricité, j'ai effectué l'un de mes deux stages en Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). Cette envie d'effectuer mon stage à l'EMPP est née d'une première expérience en Roumanie avec des enfants présentant des troubles psychiatriques en situation de précarité. C'est lors de ma première année de psychomotricité, pendant mon projet de solidarité internationale en Roumanie, qu'a émergé chez moi, cette envie d'approcher des domaines encore peu explorés par la psychomotricité mais dont je suis persuadée de leur légitimité.

Les problématiques culturelles et migratoires ont toujours suscité mon intérêt sans penser que ce domaine pourrait s'ouvrir aux psychomotriciens. Je ne recherchais pas réellement un stage sur ce terrain mais en le découvrant, j'ai su que c'était ce vers quoi je désirais m'orienter.

Les patients que nous recevons à l'EMPP sont des victimes de guerre et/ou de violences, de tortures, de persécutions psychiques, physiques ou sexuelles. Ces patients quittent leur pays d'origine et arrivent en France, isolés, en perte de repères, traumatisés. Les traumatismes vécus par la migration ou les tortures induisent ce que l'on appelle un Syndrome de stress post-traumatique (ESPT).

Après le traumatisme, l'effraction psychique, l'effroi, le souvenir de l'évènement continuent à perturber le sujet et sont au centre de la consultation en psychomotricité. Les traumatismes psychiques entraînent chez le sujet une grande souffrance qui n'est pas toujours exprimable d'emblée malgré l'intensité des réviviscences. A leur souffrance psychique s'ajoute une vulnérabilité physique, sociale et juridique. Cette précarité sociale se retrouve dans l'attente des résultats de la demande d'asile, le manque d'hébergement, les ressources financières insuffisantes et l'impossibilité de travailler, les laissant dans un sentiment d'insécurité.

Je me suis d'abord intéressée à la précarité avant de cibler mon mémoire sur les personnes atteintes d'ESPT. Au fur et à mesure de mes observations lors des séances collectives et individuelles, je me suis finalement dirigée et concentrée sur l'importance du toucher auprès de ces patients atteints d'ESPT. La psychomotricienne auprès de qui j'ai effectué mon stage est spécialisée en haptonomie. C'est une approche opérante pour les personnes qui ont vécu de tels traumatismes psychiques et corporels.

Face aux épreuves endurées, ces personnes ont beaucoup à exprimer, à extérioriser, parfois ils le traduisent à travers les mots : la lecture de leurs écrits, ou à travers le corps : la relaxation, le toucher, l'atelier du mouvement, le dessin, des situations de jeu, d'équilibre ou l'écoute interactive à travers un bâton.

On cherche ce qui va aider et soulager le patient. J'ai pu observer et être confrontée personnellement au travail induit par le toucher. Cela doit être amenées avec du tact et de la minutie lorsque le corps a été maltraité et persécuté.

Dans certains cas, un travail corporel peut s'avérer un peu effrayant pour les patients, parce que ce n'est pas courant dans leur culture ou parce qu'ils ont vécu tellement d'expériences traumatiques au niveau corporel qu'ils le désinvestissent.

Ce mémoire propose d'explorer l'incidence du toucher chez ces migrants présentant un ESPT. Le lien entre la psychomotricité et les personnes migrantes atteintes d'ESPT n'est pas un sujet courant.

Les observations effectuées au sein de mes différents lieux de stages m'ont permis de remarquer combien différaient les réponses de chacun lors d'un contact corporel. Certains éprouvent un plaisir manifeste à toucher et être touché, tandis que d'autres rejettent toute approche. Je me suis alors interrogée sur la résonance et la signification que pouvait avoir le contact tactile pour entraîner de telles réactions.

Ce mémoire va se pencher sur la réflexion suivante : **en quoi le toucher en psychomotricité peut-il influencer la reconstruction de l'identité chez des migrants souffrant du Syndrome de stress post-traumatique?**

Cette problématique est un bon prétexte pour interroger la future psychomotricienne que je suis sur le fait d'être touché par des situations précises de mon stage. On peut être touché par un contact, mais on peut l'être aussi émotionnellement par un patient ou une histoire de vie relatée. Si l'on reprend l'étymologie du mot « toucher », on retrouve la première signification du terme « heurter ». Le toucher est potentiellement provoquer et peut être porteur d'un heurt chez le patient comme chez soi. Dans mon stage, j'ai d'abord été heurté par le vécu de ces patients. Ainsi, j'ai d'abord été touché émotionnellement avant de m'intéresser aux effets et apport du toucher.

Dans un premier temps, j'aborderai la notion du toucher d'un point de vue théorique. Dans un second temps, je définirai les traits de la population accueillie et expliquerai la pathologie que l'on retrouve fréquemment. Puis, les supports cliniques viendront ultérieurement illustrer ma réflexion sur ces patients dont le corps est traumatisé physiquement et psychiquement. Enfin, il s'agira de présenter de quelle façon le contact tactile redonne une identité aux patients présentant un ESPT.

Partie I : Le toucher

Dans ma première hypothèse ; j'ai choisi de développer la notion du toucher car selon moi cette approche psychomotrice répond aux problématiques rencontrées dans la prise en charge des patients migrants.

Dans cette partie, nous nous intéresserons à la signification du mot "toucher" et nous verrons son importance dans le développement de l'enfant.

I) La signification du mot « toucher » et ces différents sens

A) Étymologie

Toucher vient du latin populaire "toccare" : heurter, frapper, faire toc. Il est issu de l'onomatopée « toc » évoquant le bruit sec produit par le choc de deux objets durs, qui a remplacé le mot latin "tangere" qui signifiait « atteindre, toucher à ». Il apparaît au XIe siècle. Nous sommes passés de frapper à toucher comme on l'entend aujourd'hui et cela vient de l'idée du contact. Le mot contact vient du participe passé de tangere, "tactum", qui avait une signification manuelle puis plus généralisée par la suite.

B) Définition

Il semble important de reprendre la définition du toucher pour appréhender la diversité de ce terme.

D'après le Larousse, il peut être employé comme verbe ou nom commun. Le toucher est un sens par lequel sont reçues les informations sur l'environnement et sont perçues par contact cutané direct. On perçoit la présence des objets, la pression, le froid et la chaleur, par contact avec la peau. Il correspond au tact, par exemple mettre sa main, ses doigts au contact de quelque chose, de quelqu'un, en particulier pour apprécier, par les sensations tactiles, son état, sa consistance, sa chaleur. C'est un contact physique que l'on a avec quelque chose ou quelqu'un.

Le toucher est aussi une impression produite par un corps que l'on touche. Le toucher a donc cette spécificité d'être sans cesse actif et passif : on touche en même temps que l'on est touché ; c'est un sens réflexif, contrairement aux autres sens.

Le verbe toucher comporte dans la plupart des cas une notion de rapport à l'autre, de relation en notamment sur le plan affectif : « entrer en relation, communiquer avec quelqu'un ou faire impression sur quelqu'un, agir sur sa sensibilité: émouvoir, remuer.» Il faut avoir conscience que l'on peut écouter quelqu'un et «se sentir concerné ou affecté».

Pour finir, le verbe « toucher » veut aussi dire qu'une personne peut être touchée psychiquement mais aussi physiquement : « être atteint, blessé par un coup porté, ou par un projectile.»

C) Différents touchers selon les cultures

Chacun de nous possède un rapport particulier et personnel avec le toucher. Ce rapport se construit en fonction de notre environnement, notre personnalité, nos relations sociales, nos expériences vécues dès le stade du fœtus mais aussi selon notre culture. Le sens du toucher varie selon les individus, mais est influencé et développé selon les habitudes sociales et les identités culturelles.

Le toucher est un sens qu'il est particulièrement intéressant d'étudier dans une perspective interculturelle et sociale étant donné les grandes divergences de valeurs et de pratiques qui s'y rapportent. De plus, le toucher joue un rôle fondamental dans le développement des individus et donc il a nécessairement une influence importante sur l'organisation de la société elle-même.

A l'EMPP, les patients sont à 80% des personnes immigrées venant de tous les horizons, ayant des cultures différentes et donc des rapports à leur corps culturellement différents. A travers mon stage, j'ai pu comprendre que le toucher est un sens dont la signification et les usages sont étroitement définis et codifiés par la culture. La variabilité est grande tant entre les cultures qu'au sein d'une même culture ou entre classes sociales. Sa régulation sociale est particulièrement liée aux représentations et à la place de la sexualité.

La relation que chaque culture entretient avec le sujet est très importante. Dans certaines cultures on touche beaucoup et le sens du toucher est important. Dans d'autres cultures on évite de se toucher car c'est considéré comme intrusif.

L'interdit du toucher a été retrouvé dans notre culture Occidentale. « La culture Occidentale a été très marquée par des philosophies qui dissocient le corps et l'esprit, des religions qui font du corps un suspect ». ¹ MONTAGU parle de « civilisation du non toucher » ². Le toucher va créer et induire un contact. Dans la mesure où le toucher est une induction, autrefois on l'associait à une source d'excitation. « Toucher, être touché sont des gestes réservés à l'intimité, mal vus ou mal perçus dans d'autres contextes. » ³

¹ BONNETON TABARIES et LAMBERT-LIBERT, *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 2009, p 65

² MONTAGU A., *La peau et le toucher, un premier langage*, 1979

³ BONNETON TABARIES et LAMBERT-LIBERT, *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, 2009, p67

Actuellement, le retour du corps sur le devant de la scène et la prise en compte des mouvements corporels par la psychanalyse font qu'il y a eu une relativisation. Le toucher a aujourd'hui sa place. Mais il n'est certes pas un geste neutre puisqu'il peut construire mais aussi détruire l'individu. En touchant, nous pouvons porter, maintenir, contenir, caresser et chatouiller mais nous pouvons aussi frapper, pincer ou tordre.

De plus, le toucher dans la communication avec l'autre est constitué d'un ensemble de codes que nous utilisons pour nous faire connaître, prendre connaissance de l'autre et marquer le contact en guise d'un salut. Si on examine le mode occidental du toucher dans la communication courante, on s'aperçoit qu'il privilégie la main et la bouche. Mais il peut être différent pour une autre culture. Dans notre culture Occidentale, lorsqu'on rencontre une personne, nous serrons la main ou tendons notre joue en guise d'un salut.

D) Une double interaction touché-touchant

Nous venons de voir que chacun possède un rapport différent au toucher. Il est personnel mais est aussi notre sens le plus social mettant en jeu la réciprocité. Le toucher détient cette spécificité de ne laisser personne indifférent : il peut être recherché et apprécié ou au contraire évité parce qu'il dérange. « On ne peut toucher autrui sans être touché soi-même. La rencontre tactile a donc cette particularité de concerner aussi intimement l'approchant et l'approché. »⁴

Contrairement à la vue, à l'ouïe, à l'odorat et au goût, qui peuvent s'exercer quand on est seul, le toucher implique une interaction avec quelqu'un d'autre. Le toucher est un sens qui a une bipolarité, une double interaction touché-touchant. C'est un centre interactif qui se fait sur 2 modalités, passif ou actif. « Le toucher étant le sens de la plus grande réciprocité. Je ne peux donc toucher du doigt ce domaine sans être intimement concerné »⁵ à la différence des autres sens, on peut entendre sans être entendu ou voir sans être vu.

Ces différents contacts peuvent susciter chez l'autre des réactions de l'ordre de l'agréable ou du désagréable. L'ambivalence dans ce rapport à l'autre est à prendre en considération. Ainsi le toucher, peut être le vecteur d'une multitude de ressentis (sécurisants ou menaçants) en fonction de son intention consciente ou inconsciente. Le toucher est subjectif et propre à chacun, il dépend de nos expériences vécues.

⁴ PRAYEZ P., SAVATOFISKY, *le toucher apprivoisé, pour une approche différente du patient*, 2009, p 106

⁵ PRAYEZ P., *Le toucher en psychothérapie*, 1994, p 18

Je me questionne sur les répercussions de l'absence du toucher dans le développement moteur et psychoaffectif de l'enfant. Dans cette deuxième sous-partie, nous nous intéresserons aux enjeux qu'apporte le toucher dans le développement de l'enfant.

II) Le rôle du toucher dans le développement de l'enfant

A) Le toucher : un sens primordial

L'acte de toucher intervient dans la vie de tous les jours. Il fait partie de notre quotidien. Nous manipulons, palpons, entrons en contact par le toucher avec les êtres vivants et les objets.

Pour ANZIEU, le toucher constitue «l'acte le plus essentiel de l'être».⁶

1) Le toucher anté-natal

Le premier apport sensoriel dans notre vie nous vient du toucher, alors que nous sommes encore dans le ventre maternel. D'après PRAYEZ, le toucher est le premier moyen d'explorer le monde pendant la prime enfance, et c'est le plus souvent avec le grand âge le dernier à disparaître.

Le système de perception tactile se développe tôt au cours de la vie intra-utérine. En effet, dès la 6^e semaine de gestation, on observe à l'échographie des mouvements, des perceptions tactiles autour de la bouche du bébé.

Autour de la 7-8^e semaine de gestation, les récepteurs tactiles sont présents autour et sur sa bouche. Cela nous montre l'importance de la bouche du bébé dans l'exploration de soi puis des objets.

Autour de la 11^e semaine de gestation, les récepteurs tactiles sont étendus à tout le visage, aux paumes des mains et plantes des pieds.

Dès la 20^e semaine de gestation, les mécanorécepteurs sont présents dans l'ensemble du corps du fœtus. Ainsi le bébé réagit aux stimuli tactiles.

⁶ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, 2006, p 35

Dans l'utérus, le bébé est exposé à différentes sensations tactiles notamment celui du contact avec le liquide amniotique sur sa peau du fait de ses mouvements. Quand le bébé n'occupe pas encore toute l'enveloppe utérine, il a tendance à appuyer son nez contre la paroi utérine.

Le visage et la bouche sont les zones les plus précocement stimulées, ce sont celles qui sont le plus fixées au niveau de la mémoire.

Le bébé perçoit toutes les pressions qui sont liées aux déplacements de la mère, par l'intermédiaire du liquide amniotique. « La main du bébé in utero, portée par les eaux amniotiques en l'espace du corps maternel dont il est l'hôte temporaire, cherche déjà à toucher et à saisir.»⁷

Par ailleurs, la mère perçoit au cours du cinquième mois, les premiers mouvements du bébé. A travers les sensations tactiles, il s'établit alors un premier dialogue « corporel » mère-enfant.

Tous ces contacts vont commencer, de façon primaire et sensorielle, à informer le bébé sur son propre corps, et dans une certaine mesure sur l'environnement dans lequel il évolue.

2) Le toucher péri-natal

A la naissance, tous les récepteurs du tact sont en place. Les bébés sont très réactifs au toucher. Au moment du stade réflexe, quand on leur met le doigt dans la main, ils serrent aussitôt.

Il y a une différence entre ce que l'on transmet et ce qui est reçu. Le toucher que transmet l'adulte a pour fonction d'assurer la sécurité physique du bébé. Pour le bébé, suivant les conditions dans lesquelles il est, le toucher peut déclencher des réactions de l'ordre de l'agréable ou du désagréable. Ainsi, l'adulte repère que certains gestes peuvent apaiser le bébé, de même que d'autres stimulations vont créer chez lui un inconfort ou un sentiment d'insécurité. Le décodage des signes infra-verbaux à partir d'un toucher sont important à percevoir. Un bébé ne peut pas exprimer si un toucher lui convient ou pas, il faut donc être attentif aux signes qu'il nous montre. S'il tourne la tête, pleurs, essaye de se dégager, se tortille, cela doit être désagréable pour lui. En revanche, l'agréable sera exprimé par des sourires, des gazouillis et un tonus adapté.

⁷ CLERGET J., *La main de l'Autre, le geste, le contact et la peau*, 1997, p 116

Ses réactions agissent comme un indicateur et permettent à l'adulte d'ajuster son toucher. AJURIAGUERRA l'explique par « l'ajustement tonico-émotionnel » entre le bébé et la mère. Un équilibre d'une importance majeure se met en place au niveau émotionnelle et relationnelle entre le bébé et l'adulte.

3) Le toucher post-natal

Dans les premiers mois, le nourrisson explore essentiellement de manière tactile et en particulier par l'intermédiaire de la bouche. Pour SPITZ, la bouche est le moyen privilégié d'exploration de l'enfant.

Plus tard, les mains deviendront les membres privilégiés avec lesquelles il appréhendera le toucher.

Jusqu'à 6 mois, il a tendance à porter tous les objets à la bouche. Le premier qu'il peut amener, c'est sa main, mais avant cela, il y a toute une exploration active de l'enfant avec sa langue. Il s'auto-stimule, et entretient cette question du toucher. Cela va prendre un certain temps pour que la main et la préhension soient opérantes.

Vers 3-4 mois, le bébé a l'intention de tendre le bras pour prendre l'objet, mais n'y arrive pas du premier coup parce que la préhension n'est pas mature.

Vers 4-5 mois, la préhension devient efficace : le bébé effectue un geste vers l'objet avec les deux mains.

Vers 6-7 mois, avec la maturation neurologique, corticale et musculaire, il y aura enfin la prise simple d'une seule main.

Le toucher va être une source d'exploration mais aussi d'information très importante. D'abord vis-à-vis de son propre corps puis de l'environnement. Le fait d'accéder à la préhension va lui permettre de découvrir la forme des objets mais aussi les différentes textures et qualités de l'objet.

Le toucher est un sens capital dans le développement du fœtus puis de l'enfant. Le toucher nous est nécessaire pour vivre, c'est un lien vital avec le monde connu et inconnu. Il est essentiel pour la conscience de soi mais joue un rôle d'un point de vue relationnel. Le toucher semble être une forme de communication à travers cette source permanente de connaissance et d'expérience.

B) Le toucher est un mode de communication

Le toucher est le premier moyen de communication de l'enfant avec le monde extérieur. Ainsi, la peau a une place privilégiée dans les premières relations et permet les échanges entre le bébé et son environnement.

Dès sa naissance, le nouveau-né peut grâce au sens de son toucher être renseigné sur la température, la pression, la texture et le milieu qui l'accueille. En raison de la densité des récepteurs tactiles, le toucher fonctionne de façon extrêmement forte et intense.

1) Les récepteurs tactiles de la peau:

« L'ensemble de notre peau est pourvue de récepteurs sensoriels, plus ou moins denses selon les zones. »⁸ Les récepteurs et les corpuscules sont situés à la surface de la peau ou en profondeur. Ils sont sensibles à divers stimuli comme les pressions fortes ou légères, les vibrations ou effleurements.

Les éléments qui constituent la peau ont une représentation dans le cerveau. L'homonculus sensoriel de Penfield (voir figure) nous démontre la représentation proportionnelle des fonctions tactiles dans le cortex. Les mains, les doigts et le visage ont une quantité de récepteurs bien plus importante que le reste du corps.



Homonculus de Penfield

⁸ GHEDIGHIAN-COURIER JJ., *Le toucher, un sens aux multiples avatars*, 2006, n°118, p 17-28

Les récepteurs sensoriels situés à la surface de la peau s'appellent les mécanorécepteurs. Chacun d'entre eux a une tâche particulière et répond à la chaleur, au froid, à la pression, à la douleur, au tact ainsi qu'à la proprioception et à la discrimination.

Je vais vous présenter succinctement les différents types de récepteurs :

Les récepteurs de Meissner et de Merkel sont superficiels et vont permettre la discrimination des objets avec le toucher.

-Les corpuscules de Meissner, en forme d'olive, sont surtout abondants dans la pulpe des doigts et véhiculent les informations relatives au tact : ils informent le cerveau que la peau a été touchée.

-Les disques de Merkel sont des organes plats répartis dans les mêmes régions que les corpuscules de Meissner. Leur stimulation engendre des impulsions informant le cerveau que la peau est touchée de façon continue.

Les récepteurs de Pacini, de Ruffini et de Krause sont plus situés dans la partie la plus interne du derme; l'hypoderme.

-Les corpuscules de Pacini sont les plus volumineux de ces organes sensoriels et siègent principalement dans les régions palmo-plantaires et véhiculent les informations relatives au tact et à la pression. Ils informent le cerveau des mouvements du corps.

Les corpuscules de Ruffini et de Krause servent de système d'alarme, car ils sont sensibles au froid, au chaud, à la pression et à la douleur. Ils seront stimulés en fonction de l'intensité du toucher.

Ensuite, ces différents récepteurs transmettent au cerveau les informations recueillies. La couche la plus externe de la peau ; l'épiderme, contient un réseau de terminaisons nerveuses libres, chargées de transformer les informations recueillies par les récepteurs sensoriels en influx nerveux électriques. Les fibres nerveuses qui véhiculent ces informations rejoignent la moelle épinière, qui les transmet au cerveau, qui se charge de les analyser et de les comprendre.

Par tous ces différents récepteurs, la peau est toujours prête à recevoir des messages.

2) La peau, un espace de frontière

La peau est une frontière entre l'intérieur et l'extérieur. Elle joue le rôle de filtre permettant les échanges entre le dedans et le dehors. « La peau est l'organe le plus étendu de notre corps, telle une sorte de périphérique chargé de veiller à nous informer sur tout ce qui pourrait induire gêne, danger ou plaisir. »⁹ La peau recouvre tout le corps, et nous permet de ressentir la continuité entre les différents segments de notre corps.

Pour ANZIEU, la peau est une « surface de séparation qui marque la limite par rapport au dehors et le maintient à l'extérieur : c'est la barrière qui protège contre la pénétration des avidités et des agressions d'autrui, êtres ou objets ».¹⁰

D'après PIREYRE, la peau a une fonction de « protection au quotidien des agressions extérieur », elle est « dotée de la capacité à se régénérer, en conditions normales (entretien physiologique) mais aussi après agression (cicatrisation) ».¹¹

La peau est aussi une surface d'inscription de l'histoire du sujet. « La peau en tant que porte-parole des enveloppes psychiques, suit les adaptations des enveloppes psychocorporelles aux intrusions vécues. »¹²

Mr G. a des cicatrices sur l'ensemble de son corps. Ses marques, ses blessures, demeurent après la guérison et laissent des traces sur son corps. Face à toutes ses intrusions vécues, Mr G. y réagit par des tensions musculaires.

Pour GIROMINI, la peau a un « rôle d'ardoise » et chaque coup reçu s'inscrit dans la chair, dans le corps propre du sujet.

Par la peau, on établit des contacts avec les personnes qui nous entourent. L'individu manifeste un besoin de toucher et d'être touché. « Le contact corporel est le support de la rencontre. L'homme a besoin de toucher l'autre pour croire en l'existence de l'Autre ».¹³ Si le toucher est une rencontre comme le dit VASSE, nous pouvons ainsi parler de communication lorsqu'on touche quelqu'un.

⁹ GHEDIGHIAN-COURIER JJ., *Le toucher, un sens aux multiples avatars*, 2006, n°118, p 17-28

¹⁰ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, 2010

¹¹ PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, 2011, p 76

¹² GIROMINI F., ALBARET JM., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 3, 2015, p 259

¹³ VASSE D., *Le temps du désir*, Le Seuil, 1969, p 78

3) Une communication non verbale

La communication non verbale correspond à 70% de la communication entre deux êtres, il souligne le besoin vital d'être touché, c'est-à-dire la nécessité de joindre la parole aux gestes, malgré l'interdit culturel occidental, dans le développement harmonieux de l'enfant et le bien être de l'adulte.

PRAYEZ resitue le toucher dans la communication non verbale, qui allié aux autres sens : le regard, l'odorat, l'ouïe, constitue un véritable « langage du corps » lié au monde émotionnel. En effet, les émotions (peur, colère, tristesse, joie...) s'expriment à travers diverses manifestations neurovégétatives, posturales et gestuelles des réactions au milieu dans lequel évolue chaque sujet. Ces comportements résultent de l'héritage phylogénétique et de l'histoire personnelle : premiers échanges avec sa mère, sa famille et son environnement immédiat, incluant la dimension éducative, dont la fonction consiste à réprimer et canaliser les manifestations émotionnelles afin de rendre l'enfant socialement adapté. Les messages non verbaux renvoient donc, pour l'essentiel, à cette première communication qu'est l'échange émotionnel.

Le toucher passe par la peau et est un sens qui a besoin d'être stimulé. Son absence ou sa carence altèrent la sensibilité et peuvent contribuer à des atteintes physiques, musculaires et morphologiques. La constitution de cette carapace musculaire, sous forme de contractures permet de le compenser ou d'éviter d'en ressentir le manque. D'après W. REICH cette cuirasse caractérielle, sur la base des tensions musculaire inhibent l'expression émotionnelle.

A travers le toucher, nous abordons le non-verbal, mais il est aussi présent dans le verbal et plus particulièrement dans les communications interactives. Le toucher offre une présence et une écoute.

4) Le holding et le handling

Le fœtus reçoit ses premières stimulations tactiles lorsqu'il commence à toucher les parois utérines. POTEL explique que « Ces sensations, le bébé va les retrouver grâce aux qualités d'un portage maternel, ce qui permettra ensuite la formation de son enveloppe et de son tonus de base »¹⁴

WINNICOTT aborde deux perspectives dans lesquelles l'environnement doit intervenir pour permettre la maturation du Moi de l'enfant.

Le « holding » correspond à la manière dont l'enfant est porté, accompagné par le regard et le son de la voix, ce qui assure une fonction de protection au nouveau-né, favorisant les intégrations.

Le « handling » est la manière dont il est tenu et soigné. Les qualités du portage sont importantes tant au niveau physique que psychique. C'est par l'attention, le langage et le regard qu'apporte la mère à son enfant qu'il pourra accéder à un état d'unité corporelle et psychique. Après cette état de fusion avec la mère, l'enfant pourra aller vers un état de différenciation. Et ainsi, se séparer de sa mère.

Ces notions de portage et d'attention sont importantes en psychomotricité afin d'offrir au patient un espace-temps sécurisant, où ses expériences corporelles vont être exprimées et représentées. Le patient pourra accorder sa confiance au psychomotricien et adhérer au projet de soin, ce qui permettra une alliance thérapeutique. Le cadre thérapeutique en psychomotricité doit induire un environnement sécurisé, contenant et porteur pour le patient.

Dans ce contexte porteur, le bébé et sa mère communiquent par un dialogue tonique et émotionnel.

5) Le dialogue tonico-émotionnel

A la naissance, l'enfant communique avec son corps par des émotions, des vocalises et des réactions toniques. Son immaturité le rend complètement dépendant de son environnement

¹⁴ POTEL C., *Etre psychomotricien*, 2010, p 114

humain. Les parents vont répondre à l'enfant en cherchant ce dont il a besoin ; manger, boire, être avec eux, porter... Le bébé donnera une réponse en modulant sa tonalité vocale, ses variations toniques et en effectuant des mimiques.

Des ajustements tonico-émotionnels seront visible dans la relation entre l'enfant et sa mère. AJURIAGUERRA approfondi la notion de dialogue tonique proposée par WALLON et nomme le concept de dialogue tonico-émotionnel.

C'est par une véritable interaction entre les différentes postures des partenaires que va entrer en jeu le tonus musculaire de chacun d'eux. *En serrant pour la première fois la main de Mr C., j'ai pu ressentir une main ramollie, ce qui m'a dans un premier temps renseigné sur son tonus.*

Le tonus représente la toile de fond historique du sujet. Cette résonance tonico-émotionnelle est un véritable canal de communication entre les deux sujets. *Cet échange tonique me permet d'observer l'état émotionnel exprimé par son corps. La présentation de Mr C. me donne l'impression d'un homme abattu, il est ni dans le regard, ni dans la parole.*

En séance de psychomotricité, le dialogue tonico émotionnel est un facteur relationnel fondamental qu'il faut prendre en considération. Les mimiques, les attitudes, la posture, le regard, les réactions de prestance, le mouvement et les modifications toniques fines ou généralisées correspondent à la façon dont le corps communique.

Ainsi, le dialogue tonico-émotionnel est un facteur facilitant le phénomène d'ajustement tonique entre l'enfant et la mère et contribue aussi à l'accordage affectif.

6) Les interactions affectives

STERN parle d'accordage affectif entre la mère et l'enfant. Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle de la mère et de l'enfant. Les affects constituent l'objet même de la communication entre la mère et l'enfant. Les conduites d'accordage peuvent

apparaître dès les premières interactions, mais c'est au neuvième mois que l'enfant va se détacher progressivement de la psyché de sa mère.

L'accordage affectif entre la mère et son enfant peut se mettre en lien avec l'accordage thérapeutique qu'on retrouve entre le psychomotricien et le patient dans une prise en charge.

Le temps partagé entre le psychomotricien et le patient se fait sous la forme d'un échange. Dans chaque prise en charge, on retrouve un accordage thérapeutique entre le psychomotricien et le patient.

Ces conditions facilitent le phénomène d'attachement qui existe alors entre l'enfant et sa mère.

a) L'attachement

Les processus d'attachement commencent pendant la grossesse et même avant car il y a un désir d'enfant pour les parents. La mère et le père pense l'enfant avant qu'il naisse. Pendant la grossesse, le bébé réagit au toucher, il perçoit les mouvements et les caresses que sa mère lui adresse en posant sa main sur son ventre. Et le bébé y répond par des déplacements et l'accélération de son rythme cardiaque.

ZAZZO explique le concept d'attachement qui consiste à un lien affectif entre un individu et une figure d'attachement.

A la naissance, le peau à peau et le toucher formeront des facteurs décisifs de l'attachement mère-enfant. L'attachement constituera chez l'enfant, son premier mode de relation à autrui. Lorsque la mère porte son enfant contre elle, le bébé « s'attache » à elle, tant physiquement que psychiquement. L'attachement est ici représenté comme un lien affectif entre le bébé et la figure maternelle. La mère représente une figure protectrice pour son enfant. Elle aidera ensuite son bébé à mettre du sens sur ses éprouvés pour qu'il ne reste pas bloquer au stade d'un vécu brut de ses sensations.

La relation thérapeutique qui lie le patient au psychomotricien passe par cette notion d'attachement. Grâce à cet attachement naîtra alors la confiance et l'alliance thérapeutique entre les deux partenaires. Le psychomotricien deviendra une figure d'attachement pour le patient, ce qui permettra cette sécurité indispensable pour l'intégration de son vécu corporel en séance. La réassurance que procure cet attachement permettra une ouverture vers l'extérieur.

Plus l'enfant grandit et plus il établit une proximité avec la figure d'attachement primaire. Cette conduite innée se met en place au cours de la première année, et assure une base de sécurité qui fonde l'amour maternel, lequel sera renforcé par les réponses de la mère. L'objet d'attachement est spécifique et peut être échangeable.

Cela explique le besoin d'être touché dès le plus jeune âge et laisse penser que c'est nécessaire et indispensable au développement de l'enfant. Suite à cette hypothèse, une expérience sera expliquée par SPITZ sur le concept d'hospitalisme.

b) L'hospitalisme

SPITZ observe des nouveaux-nés durant un séjour dans un hôpital. Ces nourrissons sont bien soignés et satisfaits alimentaires, mais ils sont séparés de leurs mères sur une longue période. Etant privé de contact, cela les amène à une dépression, voire à un état de dégradation physique et psychique pouvant parfois entraîner la mort.

SPITZ explique alors ce syndrome de l'hospitalisme comme une absence trop importante de la mère, ce qui amène à une carence affective. Un bébé qui n'est pas touché n'aura pas de sensibilité à ces récepteurs puisqu'ils n'ont jamais été développés et stimulés. La privation du toucher aura des conséquences graves sur le nouveau-né pouvant entraîner des retards dans le développement psychomoteur, un dysfonctionnement dans son rapport aux autres et dans la perception de ses limites corporelles et de son schéma corporel.

On peut en déduire que le toucher est un élément incontournable au bon développement psychocorporel du bébé.

C'est pour cela que l'on encourage de plus en plus les parents d'enfants prématurés à toucher leur bébé. Le bébé a besoin d'être touché et pris dans les bras par ses parents, répondant à ses besoins et ses angoisses. Par ces sensations sécurisantes, le nouveau-né sera rassuré et pourra alors développer « le sentiment continu d'exister ». Ces interactions affectives semblent favoriser l'émergence d'une enveloppe psychique.

c) Une enveloppe psychocorporelle

La notion d'enveloppe pose l'hypothèse d'une structuration psychique sur le modèle de l'investissement de la peau en tant que délimitation et zone d'échange. L'enveloppe entoure un espace et délimite un contenu.

HOUZEL théorise la notion « d'enveloppe psychique »¹⁵. Il explique qu'en assurant la cohésion du psychisme, elle permettrait une forme de communication entre le monde intérieur et extérieur.

L'enveloppe psychique dérive par étayage de l'enveloppe corporelle. La peau est une enveloppe contenante et une membrane protectrice où s'effectueront des échanges entre la mère et le bébé. Cette peau permet le support de l'émergence de la conscience de soi et des limites corporelles. La peau possède également des fonctions d'ordre psychique.

Dans l'hypothèse psychomotrice, la notion d'enveloppe est opérante, si on intègre le rôle du tonus et surtout de son investissement en tant que matière des émotions et « organe » de communication primitif. Sous cet aspect, le tonus apparaît comme le vecteur de l'intégration sensorielle, des identifications primaires et de la mise en forme de la vie émotionnelle. Si la notion d'enveloppe n'est pas associée aux enjeux du tonus, ce modèle s'avère alors insuffisant. Le tonus apparaît comme un pré-requis nécessaire à la structuration des enveloppes psychiques.

L'investissement et la structuration de la fonction tonique apparaissent comme des précurseurs à l'établissement des fonctions psychiques d'un moi-enveloppe ou d'un moi-peau.

¹⁵ HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique*, 2010

7) Les fonctions psychiques de la peau

A la naissance, le bébé ne peut intégrer les différentes informations sensorielles. C'est à partir des soins interactifs, du portage et des enveloppements du bébé dans les bras de sa mère que le bébé va vivre cet objet contenant comme une peau. Le bébé va rassembler les événements sensoriels qui l'affectent et accéder à la pensée et à son identité : c'est «la naissance à la vie psychique». BICK parle de la peau comme une « peau psychique ».

a) Le Moi-peau

ANZIEU a développé le concept de « Moi-Peau » qu'il définit ainsi « Par Moi-peau je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme un moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. »¹⁶. Ce concept de Moi-Peau se développe par des communications primaires tactiles qui constituent un socle de sécurité de base sur lequel viendront s'étayer le Moi et les fonctions psychiques secondaires.

Ce « Moi-Peau » permettrait la construction du sujet et de sa propre identité qui s'érigent par des mécanismes de séparation et de différenciation. Par ce concept de Moi-Peau, se développe alors une intériorisation de ces fonctions sur le plan psychique.

ANZIEU définit huit fonctions du Moi-Peau qu'il relie aux fonctions physiologiques de la peau:

- La fonction de maintenance : Cette fonction se caractérise par un appui vertical qui participera à la constitution d'un axe. L'objet contenant est vécu concrètement comme une peau et se constitue par la mère qui soutient le corps du bébé. Elle fait référence **au holding** de WINNICOTT. Ce holding maternel, on le retrouve dans les soins corporels, le dialogue tonico-émotionnel et les paroles. Il va développer chez l'enfant l'intériorisation de la fonction psychique dans un **état d'unité et de solidité**.
- La fonction contenante : « Le Moi-Peau vise à envelopper tout l'appareil psychique »¹⁷. Cette fonction fait référence au **handling** maternel de WINNICOTT. C'est la façon dont l'enfant est manipulé et soigné. Les soins qu'apporte la mère à son

¹⁶ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, 2010, p 119

¹⁷ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, 2010, p 124

enfant, lui donnent des informations tactiles et sensorielles lui permettant d'intérioriser le monde extérieur. ANZIEU ajoute que le Moi-Peau est alors figuré comme l'écorce, le Ça pulsionnel comme le noyau. Cette particularité de l'écorce et du noyau fonde le **sentiment de la continuité du Soi**.

La carence de cette fonction s'exprime par deux formes d'angoisse.

En cas de topographie psychique constituée d'un noyau sans écorce. L'individu ressent une angoisse diffuse et permanente. Il cherche alors une substitution est la trouve dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique.

Mr G. est âgé de vingt-huit ans et originaire de la République Démocratique du Congo (RDC). Mr G ressent beaucoup de douleur physique dans le dos et le torse due au mauvais traitement qu'il a subi. Mr G. s'enveloppe ainsi dans une forme de souffrance.

En cas d'enveloppe dont la continuité est interrompue par des trous, les pensées et les souvenirs fuient, cela s'explique par un Moi-peau passoire.

Mme N. est âgée de trente-neuf ans et originaire de la RDC. Lors d'une séance, elle est en incapacité de se rappeler un moment du traumatisme. Des trous de mémoire sont ainsi présents chez Mme N.

- La fonction de pare-excitation : La mère joue le **rôle de filtre** pour éviter que son enfant reçoive des stimulations internes et externes trop importantes. Ensuite, le Moi de l'enfant doit trouver sur sa propre peau un étayage suffisant pour assurer cette fonction seule.

Nous pouvons faire le lien avec notre profession, le psychomotricien aide le patient dans un espace sécurisé à reconstruire ses propres limites et à s'individualiser. Il n'est pas un objet de substitution et ne remplace pas la mère mais étaye et accompagne son patient à se reconstruire.

Chez les migrants, « l'image traumatique traverse la pare-excitation. Elle ne rencontre sur son chemin aucune représentation »¹⁸.

- La fonction d'individualisation du soi : La peau se différencie selon les individus par des couleurs, odeurs et textures différentes. Le Moi-peau apporte le **sentiment d'être unique** à l'individu. Il permet ainsi la distinction d'autrui.

¹⁸ LEBIGOT F., Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge, 2011, p 20

- La fonction d’intersensorialité : La peau est porteuse de surfaces et cavités où sont logés les différentes modalités sensorielles qui ont des origines diverses : sonores, visuelles, kinétiques y compris le tactile. Le Moi-peau « est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu’est **l’enveloppe tactile** »¹⁹ se référant ainsi au toucher.
- La fonction de soutien de l’excitation sexuelle : La peau du bébé faisant l’objet d’un investissement libidinal de la mère; la nourriture et les soins s’accompagnant de contacts peau à peau, généralement agréables, qui préparent l’auto-érotisme et situent les plaisirs de peau comme toile de fond habituelle des plaisirs sexuels. Le Moi-peau permet à **ces zones érogènes d’être localisées**, la différence des sexes est reconnue et leur complémentarité est désirée.

Faute d’une décharge satisfaisante, cette enveloppe d’excitation érogène peut se transformer en enveloppe d’angoisse.

- La fonction de recharge libidinale : Cette fonction répond à la peau comme « **surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur** par les excitations externes »²⁰. C’est la charge du fonctionnement psychique, de maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques.
- La fonction d’inscription des traces sensorielles tactiles : Par cette fonction, le Moi-peau **renvoie en miroir une image de la réalité du sujet** par le biais d’un **axe biologique** concernant toutes les marques corporelles du sujet, en tant qu’individu unique. Mais aussi d’un **axe d’ordre social**, lorsque le sujet mettrait en exergue les marques qu’il s’est créées au cours de son histoire en tant qu’individu faisant parti d’un groupe social.

Toutes ces fonctions sont au service de la construction du Moi de l’enfant. Les notions d’enveloppe psychique de BICK et HOUZEL ainsi que le Moi-Peau d’ANZIEU ont permis de comprendre les expériences de la peau comme lieu et instrument de relation qui ont pour enjeux des créations mentales ancrées.

¹⁹ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, 2010, p 127

²⁰ Ibid, p 128

La peau est construite selon BICK, comme la source de l'expérience contenant et la création d'espaces différenciés à l'intérieur du psychisme. Pour ANZIEU, la peau servira de modèle pour théoriser avec précision le processus d'intégration des expériences par le Moi et son résultat, le Moi-Peau. Mais pour ces deux auteurs, on retrouve l'idée de la création d'espaces dedans et dehors, et d'organisation spatiale issus de l'expérience relationnelle et corporelle.

CICCONNE s'appuie sur le modèle BICK et explique que la peau devient d'abord « un objet psychique pour le moi »²¹, participant lui-même à la création d'un autre objet psychique : le moi-peau qu'on appelle aussi l'enveloppe.

Ces constructions mentales témoignent dans l'expérience individuelle d'une intégration du sentiment d'avoir « un espace à soi en relation avec les autres ». La peau serait l'expérience physique d'une frontière et donnerait ce sentiment d'un espace organisé et délimité. Cet espace, l'individu va se l'approprier, il sera ainsi subjectif.

Dans un cadre contenant et porteur de sens, par l'étayage et le travail de symbolisation effectués par le psychomotricien, nous pouvons travailler sur les limites physiques du corps du patient. Par ce touché et ces enveloppements, ce travail est structurant et apaisant.

Chaque toucher thérapeutique sollicite le Moi-Peau par résurgence du dialogue tonico-émotionnel du début de la vie.

b) Différenciation entre le Moi et le Non-Moi

Le « sentiment continu d'exister » est un concept développé par WINNICOTT qui s'explique au travers du « holding » et « handling ». Se sentir contenu et unifié est indispensable au bébé afin qu'il accède au sentiment d'être. Ainsi les fonctions de contenance et de maintenance développées par ANZIEU, renforcent cette idée que l'enfant finit par se construire une identité propre.

²¹ CICCONNE A., LHOPTITAL M., *Naissance à la vie psychique*, Dunod, 1994

La mère répond à son enfant et cherche à satisfaire ces besoins. Doucement, le bébé va prendre conscience de la présence ou des absences de sa mère et va finir par les intégrer. La temporalité des réponses différera et entraînera une frustration chez l'enfant. Ce qui permettra à l'enfant de prendre conscience de la dépendance qu'il a envers sa mère et permet aussi un début de différenciation de soi. WINNICOTT parle de « phénomènes transitionnels », d'une « troisième aire », d'une « aire intermédiaire » qui assurerait la transition entre le moi et le non-moi et donc une différenciation entre l'enfant et la mère.

Cet espace transitionnel permet de passer d'une union avec sa mère à une différenciation du Moi. Il accepte et supporte l'absence de sa mère, un fonctionnement mental se met en place chez lui puisqu'il y a une prise de conscience de soi. Un espace qui va jouer un rôle essentiel dans les processus de représentation et de symbolisation et qui va permettre un premier décollement avec l'objet maternel, un premier mouvement de l'enfant vers l'indépendance.

c) L'accès du Moi-peau au Moi-pensant

Pour ANZIEU, l'accès au Moi pensant s'effectue obligatoirement par une intériorisation du Moi-peau. « Les communications primaires tactiles sont enregistrées comme toile de fond sur laquelle viennent s'inscrire des systèmes de correspondances intersensorielles : elles constituent un espace psychique premier, elles fournissent une surface imaginaire où disposer les produits des opérations ultérieures de la pensée. »²² Les communications primaires tactiles demeurent la toile de fond du psychisme du sujet. Pour ANZIEU, la sensorialité tactile est le modèle d'organisation de la pensée et du Moi.

C) L'élaboration psychique

GOLSE explique l'importance des expériences corporelles vécues par le bébé dans l'interaction avec la figure maternelle pour que se créent des intégrations psychiques. Ce double ancrage interactif et corporel permet le développement de la pensée et le développement psychomoteur.

²² ANZIEU D., *le Moi-peau*, 2006, p 178

L'enfant va projeter sur sa mère des « éléments bêta ». Ces « éléments beta » font obstacle à l'activité de penser du bébé, ils représentent des pulsions destructrices qui s'expriment sous forme d'angoisse, d'éléments bruts.

Ainsi, la mère transforme ces « éléments bêta » en en « élément alpha » qui seront pour une bonne partie non consciente. Les « éléments alpha » renvoyés par la mère vont être pensables pour elle et devenir supportables et donc assimilés pour le bébé. La mère effectue un travail de traduction et d'interprétation. BION explique cette théorie par « la capacité de rêverie de la mère » et explique que la mère est « l'appareil à penser les pensées » de son enfant.

Ainsi, le psychomotricien par analogie à la fonction alpha de BION, va étayer et accompagner le patient et l'amener à une élaboration psychique.

Le psychomotricien fait vivre des expériences corporelles à son patient. Le patient reçoit des sensations l'amenant par l'étayage du psychomotricien à une symbolisation, une représentation de ce qu'il vit.

Le psychomotricien passe par la verbalisation, la mise en mots des actions et états du patient pour permettre à son patient d'accéder à une élaboration psychique de ses éprouvés.

1) Sensation

La sensation est la première étape d'une chaîne d'événements biochimiques et neurologiques allant du stimulus d'un organe sensoriel à la perception. Elle est une réaction de l'organisme qui sera provoquée par la détection d'un stimulus par un ou plusieurs récepteurs sensoriels.

La sensation vient de l'objet, lorsqu'on touche, attrape un objet mais également du sujet. Les sensations telles que le salé/sucré, le chaud/froid, le lisse/rugueux, utilisent les mêmes circuits neuronaux chez tous les êtres humains.

L'information va ensuite être acheminée par des voies différentes selon le type de sensation, afin d'arriver jusqu'au cerveau, au niveau des aires corticales primaires, où la sensation sera traitée pour se transformer en perception.

À sa naissance, le nourrisson possède déjà un certain nombre de compétences sensorielles tactiles, gustatives, olfactives, visuelles et auditives. Au début de sa vie, l'enfant vit dans un

monde de sensations. Il est sensible aux stimulations in utéro. Ce sont ces compétences qui lui permettent d'interagir avec l'environnement et les personnes. L'enfant naît dans un bain de sensations, mais il n'y a pas, à ce niveau de développement, d'élaboration active. Pour JJ. ROUSSEAU, « nos sensations sont purement passives ». Petit à petit, ses compétences sensorielles s'affinent grâce à la maturation des organes et des circuits sensoriels. Ainsi l'enfant accède aux perceptions.

2) Perception

La sensation arrive dans un système qui a un vécu et une mémoire, et donne une couleur particulière à cette sensation, c'est ce qu'on appelle la perception. La perception se situe après la sensation.

Il y a deux types de perception:

- **Focalisée** : nous pouvons focaliser nos perceptions sur un système sensoriel particulier
- **Panoramique** : nous pouvons être dans une conscience de la globalité de notre être

La perception permet la reconnaissance et l'identification d'un objet. Pour PIAGET, la perception dépendrait des sensations, des stimulations auxquelles l'enfant a été soumis dans les mois suivant la naissance. Ce qui expliquerait que deux personnes n'ont pas la même perception d'une même sensation. De ce fait, une perception est subjective et propre à chacun.

Pour MERLEAU-PONTY, la perception se fait à partir de la prise de conscience. Selon les neurosciences, il existe une trace mnésique des perceptions. Les perceptions sont traitées au niveau du cortex sensoriel secondaire, appelé cortex gnosique.

Selon la psychanalyse, on retrouve trois mécanismes sélectifs de la perception :

- **Le déni** : mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante.
- **L'oubli** : la question du filtrage nous renvoie à celle de l'oubli ; or on ne sait pas oublier consciemment donc le choix est inconscient.

Mme N. souffre de "trou de mémoire". Elle est en incapacité de se rappeler un passage du traumatisme. Cela la préoccupe tellement qu'elle ne peut pas le mettre de côté pour s'investir

dans la séance. Mme N. est envahie psychologiquement par ce passé irréprésentable qui ne laisse plus d'espace à sa mémoire immédiate, ni à d'autres types de pensées.

Pour PESTRE, « L'oubli des faits récents est l'un des troubles les plus récurrents chez les migrants. »²³

- **Le refoulement** : opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou maintenir dans l'inconscient des représentations passées.

Dans une autre séance, je remarque chez Mme N un évitement des pensées et des activités associés au traumatisme.

« Le manque de remaniement psychique chez une personne violée ou témoin de massacre » amène « un renforcement des mécanismes de déni, de refoulement ou négation »²⁴

Chez les migrants atteints du syndrome de stress post-traumatique, j'ai pu observer des angoisses qu'ils sont incapables de filtrer. Nous retrouvons deux de ces trois mécanismes (oubli, refoulement) qui les empêchent d'avoir accès à cette perception.

L'apport psychomoteur amène les patients à vivre, expérimenter des sensations, pour qu'ils accèdent ensuite à une représentation mentale de la sensation.

3) Représentation

Le dernier niveau d'élaboration mentale est la représentation, permettant le passage à la fonction symbolique. La représentation permet de se détacher de l'action immédiate et de se dégager de l'agir. C'est la capacité à se représenter une perception antérieure qui n'est pas présente.

PIAGET évoque les conduites symboliques mettant en jeu la représentation. Les conduites symboliques sont sans cesse modifiées, renforcées ou annulées. Elles peuvent s'exprimer par:

- Le dessin

²³ PESTRE E., *La vie psychique des réfugiés*, Payot, 2014

²⁴ SADLIER K., *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant*, 2001, p 83

- Le langage qui amène ensuite à l'écriture
- Les images mentales (intériorisation de l'imitation)
- Le jeu symbolique (faire semblant et imitation différée)

L'enfant commence à pouvoir se représenter des choses et des actions en leur absence : il n'y a plus besoin du support concret de l'objet pour évoquer une situation. Cette forme de représentation va être soutenue par le langage : au fur et à mesure que le langage se développe l'enfant va pouvoir s'éloigner d'une pensée imagée pour une pensée en mots (représentations plus conceptuelles). Ainsi le sujet va pouvoir accéder à la représentation, à l'intersubjectivité et au langage.

LEBIGOT explique que « suite à cette expérience terrifiante, l'homme perd sa qualité d'être parlant »²⁵. La communication des migrants est entravée non pas par une absence de langage, mais parce que suite aux événements traumatiques vécus, il est compliqué voire impossible pour eux de mettre des mots ou de raconter ce qui s'est passé.

Mme N s'exprime très peu, n'amenant pas la conversation et répondant que brièvement aux questions posées. Des temps de silence s'installent, elle craque ses doigts, regarde le sol. Par ses attitudes, on ressent l'anxiété qui l'envahit. Une grande souffrance est perceptible et Mme N. ne cherche pas à parler d'avantage de son passé douloureux. Elle semble figée dans une posture qui la réifie. Les traumatismes vécus par Mme N, bloque sa représentation ainsi que l'accès à la conscience de soi.

Dans un premier temps, chez les patients présentant un ESPT, « l'image traumatique ne rencontre aucune représentation »²⁶. Elle est mise à l'écart par l'effroi. L'expérience d'effroi est un état de sidération de la part du sujet. Le sujet ne pense pas, n'a pas d'idées, ni de mots.

Dans un seconde temps, les patients vivent ce traumatisme comme un « sentiment d'abandon » mêlé à « un sentiment de honte » devant cette déshumanisation.

L'intervention de la psychomotricienne va permettre une prise de conscience de soi, de ce corps troublé et traumatisé autour de l'approche du toucher. « C'est à partir des éprouvés corporels que va se développer le symbolisme incluant à la fois le verbal et du corporel. »²⁷

²⁵LEBIGOT F., *Traiter les traumatismes psychiques, Clinique et prise en charge*, 2011, p 39

²⁶ Ibid, p 22

La prise en charge en psychomotricité est pratiquée avec une grande écoute, le fait de travailler par l'intermédiaire du toucher prend du temps mais permet au corps de retrouver un sentiment d'unité et d'être qui réhumanise et remet du sens là où le vécu traumatique était le non-sens.

Le développement et le fonctionnement humain comprennent trois volets indissociables vers un accès au symbolique: sensation, perception et représentation. Les sensations interfèrent avec l'acte moteur, la perception localise la sensation et les représentations préparent et facilitent l'action.

AJURIAGUERRA développe trois étapes primordiales dans le développement psychomoteur de l'enfant :

Jusqu'à 3 ans	De 3 à 6 ans	De 6 à 12 ans	Plus de 12 ans
Sensation →	Perception →	Cognition →	Action
Corps senti →	Corps perçu →	Corps représenté →	Corps agi

Conclusion :

Dans cette première partie, j'ai voulu resituer le contact corporel dans la dynamique relationnelle mère-enfant et montrer que c'est à partir de ce dialogue corporel que s'établit et s'élabore les fondements de la personnalité. Après avoir rassemblé toutes ces notions, on peut penser que les premières années de vie vont avoir un impact considérable sur le développement futur de l'enfant. Ainsi, le toucher pour le nourrisson est l'équivalent d'un langage, il a du sens. Puis progressivement, le toucher laisse sa place au langage. Les mots deviendront assez rapidement privilégiés dans le mode de communication. Mais nous continuerons toujours d'être touchés.

Nous pouvons considérer que le rôle de la mère est d'aider son enfant à se construire lui-même, suffisamment solidement pour explorer le monde extérieur. En psychomotricité, le patient travaille sur lui-même en relation avec le psychomotricien pour ensuite vivre plus

²⁷ FERRAGUT E., *Emotion et mémoire, le corps et la souffrance*, 2005, p 72

sereinement à l'extérieur. Ainsi, le modèle de la relation précoce mère-enfant est important à connaître, car la relation patient-psychomotricien pourra s'inspirer de ces notions là.

Partie II : Un corps abimé

Nous présenterons, dans une première partie, la structure d'accueil et développerons le Syndrome de stress post-traumatique. Dans une deuxième partie, nous montrerons le devenir de ce corps perçu comme étranger.

Dans une sécurité affective suffisante, l'investissement, l'appropriation et l'intégration du corps permettent la mise en place du processus d'individuation. Or, dans le cas des migrants, le corps est fragilisé, abîmé et devient même étranger, ce processus est mis à mal comme nous le verrons à travers les vignettes cliniques.

Pour finir, nous expliquerons les perturbations des bases identitaires du sujet.

I) Présentation de la structure d'accueil

A) Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)

L'Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité (EMPP) prend en charge les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sociale en souffrance psychique, dont la mission est d'aider ces personnes en leur donnant des soins psychiatriques.

La population accueillie comprend exclusivement des personnes sans domicile fixe, composée à 80% de personnes migrantes.

Les violences subies dans leur pays d'origine, la complexité des trajets migratoires et l'exil sont des facteurs de risque de souffrance psychique. A cela se rajoute lors de leur arrivée en France, la lourdeur des démarches administratives, la longueur des procédures de régularisation, les problèmes de langue, d'accès au logement et à l'emploi.

L'EMPP est une structure qui s'occupe des troubles psychiatriques, elle n'a pas à charge de travailler l'insertion sociale. L'équipe pluridisciplinaire est composée d'une part de deux psychiatres, d'un médecin généraliste orientation douleur, de deux psychologues, de trois infirmiers, d'une secrétaire, d'un interprète russophone et d'une psychomotricienne. Au vu de la multiplicité culturelle des patients accueillis, l'équipe travaille en collaboration avec une association d'interprètes, ce qui implique qu'une grande partie des consultations se fait à trois acteurs : un soignant, un interprète et un patient.

Une réunion institutionnelle se déroule tous les mardis matins où sont abordées diverses questions de l'équipe, l'évolution clinique des patients, des propositions de projet.

Durant mon stage au sein de cette équipe, j'ai participé et mené un atelier d'éveil corporel animé dans un foyer d'hébergement d'urgence.

Le centre d'Accueil d'Urgence (CAU) est un centre mixte qui dispose de 23 places d'urgence et 41 places en urgence accompagnée. C'est l'orientation par le 115, qui redirige les patients. Le CAU fait partie des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) qui ont pour mission d'assurer :²⁸

²⁸ <http://annuaire.action-sociale.org/?p=chrs-les-capucins-330056797&details=caracteristiques>

- Un hébergement allant de l'asile de nuit pour les situations d'urgence (généralement en chambres d'hôtel) à la fourniture de logement de plus longue durée, dans des structures collectives.

-Un soutien et un accompagnement social par l'établissement des droits sociaux, l'aide à la recherche d'un logement et l'aide aux démarches diverses.

-L'adaptation à la vie active, l'insertion sociale et professionnelle, via une aide à la recherche d'emploi.

Les réfugiés ont des dispositifs sociaux mis à leur service. Un hébergement visant à stabiliser leur situation et éviter qu'elle ne se dégrade leur est proposés. Des accueils de jour offrent des lieux de « pause », de repos mais aussi d'échange, où les personnes trouvent ou retrouvent des moments de convivialité, de restauration tant physique que psychique.

Le CAU est en lien avec l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). A ces dispositifs sociaux coexistent ceux de la psychiatrie dont l'EMPP fait partie. L'EMPP essaye d'apporter des soins adaptés en tentant de réduire les causes des souffrances psychiques. C'est à ce stade qu'intervient la psychomotricienne. Elle est présente tous les jeudis matin au CAU de 9h à 10h30 pour proposer un atelier de psychomotricité sur le mouvement. Cet atelier "en mouvement" est ouvert aux accueillis qui le souhaitent, étant donné qu'ils sont amenés à changer régulièrement de structure d'accueil. Cela dépend aussi de leur disponibilité, il n'y a pas d'engagement annuel mais cet atelier est hebdomadaire.

L'autre partie de la journée est consacrée à des prises en charges individuelles à l'EMPP.

B) L'accueil de l'EMPP

Les personnes reçues sont des demandeurs d'asile, des réfugiés politiques, des apatrides, des sans-papiers qui n'ont pas de logement ou se font héberger chez l'habitant temporairement. Lorsque les patients sont domiciliés pendant plus de deux ans dans le même logement, on considère qu'ils sont sectorisés et la prise en soin bascule en CMP.

1) Quelques définitions :

Apatride : Toute personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant en application de sa législation nationale.²⁹ Autrement dit, c'est une personne dépourvue de nationalité.

Demandeur d'asile : Personne qui a quitté son pays et demande refuge dans un autre pays, suite à des persécutions ou craignant d'en subir. Cette personne est en quête d'une protection internationale car la demande de statut de réfugié n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive.

Réfugié : Personne à qui un pays d'accueil accorde une protection en raison des risques de persécution qu'elle encourt dans son pays d'origine du fait de son appartenance à un groupe social ou ethnique, de sa religion, de sa nationalité ou de ses opinions politiques.³⁰

2) La population accueillie

Les patients que nous rencontrons à l'EMPP, sont originaires d'Afrique sub-saharienne (Congolais, Camerounais), où viennent du Nigéria, du Soudan, de Russie, d'Albanie, d'Ukraine, d'Algérie et d'Irak. Ils ont fui leur pays et ne pouvant ou ne voulant y retourner, craignant d'y être persécutés du fait, de leur nationalité, de leurs opinions politiques, de leur origine ethnique, de leur religion, ou de leur appartenance à un groupe social particulier.

Les pertes résultant de ces évènements sont multiples et de différentes natures : blessures psychologiques, physiques, éloignement familial, mort et blessure de proches, conditions de vie difficile, emprisonnement, abus physiques, torture, séquestration.

Pour une grande majorité des patients, ces violences ont été perpétrées par des forces officielles de l'Etat ou par des milices ayant pour origine l'appartenance à une minorité ethnique ou religieuse, parfois en lien avec la politique, ou dans d'autres cas des affaires de corruption concernant la famille.

²⁹ D'après la convention de New York du 28 septembre 1954

³⁰ D'après la convention relative au statut des réfugiés de 1951

« La situation de départ est traumatisante : vécu de mort imminente, des deuils, peur et stress permanents. Le départ est douloureux, coûteux, le parcours d'exil long (plusieurs années parfois) et périlleux avec à nouveau des deuils, des violences, des emprisonnements, des viols, des humiliations... »³¹

Chez ces patients, il faut tenir compte de la perte du cadre culturel et social. En quittant son pays, l'individu migrant perd sa protection culturelle. Cela rend son fonctionnement psychologique plus vulnérable. Déstabilisé dans ses repères, l'individu peut éprouver des difficultés importantes parce qu'il ne peut plus s'appuyer sur sa culture pour affronter les épreuves de la vie, d'autant plus que ces dernières risquent d'être importantes en raison de sa situation même de migrant.

Parmi les pathologies rencontrées à l'EMPP, une majorité de patients présente un syndrome de stress post traumatique. Pour les autres patients, on observe des troubles psychotiques, de l'adaptation, de la personnalité, des troubles schizophrènes et des états anxio-dépressifs.

La prise en charge est longue, il faut attendre de nombreux mois avant de constater des résultats notables.

Les expressions symptomatiques se présentent sous plusieurs formes : maux de têtes, des troubles du sommeil, des dorsalgies, une asthénie, des troubles gastro-intestinaux, des douleurs musculo-squelettiques, des étourdissements ainsi que des plaintes physiques.

Mme N. se plaint de maux de tête, de fatigue importante, de douleurs abdominales et physiques (poignet et tempe) qui l'envahissent dans sa vie quotidienne. Après l'atelier de groupe, elle me dit qu'elle fait beaucoup de cauchemars la nuit, « je vois tout le monde autour de moi qui meurt ». Les scènes traumatiques lui reviennent sans répit et l'empêchent de dormir. Elle n'a pas beaucoup d'appétit « je mange un petit peu, mais moins qu'avant ».

3) Les procédures judiciaires et sociales

Les professionnels travaillant auprès des migrants sont indirectement en relations avec les services sociaux et judiciaires. Les patients rencontrent des difficultés dans le cadre des démarches administratives. Les attentes, demandes de conseils et difficultés rencontrées face

³¹ BODIN G. et ROUFFI A., *L'accès aux soins des demandeurs d'asile et réfugiés politiques en Gironde*, La revue CD33OM, N°63, 2016

aux complexités administratives sont souvent au-devant de la scène au sein de l'EMPP qui ne s'occupe que du soin. C'est pourtant une donnée à prendre en compte pour améliorer les prises en charge thérapeutiques dans le domaine de la santé. Il semble important d'expliquer rapidement les procédures.

Les migrants reçus à l'EMPP quittent leur pays de manières très diverses, par voie légale en passant une frontière avec un passeport ou une carte d'identité ou de manière irrégulière, en passant par l'intermédiaire de passeurs. Ils arrivent dans un autre pays où ils peuvent rester quelques mois avant de pouvoir effectuer une demande d'asile et bénéficier de sa protection. Les demandeurs d'asile sont en attente d'un statut de la part du pays dans lequel ils demandent refuge.

Lorsque la demande d'asile s'effectue en France, le dossier est examiné par l'**Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA)** en première instance puis par la **Cour nationale du droit d'asile (CNDA)** en seconde instance.

Les demandeurs d'asile doivent relater leur histoire. Le récit de vie doit comprendre les principaux éléments suivants: L'identité du demandeur, les faits et les craintes, l'itinéraire, les craintes en cas de retour. Les motifs de la demande d'asile se font nécessairement en français. Lors de sa convocation, il passe un entretien qui permet au juge de prendre une décision selon les éléments recueillis.

Lorsque l'OFPRA rend sa décision, il y a trois possibilités³² :

- l'obtention du statut de réfugié et d'une carte de résident de 10 ans.
- l'obtention d'une protection subsidiaire et d'une carte de séjour temporaire d'un an renouvelable.
- le rejet de la demande d'asile

L'appel à la CNDA, c'est un recours contre la décision de l'OFPRA et le délai est d'un mois.

La CNDA peut :

- Annuler la décision de rejet de l'OFPRA et reconnaître la qualité de réfugié

³² Le guide des procédures de l'OFPRA : https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/161215_-_guide_de_procedures.pdf

-Confirmer la décision de l'OFPRA et rejeter le recours

-Annuler la décision de l'OFPRA et lui demander de réexaminer la demande dans des cas exceptionnels.

Le rejet du recours à la CNDA met fin à la validité de l'attestation de demandeur d'asile. La préfecture adresse une décision d'**obligation de quitter le territoire français (OQTF)**, qui vous impose de partir dans un délai d'un mois.

Il est possible de faire un recours à la décision de la CNDA. C'est un recours par voie de cassation devant le Conseil d'État. Cette procédure est longue et nécessite un avocat spécialisé. L'aide juridictionnelle peut être demandée. Ce recours ne permet pas de prolonger le séjour en France et n'empêche pas les renvois dans le pays d'origine.

Les personnes en demande d'asile ou réfugiés sont sur le territoire et bénéficient d'un accompagnement social et matériel, le temps de leur demande. Ils sont orientés et logés en **centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)** et ont accès à la **couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** dès leur arrivée en France et jusqu'à la décision statutaire. Les procédures sont longues, durant 2 ans en moyenne.

Le taux d'obtention du statut de réfugié s'élève à un quart des demandes³³ en 2013. La plupart des demandeurs d'asile ont recours au dispositif d'hébergement d'urgence (chambres mises à disposition en foyers ou hôtels) ou au 115 qu'il faut alors démarcher quotidiennement sans avoir la certitude de pouvoir être logé.

Le psychiatre peut faire une demande à la préfecture, pour que le patient obtienne le **titre provisoire de séjour (TPS)** pour raison de santé. Ce titre de séjour est valable un an et est renouvelable.

Après un refus de toutes les procédures précédentes, Mme N. obtient le titre provisoire de séjour pour soins (TPS) sur demande du psychiatre. Grâce à cela, l'équipe peut proposer l'ouverture d'un dossier à l'ESAT (Etablissement de Soins Adapté au Travail) pour qu'elle puisse travailler en milieu protégé. Mme N. est en capacité de travailler, en revanche, elle est en incapacité de trouver un emploi il faut donc l'accompagner dans cette recherche.

³³ Forum réfugié, statistiques de l'asile en France : un meilleur niveau de protection en 2013 www.forumrefugies.org/s-informer/actualites/statistiques-de-l-asile-en-france-un-meilleur-niveau-de-protection-en-2013

Si le patient oublie de renouveler son TPS, il a obligation de quitter le territoire Français (OQTF).

BALLIERE explique que « les demandeurs d'asile vivent une précarité importante qui porte sur plusieurs aspects de la vie quotidienne, cela concerne à la fois l'accès aux droits, les conditions d'hébergements et l'accès aux soins. »³⁴

La complexité de toutes ces démarches, les délais d'attente, l'absence de ressources et de droit au travail, la précarité de certains statuts, voire l'irrégularité administrative, sont évidemment des facteurs de risques de problèmes de santé mentale qu'il est primordial de connaître pour améliorer les prises en charge thérapeutiques dans le domaine de la santé.

La restitution d'un logement ou d'un travail lorsque cela est possible par l'acceptation de l'OFPRA ou de la CNDA en tant que réfugié, ne permet pas pour autant un rétablissement global de la personne migrante présentant un ESPT. Les différents accompagnements thérapeutiques par le soin sont alors primordiaux.

C) Le syndrome de stress post traumatique

Nous développerons le syndrome de stress post-traumatique (ESPT ou PTSD) puisque la psychomotricienne s'occupe en grande majorité de ses personnes. Même si ce n'est pas la seule pathologie représentée dans les populations accueillies à l'EMPP.

L'ESPT se produit à la suite d'un évènement perçu comme traumatisant qui peut être de nature diverse (violence, attentat, guerre, accident, catastrophe naturelle ...). L'ESPT est souvent associé à d'autres troubles parmi lesquelles on retrouve les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, la dépression, la phobie sociale, les conduites addictives et la somatisation

Mme N. a développé des symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême. Le psychiatre pose alors le diagnostic d'état de stress post traumatique.

³⁴ BALLIERE F., *Les recours aux soins des demandeurs d'asile*, 2011, p 39

Les symptômes de type ESPT, reliés à un ou plusieurs évènements traumatiques viennent diminuer l'importance du réseau social, ils conduisent à l'isolement et à la dépression. L'ESPT se traduit par de nombreux symptômes qui nuisent au fonctionnement normal du sujet dans la vie courante. Le corps est constamment en alerte, sans possibilité de se reposer et de récupérer. Le système nerveux parasympathique est alors mis à mal, ce qui entraîne des troubles digestifs et du sommeil. Ainsi, il est important de traiter les symptômes reliés au traumatisme.

Selon LAPLANCHE et PONTALIS, fait traumatisme « un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. »³⁵

1) Définition

L'ESPT désigne une réaction psychologique à un évènement traumatique intense en particulier lorsque la vie est menacée. Ce trouble peut affecter tout individu sans distinction d'âge, de milieu culturel ou de genre.

Selon le DSM IV, l'état de stress post traumatique « est défini comme une pathologie faisant suite à un traumatisme psychique où l'individu a été exposé ou a été le témoin direct de la mort effective ou d'une menace de mort, d'une blessure grave ou de violences sexuelles. »

Enfin la perturbation doit durer plus d'un mois et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants pour pouvoir être qualifiée d'ESPT.

Tout d'abord, Mme N. a été confrontée à des évènements extrêmement violents avec une confrontation à la mort et sa réaction s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur. Elle est envahie par des souvenirs répétitifs et des cauchemars envahissants, provoquant chez elle un sentiment de détresse. Son sommeil est perturbé à cause de ses nombreuses réviviscences prenant la forme d'idées délirantes qui surviennent et s'associent aux hallucinations (« flash-back » brefs). Elle nous dit : « Je vois mes enfants dans ma chambre mais quand je sors pour aller les amener à l'école, ils disparaissent. » De plus, Mme N. fait de nombreux rêves d'agression : elle voit son frère se faire arrêter et ses

³⁵ LAPLANCHE J., PONTALIS JB., *Vocabulaire de la psychanalyse*, 2002

enfants pleurer. Elle voit aussi un homme noir rentrer dans sa chambre avec un couteau pour la tuer, ou se voit transpercer par des flèches ou des épées. Elle semble aussi avoir une restriction des affects et a du mal à éprouver des émotions liées à l'intimité et ne montre pas de signe de tristesse à l'annonce du décès de son mari. Mais encore, des symptômes persistants sont présents chez Mme N. comme une irritabilité (s'énervé contre le Président du Congo) et une hypervigilance. De plus, Mme N. souffre d'une dépression au premier plan associée à des troubles somatiques.

Dans le modèle psychanalytique, le traumatisme résulte des débordements des défenses psychiques. En effet, lors de l'instant traumatique, la personne se voit morte. Le traumatisme est vécu avec des émotions intenses telles que l'effroi, la sidération, l'horreur et le sentiment d'impuissance.

2) Historique

L'ESPT est un trouble répertorié depuis l'Antiquité Grecque. Pendant la guerre de sécession, ce trouble est connu sous le nom de « soldier's heart »³⁶ (trouble affectif du soldat). Puis lors de la Première Guerre Mondiale, on parle de « traumatisme dû au bombardement », au cours de la Seconde Guerre Mondiale, on l'appelle « névrose de guerre ». Bon nombre de soldats qui présentaient des symptômes associés à l'ESPT étaient considérés comme souffrant d'épuisement au combat. Ce trouble prend la signification de « stress de combat » lors de la guerre du Vietman. Puis en 1980, l'affection a été appelée « syndrome de stress post-traumatique ». Certains militaires ressortent atteints d'un ESPT après une intervention ou combat.

Selon le DSM IV, on va avoir un certain nombre de critères diagnostics qui vont permettre de préciser ce qu'est cet état. Le tableau clinique (cf annexe) permet d'évaluer la présence ou non d'un syndrome de stress post traumatique.

Les études épidémiologiques relatives au traumatisme psychique font référence à l'ESPT. Historiquement ces études ont centré leur attention sur la prévalence de l'infection parmi les victimes d'expériences traumatiques spécifiques. Elles ont permis et permettent d'exprimer la fréquence du traumatisme, les pathologies qui lui sont associées, et les variables individuelles

³⁶ GERBES A. et Al, *Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques*, L'information psychiatrique 2015/3 (Volume 91), p. 243-254

ou situationnelles qui en accentuent ou en modèrent les effets afin d'orienter les mesures thérapeutiques.

Mais depuis, quelques années, face aux situations d'immigration, de guerre, de conflit, de nombreux sujets peuvent présenter des ESPT. Celui-ci peut survenir à tout âge, y compris durant l'enfance.

En revanche, ce n'est pas parce qu'un sujet se trouve dans une situation de stress ou s'il vit dans des situations violentes, qu'il va forcément développer un ESPT, cela dépend du sujet et de sa sensibilité. Ainsi, les soutiens sociaux, les antécédents familiaux et la force de son « moi » vont influencer sur l'état de développement de cet ESPT.

« Les troubles psychotraumatiques peuvent créer un processus cumulatif et des effets secondaires, contribuant au développement des difficultés psychosociales.»³⁷ Pour les migrants, ce sont les événements traumatisants vécus dans un premier plan qui entraîne une précarité du travail, du logement, social, économique, familiale et psychologique dans un second temps.

D) La place de la psychomotricité au sein de l'équipe

La psychomotricienne a une place importante dans l'équipe comme toutes les autres professions (psychologue, psychiatre et infirmiers). Mais j'ai pu constater que la prise en charge en psychomotricité arrive souvent en dernier lieu. Les nouveaux patients ont un premier rendez vous avec les infirmiers. C'est un premier échange où ils parlent de leur vécu, ils montrent leurs blessures. Si la question d'un trouble psychiatrique se pose, il rencontre alors le médecin psychiatre et constate les tortures et violences vécues, les maladies potentielles, les troubles physiques et/ou psychiques. Émerge ensuite la question d'une prise en charge psychologique et/ou psychomotrice, accompagnements différents mais complémentaires.

³⁷ SADLIER K., *L'état de stress post traumatique chez l'enfant*, 2001, p113

E) Ma position de stagiaire

La psychomotricité s'appuie sur l'expérience corporelle vécue. Sa spécificité est de proposer une implication du corps dans sa démarche thérapeutique.

Auprès de ses patients, la psychomotricité n'évoque souvent pas grand-chose, j'ai pu l'observer lors de l'atelier en groupe du jeudi matin. Mais elle est source de curiosité et a une forme intrigante qui attire les patients ainsi que la curiosité des autres professionnels. Il est possible pour les professionnels, s'ils le souhaitent, de venir participer à l'atelier pour échanger une pratique avec les patients.

La psychomotricienne intervient dans le centre d'accueil de jour, notre coopération et relation auprès des autres professionnels n'est pas évidente puisque la psychomotricienne intervient en tant qu'entité extérieure à la structure et ne se trouve dans ces locaux qu'une fois par semaine. Cependant, la séance groupale de psychomotricité continue d'être portée et pensée par l'ensemble de la structure.

Au fil de mon stage, j'anime progressivement des temps de l'atelier puis la séance entière en présence de la psychomotricienne. Au fur et à mesure des ateliers, j'ai pu trouver ma place au sein du groupe et me sentir à l'aise dans les échanges avec les personnes accueillies. J'ai senti au fil des séances, un ajustement dans mon engagement général et mon implication corporelle. Les mots employés étaient plus justes, ma voix plus posée et moins hésitante. L'intention que j'y mettais était plus claires pour moi. Cet atelier de groupe m'a réellement permis de renforcer mon identité en tant que future psychomotricienne.

Par cet atelier, je me suis rendue compte que mener et préparer des séances de groupe, requiert une implication essentielle de la part du psychomotricien. Pour chaque séance, le psychomotricien doit être disponible, en effet il doit être disponible tant physiquement que psychiquement. Il m'est arrivé une fois de ne pas être disponible psychiquement pour l'atelier et cela s'est ressenti dans l'atelier. Il est donc important d'être attentif aux patients, aux dynamiques psychomotrices dans l'ensemble mais aussi être attentif à soi et ainsi à ma disponibilité du moment qui a pu se trouver plus fragile une fois. Cet atelier m'a permis de prendre conscience du cadre thérapeutique que j'impulsais. Au fil des séances, ce cadre a pu devenir plus fiable et souple, tout en restant attentive et à l'écoute de chaque personne participant à l'atelier.

Au sein de l'EMPP, j'ai participé aux séances individuelles en tant qu'observatrice. Je ne mène aucune séance seule, mais je participe et interagis en séance avec eux.

Cette position est légitimée par le cadre particulier des prises en soin. Les patients sont très fragilisés par leur pathologie. En effet, il s'agit de rencontres qui se jouent à quatre acteurs avec le patient, la psychomotricienne, l'interprète, et la stagiaire. L'équipe travaille en collaboration avec une association d'interprètes au vu de la multiplicité culturelle des patients accueillis. Les patients sont très fragiles, ils acceptent tous à une exception ma présence.

Ces patients ont fui leur pays d'origine dont la culture est souvent éloignée de la nôtre. C'est un environnement dans lequel il est compliqué pour eux de retrouver des marques. Au fait de la nouveauté de l'environnement cela peut paraître de manière générale insécure pour eux. Une relation de confiance se met en place avec le temps et ma présence peut parfois perturber et réactualiser des angoisses chez le patient.

Lors de ma première rencontre avec Mme N, je ressens chez elle un sentiment d'angoisse relative à ma venue, ma présence la perturbe. Quand je m'adresse à elle pour la saluer, son corps et ses attitudes me donnent l'impression d'être face à une personne absente. Elle ne semble pas disponible pour rentrer en communication. Ses gestes sont très lents, elle reste figée sur sa chaise et son regard est fuyant. Après un long temps de silence, elle finit par m'adresser la parole pour la première fois en me demandant si c'est moi qui vais gérer la séance. Mme N. est traversée par un sentiment d'insécurité et une angoisse relative à la nouveauté, que j'essaye de réduire par des mots, une réassurance en expliquant que j'accompagnerais la psychomotricienne mais qu'elle sera toujours présente avec nous.

Je fais attention à ne pas faire intrusion dans ce cadre sécurisant qui a pu mettre du temps à se mettre en place. Je me présente à chacun des patients en leur expliquant les raisons de ma présence et veille à conserver une attitude bienveillante mais aussi discrète pendant la séance. J'interviens lorsque le patient me sollicite ou lorsque que mon intervention me semble adaptée. Mais cela nécessite du temps et de la patience pour s'accorder à la temporalité de chaque patient.

Le domaine de la psychiatrie associé à celui de la précarité engendre des prises de soin délicates. Cela peut positionner le professionnel face à une certaine mise en doute de soi. Le problème étant souvent mêlé aux aspects sociaux et administratifs, il peut être compliqué de trouver une stabilité en tant de psychomotricien. La confrontation à des récits de vie particulièrement lourds, ainsi qu'aux questions morales et existentielles qu'ils soulèvent, ont rendus les débuts de mon immersion en stage difficiles.

J'ai pu sentir au début une culpabilité auprès de ces migrants, parce que je me sentais privilégiée par la situation de mon pays qui lui est en paix.

Puis sont venues des incertitudes quant à ma capacité d'aider ces patients. En effet, je me suis demandée ce que la psychomotricité pouvait apporter face à leur grande précarité et souffrance psychique.

En tant que future psychomotricienne, j'ai donc été confrontée aux marges de notre société, à ses injustices, son inhumanité et ses paradoxes. Mais la réalité est toute autre. Le vécu des patients rencontrés nous oblige à repenser nos principes. La psychomotricité apporte le maximum d'elle-même. Sa complémentarité avec les autres soins et le versant social créent de la richesse dans l'accompagnement des patients. Cela rejoint le modèle bio-psycho-social. Ainsi le psychomotricien prend en compte le sujet dans sa globalité et tente de restaurer un équilibre psychocorporel, nous percevons l'être humain au travers de ses trois dimensions : biologique, psychologique et sociale.

En tant que future psychomotricienne, mon rôle n'est pas d'atteindre une normalisation de leur situation, et si nous essayons c'est vouer à l'échec.

Nous devons accompagner le sujet dans le plein déploiement de son potentiel singulier à travers un travail d'écoute, d'expression de leur souffrance. Il faut aider la personne à arpenter son histoire psychocorporelle et à trouver les ressources en son corps pour qu'elle puisse trouver des appuis afin d'en prendre conscience et dépasser ses difficultés. C'est cette place que j'ai réussi à trouver. C'est aussi grâce à ce cheminement personnel effectué tout au long de mon stage et à l'accompagnement des autres professionnels que j'ai réussi à trouver ma place.

II) Un corps fatigué et mis à distance chez ces patients

A leur arrivée en France, ces patients sont en perte de repères, il est alors possible d'observer un repli sur soi pouvant aller jusqu'à rompre tout lien social. La migration entraîne une forme de précarité, qu'elle soit sociale, familiale, de logement ou professionnelle. Tous ces ensembles de circonstances mettent en péril des assises fondamentales que le travail en psychomotricité aborde.

D'après Breuer, quelques mois après les événements vécus, le patient passe d'un trauma réel et physique à un traumatisme psychique. « L'accent est alors mis non plus sur la réalité de

l'évènement mais sur sa représentation qui constitue un corps étranger interne.»³⁸

L'expression verbale chez ces patients est souvent compliquée. En effet, les signaux qu'ils laissent passer dans leur façon d'être, de se tenir, de bouger, de s'exprimer, de ressentir, d'être en relation témoignent d'une défaillance de l'étayage psychomoteur. Le traumatisme psychique résonne dans leur corps allant parfois jusqu'à les enclaver.

Dans cette sous partie nous expliqueront les difficultés que rencontrent ces patients.

A) Un tonus perturbé

Chez le patient atteint d'ESPT, la souffrance psychique vécue lors de la migration et les violences laissent une empreinte tonique dans le corps du patient, on retrouve en grande majorité une hypertonie, qui est en quelque sorte une création à des fins défensives.

Grâce à l'observation clinique et la passation de bilan, je me rends compte que Mme N. s'exprime sur un versant hypertonique. Ces gestes sont brusques et saccadés. Cette hypertonie touchant l'ensemble du corps pourrait être assimilée à une cuirasse musculaire.

Pour REICH, la cuirasse caractérielle est un mécanisme de protection narcissique, un ensemble de traits défensifs destinés à lier une certaine quantité d'angoisse. Ainsi, « toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine ».

De ce fait, nous pouvons penser que l'hypertonie qui touche l'ensemble du corps de Mme N. a une fonction et une signification précise : celle de pare-excitation.

La cuirasse caractérielle de REICH est en lien avec la seconde peau dont parle ANZIEU. Cette carapace rigide se met en place parce que la seconde peau va venir recouvrir la première peau qui est trop fragile. Cette seconde peau vient compenser une insuffisance du Moi-peau et colmater les fissures et trous de la première peau.

Cette seconde peau est retrouvée chez Mme N et va servir de bouclier hypertonique défensif. Je suppose donc que la rigidité musculaire de Mme N. pourrait être une solution plus ou moins efficace contre l'apparition d'angoisses paranoïdes d'intrusion psychique.

³⁸ FERRAGUT E., *Emotion et traumatisme, le corps et la parole*, 2005, p 76

Ce bouclier est protecteur pour le patient le mettant à l'abri d'un effondrement narcissique mais entraîne des difficultés corporelles et motrices.

L'atelier groupale semble apporter beaucoup à Mme N. Elle dit « Je me sens figée mais l'atelier m'aide à être en mouvement. Ça me fait du bien, je me sens plus stable, plus solide ».

En évaluant et prenant en considération le tonus de Mme N, nous cherchons à soulager son hypertonicité à travers des propositions de mise en jeu psychomotrice.

Mme N. peut se saisir des différentes propositions de cet atelier. En effet, elle semble assimiler les mouvements en ajustant sa régulation tonique. Cet atelier de mouvement l'aide à investir petit à petit son propre corps.

Le tonus joue plusieurs rôles, il permet l'émergence du sentiment d'enveloppe. Mais il est aussi considéré comme la toile de fond de l'inscription des affects et des émotions. Le tonus est engagé dans la relation à autrui, dans ce que l'on appelle le dialogue tonique. Le psychomotricien peut convoquer le dialogue tonico-émotionnel qui est une des spécificités de notre métier.

B) Un schéma corporel flou

Le schéma corporel est la représentation schématique de son corps propre en dynamique et en statique. D'après Françoise GIROMINI, « C'est un ensemble de processus perceptifs et organiques qui nous permettent de saisir l'unité de notre corps. »³⁹ Ce qui permet de dire que c'est la connaissance que chacun a de son corps.

Cette représentation de la structuration de son corps est liée à nos expériences corporelles, cette construction est donc permanente, elle est aussi liée à une connaissance et une organisation somatognosique du corps.

Chez les migrants, certains événements vécus sont douloureux et ont des répercussions sur le schéma corporel entraînant ainsi une destruction de celui-ci. La sensibilité de certaines parties du corps est accrue et d'autres peuvent être négligées. Ce corps qui était fonctionnel est souvent moins investi dans sa fonction motrice.

³⁹ GIROMINI F., ALBARET JM., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 2, 2015, p 145

Lors du dessin, Mme N. effectue deux bonhommes, elle commence par celui d'un garçon, puis se dessine. On se rend compte qu'elle se représente avec une expression du visage plutôt fatiguée (bouche droite, sourcils froncés, bras rigides, pas de cou, ni de cheveux). L'identité sexuée n'est pas bien représentée sur les deux dessins. Alors que pour « le garçon » comme elle écrit, elle lui dessine un cou, des cheveux, des bras le long du corps et n'a pas de sourcils froncés. Quelque chose de différent vient alors s'inscrire dans la représentation du corps entre ces deux dessins. Mme N. nous montre une représentation en lien avec une perception de son vécu corporel: un corps fragilisé, tendu, crispé qui souffre.

L'apport psychomoteur via le toucher, va tenter de réunifier le schéma corporel en apportant des sensations de contenance, d'enveloppement et de solidité.

Dans l'atelier groupal, nous amenons Mme N. à une prise de conscience du corps pour revenir aux origines du schéma corporel. A travers une auto-stimulation sensorielle et des auto-massages, nous faisons une exploration du schéma corporel en dénommant les parties du corps. La prise de conscience du corps dans sa globalité amène Mme N. à ressentir de nouveau son corps comme un repère stable et solide.

Pour DOLTO, le schéma corporel est le même pour tous et s'élabore sur des sensations, il évolue dans le temps et l'espace et se structure par des apprentissages et expériences. La base du schéma corporel est neurophysiologique et il appartient à deux domaines: le conscient et le préconscient. Le schéma corporel permet de se repérer dans l'espace, en tant qu'individu on prend conscience de sa posture ce qui amène à la constitution du sentiment d'identité. On pourrait dire que le schéma corporel permet d'intégrer son corps comme référentiel égo-centré. C'est à partir du schéma corporel que l'image du corps se constitue.

C) Une image du corps troublée

L'image du corps est liée à l'histoire de l'individu et représente l'image que l'on se fait de soi-même dans les interactions avec notre environnement. Elle correspond à la structuration et à la construction de notre être au monde, via notre corporéité. L'image du corps est propre à chaque individu et évolue en fonction de nos expériences émotionnelles. Le passé inconscient

résonne dans la relation présente.

La nature de l'image du corps est inconsciente et peut devenir pré-consciente. Selon DOLTO, « cette image inconsciente du corps est une représentation psychique et permettrait d'assurer l'unité du « moi ».⁴⁰

L'image du corps est le support du narcissisme. Dans l'enfance, la structuration du moi se réalise grâce au holding et handling. L'enfant se sent en sécurité et peut alors se construire une image du corps, on appelle cette première étape le narcissisme primordial. On pourrait ainsi dire que le narcissisme est à la base de notre existence.

Pour une partie des patients, l'image du corps est entravée du fait de tous les événements vus et vécus. La douleur physique reçue et la douleur psychique, les envahissent et les débordent. Cette douleur se diffuse à l'ensemble du corps et menace directement l'intégrité corporelle et par la même l'identité du sujet.

On peut supposer chez Mme N. une image du corps perturbée, qui témoigne de cet aspect narcissique fragile qui est en lien avec ce qu'on a pu observer de son tonus "cuirasse" et de la représentation peu investie de son dessin. Avant son arrivée en France, Mme N. tenait un commerce de vêtements à Kinshasa. Suite à l'appartenance au parti politique du Mouvement de Libération du Congo, son magasin a reçu une roquette entraînant la destruction de son magasin. Et a assisté à la mort de plusieurs enfants autour de l'explosion. Suite à ces événements traumatisants, l'enveloppe corporelle de Mme N. a été fragilisée et a dénaturé sa représentation d'elle-même.

Après des événements traumatiques, des comportements de repli et de régression s'observent chez le patient entraînant un désinvestissement psychocorporel.

Lors d'une séance, Mme N nous dit que tout va bien. Pourtant un affaissement de sa posture et des réactions de prestances s'observent. Elle se craque les doigts se touche beaucoup les mains et fixe continuellement le sol.

Puisque le psychisme et le corps sont liés, tout ce que le corps traduit n'est pas anodin. Ces repères corporels bouleversés sont pourtant fondamentaux pour la construction de l'image du

⁴⁰ DOLTO. F, *L'image inconsciente du corps*, 1984

corps et la représentation de soi mais également pour l'investissement cognitif et social.

La prise en soin psychomotrice proposera un réinvestissement du corps visant une restauration narcissique à travers des éprouvés corporels qui offriront au patient des vécus qui serviront d'appui pour l'amener à une valorisation de l'image de soi. En tant que psychomotricien, on cherche à consolider cette image du corps pour qu'ils puissent se sentir individualisé et reprendre ainsi confiance en lui.

PIREYRE,⁴¹ explique que l'image du corps se compose de neuf sous composantes qui sont : la continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, la peau, la sensibilité somato-viscérale, le tonus, l'intérieur du corps, les capacités communicationnelles du corps, les angoisses corporelles archaïques. Selon l'auteur, un lien important émerge entre l'expérience corporelle et l'image du corps.

En tant que psychomotricien, dans un cadre contenant et sécure, on cherche à mettre en mouvement son corps par des ateliers groupal ou individuel pour permettre une prise de conscience corporel.

TISSERON nous dit « L'image qu'il a de lui-même est troublée, ses repères sont perdus, tant spatiaux que temporel, il est sans mémoire et sans avenir. » On peut ainsi dire qu'il semble aussi y avoir des répercussions sur les repères spatio-temporels.

D) La perte de repère spatio-temporelle

Le corps est inscrit dans un espace et dans un temps. L'action n'est pas une simple activité motrice, elle est à la fois sensitive et sensorielle, elle se déroule dans une temporalité et une spatialisation.

On retrouve deux figures pathologiques de l'organisation spatio-temporelle :

- La dyschronie, c'est une relation au temps, au rythme perturbé.
- La kinésiophobie, c'est une relation à l'espace perturbé.

⁴¹ PIREYRE E., *Cas pratique en psychomotricité*, Dunod, 2015

1) Le temps

Lors du traumatisme, il s'opère une scission du moi, l'individu est confronté à deux moi : un « moi d'avant » et un « moi d'après ». Les repères sont altérés. La représentation du temps s'éclate. Il y a une rupture, une distorsion avec le temps linéaire et le temps social.

On ne parle pas de trouble temporel pour les patients présentant un ESPT. Ils connaissent la chronologie temporelle mais c'est le temps vécu qui est troublé.

Mme N. est bien repérée au niveau de la chronologie temporelle (mois, années, saisons). Il est important de dire que Mme N. arrive à retrouver les différentes saisons alors que dans son pays d'origine le climat est équatorial, à savoir chaud et humide toute l'année. Par contre, Mme N. est dans une confusion temporelle pour donner la date du décès de son mari. Elle ne semble plus très bien repérée dans sa fratrie (se souvient qu'elle a 3 sœurs mais ne se rappelle pas combien elle a de frères, elle me dit « j'en ai beaucoup, je sais plus »). Elle oublie aussi de donner l'âge d'un de ses quatre enfants. Mme N a du mal à se situer dans son histoire personnelle.

Chez ces patients, les bases de l'enfance acquises et ancrées se retrouvent bouleverser par le traumatisme. Le patient se retrouve démuné, son Moi n'a pas supporté les différents événements vécus, il est fragilisé par tous ces changements.

La personne traumatisée a un rapport au temps différent. Il y a trois temps principaux :

- Le temps passé se fait sous forme de reviviscence, de cauchemars, d'hallucinations ou de deuil. La personne traumatisée répète son traumatisme.

Mme N. est envahie par des souvenirs répétitifs et des cauchemars envahissants.

- Le temps présent est vécu avec cette peur, cette crainte de voir se répéter le traumatisme, de le revivre. Cette menace peut être permanente.

Mme N elle a le sentiment de revivre l'évènement par des illusions, des « flash-back » brefs.

- Le temps futur est inenvisageable pour eux, ils ne peuvent pas le considérer.

Pour Mme N., l'idée de retour au pays est impossible pour elle car trop anxiogène.

Le temps est présent à chaque instant et est en lien avec la mémoire. Le vécu présent est en

lien avec le vécu passé.

Par l'étayage psychomoteur, une partie de la représentation linéaire du temps est amenée par le cadre thérapeutique ainsi que par la régularité de la prise en soin. Cela permet au patient de le ramener dans une représentation du temps unifiée et linéaire par une perception des rythmes internes et externes. Le patient vit pleinement la séance mais aussi fait du lien avec les séances précédentes et anticipe les prochaines. Ce qui lui permettra un repérage entre ces différents temps (présent, passé, futur).

2) L'espace

Cette perte de rythmicité du temps s'accroît par l'inconsistance de l'espace et des relations. D'après Françoise GIROMINI, « La perte de l'espace propre est la déchirure la plus brutale de l'enveloppe. »⁴² L'enveloppe perforée de toute part se donne à voir par un espace moins protecteur. Ne sachant pas trop où dormir à leur arrivée en France. Lorsqu'ils se font hébergés, ils sont toujours dans cette insécurité ne sachant pas la durée de cette hospitalité. Il y a des hébergements proposés par le 115 ou des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Mais les patients ne savent pas combien de jours ils pourront y rester. Lorsqu'ils se font hébergés chez l'habitant, c'est le même schéma. L'hospitalité peut se compter en jours, semaines ou mois. Ils sont confrontés à une absence de représentation.

De plus, se rajoute, l'expression de « la souffrance induite par la perte du cadre culturel d'origine »⁴³ La représentation spatio-temporelle chez les patients atteints d'ESPT n'est plus cohérente du fait de cette perte du cadre culturel. Les migrants arrivent dans un environnement et une culture inconnue, complètement différente dans sa gestion de l'espace et du temps.

Les séances de psychomotricité permettent de reconstruire des repères spatio-temporels. Le cadre en psychomotricité, balisé en temps et en espace, offre des repères. Le patient va

⁴² GIROMINI F., ALBARET JM., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 3, 2015, p 257

⁴³ KAES R. et Al, *Différence culturelle et souffrance de l'identité*, 1998, p 214

renouer avec une représentation du temps et de l'espace plus cohérente et ainsi renouer avec lui-même en lien avec une reconnaissance de soi permettant par la suite une ouverture vers les autres.

Les outils que nous utilisons autour de la connaissance du tonus, du développement du schéma corporel, de l'image corporelle et de la structuration temporo-spatiale vont pouvoir être utilisés très concrètement en psychomotricité avec les patients atteints d'ESPT. Mais il est important de prendre en considération cette fragilité identitaire dans notre travail de psychomotricien. Suite aux différents événements, l'identité est pour une grande majorité des patients fragilisée.

III) Une identité fragilisée

Notre corps est un acteur essentiel dans la construction de notre identité donc si celui-ci est atteint c'est notre personne dans sa globalité qui s'en retrouve altérée. Toutes ces situations vécues et la précarité qui en découle ultérieurement fragilisent l'identité et le sentiment de continuité d'existence.

Mr E. est originaire de Russie, il était manager dans un hôtel et sa femme journaliste. Ils ont dû quitter leur pays pour des raisons politiques. Des tensions ont débuté suite à un article qu'à rédiger sa compagne. Depuis leur arrivée en France, ils dorment à la gare avec leurs deux enfants (un garçon de 2 ans et demi et une petite fille de 7 mois). Mr E. n'envisage pas de retour dans son pays, cela est impossible. Il est en pleine recherche d'un logement, mais les réponses négatives s'enchaînent. Les démarches d'hébergement pour les familles sont plus compliquées que lorsqu'une personne est seule.

Lors d'une séance, après un échange sur les avancées administratives, la psychomotricienne lui demande comment il se sent. Mr E. marque un temps de silence et a les larmes aux yeux. Il nous explique qu'il n'arrive pas à dormir à cause des maux de tête. Il se sent épuisé et tousse beaucoup. La psychomotricienne, lui propose alors une séance de relaxation. Mr G. semble content de pouvoir s'allonger sur le lit parce que cela fait longtemps qu'il ne l'a pas fait. Pendant la relaxation, il reste en alerte et nous explique que le noir l'envahit quand il ferme les yeux. Avec un corps exténué, il est difficile pour Mr E. de trouver des forces et d'être

disponible psychiquement pour effectuer les démarches pour les recherche d'hébergement. Ce corps douloureux dont il nous parle et qu'il nous montre est le reflet de l'instabilité des limites et des frontières à la fois de son corps c'est à dire de son Moi corporel et de son Moi psychique. Ses défenses sont labiles et attaquées, son Moi est fragilisé.

A) Le principe d'identité

L'identité se développe des premiers temps de vie de l'enfant, à partir du développement de la sensorialité et du dialogue tonico-émotionnel. Le concept d'identité est complexe et non figé dans le temps. MUCCHIELLI explique que « cette identité est « toujours en transformation », puisque les « contextes de référence de cette identité sont biologique, génétique, psychologique, relationnel, corporel, politique et culturels »⁴⁴.

Une identité est une représentation subjective de soi et de l'image de soi en même temps qu'une représentation sociale liée à nos groupes d'appartenance et aux rôles qui nous y sont plus ou moins implicitement dévolus. S'identifier et être identifié sont donc des dimensions essentielles de notre condition d'être humain et de nos relations aux autres.

Chez ces patients plusieurs formes d'identité sont perturbées :

-L'identité personnelle est atteinte. Souvent après le traumatisme la personne ne se reconnaît plus, elle se coupe de ses sentiments et de ses ressentis. Les rôles, les places et les statuts disparaissent dans ce nouveau pays.

Pour des raisons politiques, Mme N est arrêtée de nuit à son domicile, emprisonnée et violée. Ensuite, arrivant à s'évader, elle quittera son pays pour venir en France. Elle arrive seule en avion suite à des événements violents vécus en RDC en mars 2015.

- L'identité familiale est fortement désorganisée, les personnes ont dans une majorité des cas, laissés leurs familles et n'ont plus de contact avec eux.

Mme N a dû laisser ses quatre enfants âgés de 5 à 15 ans en sécurité chez sa sœur en RDC. Elle a actuellement très peu de nouvelles d'eux. C'est une réelle blessure narcissique, elle a la sensation de les avoir abandonnés. Son mari est parti en Angola pour s'y réfugier. Mme N a eu très peu de nouvelles de lui, depuis leur départ réceptif. Son mari décède en novembre 2015 mais elle ne l'apprend qu'en octobre 2016 en recevant l'acte de décès. Elle apprend par

⁴⁴ MUCCHIELLI A., *L'identité*, 2009, p 12

sa mère que l'un de ses oncles a été assassiné à Kinshasa pour appartenance au même parti politique dont faisait partie Mme N.

- **L'identité professionnelle** est perturbée, en quittant leur pays, cela les contraints à arrêter leur activité professionnelle. Une fois arrivée en France, il n'est pas possible pour eux de reprendre leur travail tant qu'une régularisation des papiers, une reconnaissance et une équivalence des diplômes ne sont pas effectuées. Ils sont aussi confrontés à la réalité du marché de l'emploi.

La mort de plusieurs enfants sur son lieu de travail à cause de cette explosion, reste le traumatisme central de Mme N. Lors qu'elle en parle, nous ne savons pas si c'est la réalité, des hallucinations ou des rêves. Mais elle décrit une vingtaine d'enfants allongés au sol devant son magasin. Il est alors très difficile pour Mme N de reprendre un travail en France. Cela semble être un évitement face à ces traumatismes vécus. La proposition d'effectuer des ménages a été abordée par l'équipe avec elle.

- **L'identité culturelle** est chamboulée. Les modes de vie peuvent être différents d'un pays à un autre, les normes, les habitudes, l'éducation, la langue, les croyances, la religion, les expressions culturelles, les codes culturels, les activités festives peuvent être diverses aussi.

Mme N, elle est illettrée, mais est en train d'apprendre le français dans une association. Elle dit « Lire c'est facile, comprendre et écrire c'est un peu plus difficile. » Elle va aussi beaucoup à l'Eglise pour se recueillir. Elle dit « Les gens ne font que chanter à l'Eglise alors que chez nous, ils sortent les tambours et se mettent à danser et chanter ». Une différence culturelle qu'elle ne comprend pas et a du mal à accepter.

-**L'identité sociale** est troublée. Les attributs de valeur sociale (compétences, qualités) et les potentialités (projets d'avenir, activités et résultats) s'arrêtent.

La fréquence des séances pour l'atelier d'écriture est difficile à respecter. Mme N. n'y va pas à chaque fois. Elle est capable de passer des journées entières dans sa chambre au CAU. On peut parler d'aboulie⁴⁵ et de clinophilie⁴⁶. Mme N. a une réaction de retrait du milieu social.

⁴⁵ Aboulie : c'est un affaiblissement de la volonté, entraînant une inhibition de l'activité physique et intellectuelle

⁴⁶Clinophilie : c'est le comportement d'un individu qui reste couché en dehors des périodes habituelles de sommeil.

De plus, Mme N. aimait faire la cuisine pour sa famille. Ce loisir autrefois pratiqué, lui procurait un épanouissement et du bien-être, mais ne sont pas réinvesties dans le nouveau pays.

Il est important en tant que psychomotricien d'avoir conscience de ces différentes identités perturbées chez nos patients. Le psychomotricien dans la prise en soin est à la rencontre du sujet dans sa globalité.

L'ensemble des évènements vécus par Mme N, un traumatisme au sens d'ESPT. Mme N. a vécu une destructivité, qu'on retrouve autant dans la symbolisation culturelle, professionnelle, sociale que dans sa subjectivité. La rupture qu'elle a vécu avec sa communauté ainsi que la perte de son mari, la souffrance de ne pas pouvoir voir ses quatre enfants et la migration, l'ont conduite dans une solitude profonde. Tous ces évènements subis l'ont confrontée à la mort. Le traumatisme psychique a mis en péril ses bases identitaires. Le corps intervient alors à la fois comme un acteur du développement du sujet et une mémoire, se faisant un porte parole du traumatisme psychique.

L'abord psychomoteur de ces personnes commence par la considération de leur globalité. Il y a une nouvelle identité à construire suite à la perte des repères et des traumatismes vécus. Ils privent les patients de leur existence de tout sens et entraîne une perturbation du sentiment de continuité de soi.

B) Le sentiment d'identité

1) Le concept

Le sentiment d'identité est le sentiment de se sentir différents des autres c'est-à-dire singulier, particulier, avec des caractéristiques spécifiques. Le sentiment d'identité est constitué de différents sentiments :

- le sentiment d'unité (être soi c'est-à-dire un être un et unique),
- le sentiment de cohérence (nous savons qui nous sommes),
- le sentiment d'appartenance (notamment à une histoire familiale ou à une culture),
- le sentiment de valeur (notre identité nous permet d'avoir foi en notre valeur personnelle, ce qui nourrit indirectement notre estime de soi)

- le sentiment d'autonomie,
- le sentiment de confiance.

Ces différents sentiments identités s'organisent autour d'une volonté d'existence.

Le « sentiment d'identité » est un concept développé par MUCHIELLI, qui permettrait « la conscience de soi qui serait la présence en soi ». Il explique qu'on a conscience de notre présence. Et ce soi, nous fait ressentir et unifier un ensemble d'états éprouvés. Ce sentiment d'identité devient l'objet d'une prise de conscience réflexive, par soi-même, une continuité qui persiste à travers le changement. WINNICOTT nous parle lui du « sentiment de continuité d'être ».

2) Le développement du sentiment d'identité chez l'enfant

Selon DOLTO, l'enfant acquiert une idée de lui-même, une représentation par son image du corps. Cette image du corps est « l'amorce du sentiment de soi par lequel il se construit son identité.»⁴⁷

Pour WINNICOTT, ce sentiment d'exister fait son apparition dès les premières semaines de vie de l'enfant. L'enfant se retrouve dans des situations de dépendance absolue et grâce au concept de holding va se mettre en place le sentiment d'exister. L'enfant va pouvoir se sentir différencié de l'autre. WINNICOTT le nomme « la construction du self de l'enfant ». Ce concept du sentiment de continuité d'être va faire émerger le sentiment d'identité à travers le sentiment d'estime de soi et le narcissisme. Ce processus d'identité se construit en observant de façon permanente les processus d'identification d'autrui à autrui.

LEBIGOT montre que les migrants face au traumatisme sont traversés par « un sentiment d'impuissance ».

« La psychomotricité peut aider les migrants » atteint d'ESPT afin de « retrouver un sentiment d'unité psychocorporelle et de se réapproprier ce corps devenu étranger.»⁴⁸ Le travail de revitalisation et de réhumanisation est souvent plus long pour ces personnes ayant vécu des traumatismes à répétition.

L'apport psychomoteur, agit par le biais du corps et accompagne le patient vers une

⁴⁷ DOLTO F., *Le sentiment de soi aux sources de l'image du corps*, 1997

⁴⁸ NARBONNET M., *Un corps devenu étranger*, l'Autre, 2014, volume 15, p 29-37

réappropriation de l'unité psychocorporelle restaurant ainsi le sentiment de soi.

3) La reconnaissance

La reconnaissance permet une construction identitaire. Le fait d'être reconnu amène la personne à se reconnaître elle-même. Ainsi, c'est parce qu'elle se reconnaît elle-même, qu'elle a conscience de son identité et se reconnaît comme différencié de l'autre.

HONNETH définit la reconnaissance, comme « l'affirmation de qualités positives chez l'humain », lui permettant « d'accéder à une estime de soi »⁴⁹. Il discerne trois types de reconnaissance affective, juridique et culturelle. Ces trois sphères de reconnaissance correspondent à trois types de relations à soi.

-La reconnaissance affective : correspond à la sphère affective unissant la personne à un groupe restreint (liens familiaux, amicaux, amoureux). HONNETH dit que « c'est un équilibre constitutif de l'identité personnelle entre l'état de dépendance et l'autonomie de soi. »

Une atteinte à la reconnaissance affective est vécu par un sujet réduit à l'état d'objet comme lors d'une torture ou d'un viol. L'intégrité psychophysiologique de l'individu fait défaut.

-La reconnaissance juridique : considère la personne comme un être responsable, porteur de droits, de devoirs et de sa propre autonomie. Cette reconnaissance permet à l'individu l'acquisition du respect de soi.

Une atteinte à la reconnaissance juridique est une atteinte aux droits et à l'autonomie morale.

-La reconnaissance culturelle : considère le sujet dans une communauté. L'individu a une considération sociale lui permettant de se rapporter à ses qualités, ses capacités et ses valeurs. Cette ensemble de considération lui permettent d'exprimer son identité culturelle et est indispensable à l'acquisition de l'estime de soi. HONNETH le nomme « sentiment de sa propre valeur ».

Une atteinte de la reconnaissance culturelle peut être une impossibilité de travailler.

HONNETH explique que « les victimes de mauvais traitement décrivent des expériences d'offense et d'humiliation, qui renvoie à des formes de mépris, c'est-à-dire de déni de

⁴⁹ HONNETH Axel, *La théorie de la reconnaissance: une esquisse*, *Revue du MAUSS*, 1/2004 (n° 23), p. 133-136

reconnaissance. »⁵⁰ Ainsi le défaut de reconnaissance a des conséquences sur l'identité du sujet. Si l'une de ces trois formes de reconnaissance fait défaut, l'identité de l'individu est fragilisée.

Mme N. a rédigé un récit relatant avec précision ce qu'elle a vécu dans son pays d'origine. La demande d'asile à l'état Français a été rejetée quelques mois plus tard. Cette réponse négative est un réel échec pour elle. Envahie par un sentiment d'injustice, se forme alors une blessure narcissique. Cette perte du sentiment de reconnaissance juridique porte atteinte à son identité et la fragilise un peu plus.

La capacité d'observation et la qualité d'écoute du psychomotricien sont des atouts qui apportent au patient le sentiment d'être entendu et reconnu dans sa souffrance. Ainsi l'apport psychomoteur apporte un sentiment de reconnaissance au patient, permettant par la suite une reconquête identitaire.

Les séances groupales offrent à Mme N., un espace où elle peut expérimenter des sensations corporelles qui lui donnent la possibilité de retrouver un ancrage et des limites, par le vécu du corps propre sécurisant, avec une identité, un Moi qui peut s'exprimer et permettre une renarcissisation. C'est aussi un espace relationnel, où l'on s'ouvre aux autres, on interagit, on partage des regards, des sourires, des mots, des émotions.

« Le groupe social intervient dans un processus de personnalisation : l'individu devient une personne, un semblable par le jeu des investissements et des identifications.»⁵¹

Cet atelier apporte à Mme N. un maintien au niveau social et lui offre une place où elle peut se sentir écouté et reconnu. L'atelier permet à Mme N. une revalorisation dans la relation à l'autre.

⁵⁰ HONNETH A., *La lutte pour la reconnaissance*, 2010, p161

⁵¹ GIROMINI F., ALBARET JM., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 2, 2015, p 140

PARTIE III : L'intérêt du toucher en psychomotricité

Suite aux observations d'un corps abîmé, fragile et mis à distance, découle mon hypothèse concernant le processus de reconstruction identitaire chez les migrants présentant un ESPT.

Dans quelle mesure la spécificité de l'approche psychomotrice par le toucher peut-elle avoir une incidence sur la réappropriation de son corps, sur ses capacités à se reconnaître en tant qu'individu identifié par soi et par les autres ?

Dans cette dernière partie, la spécificité de la psychomotricité dans le toucher auprès de ses patients sera mise en lumière en nous centrant sur les bénéfices et les différentes façons de toucher.

I) La nécessité d'un cadre thérapeutique stable

Le cadre thérapeutique émis par le psychomotricien donne une stabilité, une régularité et une constance. Anne Marie LATOUR argumente le fait que ce cadre assure une « fonction de conteneur ».

A) Un espace et temps de rencontre

La spécificité du psychomotricien est qu' « il s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est »⁵². Ensuite, selon les attentes et demandes du patient se mettent en place un suivi. *Les séances individuelles de psychomotricité à l'EMPP ne sont pas hebdomadaires, cela dépend des disponibilités, de l'implication et de la demande du patient. En ce qui concerne Mme N., les séances ont lieu toutes les trois semaines environ et son suivi a débuté en septembre 2016.*

L'approche psychomotrice se base sur la relation, cette rencontre avec l'autre, se fait au travers de ce que nous sommes, tout en respectant le patient. Il est important qu'une relation de qualité se crée entre le patient et le psychomotricien. Le psychomotricien est présent et disponible mais il est aussi primordial qu'il y est une adhésion du sujet au soin. L'investissement de ces deux partenaires permettra la création de lien, on parle alors de relation thérapeutique qui mène à l'alliance thérapeutique. « Un lieu suffisamment accueillant où il est possible que la personne se pose afin d'élaborer et d'exprimer dans ce dialogue singulier ce qui l'habite »⁵³. Ainsi, le patient accordera sa confiance au psychomotricien et se sentira en sécurité.

L'espace et le temps prévu pour cette séance sont compris dans le cadre, pensé à l'avance par le psychomotricien, réfléchi et établi. Le cadre définit les places et rôles de chacun.

Dans le cadre d'un toucher, il y a une interférence entre le psychomotricien et le soigné. C'est dans la rencontre avec l'autre et la mise en confiance que progressivement le toucher peut être proposé. A travers le toucher, émerge alors une rencontre avec la personne et inaugure une véritable relation et permet la mobilisation des ressources internes du patient. En séance de psychomotricité, le toucher ne va pas de soi, il nécessite une rencontre et l'accord du patient.

⁵² DESOBEAU F., *Identité et fonction du psychomotricien, Thérapies psychomotrice et Recherche n° 162, 2010*

⁵³ FERRAGUT E., *Emotion et traumatisme, le corps et la parole, 2005, p 120*

B) Un savoir-faire et savoir-être

Dans le cadre de l'EMPP, le psychomotricien est amené à rencontrer des migrants d'horizons différents possédant une culture différente. La capacité d'ajustement du professionnel est une qualité essentielle face à cette population.

Lorsque j'ai commencé mon stage en octobre à l'EMPP, les patients étaient un petit peu perturbés par le changement de lieu de la structure. Le temps des travaux, l'EMPP a été délocalisé. Ils ont plusieurs fois relaté la difficulté qu'ils rencontraient pour se repérer dans ce nouveau lieu ainsi que le malaise qu'ils ressentaient lorsqu'ils croisaient des patients dans cet hôpital. La psychomotricienne avait dû les réassurer sur ce changement de lieu et le maintien des prises en charge.

Dans le cadre du toucher, chaque toucher est individualisé et s'adapte aux besoins propres de l'individu et du patient que l'on soigne.

De plus, le toucher requiert un savoir-être qui ne peut venir que d'une prise de conscience des ressentis personnels. C'est-à-dire « le contact est également perçu en fonction de l'histoire de celui ou de celle qui le reçoit, déterminant donc les sensations puis les ressentis dans les souvenirs qu'ils évoquent »⁵⁴. Il est important de se connaître soi-même pour percevoir ce que l'on peut renvoyer à l'autre.

Le toucher tient aussi d'un savoir-faire issu de l'expérience, qui ne s'acquiert qu'avec le temps et la pratique.

Un atelier de « toucher-massage » est proposé durant la troisième année en psychomotricité. Ainsi, j'ai pu éprouver, sentir et ressentir ce qu'induit le toucher en étant moi-même receveur. De plus, en le pratiquant sur autrui, j'ai pu expérimenter et apprendre à moduler mes gestes et mon corps en fonction de ce j'ai pu ressentir et apercevoir sur mon binôme.

Le psychomotricien dispose d'un entremêlement d'un savoir-être et d'un savoir-faire.

⁵⁴ GIROMIN F. ALBARET JM., SIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Méthodes et techniques*, 2015, p 297

C) Une juste distance

La pratique du toucher thérapeutique en séance de psychomotricité repose sur un cadre thérapeutique précis, tant pour le patient que pour le thérapeute, et est marqué par une présence juste et adaptée du toucher.

Dans le cadre d'un toucher, les actes seront contraints par des interdits clairement posés. Le toucher ne s'adresse qu'à la surface du corps et de la peau, « ne s'autorisant aucune exploration des muqueuses, cavités et invagination, prohibant toute intervention intrusive. Il ne s'adresse pas plus aux zones intimes et sexuées, respectant l'interdit de la séduction. Il ne déborde pas le seuil de tolérance du sujet, ni dans le sens d'une érotisation qui l'excite, ni dans le sens d'une violence qui le persécute. »⁵⁵ Le psychomotricien doit respecter le patient et ne touchera que les parties du corps qu'il se sent à même de nous confier, adaptant notre technique à ce qui est de l'ordre du supportable. La perception d'un refus du touché doit être respectée, si le patient ressent le besoin de se reconstruire dans la distance à l'autre.

E.T. HALL explique la notion de « dimension de l'intime »⁵⁶, sphère de la protection ou de la lutte, de l'acte sexuel et par conséquent exacerbe les phénomènes d'échanges émotionnels.

La rencontre thérapeutique parce qu'elle sollicite le toucher, amène à une proximité et se situe donc dans la « dimension de l'intime ». Il est important en tant que psychomotricien de trouver la juste place du toucher. Dans l'intention donnée à mon toucher, je suis claire avec moi-même, il n'y aura pas d'ambiguïté dans mon geste. Malgré tout, une certaine vigilance doit être conservée de la part du psychomotricien.

La proximité nécessite une juste distance relationnelle mais aussi affective. Le psychomotricien revêt une attitude d'empathie psychique et tonique afin d'être parfaitement à l'écoute du patient pour permettre l'élaboration d'une relation.

D) L'engagement corporel du psychomotricien

En psychomotricité, il s'agit d'appréhender, « le corps en relation » selon J. DE AJURIAGUERRA. Cette relation thérapeutique est partagée autant par le patient que par le psychomotricien, celui-ci s'engage autant que son patient. Ainsi, le psychomotricien doit être disponible et prêt pour accueillir le patient et recevoir ses états.

⁵⁵ GIROMIN F. ALBARET JM., SIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Méthodes et techniques*, 2015, p 299

⁵⁶ HALL E.T., *La dimension cachée*, 1971

JOLY souligne que le toucher lorsqu'il est engagé, et non par la convocation d'une simple restitution d'une technique convoque « le corps en relation ». Il s'appuie en psychomotricité sur le dialogue tonico-émotionnel.

En nous impliquant personnellement, nous délivrons des messages clairs et chargés d'émotions. Par exemple, en tenant la main d'un patient pour partager son émotion, c'est un moment d'accompagnement physique pour lui offrir un appui, un soutien et lui permettre de retrouver un équilibre. Ce moment d'accompagnement peut aussi être la main que nous posons dans le dos du patient pour lui assurer une contenance, qu'il ne peut parfois pas aller chercher au fond de lui-même.

Le psychomotricien s'implique corporellement dans sa pratique et reste présent avec tout son corps, ce qui permet d'accueillir le patient et de lui proposer un cadre sécurisant et contenant. Le psychomotricien fait corps dans la relation thérapeutique avec son patient.

Le psychomotricien représente pour les migrants, un soutien pour affronter, supporter et élaborer un vécu terrifiant d'effondrement. Pour PIREYRE, l'engagement est partie intégrante du travail du psychomotricien.

E) La sensibilité du corps lors de l'écoute

Nous avons vu que le toucher engage une réciprocité mais il mobilise aussi les sensations internes ainsi que la réceptivité du thérapeute. PRAYEZ et SAVATOFSKI expliquent que le toucher « confronte chacun à ses propres émotions en résonance à celles d'autrui ». La rencontre tactile instaure un lien concret, palpable entre le patient et soi-même : s'approcher du corps souffrant, traumatisé confronte le thérapeute au contact de ses peurs mais aussi de sa propre histoire et de ses propres conflits étouffés.

CONTANT et CALZA parlent de contre transfert-émotionnel. Cela renvoie à la manière de vivre la relation à l'autre dans son corps. Dans toutes relations, le transfert est présent. Lorsque le patient et le psychomotricien se rencontrent, chacun émet un transfert vers l'autre et reçoit le contre transfert de l'autre.

Le psychomotricien doit être conscient de ses phénomènes pour comprendre les situations et les comportements du patient.

Face à des possibles situations de contre transfert-émotionnel, le psychomotricien doit être conscient de ses propres émotions et tenter de maîtriser ce qu'il renvoie au patient. Il doit s'en apercevoir et être capable de s'ajuster. Pour cela, il doit être dans une écoute attentive de ce qui a été éprouvé et doit y donner du sens.

Le psychomotricien peut se sentir « touché » par les ressentis de ce vécu partagé avec le patient. L'importance des ressentis de notre propre corps est alors à considérer. On peut conclure, qu'être psychomotricien nécessite une qualité d'écoute de l'autre et de soi.

II) Les différentes façons de toucher en psychomotricité

Le psychomotricien peut être conduit à toucher son patient de différentes façons. On retrouve une grande diversité dans les outils utilisés et les techniques. Je ne les présenterais pas toutes. Je détaillerais dans cette sous-partie seulement celles observées et approfondies durant mon stage.

A) Le toucher par l'intermédiaire d'un médiateur

Lors des séances psychomotrices, ce corps à corps peut être vécu chez l'autre comme une source de désagrément. Lorsque ce toucher peau à peau est trop compliqué pour le patient, le psychomotricien peut avoir recourt à l'utilisation d'un objet mais cela peut permettre aussi une mise en distance du pulsionnel, de l'érotisation.

Lors d'une séance de psychomotricité, Mme I. originaire d'Albanie est présente avec ses deux enfants, accepte de les laisser dans la salle d'attente. Après un échange, Mme I n'a pas envie d'effectuer de séance d'haptonomie aujourd'hui. Pour éviter ce contact direct, la psychomotricienne propose alors des situations de guidage qui peuvent s'effectuer par l'intermédiaire d'objets comme les baguettes de bambou. Une réelle rencontre et communication s'effectue par invitations réciproques. Chacun son tour, une personne guide et l'autre ferme les yeux. Progressivement, Mme I. ose sortir de son recroquevillement sur elle-même et terminera la séance, en souriant franchement.

Le toucher par l'intermédiaire d'un médiateur « permet la matérialisation rassurante d'une mise à distance corporelle.»⁵⁷ Ainsi le contact peut être médiatisé.

Le toucher peut se faire par utilisation de tissus qui permettent aussi un toucher distancié, ainsi qu'un enveloppement plus important du corps.

Mme B. est âgée de 27 ans et est originaire du Congo. Lors d'une première séance de psychomotricité, Mme B. se plaint de maux de tête, d'une sensation d'essoufflement avec des douleurs abdominales et dorsales. Après un temps d'échange, la psychomotricienne lui explique ce qu'on peut faire ici en séance de psychomotricité. Mme B. semble stressée de ce qu'on peut y faire et méfiante du contact. Elle a peur de s'allonger sur le lit et qu'on la déshabille. Ayant un passé traumatisant à cause des attouchements sexuels et viols qu'elle a vécus. La psychomotricienne lui propose alors de l'envelopper dans une couverture. Elle pose juste sa main sur le bas de son dos et reste assise près d'elle. Mme B s'apaise et nous dit qu'elle se sent aimé ici. En partant, Mme B. me serre la main et prend la psychomotricienne dans ses bras.

Il est aussi important de se toucher soi-même par utilisation de balles ou auto-massages ce qui permet la redécouverte de son propre corps et un réinvestissement du lien à soi dans le but d'aller vers une existence psychique et corporelle ajustée et habitée dans le temps présent.

Mme N. participe à l'atelier 'en mouvement'. A travers une auto-stimulation sensorielle, médiatisée par le passage d'une balle sous les pieds, puis des auto-massages des différentes parties du corps, nous faisons une exploration du schéma corporel en dénommant les parties du corps. Ces différentes situations proposent à Mme N. un réinvestissement du corps par le mouvement amenant ainsi à une valorisation de l'image du corps.

Lors d'une séance groupale, après avoir réveillé toutes les parties du corps, Mme N. accepte de recevoir mon contact de balle sur le dos. Elle ferme les yeux, se sent bien et accepte en retour de me le faire.

L'introduction d'un médiateur permet de toucher sans réellement toucher.

Le toucher lorsqu'il est compliqué pour le patient, peut s'effectuer par un contact indirect (par le biais de médiateurs variés) entre le psychomotricien et le patient. Mais ce toucher

⁵⁷ GIROMINI F., ALBARET JM., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, tome 2, 2015, p 370

lorsqu'il est accepté par le patient, bien vécu, supportable et envisageable pour lui, peut aussi s'effectuer par un contact cutané direct.

B) Le contact peau à peau

Le contact peau à peau s'effectue de manière progressive. Il peut commencer par un contact d'une main, puis des deux.

Dans une séance, la psychomotricienne propose à Mme I. des situations de jeu d'équilibre (bâton à faire tenir en équilibre sur l'index et s'asseoir sur le gros ballon sans poser les pieds au sol). Elle semble étonnée par ces différentes propositions de jeux et n'ose pas trop participer. Elle dit que ce n'est pas pour elle, mais pour ses enfants. Dans le jeu du bâton, Mme I. se met debout mais n'utilise pas l'espace de la salle et ferme son regard. En suivant les quelques conseils de la psychomotricienne, elle finira par prendre du plaisir dans cette pratique et le montrera par des esquisses de sourire. Une modulation du toucher s'effectuera sans y mettre l'accent dessus, parce qu'elle prendra la main de la psychomotricienne pour trouver l'équilibre sur le gros ballon en échangeant quelques regards.

Le regard joue un rôle important, il soutient notre toucher et montre au patient qu'on est présent et qu'on va l'aider, le soutenir et l'accompagner dans les difficultés rencontrées.

Ensuite, le psychomotricien peut proposer des séances de relaxation ou d'haptonomie.

Je vais vous détailler, un type de contact peau à peau que j'ai pu observer en stage. L'haptonomie est une pratique opérante pour les migrants qui ont vécu de tels traumatismes psychiques et corporels.

C) L'haptonomie

On associe souvent l'haptonomie à l'accompagnement pré et postnatal des parents et de leur enfant. Certes, c'est le domaine le plus connu de l'haptonomie mais à cela s'ajoute l'haptopsychothérapie. Cette spécialité s'adresse aux psychiatres, psychologues, psychothérapeutes et médecins généralistes et psychomotriciens travaillant en psychiatrie.

SCETBON caractérise l'haptonomie par la qualité de présence à l'autre et l'art de la "bonne relation". Cela s'exprime au travers d'un contact tactile et affectif qui sécurise et confirme le

patient dans son être. Il se sent reconnu, accepté sans jugement et peut ainsi laisser s'exprimer ses souffrances et avoir accès à sa mémoire corporelle.

Tout vécu laisse une trace dans le corps qui en est le premier réceptacle. Le but des séances d'haptonomie est que le patient accède de façon stable à une sécurité de base.

VELDMAN définit l'haptonomie comme une « science de l'affectivité »⁵⁸, elle est « au service du bien être psychoaffectif de l'être humain. Telle est sa motivation : le bien être de l'être humain.»⁵⁹

En haptopsychothérapie, loin de se retrancher dans "la neutralité bienveillante", le thérapeute s'engage dans la vérité de la rencontre avec son patient. Cette approche humaniste s'inscrit dans une éthique de la relation au sein d'un cadre thérapeutique sécurisé.

La confiance qui s'instaure alors permet au patient de mobiliser ses ressources profondes. Il entre en contact avec les lieux de sa mémoire affective et corporelle dans lesquels il ne s'est pas senti reconnu et respecté et peut alors laisser s'épanouir ses potentialités. Ce qu'il reçoit dans cette approche constitue une dimension réparatrice à la souffrance engrammée jusque-là. Les avancées du travail thérapeutique se vérifient dans l'expérience de la fluidité de la bonne relation dans "l'ici et maintenant".

DOLTO définit l'haptonomie comme une « science humaine, phénoménologique et empirique qui permet dans la réalité de l'ici et maintenant de la rencontre d'aborder l'humain dans le réel de sa globalité corps, psyché, affectivité sans aucune dissociation ni hiérarchie entre ces trois entités dynamiques et interdépendantes [...] un corpus de phénomènes observables, identifiables et reproductibles, caractéristiques de la vie affective humaine. L'haptonomie, parce qu'elle est étayée par un corpus théorique pluridisciplinaire, anatomoclinique, neurophysiologique, et psychologique, peut prendre en compte la manière dont s'opère et se rejoue sans cesse, le nouage entre la chair et l'esprit. »⁶⁰

REVARDEL explique que l'haptopsychothérapie est « une thérapie qui vise à aider la personne à établir, restaurer ou développer son équilibre psychoaffectif. Elle s'adresse aux personnes en souffrance et offre la possibilité de mobiliser elles-mêmes leurs ressources liées

⁵⁸ REVARDEL JL., *Comprendre l'haptonomie*, 2012, p 19

⁵⁹ Ibid, p16

⁶⁰ DOLTO C., *Accompagnement haptonomique de la grossesse dans son aspect préventif en cas de dépression maternelle, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Elsevier BV, vol. 52, n° 5, 2004, p 312

au goût de vivre, lequel désir et plaisir de vivre est le fondement même de l'existence humaine. »⁶¹

L'haptonomie permet au patient de se recentrer sur lui-même et permet un soutien émotionnel et relationnel.

En fin de séance, le patient s'exprime s'il le souhaite. L'étayage psychomoteur l'aide à mettre en mots verbalement et corporellement ses émotions, le soulage du poids qu'il a sur la conscience et l'amène à un apaisement psychocorporel général. Les patients laissent exprimer une réminiscence des souvenirs. Après plusieurs séances, on essaye d'amener le patient à une forme d'indépendance et d'autonomie sur la gestion autour de sa douleur et de son vécu de la douleur.

Nous venons de voir que la psychomotricienne peut utiliser une approche particulière : l'haptonomie, mais elle peut aussi effectuer un simple contact pour amener à une rencontre ou aller jusqu'à l'utilisation de médiateurs (balles, bâtons, tissus...). Cette variété d'approche par le toucher permet d'adapter le travail du patient. Mais l'utilisation du toucher ne peut avoir de sens que parce qu'il est parlé, symbolisé. Le psychomotricien, en établissant un temps de parole avec ses patients favorise la symbolisation par étayage du vécu sensoriel. Ce qui permet le passage de l'agi au représenté. C'est par ce biais que le toucher atteint le Moi et facilite une réharmonisation psychique par étayage des expériences sensorielles et sensibles.

Je vais illustrer cette approche par l'haptonomie et les bienfaits du toucher, en vous présentant le cas clinique de Mr G. Le choix de la présentation de la prise en soin de Mr G, dans ce mémoire permet d'établir le lien entre l'importance du contact tactile et la construction identitaire du sujet. Cela illustre aussi l'influence du cadre psychomoteur et l'ajustement dont le psychomotricien doit faire preuve pour gagner la confiance du patient, son adhésion et aller vers une alliance thérapeutique.

III) Cas clinique de Monsieur G.

Dans un premier temps, je présenterai M G., son histoire et notamment son évolution au sein de la structure. Dans un second temps, je développerai nos premières rencontres et l'évolution de Mr G. dans le soin en psychomotricité. C'est dans le cadre de mon stage en Equipe Mobile

⁶¹ REVARDEL JL., *Comprendre l'haptonomie*, 2012, p 32

Psychiatrie Précarité (EMPP) que je suis amenée à rencontrer Monsieur G. toutes les deux semaines en séance individuelle.

A) Histoire de Mr G.

Monsieur G. est un jeune homme de vingt-huit ans, francophone et originaire de la République Démocratique du Congo (RDC). Pays où le climat d'insécurité demeure majeur et a provoqué le départ de milliers de réfugiés fuyant les persécutions éthiques.

Avant son arrivée en France, Mr G. était compétiteur de haut niveau en judoka. Se préparant pour les Jeux Olympiques, Mr G. ne pourra finalement pas y participer. Le président Kabila s'y opposera et le remplacera par une autre personne.

Mr G. a deux enfants âgés de neuf et trois ans, avec lesquels il n'a plus aucun contact depuis qu'il a fui son pays.

Mr G. est arrêté pour des raisons politiques en 2012 en RDC. Il y est incarcéré plus de cinq mois dans des conditions de détentions violentes, où il sera torturé et violé par des militaires. Mr G. subira ces traitements répétés et violents à cause de son non engagement et son adhésion à l'un des partis politiques opposés au gouvernement en place. Appartenant au parti du Bundu Dia Kongo (BDK), un mouvement politico-culturel et religieux, qui lutte pour la défense, la protection et la promotion des droits et des intérêts du peuple Kongo à travers le monde. Il représente l'espace territorial de l'ancien royaume Kongo comprenant, la RDC, le Congo-Brazzaville, l'Angola, le Gabon et le Cameroun du Sud. Ce parti prône l'établissement d'un état fédéral en Afrique Centrale et l'éradication de l'injustice sociale et économique imposée au peuple Kongo par les gouvernements locaux.

Quelques mois plus tard, Mr G. parvient à sortir de prison en échange d'un versement d'argent.

En juillet 2013, à Kinshasa (Congo), il reçoit, lors d'une manifestation de multiples coups de matraques et coups de pied au niveau de la tête et du dos.

En juin 2014, il arrive seul en France.

B) Anamnèse

Mr G. a développé des symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême. Le psychiatre pose alors le diagnostic d'ESPT. Monsieur G. a été confronté à des événements extrêmement violents constamment revécus chez lui. Son sommeil est perturbé à cause des souvenirs répétitifs et envahissants, des cauchemars traumatiques et d'un sentiment de détresse psychique. Ces nombreuses révissances surviennent le jour comme la nuit.

On remarque aussi que Mr G. se replie sur lui-même. La journée Mr G. ne réalise aucune activité. On parle « d'émoussement psychique » lorsqu'une diminution de la réactivité au monde extérieur est perceptible.

En plus, de ces critères, il existe des comorbidités psychiatriques au syndrome de stress post traumatique. Nous constatons chez Mr G. une dépression, des troubles des conduites, une asthénie et des troubles psychosomatiques (céphalées).

A son arrivée en France, Mr G. est suivi par un médecin généraliste pour des céphalées frontales, occipitales et une dorsalgie. D'après lui, elles sont présentes depuis le traumatisme physique de juillet 2013 à Kinshasa.

Le médecin généraliste l'orientera ensuite vers l'EMPP en octobre 2014, en raison de sa symptomatologie. Mr G. fait des cauchemars récurrents qui provoquent des insomnies à répétition. Se mettront en place un suivi avec le psychiatre et un suivi avec la psychomotricienne à cette même date. Mr G. ne se présentera pas au trois premiers rendez-vous avec la psychomotricienne.

Mr G. est hébergé par des personnes qu'il rencontre ou par le 115. En juin 2016, il est hébergé pendant quelques mois, chez un Camerounais à Cenon, où il dort sous une véranda. Puis en novembre 2016, une dame l'accueille dans sa maison. En janvier 2017, il sera ensuite hébergé par un couple français à Cenon.

C) Suivi à l'EMPP

1) Prise en soin en psychiatrie

Le suivi psychiatrique de Mr G. débute en juillet 2014. Le traitement médicamenteux est associé à la prise en soin psychothérapique et psychomotrice. Il est composé d'un

neuroleptique (Tercian), d'un anti-psychotique (Risperidone), d'un antidépresseur (Sertaline) et d'un traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères (Alprazolam).

En octobre 2014, Mr G. semble très fatigué. Dans son discours, il y a une perte de sens de la vie et des repères. Il n'a toujours pas de nouvelles de sa femme, ni de ses deux enfants. Il a des idées suicidaires et est triste, passif et aboulique. Il est en incapacité d'exécuter les actes pourtant planifiés, et a une grande difficulté à prendre des décisions.

En septembre 2015, le psychiatre lui donne un certificat pour favoriser son accès au CADA (Commission d'Accès aux Documents Administratifs). Il reçoit alors par courrier une réponse négative de l'OFPRA et fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire dans l'appartement où il est hébergé. Il se dit triste et envahi par un sentiment d'injustice. L'OFPRA a refusé sa demande pour récit d'histoires apprises.

Tous les espoirs de Mr G. s'effondrent, il est désemparé et l'exprime par cette tentative de suicide. Elise PESTRE explique que « le sujet n'est ni expulsable, ni régularisable, ni coupable, ni innocenté. Le discours institutionnel et social rejetant, ravive la question d'appartenance à la communauté humaine »⁶². Jean François CHIANTARETTO ajoute à cela qu' « une telle négation de son témoignage équivaut à la négation du sujet »⁶³. Mr G. se sent rejeté et déprimé.

En janvier 2016, il a toujours des réviviscences diurnes et nocturnes. Il prend bien son traitement et commence la rédaction de son récit pour la CNDA mettant en lien ses maltraitances et sa pathologie psychiatrique. Mr G. est angoissé mais doit faire preuve de patience afin de régulariser sa situation administrative.

En avril 2016, il reçoit une réponse négative de la CNDA, Mr G. est dans un état passif et abandonnique.

L'hospitalité et les relations engagées avec les thérapeutes (médecin, psychiatre) permettent d'accrocher Mr G à la vie et lui permettent de rester investi. Ce travail de liaison apparaît opérant et ne doit pas se terminer.

Au niveau de sa pathologie psychiatrique, le psychiatre décide de demander un titre de séjour médical pour soins. Mr G. acceptera en mai 2016, par la suite, cette demande sera acceptée par le préfet en janvier 2017, lui donnant une autorisation de travailler.

⁶² PESTRE E., *La vie psychique des réfugiés*, 2010

⁶³ CHIANTARETTO JF., *Ecriture de si et trauma*, 1998

Mr G. est atteint d'ESPT mais n'a pas d'hallucination. Il explique ressentir beaucoup de douleur à l'intérieur de lui et fait des cauchemars éveillants (rêves de ses enfants morts). Son anxiété est très grande ce qu'il explique au psychiatre « J'ai peur quand j'entends une porte s'ouvrir, je repense à la porte de prison qui s'ouvrirait, j'ai peur d'être battu, violé, tué ». Mr G. est en incapacité à ressentir des émotions positives, ce qui est associé à un sentiment de désintérêt diffus. On parle alors d'état anhédonique et dépressif. Ce qui auparavant faisait plaisir à Mr G. (le judo), l'intéresse moins aujourd'hui.

Mr G. parle très peu lors des séances. Il faut alors trouver une autre approche qui peut s'effectuer par des séances d'haptonomie.

L'action synergique et complémentaire du psychomotricien et du psychiatre permettent l'articulation d'un travail sur la mise en jeu du corps et d'une mise en parole. La psychothérapie s'attachant à mettre en mots l'expérience traumatique, tandis que la psychomotricité, par le biais du corps, tenterait de revenir au sensoriel en lui permettant une mise en acte et une mise en mots. Ce travail de symbolisation autour du corps devra alors s'accompagner d'un travail de deuil de l'exil et de son vécu corporel pour que soit surmontée cette position traumatique. L'axe commun de ce travail complémentaire est un travail de rassemblement pour qu'elle puisse retrouver son corps et son identité.

2) Prise en soin en psychomotricité

Après un grand nombre de rendez-vous annulés ou oubliés, Mr G. commence sa prise en charge psychomotrice en août 2016.

La psychomotricienne ne réalise pas de bilan psychomoteur au sein de l'institution. Cette décision est argumentée par le fait que le plus souvent lors des premières rencontres, le patient est mal, pris par des manifestations de l'état de stress post traumatiques, qu'un bilan serait tout à fait inadapté. Un bilan standardisé n'est donc pas possible pour ne pas provoquer l'échec, mais l'observation clinique est indispensable.

Depuis août 2016, cette demande de séances de psychomotricité vient de Mr G. Il vient à ses séances car il pense que "les massages" pourraient être bénéfique pour lui. Prenant un temps d'échange, Mr G. revient sur son histoire et parle de son engagement politique, de l'importance du judo. A l'adolescence, le judo l'a aidé à avoir confiance en lui, ce qui lui a donné un statut et une place.

Avec la psychomotricienne, ils se rencontreront tous les quinze jours, pour une séance d'une heure, celle-ci se découpe en trois temps. Un temps d'échange pour discuter et tenir compte de l'état du patient. Puis un temps où la psychomotricienne effectuera un travail d'haptonomie sur les cicatrices et douleurs liées aux coups reçus. Un dernier temps pour échanger sur les améliorations et difficultés rencontrées lors de cette séance.

Lors des premières séances, Mr G. présente une hypersensibilité douloureuse et surtout anxieuse au toucher, qui cèdera progressivement avec le temps. Mr G. a conscience que ce travail prendra beaucoup de temps. Se sentant prêt à réveiller des souvenirs douloureux, il finit par accepter le contact et s'apaise peu à peu. A la fin de chaque séance d'haptonomie, il se sentira mieux.

3) Evolution du suivi en psychomotricité et de nos rencontres

Lors de ma première rencontre avec Mr G. en octobre 2016, lors d'une séance, sa présentation me donne l'impression d'un homme abattu, isolé, déprimé et semble avoir perdu tout intérêt pour le monde extérieur. Il nous explique qu'il dort très peu car il repense à tout ce qu'il lui est arrivé, sans donner de détail. Mr G. exprime très peu ses émotions et ses désirs et nous ne cherchons pas à les lui faire exprimer si cela ne vient pas de lui.

Il accepte ma présence pour la séance mais évite de me regarder. Mr G. a une corpulence imposante, il porte une capuche et une casquette, qu'il gardera sur sa tête pendant tout l'échange. Il semble très fatigué et cligne plusieurs fois des yeux. Son tonus musculaire est faible, comme si le moindre mouvement ramène chez Mr G. de la douleur.

Mr G. a des céphalées persistantes et des troubles du sommeil. Il se plaint de douleurs au dos et au torse dues aux mauvais traitements subis. Absorbé par sa réalité traumatique corporelle, Mr G. s'exprime toujours avec un ton monocorde vide de tout affect. Sa souffrance psychique ne parvient pas à se faire entendre autrement que par son corps.

« Le corps semble en effet devenir pour beaucoup le refuge. Il incarne parfois l'unique lieu dans lequel peuvent séjourner les maux douloureux. Le recours inconscient et quasi systématique du réfugié à ce corps qui a mal, en fait un support privilégié, à même de recevoir les attaques incessantes du psychisme en souffrance. »⁶⁴

⁶⁴ PESTRE E., *La vie psychique des réfugiés*, 2010, p 103

Les séances d'haptonomie permettent alors de travailler les cicatrices dans l'objectif d'une restauration globale.

Pendant plusieurs séances d'haptonomie, Mr G. ne formule pas grand-chose, il répond aux questions par hochement de tête ou un seul mot. La verbalisation peine à se frayer un chemin.

Mr G. a des petites cicatrices rondes sur le dos et en particulier sur le côté droit. Sur le torse, des cicatrices plus imposantes sont présentes. Ces différentes blessures ont été causées par la répétition des coups reçus.

On remarque que ses muscles, sa peau se rétractent avant même le premier contact. M.J DEL VOLGO explique que le corps manifeste une « mémoire trop vive d'un passé douloureux ». ⁶⁵ Au début des séances d'haptonomie, Mr G. a du mal à venir au contact de la psychomotricienne. Chez ce patient, il y a des zones du corps qui sont très douloureuses et en particulier le côté droit du dos. Ce toucher s'effectuera en partant sur des régions du corps moins douloureuses afin de découvrir des modes de tension et relâchement sur les parties dites saines et de faire des allers-retours avec les parties dites douloureuses. Sa peau se rétracte puis peu à peu, elle s'assouplit. La psychomotricienne commence par le bas du dos, zone qui est plus facile pour un premier contact avec Mr G. Elle débute par le côté gauche avant d'aller sur le côté droit (côté sévices). Ce toucher permettra à Mr G. une gestion de la douleur, du stress et de l'anxiété et facilitera une réintégration d'un vécu plus global.

« Toucher, masser, c'est créer un mouvement de balancier dans le corps de l'autre pour faire surgir du plus profond de sa chair les mémoires qui y sont engrammées. » ⁶⁶ Cette façon de prendre soin de l'autre vient le contacter au plus profond de sa personne, dans un registre assez archaïque.

Puis progressivement après plusieurs séances d'haptonomie, il arrive lors d'une séance à évoquer ce qui lui est arrivé. Il parle de tortures avec des barres électriques et va jusqu'à dire à la fin de la séance « Avant je ne sentais plus mon corps, j'avais trop mal, maintenant je me sens un peu mieux et ça m'aide moralement. »

« Le corps détendu, en confiance, s'ouvre petit à petit, lâche les résistances. Accompagné par les mains du masseur, le patient cherche à comprendre sa souffrance intérieure ». ⁶⁷ Le toucher soulage le patient en modifiant son vécu par rapport à cette souffrance. Le travail qui se met

⁶⁵ DEL VOLGO M.J., *La mémoire au corps, Cliniques méditerranéennes n°67, 2003, p 120.*

⁶⁶ CORDIE C., *Passer du corps à l'âme, Cahiers jungiens de psychanalyse 2006/2 (n° 118), p. 55-57*

⁶⁷ Ibid

en place autour des sensations corporelles chez Mr G, favorise le réinvestissement de son corps.

Au fil des séances d'haptonomie, il est d'emblée plus dans le contact. Puis peu à peu, Mr G. perçoit une souplesse et moins de douleurs mais cela reste encore présent en profondeur.

A la fin d'une rencontre, la psychomotricienne s'absente pour aller chercher à Mr G., un bon pour aller boire un café dans une association. Cette invitation permet à Mr G. de sortir et de créer du lien social.

Me retrouvant seule avec Mr G., je lui demande ce qu'il ressent après les séances d'haptonomie. Surprise par son long discours, il me dit « J'ai reçu beaucoup de torture, ça m'a bloqué le corps, je ne ressentais plus rien, même si on me donnait un coup de poing. Grâce aux séances, ça me fait ressentir mon corps et ressortir mes douleurs, ça me fait beaucoup de bien. Il faut continuer. »

Lorsque Mr G. m'évoque la douleur en lien à ses traumatismes vécus, il est encore en état de choc, plongé dans la stupeur. Ses blessures sont très douloureuses et les séances de psychomotricité aident à leur cicatrisation psychique progressive. Ce traumatisme est un ensemble de douleurs liées à son passé, ainsi qu'à ses plaies physiques. Leur cicatrisation doit s'effectuer par un travail psychique.

Mais ce jour là, c'était la première fois que Mr G. le verbalisait très clairement. A son départ, je le trouvais libéré d'une charge, il n'avait plus la même posture, ni la même démarche qu'à son arrivée. J'observais un tonus plus bas, des épaules relâchées.

J'ai été étonnée de son discours, il déroulait un récit sans étayage de questions. J'avais compris par ses mots, la mise en péril et sa douleur précisément intraduisible.

L'implication psychocorporelle du psychomotricien dans le suivi de Mr G. est alors essentielle afin de lui renvoyer une image sur laquelle il peut s'appuyer. « L'image du corps est l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres. »⁶⁸.

Dans ce sens, il pourra se sentir accompagné, soutenu, et contenu ce qui facilitera la mise en mouvement. Cela permettra une ouverture sur ses sensations et sur l'écoute de ses ressentis. C'est dans cette "préoccupation soignante primaire" c'est-à-dire dans notre écoute, notre

⁶⁸ POTEL C., *Etre psychomotricien*, 2010, p 145

disponibilité, notre posture de psychomotricienne que nous amenons Mr G. à expérimenter la détente et la modulation tonique. Ainsi nous l'accompagnons à une verbalisation et l'élaboration psychique.

En s'ajustant à ce qui est tolérable ou non, notre rôle en tant que psychomotricienne est de faciliter par ce contact tactile la restauration de sa corporéité, tout en garantissant à Mr G un cadre stable et contenant. La verbalisation est compliquée pour Mr G. Le psychomotricien a aussi un rôle à jouer dans l'importance du ton, de la voix, du rythme des mots qui sont des repères pour Mr G. On propose à Mr G. de sortir du vécu brut des sensations vers une symbolisation des ressentis. Mais c'est aussi une rencontre entre deux personnes, qui permet une réhumanisation chez Mr G.

Cette prise en soin avec Mr G. m'a appris à identifier mes propres ressentis et émotions. Cela m'a permis de prendre conscience de ce que je pouvais renvoyer lors d'une séance. J'ai aussi appris l'importance de la verbalisation lors des séances et comment accompagner par la parole différentes situations telle que le toucher.

Les premiers éprouvés de relâchement vont s'activer à travers la voix, le regard, les mots mais surtout à travers notre toucher. Ainsi le soignant peut être dans une position maternante à ce moment là et adopter la fonction de « holding » dont parle WINNICOTT. C'est par le toucher, que le patient peut se sentir tenu et contenu créant un socle au sentiment de « continuité d'être ». En l'enveloppant par la voix, le regard, le toucher, nous lui offrons une position de sécurité de base qui amène le relâchement et la détente. AJURIAGUERRA parle de dialogue tonico-émotionnel.

POTEL dit que « Les expériences fondamentales qui s'enracinent dans les expériences du corps en relation à l'autre et à son environnement vont constituer un socle identitaire primaire, cette base narcissique solide, qui permettra d'accéder à des processus cognitifs qui engagent la pensée, la réflexion, ces mécanismes de symbolisation plus secondarisés.»⁶⁹

Dans le cas de Mr G., ces expériences fondamentales, il les a connues mais elles ont été fragilisées par son histoire personnelle. Les séances d'haptonomie l'aideront à vivre des expériences corporelles positives et favoriseront une reconstruction identitaire. Mais c'est aussi à travers ce sentiment de sécurité interne et cette réassurance qu'il commencera une intériorisation de ce vécu et de ses éprouvés, ce qui l'amènera ensuite à une formulation de ses pensées et à cette symbolisation.

⁶⁹ POTEL C, *Etre Psychomotricien*, 2010, p 85

Conclusion :

L'émergence des troubles a amené Mr G. à un état de dépersonnalisation et d'effondrement psychique. A son arrivée à l'EMPP, Mr G. a une identité fragile, les séances de psychomotricité lui ont permis de se sentir écouté, compris d'avoir une place et d'exister.

La douleur attaque le sentiment identitaire et envahit le Moi. Le patient peut donc vivre son corps comme séparé de lui-même. Le toucher permet une conquête de son unité corporelle ainsi qu'un étayage identitaire. Il permet aussi une mise en mouvement chez Mr G., ce qui l'amènera vers une orientation sur le monde extérieur.

On voit ici, le lien entre l'importance du toucher/ du contact tactile et la construction identitaire du sujet.

IV) Les bénéfices du toucher

Après cette étude de cas, nous expliquerons les bienfaits du toucher auprès des personnes migrantes de façon plus générale.

A) Une construction identitaire

1) Le toucher comme fonction contenant

Nous avons déjà vu l'importance des expériences corporelles et psychiques que la mère offre à son enfant, permettant par la suite, la bonne constitution de son enveloppe psychocorporelle. Le toucher est indispensable à la survie de l'être humain et peut être associé à cette fonction de maternage. L'enveloppe maternante peut être mise en parallèle avec l'enveloppe thérapeutique dans la pratique psychomotrice avec les patients migrants.

Mme O. a 22 ans et est originaire du Cameroun. Elle vit en France depuis 2 ans. Lorsque je la rencontre pour la première fois, La psychomotricienne lui propose une séance d'haptonomie, lors du premier contact, Mme O. se met à pleurer et demande si on va la lâcher parce qu'elle est malade. Par ce questionnement, Mme O. semble souligner la peur d'être abandonnée. Mme O. retrouvera un apaisement intérieur, par un toucher contenant et des bercements. Le toucher apaise Mme O. à un instant T et apporte un élément de réponse qu'il lui convient et semble être positif pour elle.

Les patients nous expliquent qu'avec les séances d'haptonomie, ils ressentent des effets positifs qui durent quelques heures voir quelques jours.

Mme E. est âgée de 26 ans et est Congolaise. Les séances de psychomotricité par l'intermédiaire de l'haptonomie l'aide beaucoup. En fin de séance, elle dit « se sentir bien à l'intérieur d'elle-même comme dans une couveuse pour les bébés ». Mme E. ressent les bienfaits de ces séances pendant trois jours.

L'apport psychomoteur par l'expérimentation du toucher permet au patient de retrouver en soi une sécurité interne suffisamment solide pour se réapproprier son corps. Le psychomotricien doit être disponible corporellement et émotionnellement pour tendre vers un toucher contenant et enveloppant pour le patient. « Le toucher lui permet de retrouver une limite, une enveloppe corporelle, offrant l'ancrage nécessaire pour retrouver la conscience de soi. »⁷⁰ Le toucher permet au patient de prendre conscience de soi et de restaurer une image de soi plus unifiée.

2) Le toucher comme fonction de communication émotionnelle

Pour FIELD, « les premiers liens émotionnels d'un enfant se construisent à partir d'un contact physique, posant les fondements de son futur développement émotionnel et intellectuel. »⁷¹ Cela renvoie au fait que le toucher par la mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel, amène à la première communication qu'est l'échange émotionnel.

De ce fait, passer par le toucher permet au psychomotricien de rentrer en relation avec la personne et ensuite de restaurer une communication rassurante et réelle.

⁷⁰ NARBONNET M., *Un corps devenu étranger*, l'Autre, 2014, Volume 15, p 29-37

⁷¹ FIELD T. et BOUILLOT. F, *Les bienfaits du toucher*, 2003, p 25

Lors d'une séance de psychomotricité, Mr C. originaire du Cameroun est peu bavard. Il fixe le sol et parle très peu. Le son de sa voix est si faible que je n'entends pas ce qu'il dit. L'échange verbal est compliqué pour Mr C. D'après POTELE, « le toucher intervient souvent là où il n'y a pas de mots »⁷². Il arrive que nous devons souvent passer par un contact corporel, pour rentrer en relation.

SARDA, explique qu'« en touchant au corps, on touche à ce qu'il produit psychiquement : émotions, retour ou naissance des éprouvés sensoriels, sentiments, pensées.»⁷³

Après une séance d'haptonomie, Mr C. sent une différence. La psychomotricienne lui demande comment il se sentait à son arrivée. Mr C. marque un temps de silence et se met à pleurer. Ayant du mal à mettre des mots sur cette différence. La psychomotricienne lui propose de représenter sur deux feuilles différentes à l'aide de pastels, son état à son arrivée et après la séance. Il exprime son état d'arrivée par des tourbillons rouges et marrons. Puis exprime son état de fin de séance, par des tourbillons verts clairs. Mr C. nous explique qu'il aime le vert et se sent apaiser.

Chez les migrants, comme chez tous être humain, quand le corps subit des violences physiques et ou psychiques, il les garde en mémoire. Lorsque le corps est blessé, ce sont les douleurs physiques, les blessures qui sont soignées de façon prioritaires mais il ne faut pas négliger la charge émotionnelle portée par le corps du sujet.

Lors d'un premier contact avec la psychomotricienne, Mme O. nous dit que son petit ami l'a quitté parce qu'elle crie en dormant. Ce contact qu'il y a eu entre elle et la psychomotricienne lui a sûrement renvoyé le vécu de sa solitude. La psychomotricienne s'assoit alors à côté d'elle. Mme O. exprime sa souffrance, par des gémissements de douleurs et des pleurs de plus en plus forts. Puis progressivement, elle reprend son souffle et demande si elle est folle. La psychomotricienne trouve les bons mots pour lui expliquer que c'est par le sommeil qu'elle évacue les événements vécus.

Durant mon stage, j'ai observé que les migrants exprimaient leurs émotions et évacuaient leurs angoisses souvent sous forme de mots ou de pleurs (comme l'illustre la vignette clinique de Mme O.) ou par le dessin (vignette clinique de Mr C.). La réciprocité qu'impose le toucher

⁷² POTELE C., *Entre théorie et pratique*, 2010, p127

⁷³ SARDA J., *Le toucher en thérapie psychomotrice*, Enfance et Psy, 4/2002 n°20, p 86-95

permet au sujet de se sentir considéré et reconnu. Cela favorise la restauration d'une sécurité interne et permet de redynamiser et de nourrir, le concept développé par WINNICOTT, « le sentiment continu d'exister ».

L'apport psychomoteur par le toucher cherche à libérer les tensions corporelles du patient en tenant compte de son état émotionnel. Le psychomotricien amène le patient à une prise de conscience de ses tensions sous forme d'images ou de sensations. Un ajustement de la régulation tonique peut être amené, et permettre au sujet de renouer le contact avec ses émotions, ses affects et son imaginaire.

3) Le toucher comme fonction de réparation

Pour FIELD, le toucher a « un effet positif sur l'abaissement du stress, de l'anxiété, du rythme cardiaque et le renforcement du système immunitaire »⁷⁴. Des bénéfices peuvent être perçus en termes de « diminution de l'intensité des symptômes physiques tels que la douleur, les nausées ou la fatigue, mais également psychologiques tels que la dépression ou l'anxiété. »⁷⁵ Les bienfaits du toucher sont nombreux, ils apportent autant au niveau physique que psychique.

Mr C. se sent fatigué, il ressent des douleurs aux épaules et n'arrive pas à dormir. Durant la journée, il marche de temps à temps dans les jardins ou les universités. Il est en demande d'une séance d'haptonomie et ira s'allonger sur le lit. Après un contact peau à peau, Mr C. se sent plus calme. En se relevant, il me regarde pour la première fois et ses épaules se sont relâchées. Le toucher entraîne chez Mr C. des réductions des tensions musculaires.

SARDA dans son article explique que « le toucher en psychomotricité permet de cicatriser, de soigner, voire de construire le Moi-Peau ». Par ce toucher, nous amenons le patient à la « naissance d'un moi corporel et psychique ».⁷⁶ Nous cherchons à reconstruire le Moi-Peau fragilisé en passant par un apaisement, du réconfort, une réassurance et une restauration du sentiment de continuité d'être. Le toucher semble permettre au patient de se reconstruire une

⁷⁴ FIELD T. et BOUILLOT. F, *Les bienfaits du toucher*, 2003, p 10

⁷⁵ BOLLONDI-PAULY C., BOEGLI M., *Les bénéfices du Toucher-Massage® : lien avec la spiritualité*, *Revue internationale de soins palliatifs*, 4/2016 (Vol. 31), p. 157-162.

⁷⁶ SARDA J., *Le toucher en thérapie psychomotrice*, *Enfance et Psy*, 4/2002 n°20, p 86-95

vision de lui-même et ainsi de solidifier la reconstitution de son identité.

Mme O. est très stressée par son nouveau travail de cyclocargo, cela consiste à transporter des cartons pleins à vélo. Elle est déjà tombée et ne sait pas si elle va réussir à surmonter cette peur. Elle finit par nous expliquer que cela lui rappelle un souvenir d'enfance, où elle a vu un cycliste se faire écraser par une voiture. Cette situation l'a beaucoup marqué et l'angoisse. Après la séance d'haptonomie, Mme O s'est endormie. A son réveil, elle dit qu'elle se sent bien. Elle semble moins angoissée et a envie de surmonter sa peur en poursuivant son travail. Les séances de psychomotricité semblent l'aider à gérer ce stress et améliore son sommeil.

Par ce toucher, le psychomotricien essaye d'amener le sujet à rompre ce cercle vicieux, stress, tension et douleur tout en favorisant un réinvestissement corporel et psychique.

L'importance de la régularité des séances, l'investissement des patients dans cette prise en soin ainsi que la disponibilité corporelle et émotionnelle du psychomotricien, sont aussi des éléments qui favorisent les bienfaits du toucher dans le temps.

Le toucher par ces propriétés de communication, de contenance et sa fonction réparatrice, amène le sujet à tendre vers une élaboration psychique, une mise en sens.

B) Transformation de cette souffrance par une mise en sens de l'éprouvé corporel

Le toucher prend en considération et agit sur le tonus, le schéma corporel, l'image corporelle. Il offre différentes sensations qui sont agréables et amène à des sentiments moins douloureux. Il contribue à soulager les tensions, les douleurs et à prendre en compte le sujet dans sa globalité avec son histoire personnelle parfois traumatisante. Le toucher réactive la dynamique corporelle et aide le patient à se mettre en mouvement. Le patient peut ainsi retrouver du plaisir à bouger et se reconstruire psychiquement en se sentant écouté, entendu et reconnu. Ainsi l'émergence d'une résilience peut se mettre en place.

Dans le cas de Mr M., le toucher sera présent mais passera plus par des prises de contact des mains et le soutien du regard.

Mr M. a 22 ans et est originaire de la RDC. Il est arrivé en France, il y a 4 ans. Bénévolement, il entraîne les jeunes au football mais annule des entraînements parce qu'il ressent des maux de tête. Il nous explique que cela se transforme ensuite en pensées négatives et images désagréables. Lorsqu'il est dans cet état, il reste enfermé pour ne pas montrer cette facette de lui. Il ressent de la colère mais n'arrive pas à l'extérioriser. Il l'a gardée en lui et se renferme sur lui-même.

Mr M. a un passé très douloureux. Son père a été violent avec lui et est décédé quand il avait 9 ans. Sa mère décède d'un cancer, il se retrouve orphelin à l'âge de 16 ans. Au lycée, il est tombé amoureux d'une fille qui est tombée enceinte. A la suite de cet événement, Mr M. a été séquestré et battu pendant cinq jours. Il a réussi à s'enfuir. Son tuteur a alors organisé son départ vers Paris. Des passeurs l'amèneront ensuite jusqu'à Bordeaux, où il sera trouvé par l'EMPP avec encore les marques de ses blessures sur le visage.

Les séances de relaxation pour abaisser cette colère n'ont pas d'effet sur lui, n'y adhérant pas. La psychomotricienne propose alors de créer une phrase à trois, en proposant un mot chacun son tour. Puis chacun se retourne face à un mur. Nous récitons cette phrase chacun notre tour avec des émotions différentes. Mais Mr M. a du mal à laisser s'exprimer sa colère. Je la prononce alors plusieurs fois en accentuant cette colère, ce qui l'aidera par la suite à l'exprimer. Après s'être mis en colère, Mr M. ressent un soulagement, « ça fait du bien » dit-il. Nous apprenons par la suite que Mr M. écrit beaucoup lorsqu'il est en colère et qu'il n'arrive pas à l'exprimer.

A la séance suivante, Mr M. amène un texte et accepte de nous le montrer. Il trouve ridicule de le relire. Il nous explique que lorsqu'il écrit, il ne réfléchit pas. Il écrit tout ce qui lui passe par la tête mais cela ne veut rien dire pour lui. Il dit même « ce sont que des bêtises, je ne peux pas le lire. »

On retrouve alors une analogie dans la posture du soignant avec la théorie de BION sur la fonction alpha qu'exerce la mère auprès de son enfant. En tant que soignant, nous transformons les projections de Mr M. en éléments pensables. De ce fait, un contenu (soit les éléments non pensables par Mr M.) est projeté dans un contenant (c'est-à-dire notre appareil à penser les pensées) dans lequel il va faire sens puis va être réintrojecté sous la forme de

contenant-contenu et permettra à Mr M. de ne pas être débordé par ses sensations, y mettre du sens et se les approprier au fil des séances.

Finally, il acceptera de nous en faire une lecture. Lors de ma lecture, la psychomotricienne s'assoit à côté de lui et pose sa main dans le dos. Par le soutien de la psychomotricienne, Mr M. pourra trouver en lui un appui, une base corporelle nécessaire à l'établissement d'un fondement psychique stable. Les lectures du texte sont chargées émotionnellement mais lui permettent d'exprimer sa détresse puis de la mettre à distance.

Par notre fonction contenant, nous pouvons accompagner Mr M. à intégrer ses éprouvés corporels et développer son propre appareil à penser. Ainsi Mr M. se sentira compris et pourra accéder à une pensée de plus en plus élaborée ce qui lui permettra une prise de conscience du Moi.

La séance suivante, La lecture de ce texte, s'effectue sur le rythme d'une musique choisi ensemble. Ce travail d'imprégnation et de mise à distance lui fait du bien dit-il. Le corps de Mr M. retrouve une énergie tout en se libérant du poids du passé. Les séances de psychomotricité lui laissent l'opportunité de se remettre en lien avec lui-même et avec son histoire. Il peut s'exprimer et dépasser son vécu douloureux et ainsi tendre vers un équilibre et une harmonie. Une résilience est en train de se mettre en place chez Mr M.

La résilience est « la capacité à vivre, à réussir, à évoluer favorablement malgré les événements traumatisants vécus dans le passé ».⁷⁷ Ainsi le patient réapprend à vivre dans et avec son corps, avec le temps.

Mr M. exprime sa souffrance à travers son texte par l'appui de musique, de temps de silence et d'expression de différentes émotions, ce qui l'amène à une mise en sens des éprouvés corporels.

Dans chaque séance, s'échange un vécu qui va servir de base de travail. Les ressentis vont être mis en lien avec l'histoire du sujet.

BION explique que l'espace thérapeutique permet une relation entre le thérapeute et le patient, où une souffrance peut s'exprimer et être contenue puis transformée par la pensée pour être rendue tolérable.

⁷⁷ CYRULNIK B., *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 2002

La prise en compte des évènements vécus et de ses conséquences par le biais d'échanges et d'éprouvés corporels via le toucher, atténuera l'hétérogénéité de « ce corps étranger interne », en établissant des liens avec les représentations. *Par notre fonction contenant, Mr M arrive à exprimer sa souffrance qui pour lui était non pensable avant, et l'amène à une élaboration psychique.*

CONCLUSION

A travers ce mémoire, j'ai voulu resituer la dimension tactile dans la dynamique relationnelle mère-enfant et montrer que le toucher est indispensable au développement de l'enfant. Mon expérience auprès des migrants m'a amené à comprendre en quoi le toucher représente une piste de soin privilégiée pour les problématiques rencontrées par ces personnes.

Le toucher est convoqué par plusieurs actions de la vie quotidienne. Ce n'est pas un médiateur, il a une place à part puisqu'il fait partie de notre vie, de nos échanges.

Le médiateur est un choix du psychomotricien, c'est une prise de décision. On choisit d'utiliser cette technique, cet outil. Mais le toucher de façon plus générale n'est pas utilisé par le psychomotricien forcément par choix, par goût. Le toucher est présent partout. Il peut se convoquer, se provoquer, et peut aller jusqu'à heurter des personnes et soi-même.

Lorsqu'on touche, on est soi-même touché, il y a une proximité, un échange intime. En touchant l'autre, de manière générale, on pourrait dire qu'il n'y a pas de distance relationnelle. Mais cette juste distance est présente en séance de psychomotricité grâce au cadre thérapeutique garanti par le psychomotricien. Le toucher engage les deux partenaires mais il est avant tout une rencontre.

De plus, par le toucher le psychomotricien communique à travers le dialogue tonico-émotionnel sa réalité du moment et reçoit en retour celle de l'autre et du monde environnant.

Les éprouvés corporels à travers le toucher, amène le patient à une modification de sa souffrance sous forme d'élaboration psychique, comme ANZIEU l'explique en passant du Moi-peau au Moi-pensant. Les migrants ont quitté leur vie d'avant pour une vie d'ailleurs avec un corps devenu étranger par les traumatismes vécus. Le corps peut être vu comme étranger aux yeux des autres mais il est avant tout étranger à soi-même. Ils se sentent isolés et peuvent avoir perdu toute confiance en l'humanité avec les atrocités vécues.

L'apport psychomoteur ramène les patients sur le chemin d'une réhabilitation en tant que sujet et on l'a vu, en particulier, chez les personnes ayant développé un ESPT. Cette reconstruction identitaire passe par une réinscription de leur corps et de leur parole dans un espace où ils peuvent être entendus et reconnus en tant que sujet dans leur entièreté. L'attention qu'apporte le psychomotricien au corps du patient, va aussi participer au

renforcement de son narcissisme. Par le toucher, le psychomotricien permet au patient de reconstruire le lien permanent qui existe entre le corps et l'esprit.

Ainsi, le toucher accompagné d'un étayage relationnel et d'une reconnaissance, va favoriser l'investissement et une réappropriation de son corps en percevant son corps comme unifié et total en vue d'une reconstruction identitaire.

L'expérience de ce stage et la rédaction de ce mémoire m'ont permis d'approfondir mes valeurs professionnelles mais aussi humaines. Chaque séance de psychomotricité auprès de cette population, demande avant tout une implication de soi et m'a souvent confronté à une réalité parfois difficile à concevoir.

Mon stage se poursuit encore et je continue d'apprendre beaucoup au sein de cette structure et auprès des personnes que j'accompagne. Cette expérience aura marqué mon identité de future psychomotricienne. J'aurais compris que devenir psychomotricien, c'est avant tout acquérir une identité professionnelle forgée par l'expérience ainsi qu'une réflexion et un cheminement qui ne sont pas prêts de s'arrêter.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D., *Le Moi Peau*, Ed Dunod, 2006
- BALLIERE F., *Les recours aux soins des demandeurs d'asile*, Ed l'Harmattan, 2011
- BION W.R., *Théorie de la pensée*, *Revue française de Psychanalyse*, 1964, p 75-84.
- BODIN G. et ROUFFI A., *L'accès aux soins des demandeurs d'asile et réfugiés politiques en Gironde*, *La revue CD33OM*, N°63, 2016
- BOLLONDI-PAULY C., BOEGLI M., *Les bénéfiques du Toucher-Massage: lien avec la spiritualité*, *Revue internationale de soins palliatifs*, 4/2016 (Vol. 31), p. 157-162.
- BONNETON-TABARIES F., LAMBERT-LIBERT, *Le toucher dans la relation soignant-soigné*, Ed Med-line, 2009
- CICCONE A., L'HOPTITAL M., *Naissance à la vie psychique*, Ed Dunod, 1994
- CHIANTARETTO JF., *Ecriture de si et trauma*, Ed Economica, 1998
- CLERGET J., *La main de l'Autre, le geste, le contact et la peau*, Ed Erès, 1997
- CORDIE C., *Passer du corps à l'âme*, *Cahiers jungiens de psychanalyse* 2006/2 (n° 118), p. 55-57
- CYRULNIK B., *Un merveilleux malheur*, Ed Odile Jacob, 2002
- DEL VOLGO MJ., *La mémoire au corps*, *Cliniques méditerranéennes*, n°67, 2003, p 120
- DESOBEAU F., *Identité et fonction du psychomotricien*, *Thérapies psychomotrice et Recherche*, n° 162, 2010
- DOLTO C., *Accompagnement haptonomique de la grossesse dans son aspect préventif en cas de dépression maternelle*, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Elsevier BV, vol. 52, n° 5, 2004, p 312
- DOLTO F., *Le sentiment de soi aux sources de l'image du corps*, Ed Gallimard, 1997
- DOLTO F., *L'image inconsciente du corps*, Ed Seuil, 1984
- FERRAGUT E., *Emotion et mémoire, le corps et la souffrance*, Ed Masson, 2004

- FERRAGUT E., *Emotion et traumatisme, le corps et de la parole*, Ed Masson, 2005
- FIELD T. et BOUILLOT. F, *Les bienfaits du toucher*, Ed Payot, 2003
- GENSOUS C., *Etude du lien entre l'état de stress post traumatique et la somatisation chez 25 réfugiés africains victimes de tortures et suivi pour stress post traumatiques*, Travaux Universitaires
- GERBES A. et al, *Mieux repérer la souffrance psychiques des patients migrants primo arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivi psychiatriques*, volume 91, 2015, p 243-254
- GHEDIGHIAN-COURIER JJ., *Le toucher, un sens aux multiples avatars*, 2006, n°118, p 17-28
- GIROMINI F., ALBARET J-M., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Méthodes et techniques*, tome 2, Ed De Boeck Solal, 2015
- GIROMINI F., ALBARET J-M., SCIALOM P., *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Cliniques et thérapeutiques*, tome 3, Ed De Boeck Solal, 2015
- HALL E.T, *La dimension cachée*, Ed Seuil, 1971
- HONNETH A., *La lutte pour la reconnaissance*, Ed du Cerf, 2010
- HONNETH A., *La théorie de la reconnaissance: une esquisse*, *Revue du MAUSS*, 1/2004 (n° 23), p. 133-136
- KAES R. et Al, *Différence culturelle et souffrance de l'identité*, Ed Cazaubon, 1998
- LAPLANCHE J., PONTALIS JB, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Ed Puf, 2002
- LEBIGOT F., *Traiter les traumatismes psychiques: Clinique et prise en charge*, Ed Dunod, 2011
- MONTAGU A., *La peau et le toucher, un premier langage*, Ed Seuil, 1979
- MUCCHIELLI A., *L'identité*, Ed Puf, 2009
- NARBONNET M., *Un corps devenu étranger*, L'Autre, 2014, volume 15, p 29-37
- PRAYEZ P., SAVATOFISKY J., *Le toucher apprivoisé pour une approche différente du patient*, Ed Lamarre, 2009

- PRAYEZ P., *Le toucher en psychothérapie*, Ed Desclée de Brouwer, 1994
- PESTRE E., *La vie psychique des réfugiés*, Ed Payot, 2010
- PIREYRE E., *Cas pratique en psychomotricité*, Ed Dunod, 2015
- PIREYRE E., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Ed Dunod, 2011
- POTEL C., *Etre Psychomotricien*, Ed Erès, 2010
- POTEL C., *Entre théorie et pratique*, Ed In Press, 2010
- RANTY; *Le corps en psychothérapie de relaxation : de la sensation à la pensée*, Ed L'Harmattan, 2001.
- REVARDEL JL., *Comprendre l'haptonomie*, Ed Puf, 2012
- SADLIER K., *L'état de stress post traumatique chez l'enfant*, Ed Puf, 2001
- SARDA J., *Le toucher en thérapie psychomotrice*, *Enfance et Psy*, n°20, 2002, p 86-95
- SOURCE INTERNET :
- <http://annuaire.action-sociale.org/?p=chrs-les-capucins-330056797&details=caracteristiques>
- https://www.ofpra.gouv.fr/sites/default/files/atoms/files/161215_-_guide_de_procedures.pdf
- <https://www.forumrefugies.org/s-informer/actualites/statistiques-de-l-asile-en-france-un-meilleur-niveau-de-protection-en-2013>
- VASSE D., *Le temps du désir*, Ed Seuil, 1969

ANNEXE

Les critères de diagnostic

Selon le DSM IV, chaque sujet atteint d'ESPT doit présenter ces différents points du tableau clinique.

Critère A : La confrontation avec l'événement traumatique

Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents. Si ces deux éléments ne sont pas présents, l'état de stress post traumatique n'aura pas lieu.

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

Critère B : Symptômes d'intrusion

L'évènement traumatique est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs des façons suivantes :

- Des souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement, provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
- Les rêves répétitifs de l'évènement provoquant un sentiment de détresse.
- L'impression ou agissement soudains « comme si » l'évènement traumatique allait se reproduire (le sentiment de revivre l'évènement, des illusions, des hallucinations et des flash back).
- Le sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause.
- Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique.

Critère C : Symptômes d'évitement et d'émoussement

Ceci correspond à un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et un émoussement de la réactivité générale, ne préexistant pas avant le traumatisme. Il faut qu'il y ait au moins trois des manifestations suivantes :

- Des efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme.
- Des efforts pour éviter les activités, les situations, les endroits ou les gens qui éveillent les souvenirs du traumatisme, c'est-à-dire qui peuvent entraîner une réactualisation du traumatisme.
- L'incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme, on peut parler de refoulement.
- Une réduction nette de l'intérêt pour des activités qui étaient antérieurement importantes pour le sujet ou bien une réduction de la participation à ces mêmes activités. Souvent, une diminution de la réactivité au monde extérieur, l'investissement va être moindre et le sujet va exprimer son manque d'intérêt. Il a comme une sorte d'émoussement psychique ou d'anesthésie émotionnelle.
- Un sentiment de détachement d'autrui ou bien sentiment de devenir étranger par rapport aux autres.
- Une restriction importante des affects.
- Un sentiment d'un avenir bouché. Par exemple, on pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants et reprendre le cours normal de la vie.

Critère D : Symptômes neurovégétatifs

Présence de symptômes persistants traduisant une activité neurovégétative, ne préexistant pas avant le traumatisme, comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- Des difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu qui peuvent être dues à des cauchemars répétitifs durant lequel l'évènement traumatique est revécu.
- Une irritabilité ou des accès de colère
- Des difficultés de concentration ou le sujet ne parvient pas à aller jusqu'au bout de certaines tâches.

- Une hypervigilance : le sujet est sur le qui-vive
- Une réaction de sursaut exagérée

Critère E : La perturbation

Les symptômes vus précédemment doivent durer plus d'un mois. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

- Présence d'un trouble aigu si c'est inférieur à 3 mois
- Présence d'un trouble chronique si c'est supérieur à 3
- On peut avoir une survenue différée si le début des symptômes apparaît au moins 6 mois après le facteur stress

L'état d'ESPT est associé à des taux très élevés de troubles dépressifs majeurs, de troubles liés à l'utilisation d'une substance, de TOC, de troubles d'anxiété généralisée, de phobies sociales, d'agoraphobie et ces troubles peuvent soit précéder soit suivre ou bien apparaître en même temps que l'état d'ESPT.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	p.1
Avants propos.....	p.4
Introduction.....	p.5
<u>PARTIE I : Le toucher</u>	p.8
I) La signification du mot « toucher » et ces différents sens.....	p.9
A) Étymologie.....	p.9
B) Définition.....	p.9
C) Différents touchers selon les cultures.....	p.10
D) Une double interaction touché-touchant.....	p.11
II) Le rôle du toucher dans le développement de l'enfant.....	p.12
A) Le toucher : un sens primordial.....	p.12
1) Le toucher anté-natal.....	p.12
2) Le toucher péri-natal.....	p.13
3) Le toucher post-natal.....	p.14
B) Le toucher est un mode de communication.....	p.15
2) Les récepteurs tactiles de la peau.....	p.15
3) La peau, un espace de frontière.....	p.17
4) Une communication non verbale.....	p.18
5) Le holding/ handling.....	p.19
6) Le dialogue tonico-émotionnel.....	p.19
7) Les interactions affectives.....	p.20
a) L'attachement.....	p.21
b) L'hospitalisme.....	p.22
c) Une enveloppe psycho-corporelle.....	p.23
8) Les fonctions psychiques de la peau.....	p.24
a) Le Moi-peau.....	p.24
b) Différenciation entre le Moi et le Non-Moi.....	p.27

c) L'accès du Moi-peau au Moi-pensant.....	p.28
C) L'élaboration psychique.....	p.28
1) Sensation.....	p.29
2) Perception.....	p.30
3) Représentation.....	p.31
<u>Partie II : Un corps abîmé</u>	p.35
I) Présentation de la structure d'accueil.....	p.36
A) L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).....	p.36
B) L'accueil à l'EMPP.....	p.37
1) Quelques définitions.....	p.38
2) La population accueillie.....	p.38
3) Les procédures judiciaires et sociales.....	p.39
C) Le syndrome de stress post-traumatique.....	p.42
1) Définition.....	p.43
2) Historique.....	p.44
D) La place de la psychomotricité au sein de l'équipe.....	p.45
E) Ma position de stagiaire.....	p.46
II) Un corps fatigué et mis à distance chez ces patients.....	p.48
A) Un tonus perturbé.....	p.49
B) Un schéma corporel flou.....	p.50
C) Une image du corps troublée.....	p.51
D) La perte de repère spatio-temporelle.....	p.53
1) Le temps.....	p.54
2) L'espace.....	p.55
III) Une identité fragilisée.....	p.56
A) Le principe d'identité.....	p.57
B) Le sentiment d'identité.....	p.59
1) Le concept.....	p.59
2) Le développement chez l'enfant.....	p.60
3) La reconnaissance.....	p.61

<u>Partie III : L'intérêt du toucher en psychomotricité</u>	p.63
I) La nécessité d'un cadre thérapeutique stable.....	p.64
A) Un espace et temps de rencontre.....	p.64
B) Un savoir-faire et un savoir-être.....	p.65
C) Une juste distance.....	p.66
D) L'engagement corporel du psychomotricien.....	p.66
E) La sensibilité du corps lors de l'écoute.....	p.67
II) Les différentes façons de toucher en psychomotricité.....	p.68
D) Le toucher par l'intermédiaire d'un médiateur.....	p.68
E) Le contact peau à peau.....	p.70
F) L'haptonomie.....	p.70
III) Cas clinique de Monsieur G.....	p.72
D) Histoire de Mr G.....	p.73
E) Anamnèse.....	p.74
F) Suivi à l'EMPP.....	p.74
1) Prise en soin en psychiatrie.....	p.74
2) Prise en soin en psychomotricité.....	p.76
3) Evolution du suivi en psychomotricité et de nos rencontres.....	p.77
IV) Les bénéfices du toucher.....	p.81
A) Une construction identitaire.....	p.81
1) Le toucher comme fonction contenant.....	p.81
2) Le toucher comme fonction de communication émotionnelle.....	p.82
3) Le toucher comme fonction de réparation.....	p.84
B) Transformation de cette souffrance par une mise en sens de l'éprouvé corporel.....	p.85
Conclusion.....	p.89
Bibliographie.....	p.91
Annexe : Les critères de diagnostic.....	p.94