



HAL
open science

”L’héritage des maux” : la transmission intergénérationnelle du traumatisme et ses répercussions psychomotrices

Alicia Bader

► **To cite this version:**

Alicia Bader. ”L’héritage des maux” : la transmission intergénérationnelle du traumatisme et ses répercussions psychomotrices. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04696809

HAL Id: dumas-04696809

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04696809v1>

Submitted on 13 Sep 2024

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.



Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière
Faculté Santé Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

“L’héritage des maux”

La transmission intergénérationnelle du traumatisme
et ses répercussions psychomotrices

Mémoire présenté par Alicia BADER
en vue de l’obtention du Diplôme d’Etat de Psychomotricité

Référentes de mémoire :
Dorothee DEFONTAINE
Zélia KREBS

Année universitaire 2023-2024

Ils sont de ceux qui parlent différemment.

Leur langage est celui des corps en mouvement, des feux qui crépitent, autant que des ouragans qui s'endorment, et qui laissent derrière des bruits en silence.

Ils sont de ceux que l'on dit ne pas comprendre, car les mots manquent à leurs paroles.

Il y a pourtant dans leur langage des figures de style "en-corps" bien présentes.

Les allégories du geste, parfois à double sens ou à contre-sens.

Les allitérations du temps, qui répètent des vécus lointains.

L'anaphore d'un regard, se voulant insistant ou fuyant.

Les antithèses d'une marche, sur des chemins opposés.

L'euphémisme des douleurs, qui masquent leur caractère inintelligible.

Les métaphores des mains posées, et leur sens caché.

L'oxymore émotionnel, qui sous ses contradictions apparentes, crée des ponts manifeste.

Autant de paradoxes qu'il nous convient de concevoir et d'intégrer pour espérer parler la langue.

Notre connaissance de la linguistique peut bien s'étendre aux quatre coins du monde,

Notre recherche du mot poussant toujours plus loin,

Il sera vain de chercher à entendre ce que nous ne savons pas écouter.

Écouter les maux demande de parcourir des communications court-circuitées par le temps, ou tout simplement par une existence fracassée.

Ce que nous appelons "non-dits" sont en fait les "maux-dits".

Le vocabulaire des corps compte des expressions incalculables grâce à un alphabet gestuel d'une qualité remarquable.

À l'ère où les mots sont au coeur des débats,

Puisque parler c'est dénoncer, comprendre, proposer, autant de combats pour élever la voix et s'affirmer.

Pourtant, combien d'entre eux perd-on à ne pas savoir prêter l'oreille aux mots du corps ?

Aussi puissant que les slogans, aussi parlant que les verbes, autant de phrases qui emploient d'autres termes.

A.Bader

Après des mois passés à arpenter les sentiers du monde, sac sur le dos, des terres du Kerala aux sons de la Havane, le vent m'a porté vers de nouveaux horizons. Cachés par les édifices de la capitale de mon pays natal, mais dessinant des chemins inconnus qu'ils me tardaient d'emprunter.

L'embarquement immédiat pour un nouveau voyage.

Remerciements ...

Charline, mon compagnon de route. Les voies se croisent, les neurones se connectent, te rencontrer puis te côtoyer sont une épopée de trois années. Au fil des jours ensoleillés ou plus gris, des réflexions qui nous animent parfois jour et nuit, ta présence est un cadeau dont je me sens hautement privilégiée.

Zélia et Dorothee, mes deux accompagnatrices dans cet écrit, qui m'ont aidé à cheminer tout le long durant ; d'octobre et ses premières idées à l'envolée, au point final du mois de mai. Merci pour votre disponibilité, votre sens de l'écoute et votre regard aiguisé.

Lauriane, Philippe, Colin, et tous les autres maîtres de stage et professeurs, de Paris à Abidjan. À vous ces lumières sur le chemin de la psychomotricité, des mains tendues, des oreilles attentives et des échanges passionnants. Merci de m'avoir permis de poser un premier pied dans le métier, de partager un peu de votre monde et de vos cœurs transportés dans l'étendue d'une profession constamment en mouvement.

Aux patients et à nos routes qui se sont croisées, sur le chemin de la PMI jusqu'aux services de rééducation, puis des couloirs de la psychiatrie de l'enfant et de ceux de l'adulte. Des regards tournés vers des approches diverses et des horizons multiples.

À ces rencontres merveilleuses sur les bancs de l'Université, des moments de partages, entre le brouhaha de l'amphithéâtre aux heures de pratique, et jusqu'à la Cordillère des Andes, pour une psychomotricité internationale.

Mes amis, les liens du cœur des quatre coins du monde. Il paraît que les chemins ne se croisent jamais par hasard, les nôtres ne connaissent que les distances géographiques des oiseaux en migrations qui se retrouvent aux changements de saisons.

Mon port d'attache, là où siège les transmissions transgénérationnelles et les ancrages qui me permettent de naviguer vers de nouveaux rivages. La force de la filiation et ses amarres depuis presque 27 étés.

A toi, à nos battements de papillons, au voyage de l'amour et toutes les inspirations qu'il apporte avec lui.

Sommaire

Introduction	7
Partie I. Le traumatisme psychique : “Les maux de l’histoire”	10
I. Notions théoriques du traumatisme psychique	10
1. Un peu plus loin dans l’histoire.....	10
2. Quelle définition du traumatisme psychique ?.....	10
3. Classification et diagnostic.....	12
4. Le traumatisme complexe.....	13
4.1. Traumatismes et migrations.....	14
4.2. Traumatismes et violences sexuelles.....	17
II. Quand le corps répond à la menace	19
1. Restructuration du circuit de la mémoire.....	19
2. Modèle neurobiologique du stress.....	20
3. Phénomène de dissociation.....	21
4. Chamboulement du système de représentations.....	22
III. Clinique psychomotrice et traumatisme psychique : la trace des maux	23
1. Présentation et modalités du terrain de stage.....	24
2. Première rencontre avec Madame K.....	25
3. Contexte d’anamnèse de la patiente.....	25
4. Exploration des sphères psychomotrices à grandes enjambées.....	26
4.1. Premier pas sensoriel.....	27
4.1.1. Au regard de la clinique.....	27
4.1.2. Sensorialité et psychotraumatisme.....	28
4.1.3. Mise en lien.....	29
4.2. Deuxième pas tonico-moteur.....	31
4.2.1. Au regard de la clinique.....	31
4.2.2. Tonus et motricité et psychotraumatisme.....	32
4.2.3. Mise en lien.....	33
4.3. Troisième pas des représentations corporelles.....	34
4.3.1. Au regard de la clinique.....	34
4.3.2. Représentations corporelles et psychotraumatisme.....	34
4.3.3. Mise en lien.....	36
4.4. Quatrième pas spatio-temporel.....	37
4.4.1. Au regard de la clinique.....	37
4.4.2. Espace/temps et psychotraumatisme.....	38
4.4.3. Mise en lien.....	39
5. Retour à distance du suivi de Mme K.....	40
5.1. Prise en charge et perspectives.....	40
5.2. Processus de résilience et facteurs de protection.....	41
IV. Conclusion	43

Partie II. La transmission : “Deux corps en maux”..... 45

I. Traumatisme et parentalité : retentissements dans le processus de transmission..... 45

- 1. Une transmission entre générations..... 46
 - 1.1. Transmission intergénérationnelle versus transgénérationnelle..... 46
 - 1.2. Et nous, de quoi parlons-nous ?..... 47
- 2. Premières influences réciproques..... 47
 - 2.1. La vie parentale et ses remaniements..... 47
 - 2.2. Les mécanismes épigénétiques et leur transmission..... 48
 - 2.3. Incidence du stress dans la descendance..... 49
- 3. Le modèle du parent comme première figure de référence..... 50
 - 3.1. Le donneur de soins dans les interactions précoces..... 51
 - 3.2. L’instauration d’un lien d’attachement..... 52
 - 3.3. Réciprocité et neurones miroirs..... 55

II. La mise en maux des corps sous l’angle de la psychomotricité..... 56

- 1. Présentation de l’institution..... 56
- 2. Contexte de la rencontre avec Siko..... 57
- 3. Retour en arrière : éléments d’anamnèse..... 58
- 4. Sphères psychomotrices : l’articulation entre observation clinique, apports théoriques et mise en lien..... 61
 - 4.1. Sensorialité : de la constitution des enveloppes au toucher..... 63
 - 4.1.1. Le sens de l’observation..... 63
 - 4.1.2. Le sens de la définition..... 64
 - 4.1.3. Sensorialité et premières interactions..... 65
 - 4.2. Tonus et motricité : à la quête du mouvement permanent..... 70
 - 4.2.1. Le mouvement en observation..... 70
 - 4.2.2. Le mouvement en définition..... 71
 - 4.2.3. Le mouvement à deux..... 73
 - 4.3. Communication et relation : dialogue en corps..... 77
 - 4.3.1. Le langage à l’observation..... 77
 - 4.3.2. Le langage en définition..... 79
 - 4.3.3. Le langage ensemble..... 80
 - 4.4. Espace et temps : une place à prendre..... 82
 - 4.4.1. Les repères à l’observation..... 82
 - 4.4.2. Les repères en définition..... 83
 - 4.4.3. Les repères à deux..... 84
- 5. Regard à distance du suivi de Siko..... 86

Conclusion et perspectives..... 88

Bibliographie..... 90

Résumé..... 100

Introduction

En institution, ou dans tout lieu de soin accueillant des enfants, je ne compte plus combien de fois la question des carences affectives, des troubles de l'attachement, des interactions précoces, est évoquée. Mais aussi, des parents absents ou maltraitants, des difficultés rencontrées à porter et regarder son bébé, élever son enfant, être le garant d'un berceau sécurisant et contenant, comme celui attendu par la figure d'attachement.

Et si toutes ces dimensions-ci n'étaient pas plutôt le symptôme que la cause ? La conséquence de facteurs antérieurs, reliés au vécu du parent lui-même, et plus particulièrement dans certains cas, de ses traumatismes.

Des interrogations plus manifestes se sont posées à moi au décours d'un stage en Centre de Protection Maternelle et Infantile. Les consultations se succèdent, des enfants âgés de 1 à 3 ans dans les bras d'un de leur parent, ou des deux dans de rares cas. Les mots fusent entre les professionnels et les familles : difficultés dans le portage, posture en hyperextension, retard du développement psychomoteur, absence de langage, agitation excessive, ou pauvreté significative dans les explorations. Pour la plupart des familles, des violences sont rapportées, d'ordre conjugal et/ou directement adressées à l'enfant sous formes verbales, physiques, sexuelles, psychologiques. Les parcours migratoires chez la majorité des parents, avant l'arrivée de cet enfant, ont été marqués d'intempéries en tout genre, et plus particulièrement ; d'événements traumatiques.

Du point de vue des psychomotriciens dans le champ de la petite enfance, notre regard devait se porter vers ce petit être adressé par le/la pédiatre pour diverses inquiétudes au sujet de son développement. Pourtant, je ne pouvais m'empêcher de regarder dans deux directions, celle de l'enfant mais aussi celle du parent. Dans les yeux de ce dernier, se reflétaient souvent la tristesse, le désarroi, et la souffrance. Il se dégageait de la culpabilité, de la honte parfois, et l'envie de faire autrement, mais comment ?

Comment être un parent sécurisant avec son enfant quand personne ne nous a nous-même mis à l'abri avant ? Comment porter son bébé quand nos propres bras doivent déjà supporter le poids des blessures ? Comment regarder avec des yeux d'amour lorsque notre regard est inondé d'images traumatiques ?

C'est alors qu'en observant ce petit être devant moi, j'ai aussi vu celui qui était à présent son pilier, sa figure de référence, son point d'appui, depuis son arrivée. Cet adulte devenait alors parent avec tout ce qui le composait, à l'instant de la rencontre, mais aussi bien avant. Un adulte traumatisé par des événements de vie, un parcours jonché d'embûches où l'idée même de s'occuper d'un autre que soi relevait d'un vaste périple.

Dans cette perspective "d'ensemble", de regard multidirectionnel, je n'ai pu choisir entre la clinique de l'adulte et de l'enfant. J'ai donc emprunté les deux chemins en cherchant à faire du lien et à créer des ponts. Une façon pour moi de penser l'interdépendance comme un phénomène fondamental, penser que nous sommes reliés d'une manière ou d'une autre, qu'il n'existe d'individu sans la coexistence d'autres avant lui et avec lui. Pour cela, les événements traumatisants vécus par le parent antérieurement à l'arrivée de l'enfant pourraient créer des ponts manifestes au sujet du développement de cet enfant.

En me questionnant sur la trace que laisse le traumatisme chez l'individu, je fais état d'une transmission du traumatisme, si elle existe, mais qui n'est pas la seule et unique composante dans la construction de l'être en devenir. Tout un ensemble de paramètres vient s'imbriquer, se juxtaposer, se fusionner. Je ne peux admettre que l'individu est uniquement tel qu'il est de par l'héritage du traumatisme de ses parents ou des générations antérieures, mais plutôt le fait que dans sa construction certaines briques sont l'héritage d'un passé dont il n'est pas le maître décisionnaire. Comment compose-t-il avec ces pièces qui ne sont pas les siennes ? Quelles traces se déposent en lui ? Sous quelles formes ? Comment par l'intermédiaire du corps, les traces des traumatismes antérieurs se sont-elles inscrites ?

Ce que nous transmettons à nos enfants dépend probablement d'un ensemble de forces à la fois bénéfiques et maléfiques qu'ils apprennent à l'insu de leurs partenaires et qu'ils intériorisent sans le savoir. La transmission est inévitable puisqu'on ne peut s'aimer et se côtoyer sans transmettre. (Cyrulnik, 2004, p.165)

Mon questionnement central est donc axé autour des conséquences du vécu traumatique de la figure d'attachement sur l'organisation psychomotrice de son enfant.

Pour cela, nous définirons dans un premier temps le traumatisme psychique et porterons notre regard sur l'empreinte que laissent les événements traumatiques sur l'organisation psychomotrice propre de l'individu.

Dans un second temps, nous nous interrogerons sur la façon dont le traumatisme peut laisser des traces sur les générations futures. De quelle manière l'organisation psychomotrice de l'enfant se voit impactée par l'histoire traumatique de son parent ? Comment l'enfant peut-il devenir le dépositaire d'une souffrance transmise par ses ascendants ? Ainsi, au travers d'un cas clinique, nous nous questionnerons sur l'organisation psychomotrice d'un enfant dont le parent a traversé de(s) traumatisme(s) psychique(s). Sous quelle forme le vécu traumatique des parents peut-il créer des retentissements psychomoteurs chez l'enfant ? Cette situation viendra faire lien avec la question de la transmission dès le stade in-utéro, puis, lors des premières interactions entre le parent et l'enfant. Nous verrons de quelle manière se met en place la réciprocité dans la dyade parent-enfant, et quelles répercussions le psychotraumatisme peut engendrer dans ces échanges. En somme, comment les premières interactions précoces sont-elles teintées par les expériences traumatiques du parent ? Et par là, quelle place occupe le psychomotricien dans le parcours de soin des patients et quel type d'accompagnement peut-il proposer ?

Partie I. Le traumatisme psychique : “Les maux de l’histoire”

I. Notions théoriques du traumatisme psychique

1. Un peu plus loin dans l’histoire

La notion de traumatisme psychique est ancienne : les premiers témoignages nous renvoient à 2000 ans av.J-C. Bien plus tard, l’émergence de l’industrialisation du 19ème siècle conduit en parallèle à de nombreux accidents ferroviaires. Avec John Eric Erichsen en 1886, des publications vont voir le jour sur la question des séquelles d’accidents ferroviaires sur la santé.

Les guerres de la fin du 19ème siècle vont, plus spécifiquement et de manière détaillée, aborder la question du psychotraumatisme. En 1889, Pierre Janet évoque la dissociation d’origine traumatique en publiant un premier livre scientifique sur le stress traumatique. Puis, le trauma fait son entrée dans le vocabulaire de la psychiatrie avec l’appellation “névrose traumatique avec syndrome de reviviscences” donnée par le psychiatre Oppenheim en 1884. En 1893, Freud reprend les concepts de Janet et évoque la notion de névrose traumatique puis, quelques années plus tard, il donne une explication des aspects dynamiques de sa théorie du traumatisme, qu’il fait évoluer au fil de ses écrits.

La notion de traumatisme va davantage se préciser au fil du temps, en détaillant plus particulièrement différents types de traumatismes, et c’est en 1977 que le Docteur Judith Herman parle pour la première fois de “trauma complexe” .

Enfin, en 1980, le Trouble du Stress Post Traumatique fait son entrée dans le DSM-III, reconnu officiellement comme un trouble psychiatrique.

2. Quelle définition du traumatisme psychique ?

En grec “*trauma*” signifie “*blessure*”. Le traumatisme du point de vue médical, évoque une lésion, une blessure induite par un agent extérieur. Mais il peut aussi

être psychique, avec la présence de chocs émotionnels, s'inscrivant dans des phénomènes conscients ou inconscients d'un individu.

Actuellement, la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V) définit comme traumatogène; toute situation qui implique une exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. Le DSM-V parle de choc pour définir le traumatisme, impliquant un certain niveau de surprise à laquelle l'individu n'est pas préparé. Celui-ci l'expose soit à sa propre mort ou à la vision de mort d'autres personnes, amenant à un niveau important de brutalité et de cruauté.

Crocq (cité dans Josse, 2019, p. 19) définit le traumatisme psychique comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur.

“*Effraction*”, du verbe latin “*effringere*”, veut dire “enlever en brisant, rompre, détruire” (Dictionnaire de l'Académie Française, 9ème édition). L'effraction renvoie donc à cette notion d'intrusion, de pénétration d'un agent extérieur qui peut ensuite laisser des traces sur la durée et s'inscrire chez l'individu comme un corps étranger (Crocq, 2014). Celle-ci peut aussi se compléter à la dimension d'aliénation, avec l'empreinte du traumatisme qui reste présente et crée une séparation entre les moyens de défenses internes à l'individu et l'exposition au monde extérieur à soi (Sibertin-Blanc & Vidailhet 2003).

La question de la trace et de l'empreinte semble donc prédominante dans le contexte du traumatisme psychique.

Freud appelle “traumatique” toute excitation externe qui est suffisamment forte pour faire effraction dans le système pare-excitatoire de l'individu. Celles-ci vont venir perturber le fonctionnement énergétique au niveau de l'organisme et les moyens de défenses vont être convoqués.

Ferenczi (1930) évoque le traumatisme psychique comme un choc qui équivaut à l'anéantissement du Moi, et de toute capacité à résister, agir et penser.

Un clivage s'opère entre corps et psyché ainsi qu'une rupture avec la réalité qui peut être nommée de "psychose passagère". (Ferenczi, cité dans Léandri, 2017)

3. Classification et diagnostic

Dans le DSM-V, les troubles liés au traumatisme font partie des troubles psychiatriques dans le chapitre des troubles anxieux et liés au stress.

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR), va ensuite classer en plusieurs sous-groupes ces troubles, selon les symptômes rapportés.

Parmi eux, nous pouvons retrouver le trouble de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique. La différence entre ces deux troubles tient dans le fait que le trouble de stress aigu débute en général directement à la suite de l'événement traumatique, sur une durée de 3 jours à 1 mois. En revanche, le trouble de stress post-traumatique peut venir en prolongement du trouble de stress aigu ou débiter un mois ou plus tard après l'événement traumatique.

D'après les critères du DSM-V, le trouble de stress post-traumatique est caractérisé par plusieurs symptômes, comme : des pensées intrusives, des cauchemars et des flash-backs, l'évitement de situation rappelant le traumatisme, la cognition et l'humeur sur un versant négatif, une hypervigilance et d'importants troubles du sommeil.

D'après des études réalisées en 2015 (Husky, Lépine, Gasquet, & Kovess-Masfety) la prévalence vie entière du TSPT a été évaluée à 3,9 % en France, en population générale. Cette prévalence peut se trouver plus élevée pour des sujets exposés à des événements à haut potentiel traumatique en lien avec des contextes de conflits armés, d'attentats, d'agressions sexuelles, par exemple. Les pathologies associées et les complications sont fréquentes.

Ainsi, nous pouvons retrouver fréquemment; des troubles anxieux, dépressifs, des troubles de l'usage de substances, des troubles somatoformes et des douleurs chroniques.

En 1992, la psychiatre américaine Judith Herman, professeur à la Harvard Medical School, décide de classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes simples et les traumatismes complexes. Le premier se caractérise par un événement unique et limité dans le temps (comme des catastrophes naturelles, attentats), tandis que le second concerne des événements multiples et répétés qui comprennent des violences intrafamiliales, des abus sexuels, des faits de guerre.

4. Le traumatisme complexe

Dans le cadre de cet écrit, j'ai choisi de développer mon travail autour du traumatisme complexe qui est celui que j'ai pu rencontrer quasi systématiquement sur mes terrains de stages et plus précisément au décours des cas cliniques choisis pour ce travail. Mes observations et réflexions se sont donc naturellement tournées autour de l'empreinte du traumatisme de manière répétée sur le long cours.

Il faudra attendre 2022, pour que l'Organisation Mondiale de la Santé introduise le diagnostic de TSPT complexe, comme trouble à part entière, dans la classification internationale des maladies (CIM-11). D'après le rapport de la Haute Autorité de Santé (2020), la CIM-11 définit l'événement traumatique complexe comme un événement de nature interpersonnelle dont il est difficile de s'extraire et qui se produit de manière répétée sur une longue période.

Les psychotraumatismes complexes peuvent être associés, en parallèle, à plusieurs troubles psychiques et physiques. Parmi eux, nous pouvons retrouver des troubles neuro-fonctionnels, des troubles de la personnalité, des troubles de l'usage de substances, des troubles du comportement alimentaires et des troubles de l'humeur.

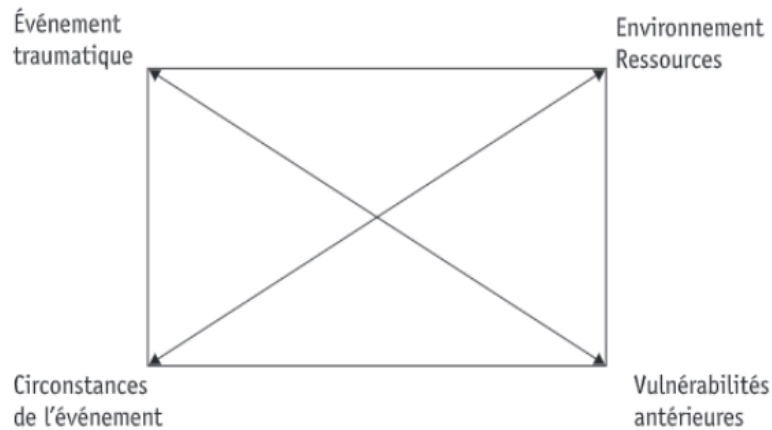


Schéma 1 - Équation psychotraumatique résumant les facteurs impliqués dans la constitution des psychotraumatismes complexes (reproduit par Rolling, 2023)

Ce schéma permet de mettre en évidence l'impact du traumatisme sur le sujet selon plusieurs facteurs. En effet, la nature et les circonstances de l'événement traumatique ne sont pas les seuls déterminants des conséquences du choc sur le sujet. Il s'agit aussi de prendre en compte l'environnement et les propres ressources de la personne, avant, pendant et après l'événement, mais aussi ses propres vulnérabilités antérieures. Le choc violent devient traumatique dès lors qu'il va au-delà des capacités d'adaptation sur le plan cognitif, comportemental et émotionnel de l'individu. Mais ce seuil n'est pas le même pour chaque personne, puisque chacun vit l'événement aussi en fonction de sa propre histoire, ses ressources, ses capacités adaptatives.

4.1. Traumatismes et migrations

La migration est le "*déplacement d'une population qui passe d'un territoire dans un autre pour s'y établir, définitivement ou temporairement.*" (Dictionnaire de l'Académie française, 9^e édition, version actuelle)

Celle-ci est fréquemment sujette à des vécus traumatiques, puisqu'une personne primo-arrivante sur cinq en situation de migration contrainte souffre de trouble psychique (d'après l'étude Trajectoires et Origines de l'Ined cité par Saglio-Yatzimirsky & Baubet, 2021). Et, plus spécifiquement, d'après le rapport de

2022 du Comité pour la santé des exilés (COMEDE), parmi les personnes accueillies dans les consultations et les ateliers, 32 % présentent des troubles psychotraumatiques. Dans ce cas, les traumatismes sont multiples entre : l'exposition aux événements de violences au sein du pays, associés à la perte de proches, de statut, de repères, au parcours de migration, puis aux difficultés rencontrées à l'arrivée dans le pays d'accueil comme la précarité, l'insécurité, la discrimination.

Baubet (2021), évoque quatre facteurs de vulnérabilité à un psychotraumatisme dans l'expérience des migrants : le vécu pré migratoire, le voyage, le vécu post migratoire et les aspects transculturels.

La mère de Siko, dont nous déploierons le cas clinique dans la seconde partie, rapporte des faits de violences sexuelles, physiques et psychiques au cours de son parcours migratoire en 2008. De plus, elle fait part d'un contexte de violences au sein de son pays natal, la Guinée. Ces violences se retrouvent à différents niveaux, engendrées par un contexte politique, économique et social très virulent.

En 2008 un coup d'État a lieu et provoque des massacres avec des centaines de morts, des affrontements, de grandes manifestations, des pillages, mais aussi des viols et autres agressions sexuelles envers les femmes.

Suite au meurtre de son mari, la mère de Siko quitte son pays avec l'objectif d'arriver en France. Ce contexte laisse penser à des situations aux circonstances gravissimes, avec des expositions prolongées aux violences, au stress, et à la peur.

Au cours du parcours migratoire, nous pouvons évoquer la présence d'un continuum de violences, de l'étape du déplacement qui démarre au moment où l'individu quitte son pays d'origine, jusqu'à l'arrivée dans le pays de refuge. Les différents modes de déplacements peuvent avoir une incidence sur les violences vécues ; de plus, le genre féminin accroît le risque de violences. D'après la recherche de Keygnaert et all. (2014), parmi les 154 migrants subsahariens interrogés venant rejoindre l'Europe, 90 % ont été victimes de violences et pour la moitié des cas, d'ordre sexuelles de types : harcèlement, agressions, viols, exploitation, tortures et d'autres violences physiques (menaces, et/ou des mauvais traitements). Des violences sexuelles ont déjà pu avoir lieu dans le pays d'origine et

constituent alors un facteur aggravant de traumatisme. (Freedman cité par Manço, 2022, p.2-3)

Une enquête par l'Association Nationale de Réadaptation Sociale (ANRS-PARCOURS, 2012-13) est menée sur les violences sexuelles avant et après la migration. Ainsi, les femmes ayant fui leur pays d'origine (en raison de menaces pour leur vie), affirment avoir subi 2,3 fois plus souvent des violences sexuelles avant leur migration. Elles déclarent aussi avoir été violées presque 4 fois plus après leur migration que les femmes venues en France pour chercher un emploi. Mais aussi, celles-ci seront plus susceptibles d'être à nouveau victimes de violences (ici sexuelles) dans le pays d'accueil.

À l'arrivée dans le pays d'accueil, les différentes modalités d'entrées peuvent, dès lors, être source de difficultés et de violences. Par exemple, aux frontières, des violences organisationnelles, psychologiques mais aussi sexuelles peuvent être présentes, avec les fouilles à nu, les détentions arbitraires, les vols et extorsion, et autres sévices.

L'image idéalisée du pays d'accueil peut venir se heurter à une confrontation de la réalité une fois sur place. Les nombreux changements d'hébergement dans un temps restreint sont associés à une plus forte probabilité de subir des violences sexuelles. Les situations de précarité résidentielle et administrative sont des facteurs directs et indirects de violences. En effet, les démarches administratives peuvent amener nombre d'incertitudes et de peur constante pour les demandeurs d'asile.

Les discriminations se retrouvent sur plusieurs plans avec notamment la quotidienneté des violences sur le marché du travail, avec des emplois précaires qui peuvent donner lieu à de l'exploitation financière, davantage de harcèlement et de violences sexuelles.

De plus, la prise en charge de la souffrance psychique des migrants ne comprend pas toujours une approche de la dimension transculturelle, pouvant alors entraver le suivi. Nous entendons par là la barrière de la langue avec l'absence parfois de traducteurs, l'expression de symptômes à comprendre dans une dimension culturelle, ou encore la stigmatisation du trouble psychique dont peut craindre la personne.

Les différentes phases d'un parcours migratoire plongent l'individu dans un sentiment d'insécurité quasi-permanente et de stress sur des durées prolongées. Les effets du stress chronique seront abordés dans un prochain paragraphe, afin d'en apprendre davantage sur ses impacts délétères.

La question des violences sexuelles semble étroitement liée aux différentes étapes de la migration, mais elle est aussi présente en dehors de ce contexte-ci. Je propose ci-dessous d'évoquer cette problématique en ciblant davantage les violences sexuelles rencontrées au cours de l'enfance et de l'adolescence. Ces éléments théoriques viendront faire lien avec le contexte de présentation d'un autre cas clinique, dans la continuité de cette partie.

4.2. Traumatismes et violences sexuelles

Les violences sexuelles concernent les actes sexuels (ou comportements sexuels) imposés par autrui et commis sous la contrainte, la surprise et/ou la menace. Il existe plusieurs types de violences sexuelles pénalement considérées comme contravention, délit ou crime : l'outrage sexiste, l'exhibition sexuelle, le harcèlement sexuel, l'agression sexuelle et le viol.

Les violences sexuelles créent une effraction psychique qui provoque un état de sidération (Salmona, 2018). Par la suite, toute représentation mentale et contrôle de l'émotion vont être impactés. Salmona (2018) évoque la construction d'une mémoire traumatique, différente de la mémoire autobiographique normale, puisqu'elle reste sous l'emprise de l'émotion initiale sans devenir assimilable ni représentable pour le sujet.

Les violences incestueuses sont définies par des violences sexuelles à l'échelle intrafamiliale. D'après le dictionnaire de l'Académie française, 9e édition, l'inceste concerne "*une relation sexuelle entre deux personnes qui sont parentes ou alliées à un degré qui entraîne la prohibition du mariage par les lois civiles ou religieuses*".

Selon le rapport de novembre 2023 de la Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants (CIIVISE), 160 000 enfants sont victimes chaque année de violences sexuelles (un enfant toutes les 3 minutes). De plus, 9 victimes sur 10 ont développé des troubles associés au psychotraumatisme ou des troubles de stress post-traumatique. D'après l'enquête de l'INED (cité par Marsicano et al., 2023) sur les violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence (avant 18 ans), 13 % de femmes sont concernées et 5,5 % d'hommes. Ces violences sexuelles ont lieu dans l'entourage familial.

Plusieurs troubles associés peuvent advenir suite à des violences sexuelles dans l'enfance. Nous pouvons retrouver les troubles anxieux généralisés, les crises de panique, mais aussi les troubles phobiques de différents types (Cogle et al., cité par Denis, Brennstuhl & Tarquinio, 2020) . En plus des problèmes de santé mentale qui viendraient s'associer aux expériences de violences sexuelles dans l'enfance, nous retrouvons des troubles somatiques, des troubles neurodégénératifs, mais aussi d'hypertension (Felitti et al., cité par Tarquinio et al., 2023). Les événements traumatiques de l'enfance viendraient donc créer une ou plusieurs vulnérabilités dans la santé physique et psychique de l'individu, créant des risques importants de troubles associés.

Les conséquences s'inscrivent sur le plan du processus développemental. Dans la CIM-11 l'inceste fait partie des événements pouvant conduire à un TSPT complexe. D'après Vila (2022), l'inceste est à la fois un traumatisme psychique des plus sévère, mais il est très largement associé à des troubles de l'humeur, du comportement, de l'usage de substances, et de troubles de la personnalité.

Nous verrons par la suite de quelle manière le corps réagit à ses agressions sexuelles et traumatiques par le biais de modifications cérébrales, perceptibles en neuro-imagerie notamment. Quels sont les mécanismes faisant suite à l'événement traumatique ? Quelle trace celui-ci laisse cérébralement, psychologiquement et corporellement à l'individu ?

II. Quand le corps répond à la menace

1. Restructuration du circuit de la mémoire

Les mécanismes psychotraumatiques sont une réponse normale du cerveau lorsque survient une menace de l'intégrité physique et/ou psychique, afin d'assurer la survie de l'individu. La situation de stress extrême ne va pas pouvoir être intégrée correctement, les représentations mentales sont entravées et la vie psychique de l'individu aussi, avec les pensées, les paroles. Une mémoire de type traumatique peut advenir, qui est définie comme une mémoire émotionnelle implicite, non-consciente du traumatisme qui n'est pas verbalisable (Van der Kolk cité dans Sadlier, 2012). Elle se différencie ainsi de la mémoire autobiographique, explicite, consciente et déclarative. (Van der Kolk & Van der Hart, cité par Salmons, 2020, p. 44)

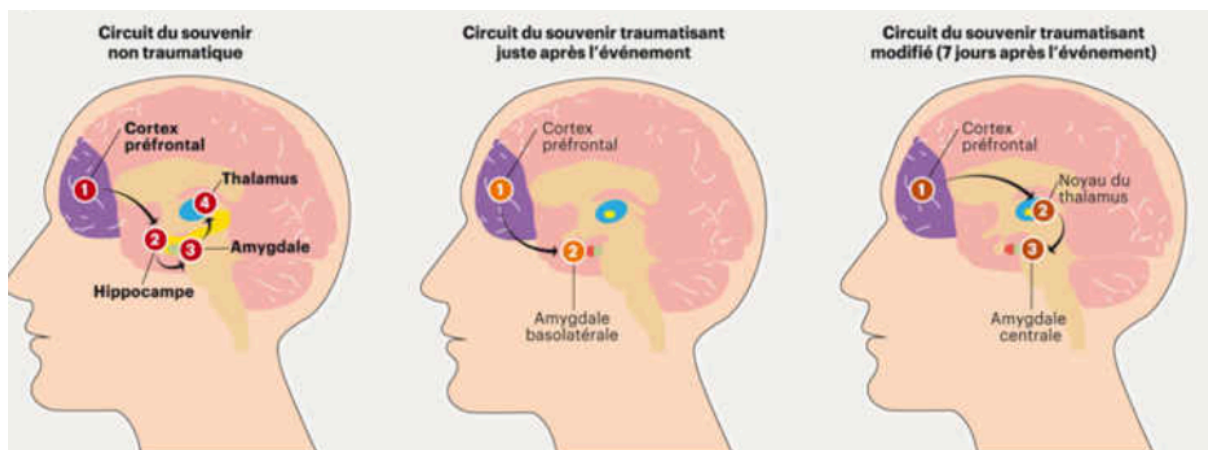


Illustration 1 - "Événement traumatisant et mémoire" (Lavigne, 2015)

La mémoire, par le circuit de Papez, comprend notamment l'hippocampe qui occupe un rôle dans la consolidation des souvenirs et à un rôle dans la mémoire épisodique. Au travers de ce schéma, les chercheurs montrent que le circuit d'encodage d'un souvenir traumatisant modifie le circuit habituel de la mémoire et va favoriser sa permanence. Nous pouvons voir que l'amygdale est une des structures principales impliquée dans la réponse et dans la mémoire émotionnelle, avec le cortex préfrontal, l'hippocampe et le thalamus. Juste après l'événement traumatique, le circuit de la mémoire ne comprend plus que le cortex préfrontal et l'amygdale

basolatérale qui reste activée avec une réponse émotionnelle au maximum. Le circuit de la mémoire reste modifié même après plusieurs jours suivant l'événement traumatique. Dans ce cas, l'hippocampe qui joue un rôle dans les processus d'apprentissages et de mémorisation, ainsi que le thalamus qui assure l'intégration des sensations, des capacités motrices, de la régulation, de la vigilance, du sommeil et de la conscience, ne sont plus activés. L'hippocampe continue d'être activée, mais sans les systèmes de régulation, ce qui entraîne un maintien de l'hypervigilance, des réactions d'évitement de stimuli, mais aussi l'activation de mécanismes dissociatifs comme mode de défense/de survie.

La mémoire autobiographique qui fait écho aux souvenirs personnels de la vie de l'individu, est à la base du sentiment d'identité et de continuité (Piolino et al., cité par Picard et al., 2009, p. 200). Seulement, dans le traumatisme, la mémoire traumatique est celle qui n'est pas devenue autobiographique. *“La mémoire traumatique fait qu'on ne peut plus compter sur aucune logique, une situation réputée sans danger va déclencher une attaque de panique”*, se met alors en place un sentiment d'insécurité, de non-cohérence, de perception de soi modifiée. (Salmona, 2013, p. 6)

En parallèle, cette mémoire autobiographique est aussi reliée à la mémoire sensorielle qui va permettre de garder les impressions sensorielles alors même que le stimulus d'origine a été stoppé. (Coltheart cité dans Psychologista, 2024)

Dans le cas du traumatisme, les souvenirs traumatiques vont advenir sous une forme désorganisée, constitués en fragments de sensations, par exemple visuelles, olfactives, auditives, tactiles.

2. Modèle neurobiologique du stress

Le traumatisme va avoir un effet de sidération du psychisme, en paralysant la victime et empêchant le cortex cérébral de contrôler l'intensité de la réaction de stress et sa production d'adrénaline et de cortisol (Salmona, 2013).

Le modèle neurobiologique du stress chronique démontre que les situations d'expositions traumatiques qui se répètent vont modifier la sécrétion de cortisol et

d'autres glucocorticoïdes et activer l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (Lupien et al., cité par Garon-Carrier, 2015, p. 291). Ces modifications vont amener à une hypersensibilité au stress avec des dysrégulations émotionnelles et comportementales (Pratchett & Yehuda cité par Rolling, 2023). Ces dysrégulations vont soit se modéliser sur le "profil PTSD" avec une excitation exacerbée et une forte réponse au stress, des reviviscences, tension interne, affects intenses, etc. Ou à l'inverse, une diminution de l'excitation et de la réponse au stress, dans le cas du "profil dissocié", par des symptômes dissociatifs comme la dépersonnalisation, la déréalisation. (Nicholson et al., cité par Rolling, 2023).

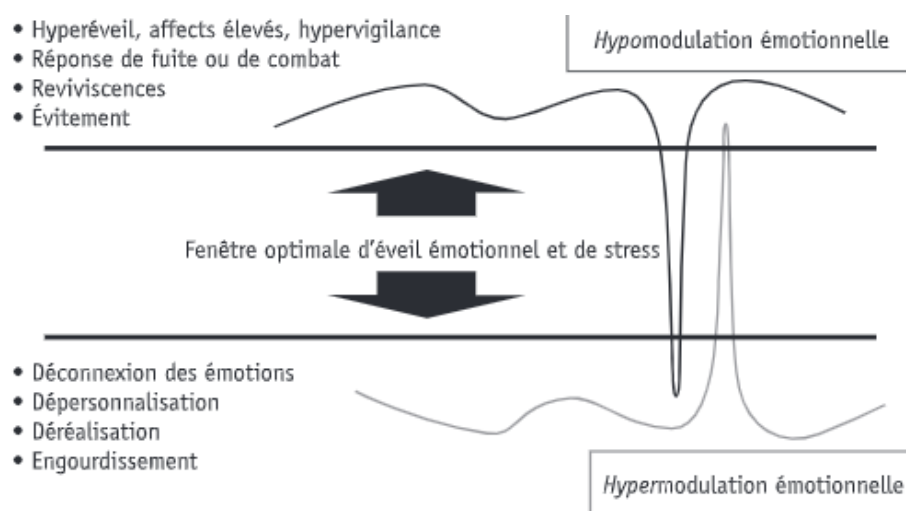


Schéma 2 - Extrait des travaux de Nicholson et al. "Modélisation de la modulation des émotions" (cité par Rolling, 2023)

Ce schéma nous permet de faire état de la fenêtre de tolérance comprise entre l'hyperactivation émotionnelle et ses symptômes (évitement, reviviscences, etc.) et l'hyporéactivité émotionnelle (déconnexion des émotions, dépersonnalisation, etc.). L'individu traumatisé peut osciller constamment entre ces deux pôles extrêmes avec une difficulté de trouver l'équilibre permettant un état optimal d'éveil émotionnel et de stress.

3. Phénomène de dissociation

Louville et Salmona (2013), vont parler de "survoltage" de l'amygdale dans le circuit limbique. Bien que les phénomènes dissociatifs soient d'abord des réflexes de

survie (Dellucci, 2010), le stress extrême vient provoquer un excès d'adrénaline et de cortisol (Rauch, cité par Salmona, 2013) qui va venir entraver le système émotionnel et entraîner une anesthésie sur le plan émotionnel et physique qui va générer un état dissociatif (Salmona, 2013).

La dissociation peut constituer un des symptômes du stress post-traumatique. La présence d'un ou plusieurs moments de dissociation, va augmenter la probabilité d'apparition et d'installation d'un trouble du stress post-traumatique.

Les troubles dissociatifs peuvent impliquer une dépersonnalisation. Dans ce cas, la personne se sent détachée de son propre corps et de ses sensations. L'individu peut alors se comporter en automate, comme extérieur de sa propre vie, ou engourdi psychiquement et physiquement. De plus, des symptômes de déréalisation peuvent être retrouvés, amenant alors à un sentiment de détachement de l'environnement de l'individu, avec une impression d'irréalité.

Les troubles dissociatifs peuvent aussi concerner l'amnésie dissociative qui relève de l'incapacité à pouvoir se souvenir d'informations personnelles et le trouble dissociatif de l'identité qui fragmente le sens de la mémoire et de l'identité.

4. Chamboulement du système de représentations

Le trauma viendrait à la suite d'un événement, qui dans l'après-coup, va laisser une trace qui peut ressurgir, se répéter. Le symbolique n'a alors pas pu résorber l'événement traumatique, et donc il y a une cassure dans la chaîne signifiante (Bussièrès, 2020). C'est cette absence de mise en sens qui fait le traumatisme. L'événement ne devient alors traumatique que par son aspect intraduisible dans le vocabulaire des représentations passées de l'individu. L'expérience singulière de l'individu ne semble pas assimilable et traductible en termes de représentations internes, il n'est pas possible de relier ce vécu avec son propre système représentatif. Nous verrons plus tard comment le système de représentation touché vient impacter les interactions précoces, entre le parent et son enfant.

III. Clinique psychomotrice et traumatisme psychique : la trace des maux

L'événement traumatique provoque un bouleversement des représentations, des altérations dans les perceptions corporelles, qui amènent à une désorganisation psychomotrice.

Lebigot (2021) considère que l'événement devient traumatique par la perception qui en découle, parfois d'un détail en particulier, qui va difficilement pouvoir être intégré par l'individu. Nous pouvons alors en déduire que le traumatisme relève de dimension sensorielle, perceptive et tonico-motrice, autant de paramètres que considère la psychomotricité. L'abord de celle-ci permet d'accéder à la problématique de la trace corporelle, comme étant au premier plan du traumatisme psychique. En effet, le souvenir du traumatisme dépose des empreintes sensorielles et émotionnelles fragmentées, des images et des sons, et des sensations physiques diverses, que nous détaillerons plus amplement par la suite.

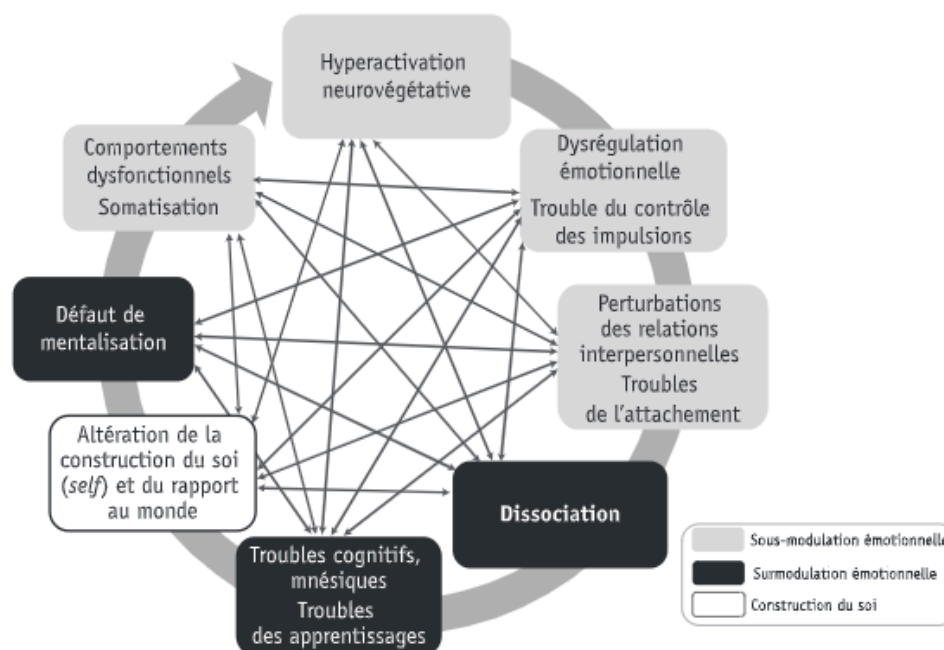


Schéma 3 - Résumé des conséquences fonctionnelles des traumatismes complexes à partir des travaux de Godbout et son équipe de la modélisation de la modulation émotionnelle dans le psychotraumatisme selon Nicholson et al. (cité par Rolling, 2023)

Ce schéma rend compte des multiples impacts que peut avoir le traumatisme complexe au sujet de l'organisation psychocorporelle de l'individu. Les conséquences impactent le rapport à soi, mais aussi aux autres, créant des répercussions en échos et interconnexions les unes avec les autres. Aucune conséquence ne reste isolée, mais vient toujours s'imbriquer avec une autre, ou en faire découler de nouvelles. Ainsi, le traumatisme génère d'importantes conséquences directes pour le sujet, mais aussi pour son environnement.

1. Présentation et modalités du terrain de stage

Lors de cette troisième année en études de Psychomotricité, j'effectue un stage dit "expérimental" au sein d'un service de psychiatrie adulte, spécialisé en psychotraumatologie et en addictologie. Les modalités du stage sont, entre autres, la constitution d'un binôme avec qui nous cheminerons durant toute l'année scolaire, mais aussi l'absence d'un professionnel psychomotricien au sein du service. Nous sommes supervisées en interne par une psychologue et une infirmière art-thérapeute et par une psychomotricienne exerçant dans une structure extérieure. Cette psychomotricienne nous accompagne également sur des temps en dehors du terrain de stage.

Dans le service, les patients sont admis pour des soins psychiatriques libres en hospitalisation complète. L'unité prend en charge en premier lieu les symptômes psycho-traumatiques, avec une équipe formée autour de la prise en charge des victimes de traumatismes. Les patients arrivent par le biais des urgences psychiatriques de l'hôpital ou par indication du psychiatre de ville. Chacun d'eux présente un tableau clinique pouvant associer aussi des troubles de l'humeur, des troubles de la personnalité, des troubles psychotiques, des troubles de l'usage de substance.

Le corps médical et paramédical est composé d'une psychiatre cheffe de service et de son assistante, d'internes et externes en médecine, de deux infirmières formées en pratiques avancées, en thérapies cognitivo-comportementales et en art-thérapie, d'autres infirmières, d'aides-soignants et de psychologues cliniciennes, mais aussi, de manière ponctuelle, d'une kinésithérapeute et d'un acupuncteur.

Ma collègue et moi sommes toutes les deux présentes sur la matinée du jeudi pour la synthèse d'équipe, ainsi que la journée du vendredi pour des temps de prises en charge. La première rencontre avec le patient s'effectue autour du bilan pour établir le profil psychomoteur de la personne, puis fait suite une prise en charge en psychomotricité, en lien avec les objectifs et axes thérapeutiques soulevés.

2. Première rencontre avec Madame K

Madame K est une des premières patientes que nous rencontrons au cours de notre stage dans le service. Elle est adressée ici dans un contexte d'hospitalisation complète à la suite d'idées suicidaires importantes.

Les grands couloirs du service de psychiatrie et les blouses blanches ne sont pas inconnus de la patiente. Cette atmosphère se retrouve au sein de sa sphère professionnelle puisqu'elle a travaillé un temps comme secrétaire médicale dans un hôpital militaire, puis dans son environnement personnel, lors de suivis psychiatriques antérieurs et de consultations d'évaluations post-traumatique.

La première fois que nous rencontrons Mme K est lors de la réunion de synthèse, un jeudi matin, avec l'équipe soignante. Des bribes du récit de sa vie circulent dans les paroles des professionnels. Certains évoquent de nouveaux diagnostics ou une évolution, d'autres partagent des observations d'entretiens effectuées avec la patiente au cours de la semaine. L'équipe nous propose de la rencontrer suite à ses problématiques de représentations corporelles et de la sensorialité, en lien avec les symptômes du trouble de stress post-traumatique.

La rencontre physique a lieu le lendemain dans une petite salle au bout du couloir, qui a été mise à notre disposition pour les séances de psychomotricité.

3. Contexte d'anamnèse de la patiente

Mme K a 47 ans et vit actuellement à Paris en colocation avec une amie. Elle a deux frères, et des parents avec qui elle n'a que très peu de contact. Elle évoque un premier métier qui la passionne, celui de régisseuse technique et lumières dans un opéra. Elle y travaille plusieurs années, jusqu'en 2016, moment où elle subit un

viol par plusieurs hommes, dans les rues de sa ville. À ce moment-là, elle cesse son activité professionnelle et ses loisirs : la danse, le théâtre, la broderie et la boxe. Elle reprendra plus tard un poste de secrétaire dans un hôpital, durant quelques mois, avant de voir son état se dégrader et cesser à nouveau son activité professionnelle. Cet événement traumatique vient se juxtaposer à un vécu d'inceste dont Mme K a été victime durant toute son enfance. À la fois par des agressions subies par son oncle, mais aussi par l'un de ses deux frères. La famille de Madame n'a jamais reconnu les agressions et la patiente s'est vue écartée du cercle familial. A partir de ses 9 ans, Madame présente des troubles du comportement alimentaire, avec des crises hyperphagiques boulimiques, qui perdurent aujourd'hui encore et se sont à nouveau majorées depuis l'agression de 2016.

Madame K relate à plusieurs moments une passion indéniable pour la danse, qu'elle pratiquait depuis son plus jeune âge. Cette discipline a fait partie intégrante de sa vie, jusqu'à participer à des projets de création avec différents chorégraphes, sur d'autres continents parfois, et qui semblent l'animer aujourd'hui encore, en l'écoutant. Depuis 2016, plus de parquets de danse, plus de création en cours, plus de corps qui s'élance sur les sons de la musique. Depuis cette agression, Mme K vit au rythme des flash-backs, des cauchemars et d'un corps qui se fige toujours plus, dans une sombre mélodie.

4. Exploration des sphères psychomotrices à grandes enjambées

Madame K a une présentation figée, avec une démarche en bloc et le regard souvent dirigé vers le sol. Parfois, celui-ci peut être adressé ou bien fixé sur un point de la salle. Nous relevons peu de mimiques faciales, mais des auto-contacts sont observés au niveau des mains, et majorés dans des moments de stress. Elle s'habille tout de noir, ses vêtements cachent une silhouette, ni mince, ni ronde, mais laissant apparaître quelques formes réparties sur l'ensemble de son corps. Ses longs cheveux tombent jusqu'en dessous de ses épaules, et un élastique très serré entoure toujours son poignet, laissant une franche marque rouge.

4.1. Premier pas sensoriel

4.1.1. Au regard de la clinique

Mme K présente une importante incurie due à la difficulté qu'elle a de toucher son corps durant le temps de la douche qui est angoissant et qu'elle évite autant que possible. Toutefois, lorsqu'elle y parvient, elle met en place des stratégies afin de réduire le temps du toucher de sa peau pour se nettoyer. L'ensemble de son corps est difficilement touchable, la sensation de l'eau sur sa peau est angoissante, et les sensations désagréables sont amplifiées au niveau de sa poitrine et de ses parties intimes. Des automutilations sont rapportées sur ces parties en particulier et parfois jusqu'au visage, lors de certaines crises. Madame K a tenté de se suicider à plusieurs reprises, sa dernière tentative était due à l'ingestion d'eau de Javel.

Tout au long des propositions de séance en psychomotricité un toucher par l'intermédiaire d'un objet médiateur est proposé. Nous utilisons le ballon et le passons sur l'ensemble du corps, en position assise, en laissant toujours la possibilité à la patiente de choisir les parties qu'elle souhaite mobiliser ou non. Elle verbalise que le toucher reste anxiogène, mais davantage possible avec l'objet médiateur. Spécifiquement, les zones de la poitrine et du ventre ne peuvent être contactées, le toucher amène à un vécu d'angoisse trop important.

Ces propositions en psychomotricité visent à localiser, identifier et discriminer sous différentes modalités sensorielles, les sensations et perceptions éprouvées par la patiente, pour ensuite pouvoir exercer une action dessus et recréer du lien entre les sensations, les perceptions et les représentations.

Nous explorons la sphère sensorielle sous différentes modalités, avec le ballon en musique, puis avec un foulard, en investissant l'espace dans une mise en mouvement, et en convoquant davantage la sensibilité proprioceptive. Mme K pourra verbaliser que les sensations tactiles dans le mouvement sont plus tolérables qu'en position statique. De plus, Madame se trouve empêchée dans certains de ses mouvements par des douleurs aux genoux et aux chevilles, mais aussi par une lombalgie chronique dont elle souffre depuis plusieurs années.

4.1.2. Sensorialité et psychotraumatisme

Dans le cas du traumatisme psychique, nous pouvons observer des troubles de la sensibilité. En effet, l'événement traumatique s'inscrit dans le corps de l'individu et laisse des traces sensorielles. Celles-ci vont venir se stocker sous la forme de matériel sensoriel brut qui va ensuite faire lien avec les phénomènes de reviviscences et de répétitions.

En 2001 Nebout-Lénès étudie les traces sensorielles du traumatisme dans les dessins d'enfants victimes et suggère que c'est cette trace sensorielle qui va être en quelque sorte l'empreinte, la signature du traumatisme. Le corps peut s'inscrire comme la mémoire du sujet qui va alors enregistrer tous types d'événements marquants de la vie de l'individu.

Selon Coq et Le Maléfan (cité dans Augé et al., 2019) l'événement traumatique va impliquer « une confrontation sensorielle » qui va ensuite inscrire cet indice sensoriel dans la mémoire du sujet par le biais des organes de sens tels que la vue, l'ouïe, l'olfaction, et ainsi provoquer par la suite des troubles sensoriels chez le sujet. Les sensations vécues par l'individu peuvent rester à l'état brut sans être assimilables, et ainsi entraîner un défaut de perception. Il peut ensuite en résulter des difficultés de représentations, et, alors, le processus de co-modalité sensorielle devient inaccessible dans le cadre du psychotrauma. Au travers de ces différentes modifications, l'individu traumatisé peut se sentir constamment en danger dans son propre corps avec des signaux d'alarme internes comme si un danger était encore présent. *“Les empreintes des expériences traumatiques sont donc organisées, non pas comme des récits logiques et cohérents, mais sous forme de traces émotionnelles et sensorielles fragmentées : images, sons, et sensations physiques.”* (Van Der Kolk, 2018, p. 304)

L'effraction corporelle qui vient perforer l'enveloppe protectrice, intruse et atteint l'individu dans son intimité et menace son sentiment d'identité et de continuité d'existence. À l'instant de l'effraction, le sujet va être assailli de sensations corporelles intenses qui font lien avec l'état d'alerte éprouvé.

Parmi les troubles de la sensibilité, nous pouvons retrouver les dysesthésies qui peuvent ensuite conduire à une hyposensibilité. L'individu peut avoir une

impression de couche de peau en plus qui l'amène à ne pas, ou ne plus, ressentir les stimulations. De plus, au cours de l'agression, se couper de ses sensations au travers de la dissociation peut aussi être un moyen de protection, de faire barrage afin de ne plus ressentir et de se détacher de ce qui est en train d'être vécu.

Mais à l'inverse, nous pouvons aussi évoquer l'hypersensibilité sur une ou plusieurs zones du corps. Ces localisations peuvent être celles impactées, touchées, agressées ou non. Certaines perceptions sensorielles peuvent également entraîner des reviviscences, flash-backs et/ou cauchemars, de l'événement traumatique. Des difficultés sont donc retrouvées sur la possibilité de co-modulations sensorielles, avec des hypo ou hyperesthésies sensorielles.

De plus, des symptômes somatiques sont régulièrement retrouvés chez les victimes de violences comme des douleurs abdominales, des céphalées, des vertiges, et autres. Parfois, les douleurs ou les perceptions cénesthésiques pathologiques sont localisées à l'endroit précis du corps qui a subi l'agression.

4.1.3. Mise en lien

Nous pouvons observer chez Mme K un vécu sensoriel assimilé à la douleur et aux flashbacks. Une hyperesthésie tactile est retrouvée notamment au moment des douches, où la mise en jeu du toucher sur son propre corps est décrit comme douloureux et invasif. Pour la patiente, les perceptions sont liées à un vécu de souffrance et, ainsi, cela implique pour elle de chercher à se couper de ses sensations le plus que possible afin de ne plus les ressentir. Le phénomène de dissociation est souvent fréquent lors des moments d'abus, afin d'opérer comme un moyen de défense à l'effraction. Cependant, en parallèle, les conduites d'auto-mutilations impliquent des sensations ravivées et intenses corporellement. Schimmenti et Carreti (cité par Rolling, 2023) évoquent la dysrégulation de la sensibilité à la douleur dans le cadre du psychotraumatisme. Les comportements d'auto-agressivité comme les scarifications ou les tentatives de suicide peuvent avoir pour objectif de tenter de calmer la tension interne, ou justement de chercher à ressentir et à sortir de l'anesthésie. Il peut aussi être question de retrouver un certain contrôle sur soi-même, en étant à l'initiative des actes sur son propre corps, ce qui

contraste avec les situations de violences sexuelles subies par la patiente. Est-ce un moyen pour Mme K de retrouver du contrôle là où le vécu du corps a été subi, impuissant puis figé ? Les différentes perceptions des sensations de Mme K s'inscrivent dans un continuum de danger, le vécu de son corps est en insécurité constante, entraîné notamment par l'oscillation entre le corps vécu à la fois dans l'intensité des recherches sensorielles mais aussi dans l'anesthésie de celles-ci.

Au cours des séances en psychomotricité, Mme K peut venir graduellement établir un contact sur certaines zones jusqu'alors évitées lors du toucher, sur le buste notamment. Elle peut davantage explorer le sens tactile avec un objet médiateur sur sa propre peau, et lors des temps en mouvement, avec l'improvisation dansée par exemple. La difficulté voir l'impossibilité de toucher son propre corps lors des temps assis peut renvoyer au figement subi lors des temps d'agressions, faisant lien avec l'impuissance et le corps gelé face à un état de sidération.

Sur la fin de son hospitalisation ses flashbacks sont moins présents qu'en début de prise en charge et lui permettent de trouver un début de vécu sécurisant dans son propre corps. Se doucher est toujours difficile, davantage sur la zone du buste et de l'entre-jambe. Ainsi, nous lui proposons d'essayer d'utiliser une fleur de douche pour se nettoyer, afin que le toucher ne soit pas dans le lien direct de la peau à peau, mais au travers d'un objet intermédiaire. Nous avons évoqué cela en fin de suivi et n'avons donc pas eu de retours de Mme K si elle avait pu se saisir de cette proposition et si cela avait pu lui être utile.

La posture du thérapeute à adopter face à des patients présentant des troubles sensoriels me paraît primordiale et sujette de réflexions. Il me semble que la prise en charge en psychomotricité doit permettre à la patiente de travailler sur ces problématiques sans l'amener à des états dissociatifs durant les propositions qui mettent en jeu le toucher. L'exposition corporelle est un moyen de travailler sur la sphère sensorielle, mais doit être pensée en amont, selon l'étape dans laquelle se situe la patiente, au risque d'être contre-productive et délétère. Pour cela, il est important que le patient soit stabilisé sur le plan addictologique, de l'humeur et d'autres comorbidités associées. Ce qui n'est pas le cas pour Mme K qui présente à l'heure actuelle des troubles du comportement majeurs, avec des idées suicidaires et une symptomatologie dépressive. Il s'agit là de pouvoir penser le suivi de la patiente sans craindre de l'amener à se couper de ses sensations durant les

propositions en psychomotricité. En cela, comment trouver l'équilibre entre les objectifs thérapeutiques, ses possibilités actuelles, et ses demandes ?

4.2. Deuxième pas tonico-moteur

4.2.1. Au regard de la clinique

Lors de l'examen du tonus, le contact physique avec le toucher est convoqué, et décrit comme une source d'anxiété par la patiente. Le relâchement musculaire est impossible pour Mme K qui présente d'importantes paratonies, avec un accompagnement du mouvement. Son tonus de posture et d'action s'organisent sur un versant hypertonique. Nous pouvons noter d'importants troubles de la régulation tonico-émotionnelle. En effet, la mise en situation de contact physique crée de l'anxiété et des manifestations neuro-végétatives pour la patiente. Elle décrit alors une respiration bloquée, un rythme cardiaque accéléré, de possibles sueurs, mais aussi une amplification de l'état de vigilance avec un niveau élevé de tension musculaire.

L'hypertonie posturale et d'action viennent entraver sa motricité, avec une absence de ballant, peu de dissociation des ceintures et une pauvreté dans l'expression corporelle spontanée. La rigidité de la colonne vertébrale est importante, l'axe corporel est tel un bloc figé avec une absence de mobilité. Lors des mobilisations passives de l'examen du tonus, je ressens cette tension interne et externe chez la patiente, mais aussi le dialogue tonique qui l'accompagne. En effet, mon propre état tonique se modifie, spontanément, je perds dans ma propre capacité de relâchement musculaire, mon corps se contracte, spécifiquement au niveau des épaules.

De plus, Mme K peut nous faire part de zones d'importantes crispations qui fluctuent au niveau de la nuque et du dos et des douleurs aux lombaires, aux genoux, et aux chevilles. Au cours des séances en psychomotricité, nous explorons l'expressivité corporelle par le biais d'improvisations dans le mouvement avec, ou sans musique et objet médiateur. Madame se montre hésitante et fait part d'auto-dévalorisation en doutant de sa capacité à pouvoir remobiliser son corps dans

le mouvement. Au cours des séances, l'exploration motrice est davantage investie, laissant transparaître petit à petit les empreintes du corps, vécues notamment au travers de la danse. Lors des explorations, nous pouvons apercevoir que Mme K présente de très bonnes capacités d'organisation du geste, des coordinations efficaces, de la fluidité dans ses explorations, des possibilités d'investissement du corps dans l'espace, ainsi qu'une très bonne adaptation au rythme.

4.2.2. Tonus et motricité et psychotraumatisme

Dans le cas du psychotraumatisme, les mécanismes neurobiologiques du stress, notamment, créent des retentissements sur l'état tonique de l'individu qui se modifie comme réponse adaptative face à la situation.

La fonction tonique assure la sensation de contenance, de solidité, de sentiment d'unité corporelle et d'enveloppe, qui vont être mis à mal au cours de l'événement traumatique. Des troubles de la régulation tonique avec les dysrégulations émotionnelles sont observés et faisant lien avec la sidération psychique et l'hypervigilance induite par le traumatisme. Ces derniers créent une carapace tonique chez l'individu, avec une hypertonie de l'axe et du tronc principalement, qui perdure même dans les situations hors danger. Cette difficulté de relâchement musculaire par la résistance aux mouvements, peut aussi s'inscrire dans une posture défensive et/ou impulsive. Nous pouvons aussi relever des dysharmonies toniques entre hypertonie de l'axe et hypotonie distale par exemple.

Dans le cas du traumatisme psychique, la motricité de l'individu peut se trouver impactée, avec une désorganisation du mouvement, une mauvaise organisation du geste, qui peut faire lien avec la qualité des appuis, de l'ancrage et de l'axe corporel. Le défaut de régulation tonique peut venir déséquilibrer tout cet ensemble, par exemple, au travers d'un ralentissement psychomoteur ou bien d'une agitation psychomotrice.

Durant l'événement traumatique, nous pouvons retrouver une sidération qui inscrit le corps dans un figement et implique alors une difficulté ou une incapacité à mobiliser son corps dans le mouvement. Toute exploration motrice est suspendue, le corps ne peut plus se déployer dans l'espace, l'incapacité à agir prend le dessus.

Cette suspension de l'activité motrice peut perdurer bien après l'événement traumatique. En effet, le mouvement peut aussi être considéré comme une mise à nu, qui expose et peut donc être source d'angoisse et d'évitement pour l'individu. Or, celui-ci est aussi intrinsèquement lié à la question de la relation, puisque rencontrer l'autre implique de créer du mouvement physique, en entrant en contact corporellement ou verbalement, et/ou psychiquement. Cependant, pour la personne traumatisée, l'autre est souvent considéré comme une source de danger, un objet d'affrontement ou plus souvent, de fuite.

4.2.3. Mise en lien

Dans le cas de Mme K, cette carapace tonique, qui s'est construite, est aussi une coquille, une barrière, qui sert d'espace intermédiaire entre elle et les autres. Les conduites hyperphagiques qui l'amènent à prendre un poids important en peu de temps, ainsi que l'impossibilité de se laver l'amènent à se créer une seconde peau qui impacte sa tonicité sur un versant d'hypertonie et de rigidité. Celle-ci peut venir tenter d'assurer une fonction pare-excitatrice et protectrice qui n'est pas assurée par l'enveloppe première. Cette "carapace" permet de se tenir, se maintenir et de se protéger des possibles menaces extérieures.

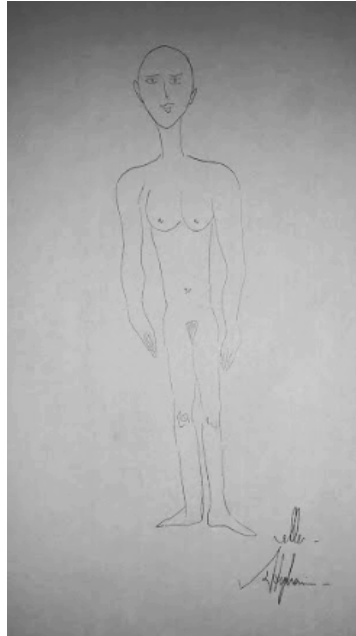
La question du mouvement reste teintée d'ambivalence pour la patiente, qui exprime une appréhension à remettre son corps en action, mais aussi une réelle envie de retrouver davantage de mobilité. Mme K pourra relier cela à la possibilité de se placer à nouveau comme à l'initiative de ses actes, déclarant que cela est à la fois effrayant mais aussi primordial pour elle.

Le suivi en psychomotricité permet de travailler sur l'investissement du corps dans le moment présent, en y réintroduisant du mouvement et permettant alors à la patiente de sentir qu'il est à nouveau possible de bouger son corps en toute sécurité.

Au cours de l'hospitalisation, Mme K réinvestit petit à petit son corps avec davantage de sécurité, elle se voit capable de le faire sans être constamment entravée par des symptômes post-traumatiques.

4.3. Troisième pas des représentations corporelles

4.3.1. Au regard de la clinique



Dessin 1 - Dessin d'une personne intitulé "Elle", réalisé par Mme K

Mme K décrit l'image qu'elle a d'elle-même comme "écoeurante", elle dit se détester et se percevoir comme un "amas de chair". Sa prise de poids de 40 kilos en peu de temps, amplifie l'image négative d'elle-même.

Pour cette patiente, son corps ne semble avoir été vécu que dans la violence, subie par autrui ou infligée à elle-même. Son dessin du bonhomme montre un corps nu, peu humanisé, sans vêtements, ni cheveux, qu'elle intitulera "elle".

Pour Madame K, le schéma corporel est efficient, les connaissances topographiques du corps et les perceptions corporelles sont préservées, mais leurs représentations sont dégradées.

4.3.2. Représentations corporelles et psychotraumatisme

Les représentations corporelles comprennent le schéma corporel, mais aussi l'image du corps. Le schéma corporel met en jeu les représentations sensori-motrices, tridimensionnelles, non-conscientes et automatiques, qui vont sans

cesse permettre un réajustement de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements. Cette représentation va impliquer différents systèmes sensoriels, leurs coordinations et leurs intégrations, dont la proprioception, qui est la référence principale chez l'adulte (Pireyre, 2021a). Le schéma corporel se met donc en place au travers de la construction sensori-motrice, d'abord étayé et coordonné par les informations visuelles puis se développe par les systèmes proprioceptifs et vestibulaires. Trois réseaux cérébraux sont impliqués dans les représentations corporelles (Fontan cité par Pireyre, 2021a) :

- Le réseau sensori-moteur qui permet la représentation posturale des membres en mouvement.
- Le réseau pariétal spécialisé qui permet la représentation de la totalité du corps, et du contact avec l'objet.
- Le réseau fronto-pariétal qui permet la conscience que nous avons de nous-même.

D'autre part, l'image du corps (Pireyre, 2021b) renvoie à une notion psychanalytique, à la théorie de l'image composite du corps qui comprend l'enveloppe, la sensorialité, le tonus, l'intérieur du corps, les angoisses corporelles archaïques et les communications corporelles.

Dans le cas du psychotraumatisme, l'individu peut avoir des difficultés à retrouver une conscience de soi par une certaine impulsivité et instabilité qui s'installent à partir de l'événement traumatique. Certaines zones du corps peuvent être désinvesties ou au contraire sur-investies et entraîner des dissociations psychocorporelles, une perte d'unité du sentiment de soi. De plus, les impressions sensorielles ou les flashbacks peuvent entraîner une distorsion de la perception du réel, avec un sentiment d'insécurité corporelle.

L'arrière du corps est peu intégré, des troubles posturaux peuvent advenir ainsi que des anomalies perceptives. Un dysfonctionnement de la proprioception aura un impact direct sur le schéma corporel de l'individu, et la manière de percevoir son corps dans l'espace. L'absence de représentations liées aux sensations corporelles va amener une discontinuité dans la perception du corps, mais aussi des dysmorphophobies corporelles (Didie et al., cité par Rolling, 2023).

Quant à l'image du corps, l'individu traumatisé peut avoir une vision de lui dévaloriser, culpabilisante, et accompagnée d'un sentiment de honte. La victime peut se sentir en danger dans son propre corps. Se sentir en sécurité, c'est aussi pouvoir identifier ses sensations pour ensuite avoir un moyen d'action dessus, s'inscrire comme sujet et acteur de notre propre corps.

4.3.3. Mise en lien

Pour Madame K, les troubles de l'image du corps dont elle souffre sont associés à des conduites à risque compulsives, des troubles du comportement alimentaire, mais aussi des auto-mutilations. Certaines zones du corps sont alors sur-investies sous le prisme de la douleur par exemple, ou bien désinvesties en se coupant des sensations qui y sont localisées. Dans les deux cas, ces zones sont les mêmes, il s'agit de la poitrine et de l'entre-jambe.

Madame K a une vision très dégradée d'elle-même et des distorsions des perceptions du réel sont relevées avec notamment la présence des flashbacks qui mettent à mal sa propre sécurité interne.

Au cours des séances de psychomotricité, nous pouvons relever que la perception qu'elle a de son propre corps est grandement reliée à sa possibilité de mise en mouvement ou non. En effet, cette sensation de réinvestissement du corps, notamment par le mouvement dansé, redonne un sentiment de confiance à Mme K, et entraîne alors un cercle vertueux : plus elle retrouve du mouvement et plus elle se sent en confiance dans son propre corps, et inversement. Elle peut faire des liens avec son passé de danseuse, non plus sur un prisme péjoratif en se voyant incapable de pouvoir retrouver son "corps d'avant" mais en ouvrant de nouvelles possibilités avec son "corps actuel".

Le psychomotricien peut venir travailler avec le patient sur la remise en liens des étapes de l'étayage psychomoteur. Au cours des séances avec la patiente, ma collègue stagiaire s'engage corporellement dans les propositions en même temps que Madame K, pendant que je reste plutôt en observation, avec davantage de distance. Toutes deux, adoptons au mieux possible, une posture ajustée et ancrée, lui permettant à la fois de lui laisser un espace d'exploration, mais aussi d'une proximité sur laquelle elle peut s'appuyer et se mettre en confiance. Je ressens alors

comme cela peut amener la patiente à explorer de manière sécurisée et pouvant alors déployer de nouvelles possibilités psychocorporelles. De plus, je propose à la patiente de nous faire part de musiques avec lesquelles elle aimerait travailler, en plus de celles que nous amenons. Elle montre de l'intérêt et du plaisir à partager ces morceaux qu'elle aime particulièrement et qu'elle relie à des souvenirs. Cela est aussi une manière de rendre de plus en plus la patiente actrice et à l'initiative aussi de son parcours de soin, afin qu'elle puisse trouver du lien entre nos propositions et ce qui fait sens pour elle, en fonction de tout ce qui la compose dans l'ici et maintenant.

Le cadre de l'hospitalisation est un moyen pour le patient d'être dans l'exploration, en expérimentant de nouveaux chemins, tout en étant contenu par l'institution et l'étayage du corps médical. De plus, j'ai le sentiment que s'engager soi-même en tant que thérapeute, dans les propositions, peut permettre au patient de se sentir davantage soutenu et étayé sans la peur du regard de l'autre posé sur lui. L'œil observateur du psychomotricien sur le patient est alors moins confrontant pour ce dernier, et l'alliance thérapeutique se met en place plus aisément.

4.4. Quatrième pas spatio-temporel

4.4.1. Au regard de la clinique

Dans l'épreuve de Soubiran, Madame K présente des difficultés dans l'adaptation au rythme avec des traits impulsifs qui viennent entraver les résultats. En parallèle, son investissement de l'espace est très restreint. Naturellement, elle se dirige aux abords des murs de la pièce, en longeant les contours de la salle. Ses pas sont petits, mais ses gestes également, en effet son corps est très peu déployé dans l'espace.

Au fil des séances en psychomotricité, la patiente peut davantage déployer son corps dans l'espace, disant que cela fait lien aussi avec l'alliance thérapeutique qui lui permet de se sentir davantage en confiance. Elle investit les différents niveaux et plans de l'espace. De plus, Madame joue sur le rythme et les contretemps des musiques proposées. Bien que cela soit difficile au début, elle

montre ensuite davantage de plaisir d'investir l'espace de la salle et à s'y déployer. La question des distances entre Mme K et l'autre se joue dans les deux sens. D'un côté, la patiente a plutôt tendance à se tenir à l'écart des autres, en montrant de la crainte à l'idée que l'on se rapproche physiquement d'elle. Et d'un autre côté, elle amène l'autre à se distancer de lui-même. En effet, l'incurie de Madame K crée une distance avec autrui par l'odeur corporelle désagréable qu'elle dégage.

En psychomotricité, je veille au gré des séances à lui permettre de trouver elle-même la juste distance relationnelle qui lui soit la plus confortable. Mais, en parallèle de la distance avec l'autre, le besoin de contenance et le cadre sécurisant paraissent fondamentaux. Les séances se déroulent toujours dans la même salle, plutôt petite et contenante, et le déroulé des séances suit un ordre similaire d'une semaine à l'autre, permettant de créer une stabilité sécurisante pour Mme K.

4.4.2. Espace/temps et psychotraumatisme

Dans le cas du psychotraumatisme, nous pouvons observer une perte des repères spatiaux, avec une hypervigilance qui va venir impacter l'appréhension de l'espace, avec parfois un besoin de maîtriser l'espace environnant. Cela fait lien avec la notion de prévisibilité recherchée par le patient, afin d'assurer davantage de sécurité.

Les difficultés d'organisation spatiale peuvent être des conséquences de l'état dissociatif, car se couper des sensations corporelles et des émotions peut être un moyen de se protéger face à l'agression (Scialom, 2022).

Au sujet de la notion temporelle, le traumatisme laisse là aussi des traces. En effet, au décours de l'événement traumatique des zones dans le cortex préfrontal dorsolatéral droit et gauche peuvent être désactivées. Ces structures sont impliquées, entre autres, dans des processus cognitifs, comme la mémoire, l'attention et la planification temporelle.

L'organisation temporelle, qui comprend notamment la perception du temps, peut être impactée par la réactivité aux stimulations sonores, à de l'impulsivité, à une hypervigilance avec parfois des hyper-ritualisations. Les perturbations des rythmes sont fréquentes, les cauchemars, mais aussi les reviviscences peuvent altérer le rythme nyctéméral avec les cycles de sommeil. En effet, l'événement traumatique

vient faire effraction pour le sujet et crée une rupture dans le déroulement de sa vie, avec une altération de la perception du temps. L'événement continue de se fixer et de geler dans le vécu présent du patient. *“Être traumatisé c'est continuer à organiser sa vie comme si le traumatisme était toujours là, inchangé et immuable”*. (Van Der Kolk, 2018, p. 96)

4.4.3. Mise en lien

Pour Mme K, sa perception du réel semble bousculée et ses ritualisations, autour de la douche notamment, perturbent son organisation temporelle dans son quotidien.

L'investissement spatial restreint dont elle fait part renvoie-t-il aussi à une manière de chercher à se cacher voir à disparaître de l'espace de l'autre ? Si autrui est perçu comme un danger potentiel alors un des moyens de protection peut être de s'effacer de son environnement, en suscitant le moins d'attention que possible sur soi.

En effet, prendre l'espace environnant renvoie aussi à occuper une place : celle qu'on se permet de prendre mais aussi celle que les autres nous donnent.

Au travers des tentatives de suicides et idées noires de Mme K, il peut s'agir aussi pour elle de disparaître, d'envisager de s'extraire du monde, de laisser sa place physique et psychique, à autre chose ou à quelqu'un d'autre.

Au sein des séances en psychomotricité, un travail est effectué autour des notions temporo-spatiales. Nous explorons le jeu des différents rythmes dans les musiques proposées par mon binôme et moi-même, mais aussi par elle. Les musiques que Mme K apporte lors des séances s'inscrivent dans un fil de souvenirs, de vécu passé, de paroles qui font écho pour elle, et de rythmiques qui lui permettent encore davantage de pouvoir se déployer et vivre le mouvement avec tout ce qui la compose à l'instant présent. Ces temps-là sont forts et touchants, la patiente s'autorise à fermer les yeux et à engager tout son corps dans l'espace. Lorsqu'elle les ouvre à nouveau, elle dépose sur nous un regard à la fois d'une puissance considérable et d'une profonde douceur. A cet instant, j'ai le sentiment que Madame K fait l'expérience de se reconnecter petit à petit à ses sensations qui sont autre que celles des douleurs et de la violence. Comme si elle réintégrait son corps, elle faisait l'expérience de l'habiter, non pas comme un sarcophage qui la contraint et la fige,

mais dans une nouvelle quête de mouvement. De plus, lorsqu'elle pose son regard sur nous, notamment après les explorations dansées, je lis dans ses yeux qu'elle nous communique un remerciement. C'est au cours de la dernière séance, lorsqu'elle s'apprête à repartir en-dehors des murs de l'hôpital, qu'elle nous adresse, d'un ton doux et sincère, le "merci", que tout naturellement, nous lui adressons aussi en retour. La porte se referme, et nous nous regardons, mon binôme et moi, touchés, sans pouvoir rien dire de plus que de se prendre dans les bras un instant.

"Le traumatisme est l'expérience extrême de cette impression de pérennité." (Van Der Kolk, 2018, p.123)

5. Retour à distance du suivi de Mme K

5.1. Prise en charge et perspectives

Au travers de la prise en charge en psychomotricité, l'objectif de travail principal pour Mme K s'est déployé autour du sentiment de sécurité interne par le réinvestissement psychocorporel. Pour cela, l'axe majeur proposé a été celui de la remise en mouvement, permettant de se relier à l'espace environnant, mais aussi à soi, en naviguant entre explorations intrapersonnelles et interpersonnelles. Il s'agit pour Mme K de retrouver la possibilité de se sentir actrice, à l'initiative de ses propres choix et actions afin de se sentir sujet et non pas objet. La sécurité interne de la patiente pourra ensuite lui permettre de réinvestir plus sereinement les relations, avec la possibilité de considérer l'autre différemment qu'une source de danger ou d'une mise à l'écart.

À quelques jours de la fin de l'hospitalisation, Mme K nous fait part de son envie grandissante de réintégrer un groupe de danse, en ayant déjà entamé des recherches sur le sujet. La danse semble être une ressource intéressante pour Madame, qui peut lui permettre de poursuivre ce travail autour de la réappropriation de son corps.

5.2. Processus de résilience et facteurs de protection

Au décours de la situation clinique de Mme K, nous avons pu nous interroger sur la capacité de résilience de l'individu en lien à son vécu traumatique. Dès lors, nous pouvons donc nous interroger sur la façon dont celle-ci s'élabore, se façonne, se construit. À partir de quoi ? Et par là, comment pouvons-nous expliquer que chaque individu n'exprime pas le même degré de résilience face à différents traumatismes ?

Le terme de résilience trouve son origine dans le mot latin "resilire" qui veut dire "rebondir" ou "sauter en arrière". Il peut s'appliquer au domaine de la sociologie, de l'écologie, mais aussi de la psychologie. Dans ce champ-ci, la résilience est définie par "*l'aptitude à affronter les épreuves, à trouver des ressources intérieures et des appuis extérieurs, à mettre en œuvre des mécanismes psychiques permettant de surmonter les traumatismes.*" (Dictionnaire de l'Académie française, 9e édition actuelle). En 1999, Cyrulnik (cité par INA, 2022) définit la notion de résilience comme la possibilité pour l'individu de se reconstruire à la suite d'un événement traumatique, en adoptant un mode de développement différent qui est appelé néodéveloppement (Cyrulnik & Duval cité par Anaut, 2009).

Cette capacité à rebondir à la suite d'éléments adverses est permise par les facteurs de protection qui "*modifient les réactions aux dangers présents dans l'environnement affectif et social, en atténuant les effets aversifs.*" (Rutter et Garmezy, cité dans Anaut, 2009, p.71)

La résilience va donc s'élaborer différemment pour chaque individu puisqu'elle est corrélée aux facteurs intrafamiliaux, de l'environnement social, mais aussi intrapersonnels au travers de la personnalité, des possibilités cognitives, et autres, qui sont propres à l'individu. Ces différents facteurs de ressources vont notamment faire lien avec la qualité des interactions précoces. Cette période particulièrement sensible et propice aux remaniements, s'étend environ, du 6ème mois de grossesse jusqu'au 2 ans de l'enfant, avec l'avènement du langage verbal. Meaney (cité par Monhonval & Lotstra, 2014) évoque la possible augmentation du taux de récepteurs aux glucocorticoïdes grâce à la qualité du handling du parent envers son enfant. Ceux-ci vont entraîner une majoration de la transmission de leur production et donc permettre une meilleure réponse au stress de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Dès

les débuts de la vie de Madame K, un climat de violence et d'insécurité ont bordé son développement et ont donc pu empêcher aux facteurs de protection d'émerger. Les figures parentales/familiales n'ont pas assuré le rôle de pilier sécurisant et soutenant, mais ils ont plutôt été source de danger et de maltraitances.

Mis à part les liens familiaux, les rapports amicaux peuvent constituer des figures de repères structurantes par le biais des liens empathiques et d'attachements. Cependant, Madame K ne rapporte pas de personnes ressources sur lesquelles s'appuyer et qui puissent permettre un étayage, cela peut donc constituer un manque de ressources et donc de facteur de vulnérabilités pour faire face aux situations adverses et avoir accès au processus de résilience. Puisque comme l'indique Anaut (2009, p. 75) le processus de résilience de l'individu se construit par des liens structurants avec ses pairs et toute personne qui peut jouer un rôle dans l'étayage, en permettant *"l'activation d'un noyau de sécurité et de confiance."*

Anaut (2009) évoque deux étapes au cours du processus psychique de la résilience. La première a lieu au moment de l'événement traumatique où des systèmes de protection sont déployés par l'individu pour se protéger. À la suite de cela, l'individu traumatisé peut avoir recours à des conduites à risques pour faire face psychiquement à l'adversité du vécu. Ces comportements parfois extrêmes peuvent lui permettre de se sentir exister et de gérer transitoirement l'état de crise. C'est ce que nous pouvons observer chez Madame K avec la violence qui émane de ces conduites, comme les auto-mutilations, les troubles du comportement alimentaire, mais aussi des tentatives de suicide, qui peuvent constituer des moyens de faire face à l'effraction de l'événement. Mais, pour que le processus de résilience ait lieu, il faut que ces conduites asociales restent transitoires pour ensuite s'en détacher et se reconstruire. Pour Madame K, un des axes de travail se situe justement ici, dans la possibilité de se distancer de ses conduites régulatrices à risque, qui semblent permanentes et délétères pour la patiente. Il s'agit de pouvoir trouver d'autres moyens auxquels se raccrocher afin de trouver des points d'équilibre qui ne lui soient pas nocifs. C'est cette deuxième étape dont parle Anaut (2009), qui concerne l'auto réparation, la reconstruction, par des sources de protection qui ne sont plus défensives mais applicables optimalement sur le long terme. Celle-ci fait écho aux processus de résilience qui concerne la capacité du sujet à pouvoir se représenter, symboliser, élaborer et mentaliser le traumatisme.

C'est par cette voie que peut s'inscrire le travail en psychomotricité pour Madame K, en l'accompagnant à intégrer le traumatisme tout en trouvant des outils régulateurs et de mise en sens plus harmonieux, qui n'ont pas été établis par le biais de facteurs protecteurs en amont.

Le psychomotricien peut occuper un rôle dans l'accompagnement du processus de résilience. Au travers de la prise en charge avec le patient, il s'agit de pouvoir travailler sur la revalorisation et les réactivations des facteurs de ressources déjà présents mais inexprimés chez le sujet. Cela peut passer notamment par la possibilité d'accompagner le patient à redevenir acteur de son devenir, chercher à retisser des liens sociaux, soutenir l'autonomisation, la confiance en soi, pour ainsi venir réactiver le processus de résilience.

IV. Conclusion

Cette première partie a eu pour objectif de venir poser le contexte et les éléments de compréhension du traumatisme psychique, sur un plan plus général puis plus spécifiquement, sous l'angle de la psychomotricité. Par là, nous avons pu nous rendre mieux compte des répercussions sur l'organisation psychocorporelle du sujet directement concerné par l'événement traumatique.

Quelles empreintes ces événements laissent-ils sur et en lui ? Quelles traces vont s'inscrire dans sa construction et dans son propre cheminement ?

Nous avons pu observer que les traces du traumatisme s'inscrivent à la fois sur le plan de la sensorialité, avec des oscillations d'expériences sensorielles parfois aux antipodes l'une de l'autre. Sur le plan tonico-moteur nous relevons une organisation corporelle propre au vécu post-traumatique qui place le corps dans un figement permanent, constitué d'une carapace comme barrière de sécurité. L'image du corps peut sembler autant dégradée que l'individu a été violenté, et que ce corps a été atteint, à la fois physiquement, psychiquement, corporellement, par l'autre.

Les repères spatio-temporaux se voient chamboulés, avec une distorsion de la perception du corps dans le réel, qui laisse entrevoir un long chemin vers le retour du corps sécurisé dans l'ici et maintenant.

Enfin, le processus de résilience peut venir faire suite au vécu traumatique, selon les facteurs ressources dont l'individu dispose. Dans certains cas, l'environnement social et les facteurs de protection interindividuels ne permettent pas à la victime d'entamer un processus de résilience.

Durant ces différentes étapes, du vécu traumatique au chemin de la mise en sens, le psychomotricien peut accompagner l'individu sur une remise en lien dans l'étayage psychomoteur.

Maintenant que nous avons pu mieux identifier la façon dont le vécu traumatique s'imisce dans l'organisation psychomotrice de l'individu, nous pouvons nous questionner sur la manière dont ces traces peuvent cheminer vers de nouvelles générations d'individus. Ainsi, peuvent-elles continuer de circuler en laissant des empreintes non plus sur l'individu directement concerné, mais aussi chez son enfant ? Si oui, de quelles manières ?

Partie II. La transmission : “*Deux corps en maux*”

I. Traumatisme et parentalité : retentissements dans le processus de transmission

Selon le Comité national de soutien à la parentalité, la parentalité est définie comme l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant. (cité par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2012, p. 247)

Être parent suppose d'occuper une place de passeur de valeurs, de pensées, d'éducation, de génétique. Ces multiples transmissions s'opèrent sur un niveau bio-psycho-social que nous détaillerons plus amplement dans cette partie, en les reliant aux événements traumatiques. Puis, nous verrons en quoi l'héritage s'inscrit dans une dimension psychomotrice, en portant notre attention sur les ponts qui se dressent entre l'histoire traumatique de l'individu, sa parentalité et l'organisation psychocorporelle de son enfant.

1. Une transmission entre générations

Avant tout, il s'agit de pouvoir préciser que signifie la "transmission" et de quel type de transmission nous parlons au sein de ces écrits.

Le terme de transmission vient du latin "*transmittere*" qui veut dire "envoyer à travers, faire traverser, transférer, transmettre". Dans le Dictionnaire de l'Académie Française 8ème édition (1935), "transmission" est défini comme "l'action de transmettre".

1.1. Transmission intergénérationnelle versus transgénérationnelle

Tisseron (2007) réalise des travaux sur la transmission des images mentales entre les générations et fait la distinction entre l'intergénérationnel et le transgénérationnel.

Les relations intergénérationnelles concernent celles qui se produisent entre générations adjacentes en situation de relation directe. Elles sont donc observables dans le quotidien des relations familiales. La transmission intergénérationnelle est un mécanisme conscient où les contenus psychiques élaborés et les rituels familiaux sont transmis. La communication est donc à la fois dans le sens des ascendants vers les descendants, et inversement.

Dans "transgénérationnel" nous retrouvons le suffixe trans qui signifie "au-delà", donc qui concerne toutes les générations, tous les âges, des ascendants aux descendants. Les relations transgénérationnelles concernent celles qui se produisent au travers de la succession de générations. Elles ramènent à la manière dont des événements vécus par des générations disparues pourraient exercer une influence sur la descendance (Abraham & Torok cité par Tisseron, 2007). Dans le traumatisme transgénérationnel, l'individu porte en lui des symptômes psychotraumatiques qu'il n'a lui-même pas vécu car il n'était pas né au moment où l'événement s'est produit.

1.2. Et nous, de quoi parlons-nous ?

Dans le cadre de cet écrit, la clinique présentée se porte vers la transmission intergénérationnelle, donc en situation directe entre deux générations. Sans oublier que la dimension de transmission transgénérationnelle est aussi incluse dans cette première. Dans ces deux cas, mon attention se porte vers le lien direct entre le parent et son enfant, et les traumatismes antérieurs du parent vécus avant l'arrivée de l'enfant. De plus, le cas clinique déployé pourra aussi faire écho au traumatisme familial, évoqué par Mboua (2016), comme le résultat d'une situation ou d'un événement traumatogène affectant un ou plusieurs membres d'une famille.

Ma réflexion s'oriente principalement sur la question de la transmission entre l'enfant et sa figure d'attachement principale. En effet, la réflexion se porte autour du parent qui a un lien direct dans les interactions précoces et dans l'éducation de l'enfant. Au travers des situations cliniques évoquées ici, la mère incarne la figure principale. De plus, le fait d'avoir porté son enfant pendant 9 mois est aussi un facteur pris en compte dans ce travail de mémoire, afin d'intégrer la dimension de transmission de corps à corps in-utéro.

2. Premières influences réciproques

2.1. La vie parentale et ses remaniements

Dès l'annonce de la grossesse, durant la vie intra-utérine, puis au moment de l'arrivée de l'enfant, l'adulte devenu alors parent peut vivre un ensemble de remaniements psychiques et physiques. Le bébé est imaginé, pensé, et fantasmé par le parent et il est déjà porteur d'un mandat familial (Lebovici cité par Bydlowski, 2001), avant même d'avoir été mis au monde. Parfois, un écart est constaté entre le bébé fantasmé et projeté par le parent, et celui qu'il rencontre dans la réalité.

Dès la période de grossesse puis au cours de sa maternité, la mère peut revivre des conflits psychiques infantiles. D'après Bourrat (2004), le bébé peut réactiver chez la mère une névrose traumatique, venant alors faire effraction dans le

système de défense du parent. L'effraction émotionnelle peut donner lieu à une résurgence de l'événement traumatique, faisant lien avec une période de possibles fragilités. La mémoire traumatique peut venir se réactiver chez la figure d'attachement au travers des réactions de l'enfant, telles que ses pleurs et ses cris. Cela pourrait créer un cercle vicieux dans lequel plus le bébé exprime des réactions de détresse et plus la mémoire traumatique de la mère peut refaire surface. Inversement, plus la mère est traversée par des symptômes post-traumatiques et moins elle pourra répondre aux besoins de son enfant. Ainsi, l'enfant va signaler un état de détresse par des pleurs et des cris, mais aussi, dans certains cas, par un retrait en se détournant de sa figure d'attachement (qui peut se témoigner par des bébés à l'apparence très sage, qui ne pleurent pas). Dans les deux cas l'accordage entre les deux sujets sera dysharmonieux. (Blondel, 2017)

Plus spécifiquement dans le cas de parent au parcours migratoire, la grossesse puis la naissance du bébé peuvent venir renforcer le sentiment de rupture entre la culture d'origine et le pays d'accueil. En effet, souvent, la famille et autres proches ne font plus partie de l'entourage du parent, et celui-ci peut se trouver davantage isolé, sans soutien extérieur et aucun relais pour l'aider à s'occuper de son enfant.

2.2. Les mécanismes épigénétiques et leur transmission

La constitution d'un être humain tient dans la combinaison entre des facteurs à la fois ascendants mais aussi descendants (Crommelinck cité par De Neuter, 2014). La transmission opère donc à différents niveaux, dont celui du point de vue génétique. Ainsi, l'effet de plusieurs combinaisons aléatoires de la transmission de deux bagages génétiques vient se coupler à des paramètres environnementaux tels que la culture et le niveau socio-économique par exemple. Des modifications peuvent être observées au niveau de l'expression des gènes sans que la séquence d'ADN de ce gène ne soit modifiée, c'est ce qu'on appelle le processus de méthylation.

D'après Monhonval et Lostra (2014), nous pouvons distinguer la transmission dans les cellules germinales, (qui permettent le passage de certains traits sur plusieurs générations sans que celles-ci ne soient exposées à des comportements délétères), à la transmission par exposition comportementale. Cette dernière concerne notamment les soins maternels donnés à l'enfant qui vont venir impacter la méthylation de l'ADN en créant une modification de l'épigénétique dans les cellules neuronales de la progéniture. C'est celle-ci que nous déploierons davantage au cours de cet écrit, qui fait lien avec la qualité des interactions précoces et ses empreintes épigénétiques.

2.3. Incidence du stress dans la descendance

Comme vu dans la partie précédente sur le traumatisme psychique, l'événement traumatique induit des niveaux de stress important chez la victime. Lors du traumatisme complexe, ces états sont répétitifs et viennent s'inscrire dans l'organisation et dans le fonctionnement global de l'individu. Ainsi, que pouvons-nous dire au sujet des empreintes du stress sur la transmission entre deux générations ?

Dans un premier temps, il est important de pouvoir distinguer l'événement traumatique vécu par la mère lors de la période de grossesse, où les comportements épigénétiques se construisent, et celui antérieur à celle-ci.

Les patients présentant des traumatismes psychiques dans la période infantile font état d'un taux de récepteurs aux glucocorticoïdes inférieur à la population générale (Mc Gowan cité par Monhonval & Lotstra, 2014). Cette sous-expression va alors entraîner une résistance au stress moindre. Pour étudier l'impact sur la santé du fœtus de l'exposition du stress périnatal, l'équipe de De Weerth, avec van Hees et Buitelaar (cité par Goguikian Ratcliff et al., 2014) a évalué les niveaux biologiques de stress maternel, par des recueils de taux de cortisol en fin de grossesse. Il a été relevé que les enfants du groupe de mères ayant un niveau de cortisol élevé en fin de grossesse pleuraient davantage, présentaient plus d'expressions faciales négatives et avaient davantage de difficultés à réguler leurs émotions. Cet état de stress maternel peut avoir une incidence sur la qualité des

relations précoces mère-enfant au cours de la première année de vie de l'enfant. (Borghini et al., 2009 ; Poinso et al., 2001 ; Roegiers & Molénat, 2011 ; Zelkowitz & Papageorgiou, 2005 cité par Goguikian Ratcliff, 2014)

En 2001, Yehuda et al. (cité par Thivent, 2019) réalisent des études sur le rôle de l'épigénétique et la fréquence des troubles de stress post-traumatique chez les enfants de survivants de l'holocauste pendant la seconde guerre mondiale. L'étude révèle que ces enfants ont trois fois plus de chance de présenter un trouble de stress post-traumatique, avec un niveau de base de sensibilité au stress plus élevé.

Ces observations nous permettent d'observer une corrélation entre le vécu d'événements traumatiques et l'incidence sur la régulation aux situations de stress de l'individu. Ceux-là impactent le fonctionnement de l'axe corticotrope, qui est l'axe endocrinien majeur impliqué dans le stress, d'un individu selon les événements traumatiques vécus par ses parents. Les conséquences du traumatisme sur l'axe hypothalamo-hypophysaire, et donc le cortisol, se transmettent au travers d'une certaine sensibilité et vulnérabilité, pour les générations descendantes.

Cependant, par son caractère modifiable, l'épigénétique n'est pas déterministe. L'individu a aussi une possibilité de manœuvre en fonction de ses propres événements de vie, de sa construction personnelle et de la qualité des premières interactions avec son parent.

3. Le modèle du parent comme première figure de référence

Les parents ne se contentent pas de nourrir, d'habiller et de consoler leur bébé : ils façonnent la manière dont son cerveau perçoit la réalité. ... Ces informations s'impriment dans la trame de ses circuits cérébraux et forment la matrice de son regard sur lui et sur son environnement. (Van Der Kolk, 2018, p. 224)

3.1. Le donneur de soins dans les interactions précoces

“Les premières expériences... Ont autant d’impact sur la biologie que l’hérédité”

(Van Der Kolk, 2018, p. 267)

Une interaction est une influence réciproque de deux phénomènes, deux personnes, elle comprend la notion de réciprocité et d’interdépendance. Chez l’enfant, l’interaction via l’accès à une vie relationnelle occupe une place essentielle dans son développement psychomoteur. Son bon déroulement va s’appuyer sur les réponses de l’entourage, de la sécurité de base, de l’appui psychique et physique procuré par la figure d’attachement.

Nous allons retrouver différents types d’interactions entre le parent et son enfant. Parmi celles-ci, les interactions visuelles, auditives, affectives, fantasmatiques et corporelles, ces dernières seront déployées principalement dans ce mémoire.

Le traumatisme du parent peut venir impacter la qualité des premiers échanges avec son enfant, en y faisant résulter des troubles des interactions. Ceux-là peuvent s’inscrire au travers des excès de stimulation (hyperstimulation), un manque de stimulation (hypostimulation) mais aussi leur caractère paradoxal, donc une fluctuation entre ces deux pôles qui mènent à un désaccordage entre les deux partenaires.

Dellucci (2010) stipule que les séquelles post-traumatiques telles que les reviviscences, les émotions extrêmes et débordantes, les attitudes d’évitement, par exemple, peuvent venir entraver la capacité de l’adulte à s’ajuster, à s’accorder, à se réguler et à exprimer de l’empathie envers son enfant. Celui-ci peut alors se positionner comme protecteur de son parent, se sur-ajuster à lui, ou tenter de se mettre à sa place et ainsi de vivre l’expérience comme si l’événement traumatique lui était personnellement arrivé.

Lorsqu’en 1956 Winnicott évoque la “préoccupation maternelle primaire” (cité par Bydlowski & Golse 2001) il fait le lien entre la capacité du parent à pouvoir répondre aux besoins de son enfant et l’établissement d’un sentiment continu d’exister pour celui-ci. Cependant, comme vu dans la première partie, le traumatisme vient faire effraction et cassure dans la propre continuité d’existence de

l'individu. Comment celui-ci peut-il venir assurer cette fonction à l'enfant alors que lui-même ne dispose plus de ce sentiment-là ?

En 1947, Winnicott (cité par Boukobza, 2003) conceptualise la notion de handling qui caractérise les soins apportés à l'enfant dans le quotidien, tel que le nourrir, le changer, l'habiller. Et en parallèle, le holding renvoie à la notion de portage aussi bien psychique que physique, de la figure d'attachement envers son enfant. Être en capacité de répondre aux besoins de l'enfant comprend la question de la présence physique et psychique, mais aussi de la disponibilité, de l'écoute portée à l'autre et ainsi, du principe d'accordage. Seulement, dans le cas où notamment d'état dissociatif, l'individu peut être coupé de lui et de son environnement, sans possibilité de percevoir et d'entendre les besoins venant de l'extérieur. Ces difficultés surgissent au sein de la parentalité avec toutes les incidences qu'elles comportent sur les interactions précoces entre le parent traumatisé et son enfant en demande de soins.

3.2. L'instauration d'un lien d'attachement

Bowlby est le fondateur de la théorie de l'attachement (1969). Il évoque la notion d'attachement comme un besoin primaire, à l'image d'une question de survie de l'espèce, qui permet à l'enfant d'éprouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers rencontrés. Les premières relations d'attachement entre un enfant et ses figures d'attachement principales permettent à l'enfant de se développer en internalisant des représentations de soi, et des autres, qui lui serviront de base pour son développement et ses relations sociales ultérieures.

À partir d'environ 7 mois, le système d'attachement se met en place et l'enfant identifie ses figures d'attachements spécifiques. Celles-ci représentent la ou les personne(s) qui prend soin physiquement et psychiquement de lui, qui assure la plus importante et régulière des présences et qui investit émotionnellement la relation avec l'enfant. Il y a donc la figure d'attachement privilégiée, puis les figures d'attachements subsidiaires, en cas d'absence de la première. Cette figure est la base pour l'enfant grâce à laquelle il va ensuite pouvoir explorer le monde. Cette

aptitude d'exploration tient en grande partie dans la qualité des liens d'attachement qui constituent une notion de base de sécurité, de confiance, de soutien, de protection et de disponibilité. (Dugravier & Barbey-Mintz 2015).

Bowlby a conceptualisé la notion de modèles internes opérants (MIO) comme des modèles de représentations généralisées à propos de soi, des autres et du monde qui vont se façonner dès les premières expériences relationnelles (Dozio, 2020). Lorsque ces modèles se construisent durant la première année de vie, ils ont tendance à persister tout au long de la vie et à se transmettre aux générations suivantes.

Cependant, qu'en est-il si la figure d'attachement de l'enfant ne dispose pas d'une propre sécurité interne ? Si son état de mal-être physique et psychique est trop important ?

Afin de pouvoir identifier quels comportements font lien avec un type d'attachement en particulier, j'ai fait le choix de créer un tableau ci-dessous.

Type d'attachement	<u>Séure</u>	<u>Inséure-évitant</u>	<u>Inséure ambivalent-résistant</u>	<u>Désorganisé</u>
Comportement de la figure d'attachement	Stabilité, ajustement aux comportements de l'enfant, répond à ses besoins, à l'écoute de l'environnement	Prends peu l'enfant dans ses bras, peu de mimiques et d'échanges avec l'enfant	Alterne entre disponibilité puis absence envers l'enfant, présence en intermittence, inconstance des réponses	Figure d'attachement dans un grand état de mal-être, désorientée parfois en lien avec contexte traumatisme, choc, stress aigu.
Comportement de l'enfant	Base de sécurité émotionnelle stable, bonne estime de soi, bonne capacité d'exploration	État d'hyperexcitation constante, ne pleurent pas quand la figure d'attachement se retire de leur environnement proche et ne prêtent pas attention quand elle revient, peuvent jouer seuls longtemps, masque détresse émotionnelle envers ses parents	Manifestations de détresse lors de la séparation avec la figure d'attachement, recherche de contact, mais aussi de rejet coléreux, ambivalent en situation de stress difficultés à être consolé	Ne peut pas entrer en communication avec sa figure d'attachement car elle est source de terreur et de détresse, ne peut ni s'approcher, ni détourner l'attention, ni s'enfuir donc dysrégulations biologiques, désorganisation gestuelle

Les 3 différents types d'attachement selon Bowlby et l'attachement désorganisé par Main & Kaplan (cité par Dugravier & Barbey-Mintz, 2015)

Autour de la question de la transmission entre l'enfant et sa figure d'attachement traumatisée, nous pouvons davantage faire référence à l'attachement désorganisé évoqué par Main et Kaplan (cité par Dugravier & Barbey-Mintz, 2015). En 1996, Lyons-Ruth et Block (cité par Genet et al., 2018) ont réalisé des travaux mettant en lien le vécu traumatique dans l'enfance de la figure d'attachement et des comportements avec son enfant, propres au type d'attachement désorganisé. De

plus, l'attachement ambivalent peut faire lien à un contexte où l'adulte traverse des symptômes traumatiques comme la dissociation. Cette dissociation peut amener à une discontinuité dans la présence psychique envers son enfant, avec un fonctionnement en "On/Off". De plus, des comportements de type "évitant" peuvent aussi être susceptibles d'être retrouvés dans le cas où l'adulte est dans un état post-traumatique avec des symptômes dépressifs qui l'empêchent de se connecter à l'enfant physiquement et psychiquement, caractérisés par une tristesse de l'humeur, une apathie, une anhédonie, par exemple.

3.3. Réciprocité et neurones miroirs

En 1992, Giacomo Rizzolatti, neurologue italien, découvre l'existence des neurones miroirs. Ils sont considérés comme des neurones moteurs qui vont s'activer lors d'une action vers un but et lorsque nous regardons quelqu'un d'autre réaliser la même action. Les neurones miroirs vont être impliqués dans l'exécution de l'action, mais aussi dans sa perception qui permet ensuite de pouvoir comprendre l'intention de l'autre. *"Ce processus se passerait en deçà du raisonnement et serait davantage intuitif. Piaget aurait pu utiliser le terme de « sensori-moteur » pour évoquer ce niveau d'interaction."* (Dellucci, 2009, p.207)

D'après Meltzoff et Moore (cité par Dellucci, 2009) les neurones miroirs commencent à fonctionner dès la naissance. Ils sont importants dans l'apprentissage par l'imitation (Dellucci, 2009), en permettant à la fois de capter, de discerner les intentions des autres et de refléter le comportement d'autrui. Ils se situent au niveau du cortex préfrontal et leur système est associé à des aires cérébrales en lien avec des actions viscéro-motrices liées aux émotions (Gallese et al., Singer cité dans Dellucci, 2009). Les neurones miroirs seraient donc étroitement liés à l'apprentissage, l'empathie, l'imitation, mais aussi la sphère émotionnelle.

Dellucci (2009), étudie les liens entre les neurones miroirs et la transmission du traumatisme psychique. Elle fait part de deux types de mémoire différentes ; la mémoire sémantique et la mémoire iconique. Cette dernière fait référence au matériel non verbal qui contient les images, les émotions, les sensations corporelles, et qui peut être transmis par les neurones miroirs.

II. La mise en maux des corps sous l'angle de la psychomotricité

« L'émotion de l'autre est constituée, vécue et ainsi directement comprise par le biais des stimulations corporelles produites par un état du corps partagé. » Gallese (cité dans Dellucci, 2009, p. 208)

1. Présentation de l'institution

Le cas clinique qui sera exposé tout au long de cette partie, s'inscrit dans un suivi au sein du Centre Médico Psychologique (CMP) pour enfants dans lequel je réalise un de mes stages longs de cette troisième année de formation.

Un CMP est une structure extra-hospitalière, sectorisée et rattachée à un centre hospitalier, à destination des enfants, adolescents et/ou adultes. L'institution est publique donc toutes les consultations sont entièrement prises en charge par la Sécurité Sociale. Ici, la structure prend en charge des enfants de 2 à 12 ans environ. Elle est à la fois lieu de prévention, de consultation, d'évaluation et de soins qui accueille, en première intention, les demandes qui émanent des parents souvent orientés par un partenaire qui va permettre le lien avec les structures. Le CMP travaille donc en réseau avec les écoles, mais aussi les professionnels du libéral, et autres acteurs engagés dans le parcours de soin de l'enfant.

Différents soins sont proposés par une équipe pluridisciplinaire qui compte : une pédopsychiatre, quatre psychologues, deux infirmières, deux psychomotriciens, deux secrétaires, un agent de service hospitalier, une assistante sociale ainsi qu'une cadre de santé.

Le premier entretien au CMP est réalisé par la pédopsychiatre ou une psychologue, qui va évaluer la demande en recueillant les informations et les inquiétudes par rapport à l'enfant. Chaque famille dispose d'un consultant tout au long du suivi. Ce consultant est soit une pédopsychiatre soit une psychologue, qui va assurer ensuite la coordination entre la famille et les différents acteurs de soin. Ceux-ci établiront des rendez-vous en fonction des besoins et des possibilités, soit de manière hebdomadaire ou mensuelle, avec la présence ou non des parents.

L'enfant peut bénéficier de prise en charge en individuel ou bien en groupe. Actuellement, le CMP compte différents groupes thérapeutiques recevant des enfants de différents âges, dont le groupe jardinage qui sera déployé au cours du cas clinique.

2. Contexte de la rencontre avec Siko

Je rencontre Siko dans le cadre du groupe thérapeutique jardinage. Mes observations cliniques portent donc autour de mes temps de présence lors du groupe, ainsi que sur les échanges de contenu des séances individuelles en psychomotricité qui me sont rapportées par le psychomotricien.

Le groupe jardinage à lieu tous les mercredis après-midi de 13h30 à 14h30. Celui-ci est encadré par deux infirmières et moi, comme stagiaire, et compte trois enfants entre 7 et 9 ans. Le groupe a toujours lieu dans le jardin du CMP, sauf en cas d'intempéries où nous occupons la cuisine à l'étage. Un premier temps est dédié aux nouvelles, nous nous retrouvons autour de la table et chacun peut dire ce dont il a envie concernant la semaine écoulée, son état du jour, ou autre. Puis, nous poursuivons sur un temps de jardinage, qui laisse place à l'action : cueillir, planter, repoter, ramasser les feuilles, arroser. Pour enfin, se rassembler et laisser une trace de la séance dans le classeur du groupe, par quelques mots qui en résument le contenu, parfois complétés par un ou plusieurs dessins des enfants.

Ce groupe est indiqué pour des enfants présentant des difficultés relationnelles, des retards de développement, une déficience intellectuelle, une inhibition ou une impulsivité motrice, un trouble du spectre autistique, ou des troubles d'apprentissages.

Les objectifs thérapeutiques retrouvés sont le soutien du développement des compétences relationnelles entre pairs. Aider l'enfant à trouver sa place dans le groupe, travailler les repères temporo-spatiaux, stimuler ses capacités cognitives au travers des fonctions exécutives, de l'attention, de la cognition sociale et du langage. La notion de temporalité occupe une place centrale, avec les semences de fleurs ou de plantes sous terre qui poussent puis s'érigent au fil des saisons, la potentielle surprise de ne pas toujours voir pousser ce qui était imaginé. Tout cela permet aussi

de renforcer la confiance en soi en étant fier d'observer le fruit de son travail de plantation.

La motricité fine est mise en application, avec les praxies, au travers des différentes tâches à réaliser comme semer les graines, faire des trous dans la terre, tailler des bouts de plantes. Ces actions impliquent à la fois une bonne organisation du geste en développant le sens de la planification, mais aussi la précision et les coordinations uni et bi-manuelles.

La sphère sensorielle est aussi mise à l'honneur. De manière olfactive, les enfants peuvent sentir diverses odeurs au travers des plantes, des fleurs, mais aussi des herbes aromatiques. Sur le plan tactile, avec les innombrables textures du jardin : malaxer la terre parfois sèche ou très humide, toucher la douceur de certaines plantes, ou des surfaces plus rugueuses, plonger ses mains dans un tas de feuilles qui s'effritent ou qui viennent se coller à la peau. Il est aussi question de prêter l'oreille aux sons environnants, la nature qui s'agite avec le vent ou le chant des oiseaux qui annonce l'arrivée du printemps. C'est aussi la joie de goûter de nouvelles saveurs, des framboises bien mûres, des feuilles de menthe pour une haleine "rafraîchissante", ou d'observer une brindille de romarin qui laisse perplexe certains.

Le groupe jardinage met également en avant le "prendre soin", qu'il s'agisse de la faune et de la flore, mais aussi des autres membres du groupe, dans un objectif d'interactions, d'observations et d'entraides.

3. Retour en arrière : éléments d'anamnèse

Les éléments d'anamnèse concernant Siko et sa famille me sont rapportés au travers du dossier médical de l'enfant, mais aussi par des échanges avec la pédopsychiatre, une des infirmières et le psychomotricien. Ces trois professionnels occupent, au moment de l'élaboration de ce cas clinique, une place dans le parcours de soin de Siko.

La mère de Siko arrive pour la première fois au CMP en 2011, accompagnée de sa fille aînée. Lors des premiers entretiens, cette mère se montre très inhibée, elle est déprimée et isolée socialement. Elle fait part de difficultés économiques et de problématiques de logement, en parallèle d'un travail précaire qui la contraint à faire plusieurs heures de transport par jour et l'amène à peu voir ses enfants. Ces derniers sont gardés principalement par d'autres membres de la famille comme l'oncle et des cousins.

La mère de Siko est originaire de Guinée. Elle est arrivée en France en 2008 avec le statut de réfugié politique, après être partie précipitamment suite à l'assassinat de son mari, qui a eu lieu devant ses yeux. Avec cet homme, elle a eu deux filles et un garçon qui présente une schizophrénie. Faisant de nombreuses fugues pathologiques, c'est une de ses soeurs qui s'occupe de lui et ils vivent tous les deux chez la tante maternelle. La seconde fille de Madame a pu venir la rejoindre en France très vite après son arrivée, contrairement aux deux autres enfants qui sont toujours en Guinée malgré une tentative d'arriver en France par la route migratoire. Madame n'a donc pas revu ses enfants depuis son départ en 2008 et elle a pu exprimer une grande crainte que sa fille restée au pays, subisse des violences sexuelles par des membres du village, déclarant qu'il est courant que cela arrive. Un fort sentiment d'impuissance, mais aussi de culpabilité, s'empare de la mère de Siko. Elle évoque un parcours migratoire traumatique avec notamment des violences sexuelles, sans pouvoir apporter davantage d'informations sur le sujet.

En France, elle rencontre un homme avec qui elle a trois enfants, dont Siko qui est le dernier. Le couple ne vit pas ensemble, lui loge dans une colocation en logement social et elle avec ses enfants et d'autres membres de la famille. La relation entre le père et ses enfants est emprunt d'importantes discontinuités, avec des périodes d'absence allant parfois de plusieurs semaines à plusieurs mois, sans que celui-ci ne donne de nouvelles et ne rende visite à sa famille.

Siko est né en août 2016. Il vit actuellement avec une de ses sœurs et son frère, qui sont tous deux suivis aussi au CMP, ainsi que d'autres membres de la famille. Sa mère relaye peu d'informations au sujet du déroulement de la grossesse ainsi que sur le développement psychomoteur de son fils durant ses premières années de vie. De plus, celle-ci reste très vague quant à sa vie avant d'avoir Siko.

La pédopsychiatre qui suit la dyade en consultation évoque une importante discontinuité dans les séances, il semble difficile pour la mère de venir aux rendez-vous, notamment par son travail qui lui prend beaucoup de temps et dont elle dit se sentir très fatiguée. Lorsqu'elle est présente, les professionnels la décrivent comme absente psychologiquement, donnant l'impression d'être "dans la lune", et qu'elle ne semble pas toujours comprendre pourquoi ont lieu les rendez-vous. Madame est prise dans ses propres problématiques et il lui est difficile d'entendre et donc de répondre aux besoins de ses enfants. Elle n'a cependant pas de suivi individuel en parallèle. La pédopsychiatre peut relever un manque de protection concernant ses enfants, les exposant à des situations peu adaptées sans pouvoir percevoir un possible danger. Par exemple, Madame peut faire dormir des hommes ne faisant pas partie d'un cercle proche de la famille, dans un des lits de la chambre de Siko et son frère, nécessitant alors aux enfants de dormir dans le même lit à deux. Mais aussi, Siko a déjà pu rapporter aux professionnels de la structure des violences de la part de sa mère, avec notamment une télécommande lancée sur lui, qui l'amène parfois à se cacher par crainte que cela ne se reproduise.

À l'école, Siko est décrit comme un garçon perturbateur, qui crie beaucoup et circule dans les parties communes de l'école. Les interactions avec les adultes et les autres enfants sont difficiles et il ne s'engage pas dans les apprentissages. En classe, il réclame une attention exclusive et il supporte mal la frustration. À la maison des violences intrafamiliales sont rapportées, notamment de la part de son oncle envers lui.

Siko est adressé au Centre Médico Psychologique en Juillet 2021, alors qu'il a 5 ans, sur les conseils de l'école qui relève d'importantes difficultés d'apprentissages et de comportement. La pédopsychiatre propose ensuite une prise en charge individuelle en psychomotricité à partir d'octobre 2021, au sujet de ses difficultés d'apprentissages, de concentration et d'agitation motrice.

Des objectifs de prises en charge en psychomotricité ont été définis et sont toujours en cours de travail à l'heure actuelle : soutenir l'investissement corporel, enrichir les mouvements globaux, soutenir la régulation tonico-émotionnelle, favoriser la souplesse relationnelle et soutenir l'intégration d'une contenance et d'un ancrage.

En parallèle du suivi en psychomotricité, la pédopsychiatre propose d'intégrer Siko au groupe jardinage, à partir de septembre 2023. L'indication concerne le travail

du lien avec ses pairs, afin de lui permettre de trouver sa propre place au sein d'un groupe, et de l'aider à canaliser son agitation motrice.

4. Sphères psychomotrices : l'articulation entre observation clinique, apports théoriques et mise en lien

Je choisis de déployer le cas de Siko au sein de cet écrit, me questionnant particulièrement sur son organisation psychomotrice au travers de la sphère sensorielle, tonique, motrice, de communication, de relation et de la sphère spatio-temporelle.

Siko est un garçon physiquement fin et élancé, il porte des lunettes, quand celles-ci ne sont pas oubliées ou cassées pas un trop plein de colère. Sur son visage, quelques marques de cicatrices telles des griffures, et parfois un sourire laissant apparaître quelques dents de travers. Dès l'entrée dans le CMP, c'est souvent la tête baissée qu'il franchit la porte, regard au sol, première vue sur des baskets usées par tant de pas consumés et de courses effrénées.

4 octobre 2023

13h30, le groupe commence. Comme tous les mercredis depuis septembre, la séance démarre par un tour de table permettant à chacun d'exprimer une ou plusieurs nouvelles. Siko ne souhaite rien partager, mais il peut répondre à certaines questions qui lui sont posées. Très vite, il se lève de sa chaise et court à toute vitesse dans le jardin, de manière circulaire, sans laisser supposer qu'il viendra bientôt se joindre à nous. Quelques minutes défilent et, commençant à perdre patience, une des infirmières se rapproche pour le chercher et le faire revenir à sa place. L'espoir est grand, l'envie est là, mais Siko, lui, ne compte pas arrêter sa course infernale. Il jette des regards aux adultes, parfois accompagnés de rires immotivés puis il monte en intensité, avec des marques de colères qui se dessinent dans son corps tout entier. Il évite à coups de slaloms et d'accélération l'adulte, ses lunettes finissent par regagner le sol et petit à petit son souffle s'accélère, son corps semble s'épuiser doucement. Le rythme décélère, mais pour autant, il n'est pas

encore question pour Siko de rejoindre le groupe. Les deux autres enfants, observant la scène depuis quelques minutes, commencent donc à planter les bulbes sans lui, dans un coin de terre du jardin.

Les regards se détournent de lui, l'activité reprend, et Siko laisse échapper des cris de colère tout en se rapprochant de la table, où une des infirmières y est encore assise. Il finit par s'asseoir à côté d'elle en laissant une distance entre eux deux. Les cris de Siko résonnent durant plusieurs minutes sans s'arrêter, la tête enfouie dans ses bras. Sa voix qui hurle se transforme ensuite en pleurs, des torrents de larmes qui noient Siko sur sa chaise et qui immergent son cœur et son corps. Il ne peut s'arrêter, il ne semble plus rien contrôler, ni même l'adulte à côté de lui qui s'approche doucement et dépose une main sur son dos en signe de soutien. Il vient se rapprocher, chercher la contenance près de ses bras, une épaule qui soutient physiquement un corps à la dérive.

Pendant ce temps-là, les deux autres enfants finissent de planter les bulbes et reviennent à la table pour le temps de verbalisation de fin de séance. Siko pleure toujours intensément et, dès lors que le groupe se rassemble, des cris se font entendre à nouveau, camouflant la parole des autres enfants. C'est alors qu'il montre de la frustration de ne pas avoir pu participer à l'activité proposée et continue de pleurer dans ses bras.

14h30 sonnent et il est l'heure pour les enfants de rejoindre leurs parents en salle d'attente. Siko, toujours submergé par ses larmes, reste encore quelques minutes auprès de nous, pour faire redescendre l'émotion débordante de cette heure passée. Ni une ni deux, son oncle arrive dans le jardin demandant ce qui se passe, pensant que Siko s'est fait mal et pleure pour cette raison. Non sans trop donner de détails, nous expliquons que les larmes et les cris de Siko sont plutôt les témoins d'une grosse tristesse et d'un besoin de faire évacuer tout ce qui l'envahit. L'oncle se rapproche de lui, lui demande quelle bêtise il a fait, sans prendre en considération ce que nous venons de lui dire, et il lui ordonne d'arrêter de pleurer. Néanmoins, Siko se rapproche de son oncle en ouvrant timidement les bras, témoignant d'une envie de se blottir dans ses bras mais la demande n'est pas entendue : "il faut rentrer à la maison maintenant !". Siko repart, les larmes maintenant sèchent sur ses joues, tapissent le sol, arrosant la terre d'une douleur qu'on ne dit pas, mais qui hurlent si fort que les racines des arbres s'en souviennent encore.

Lorsque Siko est reparti, des larmes me sont montées, à défaut de sortir au grand jour elles ont alimenté un nouveau terreau en moi, fait de graines de réflexion et de questionnements. En effet, la douleur que Siko avait exprimée me semblait si intense et authentique, que je ne pouvais en rester imperturbable. C'est alors que je me suis demandé d'où pouvait provenir cette détresse, de quel endroit partaient ses cris et ses pleurs, sur quel terreau germait la douleur ? Elle me paraissait le dépasser, le submerger, sans qu'il puisse y comprendre tous les paramètres de son émergence et ainsi, y mettre du sens. J'ai eu le sentiment que la souffrance dont témoignait Siko était composée de facteurs multiples, dont certains lui étaient imprévisibles et difficilement contrôlables. Comme si à cet instant-ci Siko n'était pas l'unique maître dans son expression psychocorporelle, mais que certains paramètres s'étaient inscrit en lui sans en avoir le choix, l'obligeant à devoir naviguer avec, à bord, des éléments qui ne lui appartiennent pas directement.

Non sans vouloir prétendre trouver une vérité absolue à cette question, j'ai décidé d'explorer une piste : celle du lien avec le vécu douloureux et traumatique de la figure d'attachement.

Si j'avais été moi-même marqué par l'expression de l'état actuel de Siko, qu'en était-il pour lui qui grandissait avec une figure d'attachement à l'histoire si traumatique ? Qu'est-ce qui de la douleur de sa mère pouvait venir impacter son propre développement psychomoteur ? Sa propre souffrance pouvait-elle aussi prendre racine en partie par la transmission de celle de sa mère ?

C'est ainsi que je me suis penchée sur l'exploration des différentes sphères psychomotrices dans l'organisation de Siko, en y proposant des liens et des réflexions en articulation avec les interactions entre lui et sa figure d'attachement.

4.1. Sensorialité : de la constitution des enveloppes au toucher

4.1.1. Le sens de l'observation

Quelquefois Siko explore le jardin. Il s'approche précipitamment du thym ou de la menthe, il prend quelques feuilles entre ses doigts et renifle en s'exclamant très fort comme l'odeur est "merveilleuse" ou bien "dégoutante". À l'image de

l'investissement de son corps dans le mouvement, pas de demi-mesure : le plein ou le vide, le trop ou le pas assez, le bien ou le mal.

Siko découvre et reste interloqué par le toucher d'une brindille douce et agréable, le goût délicieux des framboises fraîchement cueillies ou encore l'odeur des herbes aromatiques qui parfument des plats. Il explore parfois avec aisance et grande hâte, d'autres fois avec réticence, voire appréhension.

Dans le jardin, nous manipulons beaucoup, nous touchons beaucoup. Les textures sont variées, de la terre sèche à la boue, des vers de terre aux limaces, des feuilles mortes aux épines des rosiers, la peau touche et réagit. Parfois, Siko arrive à toucher à main nue les textures, pleinement et fermement. Mais d'autres fois, même le gant qui sépare sa peau de la matière, ne suffit pas à lui permettre de manipuler sans crainte. Il a peur de se salir, il a des expressions faciales de dégoût et de méfiance, parfois il sursaute en arrière au moment du contact de la matière sur sa peau et il demande si les marques sur ses mains disparaîtront une fois les avoir passées sous l'eau.

Le contact avec l'adulte est à l'image de ses explorations sensorielles dans le jardin : des polarités qui s'opposent et ne trouvent que peu l'équilibre de l'entre-deux.

Les mots de Siko s'immiscent dans le corps à corps ou bien dans le jeu des distances avec l'adulte, d'une parcelle d'herbes à son opposé. Le contact avec le corps de l'adulte se fait avec ou sans encombre, dans les gestes et les mots violents ou bien dans une posture régressive ; il vient se lover doucement tout contre celui qui est à la fois figure de combat et de doux réconfort.

4.1.2. Le sens de la définition

Le système sensoriel regroupe, notamment, un ensemble de nerfs et d'organes périphériques, mais aussi de noyaux centraux et de régions de projection, qui vont recevoir et traiter différentes sensibilités provenant d'informations internes et externes.

La sensation est un fait physiologique élémentaire qui met en jeu l'excitation d'un récepteur sensoriel qui va déclencher un potentiel d'action puis une transmission au centre de traitement supérieur du système nerveux central. À celle-ci, se succède la

perception qui existe au travers de différents systèmes sensoriels et qui vient interpréter les sensations perçues. *“La perception est la capacité qui permet à un organisme de guider ses actions et de connaître son environnement sur la base des informations fournies par ses sens.”* (Bonnet, 2014, p. 213)

La sensorialité va opérer sous différentes modalités, à la fois extéroceptive, proprioceptive et intéroceptive. Elle se retrouve au travers des organes sensoriels, mais aussi au sein du système somesthésique qui est responsable des sensations somatiques permettant la perception globale du corps. La coordination entre ces différentes modalités sensorielles va permettre de passer de la sensation à la perception, en permettant à l'enfant de percevoir les changements externes et internes de son corps avec, en plus, l'étayage de l'adulte pour donner sens à ce qu'il vit.

4.1.3. Sensorialité et premières interactions

Par le toucher

Le sens tactile fait lien avec la notion de toucher. In utéro, il est le premier des sens à se mettre en place, avec des récepteurs tactiles, déjà efficaces. D'après Anzieu (cité par Friard, 2020), il existe une loi biologique selon laquelle plus une fonction est précoce, plus elle a de chances d'être fondamentale.

Le tact permet un contact réciproque, puisque toucher, c'est aussi être touché soi-même. Il amène donc à la question de la relation et de la communication, entre soi et l'autre. Le sens tactile permet à l'enfant de venir explorer son environnement, mais aussi de ressentir les sensations de contenance, de portage et de bercement.

Le toucher tient une place centrale dans la clinique des personnes traumatisées, pouvant être tout aussi bien effrayant que rassurant. Dans le cas des violences sexuelles, par exemple, le sens tactile peut venir refaire surgir des reviviscences chargées d'affects et de représentations négatives.

Qu'en est-il alors quand l'enfant a besoin d'un toucher sécurisant et contenant de la part de son parent, pour qui cette modalité sensorielle est peut-être encore

source de souffrance ? Comment la peau peut-elle être vecteur du vécu traumatique ? Et ainsi comment l'enfant reçoit cette transmission dans ce corps à corps ?

Sur la peau

Le sens tactile fait référence au système peau. La notion de "Moi-peau" d'Anzieu (cité par Kaës, 2007) évoque l'importance de la sensorialité chez le jeune enfant pour mener à bien sa construction psychocorporelle. L'enfant va alors, petit à petit, prendre conscience de son enveloppe corporelle et de son corps unifié. La peau entoure le corps, permet de rassembler les expériences précoces significatives autour d'une peau commune entre le parent et son enfant, qui est dépendant de la qualité des soins de celle-ci. Les fonctions du Moi-Peau permettent une contenance, une régulation des pulsions, une fonction d'individuation du soi, de l'intersensorialité, des fonctions d'inscription des traces sensorielles tactiles et a aussi une fonction pare-excitatrice. Le temps de peau à peau commun entre l'enfant et le parent peut conditionner la qualité du processus de différenciation.

Dans l'enveloppe

Le toucher met en contact le système peau qui fait écho à l'enveloppe corporelle qui assure une fonction contenant et protectrice, en marquant une limite entre l'extérieur et l'intérieur.

Bolsanello (2005) évoque la fonction de la peau comme celle d'une frontière entre soi et l'autre. Celle-ci permet à la fois de marquer l'intimité, mais aussi l'identité du sujet et la possibilité de rentrer en contact avec les autres.

La construction de cette enveloppe corporelle va être permise par les premières expériences corporelles in-utéro puis par le nourrisson en lien avec son milieu et l'étayage parental.

En parallèle, l'enveloppe psychique se constitue au travers d'une couche extérieure qui permet de faire réguler les stimulations provenant de l'environnement, et d'une face interne qui permet la mise en lien des stimulations extérieures avec l'organisation interne du sujet. L'enveloppe psychique mais aussi tonique, qui assure une fonction de contenance, entoure l'être déjà durant la période intra-utérine, elle

reste immature à la naissance puis se construit tout au long de son évolution. Robert-Ouvray (2007) associe la notion de bipolarité tonique à la première enveloppe psychocorporelle, qui se construit autour du tonus de l'individu. Cette enveloppe psycho-tonique va se compléter à l'enveloppe psycho-sensorielle, qui comprend le sens tactile notamment.

L'adulte traumatisé et son enfant se voient tous deux parés d'un système pare-excitatoire défaillant, l'un par les éléments adverses rencontrés lors d'un parcours traumatique, l'autre par un défaut de mise en place lors des premières interactions. Pour l'un l'enveloppe psychocorporelle a été effractée au cours des événements de vie, pour l'autre, elle a été difficilement constituée.

Bourrat (2004) évoque le déficit d'intégration de l'enveloppe peau de la figure d'attachement comme générant chez l'enfant la constitution d'une seconde peau, dû à des angoisses de fragmentation primitives. La question de la seconde peau se pose ensuite au travers de l'investissement de la motricité et de l'organisation tonique de l'individu.

La fonction pare-excitatrice

La possibilité de régulation des éléments de l'environnement et de l'état interne, tient en partie, à l'efficacité ou non de la fonction pare-excitatrice.

Bion (cité par Bronstein, 2012) reprend la théorie de Mélanie Klein sur la construction précoce du psychisme en lien avec les mécanismes de l'identification projective pour expliquer les capacités du nourrisson à rejeter les ressentis du déplaisir, démontrant que la projection vers l'extérieur est déterminante dans la structuration de l'appareil psychique, avec la capacité à penser.

Il définit la fonction alpha comme un processus de mentalisation du monde, qui permet de passer de l'expérience sensorielle/corporelle à la forme mentale de l'expérience, donc de passer d'un vécu à un élément psychique. Les éléments alpha sont des impressions sensorielles mises en images (pensées ou mots) assimilées par la psyché, qui permettent l'émergence de la pensée. Cela fait lien avec les capacités de la figure d'attachement à recevoir et contenir les sensations et

émotions brutes de son enfant puis de les transformer. Ainsi, la fonction alpha est d'abord portée par l'adulte puis intériorisée par l'enfant.

En outre, ce qui n'a pas pu être "psychisé" par la fonction alpha va conserver un statut indicible et irreprésentable, que nous nommons : éléments bêta. Ces éléments sont décrits comme toxiques pour la psyché, ce sont des éléments bruts non intégrés, non assimilables tel quel par le psychique. La fonction alpha de la figure d'attachement est là pour recevoir les éléments bêta vécu par l'enfant et l'aider à les intérioriser et à les digérer en les remplaçant par des éléments alpha.

Dans le cas du psychotraumatisme, l'événement est traumatique car il n'est pas assimilable et ainsi, transformable, par la psyché de l'individu. Comme les éléments bêta qui sont intraduisibles par le psychisme, le traumatisme n'est pas traductible en termes de représentations internes avec le vécu du propre système représentatif de la personne. Nous pouvons donc supposer que l'individu traumatisé n'a pas recours à une fonction alpha suffisante. Sans cela, des difficultés peuvent être retrouvées pour assimiler les impressions sensorielles dans la psyché, laissant les émotions sous une forme brute. Si tel est le cas, comment l'adulte, submergé par des éléments bêta, peut-il assurer la fonction alpha envers son enfant ?

Quelle mise en sens pour Siko ?

Au travers des observations cliniques de la sphère sensorielle, la question des enveloppes, du sens tactile et de la fonction pare-excitatrice me semblent prédominantes, c'est donc sur celles-ci que je choisis de déployer ma réflexion.

Dans un premier temps, nous pouvons nous questionner sur la construction de l'enveloppe psychocorporelle de Siko. Comment celle-ci a pu s'établir dans les premières interactions précoces avec sa figure d'attachement, mais aussi en amont, lors de la vie intra-utérine et de l'état physique et psychique de celle-ci ? Il m'apparaît que les événements traumatiques tels que les agressions sexuelles subies, corrélées au vécu traumatique d'un climat de guerre dans son pays natal, ainsi que la violence du parcours migratoire ont pu venir impacter la propre enveloppe protectrice de la mère de Siko. Son système pare-excitatoire a pu être bouleversé et effracté, ne lui permettant plus de pouvoir assimiler les éléments bruts

et accéder alors à la représentation des sensations perçues. Nous pouvons donc supposer que cela a donné lieu pour Madame à un vécu d'insécurité dans son propre corps, qui est toujours en état actuellement, si le travail de mise en sens et d'élaboration n'ont pas eu lieu.

En parallèle, j'observe chez Siko des limites à la fois physiques et psychiques difficilement établies, comme si le jeune garçon manquait lui aussi de contenance, et d'un système pare-excitatoire défaillant. En effet, les informations extérieures peuvent apparaître comme difficiles à réguler, à gérer, à contraster. Siko peut se laisser déborder par un trop plein d'excitations, il lui est difficile de trouver un apaisement. Il agit souvent au travers de pôles opposés comme par exemple une excitation débordante ou bien au contraire, un repli mutique. Nous pouvons faire le lien avec la notion d'alternance entre l'état de détente et de tension qui va être régulé et accompagné par les réactions du parent en répondant aux besoins de l'enfant. Pour Siko, sa figure d'attachement ne semble pas opérer le rôle de filtre relationnel et le processus d'étayage psychomoteur est entravé. De plus, la navigation entre les deux pôles fait lien avec la question du bon objet qui est présent, enveloppant et plein, avec celui du mauvais objet, absent, distant et vide. (Robert-Ouvray, 2014)

Lors du déroulement des séances avec Siko, je peux faire état de ressentis parfois oscillants entre l'agacement de le voir s'agiter et s'opposer, mais aussi la posture maternante qu'il provoque en moi avec l'envie de lui apporter de la contenance, du soutien, et de le rassurer. En observant les autres adultes interagissant avec lui lors des suivis, ou en échangeant à ce sujet avec eux, je me rends alors compte que Siko provoque cela chez chacun de nous.

Lors du groupe jardinage, alors même que je me trouve souvent proche physiquement de Siko pour l'aider et l'accompagner dans la tâche, jamais aucun contact physique intentionnel, n'a lieu. Il peut facilement se rapprocher, mais sans jamais me toucher. Je ressens chez Siko comme il peut se montrer craintif envers l'adulte, qu'il peut avoir tendance à mettre à distance, mais aussi comme il demande son soutien et sa présence. C'est finalement ce qui me paraît naturel de faire aussi : je lui propose mon soutien et ma présence, à la fois physique et psychique, en me tenant disponible, tout en étant à l'écoute de son espace propre.

Au fur et à mesure des séances, je me rends compte comme Siko provoque cette envie de lui apporter toute la sécurité et la contenance que procure le maternage,

mais aussi toute la question du cadre, des limites, des appuis, à instaurer et partager. Pour cela, je me place souvent proche de lui, de façon à ce qu'il puisse sentir ma présence près de lui, mais sans rentrer trop proche dans son espace personnel. Ainsi, je lui permets de pouvoir choisir de lui-même s'il souhaite me solliciter pour l'accompagner dans la tâche à faire ou bien s'il aspire à la réaliser seul sans que je n'intervienne. Mon objectif au sein du groupe jardinage est de créer, à l'image d'un port d'attache, une figure pilier pour lui, sur laquelle il peut s'appuyer et se rassurer lorsqu'il en ressent le besoin, tout en le guidant vers l'autonomisation et la prise de conscience et de confiance de ses propres capacités.

4.2. Tonus et motricité : à la quête du mouvement permanent

4.2.1. Le mouvement en observation

15 mètres sur 8, Siko connaît chaque carré de terre du jardin. Ses pieds se posent sur ce sol parfois boueux, sec ou recouvert d'un tapis de feuilles. Rien ne l'arrête, pas même l'infirmière qui lui dit fermement de revenir ou les gouttes de pluie qui tombent de plus en plus. Son agitation est quasi permanente, se maintenir assis sur cette vieille chaise de jardin est un projet qui ne semble pas prêt de se concrétiser. Quand son corps ne s'engage pas dans une course folle à travers le jardin, ce sont ses pieds qui échappent au contrôle. Ils tapent le sol en jouant la mélodie des enfants mécontents par une immobilité imposée. Parfois ses mains, elles aussi, jouent des airs de colère sur une table en demande de répit. Et puis pour ne pas faire de jaloux, son corps tout entier se balance sur les quatre points cardinaux d'une chaise trop bancale.

Lorsqu'après avoir fait un 100 mètres en sprint dans un carré de terre, Siko redécouvre la sensation de l'assise, il veille à se distancer d'au moins deux rangées de tulipes, du reste du groupe. La stabilité et la tranquillité se trouvent peut-être davantage proches des racines des plantes qu'auprès d'individus eux-aussi à la recherche du point d'équilibre.

Siko bouge, mobilise, investit son corps sur les airs des 4 saisons de Vivaldi : haut en couleur. Les décharges motrices sous la forme pulsionnelle troublent la régulation tonique et l'orchestre se désaccorde et perd son harmonie de groupe. Une cacophonie qui mêle gestes incontrôlés et ajustement postural difficile. L'agitation motrice prédomine et montre un besoin constant de sentir son corps dans le mouvement.

Siko tient, et surtout se maintient via une carapace tonique, une tension musculaire importante qui laisse présager une hypertonie associée à des réactions tonico-émotionnelles. Celles-ci semblent impacter son aisance motrice, les coordinations sont précaires, les gestes peu fluides et harmonieux.

La symphonie du mercredi en jardinage est également jouée sur une autre scène, celle du jeudi en psychomotricité. Pas de terreau ni de graines à planter, mais un ballon qui traverse la salle de long en large. Siko demande facilement d'y jouer et apprécie les parcours moteurs. Mais accepter les règles et la coopération avec les autres est bien plus contraignante. La demande du respect des limites matérielles et verbales survole la pièce et retombe bien loin des oreilles de Siko. Il dit clairement ce qu'il veut : "bouger et éprouver".

Et puis il arrive parfois, durant quelques minutes, que son corps se dépose dans le hamac, des balancements en guise d'apaisement. Le plaisir de la contenance du tissu se dessine sur le visage de Siko et d'autant plus, lorsqu'un air musical inonde la salle et redessine des possibles harmonies après un vécu corporel en tumultes.

4.2.2. Le mouvement en définition

Le terme de "*tonus*" vient du grec "*tonos*", qui signifie tension.

En 1949, Ajuriaguerra et André-Thomas étudient le tonus dans "*Étude sémiologique du tonus musculaire*". Celui-ci est défini comme cet état de tension permanente et involontaire qui s'inscrit dans les tissus musculaires et qui reste sous la dépendance du système nerveux central, mais aussi périphérique.

Le premier niveau de tonus musculaire relevé est le tonus de fond, aussi appelé le tonus de base ou permanent, qui subsiste même au repos, constamment et de manière involontaire. Puis le tonus de posture qui correspond au niveau minimal de tension nécessaire au maintien de la posture, de manière automatique ou volontaire.

Et enfin, le tonus d'action qui subit des modulations de tensions musculaires de manière volontaire ou automatique, qui vont permettre la préparation et le soutien du mouvement. (cité par Miermon, et al.,)

Ces différents niveaux toniques vont se développer en fonction de la maturation neurologique en suivant les lois de développement. Quant aux modes de régulations toniques, ils se font au niveau médullaire avec le réflexe myotatique, et au niveau sous-cortical et cortical. Bullinger (1998) va décrire quatre facteurs qui jouent un rôle dans l'état tonique de l'individu. Nous retrouvons l'état de vigilance, les flux sensoriels, les représentations et le dialogue avec le milieu humain.

Le tonus est donc un acteur principal dans le lien avec l'autre, mais aussi dans les sensations internes du corps propre, de la perception et de la conscience de soi. *“La tonicité est un élément de vie qui nous situe consciemment et inconsciemment par rapport à autrui et par rapport à nous-mêmes.”* (Robert-Ouvray, 2007, p. 48)

Ainsi, le tonus est indissociable des activités motrices et posturales, il agit comme la toile de fond de celles-ci. Il est corrélé aux notions de limites, d'unification, de coordination entre les différents segments corporels et aussi de leur dissociation.

La motricité se met en place, comme l'état tonique, dès la naissance du tout-petit. Dans un premier temps, le bébé éprouve son corps par des conduites motrices automatiques et incontrôlées qui font écho aux réflexes archaïques. Puis, ces réflexes disparaissent petit à petit, s'intègrent au schéma moteur et l'activité motrice est de plus en plus maîtrisée et volontaire. L'organisation tonique et motrice de l'enfant va permettre l'adaptation au milieu grâce au contrôle du tonus axial, de la locomotion et de la préhension.

Les différents apprentissages se font grâce aux expériences et à l'entraînement, par le biais de la répétition. Le processus de développement psychomoteur va se construire sur des bases d'impressions sensorielles, au travers de la sensori-motricité. Ainsi, trois conditions sont nécessaires au développement : les éléments biologiques, physiques et le milieu humain.

L'axe psychomoteur se construit en parallèle du tonus musculaire. Il se fait au travers de l'investissement et du recrutement progressif des chaînes motrices qui luttent contre l'effet de la gravité. La construction de l'axe corporel est aussi bien un

appui postural qu'émotionnel, qui se construit par des étapes successives. Robert-Ouvray (2007) définit l'axe psychomoteur comme la capacité pour l'individu de se tenir seul au sein de son espace psychique. Ceci nous renvoie à l'idée de la construction psychocorporelle. Se tenir droit demande des appuis suffisamment solides pour s'ériger sans déséquilibre, il n'y a pas de verticalisation sans ancrage, et l'axe est aussi bien l'être à soi qu'au monde.

4.2.3. Le mouvement à deux

L'imbrication entre tonus et émotions

Henri Wallon en 1930, réalise des études sur le tonus comme premier support des émotions (cité par Bachollet & Marcelli, 2010). Le traumatisme de la mère s'inscrit dans son propre corps, son état tonique se voit teinté par un vécu traumatique. Cela, tout en assurant un système de communication avec son enfant dès la grossesse, puis après sa naissance par l'intermédiaire d'un langage, en partie, infra-verbal. Comment la trace de ses propres maux résonnent en lui ?

Wallon développe sa réflexion sur l'imbrication entre le tonus et les émotions. Il associe la fonction première de la motricité à sa fonction de relation, présente dès la naissance, en décrivant l'individu en relation avec l'autre par le biais de son corps. Les réactions tonico-émotionnelles sont donc les premières formes d'expression de l'enfant vers autrui, qui sont liées aux mécanismes sensori-moteurs et sensori-viscéraux.

Dans la continuité des travaux de Wallon, en 1977 Ajuriaguerra évoque la notion de dialogue tonico-émotionnel (cité par Bachollet & Marcelli, 2010) qui représente la fusion affective qui succède à la symbiose physiologique, comme le prélude au dialogue verbal. Il décrit le dialogue tonique comme une modulation vibratoire entre deux interlocuteurs qui se fonde sur quatre modalités : le lien tonique, sensoriel, affectif et celui de la pensée.

Le processus de détente va dépendre de la manière dont la figure d'attachement s'ajuste toniquement, émotionnellement à ce que vit l'enfant, via le dialogue tonico-émotionnel.

Le tonus va avoir une fonction de contenance et de pare-excitation pour servir de protection du monde extérieur. Seulement, nous avons vu plus haut que l'événement traumatique vient faire effraction dans le système pare-excitatoire de l'individu. Ce dernier peut alors faire face à des troubles de la régulation tonique, avec une organisation tonique sur un versant hyper ou hypotonique. Dans la question du portage, et de tout lien de contact physique ou non avec l'enfant, la figure d'attachement vient donc porter physiquement et psychiquement son enfant avec sa propre dysrégulation tonique actuelle. N'étant pas sécurisé individuellement, qu'en est-il de cette possibilité ou non d'assurer à l'enfant la fonction contenante et pare-excitatrice ?

Comme il ne fait pas encore la différence entre lui et autrui, le bébé vit sans le savoir des sensations qui concernent l'état psychocorporel d'autrui. Il est comme une éponge qui absorbe les tensions et les détente des personnes qui l'environnent. L'état psychocorporel du bébé est directement conditionné par les manifestations corporelles et langagières de sa mère. L'enfant adhère aux tensions et aux angoisses de la personne qui le porte, qui lui parle, qui vit avec lui. (Robert-Ouvray, 2007, p. 18)

Cela nous amène donc à percevoir comme l'état psychocorporel de la figure d'attachement occupe un rôle prédominant sur la façon dont l'enfant va se construire. Ce dernier semble se développer en écho au vécu de son parent, sans distinction apparente entre les deux sujets. En cela, notamment, mes réflexions autour de la transmission du traumatisme s'élaborent et se façonnent.

Un corps en mouvement permanent

Au travers de l'agitation motrice quasi constante, nous pouvons nous interroger sur la place qu'occupe cet excès de mouvement pour Siko. Vient-il endosser le rôle de maintien d'une structuration psycho-corporelle tangible ?

Une étude menée par Bourrat en 2004, interroge le lien entre hyperexcitabilité, hyperactivité et traumatisme. Il constate chez les bébés avec

hyperactivité la présence d'événements traumatiques dans le parcours des parents, notamment s'ils ont eu lieu durant l'enfance sans que personne ne puisse les aider à symboliser et à élaborer l'événement. Face à une figure d'attachement présentant une faille dans le système pare-excitation, l'enfant va alors mettre en actes moteurs ce qui est normalement transformé par la mère en éléments pensables (fonction alpha et bêta de Bion). Bourrat parle d'une réponse psychosomatique chez le bébé, qui vient extérioriser une souffrance parentale non représentée.

Nous pouvons donc évoquer un lien entre les symptômes hyperactifs de l'enfant et le fonctionnement psychique de la figure d'attachement lors du traumatisme. Ce cas de figure se retrouve en particulier lorsque le traumatisme du parent, vécu dans sa propre enfance, a connu toute absence de symbolisation, d'élaboration et de mise en sens. L'apport de cette étude permet de faire lien avec l'organisation psychomotrice de Siko. En effet, nous observons chez lui ces comportements d'hyperexcitabilité et d'hyperactivité qui pourraient faire lien avec le vécu traumatique de sa mère, pour qui la mise en sens n'a possiblement pas eu lieu. Sa figure d'attachement ne semble pas avoir bénéficié d'espaces lui permettant de travailler la mise en sens, ou de manière générale, ses diverses problématiques associées ont pu entraver le processus d'élaboration suite aux traumatismes.

Là où nous retrouvons en grande partie un figement, un arrêt de la motricité, dans le tableau clinique de l'adulte traumatisé, il est tout autre chez l'enfant. Il apparaît plutôt à contrario, un hyper investissement de la sphère motrice, avec une difficulté de régulation et d'ajustement.

Dans les deux cas, j'observe une mise en place de stratégie pour garder le contrôle sous deux polarités différentes, sans quoi l'enfant, mais aussi l'adulte risque de s'effondrer. Je retrouve alors au travers de ce système de défense un moyen d'assurer une survie psychique. Cependant, celui-ci semble à la fois porteur pour chacun d'eux, mais tout aussi entravant et limitant dans leurs propres déploiements.

Cette agitation peut être un moyen de lier musculairement ce que la psyché ne peut lier en penser, et ainsi permettre à l'individu de refaire du lien par le mouvement entre les différentes parties de son propre corps qu'il ne sent pas maintenues dans une enveloppe contenante, régulatrice et protectrice. L'agitation

motrice va donc venir prendre la place de l'enveloppe, comme une seconde peau contenante. (cité par Golse, 2001)

Par cette mise en mouvement constante, l'adulte est souvent pris lui aussi dans une course effrénée, venant se joindre à celle de Siko, pour tenter de le ramener au groupe et de le canaliser. Mais très vite, l'un s'épuise plus vite que l'autre et pour suppléer à cela, l'adulte cesse de s'agiter et utilise alors l'espace sonore pour capter Siko qui court toujours. Les cris fusent, et ne ramènent pas Siko. Cependant, la contenance physique, par le corps à corps entre le thérapeute et Siko peut aider ce dernier à davantage se canaliser et retrouver un état psychomoteur plus ajusté et régulé.

Le psychomotricien, pour qui le corps occupe une place centrale dans le processus thérapeutique, peut venir incarner ce rôle de contenance dans un corps à corps ajusté. En gardant une solidité dans ses appuis à la fois psychiques et physiques, il peut faire support à l'enfant, qui peut alors se permettre de se déposer sur cette figure stable et sécurisante. Par le dialogue tonico-émotionnel, vu plus-haut, le mode de communication entre Siko et le psychomotricien se situera sur le plan infra-verbal et corporel. Siko ne sera alors plus seul à transmettre au thérapeute son état de corps, mais celui-ci pourra aussi être partagé de l'adulte à l'enfant, de manière bidirectionnelle.

Quelle place pour l'auto-régulation ?

L'auto-régulation qui est la capacité à pouvoir s'adapter à son environnement, sous le biais notamment des paramètres toniques, est impactée et amène donc à des modulations difficilement atteignables. Il peut alors s'associer des états fluctuants, d'anxiété, d'agitation, de violence, de douleurs, de colères.

L'hypertonie est un mode de défense qui peut se chroniciser et faire revêtir à l'enfant ou à l'adulte une carapace tonique. Celle-ci va venir entraver l'investissement de sa motricité faisant lien avec une désorganisation psychomotrice qui peut se traduire par des difficultés sur le plan des coordinations sensori-motrices, des troubles toniques, mais aussi des difficultés sur les coordinations liées aux apprentissages moteurs.

Ciccone (2001) reprend la théorie de la seconde peau musculaire d'Esther Bick en évoquant que le défaut de la fonction contenante va amener l'individu à chercher à créer un sentiment de rassemblement par d'autres moyens. Il va alors trouver à assurer seul sa propre cohésion interne par le biais de l'agrippement à une sensation. Ainsi, l'enfant s'accroche à une carapace musculaire pour se sentir plus unifié et rassemblé au niveau psychique et physique. En parallèle, Robert-Ouvray (2017) évoque cette seconde peau musculaire comme une "paroi tonique" qui se forme lorsque l'enfant reçoit des dystimulations ou surstimulations de la part de la figure d'attachement.

Les déséquilibres au niveau sensori-tonique rendent difficile le maintien d'un état interne de l'organisme permettant de recevoir les signaux issus de l'extérieur sans se désorganiser. Cela fait lien avec l'intégrité des systèmes sensori-moteurs, l'environnement physique et le soutien du milieu humain. Ce dernier renvoyant au dialogue tonico-émotionnel, avec des difficultés dans les interactions précoces entre l'enfant et sa figure d'attachement, qui ont pu entraver ses possibilités d'explorations sensori-motrices dans les premiers moments de vie.

4.3. Communication et relation : dialogue en corps

4.3.1. Le langage à l'observation

En salle d'attente, il arrive que le silence règne. Siko peut se montrer souvent mutique, d'autant plus devant sa mère ou en présence de son oncle.

En psychomotricité, les débuts de séance sont une épopée qui demande patience et habileté. En effet, avant même de rentrer dans la salle, l'adulte peut être mis dehors, enfermé par Siko qui tourne le verrou depuis l'intérieur, où il a pu s'immiscer avec vivacité et agilité. Une fois que le passage est autorisé, Siko et le psychomotricien se retrouvent dans la salle. Siko peut prendre un long moment pour enlever ses affaires puis il part se cacher sous le toboggan. Les premiers sons de sa voix n'apparaissent parfois qu'à ce moment-là, lorsque son corps tout entier est caché. Les fins de séances, elles, ne sont pas plus aisées non plus car la séparation est angoissante, il peut se montrer en colère et se cacher à nouveau dans un recoin de la salle.

Durant le groupe jardinage, c'est sa capuche qui permet à Siko d'y camoufler tout son visage, pour ne laisser parfois dépasser que sa bouche. Lors du temps de nouvelles, Siko se cache sous son manteau, les mots ne sortent pas, mais son corps, lui, parle fort : un corps qui tape du poing, du pied, qui engage des gestes désordonnés et des sons occupant parfois tout l'espace sonore. Loin des partages de vie en envolées lyriques, Siko garde pour lui ces montagnes de non-dits et se montre attentif aux dires de ses camarades. Parfois, un mot de relance vient émerger, une remarque ou une moquerie. Les regards sont adressés et des rires immotivés et envahissants rythment ses premières interactions.

D'emblée, son corps devient langage, Siko le dit : "c'est mes pieds qui parlent". Alors comment communiquer ensemble quand nous n'avons pas le même langage ? L'absence d'un langage commun rend l'échange difficile, Siko déplace sa chaise, il s'éloigne et se met dos au groupe.

Dire avec des mots ce qu'on ressent, exprimer verbalement, tant de demandes qui créent frustrations et déceptions quand cela est encore trop loin du langage actuel. Pas de phrases construites sur la mise en mots des émotions mais des réactions qui disent haut et fort les maux. Siko est souvent pris de réactions de colère lorsque les événements ne se déroulent pas comme il le souhaiterait, quand la mise en action ne démarre pas d'emblée ou quand l'adulte pose des limites et des règles à respecter. Celles-ci semblent comprises et intégrées, mais les comportements agressifs et le vocabulaire grossier peuvent être des moyens pour Siko de venir tester ou revendiquer le cadre imposé.

En séance de psychomotricité, lors des temps d'histoires, Siko incarne des personnages dans une posture de toute puissance, où seul lui peut contrôler la scène, ainsi le scénario n'est que très peu modifiable et souple.

Quelle aventure que de formuler une demande et collaborer avec l'autre, les modes d'entrées sont souvent inadaptés et pourtant, le besoin de rentrer en relation est indéniable. En effet, son agitation semble adressée, son attitude est sa voix et son corps son moyen d'expression.

L'adulte est celui qu'il rejette et confronte autant que celui sur lequel il peut venir s'appuyer comme support et contenance. Il montre un grand besoin de soutien et d'étayage de l'adulte pour développer ses propres propositions. Cependant, dès que celui-ci ne se pose plus comme garant du cadre, Siko se laisse facilement

emporter dans les tumultes d'un esprit et d'un corps en pagaille. Les moments de transitions sont particulièrement sujets à la dispersion, l'adulte doit constamment le ramener au groupe, en posant, en plus, des limites physiques.

Les moments où la capacité attentionnelle de Siko est majorée sont lors des temps d'histoire. En séance de psychomotricité, certains temps peuvent être consacrés à la lecture d'une histoire, à en raconter soi-même une ou bien à la créer. Il se montre alors captivé et prit dans ce tourbillon de mots, qu'il ne met pas verbalement en lien avec ses vécus, mais qui résonnent en lui par d'autres chemins : les "voix" du corps. L'adulte peut alors poser des mots pour Siko, c'est cela que j'explore et observe durant les temps de jardinage avec lui. Lorsqu'il réalise une tâche, je n'hésite pas à verbaliser sur ce qu'il fait, ce que je peux observer, je lui pose des questions ou bien, je lui signifie que je suis là pour l'aider s'il en ressent le besoin. Je veille donc à la contenir à la fois par ma posture, mais aussi au travers du langage verbal. De plus, poser des mots à principalement une fonction de réassurance, et je sens alors comme cela peut l'apaiser. Lorsque nous parlons ensemble, les échanges peuvent être calmes et Siko déploie davantage ces capacités sans être entravé par son agitation. Il peut alors se montrer fier du travail qu'il a accompli, le fait signifier, et je le sens pleinement présent et investi dans le groupe.

4.3.2. Le langage en définition

Un corps en relation, qui utilise son propre langage au travers d'un vocabulaire singulier.

Le langage est universel, mais révèle une infinie palette de nuances qui se voit teintée par le milieu d'origine, de vie, ou celui à venir. Nos besoins de communiquer se rejoignent, mais les modes employés se situent parfois aux antipodes les uns des autres. Quand certains manient les mots avec aisance, d'autres parlent le corps à corps à voix mutique, ou bien renvoient dans un langage violent des coups répétés de tension dissimulée. Pourtant, chacun s'exprime.

Il n'existe pas d'être sans la présence d'autres. De près ou de loin, chaque individu parcourt son chemin de vie accompagné par les filiations, ou par de nouveaux repères choisis. Dans la culture Xhosa en Afrique, "*Ubuntu*" signifie "Je

suis parce que nous sommes” (cité par Frath & Daval 2019) et fait écho au système d'interactions et d'interconnexion qui unit les individus.

Depuis les premiers temps, déjà dans la vie in-utéro, l'embryon et sa mère établissent un système de communication par la voie du cordon ombilical. Puis au fil du temps différents sens vont permettre de créer des échanges avec autrui et de rentrer en relation.

4.3.3. Le langage ensemble

Quand demeure les non-dits

“Quand le traumatisme n'est pas digéré, quand il n'est pas mis en mots, ce sont les attitudes qui suintent. » (Calicis, 2006, p. 232)

Qu'en est-il lorsque le traumatisme est gardé secret, mis sous silence, sans verbalisation et élaboration aux nouvelles générations ? Que pouvons-nous dire de l'impact du silence posé sur les événements traumatiques pour les générations futures ?

Lorsqu'un état de détresse extrême est observé dans le cas de traumatismes répétés, les capacités d'élaboration de l'individu peuvent être entravées. Le traumatisme chez la mère questionne aussi les répercussions de celui-ci sur l'enfant lui-même et sa propre construction psychique. Parfois, parler du traumatisme peut aussi renvoyer à se risquer à revivre le contenu traumatique de l'événement pour le parent concerné. Mais parallèlement, ne pas poser de mots peut engendrer des symptômes importants chez les descendants. *“Un enfant qui reçoit une transmission traumatique ne connaît pas la fin de l'histoire, surtout si l'adulte n'a rien à en dire ou s'il ne peut en raconter un dénouement qui donne un sens.”* (Dellucci, 2010, p. 213)

La tonicité s'inscrit comme un moyen de communication. Ainsi, le corps de Siko peut venir exprimer les “non-dits” de l'histoire familiale et il peut aussi en venir à adopter des attitudes similaires à celles de ses parents. Dans le cas notamment où l'histoire traumatique n'a pas pu être verbalisée, l'enfant peut devenir le porteur du

traumatisme, il est alors difficile pour lui de mettre du sens aussi sur l'origine des sensations qu'il porte en lui.

“Le symptôme de l'enfant agit comme révélateur du traumatisme enfoui de son parent. [...] Ainsi, par le biais de son comportement symptomatique, l'enfant communique quelque chose de sa souffrance à lui mais aussi très souvent de la souffrance plus ou moins enfouie d'un membre de sa famille”. (Calicis, 2006, p. 229)

....Le corps devient parole

La narration sensorielle (Boubli cité par Bonneville-Baruchel, 2010) correspond à la manière dont le corps de l'enfant est à la fois récit sensoriel et gestuel selon son mode d'investissement dans les premières relations par ses donneurs de soins.

Pour Siko, nous pouvons évoquer prioritairement le corps comme principal moyen de communication. Par des attitudes d'opposition, de rejet ou même de provocation, Siko montre des manières d'entrer en lien, même si celles-ci ne semblent pas toujours adaptées. Sa voix, celle du corps, prend le dessus sur les mots qui semblent difficiles à exprimer pour le jeune garçon. La place de la parole verbale comme secondarisation de la situation, n'est pas investie majoritairement. Comme dans le vécu traumatique, la mise en sens et l'accès à la représentation peuvent être particulièrement compliqués.

De plus, parler de son propre corps est difficile. Cela peut faire lien avec la place de la verbalisation au sein de la famille, comment se transmet l'accès à la mise en sens des mots ? À travers son vécu traumatique, la mère de Siko peut avoir des difficultés à élaborer et mettre en sens aussi ses propres émotions, sensations, et perceptions, qu'elles soient passées ou présentes.

Bien que le corps soit le principal mode de communication de Siko, je ressens le besoin de ramener un étayage verbal au sein des temps de groupe. À distance, je me rends compte que les mots adressés à l'enfant sont souvent teintés de colère et de reproches de la part des adultes de son entourage. En groupe jardinage, je me sers souvent des mots pour venir soutenir ses actions, le valoriser sur ce qu'il effectue et le rassurer lorsqu'il doute de ce qu'il réalise. Je sens alors comme cet étayage verbal peut l'apaiser et l'accompagner, en complémentarité à l'engagement

corporel que j'y mets. Le corps de Siko s'agite nettement moins, il peut rester à sa place concentré sur sa tâche. Petit à petit, à certains moments, il se montre capable de demander de l'aide calmement en s'adressant directement à l'adulte ou encore d'exprimer sa peur face à la réalisation d'une tâche.

Dans son rapport à l'autre, l'adulte est à la fois source de contenance, investie comme support sécurisant, mais aussi perçue comme le mauvais objet dont il faut parfois se méfier et s'écarter. À l'image de l'individu traumatisé, l'ambivalence face à l'autre peut se retrouver chez Siko : j'ai besoin de l'autre autant qu'il me fait peur, ou qui renvoie à *"lâchez- moi, mais ne me laissez pas tomber."* (Scialom, 2005) Dans cette dynamique, nous pouvons retrouver un besoin de contrôler les échanges avec les autres, des attitudes de toute-puissance se retrouvent chez Siko, au travers des scénarii d'histoire qui restent rigides dans la structure qu'il impose, ou bien dans ses interactions lors du groupe jardinage. Dès lors qu'il sent qu'il perd le contrôle avec l'autre, que celui-ci n'emprunte par le chemin que le jeune garçon indique, alors il se referme sur lui-même ou se met en colère.

4.4. Espace et temps : une place à prendre

4.4.1. Les repères à l'observation

La dimension temporelle est retrouvée au sein du groupe jardinage avec la temporalité propre aux plantations et aux floraisons. Siko montre de l'intérêt en relevant quelques fois ces observations au sujet des fleurs qui ont poussé, en questionnant pourquoi certaines plantes ne sont pas encore déployées au grand jour, par exemple. Il peut se repérer dans le temps, en donnant la date du jour à la fin de chaque séance, mais aussi en fonction des cycles de vacances scolaires. J'ai choisi de ne pas investir davantage la sphère temporelle, en déployant plutôt l'organisation spatiale de Siko, qui m'a principalement interpellé et questionné dans le contexte de notre rencontre.

Siko ne se montre pas tout de suite disponible à la séance de psychomotricité, il se cache souvent dans des recoins de la salle sur les temps de

début, mais aussi de fin. Pour partir, il rassemble très vite ses affaires, la transition est expéditive, il quitte rapidement la salle.

Siko investit l'espace de son corps qu'il agite dans chaque direction, sous forme de décharges motrices quasi constantes. Dans le jardin, il prend l'espace, il explore, il court parfois en contournant les murs, en délimitant dans sa course les limites de l'extérieur. Lorsque par temps de pluie ou de grand froid, nous sommes contraints de planter des bulbes dans une pièce à l'intérieur, celui-ci regarde de longs moments par la fenêtre en toquant la vitre et en demandant qu'on le sorte d'ici, il ne veut pas rester enfermé et il serait mieux dehors : *"j'ai besoin d'espace"*, dit-il.

En séance de psychomotricité, il demande très souvent à construire des maisons, en commençant d'abord seul puis en acceptant de collaborer avec l'autre. Les maisons construites au fil des séances sont souvent ouvertes et la présence de l'adulte permet, à sa demande, de fermer les espaces. Siko rassemble et assemble les différents éléments nécessaires à la construction de la maison, mais leurs fondations sont bancales et les éléments désorganisés rendent difficile la constitution d'un tout unifié et solide.

La maison, c'est créer l'intérieur autant que l'extérieur, l'ouverture et la fermeture, ce qui relève du dedans et du dehors. Siko vient explorer les limites matérielles, en créant un lieu habitable, symbole à la fois de sécurité et de fondation. Construire permet de rentrer plus facilement en lien avec l'adulte, puisque comme nous l'avons vu, les mots surgissent parfois davantage lorsque son corps est caché. Ici, la maison lui sert aussi d'abri où parler sans être vu. La maison est investie comme un espace sécurisé, hors du regard d'autrui.

4.4.2. Les repères en définition

La structuration spatio-temporelle est une donnée fondamentale pour une bonne adaptation de l'individu dans son milieu. Celle-ci va lui permettre de déployer son corps dans le mouvement et d'organiser favorablement ses activités de la vie quotidienne.

Le cadre spatial est un support de relation et de communication. La perception de l'espace se construit progressivement ; elle est liée à l'équipement neuro-moteur et

neuro-sensoriel, aux expériences et selon le développement psycho-affectif, en lien avec la sécurité affective.

D'après Bullinger (1998), le bébé, dans le passage d'une posture asymétrique à une autre, va explorer petit à petit l'unification des deux espaces, droit et gauche, reliés par la zone orale. C'est au travers de ces expériences que l'espace de préhension va lui aussi émerger.

L'espace est directement relié au vécu corporel, puisque nous orientons notre espace en fonction de notre corps propre. De plus, la représentation de l'espace va varier selon l'état émotionnel de l'individu.

L'anthropologue américain Edward T. Hall (2014), évoque la notion de proxémie en observant différentes distances relationnelles entre les individus. Elles sont définies selon des codes sociaux et leur empreinte culturelle, qui façonnent le rapport au corps et à l'espace de l'être humain.

Le corps devient un référent spatial, et l'espace fait lien aussi avec la mémoire émotionnelle du sujet, ce qu'il vit de manière singulière au cours de ses expériences.

Le temps est indissociable de la notion d'espace, car toute action et mouvement se déroulent toujours dans un espace et un temps donné. Différents repères sont retrouvés pour établir la structuration temporelle tels que l'ordre et la succession, la durée, la continuité, l'irréversibilité du temps et les cycles. La notion temporelle est un outil de compréhension du monde, car elle permet au sujet de s'y adapter, de communiquer, de se socialiser, et va s'acquérir au fil des expériences sensorielles, motrices et relationnelles.

« *La 1^{ère} preuve d'existence c'est d'occuper l'espace* » Le Corbusier (cité par Labbé, 2021)

4.4.3. Les repères à deux

Pour Siko, l'investissement de l'espace semble tenir une place importante dans son fonctionnement, qui est particulièrement mise en jeu dans ses comportements. Nous avons pu voir comme il explore le lieu où il se trouve, jusqu'à

longer les limites matérielles de l'endroit. Il est en demande de bénéficier d'un espace conséquent pour se mouvoir, sans cela, il peut se dire "oppressé", en parallèle, il cherche la contenance au travers du cadre, des limites physiques et de la symbolique des maisons qu'il construit.

La construction de maisons ou de cabanes en psychomotricité se retrouve sur plusieurs séances, et renvoie à la question des limites, de l'extérieur et de l'intérieur. Mais aussi à l'ancrage, à la fondation de piliers solides, de la sécurité, du sentiment d'être chez soi et de pouvoir investir ce lieu qui nous est propre.

Le parcours migratoire traversé par la mère pose cette question des frontières, du chez soi à fuir et à la possibilité ou non de recréer un lieu à soi ailleurs. Comment cette perte de repères géographiques et culturels amène aussi à la question de sa propre identité. Comment Siko peut-il être pris lui aussi dans les propres pertes de repères de sa figure d'attachement ? Cette absence de sécurité à la fois psychique mais aussi physique du parent, peut aussi créer un impact sur l'enfant, qui va chercher des moyens de construire son lieu sûr. Il est donc tout aussi question d'une recherche de sécurité physique mais aussi psychique, avec la contenance, le soutien, et la présence de la figure d'attachement pour l'enfant.

Tout au long des séances, l'investissement de l'espace de Siko me renvoie à la question de la place, celle qu'on lui donne et celle qui se donne. Pour faire lien avec l'adulte traumatisé qui restreint au maximum son déploiement, se faisant de plus en plus petit, jusqu'à presque disparaître de l'environnement, je retrouve le tableau contraire chez l'enfant. En apparence, tout les oppose dans leur investissement spatial, l'un cherche à prendre le maximum de place, quant à l'autre, il s'évertue à disparaître du champ visuel. Le besoin pour Siko d'occuper l'espace sonore et physique peut être une façon pour lui de prendre une place qui ne lui a pas été donnée, de s'assurer d'en bénéficier d'une, celle qui a aussi certainement manquée à sa figure d'attachement. Dans les deux cas, l'adulte ou l'enfant éprouvent des difficultés à explorer et investir l'espace en toute sécurité.

Il m'apparaît que la place du psychomotricien se situe aussi ici, comme garant d'un cadre sécurisant et contenant tout en invitant le patient à se déployer dans l'espace. Je perçois en la posture du thérapeute, un support et un appui permettant à l'individu de partir à la découverte de sa place dans son environnement physique mais aussi psychique, vis-à-vis de lui, mais aussi des autres. L'étiayage à la fois

verbal, mais aussi, et surtout, physique du psychomotricien, peut aider le patient à investir son espace plus sereinement. C'est cela que j'observe chez Siko, dès lors que l'adulte peut incarner un cadre contenant, sécurisant et étayant, il peut trouver davantage d'équilibre et d'harmonie dans la manière qu'il a d'investir son corps et les rapports avec autrui. Cela semble lui permettre de déployer ensuite ses capacités qui sont habituellement entravées par ses troubles de régulation tonico-émotionnelles.

5. Regard à distance du suivi de Siko

Pour conclure, les troubles du comportement apparents de Siko font état d'une désorganisation psychomotrice importante. En effet, nous pouvons observer une dysrégulation tonico-émotionnelle qui, en partie, sous-tend un défaut de contenance, des difficultés de constitution des limites physiques et psychiques, et un système pare-excitatoire défaillant. Siko tient par le biais d'une carapace tonique et son agitation motrice associée à son hypertonicité entravent son aisance motrice. Les limites sont recherchées aussi sur le plan spatial, son investissement de l'espace est important, et il lui est difficile de trouver des repères stables dans son environnement, mais aussi par son propre corps.

Siko recèle de mots qui s'immiscent au travers de la voix de son corps, son principal moyen de communication. Par son propre langage, il cherche le contact, son agitation semble adressée, mais il est parfois difficile de se faire comprendre par l'autre. Ses émotions, qui semblent souvent le submerger, s'expriment dans le mouvement plutôt que par les mots.

Siko rejette l'autre autant qu'il exprime le besoin de rentrer en relation avec lui. Sa désorganisation psychomotrice traduit aussi, en parallèle, un besoin de contenance, d'accompagnement, d'étayage, et de sécurité.

En psychomotricité, un travail se poursuit autour de l'étayage psychomoteur, permettant de créer du lien entre les sensations de l'enfant et ses possibilités de représentations. Mettre du sens sur ce qui est vécu en créant des liens d'interactions entre la sphère psychique et motrice. Il s'agit pour Siko de trouver une meilleure régulation tonique, un point d'équilibre, lui permettant de sentir davantage de sécurité interne, au travers de repères stables sur soi, mais aussi dans son

environnement. Il est important pour lui de trouver une place qui lui soit sécurisante et dans laquelle il puisse se déployer comme sujet à part entière, pour ensuite avoir la possibilité de communiquer et entrer en relation avec l'autre plus sereinement. Pour cela, la prise en charge à la fois sur le plan individuel en psychomotricité et en parallèle avec le groupe thérapeutique, permet à Siko de disposer de deux espaces différents. L'évolution de Siko est encore ponctuée de difficultés, notamment sur le plan scolaire, où sa disponibilité fluctue grandement au sujet des apprentissages. Lors des séances de psychomotricité, il cherche davantage à s'appuyer sur le thérapeute tant psychiquement que physiquement, ce qui lui permet ensuite de pouvoir trouver plus de nuances dans son organisation psychomotrice. Il se sert de l'imitation avec l'adulte et l'accordage et l'ajustement entre l'enfant et le psychomotricien sont notables. Siko cherche à organiser l'espace durant les séances, et ses repères sont plus stables et lui permettent de créer des appuis pour ensuite explorer plus sereinement. Il en est de même avec les repères temporels qu'il a mieux intégrés et les temps de séparation sont moins difficiles pour Siko, qui les comprend et les intègre sans résistance. Quant au suivi en jardinage, je repère que l'étaillage par l'adulte et l'appui dont Siko peut se saisir lui est favorable et porteur. Cependant, il est encore difficile pour lui d'interagir avec les autres enfants, il ne semble pas encore disposer d'une sécurité interne suffisamment solide pour rentrer en lien sereinement avec l'autre. Cependant, dans l'espace individuel et de groupe, il peut demander à l'adulte de l'aide s'il en ressent le besoin, et se saisir de l'appui du thérapeute.

Conclusion et perspectives

Au cours de ce travail de mémoire il a été question de réfléchir autour de la trace du traumatisme psychique de l'adulte et de ses répercussions sur l'organisation psychomotrice de l'enfant. Nous avons pu observer que le vécu traumatique à des retentissements sur la propre sécurité interne de l'individu, qui viennent court-circuiter les liens qui fondent l'étayage psychomoteur. Accaparé dans ses propres symptômes post-traumatiques, l'adulte est dans un état de détresse qui entrave la relation mutuelle. La parentalité amène à un ensemble de remaniements qui viennent se surajouter à des difficultés d'accordages et d'harmonie avec l'enfant. Cet état de corps partagé est le support de dysrégulations psychocorporelles qui impactent à la fois la figure d'attachement et l'enfant. Ce dernier se développe, par le biais de la représentation qu'il a de son parent, par une organisation en écho à l'insécurité et au défaut de mise en lien sur ses vécus propres. Quel chemin escarpé que d'avancer lorsque tous les repères sont bousculés, et plus, de partager sa route en avançant ensemble sur les pas de blessures antérieures.

Mes observations cliniques, entre l'organisation psychomotrice d'un individu traumatisé et d'un enfant dont la figure d'attachement a subi des psychotraumatismes se rejoignent grandement. Chez chacun d'eux, je retrouve un manque de sécurité interne, un système pare-excitatoire défaillant et des enveloppes psychocorporelles fragiles. Chez tous deux, autrui est perçu à la fois comme une potentielle source de menace, mais aussi comme un soutien dont ils démontrent une envie de rentrer en lien, parfois de manière inadaptée, parfois par leur propre langage. C'est ainsi qu'il est question pour l'individu de trouver sa place, non pas celle qui le rend objet, mais sujet.

Dans cette perspective, je me questionne sur la façon dont le psychomotricien peut penser l'accompagnement du parent traumatisé et de son enfant afin d'inscrire le soin au travers d'un regard bidirectionnel. En effet, le parent et son enfant ne bénéficient pas toujours précocement de soins conjoints au sein d'unités spécialisées, il me paraît important de continuer à penser le suivi en dyade ou triade même lorsque l'enfant est plus grand. Par là, j'entends la possibilité de proposer des consultations à la fois individuelles pour chacun d'eux, mais aussi au sein de temps commun. La psychomotricité pourrait constituer un espace thérapeutique qui permet

de travailler sur les difficultés communes que nous retrouvons à la fois chez l'enfant et chez son parent. Le défaut de sécurité interne, d'auto-régulation, d'investissement spatial, de troubles tonico-émotionnels, sont autant d'axes thérapeutiques qui pourraient être déployés sous la forme d'un soin conjoint. Les retentissements pourront alors circuler dans la propre organisation psychomotrice de l'individu, mais aussi dans le lien avec l'autre, permettant de ramener les deux êtres dans une relation sécurisante où chacun peut explorer seul ou avec l'autre plus sereinement. Il me paraît important de valoriser la figure d'attachement dans ses propres capacités parentales, en offrant des espaces d'explorations qui permettent de réinscrire un lien sécurisant entre l'enfant et son parent.

Bibliographie

- Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la résilience. *Informations sociales*, 156, 70-78. <https://doi.org/10.3917/inso.156.0070>
- Augé, L. Moreno Charlannes, N.(2019). Psychomotricité et psychotraumatisme. *Groupe de lecture et d'analyse n°1*. Consulté le 5 Avril 2024 sur https://associationpp.fr/medias/trauma_et_mecanismes_defense.pdf
- Bachollet, M. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Blondel, M. (2017). La mère gelée. Quand les manifestations de souffrance du bébé ouvrent l'accès au traitement psychothérapeutique de la mère traumatisée. *Enfances & Psy*, 74, 61-73. <https://doi.org/10.3917/ep.074.0061>
- Bolsanello, D. (2005). La pertinence de l'éducation somatique auprès des toxicomanes. *Psychotropes*, 11(1), 91. <https://doi.org/10.3917/psyt.111.0091>
- Bonnet, C. (2014). Les trois étapes de la perception. Dans J.-F. Dortier (dir.), *Le cerveau et la pensée: Le nouvel âge des sciences cognitives* (p. 213-221). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.dorti.2014.01.0213>
- Bonneville-Baruchel, E. (2010). Effets des traumatismes relationnels précoces chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 53, 31-70. <https://doi.org/10.3917/psy.531.0031>
- Boukobza, C. (2003). La clinique du holding Illustration de D.W. Winnicott. *Le Coq-héron*, 173, 64-71. <https://doi.org/10.3917/cohe.173.0064>

- Bourrat, M. (2004). Hyperexcitabilité, hyperactivité et traumatisme. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(4), 210-218. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961704000674>
- Bronstein, C. (2012). Bion, la rêverie, la contenance et le rôle de la barrière de contact. *Revue française de psychanalyse*, 76, 769-778. <https://doi.org/10.3917/rfp.763.0769>
- Bullinger, A. (1998). La genèse de l'axe corporel, quelques repères. *Enfance*, 51(1), 27-35. <https://doi.org/10.3406/enfan.1998.3091>
- Bussi eres, V. (2020). *Le trauma pas sans le fantasme : une écriture logique*. Universit e Populaire Jacques-Lacan. https://www.lacan-universite.fr/wp-content/uploads/2020/05/Ironik-40_VBussi%C3%A8res.pdf
- Bydlowski, M. (2001). Le « mandat transgénérationnel » selon Serge Lebovici. *Spirale*, 17, 23-25. <https://doi.org/10.3917/spi.017.0023>
- Bydlowski, M. & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet PSY*, 63, 30-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.063.0030>
- Calicis, F. (2006). La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite. *Thérapie Familiale*, 27, 229-242. <https://doi.org/10.3917/tf.063.0229>
- Cicccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 81-102. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0081>
- Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants. (2023, novembre). *Synthèse du rapport sur les Violences sexuelles*

faites aux enfants : "on vous croit". Consulté le 2 Avril 2024 sur <https://www.ciivise.fr/wp-content/uploads/2023/11/Synthese-VF.pdf>

Comité pour la santé des exilés. (2022, juin). *Rapport 2022 du Comede*
Activité 2021 : rapport présenté à l'Assemblée générale ordinaire du Comede du 4
juin 2022.
<https://www.comede.org/download/rapport-2022-du-comede-sur-lactivite-2021/?tmstv=1714669323>

Crocq, L. (2014). Les tableaux cliniques. Dans L. Crocq (dir.), *Les Blessés psychiques de la Grande Guerre* (p. 43-114). Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Odile Jacob.

Dellucci, H. (2010). Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43(2), 197-216. <https://doi.org/10.3917/ctf.043.0197>

Dellucci, H. (2009). Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ?. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43, 197-216. <https://doi.org/10.3917/ctf.043.0197>

De Neuter, P. (2014). La transmission transgénérationnelle. *Cahiers de psychologie clinique*, 43, 43-58. <https://doi.org/10.3917/cpc.043.0043>

Denis, I. H., Brennstuhl, M., & Tarquinio, C. (2020). Les conséquences des traumatismes sexuels sur la sexualité des victimes : une revue systématique de la littérature. *Sexologies*, 29(4), 198-217. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.05.001>

Dictionnaire de l'Académie Française. (s.d). *Effraction*. Dans le Dictionnaire de l'Académie Française en ligne (9è ed.). Consulté le 12 Février 2024 sur <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E0510>

Dictionnaire de l'Académie Française. (s.d). *Résilience*. Dans le Dictionnaire de l'Académie Française en ligne (9è ed.). Consulté le 27 Février 2024 sur <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R2046>

Dictionnaire de l'Académie Française. (s.d). *Transmission*. Dans le Dictionnaire de l'Académie Française en ligne (8è ed.). Consulté le 20 Novembre 2023 sur <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A8T1055>

Dozio, E. (2020). Attachement. Dans Marianne Kédia (dir.), *Psychotraumatologie* (p.109-119).Dunod.<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dunod.kedia.2020.01.0109>

Dugravier, R. & Barbey-Mintz, A. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 66, 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>

Frath, P. & Daval, R. (2019). Ubuntu. Dans P. Frath et R. Daval (dir.), *Cogito versus ubuntu : Les rapports entre individu et société analysés dans un cadre anthropologique et linguistique*, 17-27. Observatoire européen du plurilinguisme. Consulté le 12 Mars 2024 sur <https://www.cairn.info/cogito-versus-ubuntu--9782950018205-page-17.htm>

Friard, D. (2020). *Anzieu Didier, Le Moi-peau*. Consulté le 10 Mars 2024 sur <http://www.serpsy1.com/pages/des-livres-a-lire/anzieu-didier-le-moi-peau.html>

Garon-Carrier, G. (2015). Le stress prénatal et le développement humain : une réponse adaptative à un environnement adverse ou un effet tératogène au développement de l'enfant ? *Devenir*, 26(4), 291-305. <https://doi.org/10.3917/dev.144.0291>

Genet, M., Golse, B., Devouche, E. & Apter, G. (2018). Troubles de personnalité borderline/état-limite maternels et comportements d'attachement du bébé à

13 mois. *La psychiatrie de l'enfant*, 61, 215-232.
<https://doi.org/10.3917/psy.612.0215>

Goguikian Ratcliff, B., Pereira, C., Sharapova, A., Grimard, N., Borel Radeff, F., Moratti, A. (2014). *Etude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones : Rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique*. Consulté le 12 Mars 2024 sur https://www.unige.ch/fapse/psychoclinique/files/9114/2262/7152/Rapport_OF_SP_annexe-1_web.pdf

Golse, B. (2001). L'enfant excitable: Système pare-excitation, système pare-incitation. *Enfances & Psy*, 14, 49-56.
<https://doi.org/10.3917/ep.014.0049>

Hall, E. T. (2014). *La dimension cachée*. Points.

Haute Autorité de Santé (2020). *Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques*. Consulté le 17 Février 2024 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/reco_310__note_cadrage_evaluation_et_prise_en_charge_des_syndromes_psychotraumatiques_mel.pdf

Husky, M. M., Lépine, J., Gasquet, I., & Kovess-Masfety, V. (2015). Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France : Results From the WMH Survey. *Journal Of Traumatic Stress*, 28(4), 275-282.
<https://doi.org/10.1002/jts.22020>

INA. (2022). *Le concept de « résilience » expliqué par Boris Cyrulnik en 1999*. Consulté le 8 Mars 2024 sur <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/le-concept-de-resilience-explique-par-boris-cyrulnik-en-1999>

- Josse, É. (2019). Les types de traumatisme. Dans É. Josse (dir.), *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. (p. 53-66). De Boeck Supérieur. Consulté le 10 Mars 2024 sur <https://www.cairn.info/le-traumatisme-psychique-chez-l-adulte--9782807320390-page-53.htm>
- Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet PSY*, 117, 33-39. <https://doi.org/10.3917/lcp.117.0033>
- Keygnaert, I., Dialmy, A., Manço, A., Keygnaert, J., Vettenburg, N., Roelens, K., et Temmerman, M. (2014, mai). Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco : a community-based participatory assessment using respondent driven sampling. *Globalization and Health*, 10. Consulté le 3 Avril 2024 sur <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-10-32#citeas>
- Labbé, M. (2021). La question de l'échelle humaine comme « norme des normes ». *La philosophie architecturale de Le Corbusier*. Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.180594>
- Lavigne, E. (2015). Le trauma imprime la mémoire par un chemin singulier. Le Trauma Imprime la Mémoire Par un Chemin Singulier - *Planete Sante*. Consulté le 20 Mars 2024 sur <https://www.planetesante.ch/Magazine/Personnes-agees/Memoire/Le-trauma-imprime-la-memoire-par-un-chemin-singulier>
- Léandri M-L. (2017). Le professionnel face au traumatisme de l'enfant. *Enfances & Psy*, 74(2), 32-42. doi : 10.3917/ep.074.0032
- Lebigot, F. (2021). Clinique de l'effroi. Dans Lebigot, F. (dir.), *Traiter les traumatismes psychiques : Clinique et prise en charge* (p. 13-25). Dunod. Consulté le 12 Décembre 2023 sur

<https://www-cairn-info.accesdistant.sorbonne-universite.fr/traiter-les-traumatismes-psychiques--9782100814954-page-13.htm>

Louville, P, Salmona, M. (2013, mars). *Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique*. Consulté le 12 Décembre 2023 sur <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/Louville-Salmona-syndrome-sychotraumatique.pdf>

Manço, A. (2022). *Risques psychologiques subis par les migrantes avant, pendant et après le parcours migratoire*, *Analyses de l'IRFAM*, 14. Consulté le 20 Février 2024 sur <https://www.irfam.org/wp-content/uploads/Analyse142022.pdf>

Manus, J. (2019). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. *Revue Francophone des Laboratoires*, 2019(513), 14. <https://doi.org/10.1016/s1>

Marsicano, E. Bajos, N. Pousson, J. (2023). *Violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu*. *Population et Sociétés*. Consulté le 4 Avril 2024 sur <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/violences-sexuelles-durant-l-enfance-et-l-adolescence/>

Mboua, P. (2016). *Le rôle des traumatismes familiaux dans l'émergence des troubles délirants chez deux jeunes adultes camerounaises de culture grassfield*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 56, 187-200. <https://doi.org/10.3917/ctf.056.0187>

Miermon, A., Benois-Marouani, C. & Jover, M. (2012). *Le développement psychomoteur*. Dans S. Scialom (dir.), *Manuel d'enseignement en psychomotricité : Tome 1 : Concepts fondamentaux* (p. 17-86). De Boeck Supérieur. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dbu.albar.2012.02.0017>

- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2015). *Bo Santé : Protection Sociale. Solidarité*, 2012/5, p.247. Consulté le 12 Avril 2024 sur https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-05/ste_20120005_0100_0092.pdf
- Monhonval, P. & Lotstra, F. (2014). Transmission transgénérationnelle des traits acquis par l'épigénétique. *Cahiers de psychologie clinique*, 43, 29-42. <https://doi.org/10.3917/cpc.043.0029>
- Nebout-Lénès, M-C. (2001). La trace sensorielle du trauma dans les dessins d'enfants victimes. *La Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2. Consulté le 10 Décembre 2023 sur <https://tps-trauma.org/wp-content/uploads/2018/05/trace-sensorielle-trauma-d-essins.pdf>
- Picard, L., Eustache, F. & Piolino, P. (2009). De la mémoire épisodique à la mémoire autobiographique : approche développementale. *L'Année psychologique*, 109, 197-236. <https://doi.org/10.3917/anpsy.092.0197>
- Pireyre, E. W. (2021a). Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(8), 415-421.
- Pireyre, É. (2021b). Définitions. Dans É. Pireyre, *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept* (p. 11-32). Dunod.
- Psychologista. (2024). Mémoire sensorielle en psychologie : Définition et exemples. *Psychologista*. Consulté le 5 Avril 2024 sur <https://psychologista.fr/memoire-sensorielle-en-psychologie-definition-et-exemples>
- Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Desclée De Brouwer. <https://doi.org/10.14375/np.9782220057828>

Robert-Ouvray, S. (2014). La fonction d'apaisement de la motricité chez l'enfant. *Le Journal des psychologues*, 316(3), 16-21.
<https://doi.org/10.3917/jdp.316.0016>

Rolling, J. (2023). Physiopathologie et psychopathologie du trauma complexe : des expériences infantiles à l'âge adulte. Dans Amaury C. Mengin (dir.), *Le grand livre du trauma complexe. De l'enfant à l'adulte: Fondements - Enjeux cliniques - Psychopathologie - Prise en charge*, (p. 47-75). Dunod. Consulté le 10 Décembre 2023 sur <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dunod.mengi.2023.01.0047>

Sadlier, K. (2012). La mémoire traumatique. Dans J. Senon, G. Lopez & R. Cario (dir.), *Psychocriminologie* (p. 453-457). Dunod.

Saglio-Yatzimirsky, M-C., Baubet, T. (2021). Migrants et santé : soigner les blessures invisibles et indicibles. *La santé en action*, 455, 15-19. Consulté le 4 Avril 2024 sur <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/migrants-et-sante-soigner-les-blessures-invisibles-et-indicibles>

Salmona, M. (2020). Mémoire traumatique. Dans M. Kédia (dir.), *Psychotraumatologie* (p.44-58). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.kedie.2020.01.0044>

Salmona, M. (2018). La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. *Les Cahiers de la Justice*, 1, 69-87.
<https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069>

Salmona, M. (2013). *La dissociation traumatique et les troubles de la personnalité : ou comment devient-on étranger à soi-même*. Consulté le 12 Novembre 2023 sur <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/La-dissociation-traumatique-et-les-troubles-de-la-personnalit-Dunod-2013.pdf>

Scialom, P. (2022). Stress post-traumatique : psychomotricité, indications et pluridisciplinarité. *L'Information psychiatrique*, 98(5), 351-353. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2423>

Scialom, P. (2005). *Psycho ados*. L' Archipel.

Sibertin-Blanc, D., & Vidailhet, C. (2003). De l'effraction corporelle à l'effraction psychique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51(1),1-4. [https://doi.org/10.1016/s0222-9617\(02\)00002-8773-035x\(19\)30277-1](https://doi.org/10.1016/s0222-9617(02)00002-8773-035x(19)30277-1)

Tarquinio, C., Trousselard, M., Rotonda, C., & Tarquinio, C. (2023). Modèles descriptifs de l'adversité vécue durant l'enfance (Adverse Childhood Experiences) et implications pour la recherche : état des lieux et perspectives. *Annales Médico-psychologiques*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.06.008>

Thivent, V. (2019). La Shoah, un traumatisme héréditaire. *Le Monde.fr*. Consulté le 10 Décembre 2023 sur https://www.lemonde.fr/sciences/article/2014/06/23/la-shoah-un-traumatisme-hereditaire_4443865_1650684.html

Tisseron, S. (2007). Transmissions et ricochets de la vie psychique entre les générations. *Revue internationale de l'éducation familiale*, 22, 13-26. <https://doi.org/10.3917/rief.022.0013>

Van Der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien*. Albin Michel. Pocket

Vila, G. (2022). Inceste sur mineurs et troubles psychotraumatiques chroniques : considerations cliniques. *Perspectives Psy*, 61, 133-137. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2022612133>

Résumé

L'organisation psychomotrice de l'enfant peut-elle être influencée, en partie, par le vécu traumatique de sa figure d'attachement ? Afin d'éclairer les différentes traces que peut laisser le traumatisme d'une génération à l'autre nous mettrons en lien à la fois la clinique de l'adulte et celle de l'enfant. D'abord pour observer de quelle façon le traumatisme crée des retentissements sur les différentes sphères psychomotrices du sujet directement concerné puis comment s'organise psychocorporellement l'enfant d'un parent traumatisé. Cette mise en parallèle permettra d'approfondir sur la notion d'empreinte du traumatisme dans les interactions précoces.

Mots-clés : transmission, psychotraumatisme, interactions précoces, empreinte, figure d'attachement

Abstract

Can a child's psychomotor organization be influenced, in part, by the traumatic experiences of his attachment figure? In order to shed light on the different traces that trauma can leave from one generation to the next, we will link both the adult and child clinics. Firstly, to observe how trauma affects the various psychomotor spheres of the subject directly concerned, and secondly, how the child of a traumatized parent organizes itself psychocorporally. This parallelization will enable us to delve deeper into the notion of the imprint of trauma on early interactions.

Key words : transmission, psychotrauma, early interactions, imprint, attachment figure