



HAL
open science

Se construire et se reconstruire, la prise en soin psychomotrice de l'état de stress post traumatique à la lumière du développement psychomoteur

Fanny Feugnet

► **To cite this version:**

Fanny Feugnet. Se construire et se reconstruire, la prise en soin psychomotrice de l'état de stress post traumatique à la lumière du développement psychomoteur. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03285198

HAL Id: dumas-03285198

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03285198v1>

Submitted on 13 Jul 2021

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.

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention
du Diplôme d'État de Psychomotricien

SE CONSTRUIRE ET SE RECONSTRUIRE

*La prise en soin psychomotrice de l'état de stress post
traumatique à la lumière du développement psychomoteur*

FEUGNET Fanny

Née le 30 avril 1990 à l'Isle d'Espagnac

Juin 2021

Directrice de mémoire
Céline ROBERT

Remerciements

Je remercie chaleureusement :

Ma directrice de mémoire pour la richesse de nos entretiens.

L'équipe enseignante et administrative de l'Institut de formation en psychomotricité de Bordeaux, pour l'organisation et la transmission des savoirs.

Mes camarades de classe, pour l'observation tendre de nos progrès.

Mes amies pour les bouffées d'oxygène qu'elles me procurent.

Ma famille pour leur soutien et leur aide si précieuses.

Mon haptopsychothérapeute pour ses « coups de main ».

Mes maîtres de stages, qui m'ont accompagnée vers ma professionnalisation durant ces trois années de formation. Que de beaux exemples à suivre ! Apprendre à leur côté, recevoir leurs conseils et leurs encouragements, a largement contribué à la réalisation de ce mémoire.

Enfin, merci aux patients, aux bébés, aux professionnelles ainsi qu'aux parents rencontrés au cours de mes stages. C'est grâce à leur observation et nos échanges que je peux aujourd'hui allier théorie, clinique et pratique.

Sans vous oublier, chers lecteurs, d'avance je vous remercie pour votre lecture avisée.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Remerciements..... | 2 |
| Sommaire..... | 3 |
| Introduction..... | 4 |
| Avant-Propos..... | 7 |
| PARTIE I – Le développement psychomoteur du jeune enfant..... | 9 |
| 1) John Bowlby..... | 10 |
| 2) Le développement sensorimoteur..... | 17 |
| Conclusion..... | 24 |
| PARTIE II – L'état de stress post traumatique..... | 26 |
| 1) De l'évènement traumatique au stress chronique..... | 27 |
| 1) Troubles psychomoteurs..... | 33 |
| 2) Perturbation des perceptions et des représentations..... | 40 |
| Conclusion..... | 46 |
| PARTIE III – Prise en soin psychomotrice de l'état de stress post traumatique..... | 48 |
| 1) Exemple de prise en soin..... | 49 |
| 2) Cadre et relation thérapeutique..... | 56 |
| 3) Approches cliniques..... | 61 |
| Conclusion..... | 72 |
| Conclusion..... | 73 |
| Table des matières..... | 78 |
| Bibliographie..... | 80 |
| Annexes..... | 88 |

Introduction

« Besoin d'affection pour grandir – Besoin d'affection pour guérir ».

Lorsque j'ai commencé à réfléchir à un sujet de mémoire ces mots se sont assemblés dans mon esprit. Depuis, ils ne me lâchent plus et me poussent à faire le lien entre mes différents stages : auprès des enfants, des parents et des professionnels de la petite enfance, et au sein d'une équipe mobile de psychiatrie pour les personnes en situation de précarité (EMPP).

Parmi les pathologies psychiatriques rencontrées à l'EMPP, je me suis particulièrement intéressée à l'état de stress post traumatique (ESPT), que présentent de nombreux patients immigrants. Mes observations et recherches théoriques sur ce trouble m'ont conduite à un constat aussi intéressant qu'alarmant : toutes les structures et fonctions psychomotrices qui s'intègrent de manière si complexe durant le développement du jeune enfant, semblent se désorganiser chez les personnes atteintes d'ESPT. Le sentiment d'unité psychocorporelle, la notion de temps et d'espace, les capacités de régulation tonique et émotionnelle, de communication non verbale et verbale, ainsi que toutes les fonctions exécutives, peuvent effectivement être altérés. Les situations vues ou vécues sont tellement insoutenables, qu'elles impactent profondément le fonctionnement de l'esprit et du corps qui restent en état d'alerte pour y faire face.

Comment alors « désactiver cet état d'alerte » générateur de stress, permanent et persistant, intégrer l'évènement traumatique comme un élément du passé pour retrouver un équilibre psychocorporel ? Comment se reconstruire après un traumatisme ?

Pour répondre à cette question j'ai adopté la piste de grands maîtres à penser de la psychomotricité tels que Freud, Ajuriaguerra, Wallon ou Piaget qui ont étudié le développement de l'enfant pour y puiser des éléments de compréhension des perturbations rencontrées chez l'adulte. Car si le traumatisme bouleverse les principes fondamentaux du développement psychomoteur, il m'apparaît indispensable d'observer dans un premier temps leur construction et le rôle que l'environnement humain y a joué.

Cet éclairage permettra de mieux comprendre le syndrome de stress post traumatique et sa prise en soin psychomotrice à partir de la problématique suivante :

*Quels sont les mécanismes communs à la base du développement psychomoteur
et de la prise en soin psychomotrice de l'état de stress post traumatique ?*

Le croisement de mes analyses théorico-cliniques a soulevé de nombreux liens entre le développement du jeune enfant et le parcours de soin des personnes atteintes d'ESPT. Je me concentrerai sur deux hypothèses :

- le besoin d'étayage relationnel dans les périodes de vulnérabilité est un besoin vital tout au long de la vie. Les études de René Spitz sur les nouveaux-nés l'ont tristement prouvé : si l'on procure les soins nécessaires aux bébés tout en les privant de liens affectifs, ils finissent par s'éteindre au sens figuré puis au sens propre (« Hospitalisme », 2020). Au contraire construire un lien d'attachement, qu'il soit plus ou moins secure, permet aux enfants de déployer leurs compétences psychomotrices et ainsi de se développer. Ces besoins d'être en relation, d'affection et d'attachement, sont mis à mal dans l'ESPT. Y répondre dans un cadre thérapeutique aide les patients à supporter et à traiter progressivement leurs symptômes.

- La seconde hypothèse est conditionnée par la première : le besoin de vivre et d'éprouver des expériences sensorimotrices permet aux enfants et aux personnes traumatisées chroniques de se développer, d'entretenir ou de réactiver les capacités psychomotrices.

Cette hypothèse dépend du besoin d'être en relation, car si l'enfant ou l'adulte ne sent pas en lui un minimum de sécurité affective, il ne mobilisera pas ses capacités sensorielles et motrices pour explorer ses propres éprouvés, les relations humaines, et son environnement. Tout comme le tout-petit se vit, se découvre et se construit par l'expérience sensorimotrice du monde, la psychomotricité, en proposant un « *passage par le corps* » (Potel, 2010), permet d'éprouver de nouvelles expériences sensorielles et motrices nécessaires au remaniement du traumatisme et à la restauration de la boucle sensation – perception – représentation.

Ces deux hypothèses sont illustrées par des concepts appartenant respectivement aux champs de l'enfance et du traumatisme : *le cercle de sécurité affective* (annexe 1) développé par Cooper, Hoffman et Powell à partir des travaux de John Bowlby sur l'attachement ; et *le processus de pendulation* mis en lumière par Peter Lévine. Ces auteurs relient, sous la forme d'un cercle ou d'un mouvement pendulaire, le besoin de sécurité affective et celui d'exploration, permettant aux enfants de s'ouvrir au monde, et aux personnes souffrant d'un ESPT d'aborder graduellement leurs souffrances.

Dans la première partie de ce mémoire, je m'intéresserai au développement psychomoteur du jeune enfant permis grâce à ce cercle vertueux. Je présenterai les travaux de John Bowlby sur les comportements innés dont celui d'attachement, puis de Jean Piaget et d'André Bullinger sur le développement cognitif et sensorimoteur. Cet apport théorique servira de fil conducteur tout au long du mémoire.

Dans une seconde partie, j'aborderai la compréhension des mécanismes de l'ESPT et sa symptomatologie, que j'illustrerai par des vignettes cliniques. Nous verrons comment le stress devient chronique suite au traumatisme qui dérègle le fonctionnement cérébral et physiologique ; en quoi le souvenir de l'évènement, ne pouvant pas s'intégrer à la mémoire autobiographique, perdure sous sa forme initiale sensorimotrice ; et enfin quels troubles psychomoteurs ses désordres génèrent-ils.

Enfin, la troisième partie sera consacrée au soin psychomoteur de l'état de stress post traumatique. La présentation du suivi de Mme D rendra plus concrets les principes généraux de prise en soin que je développerai à travers deux approches : la psychothérapie sensorimotrice et l'haptonomie.

Avant-Propos

Mme D est une jeune femme de 25 ans, célibataire et sans enfant. Elle vient du sud de l'Éthiopie d'un peuple nommé Adiya, elle parle l'Adiya et quelques bases d'Amarhique. Malgré ses difficultés d'expression dues à la barrière de la langue et à son état de stress post traumatique sévère, il a été possible de reconstituer son histoire comme ce qui suit.

Enfant, son père meurt à la guerre, sa mère se remarie mais tombe malade et décède elle aussi. Sa tante la recueille sans l'affectionner et la force à travailler au lieu d'aller à l'école, elle est aujourd'hui encore analphabète. Mme D témoigne qu'après le décès de sa mère « *sa tête était en colère, sa tante aussi, donc ça ne se passait pas bien* ». Sa tante l'envoie travailler au Soudan qu'elle quittera plus tard pour un parcours migratoire via la Libye puis l'Italie. La durée de séjour dans ces différents pays reste in-estimée. Elle y subit des évènements traumatiques : travail forcé, emprisonnement, agressions sexuelles répétées, et assiste à des scènes de guerre, de meurtres et de noyades.

Arrivée en France en 2018, elle dépose une demande d'asile et obtient en février 2021 une protection subsidiaire¹ pour une période de 4 ans. Elle vit jusqu'alors dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA). Le personnel du centre s'inquiétant pour elle l'a adressée à l'EMPP.

Les inquiétudes des travailleurs sociaux portaient sur son attitude générale « *troublante* » (difficultés de compréhension, désorientation spatio-temporelle, trouble de la mémoire, *etc.*) et sur son incapacité à s'exprimer tant verbalement qu'émotionnellement. Ce dernier point a orienté la demande vers une prise en charge psychomotrice. Comme en informe l'Association Psychomotricité et Psychotraumatisme « *les indications en première intention sont justifiées quand une thérapie verbale est impossible face à l'irreprésentabilité du vécu* » (Saint-Cast & Scialom, 2016). Mme D débute donc un suivi en psychomotricité en Novembre 2018 à raison de deux séances par mois environ.

L'étude du cas de Mme D révèle la nécessité de croiser différentes hypothèses théorico-cliniques afin de sauvegarder une vision d'ensemble de ses problématiques. L'expression de ses troubles relève en partie de l'état de stress post traumatique sévère qu'elle présente, mais son histoire soulève bien d'autres questionnements qui alimenteront les réflexions tout au long de ce mémoire :

1 La protection subsidiaire est une protection internationale fournie à un demandeur d'asile qui ne répond pas aux critères pour devenir réfugié, mais pour lequel il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'il courrait dans son pays un risque réel de subir une atteinte grave (« Protection subsidiaire », 2021)

- Quels est l'impact sur son développement psychomoteur des multiples traumatismes qu'elle a vécu enfant, puis adolescente et jeune adulte ?
- Dans quelle mesure la barrière de la langue et le fait qu'elle soit analphabète entravent ses possibilités d'expression, de communication et d'adaptation ?
- Quels sont les répercussions de sa situation de précarité et de l'engagement d'une procédure de demande d'asile sur ses troubles et leur traitement ?

Ce dernier point pèse effectivement sur la prise en soin de l'ESPT qui implique, comme évoqué en introduction, de se sentir en sécurité pour explorer ses problématiques. Basant mon mémoire sur l'observation clinique des patients en situation de précarité issus de l'immigration, je l'orienterai donc sur les premiers enjeux du soin psychomoteur qui s'attachent à restaurer le sentiment de sécurité psychocorporelle.

La capacité d'assimiler l'expérience traumatisante dans un récit de vie est prématurée pour ces personnes, à la fois parce que les souvenirs traumatiques ne sont pas encore dans la mémoire autobiographique et parce que l'activation récurrente traumatogène contribue à créer un sentiment de mise en danger sur le plan somatique – une « terreur sans voix » (Van der Kolk, 2019).

Les patients reçus à l'EMPP sont encore en prise avec cette « terreur sans voix ». Les mécanismes qu'elle génère altèrent le fonctionnement du système limbique (cerveau émotionnel) et du néocortex (cerveau rationnel), entraînant des troubles de régulation tonico-émotionnelle et des « *comportements régressifs* ». Effectivement en l'absence de contrôle des structures cérébrales supérieures des « *schémas d'action fixe* » sont adoptés, en lien avec le fonctionnement sous-cortical (cerveau archaïque). (Ogden et al., 2021, p. 21)

Les théories sur le développement psychomoteur que j'ai sélectionnées se focalisent justement sur la période où le jeune enfant n'est pas non plus en mesure de rationaliser ni de réguler ses émotions, ses états toniques, et ses comportements, car ces mêmes structures corticales ne sont pas encore mature.

PARTIE I

Le développement psychomoteur du jeune enfant

*« Il leur faut aller librement
Comme les petits poissons dans la mer
Ou les étoiles dans les cieux
Tandis que vous, vous restez
Le rivage vers lequel ils reviennent à l'occasion. »*

Frances Cornford, née Darwin²

² (Béata & Cyrulnik, 2015, p. 21)

1) John Bowlby

John Bowlby (1907-1990), psychiatre, psychanalyste, a grandi dans une famille londonienne aisée. Il est élevé par une nourrice jusqu'à ses quatre ans. Il témoigne du départ bouleversant de celle-ci, puis lorsqu'il a sept ans, de ses années d'internat également douloureuses. Rendu particulièrement sensible aux peines des enfants, il fera des liens mère³/enfant son sujet d'étude principal.

a) Étude des comportements instinctifs

À l'époque de ses travaux, la théorie des pulsions freudienne constitue le modèle dominant de développement de la personnalité. Mais bien qu'il soit secrétaire de l'Institut de psychanalyse britannique, Bowlby n'y adhère pas totalement. Freud considère que les besoins primaires sont ceux du corps, que l'attachement ne se fait pas directement avec la mère mais d'abord à son sein pour assouvir son appétit. Or les voyages de Bowlby, employé par l'Organisation Mondiale de la Santé, lui font envisager une autre perspective. En rencontrant différents spécialistes de l'enfance, il constate un *consensus* entre eux sur l'importance des relations mère/enfant dans le développement de ce dernier. Il oriente dès lors ses travaux vers ce sujet en s'appuyant sur les dernières recherches scientifiques, notamment celles de l'éthologie et de la cybernétique⁴.

Apports d'autres chercheurs

Les découvertes de Lorenz (prix Nobel de médecine et de physiologie en 1973) sur les oies, et de Harlow sur les bébés singes, illustrent l'établissement de liens biologiques dès la naissance entre le petit et sa mère dans les espèces animales. « *Nous savons maintenant que des liens biologiques très forts existent aussi dans l'espèce humaine, mais pas l'empreinte irréversible sur un individu telle qu'elle existe dans certaines espèces animales.* » (Rousseau et al., 2019). Leurs expériences permettent à Bowlby de placer la sécurité offerte par la proximité maternelle, avant le sein nourricier dans le développement du lien à la mère.

Il poursuit son étude en s'intéressant à la théorie de Charles Darwin, supposant l'existence de comportements instinctifs nécessaires à la survie du jeune enfant dans les interactions avec sa mère. Deux hypothèses structurent sa réflexion :

3 Il entend par l'utilisation du mot « mère » toute personne pouvant s'attribuer ce rôle.

4 Autorégulation de machines ou d'organismes vivants grâce à des capteurs d'informations.

- « L'individu est en mesure de détecter les éléments de son environnement nécessaires à son développement étant équipé de structures anatomiques et d'une coordination suffisante des mouvements pour satisfaire l'appétence qui le motive » (Rousseau et al., 2019).

- Il est doté de « systèmes motivationnels dont les centres de contrôle sont situés dans le système nerveux central ».

Les études sur le développement sensorimoteur du fœtus et du nouveau-né, ainsi que la présence effective de noyaux neuronaux dans la partie archaïque du cerveau, confirment ses suppositions.

Fonctionnement cérébral

La théorie du cerveau triunique décrit l'apparition progressive de trois cerveaux au cours de l'évolution de l'espèce. Aujourd'hui contestée, elle reste utilisée pour illustrer plus simplement l'architecture du cerveau. En s'y référant, les hypothèses de Bowlby font donc appel au cerveau reptilien, dit aussi primitif ou archaïque, qui correspond anatomiquement au tronc cérébral. Il est responsable des comportements primitifs qui assurent la survie de l'individu et de l'espèce :

- l'homéostasie, via la régulation de la respiration, du rythme cardiaque, de la température, ...
- la satisfaction des besoins primaires ou vitaux (l'alimentation, le sommeil, l'attachement, ...)
- les réflexes archaïques
- et la conservation de réflexes de défense, comme l'attaque et la fuite.

Le cerveau reptilien agit en lien avec le cerveau paléo-mammalien, associé au cerveau limbique, et le cerveau néo-mammalien, apparenté au néocortex. Or contrairement au premier, ces systèmes ne sont pas encore matures à la naissance : le cerveau limbique qui gère les émotions est fonctionnel mais ne sera mature qu'à partir de cinq ans ; quant au néocortex son développement ne commencera qu'à sept ans pour se terminer vers vingt-cinq ans.

Systèmes émotionnels de base / Systèmes motivationnels

Bien que la gestion des émotions soit inaccessible au nouveau-né, il est tout de même en proie à les ressentir. Jaak Panksepp et Lucy Biven ont défini des « systèmes émotionnels de base sélectionnés par l'évolution pour favoriser la survie de l'individu et la transmission de la vie » (Rousseau et al., 2019, p. 8). Leurs travaux – voir tableau ci-dessous – reprennent les cinq « systèmes motivationnels » décrits par Bowlby : le système d'exploration, de vigilance, d'attachement, de caregiving (ou de prendre soin) et affiliatif (les relations avec les pairs).

Tableau 1. Les 7 systèmes émotionnels de base

| <i>Basic emotional system</i> | Traduction | Fonctions principales |
|-------------------------------|---------------|--|
| SEEKING | RECHERCHE | Exploration de l'environnement |
| FEAR | PEUR | Sauvegarde de la vie face au danger |
| RAGE | RAGE | Agressions suscitées par des frustrations |
| LUST | AMOUR PASSION | Survie du jeune enfant et transmission de la vie |
| CARE | SOIN | Donner des soins et prendre soin des petits |
| PANIC/GRIEF | PANIQUE/DEUIL | Détresse de séparation, tristesse |
| PLAY | JEU | Développement de l'individu, hiérarchie sociale |

Selon Panksepp et Biven, 2012. Traduction Pierre Rousseau.

(Rousseau et al., 2019)

Évolution du comportement instinctif

Les comportements primitifs (alimentaires, d'attachement, ...) évoluent au fur et à mesure de la maturation nerveuse, vers des systèmes plus élaborés. « Cette évolution d'une réponse à un stimulus simple vers des types de réponse progressivement réajustés quant aux buts correspond, chez Piaget, au passage d'un comportement organisé sur la base d'une intelligence sensorimotrice à un comportement organisé sur la base d'une pensée symbolique. » (Golse, 2015, p. 123)

Facteurs d'influence

Enfin, ils répondent à des facteurs de causalité et de terminaison – qui activent et clôture le comportement – de différentes natures interagissant entre eux : taux d'hormones sanguines, activation du système nerveux central, stimuli environnementaux ou sensations internes (Golse, 2015, p. 122). Contrairement à Freud, Bowlby refuse l'idée que l'épuisement de l'énergie psychique puisse mettre un terme au comportement ; et l'étude des mécanismes de l'état de stress post traumatique lui donnera raison.

Conclusion

Pour conclure, le comportement instinctif selon Bowlby est « un acte qui se conforme à un schème⁵ reconnaissable et dont la fonction est d'aboutir à un bénéfice pour l'individu ou l'espèce donnée (leur survie). » (Golse, 2015, p. 122). Il évolue au cours du cycle de la vie et n'est pas directement hérité. Le nouveau-né dispose d'un « potentiel génétique » propice à l'élaboration du schème, qui s'effectue à partir des informations sensorielles extéroceptives, intéroceptives et proprioceptives. Enfin, un jeune enfant n'est pas en mesure de réguler ses comportements instinctifs, du fait de l'immaturation de ses structures supérieures limbiques et

5 Schème : selon J. Piaget, régularité construite par tâtonnement dans l'action du sujet et qui peut être généralisée à d'autres situations (Larousse, s. d.)

corticales. Il existe tout de même un « système de contrôle » ou « système asservi » (Golse, 2015, p. 122) permettant la régulation des comportements à partir des informations sensori-motrices ressenties pendant l'action.

b) La théorie de l'attachement

Parmi les comportements instinctifs, John Bowlby s'est donc particulièrement intéressé aux schèmes d'attachement entre le nouveau-né et sa mère (ou son substitut).

Dans les années 50 à 70 plusieurs chercheurs rejoignent son groupe de travail. En France, Myriam David, Geneviève Appel et Jenny Aubry observent en pouponnières des nourrissons séparés de leur mère. Aux États-Unis, Mary Ainsworth, met au point un protocole d'expérience, « la situation étrange », basé sur des séquences de séparation mère/enfant. Ses travaux permettent de structurer le concept théorique de l'attachement. Mais celui-ci continue à faire débat malgré l'avancée des recherches en précise la pertinence.

Ainsi, en 1979, une confrontation publique entre éthologues et psychanalystes est organisée par le psychologue français René Zazzo, sous forme d'un "colloque imaginaire " (Savard, 2010). Lorenz, Harlow, Bowlby, Spitz, mais aussi des psychanalystes comme Anzieu, Lebovici, ou Widlöcher y participent. Zazzo se positionne pour la vision éthologique de l'attachement, et malgré les opinions divergentes de plusieurs psychanalystes, le concept sera intégré à la psychologie du développement.

La reconnaissance du besoin d'attachement comme un besoin primaire a ainsi permis de faire progresser les conditions d'accueil des jeunes enfants et la protection de l'enfance. La théorie de l'attachement suscite d'ailleurs aujourd'hui un grand intérêt dans ces domaines. Cependant comme toute théorie elle ne doit pas être utilisée comme dogmatique et doit rester en perpétuelle évolution.

Définition

« *Le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de l'environnement* »

(Bowlby & Kalmanovitch, 1978).

L'attachement a donc une double fonction :

- assurer la protection de l'enfant contre toute agression et l'aider à réguler ses émotions,
- permettre à l'enfant de faire ses propres expériences depuis cette base de sécurité.

Comportements d'attachements

Bowlby décrit cinq « *comportements primitifs* » susceptibles de faire venir la mère et de maintenir la proximité : pleurer/crier, s'agripper, suivre du regard, se déplacer et téter. Il retirera la tétée de cette liste, décidément non essentielle à l'attachement ; et ajoutera le contact œil à œil, proposé par Robson, validant le constat que « *les échanges de regards constituent le canal de communication non verbale le plus important dans l'espèce humaine et qu'ils sont nécessaires au développement de l'enfant.* » (Rousseau et al., 2019). D'autant plus actuellement où ce sont les seuls organes mobiles qui ressortent de nos masques.

Dans un premier temps, ces comportements ne sont pas orientés vers une personne en particulier, ce sont des réflexes archaïques. Ils le deviennent vers trois mois, résultat de la répétition des interactions, de la maturation nerveuse et sensorimotrice, qui permettent au nourrisson d'élaborer des proto-représentations. La personne vers laquelle l'enfant dirige principalement ses signaux sera alors nommée « figure d'attachement principale ».

Plus l'enfant grandit, plus il élargit sa gamme de comportement : aux « signaux aversifs » (pleurs, cris, ...), s'ajoutent des « comportements de signalement » (sourires adressés, vocalises) ; et enfin des « comportements actifs » qui lui permettent d'obtenir par lui-même la proximité dont il a besoin. Il diversifie également ses figures d'attachement conférant une réelle fonction de socialisation au système d'attachement. « *L'attachement se déplace, au cours des cycles de la vie, de la mère aux proches, puis aux étrangers, enfin à des groupes de plus en plus large et devient un facteur aussi important dans la structuration de la personnalité de l'enfant que la nourriture dans sa vie physique* » (Golse, 2015, p. 124).

La notion de sécurité

Pour que l'enfant explore les relations humaines et son environnement, il doit cependant être rassuré quant à la possibilité de retrouver sa figure d'attachement principale. Le sentiment de sécurité s'intègre progressivement à force d'expériences positives. Celles-ci résultent de la concordance entre les demandes de l'enfant (exprimées via ses comportements d'attachements) et les réponses qu'il reçoit de ses figures d'attachement principales et auxiliaires. Ce point peut être sujet à culpabilité pour les parents, « *être parent est sans doute la tâche la plus difficile au monde, et pour laquelle il n'y a pas de mode d'emploi. Mais ce qui est fascinant, c'est que dès leur naissance, les enfants tentent par tous les moyens d'exprimer ce dont ils ont besoin. Mais pour apprendre à décoder ces besoins, il faut apprendre à diriger*

notre attention, mais aussi trouver l'équilibre entre exigence des tâches parentales, besoin de l'enfant, et nos propres états émotionnels. » (Institut de la Parentalité, 2019)

Angoisse de perte

Lorsque les interactions parents/enfants sont « suffisamment bonnes », l'enfant peut s'appuyer sur ses figures d'attachement pour grandir et intégrer ce sentiment de sécurité dans son for intérieur. Ainsi, plus il se sentira rassuré dans le lien d'attachement avec ses proches, plus il pourra explorer de manière autonome. « *Si tu m'aimes, je peux m'en aller... C'est tout le subtil paradoxe de l'attachement. [...] Il apporte à tous les êtres qui se développent dans son cocon, et quand tout se passe de la meilleure des manières, cette certitude qu'il existe, quelque part, quelqu'un qui les protégera de tout ce qui peut se passer de pire* » (Béata & Cyrulnik, 2015, p. 26).

Cependant établir cette assurance passe nécessairement par des incertitudes. Dans les premiers temps de sa vie, l'enfant s'inquiète de chaque absence de sa mère qu'elles soient brèves ou temporaires. Ce n'est qu'à force d'aller-retour, et cela tout au long de l'enfance, que le sentiment de sécurité se construira ; et nous verrons qu'adulte il peut malgré tout être ébranlé. Par cette approche, Bowlby se différencie à nouveau de Freud pour qui l'angoisse conduit à la névrose, au contraire Bowlby la présente ici comme structurante.

Modèles internes opérants (MIO)

Poussé par ce besoin de sécurité affective, l'enfant adapte son comportement aux réactions de ses figures d'attachement. Autrement dit, le comportement instinctif se spécialise en fonction du vécu du sujet, créant un « modèle interne opérant » propre à chacun. L'expérience de Mary Ainsworth précitée a permis d'observer une grande variété de réactions chez les enfants qui se retrouvaient temporairement séparés de leur mère. À partir de ses observations elle a défini quatre schèmes d'attachement :

- *secure* : l'enfant explore sereinement en s'appuyant sur sa figure d'attachement.
- *évitant* : ses échanges affectifs sont pauvres, non discriminés, voire il se détourne de l'interaction.
- *ambivalent/résistant* : l'enfant a besoin d'une proximité importante avec sa figure d'attachement, tout en la rejetant parfois avec colère.
- *désorganisé* : les comportements de l'enfant sont contradictoires et désorientés, sans stratégie cohérente.

Ces modes d'attachement, sont relativement stables et peuvent se transmettre aux générations suivantes. Nicole Guedeney, rappelle qu' « *ils peuvent toutefois évoluer d'un mode secure vers un mode insecure en fonction des adversités rencontrées, la maltraitance infantile étant l'un des facteurs le plus associé à une évolution vers un attachement désorganisé. Inversement, l'attachement peut évoluer d'un mode insecure vers un mode secure en fonction de l'adéquation du soutien reçu dans les épreuves.* » (Rousseau et al., 2019).

Conclusion

Dans tous les cas, l'attachement *secure* représente un réel facteur de résilience face aux adversités, contrairement aux modes d'attachement *insecure évitant* et *ambivalent* qui entraînent une certaine vulnérabilité. Le mode désorganisé/désorienté est lui « *le prédicteur le plus fort de pathologies psychiatriques et/ou comportementales dans le cours de la vie* ».

L'attachement n'est pas un choix. C'est un moteur, une force vitale qui oriente toute la vie des individus [...] Pour celui qui se développe ce lien est un cadre, une grille qui lui permet de découvrir le monde, d'abord dans une intimité absolue avec celle qui constitue tout son univers. Ensuite, il découvrira qu'un ailleurs existe et qu'il peut (doit ?) y prendre sa place. Pour cela il doit aller voir par lui-même, faire des expériences, prendre des risques. Cela ne sera possible que s'il a la possibilité, vérifiée plusieurs fois, de se réfugier en cas de danger (Béata & Cyrulnik, 2015).

2) Le développement sensorimoteur

a) Jean Piaget

Jean Piaget (1896-1980) fait preuve très tôt d'un esprit « *quelque peu encyclopédique* ». (Golse, 2015, p. 150). À dix ans il publie son premier article scientifique sur le moineau albinos, et à vingt-deux ans il valide un doctorat en zoologie. Toute sa vie, il ne cessera de mener des recherches dans différents domaines : il se passionne pour l'épistémologie, la sociologie, la philosophie, l'histoire de la pensée scientifique, les mathématiques, *etc* ; et exerce comme professeur dans plusieurs de ces domaines. Entre 1925 et 1931 il devient père de trois enfants qu'il observe assidûment pour tenter de saisir les premières manifestations de l'intelligence. À partir de son observation clinique et de nombreuses expérimentations, il théorise un modèle de développement cognitif en quatre stades, allant d'une intelligence sensorimotrice à une intelligence abstraite. Ses travaux sont diffusés dans le monde entier, et représentent encore aujourd'hui – malgré les critiques qu'ils suscitent – une grande source d'inspiration.

Fondements théoriques

Une de ces critiques, porte sur sa conception linéaire, ordonnée et continue du développement cognitif. *Nous verrons dans la partie suivante une idéologie toute autre chez André Bullinger.* Piaget tient aux notions de continuité et d'universalité de la construction de l'intelligence, mais les mécanismes qu'il propose la rende dynamique et adaptative.

Cela transparait entre autre dans sa description de quatre facteurs généraux : la maturation nerveuse ; l'exercice et l'expérience acquise dans l'action effectuée sur les objets ; les interactions et les transmissions sociales ; et enfin l'équilibration qui est, pour Piaget, le plus important des facteurs de développement. (Golse, 2015, p. 154). Le processus d'équilibration régule le fonctionnement cognitif à partir de deux mécanismes :

- l'assimilation, qui correspond à l'action du sujet sur les objets. *Par exemple, un bébé qui développe sa préhension va soumettre tous les objets environnants à cette même action ...*
- l'accommodation, qui représente à l'inverse, l'action du milieu sur l'organisme. *... mais un des objets est vivant, l'enfant attrape la queue du chat qui se retourne et le griffe.*

Les successions d'assimilation/accommodation permettent l'équilibration et ainsi le développement de l'intelligence. « *L'intelligence ne débute donc ni par la connaissance du moi ni par celle des choses, mais par celle de leurs interactions.* » (Golse, 2015, p.153).

Structures logiques

Piaget emploie le terme « structure » pour aborder qualitativement la nature de l'intelligence, comme une forme d'organisation mentale, un réseau neuronal, qui correspond à un ensemble d'acquisitions avec leurs applications associées. En cela, l'équilibration représente la capacité de l'enfant à changer sa structure actuelle (son mode de fonctionnement) à partir de ses expériences. Chaque structure une fois achevée, correspond à un nouveau point d'équilibre, pour lequel une généralisation des connaissances s'opère par un mécanisme d'« abstraction réfléchissante » (pour « actualiser » les éléments du stade précédent). Cet équilibre sera vite remis en cause face à une nouvelle perturbation extérieure, une limite ou un problème rencontré. Ainsi, de déséquilibres en réajustements l'enfant passe d'une structure logique à l'autre.

Piaget définit trois structures logiques qui correspondent aux stades de développement cognitif :

- Groupe des déplacements → stade sensorimoteur
- Groupe des opérations concrètes → stade pré-opératoire et des opérations concrètes
- Groupe des opérations propositionnelles → stade des opérations formelles

Le stade sensorimoteur

Piaget parle d'intelligence sensorimotrice, pour illustrer que l'enfant « pense » en fonction de sa motricité et de ses sens. Il décompose la période sensorimotrice en plusieurs sous stades allant de la naissance aux deux ans de l'enfant :

Stade 1 des réflexes (de la naissance à 1 mois) : la motricité du nouveau-né est involontaire, elle s'exprime à travers des comportements et des postures réflexes .

Stade 2 des réactions circulaires primaires (1 à 4 mois) : l'enfant adapte progressivement ses réflexes et les coordonne, on parle de réactions circulaires primaires. Il peut alors répéter des comportements dont les effets corporels lui procurent du plaisir.

Dans ces deux premiers stades l'intelligence est centrée sur le corps, puis progressivement elle s'élargit pour s'appuyer également sur l'environnement.

Stade 3 des réactions circulaires secondaires (4 à 8 mois) : l'enfant agit de manière intentionnelle, pour que certains effets de ses actions recommencent ou durent d'avantage.

Stade 4 de la coordination des schèmes secondaires (8 à 12 mois) : il détermine des buts à atteindre et développe la notion de cause à effet. C'est aussi le stade où se développent les capacités d'adaptation et d'anticipation.

Stade 5 des réactions circulaires tertiaires (12 à 18 mois) : il expérimente de nombreux comportements et se représente mentalement des objets, des situations et des personnes.

Stade 6 des représentations mentales (18 à 24 mois) : l'enfant combine ses représentations mentales et peut se représenter des situations passées ou des objets absents. Il joue à faire semblant et imite des modèles même quand ils ne sont pas présents (imitation différée).

À la fin de cette période de l'intelligence sensorimotrice, l'enfant peut reconnaître son corps et le différencier de celui des autres, comprendre de manière relative une relation de cause à effet, avoir une représentation mentale des objets et des événements.

Conclusion

Selon Jean Piaget, même s'il existe une base biologique au développement de l'intelligence, les « structures logiques » sont surtout déterminées par l'action du sujet dans son environnement. Pendant la période sensorimotrice, l'enfant construit son intelligence à partir d'un point de vue égocentrique et immédiat (stade 1 et 2), puis il élargit ses expériences à son environnement en lien avec le développement de ses capacités motrices. Ses actions deviennent intentionnelles et recherchées, se basant sur des schèmes⁶ de plus en plus complexes qui servent de base à ses représentations mentales. Cette intelligence sensorimotrice se constitue principalement au stade des réactions circulaires tertiaires (stade 5), durant lequel l'expérimentation active permet la découverte de moyens nouveaux. La période suivante constituera « *la transition entre la période sensorimotrice et l'intelligence représentative : les intentions ne s'effectuent plus de façon pratique, mais elles passent au niveau mental. « L'enfant devient capable de trouver des moyens nouveaux non plus seulement par tâtonnement extérieurs du matériel, mais par combinaisons intériorisées qui aboutissent à une compréhension soudaine ou insigth »* (Golse, 2015, p. 157-158).

6 Piaget considère le schème comme l'élément principal de la logique sensorimotrice : « *équivalent du "concept" de l'intelligence opératoire, il se définit comme une "structure ou organisation des actions, telle qu'elle se transfère où se généralise lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues"* » (Golse, 2015, p. 155)

b) André Bullinger

Dans l'hommage que lui rend Pierre Delion lors de son décès en 2015, André Bullinger est considéré comme « *un savant de la psychologie développementale* » (Delion, 2015). Alors que de nombreux auteurs sont critiqués pour avoir abordé le développement de l'enfant sous un seul angle (affectif, cognitif, ...), Bullinger est reconnu pour sa remarquable intégration des données scientifiques et des théories de ses prédécesseurs, qu'il approfondit dans sa propre analyse du développement sensorimoteur de l'enfant et de ses avatars (2004).

Né en 1941 à Genève, il y débute des études techniques puis mathématiques avant de rencontrer Jean Piaget et de s'orienter vers la psychologie. La carrière des deux hommes, et leur amitié, resteront liées leur vie durant. Ainsi en 1968, Piaget lui offre un poste d'assistant au laboratoire de psychologie expérimentale et de collaborateur au centre international d'épistémologie génétique où il rencontre entre autre Julian De Ajuriaguerra.

Après trois années de stages dans des équipes de recherches américaines et européennes, il mène une carrière académique comme professeur de psychologie expérimentale à l'université de Genève. Il devient parallèlement formateur et consultant pour transmettre son approche théorique et clinique ainsi que la maîtrise du bilan sensorimoteur qu'il a élaboré. La richesse de son travail et l'intérêt qu'il a porté aux troubles du développement (difficultés d'intégration sensorielles, troubles visuels, cognitifs, trouble du spectre autistique, etc) en font un auteur de référence en psychomotricité.

Une perspective instrumentale

Nous avons vu précédemment comment Piaget a mis en lumière le lien entre activité sensorimotrice et activité psychique - entre action et intelligence. André Bullinger va s'inspirer de ses travaux tout en y apportant sa propre vision. Par exemple selon lui, « *cette capacité de traitement des signaux sensorimoteurs ne disparaît pas dans la suite du développement mais elle occupe une place différente : d'objet de connaissance, ces matériaux deviennent le plus souvent moyen de connaissance.* » (Bullinger, 2004, p. 70)

Il intègre les apports de Wallon en tenant compte, dans ces mécanismes, de l'importance des interactions avec le milieu humain, notamment dans la régulation tonico-posturale.

Wallon qualifie de « *symbiose affective* » l'état qui succède à la « *symbiose physiologique* » d'avec la mère. Dans ces relations intenses, le bébé s'exprime par des variations toniques et posturales. Les postures assurent alors une fonction de communication, « *essentiellement liée*

à l'émotion, c'est à dire à l'extériorisation de l'affectivité » (Ajuriaguerra et al., 2017, p. 190-191). De Ajuriaguerra approfondira cette notion en parlant de « dialogue tonico-émotionnel ».

À partir de ces postulats, il élabore sa perspective instrumentale qu'il décrit comme « *la progressive constitution d'une subjectivité, la façon dont l'individu s'approprie son organisme et les objets de son milieu, qu'ils soient physiques ou sociaux. [...] L'organisme, des objets matériels du milieu, des savoir-faire sociaux prennent ainsi le statut d'outil. Ce sont des objets, matériels ou non, que l'individu, dans son développement, doit tenter de maîtriser pour les mettre au service de ses finalités.* » (Bullinger, 2004)

Ce qu'il appelle « l'instrumentation » de ces outils, se développe à travers une chaîne de réponses de l'organisme commune aux différents stimuli sensoriels : la perception d'une variation brusque d'un flux sensoriel entraîne une réaction d'alerte, qui se traduit par un recrutement tonique, nécessaire à la réponse d'orientation - vers ou à l'opposé - de l'origine de l'excitation. La distance à la source est évaluée, et un ensemble de conduites instrumentales mises en place pour explorer l'outil concerné. La répétition des stimulations permettra de retenir des « *éléments invariants* » et de créer des « *habituations* » (Bullinger, 2004, p. 30-31).

Ainsi, l'enfant développe précocement ses représentations de lui-même et de son environnement, sa subjectivité et sa psychomotricité, à partir des flux sensoriels qu'il perçoit et des actions qu'il entreprend pour y répondre. Ces réponses comprennent des variations toniques et posturales reliées à une composante émotionnelle. Enfin ce mécanisme de connaissance n'est permis que dans l'interaction de l'enfant avec son milieu humain, comme source de sollicitation et d'aide à la régulation tonico-émotionnelle.

Le bilan sensorimoteur

Le bilan sensorimoteur établi par André Bullinger s'intéresse à cette dynamique constructive. Son objectif est de tenter de comprendre le fonctionnement de l'enfant, repérer ses mécanismes d'intégration sensorielle et ses potentialités d'adaptation. Anja Kloeckner, formée par Bullinger pour poursuivre la transmission de son savoir, précise : « *sa capacité d'extraction des invariants sera perceptible à travers son attitude à se familiariser, à anticiper et à développer une variabilité dans ses conduites.* » (Kloeckner, 2011). Elle témoigne de l'intérêt, malgré la théorisation parfois « *ardue* », des allers-retours théorico-cliniques que nécessite cette approche. Les bilans sont par exemple filmés, et aucune note n'est prise

pendant la passation pour pouvoir analyser de manière approfondie les interventions de l'enfant et de l'examineur ainsi que les interactions se jouant entre les deux.

Le bilan sensorimoteur donne lieu à des pistes de travail qui peuvent concerner l'aménagement de l'environnement de l'enfant, ou des recommandations de prises en soin, notamment psychomotrices.

Axe de développement sensorimoteur

Bullinger se distingue de Piaget également par sa conception non linéaire du développement de l'enfant. Il décrit plutôt un « *axe de développement* », suivant lequel les différents espaces corporels de l'enfant se mettent en place « *se répondant les uns aux autres sans barrière chronologique* » (Kloeckner, 2011). Il distingue ainsi : l'espace oral, du buste, du torse, et du corps. Chaque étape correspond à des acquisitions et des élaborations sur plusieurs plans : postural, organisation de l'espace et représentation du corps. Croisant perpétuellement les différentes dimensions de l'être humain, il considère cet axe corporel comme « *un appui postural, mais aussi comme un appui émotionnel et relationnel* ».

L'espace de la pesanteur

Le passage de l'espace utérin à l'espace aérien entraîne de grands bouleversements pour l'enfant : il quitte l'enveloppe utérine, découvre sa respiration, perd le flux continu de l'alimentation maternelle via le cordon ombilical, ... , et découvre les lois de la gravité.

« *Bullinger comprend une partie du développement de la première année du bébé comme la réponse à cette question physique fondamentale [la pesanteur], et il propose de l'approcher par son concept de "construction de la verticalité"* » (Delion, 2015).

Après l'accouchement, le nouveau-né perçoit les forces de la gravité par ses systèmes sensoriels vestibulaire, somesthésique et proprioceptif qui doivent se coordonner. Cette coordination contient deux enjeux : elle fait de la verticale un « *objet de connaissance* » à explorer, et elle rend possible l'organisation des appuis corporels stabilisant la posture. « *La construction de l'espace de la pesanteur est le soubassement indispensable pour stabiliser l'organisme dans ses mises en forme posturales.* » (Bullinger, 2015).

Dès lors, l'évolution du nouveau-né s'observe par une diminution de ses mouvements spontanés, il trouve ses appuis et peut s'installer dans une posture à partir de laquelle il oriente progressivement ses mouvements.

Réflexes et postures archaïques

Certaines postures dites « réflexes » lui servent ainsi de base pour organiser ses gestes, Bullinger les nomme « creusets posturaux ». Il distingue les postures de types symétriques, dites « de défenses », qui entraînent un repli ou une extension (comme le réflexe de morro) ; et les postures de types asymétriques, dites « d'orientation » qui modifient la répartition tonique entre les deux hémicorps. Par exemple lorsque le bébé est allongé sur le dos et qu'il tourne la tête d'un côté, le bras et la jambe de ce côté s'allongent tandis que le bras et la jambe opposés se plient. Avec la maturation de son tonus, il pourra de cette position attraper les objets, puis se retourner. Mais il n'élargira que progressivement son creuset postural, à force d'aller-retour entre maintenir sa posture stable pour explorer visuellement, et suffisamment mobile pour explorer tactilement. Un vrai dilemme !

Ces expériences permettent l'élaboration instrumentale de la pesanteur, essentielle pour que l'enfant se sente ancré dans une sécurité physique et affective. Vivre un retour dans une position d'équilibre et élargir à son rythme son champ des possibles apporte au bébé une première maîtrise de son corps et de son espace tout en lui conférant la sensation physique et psychique de disposer d'un d'arrière-fond, une « base de sécurité intégrée » propice à son développement psychomoteur.

Troubles liés à l'espace de la pesanteur

Les troubles en lien avec l'espace de la pesanteur se manifestent par des angoisses primitives, entre autre des angoisses de chute sans fin. Bullinger propose deux pistes thérapeutiques pour les traiter : rééquilibrer les entrées sensorielles, en proposant une surface solide au bébé qui ressentira les vibrations de ses propres mouvements (les entrées sensorielles émanant de ses propres mouvements sont plus structurantes que celles extérieures) ; et offrir une contenance qui limite l'instabilité posturale. Il préconise par exemple de porter le bébé en « *petit paquet* » serré contre son buste et de chercher un accordage entre les respirations.

Conclusion

L'approche de Bullinger s'intéresse à la singularité du développement sensorimoteur de chaque enfant à travers le concept d'instrumentation et d'axe de développement. Il tient compte de la pluralité des facteurs de développement décrits par Piaget, notamment des interactions entre l'enfant et son environnement en donnant une place particulière à la perception des flux sensoriels, et à la dimension posturale. En effet c'est en utilisant ses sens (externes internes et proprioceptifs), et à partir de ses postures d'équilibre, que le nouveau-né va pouvoir faire évoluer progressivement sa motricité et ses représentations.

Enfin cette progression est soumise dès son commencement aux enjeux de l'espace de la pesanteur – la quête de la verticalité et l'assurance d'une stabilité, – enjeux qui accompagneront le développement psychomoteur de l'enfant de ses premiers redressements jusqu'à la marche. Sûrement se poursuivent-ils au-delà, notamment adulte, à travers les valeurs de « droiture » et de « stabilité ».

Conclusion

John Bowlby, Jean Piaget et André Bullinger, ont marqué la compréhension du développement psychomoteur de l'enfant. Même si l'angle d'approche qu'ils adoptent diffère – affectif, cognitif, sensorimoteur, – ils reconnaissent tous les interactions précoces de l'enfant avec son milieu (physique et social) comme un facteur de développement majeur. En écho aux travaux de Bowlby, Piaget voyait par exemple l'aspect affectif comme « *la fonction énergétique nécessaire à la construction de la pensée* » (Golse, 2015, p. 155).

Un second point commun les rassemble : la mise en valeur de comportements, de schèmes et de postures, qui assurent une base de sécurité physique et psychique à l'enfant pour explorer son environnement. Ils les qualifient selon leur vocabulaire, d'*instinctifs*, de *primaires*, ou encore de *réflexes*. De ces refuges, l'enfant peut, d'équilibre en déséquilibre, de prise de risque en moment de réconfort, développer ses connaissances. Elles sont d'abord égocentrées, basées sur le corps propre et l'instant présent ; puis s'ouvrent sur le monde, son espace et sa temporalité. Le bébé devient par exemple capable de faire des liens avec le passé, et d'anticiper des actions à venir.

Jusque vers ses deux ou trois ans, son intelligence reste motivée par ses expériences motrices et sensorielles qui structurent progressivement ses représentations. Il pourra ensuite réfléchir et agir à partir de l'intériorisation de ses apprentissages. *« Cependant, lorsque des actions matérielles nouvelles sont à former ou lorsque le milieu résiste aux actions du sujet, les aspects sensorimoteurs peuvent regagner en importance. En fait, les conduites sensorimotrices sont toujours présentes dans le comportement humain. Leur place et leur importance varient suivant les tâches dans lesquelles le sujet est engagé. »*

(Bullinger, 2004, p. 70)

Dans la partie suivante, nous allons voir en quoi l'état de stress post traumatique en impactant le fonctionnement du néocortex et la régulation tonico-émotionnelle, place de nouveau sur le devant de la scène les conduites sensorimotrices et les comportements instinctifs.

PARTIE II

L'état de stress post traumatique



M. L

1) De l'évènement traumatique au stress chronique

Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), l'état de stress post traumatique est « *une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique et/ou psychologique du patient et/ou de son entourage a été menacée et/ou effectivement atteinte (notamment accident grave, mort violente, viol, agression, maladie grave, guerre, attentat). Les capacités d'adaptation (comment faire face) du sujet sont débordées. La réaction immédiate à l'évènement aura été traduite par une peur intense, par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur* ».

Cette définition caractérise : l'évènement à l'origine de l'ESPT qui peut être de nature très variable, concerner la personne elle-même ou son entourage, être vécu ou observé ; les émotions ressenties sont du registre de la peur, de l'horreur ou de l'impuissance ; ont y retrouve l'atteinte du droit à la vie, au respect du corps et/ou à la dignité humaine, et l'incapacité de la personne à adapter son comportement en réaction.

Voyons comment ces éléments génèrent un état de stress chronique et l'apparition de troubles psychomoteurs.

a) Débordement de la réponse habituelle au danger

Bullinger a décrit chez l'enfant une chaîne de réponses de l'organisme commune aux différents stimuli sensoriels : perception d'une variation brusque d'un flux sensoriel > réaction d'alerte > recrutement tonique > réponse d'orientation > évaluation de la distance à la source > mise en place de conduites > extraction d'invariants > habituation. Adulte, la réponse à un danger empreinte le même chemin pour agir rapidement, par des comportements réflexes de fuite ou de lutte, qui sont adaptés après réflexion en fonction de l'expérience et des connaissances acquises.

Structures cérébrales impliquées dans la réponse au danger

Ces mécanismes sollicitent des structures sous-corticales : le cerveau reptilien, évoqué pour sa gestion des besoins vitaux dont le maintien de l'homéostasie et des réflexes de défense, des structures corticales : le thalamus, les noyaux amygdaliens, l'hippocampe et l'hypothalamus appartenant au système limbique (cerveau émotionnel), et enfin le cortex pré-frontal (cerveau rationnel), plus particulièrement sa partie ventromédiane intervenant dans la gestion des émotions. Les flux sensoriels perçus en périphérie affèrent vers le cerveau où ils sont identifiés par le thalamus – notamment grâce aux données autobiographiques – pour

comprendre ce qui se passe. Le thalamus transmet ensuite les informations analysées à l'amygdale via deux trajets nommés par Joseph LeDoux : *la voie courte*, directe et inconsciente, et *la voie longue*, consciente, via le néocortex puis l'hippocampe (« Amygdale (cerveau) », 2021). L'amygdale permet la reconnaissance de la valence émotionnelle des stimuli sensoriels, mais aussi l'apprentissage associatif, les réponses comportementales et végétatives, en particulier celles associées au danger. Elle représente le système d'alarme du cerveau. Connectée au tronc cérébral et à l'hypothalamus, elle leur transmet l'alerte : au premier pour qu'il génère un comportement réflexe, au second pour déclencher les réponses émotionnelles appropriées et préparer l'organisme à lutter ou fuir, via la libération d'hormones de stress (cortisol et adrénaline). En parallèle, le cortex préfrontal traite la situation avec une vision d'ensemble sur les conséquences, les objectifs, les moyens d'y parvenir, *etc.* Cette analyse permet en retour d'ajuster le comportement et de moduler l'activité de l'hypothalamus et de l'amygdale.

Inhibition de l'action

« Ces réponses concernent d'abord et avant tout le mouvement. [...] Comme Roger Sperry, qui a obtenu le Prix Nobel de médecine en 1981, l'a déclaré : « le cerveau est un organe de et pour le mouvement : le cerveau est l'organe qui déplace les muscles. Il fait beaucoup d'autres choses, mais toutes sont secondaires aux mouvements corporels » (Ogden et al., 2021, p. 18). Or que se passe-t-il lors de l'évènement traumatique ? Le système de réaction au danger qui vient d'être décrit est saturé, le sujet est incapable de réagir, il est psychologiquement sidéré et/ou physiquement contraint. Dans les deux cas sa réponse au danger ne peut s'exprimer par un mouvement de fuite ou de lutte, il reste impuissant. Henri Laborit appelle cette troisième réaction « *l'inhibition de l'action* » (Yael Naim et plus encore, 2009) . La Docteure Murielle Salmona parle elle « *d'effraction psychique avec paralysie des fonctions du cortex qu'on appelle un état de sidération traumatique* » (Salmona, 2020, p. 8). Les évènements vus ou vécus sont tellement violents qu'ils sont incompréhensibles, non rationalisables. La voie longue est inopérante, l'amygdale et l'hypothalamus ne sont plus régulés. Aucun facteur de terminaison ne vient signifier la fin du danger et l'individu reste non seulement sidéré mais aussi en état d'alerte.

Je pense à Mme D , la jeune fille présentée en avant-propos qui a subi de nombreux traumatismes sans pouvoir y échapper. Il y a quelques mois encore, on pouvait voir un mélange de terreur et d'incompréhension dans ses yeux. Depuis son regard s'est apaisé mais elle reste extrêmement inhibée et renfermée : sa posture assise est figée, elle ne s'exprime pas (alexithymie), et est incapable de prendre des initiatives (apragmatisme).

b) La mémoire traumatique

Le stress devient chronique, alimenté par la mémoire de l'évènement qui reste active. La compréhension de la situation et la modulation de la réponse émotionnelle n'ayant pas pu se faire, les sensations (images, odeurs, sons, sensations corporelles, ...) et les émotions ressenties sur l'instant sont conservées « à l'état brut » au lieu d'être traitées par la mémoire autobiographique narrative. Cette mémoire vive sensorimotrice et affective perdure tant qu'elle n'est pas intégrée. Freud et Breuer la décrivaient ainsi : « *le traumatisme psychique – ou, plus précisément, [son] souvenir – agit comme un corps étranger qui, longtemps après son entrée, doit être considéré comme toujours opérant* » (Van der Kolk, 2019, p. 333).

M. L témoigne dans un entretien avec une journaliste pour les 10 ans de l'EMPP : « *Parfois les douleurs que j'ai traversées, les tortures que j'ai vécues, ça se ressent. C'est à dire comme des souvenirs, comme si le corps aussi avait des souvenirs* ».

Ses mots résonnent avec le titre du livre de Bessel van der Kolk *Le corps n'oublie rien*.

Symptômes d'intrusion et d'évitement

La personne atteinte d'ESPT est donc en proie aux intrusions perpétuelles de la mémoire du ou des traumatisme-s. Selon la CIM 10, « *le facteur de stress est constamment remémoré ou «revécu», comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes («flashbacks»), de souvenirs intenses, de rêves répétitifs, ou d'un sentiment de détresse quand le sujet est exposé à des situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier.* »

Lorsque le psychologue de l'EMPP rencontre Mr. A pour la première fois, celui-ci raconte, paniqué et le front en sueur, qu'il revit toutes les nuits l'attaque de ses frères venus le menacer à son domicile. Il finit toujours par se réveiller en sursaut à deux heures du matin, heure à laquelle ils l'ont agressé, et il est incapable de se rendormir ensuite. J'assiste au second entretien, il porte un T-shirt avec une tête de mort et décrit cette fois non pas une reviviscence mais un cauchemar toujours suivi d'un réveil en sursaut : « *des morts vivants se jettent sur moi pour me tuer* ».

Une reviviscence, du latin *reviviscere* - revivre (Larousse) est une « *image perceptive de l'événement qui envahit la conscience du sujet et s'accompagne des émotions ressenties alors* » (Bailly, 2007, p. 234). Ces phénomènes intrusifs sont « *à certains égards, pires que le traumatisme* » car ils peuvent survenir à n'importe quel moment (Van der Kolk, 2019, ...). Ils sont parfois déclenchés par un stimulus sensoriel rappelant l'évènement, ou bien surviennent spontanément.

Mme J a traversé la méditerranée en zodiaque pour immigrer en France, maintenant elle a très peur de l'eau. Depuis qu'elle prend un traitement ses céphalées et ses autres symptômes d'intrusion diminuent : elle fait moins de « mauvais rêves » et n'entend plus de voix (hallucinations acoustiques et verbales). Mais depuis une semaine elle n'a plus de médicaments et la tendance s'inverse. Elle nous raconte son dernier cauchemar : « *une personne géante venait me prendre, plus forte que moi, et je ne pouvais pas lui échapper. Je courais mais je n'avançais pas* ». Elle a de nouvelles hallucinations visuelles qui l'effraient : elle voit une personne au pied de son lit la nuit et d'autres autour d'elle la journée qui veulent l'emporter.

Comme en témoigne le vécu de Mme J, les symptômes d'intrusions envahissent la vie quotidienne diurne et nocturne des personnes traumatisées qui développent des stratégies pour les éviter. Ils regardent la télévision ou leur téléphone, cuisinent, s'occupent de leurs enfants, et beaucoup se forcent à ne pas dormir malgré la fatigue. Mais élaborer sans cesse des stratégies pour contrer les pensées envahissantes, les intrusions psychiques, émotionnelles, et/ou somato-sensorielles, conduit à l'épuisement et contribue au maintien du taux élevé de stress.

c) Dérèglement du système nerveux autonome

L'amygdale cérébrale, centre de gestion des émotions, enregistre l'anxiété ressentie et continue d'indiquer un état d'alerte sans être régulée par les structures supérieures. La production excessive et continue d'hormones de stress qu'elle génère, dérègle les systèmes nerveux autonomes sympathique, parasympathique, et entérique.

Le système sympathique

Le système sympathique a pour rôle en cas de stress de préparer le corps à réagir. Les patients témoignent, en se montrant la poitrine, de l'accélération de leur rythme cardiaque et de leur respiration, Mr A. est en sueur, Mme D garde les yeux grand ouverts, et tous se plaignent de troubles du sommeil. Le critère E du DSM-V soulève de « *profondes modifications de l'état d'éveil* » avec des symptômes d'hypervigilance, d'étonnement démesuré, de problèmes de concentration et de troubles du sommeil.

Il prend en compte également « *la réactivité associée à l'événement traumatisant* ». En effet être toujours prêt à combattre ou à fuir se traduit chez certain patient par de l'irritabilité, des accès de colère et d'agressivité, qui peuvent mener au passage à l'acte par un « *comportement irresponsable ou destructeur* ».

Je n'ai observé qu'à une reprise un patient dans un état d'hypertension psychocorporelle empreint d'une colère incontrôlable. L'origine de son état de stress post traumatique remontait à l'assassinat de son père lorsqu'il était enfant. Son corps menu ne semblait composé que de muscles contractés, son débit verbal était rapide et entrecoupé de menace de mort envers les assassins de son père. La conversation n'a pas pu se détourner du sujet. Il n'est pas revenu aux rendez-vous suivants.

Le système nerveux entérique

Le système nerveux entérique contrôle le système digestif (l'activité motrice, les sécrétions et la vascularisation). Il est relié au cerveau par le nerf vague qui innerve également le système respiratoire, cardiaque, et hormonal. « *Ce nerf (que Darwin nommait "pneumogastrique") enregistre les sensations de type cœur brisé et estomac noué. Quand on est bouleversé, la gorge devient sèche, la voix tendue, la respiration rapide et superficielle, et le cœur s'accélère* » (Van der Kolk, 2019, p. 119).

En lien avec son stress Mme V présente ainsi des douleurs à l'estomac et aux intestins, elle sent son ventre «crispé», qui ne digère plus, et doit fractionner son alimentation pour ne pas accentuer ses douleurs.

Mme A elle, n'a plus d'appétit depuis plusieurs mois. Elle mange malgré tout, mais sans conviction, et cela l'inquiète.

Conclusion

L'état de stress post traumatique dérègle le fonctionnement du système nerveux central et végétatif : les patients luttent contre leurs symptômes d'intrusion, sont psychologiquement et physiologiquement perturbés, incapables de contrôler leurs états toniques et émotionnels, voire même leurs réactions comportementales.

Ces mécanismes peuvent se résumer par une rupture du processus *d'intégration*, initialement de l'évènement traumatique, mais qui se généralise au fonctionnement du sujet.

La neurologie interpersonnelle est essentiellement axée sur la notion que l'intégration est au cœur du bien-être. L'intégration est conçue comme étant la mise en relation des éléments différenciés afin de former un ensemble fonctionnel. La formation d'un système intégré permet une certaine souplesse une adaptabilité, une cohérence, un dynamisme et une stabilité. En l'absence de cette intégration, le flux de nos esprits est rigidifié. Aussi, le traumatisme peut être considéré comme une attente fondamentale à la capacité d'intégration de l'individu, d'une dyade, d'une famille ou d'une communauté.
(Ogden et al., 2021, p. 14)

Ce processus rappelle celui d'équilibration que Piaget estimait comme un des facteurs principaux du développement de l'intelligence. En reprenant ses termes, la dynamique d'assimilation et d'accommodation de l'individu à son environnement ne fonctionne plus en présence d'un ESPT. L'abstraction réfléchissante ne permet plus d'intégrer de nouvelles acquisitions aux structures précédentes. L'élaboration de la connaissance à l'origine de l'adaptation du sujet est interrompue ; et la stabilité – si importante selon Bullinger en tant que base de sécurité pour le développement psychomoteur – est brisée. Les flux sensoriels, au lieu d'être moteur de l'exploration, sont appréhendés comme des signaux d'alerte potentielle et deviennent moteur de la dérégulation. En effet les structures en charge de leur reconnaissance – notamment le thalamus, l'hippocampe, et le néocortex –, de leur modulation et de leur transformation en souvenir pour alimenter l'expérience, ne sont plus fonctionnelles. Ces désordres donnent alors lieu à de nombreux troubles psychomoteurs.

1) Troubles psychomoteurs

a) Trouble de la régulation tonique émotionnelle

Lorsque je rencontre Mr. B pour la première fois (le jeune homme, cité page 28, qui a témoigné des souvenirs de son corps à une journaliste) je suis complètement captivée par son discours sur la politique de son pays. La seconde fois, quand le sujet se répète, je me concentre sur son intonation, sa posture, ses gestes. Derrière son charisme d'orateur, son corps se souvient certes et il gronde ! Son débit verbal est rapide et continu, ses bras s'agitent pour maintenir son discours et il se frotte parfois les mains nerveusement. Son buste droit reste fixe et ses jambes légèrement écartées sont également immobiles. Il continue de s'indigner, il explique et il dénonce avec émotion. Je sens monter une tension dans mes épaules dans le dialogue tonico-émotionnel qui s'instaure. Je respire, et me questionne : que ressent-il, de la colère, de l'injustice, du désarroi ? Certainement un chaos intérieur fait de souvenirs traumatiques, des attaches à son pays, à sa famille, mélangés à l'annonce du décès de son cousin resté là-bas, à la culpabilité d'être en vie ailleurs, à l'ennui qui le ronge dans l'attente du résultat de sa demande d'asile, ...

La psychomotricienne l'écoute, puis tourne son regard vers le lit médicalisé pour l'inviter à s'y allonger. Il clôture son discours par un soupir de relâchement et se prépare pour une séance d'haptonomie.

Hyperactivation et hypoactivation

Après deux ans de suivi, Mr. B commence à développer une certaine autonomie dans la régulation de son état tonique et émotionnel, c'est à dire qu'il arrive à rester dans un état de tension et de stress élevé, tout juste tolérable. Cependant, si les rendez-vous avec la psychomotricienne sont trop espacés il perd de nouveau le contrôle de lui-même. Daniel Siegel décrit une « *fenêtre de tolérance* » dans laquelle « *des activations émotionnelles et physiologiques d'intensité variables peuvent être traitées sans pour autant perturber le bon fonctionnement du système* » (Ogden et al., 2021, p. 68).

On peut dire que M. L se rapproche de cette zone qui rend possible l'intégration des sensations externes et internes. Il reste encore sujet à l'hyperactivation de son système nerveux (sympathique), c'est à dire qu'un flot excessif d'informations en désorganise le traitement.

Il est en proie à des troubles de régulation tonico-émotionnelle, mais reste très « animé » par ses tourments. À l'inverse, Mme D en est coupée. Son état de stress post traumatique ne se traduit pas par l'hyperactivation mais par l'hypoactivation, en lien avec le système nerveux parasympathique. Ses réactions sensorielles, ses émotions, ses mouvements, sa réflexion, ainsi que sa communication verbale et non verbale sont comme annihilés. Elle renvoie selon les terme de Ogden « *un sentiment de vide ou de vacuité, de passivité, voire parfois de paralysie* » (2021, p. 67).

| LA FENÊTRE DE TOLÉRANCE | |
|---|--|
| ZONE D'HYPERACTIVATION | Sensation accrue Réactivité émotionnelle Hypervigilance Images intrusives Traitement cognitif désorganisé |
| ZONE D'HYPOACTIVATION | Fenêtre de tolérance Zone d'activation optimale Absence relative de sensation Engourdissement des affects Désactivation des processus de traitement cognitifs Réduction du mouvement physique |
| Figure 2.1 Les trois zones d'activation : un modèle simple pour la compréhension de la régulation de l'activation autonome. (Ogden et al., 2021, p. 68) | |

Ces schèmes d'hypo et d'hyperactivation liés à la fonction de survie du système nerveux sympathique et parasympathique, empêchent le traitement et l'intégration de l'information plaçant le sujet en dehors de sa « *zone d'activation optimale* ». L'écart frappant entre ces deux styles de réaction, qui ne varient pas en fonction de la nature ni de l'intensité du traumatisme, conduit à se questionner : pourquoi un patient adopte-t-il un schème de régulation plus qu'un autre ?

Régulation et attachement

La reconnaissance des travaux de Bowlby permet d'affirmer qu'après la naissance le nouveau-né a besoin de sa mère pour assurer ses besoins vitaux, dont le principal est celui d'attachement. C'est dans la proximité avec sa figure d'attachement, puis sa disponibilité et son accessibilité, que l'enfant développe sa sensorimotricité pour découvrir le monde, et grandit en intégrant un sentiment de sécurité intérieure. Ce processus lui permet de passer

d'un mode de régulation externe, dépendant de ses figures d'attachement, à un mode de régulation interne, plus autonome et sur lequel il pourra s'appuyer adulte.

Les expériences interactives précoces déterminent si, à l'occasion de crises ultérieures, l'individu sera à même de se tourner vers l'autre en vue de trouver un support interpersonnel, à savoir s'ouvrir à une régulation interactive à l'intérieur d'une relation intime ou psychothérapeutique lorsque ses propres mécanismes d'autorégulation sont temporairement défailants. (Ogden et al., 2021)

Les auteurs du livre *Le trauma et le corps* (Ogden et al., 2021), ont ainsi étudié le mode de régulation privilégié adulte en fonction des types d'attachement développés dans l'enfance. Le résultat de leur recherche ne doit pas être perçu comme déterministe, la stabilité du type d'attachement sur le long terme pouvant être remise en cause par de nombreux facteurs, et aucun test – comme celui de la situation étrange de Ainsworth – n'ayant été élaboré chez l'adulte. Cette présentation a pour intérêt d'apporter des hypothèses cliniques sur le fonctionnement des patients.

Ainsi un contexte d'attachement *secure* enfant, peut favoriser adulte le recours aux deux stratégies d'autorégulation (interne et externe) et le passage d'une zone d'activation à l'autre (hyperactivation / fenêtre de tolérance / hypoactivation). En fonction de la situation, la personne pourra demander du soutien ou gérer la situation seule, mobiliser ses sensations ou bien inhiber ses réactions.

La personne ayant grandi dans un lien d'attachement *insecure-évitant* aura tendance à compter sur elle-même, voire à se replier sur elle-même, plutôt que de recourir à la régulation interactive et au soutien social. Le système parasympathique (l'hypoactivation) prend généralement le dessus, accompagnant le manque de confiance en autrui par un désengagement moteur et émotionnel.

Inversement le type d'attachement *insecure-ambivalent* « a enseigné à l'enfant d'amplifier ses signaux de demande d'attention et à augmenter la détresse pour solliciter l'adulte ». Ce comportement peut entraîner adulte une hyperactivation et une importante difficulté de régulation interne. Les patients présentant ce type d'attachement enfant peuvent adulte « s'agripper au contact relationnel » tout en étant incapables de s'apaiser dans l'interaction (Ogden et al., 2021, p. 102).

Enfin dans l'attachement *désorganisé-désorienté*, le mode de régulation interne sera progressivement privilégié face à l'instabilité des relations précoces. Les deux schèmes

d'activation peuvent coexister, la personne passe alors d'un état d'hyperactivation à un état soudain d'hypoactivation. Un patient a ainsi employé le terme anglais « *up and down (haut et bas)* » pour qualifier son état passant d'un extrême à l'autre. L'un peut aussi prévaloir, par exemple dans un contexte de carences affectives où l'hypoactivation répond au manque d'efficacité des signaux de détresse envoyés.

« *Il est caractéristique des personnes ayant subi des traumatismes précoces chroniques de voir leur système d'engagement social compromis, leurs capacités de régulation interactives, inefficaces et sous-développées, ainsi que de présenter une défaillance en matière d'autorégulation* » (Ogden et al., 2021, p. 104)

Ce dernier point représente une hypothèse pour la compréhension des troubles de Mme D. Le décès de ses parents lorsqu'elle était enfant, le manque d'affection de sa tante qui l'a recueillie, puis les sévices qu'elle a subis dans les familles qui l'ont exploitée, ... Autant de traumatismes qui invitent à fuir les liens d'attachement plutôt qu'à s'y référer. Probablement a-t-elle développé un type d'attachement désorganisé-désorienté, auquel viennent s'ajouter les troubles précités en lien avec des traumatismes chroniques vécus enfant ? Comment une relation et un projet thérapeutique peuvent-ils s'envisager en tenant compte de cette hypothèse ?

Dans une conférence sur le le traumatisme et l'attachement, Michel Sylvestre et Michel Delage comparent le lien d'attachement à une boussole interne, un régulateur de la vie émotionnelle qui permet d'apaiser les émotions négatives et de stimuler les émotions positives. Ils rappellent que « *la sécurité ce n'est pas l'absence de danger c'est la présence de lien* » (Cyrulnik et al., 2021). Mais sauvegarder ou tisser des liens en état de stress post traumatique s'avère difficile.

b) Altération du fonctionnement cognitif

En effet l'altération du système d'identification et de traitement des sensations internes et externes, influe sur la reconnaissance des émotions personnelles mais aussi d'autrui.

Éclipse du fonctionnement exécutif

Qu'ils soient vécus trop intensément dans l'hyperactivation, ou négligés dans l'hypoactivation, les patients restent confus face à leurs états internes qu'ils arrivent difficilement à verbaliser. Ce symptôme, très prononcé chez Mme D, se nomme

l'alexithymie : l'absence de mots pour exprimer son ressenti. De même, la signification des signaux externes comme la reconnaissance faciale des émotions peut être déformée voire inopérante.

Mme A, suivie depuis quelques séances en psychomotricité, avoue en pleurant ce qui l'affecte le plus en ce moment : se sentir incomprise par ses amis, et qu'ils découvrent sa folie. Très troublée par son état, elle se croit folle et est persuadée que cela se voit. Elle pense que tout le monde le lui cache et interprète dans les retours de ses camarades des mensonges bienveillants. Pendant la séance elle observe la psychomotricienne attentivement et la questionne pour tenter de cerner si oui ou non elle peut lui faire confiance, mais elle reste dans le tourment.

« *Les hommes extrêmement perturbés disent parfois qu'ils "perdent l'esprit". En terme techniques, ils connaissent une éclipse de leur fonctionnement exécutif* » (Van der Kolk, 2019). Le choc traumatique puis le stress chronique maintiennent en effet le cortex préfrontal « déconnecté » des structures de traitements de l'information, notamment de l'amygdale, entraînent une perte de contrôle sur les émotions et les comportements. La voix courte (amygdale – tronc cérébral) est privilégiée, générant des comportements de type réflexes ou « régressifs » (Ogden et al., 2021, p. 21).

Comportements régressifs

Pour rappel, les comportements réflexes en réponse à un état d'alerte permanent sont le combat, la fuite ou l'inhibition. L'ESPT tourne sur lui-même autour de ces « schémas d'actions fixes », nous renvoyant au comportements primitifs décrits par Bowlby et à la hiérarchie de ses systèmes motivationnels.

Selon sa théorie, les systèmes de vigilance et d'attachement priment sur l'activation des autres systèmes d'exploration, de caregiving et affiliatif. C'est à dire qu'une personne qui se sent en détresse active son système défensif et son système d'attachement – selon les stratégies développées précédemment. Développer des relations amicales devient alors secondaire, prendre soin de soi et de ses enfants peut être difficile, sans parler de découvrir les alentours de son logement ou chercher du travail qui représentent une montagne infranchissable pour certains patients.

« *Après le traumatisme, on perçoit le monde avec un autre système nerveux. On concentre son énergie sur la répression de son chaos intérieur, au lieu de l'investir dans sa vie* » (Van der Kolk, 2019, p. 79)

Mme M. limite ainsi ses actions. Elle présente toutes les caractéristiques de l'hypoactivité, elle est d'une grande passivité et pragmatique. Si elle exprime des affects ce sont des affects négatifs : « *c'est difficile* », « *c'est compliqué vous savez* », « *je ne me sens pas bien* ». Quoiqu'il lui arrive son attitude reste identique. Elle devait quitter le centre d'accueil de demandeurs d'asile et n'avait pas de solution d'hébergement, elle a attendu passivement le dernier moment puis suivi les conseils de la psychomotricienne pour chercher de l'aide autour d'elle. Elle est tombée enceinte mais ne semble pas éprouver d'affection pour son nouveau compagnon, et ne parle que des complications de sa grossesse. Nous nous inquiétons quant à ses capacités à prendre soin de son enfant. Enfin, quand la psychomotricienne lui demande si elle sort de chez elle, elle lui répond presque étonnée « *Ah non je ne peux pas, je n'en ai pas le courage* ».

Les patients atteints d'ESPT semblent « en faire le minimum » alors que pour eux ils sont, au contraire, au maximum de leurs capacités. Beaucoup témoignent combien il leur coûte de venir au rendez-vous mais aussi combien c'est important pour eux.

Mme V raconte : « *J'annule souvent mes autres rendez-vous, chez le médecin, ou pour d'autres choses, mais les rendez-vous à l'EMPP, je viens. Même si je suis pas bien, je viens. C'est trop important pour moi, j'arrive je suis complètement abattue ; je repars je suis plus légère, comme si j'avais déposé un poids.* » elle fait le geste de retirer un fardeau de ses épaules et le jette par terre. Au prochain rendez-vous elle essaiera de venir lavée. Elle nous avait confié ses difficultés pour prendre soin d'elle, et nous avoue cette fois-ci que c'est parce qu'elle n'en a pas l'énergie.

Troubles des fonctions exécutives

Ces comportements « régressifs », la focalisation sur des tâches rudimentaires et la difficulté à prendre des initiatives, mettent en évidence un trouble des fonctions exécutives. « *Les zones supérieures du cerveau impliquées dans le "fonctionnement exécutif" – planifier pour le futur, anticiper les conséquences de ses actes et inhiber les réponses inappropriées – deviennent moins actives* » (Ogden et al., 2021, p. 21). Plus précisément les fonctions exécutives comprennent : la planification, l'élaboration de stratégies, la flexibilité mentale, l'attention, et l'inhibition. Indirectement elles concernent également la mémoire, la gestion du temps et de l'espace.

Les troubles de ces fonctions se traduisent chez Mme D par une incapacité à prendre sa vie en main. Elle dépend des personnes qui l'entourent pour gérer son emploi du temps, sa demande d'asile, les conditions de son hébergement, *etc.*

Une séance a particulièrement illustré son impossibilité à anticiper les événements, lorsque la psychomotricienne l'a interpellée sur son départ imminent à Paris pour se rendre à la Cours nationale des demandeurs d'asiles (CNDA) :

- « Est-ce que vous savez pourquoi vous allez à Paris ?
- ... »

Mme D ouvre grand les yeux, serre son sac sur ses genoux, essaie de comprendre, mais est incapable de se projeter. La psychomotricienne reprend :

- « Vous allez à Paris bientôt ? Pourquoi est-ce que vous allez à Paris ?
- ... oui ... pour parler de mes problèmes. »

L'échange débute et à la fin de celui-ci la psychomotricienne souhaite la mettre en situation : « Vous serez là et il y aura un jury devant vous ». Elle nous invite, son traducteur et moi, à nous positionner en rang face à elle, mais Mme D ne comprend pas la reconstitution, elle a perdu le lien avec Paris, la CNDA, le jury. Elle n'est pas capable d'imaginer un espace lointain représenté ici devant elle. La psychomotricienne n'insiste pas, Mme D a déjà montré des progrès considérables durant cette séance : elle nous a parlé de son parcours chronologiquement en passant d'un pays à l'autre. Elle a même développé des phrases spontanément ! Tout cela avec l'appui de la psychomotricienne qui orientait et structurait l'échange. Enfin, son séjour à Paris a nécessité une assistance totale, pour qu'elle sache où et quand prendre le train, se loger, se rendre à l'audience, ...

c) Troubles spatio-temporels

Les difficultés de Mme D se réfèrent également aux troubles de représentation et d'orientation dans le temps et dans l'espace.

Un arrêt sur image

L'évènement traumatique fait irruption dans la vie du sujet, sa violence et le stress chronique qui s'ensuit, provoquent un sentiment d'interruption du temps qui passe. L'ESPT plonge alors les patients dans un espace-temps propre à leurs tourments, difficilement accordable avec le temps social et la capacité à s'orienter géographiquement. Manipuler ces notions leur est plus ou moins accessible. Certains réussissent à s'organiser en tenant un agenda, d'autres oublient fréquemment les rendez-vous.

Mme A est également très inquiète de sa désorientation spatiale (plus haut elle se questionnait sur sa perte d'appétit). C'est notamment à ce sujet qu'elle affirme être folle. Elle ne comprend pas pourquoi elle n'arrive plus à se repérer lorsqu'elle marche en ville et cela la bouleverse.

Des notions intériorisées puis projetées

L'espace et le temps sont des notions qui s'élaborent à partir de projections personnelles. L'enfant ressent d'abord les rythmes de sa mère, puis les siens, avant d'intégrer une certaine temporalité grâce à la répétition du quotidien. Ce n'est que plus tard qu'il apprend à se référer également au temps social. De même, il expérimente les notions d'espace à travers son développement sensorimoteur, à partir de son corps propre⁷, et en découvrant son environnement.

Si les patients atteints d'ESPT sont intérieurement déboussolés, il apparaît alors cohérent qu'ils le soient également extérieurement. La psychomotricienne a tenté de rassurer Mme A en lui disant qu'elle n'était pas folle, que sa désorientation était le résultat de ce qu'elle avait vécu. Mais les croyances intérieures sont souvent des rocs face à une explication rationnelle.

2) Perturbation des perceptions et des représentations

a) Effondrement du système de croyance

Se sentir ainsi perdue dans le temps et dans l'espace, renvoie à la perte de repères intérieurs qui fait suite au traumatisme. En effet l'effroi ressenti pendant l'évènement provoque un « *effondrement des certitudes acquises* » (Salmona, 2020, p. 8). Le choc du traumatisme – avoir frôlé la mort, avoir été témoin ou victime de violence, etc –, déstabilise voire détruit le système de croyances et de représentations mentales. Comment croire encore aux relations humaines lorsque l'on a été torturé ? A quoi accorder de l'importance après avoir vu se noyer des personnes en restant impuissant ?

M. L répète avec une voix teintée d'une colère veine : « *Pourquoi ? Pourquoi ? Comment des humains peuvent-ils faire des choses pareilles à d'autres humains ?* ».

Plusieurs patients, dont Mr T., racontent s'être convertis au cours de leur parcours migratoire : « *La religion musulmane c'est dents pour dents, alors que les chrétiens, c'est*

⁷ En maîtrisant progressivement l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et l'espace du corps, selon l'axe de développement décrit par Bullinger.

différent, ils vivent en paix ». L'engagement religieux est important pour lui, mais depuis quelques séances il dit avoir perdu le sens de sa vie et ne va plus à l'église. Il avait déjà évoqué le suicide ; le sujet revient, en partie dû à la mauvaise tournure que prend sa demande d'asile. « *Plutôt mourir que de retourner au pays* ».

Cette remise en cause des croyances s'accompagne, comme le verbalise Mr T., d'une perte de sens, ou plutôt d'une quête de sens.

Le prisme du traumatisme

La résolution impossible de l'évènement traumatisme, est sans cesse ravivée par les symptômes d'intrusion. Elle occupe tout le champ de la pensée et colonise les sensations corporelles. Une étude basée sur le test de Rorschach a montré que les personnes traumatisées ont tendance à superposer leur traumatisme à tout ce qui les entoure, et des difficultés à déchiffrer ce qui se passe dans leur environnement (Van der Kolk, 2019, p. 32).

Le critère D du DSM – V décrit, des « *perturbations négatives sur la cognition et l'humeur associées à l'évènement traumatisant* », comme des « *croyances ou attentes négatives, à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, persistantes et exagérées (p. ex., "Je suis une mauvaise personne", "On ne peut faire confiance à personne", "Le monde est un endroit tout à fait dangereux", "Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente"* » (annexe 2).

Ce symptôme rappelle le manque de confiance de Mme A Elle était aussi troublée par le fait de devoir prendre ses médicaments à vie et redoutait leurs effets secondaires. Lorsque la psychomotricienne lui a assuré qu'elle n'était pas folle, même sans en être pleinement convaincue, elle lui a demandé les yeux suppliants : « *combien de temps ça va durer ?* »

Mme D, elle, manifeste différemment ses craintes, elle semble avoir intégré que « le monde est dangereux » et en conséquence sort le moins possible. La conscience de ses troubles reste floue, comme si ses actes relevaient purement des comportements primitifs décrits par Bowlby, sans retour réflexif sur elle-même.

b) Trouble des représentations du corps

En suivant le constat de l'altération du traitement des informations sensorielles, du biais perceptif teinté des émotions du traumatisme, et de l'éclipse du lobe préfrontal, l'ESPT conduit indéniablement à des troubles de la conscience de soi, du schéma corporel et de l'image du corps.

Altération de la conscience de soi

« Lorsque les sens sont étouffés, on n'a plus l'impression d'être pleinement vivant. »

(Van der Kolk, 2019, p. 130)

Après avoir constaté les déficits de perception sensorielle dont souffraient plusieurs patients Ruth Lanius a effectué une étude pour comprendre l'impact du traumatisme sur « la conscience sensorielle de soi-même » (Van der Kolk, 2019, p. 131). Allongées dans un scanner les personnes du groupe témoin et celles présentant un ESPT, devaient se concentrer sur leur respiration pour faire le vide dans leur esprit. Les résultats ont montré que dans un état de vacuité mentale, les personnes lambda prêtent attention à elles-même. Cette expérience a permis de révéler les « zones cérébrales de la conscience de soi » :

- l'insula, qui retransmet les images des viscères au centre émotionnel
- les lobes pariétaux, qui intègrent les informations sensorielles
- le cortex cingulaire antérieur, qui coordonne les émotions et la pensée
- le cortex cingulaire postérieur, qui donne la sensation physique de là où nous sommes

(Van der Kolk, 2019, p. 131-132)

Or chez les personnes atteintes d'ESPT le scanner a enregistré une activité réduite de ces zones – mise à part celle du cortex cingulaire postérieur qui affirme une certaine conscience de la situation du corps dans l'espace. Ce constat s'explique par l'intégration de stratégies d'évitement consistant à se fermer à ses sensations corporelles et émotionnelles, notamment viscérales, liées au traumatisme. Mais, par ce mécanisme de protection, la personne se coupe également du simple fait de se sentir exister dans l'instant présent.

L'image du corps et le schéma corporel

Le jour où Mme D a terminé le masque en tissus qu'elle confectionnait avec la psychomotricienne, cette dernière l'a invitée à l'essayer devant le miroir. Je ne saurais décrire exactement la manière dont elle s'est regardée, comme si elle se regardait sans se voir, ou comme si elle regardait une autre personne. Elle n'est pas restée longtemps devant la glace. Elle a mis le masque, a tourné la tête un peu à droite, un peu à gauche, et est revenue, toujours sans montrer aucune expression. Comment se perçoit-elle ?

Selon Jean Lhermitte : « Chacun de nous possède effleurant au seuil de sa conscience, une image, un schéma tridimensionnel de son corps ; c'est grâce à l'existence de cette image de notre corps qu'il nous est possible de sentir, de percevoir, enfin de développer notre action

sur nous-mêmes et sur le monde qui nous entoure » (Morin, 2013, p. 40-41). Cette représentation de notre corps propre n'est pas innée mais acquise au fil du développement de l'enfant. Henri Wallon la décrit comme l'unification progressive des parties du corps d'abord considérées comme distinctes, chacune animée d'une vie personnelle. Il voit dans ce processus « *le prélude de l'activité symbolique par laquelle l'esprit arrive à transmuter en univers les données de la sensibilité* » (Morin, 2013, p. 40).

Entre 6 mois et 2 ans environ, l'enfant s'intéresse et jubile devant le reflet de son corps. Jacques Lacan, après Wallon, a développé ce phénomène nommé « stade du miroir », qui permet à l'enfant d'anticiper la reconnaissance de son corps comme une unité différenciée des autres. « Anticiper » car physiologiquement la sensation de son unité corporelle n'est pas encore accomplie. Celle-ci passe par l'élaboration du schéma corporel, qui correspond selon Catherine POTELE à « *la connaissance objective du corps dans sa réalité* » (Potel, 2010, p. ...). Cette seconde notion se construit par l'expérience sensorimotrice et aboutit à la connaissance du corps et des relations entre ses différentes parties (somatognosie) vers 6 ou 7 ans.

Encore une fois, l'ESPT impacte la perception sensorielle et les mécanismes de la représentation mentale (en lien avec le néocortex). Ce sont toutes « *les représentations dynamiques du corps* » (Branchard & Moyano, 2018), comprenant l'image du corps et le schéma corporel, qui sont mises à mal. Ces troubles s'expriment différemment chez chaque patient, notamment en fonction de l'histoire singulière de leur traumatisme.

Mme P. a fui l'emprise de son mari qui la violait. Au début de sa prise en soin, elle ne sentait pas son bas ventre. Progressivement, elle a repris contact avec cette zone, jusqu'à verbaliser : « *je sens que ça bouge, je sens de nouveau de la vie* ».

M. L se plaint de douleurs chroniques (douleurs qui se poursuivent malgré la cicatrisation de ses blessures) aux endroits où il a été torturé. Elles témoignent de l'impact éminemment psychocorporel du traumatisme. Lorsque la psychomotricienne débute la séance d'haptonomie, il est tendu, sa conscience focalisée sur ces zones qu'il décrit comme « *rouges et brûlantes* ». La séance apaise ses tensions et sa douleur pour quelques jours.

Les parties du corps ayant été blessées pendant le traumatisme, peuvent ainsi devenir hyposensibles ou hypersensibles. Les patients négligent ou au contraire concentrent leur attention sur ces zones de souffrances.

Encore une fois le traumatisme semble renvoyer les patients à un stade régressif où la conception de leur corps propre était encore morcelée, composée de parties « animées d'une vie personnelle ». La cicatrice de M. L brûle, ses bras impuissants se croient toujours attachés dans son dos, Mme A sent son cou étranglé, ..., comme autant de souvenirs sensorimoteurs non intégrés, une perception du réel qui se confond avec la mémoire sensorielle traumatique des souffrances.

c) Effraction de l'enveloppe psychocorporelle

Symptômes dissociatifs

Face aux nombreuses difficultés évoquées, les mécanismes de défense et les stratégies d'évitements peuvent aller jusqu'à des symptômes dits *dissociatifs*. Le premier concerne la conscience de soi – *la dépersonnalisation* – avec le sentiment d'être détachée de ses propres processus mentaux ou de soi-même, d'être observateur (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ; et le second, *la déréalisation* : « *que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée d'elle-même)* » (DSM-V).

Dans son témoignage M. L insiste sur la sensation de dépersonnalisation qu'il a développée à son arrivée en France : « *Combien de fois j'ai été dans l'amertume, hors de moi. J'étais hors de moi, complètement abattu, complètement anéanti. Parce que je voyais en moi une personne qui s'est battue, qui a été arrêtée, une personne qui a été torturée, une personne ... un mort vivant quoi. Parfois même j'oubliais si j'avais mangé ou pas, cela m'arrivait de me poser la question parce que j'étais hors de moi.* »

Le Moi-Peau

Je relie ces phénomènes avec la sensation d'être désincarnée, comme si la violence du traumatisme qui se poursuit dans l'ESPT mettait à nu les patients et les écorchait à vif, ouvrant la porte de leur corps pour qu'ils s'en enfuient. Ne pouvant réellement ni se battre, ni fuir – comme Mme J qui court en rêve sans avancer – le seul échappatoire reste de se soustraire de leur condition physique et de se suspendre au-dessus du monde.

Sans aller jusque dans cet extrême, les patients traumatisés semblent tous présenter des troubles de leur enveloppe psychocorporelle, faisant référence à la théorie du *Moi-peau*

élaborée par Didier Anzieu. Son concept décline huit fonctions psychiques appelé *Moi-peau*, qui s'étayent à partir des fonctions corporelles de la peau. Je présenterai ici les plus pertinentes pour la compréhension de l'ESPT et sa prise en soin.

Fonction 1. La peau soutient l'ossature et la musculature. Le Moi-peau maintient le psychisme, grâce à l'intériorisation du holding (portage) maternel. Si cette fonction est défaillante « *on retrouve une sorte de vide intérieur où les vêtements assurent une unité superficielle mais dépourvus de cette arête dorsale qui tient le corps et la pensée* » (Moi-Peau, s. d.).

La majorité des patients reçus à l'EMPP adoptent justement, malgré leur situation de précarité, des tenues vestimentaires impeccables, à la mode, parfois recherchées ; comme pour pallier à la défaillance de cette première fonction.

Fonction 2. La peau recouvre le corps et comprend les organes des sens externes. Le Moi-peau a une fonction de contenance, par l'intériorisation du handling (les soins) maternel. Les troubles en lien correspondent à l'hyperactivation ou l'hypoactivation de la perception des sensations.

Fonction 3. La peau protège des agressions physiques. Le Moi-peau sert de pare-excitation, dans le prolongement du rôle protecteur de la mère. Non intégrée, cette fonction conduit à l'absence de capacité de régulation, ou au contraire à une rigidité qui impacte le fonctionnement global. En excès, l'individu ne développe pas sa capacité de régulation interne.

Fonction 5. La peau relie les différents sens et permet celui du toucher. Le Moi-peau assume ainsi une fonction d'intersensorialité. Non acquise, elle impacte la capacité d'intégration sensorielle qui devient anarchique pouvant provoquer des angoisses de morcellement ou de démantèlement.

Fonction 7. La peau est une surface de stimulation du tonus sensori-moteur par les excitations externes qui rechargent la dimension libidinale du Moi-peau. Défaillante, elle peut susciter la crainte d'une surcharge d'excitation menant à « l'explosion de l'appareil psychique ». Je pense plus précisément à la « disjonction » du cortex préfrontal dans l'ESPT, et en quoi les patients se coupant de leur sensations se privent également de leur capacité à se « recharger » en énergie vitale.

La construction de ces fonctions renvoie à l'importance des interactions précoces. Les concepts de holding, de handling et d'object presenting sont empruntés à Donald Winnicott qui, tout comme Bowlby, a étudié les liens mère - enfant. Winnicott a mis en lumière à quel point il est important pour le nouveau-né d'être porté physiquement (holding) et psychiquement (handling), notamment pour poursuivre l'élaboration de l'enveloppe psychocorporelle débutée in utero. Dans ces échanges privilégiés la mère présente à l'enfant les objets qu'il requière (object presenting) dans un ajustement entre le besoin de l'enfant et la réponse de sa mère. Ce mécanisme peut paraître anodin, mais il façonne déjà le rapport de l'enfant au monde, autrement dit ses premières certitudes acquises.

Conclusion

L'état de stress post traumatique entraîne des dérèglements cognitifs, perceptifs, sensoriels et tonico-émotionnels, qui handicapent la personne dans son quotidien. Selon le DSM – V « *la perturbation entraîne, sur le plan clinique, une détresse ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement* ». Les symptômes doivent être observables pendant plus d'un mois pour qualifier le trouble d'ESPT. Même dans le cadre d'une prise en soin, sa résolution peut prendre des décennies, ce qui en fait un trouble anxieux grave classé dans les affections psychiatriques de longue durée (Haute Autorité de Santé, 2012).

Au final, ce n'est plus le traumatisme en lui-même qui crée la maladie, mais toutes les modifications et les troubles psychomoteurs qu'il implique, ceux-ci pouvant aller jusqu'à la perte de la conscience de soi et de la sensation d'être incarné. Sans cesse, les symptômes de l'ESPT rappellent en quoi la construction de l'individu repose sur des principes de base du développement psychomoteur, expérimentés durant la prime enfance et qui continuent de se jouer adulte. Une critique de la théorie de Piaget est ici illustrée : non le développement psychomoteur n'est pas linéaire, à tous les âges il est possible de voir les mécanismes d'un stade se réactiver, et ceux d'autres stades devenir inaccessibles. Il en va ainsi pour les enjeux du stade sensorimoteur qui prévalent à nouveau, tandis que les opérations mentales deviennent difficilement mobilisables – à tel point que les comportements des patients se réfèrent à nouveau à un fonctionnement sous-cortical (cerveau archaïque).

« Tout comme les jeunes enfants perdent le fils de la socialisation et font des crises de colère lorsqu'ils sont frustrés, les adultes traumatisés ont tendance à revenir à des réponses

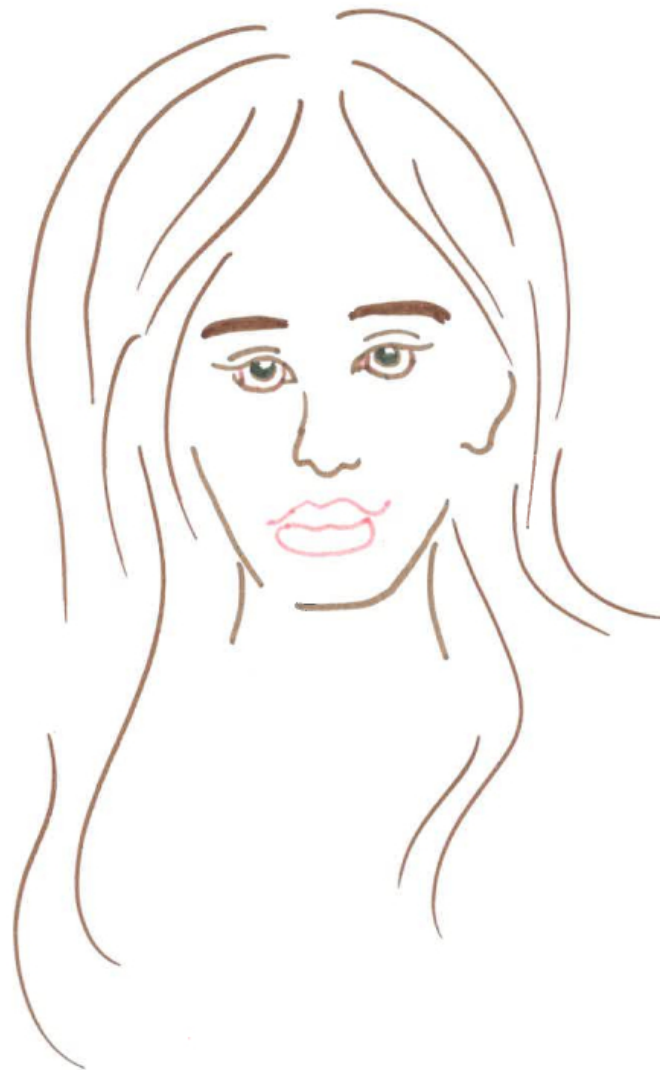
primitives d'autoprotection lorsqu'il perçoivent certains stimuli comme représentant une menace » (Ogden et al., 2021, p. 20).

Tout comme les jeunes enfants ils sont effectivement incapables de maîtriser leurs états tonico-émotionnels. Les stratégies qu'ils mettent en place pour y palier – tentatives d'évitement, régulation à partir du style d'attachement, négations sensorielles, *etc* –, génèrent d'autres symptômes qui alimentent en retour l'état de stress et l'épuisement, les conduisant à limiter d'autant plus leurs activités.

Si le tableau clinique présenté paraît noir, le décrypter grâce à l'apport de théories variées permet cependant d'identifier de multiples pistes de prise en soin.

PARTIE III

Prise en soin psychomotrice de l'état de stress post traumatique



Mme A

1) Exemple de prise en soin

a) Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité (EMPP)

Les EMPP interviennent auprès des personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion sociale, qui ne sont pas dans un circuit de droit commun, et/ou qui présentent des difficultés à l'accès et à la permanence des soins. Le public qu'elles accueillent et les actions menées varient en fonction des besoins du territoire sur lesquels elles sont implantées. Par exemple, celle dans laquelle j'interviens s'est vu octroyer un budget spécifique pour prendre en soin les personnes en situation de précarité issues de l'immigration. La psychomotricienne que j'accompagne, a été recrutée pour cette mission. Elle a intégré l'équipe pluridisciplinaire composée de trois psychiatres, quatre infirmiers-ières, deux psychologues, une secrétaire et une interprète. Mis à part la secrétaire qui reste dans les locaux, chaque professionnel intervient à la fois « à l'EMPP » et à l'extérieur dans des centres d'hébergements ou autres structures à caractère social.

L'approche du soin y est éminemment bio-psycho-sociale, les problématiques liées au logement, au manque de moyens, ou aux démarches de demande d'asile, étant intriquées avec les troubles psychiatriques. Elle est aussi transculturelle considérant à la fois la culture du patient et celle du soignant pour comprendre ses difficultés. Les soignants sont ainsi amenés à travailler en présence de traducteurs et en lien avec les partenaires sociaux et juridiques (éducateurs, assistants sociaux, avocats, etc).

Dans ce contexte une prise en soin psychomotrice peut être prescrite pour un patient atteint d'ESPT en première intention dans certains cas – tel celui de Mme D –, ou plus souvent en seconde intention associée à une psychothérapie et des rendez-vous réguliers avec un médecin psychiatre. Un suivi psychomoteur s'avère aussi intéressant en complément, ou en cas de refus de traitement médicamenteux.

b) Accompagnement psychomoteur de Mme D

Historique de soin

Pour rappel, Mme D débute un suivi en psychomotricité en novembre 2018, suite aux inquiétudes du centre d'hébergement pour demandeurs d'asile (CADA) où elle réside. Ses séances ont lieu tous les quinze jours ou trois semaines.

Dans un premier temps, la psychomotricienne lui propose du dessin libre et de participer à un atelier couture. Ces médiations permettent un abord non frontal et servent de support pour

échanger. Mme D s'investit dans l'activité, dessinant et cousant consciencieusement, mais n'entre pas en communication ni avec la psychomotricienne ni avec les participants de l'atelier. Lorsque des questions fermées lui sont posées elle y répond par « oui », « non », ou quelques mots. Sa communication non verbale est également pauvre avec un fort émoussement des affects. L'atelier couture s'interrompt en Mars 2020 avec le confinement. Elle a eu le temps de réaliser une pochette et est surprise de pouvoir la garder.

Les séances individuelles se poursuivent sans que la psychomotricienne puisse observer de changement. Lorsque je la rencontre en Novembre 2020 elles colorient des mandalas en écoutant de la musique depuis plusieurs séances. En février 2021, la psychomotricienne se questionnant toujours sur ses difficultés lui propose un rendez-vous avec un psychiatre de l'EMPP. Il établit un diagnostic d'État de stress post traumatique sévère et lui prescrit du Tercian (antipsychotique à puissante action sédatrice), mais Mme D refuse tout traitement médicamenteux. Ce diagnostic est joint à son dossier de demande d'asile qui va bientôt être réétudiée. La psychomotricienne et son traducteur fournissent pour la première fois un témoignage afin que les troubles que Mme D ne peut exprimer soient entendus.

Les semaines avant son passage devant la Cours nationale des demandeurs d'asile (CNDA) à Paris sont animées par cet enjeu. Quelques jours avant son départ, la psychomotricienne essaie de l'y préparer : devenant plus ferme, elle questionne Mme D pour estimer si elle en a saisi l'importance et pour l'entraîner à dérouler son histoire. C'est une séance éprouvante qui lui permet de verbaliser les grandes étapes de son parcours migratoire jonché d'évènements traumatiques.

La CNDA délibère rapidement sur l'obtention d'une protection subsidiaire. Aux rendez-vous suivants Mme D ne communique pas sur l'évènement mais semble plus sereine. Guidée par les conseils de la psychomotricienne, elle confectionne un masque en tissus pendant que son traducteur termine un mandala, et que je dessine en observant.

Une fois le masque terminé, la psychomotricienne lui propose de dessiner avec elle sur un Paperboard pour aborder la dimension relationnelle que Mme D tente d'éviter à tout prix. Lors de la seconde séance sur ce support, je suis invitée à participer au processus de création.

Réseau d'accompagnement

La dimension bio-psycho-sociale et pluridisciplinaire du suivi, se traduit par le réseau de professionnels avec lequel la psychomotricienne reste en lien. Après chaque séance, elle tient au courant l'éducatrice de Mme D de leur prochain rendez-vous. Elles échangent

ensemble sur son suivi psychiatrique et social, mais aussi au sujet de sa demande d'asile. Cette dernière a entraîné une collaboration avec une avocate, pour l'élaboration du dossier, l'organisation de l'audience, etc.

Toutes les discussions incluant Mme D, nécessitent la présence de son traducteur qui devient le symbole du lien entre les différents intervenants.

Tous ces acteurs constituent un réseau de soutien et d'accompagnement pour Mme D. Sans savoir comment elle le perçoit (soutien social perçu), il lui permet de répondre à ses problématiques quotidiennes en terme de besoins vitaux (hébergement, nourriture, finances), de légalisation de sa situation, d'insertion sociale et de prise en soin psychiatrique.

Déroulement d'une séance

La séance commence par un temps d'échange verbal. Mme D répond succinctement aux demandes que la psychomotricienne formule sous formes de questions ouvertes récurrentes d'une séance à l'autre :

« *Qu'est-ce que vous racontez aujourd'hui ?* ». Même le jour où elle venait d'obtenir la protection subsidiaire, elle a répondu qu'elle n'avait rien à raconter, qu'il ne s'était rien passé de spécial.

« *Avez-vous vu Lucie (son éducatrice) récemment ? De quoi est-ce que vous avez parlé ?* »

Elle affirme, mais ne développe pas le contenu de leurs discussions.

Enfin, lorsque la dernière question s'annonce : « *Est-ce que vous vous souvenez de ce que l'on a fait la séance précédente ?* », elle commence à s'animer. Elle réfléchit, bouge sur sa chaise et soulève son buste pour chercher un détail visuel dans la pièce, qui lui remémore l'activité ou lui permet de la nommer. Cela rappelle à chaque début de séance, ses troubles de la mémoire et ses difficultés d'expression, mais aussi l'intérêt que suscitent en elle les activités manuelles.

Médiations couture et mandalas

Assises côte à côte, les modalités de l'échange entre la psychomotricienne et Mme D se transforment. Son inquiétude et ses mécanismes de contrôle s'apaisent. Elle se concentre sur l'activité, suit les indications, et écoute les conseils (annexe 3). La couture semble plaire à Mme D, je projette l'aspect symbolique de cette médiation : relier, point par point, deux bouts de tissus entre eux, pour créer un masque. À l'origine un masque sert à se cacher, mais aujourd'hui c'est un objet indispensable pour vivre en société. Une séance ne suffit pas pour

terminer sa confection qui s'étale sur trois ou quatre rendez-vous. Voir progresser l'ouvrage et diminuer la longueur du fil en cousant, rappelle le temps qui passe de manière linéaire. Un fil rouge maîtrisé, au milieu de sa perception décousue du temps et des évènements.

Le coloriage de mandalas apporte aussi une certaine structure, mais avec plus de liberté d'expression par le choix des couleurs, des espaces à colorier, *etc.* Elle s'y attelle avec autant de sérieux et la psychomotricienne constate une évolution du rendu après plusieurs modèles coloriés – gestes plus souples et précis, moins appuyés, et quasiment sans débordements.

Susciter la réflexion

La psychomotricienne profite de ces instants durant lesquels Mme D semble détendue, pour susciter sa réflexion et l'inviter à faire des choix (mobilisation du néocortex et des fonctions exécutives défaillantes suite à l'état de sidération traumatique).

Par exemple, un jour elle m'interpelle à voix haute :

- « Tu réfléchis Fanny ?
- Oui
- Comment cela fait quand tu réfléchis ?
- J'ai des idées et je me pose des questions.
- Tu te poses des questions, quoi comme questions ?
- Je me demande : est-ce que je commence un dessin libre ou un mandala ?
- Qu'en pensez-vous Mme D ?
- ...
- Qu'est-ce que Fanny pourrait commencer ?
- ... ce qu'elle veut.
- Elle a besoin d'aide pour choisir.
- ... un mandala.

Je remercie Mme D et débute un mandala. Cet échange peut paraître anodin, mais est intéressant à la lumière d'évènements plus récents. Après la réalisation de deux dessins sur le Paperboard (annexe 4), la psychomotricienne l'invite à en emporter un. Mme D hésite, montre le premier réalisé, puis le deuxième, et finalement manifeste son désintérêt, ne souhaitant en ramener aucun : « Qu'est-ce que je vais faire de ça ! » s'insurge-t-elle. Quel plaisir de l'entendre exprimer son opinion, et qui plus est un désaccord !

Médiation dessin

Habituellement, lorsque la psychomotricienne la questionne sur ses impressions face au dessin qu'elles viennent de réaliser, elle a du mal à y trouver une forme de représentation, à se faire un avis et à le partager. « À quoi cela vous fait penser ? Est-ce que vous trouvez ce dessin joli ? Étrange ? ». Chaque question est soldée d'un temps de latence, puis d'une réponse vague ou d'un simple « oui ».

Dans la deuxième création (annexe 4), la psychomotricienne introduit une représentation symbolique : une esquisse de visage. Elle l'invite à prendre du recul pour observer le dessin, Mme D ne remarque rien. Elle renouvelle son invitation un peu plus tard – le regard de Mme D fixe les yeux dessinés et devient vague. Elle interrompt ses mouvements pendant deux longues minutes, jusqu'à ce que la psychomotricienne lui propose de poursuivre la création. Durant le temps d'analyse du dessin elle témoigne voir un homme dans ce visage, alors que nos trois interprétations s'orientent vers la vision d'une femme.

Au-delà du travail sur la représentation qu'induit le dessin, il met en jeu l'investissement de l'espace, dans la salle et sur le papier. C'est la première fois que j'observe Mme D autant bouger : de la table basse sur laquelle sont disposées les craies de couleur, au tableau ; puis devant le tableau, elle incline sa tête d'un côté de l'autre, réfléchissant à quel endroit elle va colorier, est-ce que la couleur qu'elle a choisie est la bonne ; non, elle en change. L'espace de la feuille est entièrement investi lui aussi, seuls quelques coins sont laissés vides. La psychomotricienne lui demande d'y écrire son prénom, puis à nous d'y inscrire les nôtres. D'autres enjeux thérapeutiques s'ouvrent alors sur le plan relationnel.

Aborder la relation

En proposant à Mme D de dessiner ensemble sur un Paperboard, la psychomotricienne souhaite aborder ses difficultés à être en relation avec les autres. La première consigne implique d'emblée une proximité corporelle et une attention conjointe : la psychomotricienne invite Mme D à se placer à côté d'elle dans le contact, et munie d'une craie à dessiner en suivant ses mouvements (annexe 5). Puis elle lui propose de poursuivre en fermant les yeux. Mme D trace alors des vagues de toutes les couleurs.

Lors de la seconde séance, la psychomotricienne me suggère de dessiner avec elles. Je me retrouve pour la première fois debout à côté de Mme D qui reste détendue et concentrée dans son processus de création. Je colorie tranquillement le même motif qu'elle, une sorte de soleil qui s'étend au fur et à mesure que nous lui ajoutons des halos colorés.

Ce court moment me questionne sur l'utilité de ma position de stagiaire dans sa prise en soin. Je suis « une personne en plus » dans son espace et dans la relation thérapeutique qu'elle entretient depuis deux ans avec la psychomotricienne, en présence de son traducteur. Des enjeux existent entre eux trois, en terme de prise en soin avec la psychomotricienne, et de compréhension des langues avec son traducteur ; alors qu'entre elle et moi, il semble simplement y avoir un acte de co-présence. Elle me salue en entrant et en sortant de la salle par exemple, et ne m'a jamais regardée avec crainte, même dans les moments où elle semblait apeurée et dans l'incompréhension. Dans quelle mesure est-ce intéressant pour elle qu'une personne soit là, sans rien attendre d'elle ? que quelqu'un l'observe sans intervenir ? Est-ce qu'en cela, je peux représenter un petit élément de ses expériences alternatives, qui pourrait lui permettre de remanier les traces laissées par ses traumatismes ?

Conclusion

Une nette évolution de la prise en soin de Mme D s'observe depuis la régularisation de sa situation. Dans son livre *La vie psychique des réfugiés*, Élise Pestre témoigne du lien entre l'attente et le stress générés par la demande d'asile, et l'état de sidération post traumatique (Pestre, 2014). Certains patients retrouvent une « *mobilité psychique* » en se mobilisant pour l'obtention de leur statut, alors que d'autres comme Mme D restent extrêmement perturbés jusqu'au rendu du jugement.

Malgré son alexithymie toujours importante, des changements s'observent dans son état tonique et émotionnel. Elle reste tendue en début de séance, mais plus décontractée et active au fil de la proposition de médiation. Elle commence à se mouvoir et à s'émouvoir en dessinant ! Ces temps d'expression graphique sur Paperboard ont engagé différentes pistes de travail qu'il sera intéressant de poursuivre.

- Aborder la relation : le contact corporel avec la psychomotricienne, mon changement de posture d'observatrice à actrice à ses côtés.
- Prendre plaisir à créer : Mme D semble aimée choisir ses craies de couleur, dessiner et colorier.
- Donner de l'amplitude à ses mouvements : le Paperboard à la verticale est suffisamment grand pour que les gestes de Mme D s'ouvrent, dans un premier temps accompagné par la psychomotricienne dont elle suit le tracé, car seule elle colorie de petits espaces.

Dessiner est un premier pas qui contribue à libérer progressivement son expressivité ; et même si les échanges sont encore pauvres devant le rendu final, la récurrence de ces moments d'observation et de symbolisation servira de support pour développer ses processus de représentation.

Enfin, la progression de l'accompagnement psychomoteur qui dure depuis deux ans et demi, semble offrir à Mme D le sentiment de sécurité qui lui est nécessaire pour explorer ses traumatismes. Le dessin lui permet ainsi de se remémorer un souvenir douloureux – comme l'association du visage à celui d'un homme.

Dans le choix de médiations thérapeutiques qui permettent un « *passage par le corps* » et par les sensations, la psychomotricienne pensait ensuite lui proposer de préparer et de boire du thé éthiopien. Ce partage serait propice à l'évocation des souvenirs de son pays et de la vie qu'elle y a menée. Avancer vers l'avenir nécessite de pouvoir regarder le passé. L'odorat étant étroitement en lien avec la mémoire, cette médiation serait pertinente pour offrir un nouveau support à Mme D lui permettant de renouer à son rythme avec ses souvenirs.

En complément de ces propositions d'accompagnement individuel, il serait intéressant qu'elle puisse réintégrer un atelier de groupe. Déjà, lorsqu'elle avait participé à un atelier couture au début de sa prise en soin, elle semblait écouter attentivement les conversations des participants qui lui étaient traduites. De nouveau, l'émulation collective motiverait peut-être son ouverture aux autres. D'autant plus qu'elle montre récemment un intérêt particulier pour les cours de français qu'elle doit suivre à l'OFI⁸. Cet investissement pour apprendre le français donne espoir sur l'ouverture de nouvelles perspectives thérapeutiques et en terme d'insertion sociale.

Enfin, la prise en soin de Mme D rappelle la nécessité d'observer l'évolution du suivi psychomoteur sur une longue temporalité. Parfois si longue pour des progrès difficilement identifiables, qu'il est possible de douter des propositions de soin dans le quotidien des séances. Pourtant le constat de petits pas représente au fil du temps une avancée inestimable, vers un retour au calme et un retour à soi, pour s'ouvrir de nouveau au monde.

8 Office Français de l'Immigration

2) Cadre et relation thérapeutique

a) Les premiers rendez-vous

La rencontre

Les premiers rendez-vous sont consacrés à la rencontre, au recueil des plaintes et à l'anamnèse du patient. L'entretien est non dirigé, laissant au patient la liberté d'aborder ses problématiques et son histoire selon ses possibilités et selon ce qui l'accable le plus sur l'instant. Certains abordent uniquement leurs symptômes, d'autres vont droit à l'évènement traumatique. Je me souviens d'un patient qui nous a décrit tout son parcours migratoire lors d'un premier rendez-vous, en se focalisant uniquement sur un problème de santé que les médecins d'un pays à l'autre n'arrivait pas à élucider. Nous avons découvert les traumatismes qu'il a vécu en toile de fond de son récit.

L'approche psychomotrice est présentée comme considérant « les problèmes du corps et de l'esprit en lien », et la possibilité est offerte aux patients de découvrir une médiation, généralement un temps de relaxation ou de « massage » pour qualifier plus simplement la pratique de l'haptopsychothérapie. Par la suite, l'accompagnement continue de s'adapter aux besoins des patients sur le long terme et d'une séance à l'autre.

L'observation clinique

Dorothée Defontaine propose un bilan psychomoteur de l'ESPT (annexe 6), permettant de préciser les troubles et les ressources des patients pour y faire face. Il comprend des tests accompagnés d'« observations psychomotrices ». Dans le cadre d'un public en situation de précarité, présentant d'importants symptômes d'intrusion et des dérèglements physiologiques majeurs, la psychomotricienne de l'EMPP privilégie l'observation clinique à la passation d'épreuves de bilan. Ses observations, ainsi que celles des autres professionnels du centre hospitalier, sont intégrées après chaque séance sous formes de transmissions au dossier du patient.

Tout comme le bilan sensorimoteur de Bullinger s'intéresse à « *la dynamique constructive* » pour « *tenter de comprendre le fonctionnement de l'enfant, repérer ses mécanismes d'intégration sensorielle et ses potentialités d'adaptation* » (p. 20) ; l'observation clinique permettra de comprendre le fonctionnement du patient et la singularité de son ESPT, afin de « *renforcer ce qui fonctionne déjà pour mieux traiter ce qui pose problème* ». Ce principe provient lui, de la Charte de 1960 co-écrite par Julian de Ajuriaguerra et son équipe : Gisèle

Soubiran, René Zazzo, Marguerite Auzias, *etc.* Elle représente un des textes fondateurs du métier de psychomotricien. Un second extrait oriente le soin vers « *l'optimisation des potentiels inactifs ou la réorganisation des systèmes* » (Hermant, 2008, p. 29). Tout est dit : l'objectif du suivi psychomoteur est d'accompagner les patients à traiter leurs difficultés en s'appuyant sur leurs potentiels pour qu'ils puissent réorganiser leur fonctionnement.

b) Restaurer le sentiment de sécurité psychocorporelle

Un processus dynamique

Selon Dorothée Defontaine le premier objectif du soin consiste à « *restaurer le sentiment de sécurité psychocorporelle* » (Vachez-Gatecel et al., 2019, p. 342). En effet un minimum de sérénité est nécessaire pour explorer les difficultés liées au traumatisme. Autrement dit les systèmes de vigilance et d'attachement doivent être apaisés pour que se réactivent les autres systèmes motivationnels. Peter Lévine parle lui « *de mouvement pendulaire entre des états d'exploration et de sécurité, entre le corps et le langage, entre l'évocation du passé et le sentiment d'être vivant dans le présent* » (Van der Kolk, 2019).

Ce mouvement de balancier correspond aussi à celui des intrusions et des stratégies d'évitement : d'ouverture et de fermeture à la mémoire vive du traumatisme. L'accompagnement psychomoteur consiste à soutenir la personne dans ses allers-retours en lui offrant un cadre et une relation thérapeutique sécurisants.

Rôle du cadre thérapeutique

« *Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (Potel, 2010). Sa mise en place permet la structuration de la séance, l'intériorisation des limites et du contexte de soin. Ses qualités principales seront d'être contenant et sécurisant, pour servir de *creuset* au patient, de base sur laquelle se poser afin de traiter, à son rythme, ses troubles. Catherine Potel distingue deux dimensions du cadre thérapeutique : le cadre physique qui sert de support au cadre psychique.

Le cadre physique se traduit concrètement dans la fréquence des rendez-vous, la particularité des lieux, l'aménagement de l'espace et du matériel, le choix des médiations thérapeutiques, la prise en charge individuelle ou de groupe. Par exemple la salle de psychomotricité de l'EMPP donne d'elle-même un sentiment de contenance : elle est spacieuse, lumineuse, sous les combles avec de belles poutres apparentes, le mobilier est sobre et fonctionnel, des sièges bas autour d'une table basse permettent de discuter dans une configuration non duale. Les

locaux de l'EMPP ont été pensés pour être ainsi accueillants et chaleureux, ils illustrent en quoi l'aménagement du cadre contribue au soin.

Ces éléments concrets « donnent corps » au cadre psychique qu'Anzieu compare à un « contenant maternel », une enveloppe protectrice ayant le rôle d'une seconde peau psychique. Le cadre thérapeutique a donc les attributs du Moi-peau : une fonction de maintenance, de contenance, de régulation, de parte-excitation et de stimulation ... C'est un espace dans lequel les patients sont pris en soin et portés, tel le *handling* et le *holding* décrit par Winnicott ; le psychomotricien s'ajuste au besoin du patient tout en lui *présentant* des possibilités d'évolution.

Enfin le cadre thérapeutique représente la base de travail du psychomotricien, la sécurité et les limites qu'il offre à son patient mais également à lui-même.

La relation thérapeutique

En tant qu'auxiliaire médical, le psychomotricien entretient une relation de soignant envers son patient, avec tout ce qu'elle implique en terme de déontologie et d'habitus sociaux. Il participe à sa prise en soin dans une équipe pluridisciplinaire et une approche bio-psycho-sociale. De par sa considération recouvrant à la fois la dimension corporelle, affective et psychique de l'individu, il sert souvent de lien entre les différents professionnels, offrant au patient un espace privilégié « para-médical » de l'étymologie du préfixe « para » : « à côté de » la médecine.

Durant le soin, le psychomotricien est attentif au dialogue tonico-émotionnel ainsi qu'aux communications verbales et non verbales. Il ajuste lui-même son tonus dans l'échange, sa posture, sa distance avec le patient, mais aussi ses propositions et le cadre thérapeutique si nécessaire. Le soin repose ainsi sur l'alliance thérapeutique qui se crée dans l'ajustement mutuel. Le fait que la relation thérapeutique soit au service du soin, demande un certain savoir être professionnel, des qualités d'empathie, d'écoute et de présence – à l'autre mais aussi à soi.

La formation professionnelle transmet des connaissances théoriques et pratiques, mais un travail personnel est nécessaire pour identifier ses propres fonctionnements qui seront actifs dans l'échange avec le patient. Développer ses capacités d'introspection permet de mieux saisir les enjeux de la relation ; et analyser ses ressentis personnels apporte des éléments cliniques sur l'état tonico-émotionnel du patient et sur son fonctionnement. Ce point fait écho

aux notions de transfert et de contre-transfert à la base de la cure psychanalytique : « *l'analyste est le support inconscient des projections de son patient qui "transfère" sur lui des sentiments déjà vécus et plus ou moins latents ou même refoulés* » ; et *a contrario* « *le contre-transfert est l'ensemble des réactions éprouvées par l'analyste au cours de son écoute, ce qui le touche, l'émeut, l'énerve, l'agace, le déséquilibre* » (Brunschwig, 2001, p. 91-92).

Le fait par exemple que j'ai été captivée par le discours de M. L, la première fois qu'il a dénoncé la politique de son pays, relève d'un contre-transfert. L'écouter m'a replongée dans mes premières années étudiantes en sciences politiques, pendant lesquelles ma volonté de comprendre et changer le monde s'accompagnait d'un besoin de me connaître et de changer moi-même. J'ai pu mieux saisir en croisant mon sentiment avec une lecture théorique, comment se sentir impliquée pour une cause et vivre des émotions fortes répond au besoin de se sentir vivant. Ainsi, paradoxalement, les personnes atteintes d'ESPT sont plus animées quand elles témoignent de leurs traumatismes, ou pour M. L lorsqu'il s'insurge au sujet de la politique de son pays alors qu'il en a subi la répression violente.

Ces influences réciproques sont utiles à la compréhension des problématiques du patient – et du thérapeute –, mais ont également des vertus de soin. Effectivement le dialogue tonico-émotionnel qui s'instaure dès lors que nous sommes en relation, modifie les états des deux partenaires. « *Le corps postural fonctionne comme un miroir. Il présente, à autrui, l'image de lui-même et il prend forme en se conformant à l'image que les autres lui présentent* » (Guillain & Pry, 2012, p. 116). Ce phénomène est confirmé par la découverte de « *neurones miroirs* » en 1990 par Rizzolati et son équipe de recherche. Ces neurones s'activent lorsqu'un individu est en action, mais également lorsqu'il observe une action. Durant la séance, le psychomotricien renvoie donc son état tonique et émotionnel au patient, celui-ci pouvant s'en saisir pour réguler ses propres éprouvés.

Ce sont ces mécanismes que les grands penseurs du développement psychomoteur ont observé : comment l'enfant et sa mère s'accordent-ils ; comment par imitation et répétition le bébé devient de plus en plus compétent, dans un style moteur ressemblant à celui de sa famille ; ... Ces enjeux se rejouent dans la relation de soin au travers du lien, non pas maternant, mais thérapeutique. Le psychomotricien devient alors une figure d'attachement « *auxiliaire* » ou « *contextuelle* ».

Ce phénomène est d'autant plus marquant à l'EMPP où les patients reçus sont parfois orphelins, séparés de leur famille et de leur pays. Plusieurs jeunes immigrants ont ainsi identifié la psychomotricienne comme leur soutien principal, lui demandant par exemple d'appeler pour eux l'avocat ou l'assistante sociale. Elle s'enquière de leur conditions de vie, suit avec eux leur demande d'asile, mais toujours en restant dans le cadre de ses fonctions. Un jour où l'un d'entre eux avait besoin de davantage de soutien, elle a affirmé clairement après le rendez-vous : « *Je ne peux rien faire de plus, je ne suis que psychomotricienne !* ». Ce qui ne l'a pas empêché d'être révoltée quand sa demande d'asile a été refusée.

Être professionnel, s'est aussi savoir accepter ses réactions sans se laisser déborder par elles, pour rester dans un cadre de soin. Il est d'ailleurs intéressant de refléter aux patients que nous sommes également animés par de vives émotions mais que nous avons la capacité de les réguler, chemin que nous allons les aider à parcourir.

Je conclurai le sujet de la relation thérapeutique en illustrant ce propos par une théorie de Pierre Delion. Selon lui, le thérapeute revêt trois fonctions :

- *phorique* : de contenante, une base de sécurité suppléante et provisoire pour le patient
- *sémaphorique* : le sémaphore guide, maintient la direction et les objectifs de soin
- *métaphorique* : le thérapeute accompagne le retour de l'imagination et des fonctions narratives pour une nouvelle lecture de l'histoire personnelle (Cyrulnik et al., 2021).

Conclusion

Les principes de prise en soin s'élaborent à différents niveaux : un niveau législatif et structurel, qui définit le cadre et les fonctions du psychomotricien ; au sein de l'équipe pluridisciplinaire et du réseau médico-social ; et enfin dans la relation thérapeutique avec les patients. Toutes ces dimensions sont intriquées et influent sur la qualité du soin. La bonne ambiance de l'équipe de l'EMPP, sert par exemple de support aux professionnels qui y exercent et les patients le ressentent. Le témoignage de M. L met en lumière ce sentiment. Il aborde aussi les qualités d'écoute, la notion de liberté donnée aux patients dans leur accompagnement, et la dimension humaniste du soin. Effectivement un cadre et une relation thérapeutique bien établis permettent des échanges corps à corps mais aussi cœur à cœur avec les patients qui ne font que renforcer les bénéfices de l'accompagnement.

M. L : « J'ai eu la chance de rencontrer le psychologue de l'EMPP. Il a commencé à reformuler mes problèmes avec des questions qui m'ont beaucoup aidées, qui m'ont permis de me décharger car j'avais laissé la place à cette chose en moi. Les conseils qu'il m'a donné m'ont permis de comprendre réellement qui je suis, de ne pas me noyer. La différence que j'ai constaté à l'EMPP, c'est qu'ici le personnel est très motivé et qu'ils savent écouter le patient. C'est quelque chose que j'ai beaucoup apprécié chez eux. On te laisse souvent le choix aussi, on ne te force pas. On t'écoute, et quand quelqu'un t'écoute doucement, tu as le courage de parler. Tu vas comprendre que la personne peut t'écouter, qu'elle est paisible, alors les idées s'affirment. Il y en a d'autres qui disent « Mr on vous écoute ! ». Quand on te parle comme ça un peu énervé, même si tu avais quelque chose à dire, tu vas te retenir. Quand tu ne te sens pas bien écouté tu ne vas pas développer beaucoup.

L'équipe, c'est une équipe que j'apprécie franchement, c'est une équipe très sociale, humaniste. C'est des humanistes, et quand tu leur expliques tes problèmes tu vois même en eux le sentiment qu'ils ont. Sans eux aujourd'hui, je ne sais pas où je serai, mais grâce à eux – je ne dis pas quand même que tout est acquis – j'ai pu me relever ; grâce à cette équipe qui m'a donné de l'énergie, les ingrédients qu'il me manquait, franchement, franchement, je dis chapeau à eux. »

3) Approches cliniques

Quels sont « les ingrédients » dont parle M. L pour se relever d'un traumatisme ? Selon son témoignage : une aide à la reformulation de ses problèmes, non pas par le thérapeute, mais bien un accompagnement – ici par des questions – qui lui permettent de verbaliser lui-même ses difficultés ; le besoin de se décharger et de diminuer l'influence du traumatisme – « cette chose en moi » ; apprendre à se connaître « comprendre qui je suis pour ne pas me noyer » ; avoir le courage de parler, et trouver un écho à ses difficultés « quand tu leur expliques tes problèmes, tu vois même en eux le sentiment qu'ils ont » ; et enfin, de l'énergie, communiquée par toute une équipe sur le long terme pour se relever, consolider les acquis et poursuivre la progression. J'aborderai ces différents éléments à travers deux concepts utilisés en psychomotricité : la psychothérapie sensorimotrice et l'haptonomie.

a) La psychothérapie sensorimotrice

Présentation

Dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle les recherches menées par différents spécialistes du traumatisme dont Ruth Lanius, Peter Levine, Allan Schore, et Bessel van der Kolk, arrivent toutes au même constat : le corps contribue à la fois à l'entretien et à la résolution du traumatisme. Ils promeuvent alors le développement d'approches psychocorporelles à travers leurs ouvrages et leurs pratiques cliniques. Dans cette mouvance, Pat Ogden fonde en 1970 la psychothérapie sensorimotrice, une méthode globale s'inspirant des thérapies somatiques, de la neuroscience, de la théorie de l'attachement et des approches cognitives.

Par l'inclusion des sensations corporelles et l'utilisation du mouvement comme vecteur principal du traitement des traumatismes, la psychothérapie sensorimotrice apprend au thérapeute à utiliser des interventions centrées sur le corps afin de réduire ses symptômes et de favoriser un changement au niveau des cognitions, des émotions, des systèmes de croyances et du lien social du patient. (Ogden et al., 2021, p. 31).

En 1980 l'état de stress post traumatique est reconnu comme un trouble psychiatrique et inscrit dans le DSM-III. Deux ans plus tard Bessel Van der Kolk fonde le Trauma Center à Boston, centre de consultation et de recherche qui continue de faire évoluer la prise en soin du traumatisme vers une approche intégrative. La convergence de leur travaux et de leurs méthodes confirme l'intérêt de la prise en soin psychomotrice de l'ESPT, et le besoin de reconnaître internationalement la psychomotricité comme une profession paramédicale. Certes il est intéressant de pouvoir se référer et se former à différentes méthodes psychocorporelles quel que soit son corps de métier, mais considérer que ces approches sont le fondement d'une profession singulière permettrait de légitimer et de développer plus amplement leur pratique, au grand bénéfice des patients. Nous avons cette chance en France, je m'en saisi et vous partage l'éclairage de ces auteurs américains.

Niveaux de traitement de l'information

« Le concept de psychomotricité tente de mettre en évidence l'interrelation entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu, le corps étant considéré comme point d'ancrage des expériences sensorimotrices, émotionnelles et affectives, cognitives et sociales » (Ajuriaguerra, 1974). À partir de ce paradigme la psychothérapie sensorimotrice distingue trois niveaux de traitement de l'information : cognitif, émotionnel et sensorimoteur.

Ils sont interdépendants mais nous avons vu en quoi leur fonctionnement synergique est rendu défaillant par l'ESPT. Le néocortex ne joue plus son rôle dans la modulation, la représentation, et l'intégration des événements, les fonctions exécutives en sont troublées ; le système limbique est conditionné par les émotions ressenties durant l'évènement traumatique et répond à un sentiment d'insécurité permanente ; la sensorimotricité est en prise aux symptômes d'intrusion et d'évitement ; et enfin les désordres physiologiques affectent tous les niveaux de traitement de l'information.

Pour qualifier cette rupture entre les systèmes d'intégration de l'expérience, on parle de dissociation traumatique – à distinguer des symptômes dissociatifs qui conduisent à un sentiment d'être à l'extérieur de son corps. L'enjeu du soin va donc reposer sur le mécanisme inverse : ré-unir les différents niveaux de traitement de l'information, afin de restaurer la capacité d'adaptation du sujet. Assimiler les événements passés, pour pouvoir s'accommoder à ceux qui arrivent ; retrouver une dynamique d'équilibration, pour restaurer le processus de développement cognitif ; réguler son état tonique et émotionnel et reprendre contact avec ses sensations, pour se réconcilier avec soi-même, les autres et la vie.

Cela représente un vaste programme, Mme V : « *Il va me falloir du temps, beaucoup de temps encore, mais petit à petit je vais y arriver* ». Sa prise en soin illustre l'importance de considérer les différents niveaux de traitement de l'information comme trois « portes d'entrée thérapeutiques » possibles.

Au début de son suivi, au mois de décembre 2020, le niveau cognitif prédomine. Elle présente une logorrhée impressionnante, son discours est confus, incompréhensible et parasité de tics verbaux – elle ponctue ses phrases par les interjections suivantes : « *tu m'as compris ?* » ou « *c'est la vérité !* ». Le contenu de ces expressions révèle le manque de reconnaissance qu'elle a subi dans son histoire personnelle, et leur fréquence, son degré de perturbation intérieure. Depuis quelques séances elle ne les prononce qu'à partir du moment où elle aborde un sujet qui l'angoisse, soit en général dans les 10 min après le début de la séance, ce qui représente une progression.

La confusion de son discours exprime lui aussi son état émotionnel et physiologique perturbé, sans qu'elle puisse nous en parler directement. Elle aborde des sujets généraux, la culture dans son pays, ses soucis pour son fils, *etc.* Après quelques séances à l'écouter, tout en essayant de ne pas nous perdre nous même dans son discours, la psychomotricienne lui a proposé que nous préparions du thé, selon sa tradition arménienne. La fois suivante elle

apporte de la menthe fraîche, du thé et du sucre ; mais ne le boit pas avec nous, disant qu'elle a mal au ventre. À force de passer des moments ensemble, à discuter, à préparer une boisson, ..., l'alliance thérapeutique s'installe et son discours commence à s'apaiser. Nous accédons à un niveau où elle explore davantage ses propres émotions.

Au lieu de nous parler de son fils, elle se raconte. Elle exprime sa peur en montrant sa poitrine : « *J'ai peur ici, j'ai peur ici, est-ce que tu m'as compris ?* », « *Il y a trop de choses en moi, c'est la vérité* ». Elle nous confie ses difficultés : son rêve serait d'être calme, de ne plus avoir peur tout le temps. Elle aime la nuit car il y a moins de bruit (elle est hyperactive, avec un faible seuil de tolérance aux stimuli). Elle reste éveillée, fume des cigarettes et dort deux heures minimum. Elle a peur de dormir à cause de « *mauvais rêves* ». Elle pense trop « *est-ce qu'il y a un médicament contre ça ?* ».

Elle devient progressivement plus authentique, et donc plus déprimée. Plus récemment elle nous raconte comment elle cache ses problèmes en société en parlant de tout et de rien, alors qu'à l'EMPP elle arrive à s'ouvrir en présence du médecin psychiatre et de la psychomotricienne. Celle-ci lui fait remarquer : « *et vous n'avez plus peur de nous !* ». Effectivement leur présence inconnue l'inquiétait, surtout s'ils passaient derrière elle, et la première fois qu'elle m'a vue, elle m'a longuement dévisagée.

Puis du niveau émotionnel elle a pu prendre contact avec sa sensorimotricité. La transition s'effectue sur la notion de prendre soin de soi. Elle nous avait confié son manque d'hygiène, tout en décrivant fièrement les produits de beauté et vêtements dont elle disposait. La psychomotricienne lui propose de reprendre contact avec son corps par des automassages en musique. D'abord avec une balle à faire rouler sous le pied pour relaxer la voûte plantaire, puis sans objet médiateur : se masser le bras, la main et les doigts. Elle suit avec attention tout en commentant, « *C'est un peu comme du sport* ». Puis, les commentaires s'espacent, son hypertonie s'apaise jusqu'à laisser place à une hypotonie clairement observable : buste et épaules « soumis au point de l'apesanteur » inclinés vers l'avant, tête baissée et mouvements lents. Elle conclue cette première séance par une réplique qui nous fait sourire : « *On a pas beaucoup parlé aujourd'hui !* ».

La séance suivante, elle arrive lavée et vêtue de nouveaux habits, comme elle nous l'avait promis. L'échange a continué d'être plus régulé, alternant d'un niveau de traitement de l'information à l'autre. Son discours reste cohérent, elle nous raconte qu'elle a « *ri dans son cœur* » lors d'un moment d'humour avec le psychiatre. Nous reprenons la proposition

simple de pratique corporelle, en y ajoutant des mouvements plus amples d'ouverture des bras, sur le côté puis tendus au-dessus de la tête, accompagnés de la respiration.

- « C'est un peu comme du yoga ?

- Oui et cela peut vous aider à rester centrée, notamment pour votre passage devant la CNDA. »

Elle s'en inquiète, craignant d'être de nouveau confuse. Elle dit « *j'ai peur de parler de droite à gauche* » (en faisant des gestes d'un côté et de l'autre comme si elle perdait la raison), « *au lieu de parler tout droit, comme je fais ici avec vous* » (elle place sa main devant pour donner la direction). À propos de ce sujet elle développe un retour réflexif sur elle-même, en s'appuyant sur les paroles de son médecin généraliste qui la trouve plus « calme » depuis quelques temps. Avec un nouvel espoir dans sa voix, elle verbalise qu'elle « *était folle* », qu'elle parlait trop : elle confirme être plus calme et espère « *retrouver sa capacité à rêver* ».

Je suis toujours impressionnée quand les patients analysent leurs problèmes. Je pense aux théories, par exemple sur ce point à Bessel van der Kolk qui, à partir de la passation du test de Rorschach à des personnes témoins et d'autres traumatisés, a confirmé « *que le traumatisme affecte l'imagination* », plus précisément « *la souplesse mentale qui est le propre de l'imagination* » (Van der Kolk, 2019, p. 32). À croire que celle de Mme V est en train de se raviver. Sachant qu'elle nous avait confié que son rêve serait « d'être calme », je lui souhaite qu'il continue de devenir réalité.

Traitements descendant et ascendant

Cette étude de cas illustre la relation entre les traitements *descendant* puis *ascendant* de l'information. D'abord Mme V s'est exprimée par le langage, qui mobilise le niveau cognitif de l'information. Cette « porte d'entrée » lui a permis de réguler progressivement ses émotions, d'apaiser sa réactivité aux flux sensoriels et de contacter ses propres sensations. Dans un second temps, les propositions d'auto-massages ont continué d'apaiser ses tensions toniques et émotionnelles, et elle est devenue capable de prendre du recul vis à vis d'elle-même et de son trouble.

Obstacles au processus d'intégration

Parfois ces mécanismes ne sont pas si clairement mobilisables, Mme D présente par exemple un tout autre fonctionnement. Sa prise en soin nécessite un traitement ascendant. Des sollicitations au niveau cognitif continuent de lui être proposées mais elle ne s'en saisit pas,

alors qu'elle se met clairement en mouvement et se détend dans une activité sensorimotrice (dessin, couture). Cette approche reste donc à privilégier, sachant également que son alexithymie entrave l'accès aux émotions. Malgré quelques progrès identifiables je continue de me questionner : qu'est ce qui pourrait lui permettre de dépasser ce « *stade sensorimoteur* » ?

De nouveau je puise un éclairage dans le développement de l'enfant. Piaget décrit l'importance de la répétition de schèmes d'action, qu'il nomme réactions circulaires, pour passer d'un stade à l'autre dans le développement cognitif. Geneviève Ponton reprend ce besoin de répétition et d'action, tout en rappelant la quête de verticalité qui motive le développement psychomoteur :

Chez un enfant, l'apparition de la verticalité correspond à une émancipation par le mouvement (la marche), à une structuration de lui-même en tant que sujet ; c'est par le mouvement qu'il construit un projet et prend conscience d'exister dans ce monde. Or pour se transformer, notamment pour construire sa verticalité, c'est par la répétition qu'il passe. C'est très net lorsqu'on laisse l'enfant agir par lui-même : il répète jusqu'à se sentir compétent, dans un mouvement (se retourner alors qu'il est sur le dos), dans sa relation à l'environnement (observer et manipuler un objet). La répétition le fait passer de connaître à reconnaître, ce qui lui permet de transposer, d'enrichir, d'ajuster... (Ponton & Glon, 2015, p. 7)

Mme D trouverait-elle dans la répétition des séances et des propositions de médiation, un support à son élaboration mentale ? Seulement dans les théories de Piaget, de Bullinger et de Ponton, l'enfant est mu par l'excitation psychique et sensorielle que lui procure la découverte de l'environnement et les interactions avec ses proches. Or les systèmes motivationnels de Mme D sont clairement éteints – mis à part celui de vigilance. Même celui d'attachement semble inactif. Son histoire et ses troubles actuels la prive de tout élan vers l'autre, en elle même et plus largement dans la vie. Pourtant je garde à l'esprit le plaisir qu'elle semble éprouver à coudre et à dessiner, comme une petite lueur qui confirme la pertinence de la psychothérapie sensorimotrice que revendique Pat Ogden dans le traitement du traumatisme. Et pour lui donner le temps suffisant à sa réouverture je fais confiance au soutien affectif que procure l'haptonomie.

b) L'haptonomie

Présentation

Frans Veldman, chercheur en sciences humaines, développe l'haptonomie en France dans les années 1980, notamment suite à sa rencontre avec le groupe d'études et de recherche du nouveau-né (GRENN) animé par Françoise Dolto et Bernard Thys (« Frans Veldman », 2020). Il décrit son approche comme une « science de l'affectivité », l'affectivité correspondant à l'univers des sentiments et des émotions. Elle a en commun avec la psychomotricité son approche phénoménologique. Catherine Dolto, actuelle présidente du Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie (CIRDH), la définit 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 [...] L'haptonomie, parce qu'elle est étayée par un corpus théorique pluridisciplinaire, anatomo-clinique, 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. (Gary, 2017, p. 71).

La formation s'adresse aux professionnels de santé qui intègrent l'haptonomie à leur pratique selon leur champs d'exercice : en médecine, en périnatalité, ou en psychothérapie – on parlera alors d'haptopsychothérapie. Les soignants apprennent à développer leurs facultés perceptives et d'engagement envers l'autre, ainsi qu'un « contact haptonomique » particulier.

Le contact haptonomique

L'haptopsychothérapie s'exerce à travers « un contact tactile affectif tendre, clair et sécurisant qui génère une relation confiante et rassurante entre le patient et le thérapeute » (haptonomie, s. d.). Ce contact se distingue du toucher thérapeutique, il ne traduit pas une intention de soin mais une « invitation au soin », il est plus léger et doux tout en étant ressenti comme puissant et ferme. Il vise l'autonomie de la personne en proposant un accompagnement à « se mouvoir ensemble », rappelant l'implication psychocorporelle du psychomotricien et l'importance des échanges dans le dialogue tonico-émotionnel.

Le patient ainsi contacté, est invité à être présent à ses sensations et à ses perceptions, en lien avec le thérapeute mais aussi avec l'espace qui l'entoure.

« *Restez avec nous, vous êtes là, je suis là, Fanny est là.* » La psychomotricienne rassure M. L. qui est sujet à une reviviscence. Il est allongé sur le lit médicalisé, elle est auprès de sa tête, une main posée sur son dos, l'autre sur son bras. La séance se termine, il est plus apaisé mais ses pensées restent tournées vers son passé traumatique.

Au début du soin, la psychomotricienne lui demande de quelle couleur il qualifierait ses souffrances : « rouges ». Elle commence par un modelage de l'ensemble du corps (mouvements fluides continus), avant d'arrêter sa main sur le point de cristallisation des tensions – une ancienne cicatrice de torture, dans le bas du dos à droite. Dans le prolongement de ce contact, son bras englobe le bassin de M. L., maintenu également avec son autre main, posée du côté opposé.

En haptonomie, le bassin est relié à la notion de « base » : elle procure un sentiment de sécurité et de sérénité ; de complétude et de plénitude ; de présence à soi et au monde, en lien avec la verticalité et le fait de « *se tenir par soi-même dans la vie* » ; enfin c'est le lieu du plaisir et de l'enfantement (Revardel, 2007, p. 104-105).

J'observe la respiration de M. L. ralentir. Ses muscles sont toujours tendus et des contractions involontaires font tressaillir ses épaules. La psychomotricienne reste un moment en contact avec la zone douloureuse, elle mobilise parfois son bassin de gauche à droite pour initier de légers bercements. Puis, elle termine par un modelage qui invite à percevoir et être présent dans l'ensemble du corps.

Du temps est ensuite laissé au patient, selon son besoin de bouger ou de rester immobile encore quelques instants, puis le contact est repris pour un moment d'échange verbal. Les patients parlent généralement à voix basse et plus lentement, ce qui exprime un certain apaisement et une meilleure qualité de présence à eux-même. Ils abordent leurs ressentis ou des sujets importants pour eux, et semblent profiter de ce moment intime, comme une parenthèse dans leurs difficultés quotidiennes.

M. L. raconte comment il a réussi à se détendre malgré la résistance première de son corps. Son seuil de tolérance à la douleur a augmenté, « *comme si vous aviez mis de l'eau sur un feu, ça s'éteint* ». Pour comparer avec sa douleur initiale la psychomotricienne lui demande de quelle couleur il estime celle qu'il ressent actuellement. « *Maintenant ...* », il convoque ses sensations et ses perceptions au niveau de sa zone de souffrance – mécanisme inverse de ses stratégies d'évitement –, « *... c'est blanc* ».

Selon Jean-Louis Revardel, l'haptonomie permet de « *rompre le cercle vicieux entre douleur psychique et douleur physique* ». La psychomotricienne m'explique que les tortures déshumanisent le rapport au monde, alors que l'haptonomie « humanise », restaure le lien humain.

Restaurer le lien humain

Le sentiment d'impuissance vécu pendant l'évènement traumatique, s'accompagne d'une profonde solitude. *Je ne peux rien faire pour m'en sortir et personne ne peut me protéger*. Cette sensation brise le sentiment de sécurité intérieure, *le sentiment de base*, (quelque soit le schème d'attachement développé enfant), mais aussi la croyance d'être protégé par ses proches et plus largement par la société humaine. *Un jour ma sœur est tombée dans les escaliers du métro parisien. Elle a eu mal, mais ce qui l'a le plus affecté, c'est que personne ne se soit arrêté pour l'aider*. Quand cette déception accompagne un évènement traumatique, la foi en l'humain se perd ; d'autant plus lorsqu'un sévise est commis par un de ses semblables.

Les mots de M. L illustrent la restauration de ce lien, il a trouvé à l'EMPP « *une équipe humaniste* », que les patients comparent souvent à « *une nouvelle famille* ». Le cadre et les relations thérapeutiques qu'ils y tissent, leur offrent un support pour progressivement reprendre confiance en l'autre et en eux-même.

Les traumatisés se remettent grâce aux relations humaines : avec leurs proches ou des thérapeutes professionnels. Le rôle de ces liens est de leur donner une sécurité physique et émotionnelle – contre leur sentiment de honte, de jugement ou de blâme – et le courage de supporter et d'affronter la réalité de l'évènement traumatique. [...] Pour venir à bout du traumatisme, il faut renouer avec ses semblables. (Van der Kolk, 2019, p. 286)

Besoin de confirmation affective

« *Renouer avec ses semblables* » nécessite inmanquablement de renouer avec soi-même. Pour cela, les patients ont besoin d'être accueillis et entendus sans jugement, mais aussi de trouver un écho à leur souffrance, d'être compris, et enfin de donner du sens à leurs difficultés – les ingrédients dont parlait M. L à la journaliste.

Le psychologue qui l'accompagne me dira : « *C'est de ne pas comprendre la folie qui fait peur* » ; puis en citant Pierre Delion, « *Il faut se faire "le haut parleur" de leurs souffrances, "l'appareil à penser les pensées" pour les aider à traduire ce qui est de l'ordre de*

l'impensable ». Il était psychomotricien avant d'être psychologue, et souligne à quel point l'écoute passe par la sensorialité, dans l'échange tonico-émotionnel et l'observation de la communication non verbale.

« *Se sentir écouté et compris change la physiologie ; pouvoir exprimer une impression complexe et voir ses sentiments reconnus est une révélation pour le cerveau limbique. Au contraire se heurter à l'incompréhension et au silence tue l'esprit* » (Van der Kolk, 2019, p. 315). Frans Veldman emploie le terme de « *confirmation affective* » pour décrire ce mécanisme qui consiste selon lui à « *une reconnaissance sans a priori de la personne dans son être* » (Revardel, 2007, p. 40).

Ainsi, même si certains propos ou comportements des patients peuvent paraître aberrants au premier abord, ils est important de les accueillir comme « des phénomènes observables ». Écouter le discours déstructuré de Mme V revêt alors un sens profond. Par notre écoute et notre présence attentive, elle s'est sentie soutenue et revalorisée.

L'haptopsychothérapie n'implique pas nécessairement de contact, tels-que le témoignent les entretiens avec Mme V, ou le début de la prise en soin de Mme D. À travers le dialogue tonico-émotionnel et l'effet miroir qui se jouent dans la relation thérapeutique, le psychomotricien, par sa propre qualité de présence, invite le patient à être présent à lui-même, à son environnement, et à l'échange.

Conclusion

La présence, l'espace et le temps

La présence est une qualité fondamentale du psychomotricien ; le patient la développera aussi pour permettre l'intégration de son traumatisme comme un évènement passé. Être présent signifie « *être attentionné, attentif à nos actes et actions, de manière à ce qu'ils soient adaptés à la situation* » (Revardel, 2007, p. 58). Cette faculté implique les notions de temps et d'espace, *je suis présent ici et maintenant*. Elle dépend également de la sensorimotricité et des représentations, *je ressens qui je suis* (l'image du corps), et *comment je suis*, c'est-à-dire la position de mon corps dans l'espace (schéma corporel).

La présence peut être comparée à « *un état de pleine conscience* », qui s'accompagne chez le soignant d'une « *disponibilité affective* » pour ses patients.

Intégration de l'évènement traumatique

Grâce à la répétition des séances, M. L développe ses capacités de régulation tonico-émotionnel, par la prise de contact avec ses éprouvés corporels. Il discerne mieux ses différentes qualités de présence. Il a conscience d'être en prise avec ses souvenirs traumatiques lorsque la psychomotricienne le rappelle « *Restez avec nous* », et retrouve le chemin de l'instant présent.

Distinguer « *cette chose en lui* », est un premier pas vers l'intégration de « *cette chose* » derrière lui, dans le passé, pour libérer son présent et son avenir de la sensation de danger qui perdure ; autrement dit, pour intégrer l'évènement traumatique comme un souvenir lié à la mémoire autobiographique et non plus sensorimotrice.

Conclusion

La psychothérapie sensorimotrice et l'haptonomie invitent le patient à contacter ses sensations, ses perceptions, et ses représentations, pour ressentir, de la périphérie de son corps au plus profond de lui-même, qu'il est en sécurité dans l'instant présent, soutenu par des relations humaines. Ces sentiments constituent la base du soin de l'ESPT, ils permettent un vécu alternatif à celui du danger permanent, sur lequel s'appuyer pour intégrer l'évènement traumatique comme passé.

L'intégration des évènements nécessite le traitement de l'information dans deux directions : ascendante – la sensorimotricité alimente les processus émotionnel et cognitif ; et descendante – les processus cognitifs modulent les émotions et les comportements.

Dans cette approche, il serait tentant de réduire la psychomotricité au mode de traitement ascendant de l'information, puisqu'elle contribue au soin « *des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs [...] par des techniques d'approche corporelle* » (Décret n°88-659, 1988). Cela serait réducteur, certes les médiations ou approches qu'elle propose impliquent un investissement corporel du patient et du psychomotricien, mais à travers elles, les différents niveaux et directions de traitement de l'information sont mobilisés. Ce qui n'est pas toujours le cas en psychothérapie où la direction descendante est souvent privilégiée.

L'important reste que la pratique soit adaptée au besoin du patient. L'haptonomie apporte au psychomotricien des éléments lui permettant de s'ajuster dans une relation thérapeutique qui devient plus intime au service de la confirmation affective du patient. L'haptopsychothérapeute par ses qualités de présence, d'écoute et à travers le contact haptonomique, invite le patient à être présent à lui-même – condition primordiale pour qu'il puisse contacter ses sensations, ses perceptions, et ses représentations.

Revardel qualifie l'accordage sur lequel repose alors la relation thérapeutique par ces mots : « *inviter c'est être devant en suivant* » (2007, p.). Une citation qui encourage le psychomotricien à ajuster ses séances aux besoins du patient, entre temps d'écoute, échanges verbaux et proposition de médiation, en gardant en tête cette subtilité : guider le soin tout en accompagnant le patient sur son propre chemin.

Conclusion

Le croisement d'analyse théorico-clinique entre les enjeux du développement psychomoteur du jeune enfant et de la prise en soin des patients atteints d'état de stress post-traumatique, confirme l'existence de mécanismes communs.

Suite aux travaux de Bowlby, la reconnaissance de l'attachement comme un besoin vital qui perdure tout au long de la vie, confirme la nécessité d'un étayage relationnel, d'autant plus dans les périodes de vulnérabilité. « *Quand on est terrifié, rien ne calme davantage que la voix rassurante ou l'étreinte d'un proche. Les adultes effrayés répondent aux mêmes modes de réconfort que les enfants affolés : ils doivent être enlacés et bercés, sentir qu'une personne plus grande et plus forte les prend en charge* » (Van der Kolk, 2019)

Veldman souhaitait la reconnaissance du besoin de confirmation affective comme un droit fondamental à préserver. Il est effectivement indispensable pour se sentir exister, reconnu et valorisé. Le témoignage de M. L a ainsi illustré comment l'haptopsychothérapie permet aux personnes traumatisées de renouer avec elles-mêmes et leurs semblables.

La confirmation affective permet un sentiment de base, principe également commun au développement psychomoteur et au soin de l'ESPT. Une base de sécurité physique et psychique à partir de laquelle développer la conscience de soi, sa qualité de présence en lien avec les notions d'espace et de temps, ainsi que ses capacités de régulation tonico-émotionnelle, ...

Enfin, ces mécanismes sont permis grâce à la sensorimotricité : être en relation, tout comme éprouver une base de sécurité, dépend de la perception des flux sensoriels et du mouvement. Ils représentent de véritables « leviers thérapeutiques » dans la prise en soin psychomotrice de l'ESPT.

L'enjeu premier du soin psychomoteur de l'ESPT est de restaurer un sentiment de sécurité psychocorporel. Vivre des expériences d'apaisement, dans l'instant présent et la relation à l'autre, représente une victoire sur le stress chronique. La répétition de ces moments alternatifs à l'état d'alerte et de tension habituelle, permet un double mouvement d'ancrage et de verticalisation – se remettre sur pied, et s'élever dans son axe. Cette attitude se retrouve chez Mme V lorsqu'elle redresse son buste et qu'elle dit avec un mouvement de main ferme devant elle : « *il faut que j'arrive à parler droit* ».

Ainsi, en même temps que la personne retrouve progressivement une base de sécurité, débute un travail d'élaboration à partir des éprouvés psychocorporels. Les patients sont plus à même de parler de leur traumatisme sans être débordés par leurs émotions et leurs sensations. Selon Defontaine ce second enjeu consiste à « *favoriser la mise en sens et la symbolisation des éprouvés dans une continuité d'existence* » (Vachez-Gatecel et al., 2019, p. 344).

Mes recherches croisées sur le développement psychomoteur et l'ESPT, me conduisent à présenter un troisième enjeu de soin : *restaurer les capacités innées de régulation du traumatisme par les mécanismes de décharge émotionnelle.*

Ce paradigme est soutenu par deux auteurs (également américains) : Aletha Solter, psychologue et spécialiste du développement de l'enfant, ancienne élève de Piaget ; et Peter Levine, cité en introduction à propos du mouvement pendulaire qu'implique le traitement du traumatisme entre sécurité et exploration.

Selon Levine « *la clé de la guérison d'un traumatisme se trouve "par-delà les mots" dans notre corps et dans nos instincts* » (Dunod Videos, 2015). Comme Bowlby, il s'est inspiré de l'éthologie, pour décrire, chez les animaux puis chez l'homme, des phénomènes de régulation interne qui s'activent suite à un traumatisme. Solter parle de « *mécanismes de décharge émotionnelle* » par le récit, les pleurs, les rires, les tremblements, la colère, la transpiration et les bâillements (Solter, 2013). Selon leur postulat, les enfants tout comme les adultes disposent des outils pour « *guérir des conséquences de leurs expériences douloureuses* » (Solter, 2013). Ces outils sont des comportements innés, « *le corps rejette, se libère du trauma et restaure un sentiment de plénitude par un phénomène de régulation interne* » (Dunod Videos, 2015).

Bien qu'ils soient dits naturels, ces mécanismes ne sont pas autant sollicités qu'ils pourraient l'être, que ce soit chez l'enfant ou l'adulte, car nous intériorisons des « *automatismes de contrôle* » (Solter, 2013) au fil de notre socialisation – des comportements qui répriment les décharges émotionnelles, comme apprendre à retenir ses pleurs. Pourtant selon Charles Darwin « *La sécrétion des larmes sert de soulagement à la souffrance. Et plus les sanglots sont violents ou hystériques, plus grand est le soulagement ...* » (Solter, 2013). Inversement le blocage des mécanismes de décharge émotionnelle pourrait entraîner des désordres et des tensions psychocorporels. Ce phénomène me rappelle une observation clinique du psychiatre de l'EMPP qui m'avait spécifié que Mme D « *présentait d'importants mécanismes de contrôle* ».

Une réflexion est ainsi à mener sur l'accompagnement psychomoteur des manifestations émotionnelles du patient atteint d'ESPT. Comment se libérer du traumatisme, en toute sécurité, entre mécanisme de blocage et mécanisme de défense ?

Plus globalement, l'approche de ces auteurs m'invite à poursuivre l'élaboration du cadre thérapeutique que je souhaite offrir à mes futurs patients, pour favoriser l'expression et la prise en soin de leurs troubles. Elle représente une piste thérapeutique à explorer, à partir de la base de connaissances théorico-clinique acquise durant ma formation.

Enfin, je souhaite conclure ce mémoire par l'interprétation que le traducteur de Mme D a fait d'un mandala qu'il a colorié. J'y vois une métaphore de la prise en soin de l'ESPT qui en conjugue artistiquement les différents enjeux.

La structure du mandala tournait dans un sens, en y ajoutant des couleurs j'ai voulu, par illusion d'optique, faire tourner une partie du cercle dans l'autre sens. J'ai également ajouté au mouvement circulaire, une partie qui se fond progressivement dans l'autre. Enfin le centre est laissé vide puisque c'est du centre qu'émerge le mouvement.



Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Remerciements..... | 2 |
| Sommaire..... | 3 |
| Introduction..... | 4 |
| Avant-Propos..... | 7 |
| PARTIE I – Le développement psychomoteur du jeune enfant..... | 9 |
| 1) John Bowlby..... | 10 |
| <u>a) Étude des comportements instinctifs.....</u> | <u>10</u> |
| <i>Apports d’autres chercheurs.....</i> | <i>10</i> |
| <i>Fonctionnement cérébral.....</i> | <i>11</i> |
| <i>Systèmes émotionnels de base / Systèmes motivationnels.....</i> | <i>11</i> |
| <i>Évolution du comportement instinctif.....</i> | <i>12</i> |
| <i>Facteurs d’influence.....</i> | <i>12</i> |
| <i>Conclusion.....</i> | <i>12</i> |
| <u>b) La théorie de l’attachement.....</u> | <u>13</u> |
| <i>Définition.....</i> | <i>13</i> |
| <i>Comportements d’attachements.....</i> | <i>14</i> |
| <i>La notion de sécurité.....</i> | <i>14</i> |
| <i>Angoisse de perte.....</i> | <i>15</i> |
| <i>Modèles internes opérants (MIO).....</i> | <i>15</i> |
| <i>Conclusion.....</i> | <i>16</i> |
| 2) Le développement sensorimoteur..... | 17 |
| <u>a) Jean Piaget.....</u> | <u>17</u> |
| <i>Fondements théoriques.....</i> | <i>17</i> |
| <i>Structures logiques.....</i> | <i>18</i> |
| <i>Le stade sensorimoteur.....</i> | <i>18</i> |
| <i>Conclusion.....</i> | <i>19</i> |
| <u>b) André Bullinger.....</u> | <u>20</u> |
| <i>Une perspective instrumentale.....</i> | <i>20</i> |
| <i>Le bilan sensorimoteur.....</i> | <i>21</i> |
| <i>Axe de développement sensorimoteur.....</i> | <i>22</i> |
| <i>L’espace de la pesanteur.....</i> | <i>22</i> |
| <i>Réflexes et postures archaïques.....</i> | <i>23</i> |
| <i>Troubles liés à l’espace de la pesanteur.....</i> | <i>23</i> |
| <u>Conclusion.....</u> | <u>24</u> |
| Conclusion..... | 24 |

| | |
|---|-----------|
| PARTIE II – L'état de stress post traumatique..... | 26 |
| 1) De l'évènement traumatique au stress chronique..... | 27 |
| a) <u>Débordement de la réponse habituelle au danger.....</u> | 27 |
| <i>Structures cérébrales impliquées dans la réponse au danger.....</i> | 27 |
| <i>Inhibition de l'action.....</i> | 28 |
| b) <u>La mémoire traumatique.....</u> | 29 |
| <i>Symptômes d'intrusion et d'évitement.....</i> | 29 |
| c) <u>Dérèglement du système nerveux autonome.....</u> | 31 |
| <i>Le système sympathique.....</i> | 31 |
| <i>Le système nerveux entérique.....</i> | 31 |
| <u>Conclusion.....</u> | 32 |
| 2) Troubles psychomoteurs..... | 33 |
| a) <u>Trouble de la régulation tonique émotionnelle.....</u> | 33 |
| <i>Hyperactivation et hypoactivation.....</i> | 33 |
| <i>Régulation et attachement.....</i> | 34 |
| b) <u>Altération du fonctionnement cognitif.....</u> | 36 |
| <i>Éclipse du fonctionnement exécutif.....</i> | 36 |
| <i>Comportements régressifs.....</i> | 37 |
| <i>Troubles des fonctions exécutives.....</i> | 38 |
| c) <u>Troubles spatio-temporels.....</u> | 39 |
| <i>Un arrêt sur image.....</i> | 39 |
| <i>Des notions intériorisées puis projetées.....</i> | 40 |
| 3) Perturbation des perceptions et des représentations..... | 40 |
| a) <u>Effondrement du système de croyance.....</u> | 40 |
| <i>Le prisme du traumatisme.....</i> | 41 |
| b) <u>Trouble des représentations du corps.....</u> | 41 |
| <i>Altération de la conscience de soi.....</i> | 42 |
| <i>L'image du corps et le schéma corporel.....</i> | 42 |
| c) <u>Effraction de l'enveloppe psychocorporelle.....</u> | 44 |
| <i>Symptômes dissociatifs.....</i> | 44 |
| <i>Le Moi-Peau.....</i> | 44 |
| Conclusion..... | 46 |
| PARTIE III – Prise en soin psychomotrice de l'état de stress post traumatique...48 | |
| 1) Exemple de prise en soin..... | 49 |
| a) <u>Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité (EMPP).....</u> | 49 |

| | |
|---|----|
| b) <u>Accompagnement psychomoteur de Mme D.</u> | 49 |
| <i>Historique de soin</i> | 49 |
| <i>Réseau d'accompagnement</i> | 50 |
| <i>Déroulement d'une séance</i> | 51 |
| <i>Médiations couture et mandalas</i> | 51 |
| <i>Susciter la réflexion</i> | 52 |
| <i>Médiation dessin</i> | 53 |
| <i>Aborder la relation</i> | 53 |
| <u>Conclusion</u> | 54 |
| 2) Cadre et relation thérapeutique | 56 |
| a) <u>Les premiers rendez-vous</u> | 56 |
| <i>La rencontre</i> | 56 |
| <i>L'observation clinique</i> | 56 |
| b) <u>Restaurer le sentiment de sécurité psychocorporelle</u> | 57 |
| <i>Un processus dynamique</i> | 57 |
| <i>Rôle du cadre thérapeutique</i> | 57 |
| <i>La relation thérapeutique</i> | 58 |
| <u>Conclusion</u> | 60 |
| 3) Approches cliniques | 61 |
| a) <u>La psychothérapie sensorimotrice</u> | 62 |
| <i>Présentation</i> | 62 |
| <i>Niveaux de traitement de l'information</i> | 62 |
| <i>Traitements descendant et ascendant</i> | 65 |
| <i>Obstacles au processus d'intégration</i> | 65 |
| b) <u>L'haptonomie</u> | 67 |
| <i>Présentation</i> | 67 |
| <i>Le contact haptonomique</i> | 67 |
| <i>Restaurer le lien humain</i> | 69 |
| <i>Besoin de confirmation affective</i> | 69 |
| <u>Conclusion</u> | 70 |
| <i>La présence, l'espace et le temps</i> | 70 |
| <i>Intégration de l'évènement traumatique</i> | 71 |
| Conclusion | 72 |
| Conclusion..... | 73 |
| Table des matières..... | 76 |
| Bibliographie..... | 79 |
| Annexes..... | 81 |

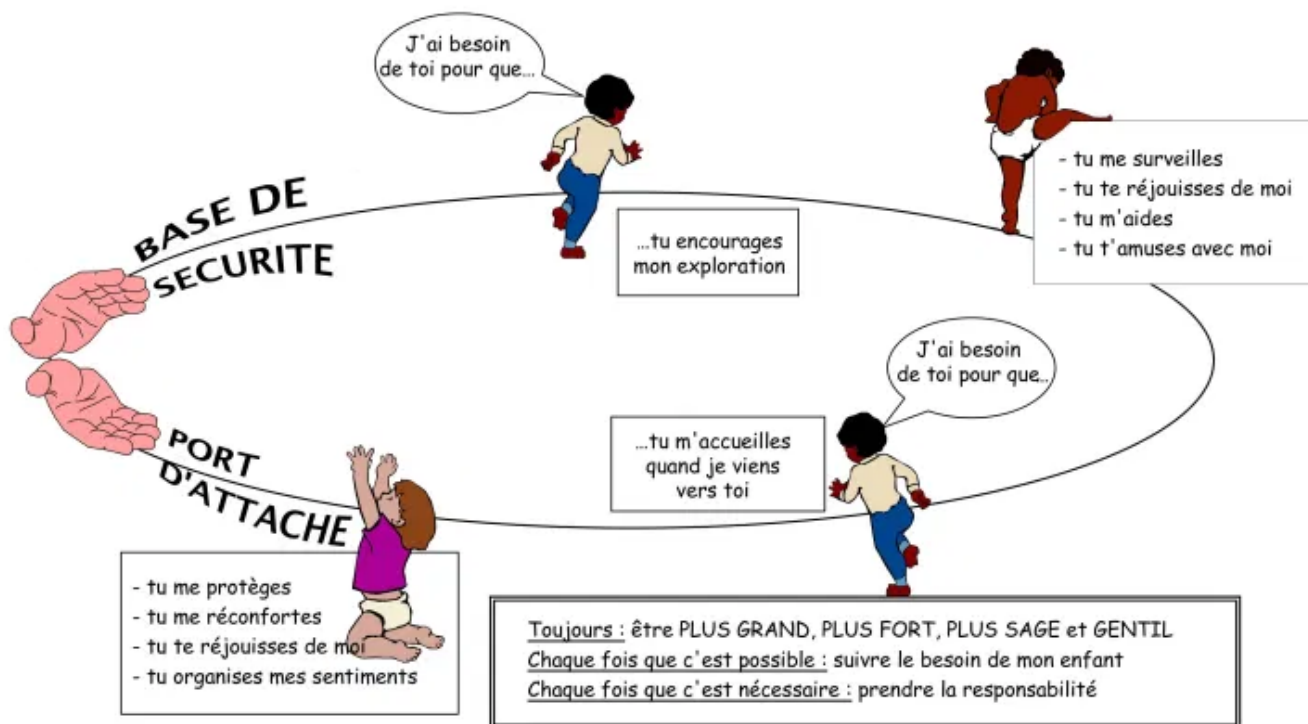
Bibliographie

- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2. éd.). Masson.
- Ajuriaguerra, J. de, Joly, F., Labès, G., & Jolivet, B. (2017). *Corps, tonus et psychomotricité*. VG Édition
- Amygdale. (2021). Dans *Wikipédia*.
[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Amygdale_\(cerveau\)&oldid=181571265](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Amygdale_(cerveau)&oldid=181571265)
- Béata, C., & Cyrulnik, B. (2015). *Au risque d'aimer*. O. Jacob.
- Bowlby & Kalmanovitch. (1978). *Attachement et perte (vol.1)*. Presses universitaires de France.
- Branchard, L., & Moyano, O. (2018). Les représentations dynamiques du corps. *Psychologie clinique et projective*, 24 (1). <https://doi.org/10.3917/pcp.024.0197>
- Brunschwig, H. (2001). Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire Inconscient*, 2 (2).
<https://www.cairn.info/revue-imaginaire-et-inconscient-2001-2-page-91.htm>
- Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Érès
- Bullinger, A. (2015). Quelques réflexions sur l'espace de pesanteur. Dans A. Bullinger & L. Absm, *Les effets de la gravité sur le développement du bébé*. Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.absm.2015.01.0033>
- Cyrulnik, B., Delage, M., & Sylvestre, M. (2021). *Santé, traumatismes et attachement*. Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine.
<https://www.facebook.com/centrepierrejanet/videos/463298571518852/>
- Décret n°88-659. (06/05/1988). Relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice.
- Delion, P. (2015). André Bullinger (1941-2015). *psychologie clinique*, 40,
<https://doi.org/10.1051/psyc/201540190>
- Dunod Videos. (2015). *Comment le corps dissipe le traumatisme par Peter A. Levine*.
<https://www.youtube.com/watch?v=JnOordVQyBE>
- Frans Veldman. (2020). Dans *Wikipédia*.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Frans_Veldman&oldid=165991968
- Gary, S. (2017). *Vies d'ailleurs, corps étrangers—Une reconstruction identitaire par le toucher auprès des migrants présentant un syndrome de stress post-traumatique*. Bordeaux.
- Golse, B. (2015). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant*.
<https://search.ebscohost.com/login.aspxdirect=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1>
- Guillain, A., & Pry, R. (2012). D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs. *Bulletin de psychologie*, Numéro 518 (2).
<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/revue-bulletin-de-psychologie-2012-2-page.htm>
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Affection psychiatriques de longue durée*. www.has-sante.fr

- Hermant, G. (2008). La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives. *Contraste*, 28-29 (1).
<https://www.cairn.info/revue-contraste-2008-1-page-27.htm>
- L'haptonomie (s. d.). *haptopsychotherapie*. <https://haptonomie.org/haptopsychotherapie/>
- Institut de la Parentalité. (2019). « *La sécurité affective dans la relation Parent—Enfant* ».
- Kloeckner, A. (2011). Modalités d'appropriation de l'approche sensori-motrice et incidences cliniques dans la pratique psychomotrice. *Contraste*, 34-35 (1).
<https://www.cairn.info/revue-contraste-2011-1-page-133.htm>
- Larousse, É. (s. d.). *Schème*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sch%C3%A8me/71384>
- Morin, C. (2013). L'image du corps. *Psychanalyse*, 39-67.
<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/schema-corporel-image-du-corps-image-speculaire--9782749237404-page-39.htm>
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C., Bonnel, J., Mayer, B., Pasqualin, F., Siegel, D. J., & Van der Kolk, B. A. (2021). *Le trauma et le corps : Une approche sensorimotrice de la psychothérapie*. Deboeck Supérieur.
- Pestre, É. (2014). *La vie psychique des réfugiés* (Ed. rév.). Ed. Payot & Rivages.
- Ponton, G., & Glon, M. (2015). Le principe du vivant. *Repères, cahier de danse*, 35 (1).
<https://doi.org/10.3917/reper.035.0007>
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Protection subsidiaire. (2021). Dans *Wikipédia*.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Protection_subsidiaire&oldid=180128374
- Revardel, J.-L. (2007). *Comprendre l'haptonomie*. Presses universitaires de France.
- Rousseau, P., Matton, F., Lécuyer, R., Batita, I., & Lahaye, W. (2019). Etude éthologique des premières interactions enfant-parents lors de la naissance. *Devenir*, 31 (1).
<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/revue-devenir-2019-1-page-5.htm>
- Saint-Cast, A., & Scialom, P. (2016). ESPT et psychomotricité. *Association Psychomotricité et Psychotraumatisme*. <https://associationpp.fr/>
- Salmona, M. (2020). *La mémoire traumatique*. 23. <https://www.memoiretraumatique.org>
- Savard, N. (2010). *La Théorie de l'Attachement : Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance* (Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger).
- Solter, A. J. (2013). *Mon bébé comprend tout*. Marabout.
- Vachez-Gatecel, A., Valentin-Lefranc, A., & Cohen, D. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. Dunod
- Van der Kolk, B. (2019). *Le corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Albin Michel
- Yael Naim et plus encore. (2009, septembre 18). *Inhibition de l'action*.
https://www.youtube.com/watch?v=7WF_2EuTi38

LE CERCLE DE SECURITE

LE PARENT S'OCCUPE DES BESOINS DE L'ENFANT



État de stress post-traumatique (Annexe 2)

Critères A

A été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou encore à une agression sexuelle d'une (ou plusieurs) des manières suivantes :

1. A vécu directement l'événement traumatisant;
2. A été le témoin, en personne, de l'événement traumatisant.
3. A appris qu'un membre de sa famille ou un ami proche a été victime de l'événement traumatisant. Dans les cas de la mort d'un membre de la famille ou d'un ami, ou d'une menace de mort à l'égard de ces personnes, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Être exposé de manière répétée ou extrême à des détails horrifiants d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences faites à des enfants).

REMARQUE : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

REMARQUE : Les réactions émotionnelles à l'événement traumatisant (p. ex., la peur, le désespoir, l'horreur) ne font plus partie du critère A.

Critères B

Présence d'au moins un des symptômes d'intrusion suivants associés à l'événement traumatisant, qui sont apparus après que l'événement traumatisant s'est produit :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatisant.
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse.
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'image) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel).
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant.
5. Réactivité physiologique marquée lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatisant.

Critères C

Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatisant, ayant débuté après que celui-ci s'est produit, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés.
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (gens, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés.

Critères D

Perturbations négatives sur la cognition et l'humeur associées à l'événement traumatisant, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'événement traumatisant (typiquement attribuable à une amnésie dissociative et pas à d'autres facteurs comme une blessure à la tête, ou la consommation d'alcool ou de drogues);
2. Croyances ou attentes négatives, à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, persistantes et exagérées (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde est un endroit tout à fait dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente »).
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiments de détachement ou de marginalisation par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à l'événement traumatisant, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants:

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des gens ou des objets;
2. Comportement irresponsable ou destructeur;
3. Hypervigilance;
4. Étonnement démesuré;
5. Problèmes de concentration;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

Critère F

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G

La perturbation entraîne, sur le plan clinique, une détresse ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

S'il y a lieu, précisez :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne satisfont aux critères d'ESPT et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : Sentiment persistant ou récurrent d'une personne d'être détachée de ses propres processus mentaux ou de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti).
2. **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

REMARQUE : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).



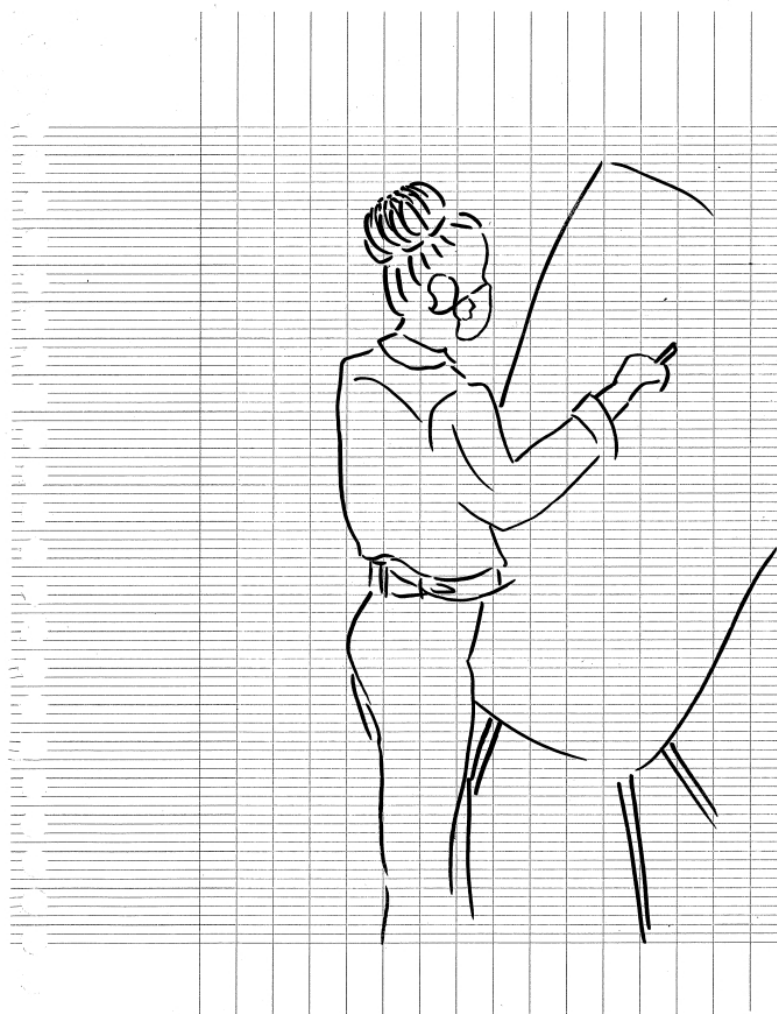
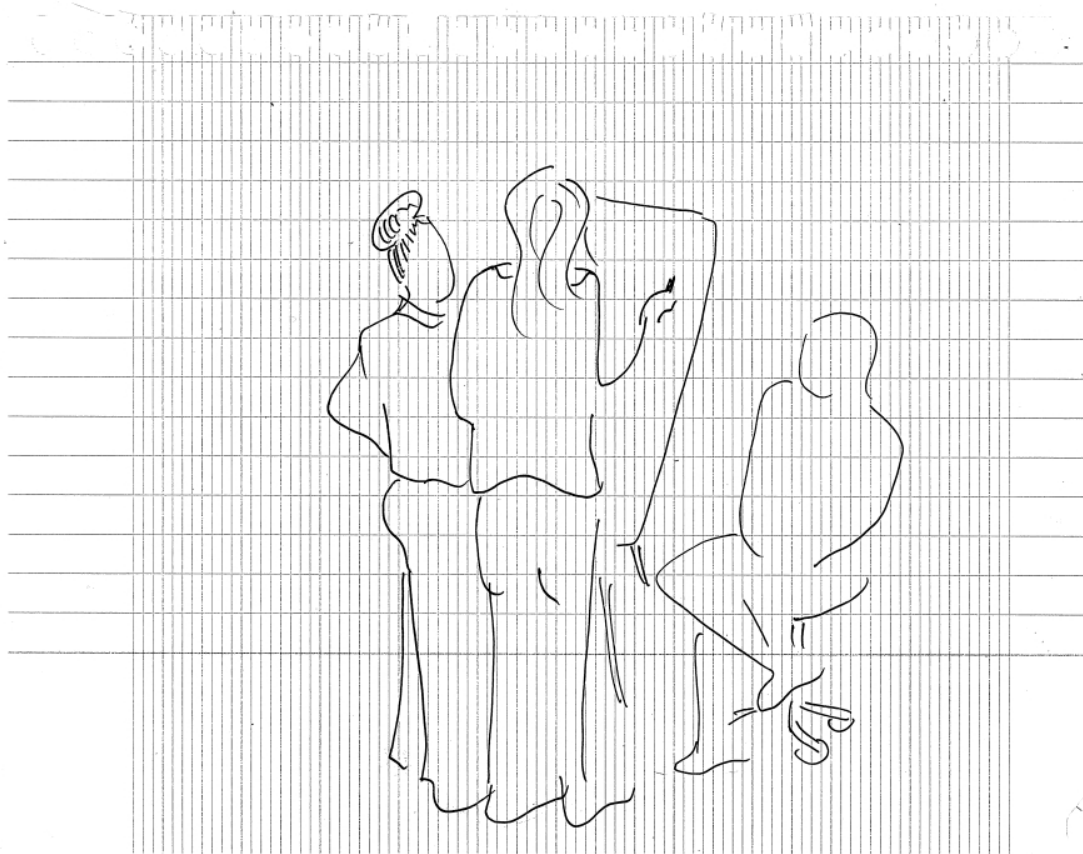
Première création



Seconde création



Les mandalas ont été positionné afin de cacher les signatures des personnes présentes.



Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le travail du psychomotricien

Tableau 25.1. Bilan psychomoteur du Trouble de Stress Post-Traumatique

| Item psychomoteur | Tests | Observation psychomotrice |
|---------------------------------|---|--|
| Initiative motrice | Équilibre statique/dynamique Marche, Course | Item perturbé par la présence d'une hyper vigilance, une hypertonie avec posture défensive ou une impulsivité. |
| Fonction tonique | Extensibilité, ballant Epreuve des bras tendus | Demander l'accord pour la prise de contact est indispensable. Impulsivité entravant le relâchement musculaire Hypertonie de l'axe et des membres avec résistance aux mouvements d'extension Trouble de la régulation tonique en lien avec les dysphories émotionnelles. |
| Schéma corporel, Image du corps | Conscience corporelle spontanée, somatognosie. Tests d'imitation de gestes de Berges Lézine Dessin du bonhomme | Impulsivité et instabilité avec difficulté d'accès à la conscience corporelle. Surinvestissement des zones de surface ou des canaux sensoriels. Défaut d'intégration de l'arrière du corps. Dévalorisation de l'image du corps par le sentiment de culpabilité ou de honte. |
| Structuration spatiale | Marche, course Pas comptés de Marthe Vyl | Impact de l'hypervigilance sur l'appréhension de l'espace, notamment lointain. Besoin de maîtriser l'espace environnement, notamment l'espace arrière. |
| Structuration temporelle | Reproduction de tempo spontané, reproduction d'un rythme simple et complexe de Mira Stambak. Organisation du quotidien | Réactivité à une stimulation sonore. Impulsivité. Difficulté d'adaptation au changement de rythme. Rythme nyctéméral perturbé, cycle du sommeil. Rituels. |
| Fonctions cognitives | Attention, concentration, mémoire | Impact de l'hypervigilance, des troubles du sommeil. Attention accrue pour certains flux sensoriels au détriment des capacités cognitives plus intégratives. Fatigabilité. |