



**HAL**  
open science

# Une approche psychomotrice du trouble de stress post-traumatique observé chez des demandeurs d'asile

Elise Barillier

► **To cite this version:**

Elise Barillier. Une approche psychomotrice du trouble de stress post-traumatique observé chez des demandeurs d'asile. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04797813

**HAL Id: dumas-04797813**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04797813v1>**

Submitted on 22 Nov 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 de Santé Sorbonne Université

91, Bd de l'Hôpital 75013 Paris

# **Une approche psychomotrice du trouble de stress post-traumatique observé chez des demandeurs d'asile**

Mémoire présenté par Elise BARILLIER

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

Référent de mémoire :

Pierre DALARUN

Session Juin 2024



## Remerciements

Je remercie Pierre Dalarun, mon référent de mémoire, pour m'avoir accompagnée dans tout le cheminement menant à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie mes parents, qui par leur soutien indéfectible tout au long de ma vie, et tout particulièrement dans ce travail, ont constitué la base sécurisée pour que j'exprime mon plein potentiel.

Je remercie les patients rencontrés tout au long de l'année, et tous nos collègues de l'HUDA, qui nous ont toujours soutenues et données « carte blanche »

Je remercie Emmy Jacob, ma marraine de psychomotricité, qui par ses précieux conseils, son expertise, son tact, m'a soutenu dans l'élaboration de cet écrit.

Je remercie Anaëlle Rousseau, ma maître de stage, qui, quand tout était flou, a remis de l'ordre dans mes pensées, et m'a accompagnée à trouver mon identité de future psychomotricienne.

Je remercie Emma Forgeron, mon binôme dans ce stage expérimental. Nous sommes arrivées dans ce stage, nous étions étudiantes en psychomotricité, en recherche de sens et de la place de notre futur métier. Nous avons appris, raisonné, créé ensemble, évoluant main dans la main vers notre identité de futures professionnelles. Nous pouvons être fières. Merci Emma, pour cette année formidable à tes côtés.

Je remercie toutes mes copines de psychomotricité, qui par leur bienveillance, leur écoute, et leur humour, ont su rendre ces années d'étude si passionnantes.

Je remercie notre petit groupe de la bibliothèque universitaire, elles se reconnaîtront. Les derniers instants n'ont pas toujours été faciles, mais nous étions là les unes pour les autres, pour nous pousser vers la meilleure version de nous-même.

Je remercie tous mes relecteurs consciencieux. Par vos encouragements, vos corrections, vos commentaires, vous avez contribué à rendre cet écrit plus propre.

Enfin, j'aimerais dire un grand merci à Pauline, mon amie de toujours, qui par sa sympathie, son écoute, son humour, son temps, m'a permis d'apprécier les derniers jours d'écriture de ce mémoire. Sans elle, ce mémoire ne serait pas le même.

# Sommaire

<b>Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>I. Le parcours migratoire, un processus fragilisant.....</b>	<b>10</b>
1- Le processus migratoire.....	10
a) Des individus avant tout.....	10
b) Quitter son pays.....	12
c) Des spécificités liées aux régions traversées.....	13
d) L'instabilité constante.....	14
e) L'illusion de la fin des difficultés.....	16
2- Arrivée dans le pays d'accueil.....	16
a) Les différentes étapes jusqu'à l'obtention de la protection internationale (BPI).....	16
b) Une situation politique.....	18
c) Incompréhension et démotivation.....	19
d) Isolement et repli sur soi.....	20
3- Le sentiment de déracinement.....	21
4- Un trouble de stress post-traumatique omniprésent.....	23
<b>II. L'impact du trouble de stress post traumatique dans le corps et la subjectivité de la personne migrante.....</b>	<b>24</b>
1- Définitions.....	24
2- La perte du sentiment de sécurité interne.....	28
a) Définition de la dissociation psychocorporelle.....	28
b) Exemple d'un cas de dissociation psychocorporelle.....	30
c) Une posture figée.....	31
3- La création de repères comme pilier dans l'établissement de la sécurité interne.....	35
a) Les repères spatio-temporels.....	35
b) Repères corporels.....	38
c) Repères identitaires.....	41
d) Entre repères et limites, la relation comme créatrice de lien.....	44
4- Accompagner la restructuration psychocorporelle en psychomotricité.....	48
a) Définition.....	48
b) Application de la structuration psychocorporelle: le ressort psychomoteur.....	51
c) Les savoirs, savoir-faire et savoir-être du psychomotricien comme support vers la structuration psychocorporelle.....	53
d) Le traumatisme vicariant.....	54
e) De la simplexité à la résilience.....	56
<b>III. La mise en mouvement comme levier vers la réappropriation du corps et de la subjectivité.....</b>	<b>59</b>
1- Présentation et contexte du stage expérimental.....	59
a) La construction de notre place en tant que psychomotricienne.....	59
b) Une approche préventive.....	60

c) Organisation des séances.....	62
2- Le cas de Seydou.....	64
3- Une séance charnière.....	66
4- Analyse psychomotrice.....	69
a) Projet thérapeutique.....	69
b) L'apport de repères.....	69
c) L'initiation d'un travail de restructuration psychocorporelle vers le défigement.....	71
<b>IV. Discussion.....</b>	<b>75</b>
1- La place de la psychomotricité dans l'accompagnement du TSPT.....	75
2- L'influence des biais.....	77
3- Perspectives d'accompagnement.....	79
<b>Conclusion.....</b>	<b>80</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>82</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>86</b>

## Introduction

**« Si les migrations n'existaient pas, comment un oiseau pourrait-il voyager du nord au sud, pour charmer un petit poisson rouge de la mélodie de son chant ? » (M. Nasimi, 2021, p.81)<sup>1</sup>**

Les migrations sont parties prenantes de nos vies. Les oiseaux volent d'une contrée à l'autre au rythme des saisons. Nos ancêtres de l'ère préhistorique faisaient de même, dans une quête continue de denrées indispensables à la survie. Nombre de peuples, quelle que soit leur origine, ont conservé ce mode de vie nomade. Notre société s'est sédentarisée parce qu'elle en avait la possibilité, privilège qui s'est développé au fur et à mesure des innovations. Être nomade, c'est en un sens accepter de perdre stabilité et sécurité, et vivre au rythme des caprices et offrandes de la nature. C'est une manière de voir le monde qui peut permettre de laisser libre court à sa créativité, son ingéniosité et de cultiver son bonheur intérieur. J'ai pu observer un de ces peuples nomades, lors d'un voyage humanitaire au Togo auquel j'ai participé dans le cadre de mon engagement dans l'association Psychomotriciens Sans Frontière (PSF). J'y ai rencontré un peuple originaire du Nigéria, installé depuis peu dans un village au milieu de la brousse. Se servant d'un savoir ancestral, de leur ingéniosité et de leur adaptabilité, ils construisaient des maisons simples et fonctionnelles. J'ai le souvenir d'un village vivant, avec beaucoup d'agitation et de rire. Est-il possible que le mouvement continu de la migration puisse créer lien et bonheur chez ce peuple ?

En partant de cette vision, exposant la richesse de la migration, j'aimerais à présent proposer un parallèle avec les personnes que je rencontre lors de mon stage dans un Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA). Ces personnes qui demandent l'asile ont également été amenées à migrer, mais régulièrement contre leur gré, seules, avec de nombreux obstacles sur leur route. Elles affrontent l'exil, et cela crée parfois des traumatismes résonnant durablement dans la vie de la personne.

---

<sup>1</sup> Dans *“Un Afghan à Paris”*



En m'intéressant de plus près au trouble de stress post-traumatique (TSPT) j'ai découvert un univers qui m'a passionné. J'ai rencontré ce terme lors de la conférence du congrès national de psychomotricité, en 2023, portant sur ce trouble. A ce moment, je ne comprenais pas encore ce qu'était la psychomotricité, et surtout la place que je pouvais occuper en tant que psychomotricienne. J'étais en recherche de sens quant à ce métier. En poursuivant mes recherches, j'ai découvert à quel point ce trouble impacte significativement la vie quotidienne du patient. Dans ce sens, l'intervention du psychomotricien auprès de patients présentant un TSPT est pertinente puisqu'il pourra l'accompagner au quotidien, grâce aux spécificités et aux champs d'exercice variés de notre métier. Cependant, ce type de trouble est bien souvent peu pris en charge malgré la pertinence que pourraient avoir les prises en soin psychomotrices auprès d'eux.

### **“Ceci n'est pas une déchetterie”**

Telle est la phrase qui nous accueille, mon binôme et moi, lors de notre premier jour en stage expérimental à l'HUDA. Le choix de ce stage était un moyen pour moi de lier mon engagement contre les injustices que peuvent subir les personnes migrantes à ma conviction que la psychomotricité pouvait trouver sa place dans leur soutien et leur accompagnement. Lorsque que j'ai été confrontée à cette phrase, placardée sur la porte d'entrée de l'établissement, entourée de poubelles; j'ai été sidérée. Comment peut-on comparer un lieu de vie à une déchetterie ? Comment les personnes vivant dans cet établissement vivent-elles la confrontation à ces mots au quotidien ?

Tous ces questionnements ont nourri ma pensée durant les semaines suivantes, et j'ai compris que ce stage allait faire émerger en moi nombre d'interrogations. Avec ma binôme, nous avons été le réceptacle de beaucoup d'injustices, de récits traumatiques et d'émotions très fortes que nous avons dû accueillir sans se laisser transpercer par celles-ci. J'ai alors souhaité donner un sens à tous ces témoignages.

« Si je vous raconte tout ça, c'est pour vous inspirer ». Lona, originaire d'Afghanistan, conclut ainsi l'histoire de son engagement pour les femmes, ayant entraîné des menaces de mort et sa fuite précipitée de son pays. Ces personnes qui

migrent sont invisibles parmi les invisibles. Lona, comme beaucoup d'autres, se battent pour exister, pour leur reconnaissance. En accueillant tous ces récits, en nous laissant traverser par eux, nous venons enfin renvoyer la considération qu'elles recherchent. Écrire ce mémoire, c'est aussi pour moi leur donner la parole, et présenter aux lecteurs une partie de leur réalité.

Dans ce stage, nous rencontrons aussi de nombreuses personnes, souffrant de TSPT, ne pouvant exprimer ce qu'elles ressentent car elles sont bloquées dans le passé, figées dans les méandres de leurs souvenirs traumatiques. C'est auprès d'elles que j'ai senti que notre formation en psychomotricité pouvait être la plus prolifique. J'ai senti que par nos savoirs, savoir-être, et savoir-faire, nous avons la possibilité de les accompagner le long de leur voyage; les accompagner pour retrouver un élan vital, un sentiment d'exister. C'est de ce cheminement et de ces questionnements qu'est née ma problématique :

En quoi une approche psychomotrice auprès des personnes migrantes dans un Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile peut contribuer à la réappropriation de leur corps et de leur subjectivité, et s'inclure dans l'accompagnement du Trouble de Stress Post-Traumatique ?

Pour y répondre, je vais dans un premier temps évoquer en quoi le processus migratoire vient fragiliser la personne migrante dans son identité. Puis, je parlerai plus spécifiquement du TSPT, en développant une approche psychomotrice de ce trouble. Je présenterai ensuite un exemple clinique d'un groupe d'activités physiques que nous avons créé, qui vient lier tant la problématique culturelle que traumatique. Je discuterai par la suite des liens entre théorie et pratique en questionnant notre place en tant que futures psychomotriciennes à l'HUDA.

# I. Le parcours migratoire, un processus fragilisant

## 1- *Le processus migratoire*

### a) Des individus avant tout

Chaque voyage est unique. Le parcours migratoire, par essence, émerge d'une urgence, d'une histoire, d'une fuite. Migrer, c'est fuir son pays, ses origines, ses racines, parfois sa famille, dans l'espérance d'une vie meilleure. On devient successivement un émigré, un immigré, un migrant. Selon un rapport (Médecins du monde, 2018), tous ces termes se rejoignent dans une définition globale, celle d'une personne "qui quitte son pays d'origine pour venir s'installer durablement dans un pays dont elle n'a pas la nationalité" (2018, p.7). Ils se distinguent cependant dans leur temporalité et le prisme par lequel ils sont considérés.

Emigrer, c'est penser ce départ du point de vue du pays d'origine. C'est ainsi qu'il est considéré au début du parcours par le protagoniste lui-même et sa famille restée dans le pays d'origine. Dans ce cas, "une personne qui quitte son pays" devient émigrée.

Plus il se rapproche de sa destination, plus on va le considérer différemment, du point de vue du pays d'accueil. Il devient une personne qui va "venir s'installer durablement dans un pays dont elle n'a pas la nationalité" (2018, p.7), il devient un immigré.

Le mot migrant vient au carrefour de ces termes, prenant en compte l'ensemble du processus migratoire, et prenant en considération la globalité des mécanismes psychiques et sociologiques de déracinement, de traumatismes et de reconstruction identitaire qui caractérise leur parcours.

Malheureusement, ces termes semblent de plus en plus être connotés négativement dans l'opinion publique. Pour beaucoup, ils sont associés à des images d'horreur comme celles d'embarcations de fortune résistant tant bien que mal à la houle méditerranéenne ou de camps surpeuplés à Calais. Ces termes relatifs au

parcours migratoire peuvent aussi être synonymes, pour certaines personnes, de délinquance, de vol ou encore de disparition de leur culture. Les médias et la politique viennent ainsi jouer un rôle primordial dans l'accueil de ces sujets dans les pays d'accueil, ayant le pouvoir de faire évoluer l'opinion des gens, mais également de modifier les textes de loi, faisant le choix de simplifier ou non la demande d'asile.

Ces différents termes, au fil de leur utilisation et des images qui leur ont été associées, ont perdu leur dimension humaine. Nous avons tendance à oublier que derrière ces dénominations se trouvent des sujets. Des Hommes dont les sensations, les émotions et les représentations subissent toutes les difficultés du parcours migratoire. La subjectivité est un concept complexe remontant à la philosophie antique, et ayant été abordée dans de nombreux domaines telles que la psychologie, la sociologie ou encore la phénoménologie. En psychomotricité, elle est définie par Bullinger à travers une perspective instrumentale qui « décrit la progressive constitution d'une subjectivité, la façon dont un individu s'approprie son organisme et les objets de son milieu, qu'ils soient physiques ou sociaux » (2007, p.25). Elle dépend de l'expérience intérieure unique de chaque individu, incluant ses émotions, ses pensées et ses sensations corporelles. Elle se rapporte au sentiment de continuité d'existence qui nous permet de nous sentir vivant et existant (Pireyre, 2021a, p.170). Je choisirai d'utiliser le terme de personnes migrantes dans la suite de ce mémoire pour leur redonner leur dimension subjective.

Les personnes que nous rencontrons lors de notre stage à l'Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA) sont toujours des personnes migrantes, avec une dénomination supplémentaire: celle de demandeur d'asile. Selon le même rapport de Médecin du monde, un demandeur d'asile se définit, au sens juridique, comme une personne en cours de demande de protection au titre de la Convention de Genève de 1951 (2018, p.7). L'HUDA accueille une centaine de ces personnes, et leur permet d'avoir accès à un logement, souvent partagé, et à un accompagnement par des travailleurs sociaux dans les démarches administratives. On retrouve également des moniteurs-éducateurs, qui vont les aider dans l'entretien de leur logement, et organiser des activités récréatives. Une psychologue est également présente dans la structure, un jour toutes les deux semaines. Nous effectuons nos

groupes et suivis individuels dans une salle qui fait aussi office de cuisine partagée et de lieu de réunion pour les professionnels.

De manière générale, au cours de ce processus, les personnes migrantes sont confrontées à de nombreuses épreuves, qui puisent dans leurs ressources et bousculent leurs certitudes et leur identité. Pour mieux comprendre leur situation, je me suis demandée quelles sont les étapes de ce parcours, et quelles en sont les difficultés ?

## b) Quitter son pays

La première étape de ce processus, c'est lorsque l'individu prend la décision de partir. Derrière ce choix, lourd de conséquences, c'est tout un mécanisme de remise en question qui est mis en place. Partir, c'est accepter de laisser tous ses repères derrière soi. Emigrer, c'est accepter de ne peut-être jamais revenir. Cette décision vient alors créer un bouleversement important ainsi qu'un remaniement de l'identité du sujet et de ses repères.

Parfois, cette décision n'est pas de son fait. Elle peut être liée à "un rite de passage", comme l'évoque S. Payan (2011, p.10), dans lequel les aînés des familles sont envoyés à l'étranger pour accomplir leur destin : sauver leur famille de la pauvreté. Elle peut aussi être due à un danger manifeste si l'on reste dans son pays d'origine. Dans ce cas là, nous pouvons imaginer un premier traumatisme, une première confrontation à la mort. Quelle que soit la raison du danger ou du départ, elle vient déclencher un processus qui vient questionner la subjectivité de l'individu. N'ayant pas eu le temps de préparer leur départ, il devient très difficile de se saisir de ce projet, et cela vient "déstabiliser" l'organisation psychique de la personne migrante (2011, p.6). Lorsque l'on n'est pas acteur de son parcours migratoire, il semble compliqué de l'habiter subjectivement.

"Il est alors en proie à un vacillement identitaire et paraît plus enclin à sombrer dans l'errance, ne parvenant plus à s'inscrire dans sa société d'origine ni à intégrer son nouveau lieu de vie. Il semble alors mû par un sentiment d'exil" (2011, p.10)

La personne migrante se retrouve alors dans un entre-deux, au milieu d'un projet ne lui appartenant pas, qu'elle n'a pas pu habiter. "L'exil désigne le « hors de chez soi », une forme de déracinement qui oblige au déplacement vers un ailleurs, à la migration passagère et parfois à l'errance sans fin." (*Exil*, 2010). On peut donc penser que le sentiment d'exil s'apparente au sentiment de déracinement, et vient constituer un nouveau facteur traumatique dans le parcours migratoire.

Dans le cas de la demande d'asile, une autre dimension est en jeu. En effet, pour que la demande d'asile soit acceptée, il faut qu'il soit prouvé que la personne court un grave danger dans son pays d'origine, menaçant son intégrité. Ainsi, d'après les témoignages recueillis de personnes migrantes, il existe une fraude à l'asile, un trafic d'identité, où des personnes ayant réussi à obtenir leurs papiers, vendent leur passé, leur récit. Ces personnes migrantes doivent incarner des souvenirs qui ne sont pas les leurs, car les raisons de leur départ ne sont pas suffisantes. Dans tous les cas, vérité ou non, elles risquent de ne pas être crues dans leur récit traumatique. On ne peut qu'imaginer que ces mécanismes viennent fragiliser la subjectivité de l'individu.

Les raisons du départ font selon moi partie intégrante du processus migratoire, et viennent perturber fortement la subjectivité du sujet, alors même que le plus dur reste à venir.

### c) Des spécificités liées aux régions traversées

Vient ensuite le temps du parcours migratoire. Les différentes composantes de celui-ci (régions traversées, moyens de transports empruntés, parcours solitaire ou à plusieurs) induisent un vécu différent et par définition, des expositions différentes à de potentiels événements traumatiques. A l'HUDA, nous rencontrons des personnes d'origine totalement différentes, certaines viennent d'Afrique de l'Ouest, d'autres d'Afrique centrale et de l'Est, ou encore d'Afghanistan, du Bangladesh... En fonction de leurs moyens ainsi que de la situation économique et politique de leur pays d'origine, le processus de migration ne sera pas le même.

*Eldorado*, de L. Gaudé (2006), vient exposer les épreuves que sont la traversée de la Méditerranée ainsi que les tortures et abus auxquels peuvent être exposées les personnes migrantes durant leur parcours, notamment dans les pays du littoral.

*“L’objectif majeur de la torture, qu’elle soit pratiquée par des systèmes étatiques ou par des groupes d’opposition politique, est de produire de la déculturation. Déculturation, car l’attaque des corps, des contenus de pensée, du psychisme individuel, vise la part collective de l’individu, celle qui le rattache au groupe cible désigné par l’agresseur. C’est donc bien cette désarticulation entre le singulier et le collectif en chacun de nous qui est recherchée » (Sironi, 2012)*

Subjectivité et culture étant intimement liées, c’est à travers tous ces mauvais traitements que l’intégrité de la personne migrante est touchée, au plus profond d’elle-même.

Avoir des connaissances sur les différents parcours possibles est donc primordial pour avoir une connaissance des épreuves traversées notamment lorsque le récit est trop difficile à narrer.

#### d) L’instabilité constante

Le parcours migratoire, bien que différent pour chacun, vient cependant se réunir autour d’un même concept : l’instabilité. Les personnes migrantes ne sont certaines de rien, ne savent pas si elles peuvent faire confiance à leurs pairs et affrontent un environnement continuellement instable. Cela ajoute un potentiel facteur traumatique.

Le film documentaire “Les Messagers”, de H. Cruzillat et L. Turat (2017), recueille les témoignages de nombreux migrants ayant survécu à toutes ces épreuves. Il met en lumière toute la complexité et la variété des traumatismes vécus, et l’alternance entre espoir et désespoir en se confrontant aux passeurs<sup>2</sup>, aux camps

---

<sup>2</sup> Personne qui fait passer clandestinement une frontière, une zone interdite, les lignes ennemies à quelqu’un (CNRTL)

de migrants et aux conditions de vie difficiles. Migrer, c'est parfois subir de la torture, des vols, des bagarres, des atteintes à son existence. C'est affronter la peur, la solitude, seul face à l'adversité et parfois même seul face à la mort. Beaucoup ont vécu cette réalité, difficilement envisageable. Ce parcours est un voyage où leur humanité est remise en question et méprisée par des êtres humains auxquels ils peuvent s'identifier.

*“Même si les événements traumatiques ont en commun la rencontre avec la mort ou une menace, leur impact peut varier en fonction de leur nature. Ce qui est particulièrement vulnérabilisant, ce sont les événements de violence humaine car ils induisent une perte profonde du sentiment de bienveillance et anéantissent la capacité de confiance en l'autre.”* (Centre National de Ressources et de Résilience, 2020)

Cette citation expose l'un des facteurs les plus vulnérabilisant à un TSPT, celui de violences effectuées par des humains sur des humains. Dans le parcours migratoire, la violence est omniprésente. Nombre de personnes que nous avons rencontrées durant notre stage ont des cicatrices issues de ces moments.

B. Van der Kolk nomme que *“pouvoir se sentir en sécurité avec les autres est sans doute l'aspect primordial de la santé mentale”* (2021, p.116). Sentir que l'on est considéré comme être humain par une personne, qu'elle nous porte dans son cœur, vient reprendre le principe de réciprocité, qui constitue la base des relations et vient soutenir le sentiment d'exister et de sécurité.

Paradoxalement, dans l'exil, l'être humain est associé tant à celui qui va créer la complexité du traumatisme, mais également comme le seul à pouvoir accompagner l'individu à le soigner. M-R Moro (2005, p.144) précise l'utilisation du terme “soigner” plutôt que “guérir”:

*“En matière de trauma ou de perte, il faut accepter de soigner sans guérir, autrement nos intentions peuvent devenir un obstacle”*

La relation thérapeutique que nous allons construire avec les personnes que nous rencontrerons devra donc être particulièrement soignée, point que je développerai par la suite.



## e) L'illusion de la fin des difficultés

Après toutes ces épreuves, l'arrivée dans le pays choisi signifie pour beaucoup un retour au calme et à la tranquillité. Beaucoup ont entendu des témoignages de pairs ayant effectué le même voyage et mettant en avant la vie de rêve qui les attend en Europe. Cet espoir, cette illusion, s'est créé dans les années 1983, où effectivement, plus de 65% des demandes d'asile étaient acceptées selon les rapports de l'OFPRA (*Premières Demandes et Octroi de L'asile – Immigrés et Descendants D'immigrés | Insee, s. d.*), et nombre de réfugiés construisaient une vie convenable. Malheureusement, depuis quelques années, le taux d'acceptation des demandes d'asile a drastiquement diminué, passant à 29,2% en 2022 selon le rapport de l'OFPRA datant de cette même année (2022, p.66). Ces refus enjoignent de nombreux migrants à retourner dans leur pays d'origine, ou reprendre leur périple dans l'exil.

De nombreuses croyances sont également véhiculées, en particulier sur le droit du sol permettant d'obtenir la nationalité française. La famille Kathun, originaire du Bangladesh, est un exemple parfait de ces incompréhensions et de ces illusions. Cette famille, ayant une situation confortable au Bangladesh, choisit d'immigrer en France au début de l'année 2023. Son objectif est bien précis : La maman est enceinte. Si elle accouche en France, alors le bébé et par la suite toute la famille obtiendront la nationalité française. Malheureusement, la loi française est bien plus précise, et malgré la naissance de leur toute petite sur le sol français, leur demande d'asile est rejetée. S'ensuit un travail d'acceptation de la décision très difficile, qui vient à nouveau puiser dans les ressources psychiques de la personne, et fragiliser sa subjectivité.

## 2- Arrivée dans le pays d'accueil

### a) Les différentes étapes jusqu'à l'obtention de la protection internationale (BPI)

Une fois le pays d'accueil rejoint, une nouvelle étape du processus migratoire se met en marche, et pas des moindres : la demande d'asile.

Celle-ci est extrêmement compliquée à comprendre, et dispose d'une multitude d'étapes, que je vais tenter de résumer ici. Lorsque les exilés viennent en Europe, le premier pays dans lequel ils arrivent a pour mission d'enregistrer leur demande d'asile et de prendre leurs empreintes. Cela a pour effet immédiat, de les relier à ce pays et de les obliger à faire leur demande d'asile dans ce dernier. Nombre des personnes migrantes ne savent pas cela, et donnent leurs empreintes sans connaissance des conséquences. Ils continuent ensuite leur périple et arrivent dans le pays où ils souhaitent effectuer la demande. Très souvent ils passent de nombreuses semaines, mois, voire parfois années à la rue, avant que l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII), leur délivre une place dans un hébergement d'urgence<sup>3</sup> (*Titre V : CONDITIONS D'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE (Articles R550-1 À D554-1) - Légifrance, s. d.*)

Lorsqu'ils arrivent dans l'un de ces centres, ils bénéficient d'un suivi par des travailleurs et assistants sociaux, les aidant dans leur demande d'asile. Celle-ci est composée de plusieurs étapes, la première étant l'obtention d'un rendez-vous avec l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA). Lors de celui-ci, ils devront exposer la ou les raison(s) de leur venue en France, leur situation et leurs craintes en cas de retour dans leur pays d'origine. Suite à cet entretien, l'OFPRA pourra ou non leur accorder le statut de réfugié ou une protection subsidiaire leur permettant ainsi de devenir bénéficiaire de la protection internationale. Ce choix sera fait en fonction de la vérifiabilité des propos tenus, et de l'évaluation du danger encouru dans leur pays d'origine. Le statut de Bénéficiaire de la Protection Internationale (BPI) permet d'entrer dans le droit commun, et donc

---

<sup>3</sup> Centre d'Hébergement d'Urgence, Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile, Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile

d'avoir droit à des aides comme les APL, le RSA<sup>4</sup> etc, ainsi qu'à un titre de séjour de 10 ans, renouvelable (*Droits du Demandeur D'asile : Soins, Logement, Aide Financière. . .*, 2023). Une fois ce statut obtenu, les résidents disposent d'environ 6 mois, officiellement, pour quitter l'HUDA vers une nouvelle orientation qui peut être un autre hébergement d'urgence, ou logement si la personne est en emploi. Officieusement, cela peut prendre plus de temps, généralement entre 6 mois et 1 an.<sup>5</sup>

Les personnes que nous retrouvons à l'HUDA se retrouvent dans des situations généralement plus compliquées. Certaines ont vu leur demande d'asile rejetée par l'OFPRA, et déposent donc un recours à la Cour National du Droit d'Asile (CNDA). Si elle est à nouveau rejetée, elles sont déboutées, et reçoivent une obligation de quitter le territoire français (OQTF). D'autres encore sont en procédure Dublin, dans le langage propre aux professionnels les accompagnant, on dit qu'elles sont "dublinées". Ce sont celles qui ont laissé leurs empreintes dans le premier pays où elles sont arrivées, mais qui déposent leur demande d'asile dans un autre. Elles sont ainsi sommées par la France de retourner dans leur pays d'entrée en Europe (souvent l'Italie ou la Grèce). Si elles refusent, elles seront déclarées en fuite, et devront patienter 18 mois, sans ressources, pour échapper à la procédure et pouvoir espérer demander l'asile comme les autres (*Demande D'asile En Procédure « Dublin » : Comment Faire ?*, 2021).

Cette complexité vient à nouveau accentuer le sentiment de perte de contrôle de son avenir. Les demandeurs d'asile ne sont pas acteurs de leur vie, ils subissent. Cela vient fragiliser davantage leur subjectivité et constituer un nouveau facteur de risque de développement d'un TSPT.

## b) Une situation politique

La longueur administrative et la complexité de ces procédures sont éminemment politiques, et constamment remises en question. La société oublie de

---

<sup>4</sup> Aides Personnalisées au Logement; Revenu de Solidarité Active

<sup>5</sup> En attendant qu'un logement social soit trouvé, l'hébergement accepte généralement de prolonger ce temps

les considérer comme des humains, avec des sentiments, des besoins et des particularités. Alors que l'obtention de leurs droits était déjà très difficile, le 26 janvier 2024, la loi pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, vient complexifier encore l'accès à la protection internationale et aux différents recours et aides possibles (*LOI N° 2024-42 du 26 Janvier 2024 Pour Contrôler L'immigration, Améliorer L'intégration (1) - Légifrance, s. d.*). Il est donc essentiel de comprendre ce que vivent les personnes migrantes pour mieux préparer notre société à accueillir des flux migratoires toujours plus massifs tout en conservant l'humanité de ces individus.

M.-R. Moro évoque la place que la société joue dans l'humanisation des migrants. Elle décrit la part collective du traumatisme : la collectivité peut exclure un sujet du groupe et de l'humanité, uniquement par une pensée commune ; et comment inversement, le sujet peut réintégrer sa place grâce à la parole et aux pensées de l'autre (2004, p.143). Cet accueil va impacter la façon dont est vécu le traumatisme par la personne. Ainsi, en libérant une place pour ces sujets, l'environnement peut créer un espace de stabilité, d'accueil, où le traumatisme va pouvoir s'atténuer et l'individu se reconstruire.

### c) Incompréhension et démotivation

Être confronté au vide peut être une situation très angoissante. Ce temps d'attente vient ainsi réveiller le sentiment de déracinement, et ramener à soi tous les souvenirs difficiles du parcours migratoire.

Pour sortir de ce cercle vicieux, les demandeurs d'asile ont très peu de possibilités. Ils ne peuvent pas travailler légalement, n'ayant pas de papiers. Ils n'ont presque aucune attache sociale et ils sont livrés à eux-même, dans un lieu qui leur est inconnu. Pour la plupart, la langue française leur est étrangère et les démarches également. Dans cette situation, ils se trouvent incapables de naviguer seuls à travers les étapes pour obtenir le statut de réfugié.

Chacun de leur droit est lié à une attente interminable pour son obtention. Dans ces conditions, plus que précaires, ils doivent attendre, sans savoir de quoi leur

destin sera fait. Assad, dont j'exposerai en détail la situation plus loin, nous parle de cette attente dans la rue, qui pousse au désespoir. Il nous explique que c'est suite à ce long moment qu'il a commencé à consommer de l'alcool, et à développer son addiction.

“C'était la seule chose qui me maintenait en vie” nous dit-il en anglais.

On ne peut que faire le lien entre ce début d'addiction et le besoin de ressentir des sensations, de se sentir exister. L'addiction correspond à “une recherche compulsive d'une sensorialité excessive”, nous dit A. Constant dans *Le Grand livre des pratiques psychomotrices* (2022, p.311). Elle apparaît comme une solution trouvée pour faire face à l'adversité, face au vide de la situation dans laquelle Assad se trouvait à ce moment. En parlant du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) B. Van der Kolk dit : “*Quand on ne peut pas être tout à fait là, on se replie quelque part où on a l'impression d'être vivant - même si cet endroit est plein d'horreurs et de souffrances*” (2021, p.105). Assad était de fait énormément dissocié lors de nos différentes rencontres, comme absent. La consommation d'alcool semble être la solution qu'il a trouvé pour se sentir vivant. L'exposition à des événements traumatiques et au sentiment de déracinement semble donc être un facteur de risque aux troubles addictifs. Dans sa composante fragilisant la subjectivité et l'identité de la personne, il vient aussi augmenter le risque de subir de nombreuses violences envers soi-même, par des pensées suicidaires par exemple, ou de la part des autres. (*Violences*, s. d.)

#### d) Isolement et repli sur soi

“*Je n'ai rien à faire de mes journées, à part attendre la nuit, et même la nuit j'attends dans mon lit que mes yeux se ferment*” nous partage une résidente de l'HUDA.

Plus rien ne semble animer cette femme, envahie par des troubles du sommeil, et ne sortant de sa chambre. Les démarches administratives sont en cours, et tendent vers un refoulement du territoire français. Elle reste accrochée à l'espoir d'un dernier recours à la CNDA pour changer la décision prise en première instance

par l'OFPPRA. L'attente sonne pour elle comme un compte à rebours, mais elle n'a personne à qui en parler, elle est seule. Comme si disparaître, ne rien faire, allait la faire oublier, des autres, et aussi d'elle-même. On refuse de croire à son histoire et à ses raisons d'être en France, on lui refuse une identité. Comme contaminée par ce désintérêt, cette attente de l'annonce de son déboutement, elle s'efface, s'oublie elle-même, sans repères.

Ces repères absents sont omniprésents dans son discours, elle exprime ne plus avoir d'amis à qui parler, avoir perdu le lien avec sa famille et ne pas connaître les environs. Comme beaucoup d'autres résidents du lieu, elle n'ose pas sortir, car elle a peur de se perdre. Le vécu de l'attente et du déracinement peut être comparé à ce que B. Van der Kolk (2018) nomme comme un impact du réflexe d'orientation, qui permet de trouver le sens de sa vie et de s'animer (p.112), ce que l'on retrouve régulièrement dans le TSPT. A travers la perte de ce réflexe, et de son sentiment d'exister, c'est bien sa subjectivité qui se désagrège.

### *3- Le sentiment de déracinement*

Avec Faja, la communication avec des mots est presque impossible pourtant, l'échange est là. Les conversations sont différentes, mais passionnées, pleines de vie et d'énergie. Faja est une femme afghane, arrivée en février 2023 après un long parcours, avec sa fille de 3 ans, son fils de quelques semaines né sur la route et son mari. Elle est venue avec l'objectif d'offrir un meilleur avenir à ses enfants, et de sauver sa famille de la folie des talibans. Cette femme fait preuve d'une importante résilience. Elle garde un sourire à toutes épreuves et une grande envie de nouer des liens avec nous et les autres résidents malgré les différences culturelles et le sentiment de déracinement qu'elle expérimente. Selon Le Larousse (s. d.), le déracinement se définit comme le "fait d'être arraché à son milieu, à son pays".

Elle nous explique cependant, avec un certain recul, la difficulté qu'elle éprouve à s'adapter à la culture française. En Afghanistan, elle ne pouvait sortir sans la burqa<sup>6</sup>, ne pouvait parler à d'autres hommes que son mari, sa maison était grande

---

<sup>6</sup> La burqa est un vêtement traditionnel porté par certaines femmes dans des cultures musulmanes, couvrant entièrement le corps avec un voile épais, y compris le visage. Son utilisation est souvent liée

et de plain pied, ils étaient d'un niveau social assez élevé... Beaucoup d'espaces les entouraient, les coutumes étaient totalement différentes, ses habitudes étaient celles d'une femme au foyer. Ici, nous fait-elle comprendre, tout est remis en question. Sa fille va à l'école. Elle en est très fière, mais elle ne peut l'accompagner ni dans ses apprentissages, ni sur le chemin, car elle n'ose pas sortir sans son mari. Elle exprime ses difficultés à retrouver des repères, notamment dans sa maison qu'elle n'arrive pas à investir car trop petite et sombre. Pourtant, elle l'habille de tapis orientaux, de décorations fabriquées maison, mais cela n'y change rien, ce n'est pas chez elle, elle ne s'y sent pas à sa place.

Être déraciné, c'est perdre ses racines, ses habitudes, son origine et sa place. C'est laisser derrière soi une partie de qui l'on est, une partie de sa culture. Or, selon F. Huet :

*“La culture propose une certaine lecture du monde. Elle permet les liens fondamentaux entre l'histoire collective et l'histoire psychique. C'est la culture qui structure le sujet” (2022)*

Elle nous permet de faire le lien entre le sentiment de déracinement, et la restructuration identitaire du sujet. T. Nathan nous aide à considérer les enjeux d'une “perte de culture”, que l'on retrouve dans le déracinement vécu par Faja, et nombre d'autres réfugiés et migrants :

*« Sa propre culture forme à chacun une sorte d'ombre, un double dont la perte ne peut être compensée que par la tentative de compréhension de la Culture, avec un C majuscule, c'est-à-dire ce qui fait qu'un homme est capable d'acquérir une culture. Le rapport de l'homme avec son ombre, avec ce double-la culture, constitue une fonction psychique fondamentale »*  
(Nathan, 1986, p. 32).

Par ses pratiques, ses différences, Faja peut être jugée, incomprise et mise à l'écart. De plus, l'environnement étant totalement différent tout comme la manière de vivre et les habitudes, il y a un égarement d'une partie de sa culture. Cependant elle ne “perd” pas totalement sa culture, puisqu'elle continue à pratiquer et croire à

---

à des normes culturelles et religieuses spécifiques, principalement associées à des pays comme l'Afghanistan, le Pakistan et certaines régions d'Inde.

certaines coutumes de son pays. La reconnaissance de celles-ci n'est simplement plus la même. Hors F. Huet et T. Nathan semblent sans équivoque, la culture est comme un double, elle soutient l'individualité et la subjectivité de chaque sujet. Par le rejet de sa culture, c'est son identité et sa subjectivité qui sont remises en question.

Ceci semble être l'une des raisons compliquant l'intégration des réfugiés dans leur pays d'accueil, pouvant entraîner des troubles de l'identité et un sentiment de déracinement. Mais T. Nathan semble donner un prémice de réponse sur la manière de surmonter cette perte culturelle dans la compréhension des processus d'acquisition d'une culture. En prenant en compte le fait que la culture constitue une part de notre identité, nous pouvons considérer cette culture comme un processus à part entière dans la construction et le remodelage de celle-ci. Ainsi, dans le processus de subjectivation des demandeurs d'asile, il est primordial de les accompagner dans leur vécu transculturel.

#### 4- Un trouble de stress post-traumatique omniprésent

Le parcours migratoire s'inscrit donc dans une succession d'évènements traumatiques, sans possibilité dans la majorité des cas de retrouver de la stabilité dans le pays d'accueil.

Au fil des différents échanges avec les demandeurs d'asile, nous avons pu recueillir des témoignages variés de parcours migratoires. Étonnamment, les différentes personnes que nous avons rencontrées nous l'ont raconté volontiers, dès la première rencontre, sans qu'un lien de confiance ne soit particulièrement établi. Mais finalement, lorsque l'on s'enquiert des différentes étapes de la demande d'asile, incluant un entretien à l'OFPRA (office français de protection des réfugiés et des apatrides) où elles doivent expliquer leur parcours et les raisons de leur venue, on comprend que c'est un récit qu'elles ont dû maintes fois relater. Une particularité vient cependant nous frapper. Ces récits sont racontés avec un détachement et une dépersonnalisation frappante. Les mots choisis sont courants, le visage reste neutre, le ton de la voix également. Pourtant, l'histoire partagée témoigne de moments de vie très durs, incluant souffrance et impuissance. B. Van der Kolk détermine ce



phénomène comme le fait de raconter des “atrocités sans aucune émotion” (2018, p.104). Il témoignait d'une déconnexion de sa subjectivité, et de ses sensations corporelles.

Ce phénomène est l'un des symptômes le plus flagrant auquel nous avons été confrontés, mon binôme et moi, durant ce stage. Il est l'un des premiers indices qui nous orientaient vers une suspicion de TSPT.

Nos observations et échanges avec les équipes nous ont permis de nous rendre compte que nombre des résidents de l'HUDA présentaient ces symptômes, et la phrase “ils sont tous traumatisés” a été prononcée à de nombreuses reprises par les différents membres de l'équipe. Effectivement, selon un rapport de médecin du monde datant de 2017, 64% des demandeurs d'asile sont concernés par le psychotraumatisme. Il est également souligné dans ce dernier la pauvreté des études sur ce sujet avec cette population. Le raccourci “tous traumatisés”, malgré une part de vérité, apparaît donc comme surfait, et mérite d'être questionné pour assurer le moins de biais possibles lors des premières rencontres avec ces personnes. Chaque individu est unique, et mérite que l'on s'intéresse à ses problématiques sans a priori. La proportion reste malgré tout probante, et m'amène à me questionner sur les particularités du trouble du stress post-traumatique (TPST) chez les demandeurs d'asile.

A travers des apports théorico-cliniques, j'ai donné une vision globale de ce que signifie pour moi le processus migratoire. J'ai montré qu'il se caractérisait par une succession d'évènements traumatiques, et par un sentiment de déracinement omniprésent. Ces deux éléments viennent créer un décor propice à la fragilité psychocorporelle, et augmentent considérablement les risques de TSPT. Je vais donc approfondir, dans la suite de ce mémoire, l'impact de ce dernier dans l'identité psychomotrice du sujet.

## II. L'impact du trouble de stress post traumatique dans le corps et la subjectivité de la personne migrante

### 1- Définitions

P. Janet (1889) est un psychiatre français, le premier à proposer une conception de ce trouble, en parlant de stress traumatique. Il a proposé l'idée qu'un traumatisme psychique pouvait avoir des conséquences corporelles en mettant en lumière leurs impacts sur la structure de la personnalité et sur le fonctionnement mental. Il développe des techniques de traitement pour aider les patients à explorer et à intégrer leurs expériences traumatiques dans le but de les soulager de leurs symptômes. C'est à partir de ses recherches que s'est conceptualisée une majeure partie de la théorie autour du TSPT.

En comparant les différentes classifications, j'ai pu réunir les éléments me permettant de synthétiser une explication des symptômes et critères de ce trouble. Tout d'abord, le DSM-V<sup>7</sup> (American Psychiatric Association [APA], 2013), nous présente un tableau clinique large et détaillé. Il décrit des critères spécifiques, que sont:

- Des expositions à des atteintes à l'intégrité de l'individu, telles que des menaces de mort et des blessures
- Des symptômes et souvenirs envahissants
- Un évitement persistant de certaines situations liées à l'événement traumatique
- Des altérations des fonctions cognitives et de l'humeur
- Des altérations de l'éveil et de la réactivité.

La CIM-11(2018, Organisation mondiale de la santé) quant à elle, vient citer trois critères:

- La présence de reviviscences sous la forme de souvenirs intrusifs, vifs ou de flashback

---

<sup>7</sup> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition

- La présence de comportements d'évitement
- La perception d'une constante perception d'une menace actuelle accrue.

Dans ces deux classifications, les manifestations doivent impacter la vie quotidienne, durer depuis plus d'un mois, et ne pas être imputable à un autre trouble.

La CIM-11 différencie également le TSPT simple, constitué d'un unique événement traumatique, du TSPT complexe, se caractérisant par une succession d'événements traumatisants. Dans le cas du parcours migratoire, et des résidents rencontrés à l'HUDA, on retrouve une prévalence importante, voire totale du TSPT complexe.

Les critères d'un TSPT complexe reprennent ceux du TSPT, avec l'addition d'autres paramètres:

- Des problèmes dans la régulation des affects
  - Des idées négatives de soi, comme se sentir diminué, vaincu, sans importance
  - Un sentiment de honte, de culpabilité ou d'échec par rapport à l'événement traumatique
  - Des difficultés à entretenir des relations et à se sentir proche des autres.
- (Organisation Mondiale de la Santé, 2019)

Ces organismes proposent une classification permettant d'avoir une idée globale de ce qu'est le trouble et de la manière dont il impacte la vie quotidienne des personnes en souffrant. Il me paraît important, pour une meilleure compréhension des conséquences et des mécanismes en jeu, de considérer les impacts neurologiques observés chez les sujets qui en souffrent.

B. Van Der Kolk (2018, p.102) et P. Ogden (2021, p.229) nous présentent plusieurs aspects organisationnels et structurels du fonctionnement cérébral qui sont inhérents au TSPT. On observe tout d'abord un dysfonctionnement thalamique. Le thalamus est une glande qui permet de relayer les informations sensorielles au niveau du cortex, de l'amygdale et de l'hippocampe. Son dysfonctionnement vient ainsi entraver l'intégration et la transmission de ces informations, et empêche l'individu de percevoir les situations dans leur globalité, dans un ensemble intégré et relié (Ogden, 2021, p.230). B. Van der Kolk ajoute que le rôle du thalamus, lié à celui

de l'amygdale, peut être comparé à un cuisinier et un détecteur de fumée, qui alerte en cas de danger. Dans le cas du TSPT, il serait dysfonctionnel et trop réactif, ce qui amène l'individu dans un état de constante hypervigilance, dans un mode survie.

Différentes expériences présentées dans *Le trauma et le corps* de Pat Ogden (2021) montrent également une dysharmonie dans l'activation des hémisphères droits et gauches des patients souffrant d'un TSPT. Ces derniers subiraient une hypoactivation de l'hémisphère gauche, combinée à une hyperactivation de l'hémisphère droit. Or, B. Van der Kolk (2018) souligne le rôle de l'hémisphère gauche dans la mémoire autobiographique. Il permet d'inscrire dans une temporalité les souvenirs, l'expression à travers les mots, et la conscience de soi et de ses sensations internes. Ainsi, cette hypoactivation de l'hémisphère gauche vient déconnecter de ses sensations et de ses émotions l'individu, l'empêchant de lier affectivité et représentations. Au-delà de cette asymétrie, on observe dans le TSPT un manque de transmission des informations d'un hémisphère à l'autre. Cela clive les réactions des patients et diminue la capacité à trouver un équilibre, une harmonie et à se réguler.

S. Robert Ouvray (2007), vient évoquer les liens entre tonus, sensorialité, affectivité et représentation comme support de la subjectivité de l'individu. Ces liens sont sous-tendus par un fonctionnement cérébral correct, et ne sont pas optimaux dans le TSPT. Cela vient appuyer le propos de B. Van Der Kolk (2018) selon lequel:

*“Le sentiment de soi, d'existence, est le fruit d'un équilibre entre le cerveau émotionnel et rationnel”* (2018, p.87)

De nombreuses autres structures cérébrales se trouvent impactées par le TSPT, et ceci car les liens qui unissent chacune de ces régions sont déconstruits. L'hippocampe, siège de la mémoire, l'insula, lieu d'expression des émotions et de la perception corporelle et le cortex préfrontal médian, dans son rôle de régulation des émotions, sont dysfonctionnels, et viennent impacter sérieusement l'organisation psychocorporelle du sujet.

Toutes ces altérations perturbent l'un des fondements de cette organisation : la sécurité interne. S. Porges (2022) définit ce terme comme *“notre interprétation subjective des sentiments corporels internes qui sont transmis par des voies*

*neuronales bidirectionnelles entre nos organes corporels et notre cerveau*”. Selon lui, c’est donc un sentiment ressenti subjectivement, et non pas lié à la présence ou l’absence de danger. Le TSPT induisant une perte de ses sensations internes (Van de Kolk, 2018), ce sentiment peut difficilement s’élaborer chez les personnes en souffrant et nécessite un accompagnement.

## 2- La perte du sentiment de sécurité interne

### a) Définition de la dissociation psychocorporelle

Dans les différentes manifestations psychocorporelles du TSPT, la dissociation psychocorporelle m’a particulièrement questionnée, notamment quand nous y avons été confrontées. J’aimerais, dans cette partie, détailler ce trouble, qui expose tout particulièrement la perte de la sécurité interne.

Selon le DSM-5 <sup>8</sup>(APA, 2013), la dissociation se définit comme « une rupture et/ou une discontinuité dans l’intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l’identité, de l’émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement. »

L’utilisation du terme de rupture et de discontinuité vient particulièrement résonner auprès de la population des demandeurs d’asile. De plus, l’intégration des items énoncés par la définition est perturbée dans le cas du TSPT (B. Van der Kolk, 2018). Considérant ces éléments, nous pouvons nous demander si cet état de dissociation serait un mécanisme de protection lorsque l’individu ne se sent pas en sécurité.

P. Ogden (2021) propose une manière de considérer ces états de conscience différents. Elle y explique le concept de fenêtre de tolérance, correspondant à une zone d’activation optimale, nous permettant de gérer, d’accepter et d’intégrer différentes stimulations affectives, sensorielles ou cognitives. Lorsque nous sommes dans cette fenêtre, le sentiment de sécurité interne est suffisant. Chez chaque

---

<sup>8</sup> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition

individu, cette fenêtre est plus ou moins large en fonction de la quantité de stimulations nécessaire pour atteindre le seuil de réaction. Pour un fonctionnement optimal, selon Williamson et Anzalone (2001, p.28), il faut un seuil de réaction « *assez élevé afin de permettre la tolérance de la complexité et la stimulation inhérente à l'environnement, mais suffisamment faible pour permettre la perception des changements subtils ainsi que de la nouveauté de l'environnement* ». Or, selon Pat Ogden (2021), le traumatisme vient impacter ce seuil de réaction, qui va être anormalement bas, haut, ou les deux. Ainsi, cela vient réduire la fenêtre de tolérance, et diminuer sa capacité à gérer, intégrer et accepter les différentes stimulations.

Lorsque le seuil de réaction est haut, nous sommes dans un état d'hypo-activation, caractérisé par une absence relative de sensations, un engourdissement des affects, une désactivation des processus de traitement cognitif et une réduction du mouvement physique. Au contraire, lorsque le seuil de réaction est bas, nous sommes dans la zone d'hyper-activation, avec des sensations accrues, une forte réactivité émotionnelle, une hypervigilance, des images intrusives, et un traitement cognitif désorganisé (Ogden, 2021, p.78).

Cette hypo ou hyper activation correspond à une sortie de la zone de sécurité et semble correspondre à des mécanismes de protection. Dans le cas du TSPT, lors de l'événement traumatique, cet état est adapté, mais son maintien dans le temps crée un vécu d'insécurité constant. Ainsi, pour que le sujet puisse retrouver une activation dans la fenêtre de tolérance, il sera nécessaire qu'il expérimente de la sécurité dans l'instant présent.

Dans le cas de la dissociation psychocorporelle, elle correspond à un état en dehors de la fenêtre de tolérance qui ne permet pas au sujet de se connecter à son environnement. Cela se traduit par des sentiments de dépersonnalisation, ou encore de déréalisation. La dépersonnalisation se définit, selon le DSM-5 (APA, 2013), comme un symptôme caractérisé par des expériences persistantes ou récurrentes de détachement ou de sentiment d'irréalité par rapport à soi-même. Ce détachement peut se manifester par l'impression de regarder son propre corps de l'extérieur, ou par le sentiment que ses pensées, émotions ou sensations physiques ne sont pas réelles ou appartiennent à quelqu'un d'autre.

La déréalisation quant à elle, est définie (APA, 2013) comme un sentiment de détachement ou de distanciation par rapport à l'environnement, accompagné de la sensation que les personnes ou les objets environnants sont irréels, étranges ou déformés. Les individus peuvent se sentir comme s'ils regardaient le monde à travers un voile ou un écran, et cette expérience peut persister ou être intermittente.

### b) Exemple d'un cas de dissociation psychocorporelle

Durant notre stage, nous avons observé plusieurs manifestations de dissociation, dont une qui nous a particulièrement questionnée.

Nous rencontrons Assad dès les premiers jours de notre stage. C'est un homme somalien de 35 ans, arrivé à l'HUDA en 2022. Ayant commencé son parcours migratoire juste avant la période du Covid-19, il est passé par la Lybie, où il a subi des actes de torture, et a traversé la Méditerranée, avant de passer quelques années sans domicile fixe en Italie, à Nice, puis à Paris. Il nous raconte ceci lors du premier entretien que nous avons eu ensemble, avec un sourire constant et un ton de voix monocorde, mais avec un volume sonore élevé.

Paradoxalement, sa posture est fermée, ses épaules voûtées, son pas traînant, et son regard inexpressif, orienté vers le bas. Lors des tests que nous avons pu lui faire passer, il éludait toutes les questions sur le corps avec un sourire et des réponses très courtes. Il se trouvait en très grande difficulté lors des situations d'imitation, et évoquer ses ressentis corporels n'était pas possible. Son dessin du bonhomme (*cf. infra*, annexe I, p.I) et ces observations, nous ont donné l'impression d'un homme désincarné, déconnecté de son corps, dissocié de son histoire et de son identité.

Dans cette présentation, Assad semble présenter une grande différence entre sa façon de s'exprimer, et les expressions de son visage qui évoquent une hyperactivation, opposée à une organisation corporelle globale qui suggère une

hypoactivation. Il semble clivé entre deux extrêmes, et avoir beaucoup de difficulté à trouver un équilibre lui permettant d'adapter son organisation psycho-corporelle, comme le montre ses problèmes d'imitation et d'élaboration. Au vu de son parcours, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette déstructuration est liée à la multitude d'évènements traumatiques traversés. Il ne peut ainsi plus retrouver l'axe, l'équilibre et l'unité psychocorporelle lui permettant d'atteindre la sécurité interne. Il se retrouve ainsi bloqué dans l'insécurité et l'instabilité liées à son vécu.

Dans cette vignette, différents items psychomoteurs sont mis en évidence dans la traduction de la dissociation traumatique chez Assad, et notamment à travers sa posture. Elle est affaissée, dans une orientation égocentrée sans ouverture au monde. On retrouve un tonus d'action important dans les parties du corps recrutées, la tête notamment, mais un tonus de fond très bas dans le reste du corps. Il est intéressant d'observer que c'est la sphère haute, de la tête, où se trouve le cerveau, et où sont en jeu tous les processus menant au TSPT, qui présente le recrutement tonique le plus fort.

Selon B. Lesage (2022), l'organisation corporelle et psychique sont reliées, et peuvent donner des indices du vécu de l'individu. Une posture comme celle-ci m'évoque l'axe longitudinal du corps qui correspond à "là où se trouve l'aplomb et l'ancrage", ce qui "équilibre les potentialités et les désirs", et ce qui permet de "se projeter et engager l'effort nécessaire pour avancer" (2022, p.44). On voit chez Assad que cet axe corporel est affaissé, dégageant une forte fragilité. Pourtant, à travers ses nombreux rôles, l'axe corporel est ce qui va pouvoir guider notre action, et nous permettre d'aller de l'avant. Selon Bullinger (2015), il est le résultat d'un équilibre tonico-postural, trouvé par l'individu. En faisant le parallèle avec les symptômes du TSPT, notamment la perte du réflexe d'orientation et le blocage dans les souvenirs du passé, on peut émettre l'hypothèse que cette impossibilité d'aller de l'avant corporellement se traduit psychologiquement. Dans l'incapacité de se projeter dans le futur, ou même d'être dans l'instant présent, Assad est bloqué dans l'insécurité de ses souvenirs traumatiques.



### c) Une posture figée

Comme vu avec l'exemple d'Assad, le sentiment d'insécurité s'ancre dans la posture. Cela pourrait s'expliquer par la présence d'un état de figement qui se serait maintenu dans le temps suite aux événements traumatiques. P. Ogden (2021), B. Van der Kolk (2018) et P. Levine évoquent tous les trois cet état, mais c'est P. Levine (2019) qui vient particulièrement le développer. Dans son livre *Réveiller le tigre* (2019), il y consacre tout un chapitre, dans lequel il explique comment cet état s'inscrit dans le corps et la vie des personnes traumatisées.

Selon lui, notre cerveau reptilien<sup>9</sup>, nous permet de réagir rapidement lors d'un événement traumatique. Il nous offre trois réponses possibles face à ces situations : la fuite, le combat, ou lorsque ni l'un ni l'autre ne semble possible, le figement. La fuite et le combat permettent d'accomplir totalement son action, et donc d'éviter dans la plupart des cas le traumatisme. Le cas du figement est différent. Dans la nature, P. Levine cite l'exemple de l'impala<sup>10</sup>, qui va dans un premier temps tenter la fuite, puis le figement lorsqu'il est victime d'une attaque d'un prédateur. Le figement va lui permettre d'imiter la mort, et donc de désintéresser le prédateur, ou dans le cas contraire, amoindrir les souffrances liées à la mort. Pour sortir de cet état, l'animal va sautiller, se secouer, et pouvoir reprendre sa vie, sans trace laissée par le traumatisme.

Chez l'homme, le néocortex, partie du cerveau composée des structures les plus élaborées, va développer les sentiments de peur, qui vont empêcher le défigement. Ainsi, dans le cas du stress post traumatique, la personne va rester dans cet état, et chaque nouveau traumatisme, dans le cas des traumatismes complexes, va aggraver ce figement. De plus, la réaction de figement va laisser un sentiment de non-aboutissement de l'action qui empêche d'intégrer le traumatisme dans la mémoire autobiographique. L'état de figement correspond donc au stade où

*“l'immobilité l'ayant emporté, l'individu va se figer complètement ou s'écrouler, et l'intense énergie bloquée dans le système nerveux, au lieu de se*

---

<sup>9</sup> Composé du thalamus, du putamen et du noyau caudé, du tronc cérébral, du cervelet, et le bulbe olfactif (Levine, 2019)

<sup>10</sup> Antilope d'Afrique

*libérer, va se lier aux états émotionnels de terreur, de rage et d'impuissance".*  
(P. Lévine, 2019, p.86)

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce figement va impacter différentes sphères de l'organisation psychomotrice des individus que nous rencontrons: la sphère *motrice, sensorielle, psychique, relationnelle* et *émotionnelle*. Nous pouvons également supposer que celui-ci est relié à une persévérance de l'état d'anxiété traumatique, et donc une impossibilité à ressentir de la sécurité interne.

Cet état de figement, nous pouvons le relier aux principes de fenêtres de tolérance de P. Ogden (2021), car plus il est grand, plus la fenêtre de tolérance sera réduite. En effet, l'état de figement impacte toutes les sphères psychomotrices, et diminue la capacité d'adaptation du sujet. Il peut donc induire une hypo réaction, ou au contraire une hyper réaction aux stimuli en fonction de leurs natures et de la manière dont elles résonnent chez le sujet. Si nous reprenons l'exemple d'Assad, raconter son histoire ne semblait lui manifester aucune émotion, il était comme figé dans sa posture et son visage souriant. Il semblait se trouver dans une hypo-réaction, avec un seuil de réaction très haut. Ce seuil élevé semble ici adapté, lorsque l'on sait à quel point le récit d'événement traumatique peut être retraumatisant (B. Van der Kolk, 2018), et semble s'inscrire dans un mécanisme de protection.

Pour explorer encore un peu plus loin les conséquences du figement, Pat Ogden (2021) parle de la mémoire procédurale. Elle explique que le figement s'ancre ensuite dans les gestes et les habitudes du sujet, et va s'inscrire dans la manière d'être du sujet, à travers sa mémoire procédurale. Dans le cas d'Assad, son visage souriant, son regard inexpressif et sa posture semblent être sa façon d'incarner son figement.

La mémoire procédurale peut également se traduire par des états toniques particuliers. Ainsi, nous avons rencontré Cheick, qui nous a été indiqué dans le cas d'une suspicion d'un TSPT par la psychologue de l'hébergement. Nous avons effectué avec lui un examen du tonus, qui a mis en avant une hypertonie de fond. Pourtant, lors des différents exercices que nous avons pu réaliser par la suite, il semblait ralenti, peu intéressé par ce que nous proposons, et montrait très peu

d'opposition et de résistance. Il ne réagissait pas aux bruits soudains qui nous<sup>11</sup> faisaient sursauter, il restait imperturbable. Il nous racontait pourtant qu'avant, il était très actif, et qu'il aimait faire beaucoup de sport, ce qui nécessite une bonne régulation tonique et de la réactivité. Chez Cheick, l'état de figement semble avoir laissé une trace différente de chez Assad, soulignant à nouveau la pluralité de vécus et de traductions psychomotrices du TSPT. Cependant, nous pouvons observer que la réaction de figement modifie l'organisation tonique des sujets présentant un TSPT.

La diminution de mouvement et d'expériences sensori-motrices incombée par l'état de figement m'amène à faire l'hypothèse qu'il est peut être à l'origine des troubles du schéma corporel observés chez Assad.

Cependant P. Lévine (2019, p.94) considère cet état de figement comme l'une des façons de sortir du TSPT, si on arrive à aboutir l'action en cours avant que ce figement ne survienne. Selon lui, cela commence par la construction d'un cadre sécurisant et contenant, ainsi que d'une relation thérapeutique saine impliquant la confiance et le respect mutuel. Il est ensuite possible d'amener le patient à raconter l'évènement traumatique ayant mené à ce figement, en cherchant cette fois la façon dont la personne aurait voulu agir autrement. En posant des questions, en nommant les manifestations corporelles observées et en amenant le sujet à achever corporellement l'action citée, le thérapeute vient ainsi soutenir la sortie de l'état de figement, et donc l'intégration du souvenir traumatique dans la mémoire autobiographique.

De par notre formation en psychomotricité, nous avons une finesse d'observation des manifestations corporelles qui peut nous permettre d'accompagner nos patients à conscientiser ces réactions de figement. Nous pouvons accompagner le sujet dans la quête de sens du vécu corporel en l'aidant à se reconnecter à ses sensations internes. Nous pouvons également participer à l'élaboration du cadre sécurisé propice au travail thérapeutique. La psychomotricité a un rôle primordial à jouer dans l'élaboration du sentiment de sécurité interne. En effet, lors de nos séances, un relâchement tonique et psychique des patients rencontrés a été observé à plusieurs reprises.

---

<sup>11</sup> Mon binôme et moi

De ce cheminement en est ressortie l'hypothèse selon laquelle la sécurité interne est un sentiment global soutenu par la création de repères : Les repères spatio-temporels, les repères corporels, les repères identitaires, et la relation qui crée le lien et permet l'interconnectivité entre eux. Une partie du travail en psychomotricité autour de la sécurité interne va être de retrouver ces repères et leurs liens, menant à la réappropriation du corps et de la subjectivité.

### 3- La création de repères comme pilier dans l'établissement de la sécurité interne

#### a) Les repères spatio-temporels

Ce qui nous a particulièrement marqué dans nos premières rencontres à l'HUDA, c'est la temporalité très particulière du lieu. Elles étaient succinctes et nos collègues étaient mécontents des retards et des absences aux rendez-vous. Paradoxalement, avec certaines personnes, nous passions énormément de temps. Les cadres temporels et spatiaux sont uniques, et cela a constitué l'un de nos premiers questionnements : comment nous adapter à celui-ci, et apporter des repères spatiaux-temporels structurants ?

Faja nous l'a exprimé, la perte de repères spatiaux-temporels vient grandement participer au sentiment de déracinement. C'est également une importante part de l'expression du TSPT, qui impacte toutes la structuration du sujet. Dans la symptomatologie du TSPT, B. Van Der Kolk (2018) et P. Ogden (2021) nous parlent d'un impact du réflexe d'orientation. Ce dernier correspond à notre capacité à trouver un sens à notre vie, et à nous animer pour le poursuivre. Le terme d'orientation vient ici recruter les notions d'espace et de temps, évoquant l'orientation spatiale et temporelle. On peut conjecturer que c'est en se basant sur ces notions spatio-temporelles que vont se construire les premiers repères permettant de trouver un sens à nos actions. En effet, dans le développement psychomoteur, selon Bullinger (2015), la constitution de l'espace de préhension à travers les expériences sensori-motrices du nourrisson va permettre de pouvoir attraper l'objet visé. La perception des rythmes veille-sommeil, des repas, va également permettre de

constituer les premiers repères temporels, qui vont sécuriser le nourrisson. Ils vont créer une discontinuité, les premières expériences de présence/absence, et donc lancer les processus de séparation/individuation<sup>12</sup> (1958, Winnicott). Cela va permettre les prémices du développement de l'autonomie et de la capacité à se diriger vers un objectif seul. Tous ces éléments vont permettre d'apporter les premiers repères spatio-temporels, constituant une base sécurisée pour le sujet et lui permettant d'utiliser son réflexe d'orientation.

Comme évoqué précédemment, dans la situation migratoire, ces repères sont incertains et remaniés. Les rythmes veille-sommeil, la perception d'un espace refuge, la connaissance de son environnement, tout cela est perturbé, et ne permet pas de garder une stabilité nécessaire au développement du réflexe d'orientation. Celui-ci s'en retrouve donc impacté, d'autant plus que les repères spatio-temporels ne sont pas les seuls à être bousculés dans la clinique du TSPT et du parcours migratoire. Voici un exemple clinique illustrant l'importance de ces repères comme précurseurs d'un travail psychocorporel.

Depuis plusieurs mois, nous essayons de mobiliser les femmes isolées de l'HUDA pour créer un espace pour elles, au sein d'un groupe thérapeutique. Nous avons dans un premier temps pensé que la danse serait notre porte d'entrée, après quelques discussions avec certaines. Mais nous n'avons jamais réussi à réunir plus d'une femme, malgré nos efforts. Nous nous sommes donc questionnées de nouveau sur les besoins de ces femmes. Après de nouvelles rencontres et sollicitations auprès d'elles, et notamment de nouvelles arrivantes, nous avons relevé la nécessité d'un travail autour de la consolidation des repères spatiaux-temporels, qui serait un premier levier pour créer du lien social entre elles. En effet, ces femmes, ayant affronté de nombreuses épreuves durant leur voyage, avec une grande instabilité, se trouvaient enfin dans un environnement sécurisé, qui pourrait leur permettre d'explorer durablement leur environnement. Mais lorsque nous les avons rencontrées, elles nous ont évoqué leur peur de sortir, de faire de

---

<sup>12</sup> processus où l'enfant développe un sentiment de confiance grâce à des soins maternels constants, puis explore progressivement son autonomie tout en se sentant en sécurité.

mauvaises rencontres et d'aller à nouveau vers l'inconnu. Paradoxalement, leur chambre était pour certaines une prison, un refuge qu'elles ne pouvaient quitter.

Le besoin de stabilité spatio-temporelle est donc ici illustré par la demande de ces femmes. Sans ces repères, elles semblent dans l'incapacité de commencer un travail corporel qu'est celui de la danse.

Par la suite nous avons proposé des temps de marche, ensemble, et de découverte de l'environnement. Le groupe crée une contenance rassurante, créant une enveloppe supplémentaire, et soutenant l'exploration du dehors. L'itinéraire empruntait toujours des lieux phares tels que le métro, des parcs, des bibliothèques, des épiceries... Nous les raccompagnons ensuite chacune jusqu'à chez elle, dans leur "dedans". Travailler sur le dedans/dehors permet ainsi de "*dé-limiter (...), amener le sujet à structurer sa perméabilité sélective*" (Lesage, 2022, p.109), c'est-à-dire de pouvoir sélectionner ce que l'on accepte dans son "dedans", et repousser ce qui doit rester "dehors". Cela va constituer un fort appui dans la construction de la sécurité interne de ces femmes.

Suite à ce travail autour des repères spatiaux, nous avons pu initier un nouvel objectif autour de la mise en mouvement sur le thème de la danse et de la musique, qu'elles ont cette fois-ci investi avec beaucoup de dynamisme. Toujours dans l'objectif d'apporter des repères spatiaux-temporels, notre point de rendez-vous était toujours le même, tout comme l'heure et la durée de notre séance groupale. Cette stabilité, ce cadre qui perdure, soutenue par la construction de repères spatiaux physiques, devient le premier jalon de la construction du sentiment de sécurité interne permettant d'amorcer un travail corporel.

Pour approfondir le sentiment de sécurité dans l'environnement, il serait pertinent de considérer qu'elles ne parviennent pas initialement à quitter l'espace de leur chambre. Ce fait nous amène à faire un parallèle avec la théorie de l'attachement de Bowlby (1992) selon laquelle les relations émotionnelles des enfants avec leurs figures d'attachement façonnent leur développement social et

émotionnel. Les types d'attachement influencent la façon dont les individus interagissent avec leurs relations futures. Ils peuvent être sécurisés, ou au contraire, évitants, ambivalents ou désorganisés. Selon S. Robert Ouvray, « *l'attachement n'existe qu'avec le détachement* » (2007, p.195). Si l'on extrapole à l'espace, on peut dire qu'un lieu sécurisé est un lieu duquel on peut partir, car on sait qu'il sera toujours là lorsque l'on reviendra. On peut alors se demander si l'attachement à un lieu peut aussi créer des liens insécurisés qui ne permettent pas l'exploration et l'expérimentation.

Tant que les femmes que nous rencontrons ne seront pas capables de se détacher de leur nouvel appartement, le processus de construction de repères spatio-temporels soutenant le sentiment de sécurité interne ne pourra pas se dérouler. En les accompagnant dans la séparation de ce lieu, et la construction de repères, nous venons les aider à reconstituer leur sécurité interne.

Le déracinement, le changement de culture, vient s'ajouter au TSPT, et créer une grande complexité dans la constitution de repères et l'appropriation d'un lieu stable comme lieu refuge.

Ainsi, les repères spatio-temporels, soutenus par la relation, viennent créer une contenance qui permet aux fonctions d'exploration et de sécurité interne de se restructurer.

J'aimerais à présent évoquer les repères corporels, qui sont également impactés dans la clinique du TSPT. En effet, B. Van der Kolk démontre que les fonctions de perception des sensations internes profondes constituant le sentiment continu d'exister sont défaillantes (2018, p.133) .

## b) Repères corporels

Les repères corporels sont essentiels dans la perception d'un corps propre unifié et structuré. Ils sont constitués des sensations proprioceptives, des retours extérieurs, de l'image du corps et de sa capacité à utiliser son corps comme on le

souhaite. Ils permettent la constitution d'un schéma corporel correctement intégré, se définissant ainsi:

*« Le schéma corporel relève d'un fonctionnement physiologique non subjectif. C'est une représentation tri-dimensionnelle, non consciente et constamment - automatiquement - réajustée de la position globale et/ou segmentaire du corps et de ses mouvements. Cette représentation implique différents systèmes sensoriels et leur intégration (proprioception, vision, équilibration, tact), la proprioception restant la référence principale. L'espace péri-personnel fait partie intégrante du schéma corporel. »* (Pireyre, 2021)

Dans la clinique que nous rencontrons, le schéma corporel est fortement impacté, à travers le figement sensoriel et moteur que j'ai pu évoquer précédemment. Assad et Cheick sont deux personnes que nous rencontrons et avec qui nous avons proposé de passer des tests psychomoteurs. Nous avons donc effectué différents tests évaluant cette modalité, qui ont montré une dégradation importante de leurs fonctions psychomotrices.

Cependant l'intégration du schéma corporel est le fondement des réajustements tonico-posturaux, des coordinations dynamiques générales et de la planification motrice. Cela vient donc impacter fortement la vie quotidienne des personnes migrantes, et l'estime qu'ils peuvent avoir d'eux-même à travers le regard des autres.

Dans le schéma corporel, on retrouve une autre notion essentielle, qui participe activement à la création de ces repères, c'est la proprioception. A. Bullinger (2004) la définit comme:

*“La coordination entre sensibilité profonde et signaux issus des flux sensoriels va constituer la fonction proprioceptive. La proprioception n'est pas un fait biologique, c'est une coordination susceptible de se modifier en fonction des interactions entre l'organisme et son milieu. »*

Dans le TSPT, on sait que la perception de la sensibilité profonde est atteinte (Van der Kolk, 2018), on comprend ainsi que le retour proprioceptif s'en trouve appauvri. O. Sacks (1985), dans *“L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau”*,



présente le cas clinique de la femme désincarnée. Cette femme, qui se portait très bien, perd, suite à une infection virale, la perception de sa proprioception. Cette altération a eu un impact profond sur sa perception de soi et sur sa capacité à interagir avec le monde qui l'entoure. Elle se sentait détachée de son corps, comme si elle ne faisait plus partie de lui. Nous pouvons faire le lien avec le vécu d'Assad qui semble également expérimenter un détachement de son corps. A présent, nous pouvons faire le lien entre un vécu dissociatif lié à un TSPT, et une perte du sens proprioceptif.

Ces exemples cliniques nous montrent que la proprioception joue un rôle crucial dans le sentiment continu d'exister, sous-tendant la sécurité interne. Dans la clinique du TSPT, apporter des repères corporels va donc s'avérer primordial. Mais comment les amener ?

Selon Pireyre (2021b), c'est au travers du mouvement en priorité, puis de la résistance isométrique (contraction musculaire mais sans mouvement) et de la position en moindre mesure que va se constituer le schéma corporel. La vision périphérique et le sens vestibulaire soutiennent cette construction, tout comme l'espace péri-personnel. Il correspond à l'espace très proche de son corps, et se stimule par des environnements contenant. Apporter des repères corporels passe donc par l'ensemble de ces items, dans l'objectif de soutenir l'intégration du schéma corporel.

On ne peut cependant pas parler de schéma corporel sans évoquer un concept qui y est fortement relié, l'image du corps.

*« L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences relationnelles. [...] Elle est à chaque instant mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et inter-relationnelle. [...] C'est grâce à notre image du corps porté par - et croisé à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en relation avec autrui » (Dolto, 1992, p.22)*

Selon Dolto, cette image du corps serait donc intrinsèquement liée au schéma corporel, dans une dualité du corps et du psychisme en constant remaniement. La définition de ce terme a supposé de nombreux débats au fil des années, mais c'est

Pireyre (2021a, p.52) qui présente la plus récente. Il élabore un concept d'image du corps composite, dans un modèle en constant remaniement. Selon lui, ses sous-composantes pourraient être la peau physique et psychique<sup>13</sup>; la représentation de l'intérieur du corps; le tonus; la sensorialité; les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques<sup>14</sup>.

En soutenant l'intégration de chacune de ces composantes, par différentes médiations et son savoir-être, le psychomotricien va être en capacité de donner des repères corporels pour renforcer l'image du corps et le schéma corporel. Ces deux derniers étant fortement intriqués entre eux, on peut émettre l'hypothèse qu'ils vont pouvoir évoluer ensemble vers leur intégration et leur consolidation. En cherchant à les renforcer, les repères vont permettre au sentiment de sécurité interne d'émerger.

Selon Pireyre (2021a, p.170), parler d'image du corps, c'est indirectement parler de l'identité.

### c) Repères identitaires

Avant tout, il me semble important de déterminer une définition de l'identité en elle-même. Le Larousse la définit comme le "caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité". Cette définition nous permet d'avoir un aperçu global de ce qu'est l'identité, mais nous pouvons nous demander ce qui la constitue et permet qu'un groupe, un sujet puisse la construire.

*"l'identité s'articule dans un jeu d'interaction entre une identité définie par les autres et une identité pour soi. Elle est ce que le sujet reconnaît de durable en lui, ses caractéristiques physiques, son sexe, son origine ethnique, son caractère et ce qu'il y a de plus singulier, sa capacité propre à agir sur le monde". (Huet, 2022)*

---

<sup>13</sup> Qui vient construire les limites du sujet, et favoriser l'élaboration d'un dedans/dehors (Anzieu, 1995)

<sup>14</sup> Réponses instinctives rapides, déclenchées par des menaces perçues au niveau corporel, souvent accompagnées de sensations intenses, régies par le cerveau reptilien (Pireyre, 2021a)

Or, à travers la perte du réflexe d'orientation, l'individu avec un TSPT perd sa capacité à agir sur le monde, et donc une partie de son identité.

A. Mucchielli vient préciser : « *les contextes de référence de cette identité : contexte biologique, psychologique, temporel, matériel, économique, relationnel, normatif, culturel, politique...., qui fournissent les significations, sont chacun en évolution* » (Mucchielli, 2015, p.12). Ainsi selon lui, l'identité serait en continuel développement et reconstruction, et constituée à partir de nombreuses sphères, dont celle de la culture qui ici nous intéresse tout particulièrement.

J'ai déjà évoqué dans la première partie le lien entre culture et identité, plaçant la culture comme l'un des ancrages de l'identité. M. Mauss (1973) expose comment les pratiques corporelles culturelles sont différentes d'un pays à l'autre. Dans l'organisation du corps, dans la façon de se mouvoir, de manger, de s'habiller, chaque culture possède ses coutumes et ses codes. Il appelle ces caractéristiques les techniques du corps. Pierre Bourdieu (1979), s'appuyant sur ces premières données, décrit quant à lui la notion d'habitus, correspondant à une forme d'intelligence collective permettant un accordage communautaire et un sentiment d'appartenance au groupe. A travers les symptômes du TSPT, on peut se demander dans quelle mesure le TSPT vient influencer l'habitus, et donc les repères culturels et identitaires.

L'habitus vient constituer l'un des plus forts repères culturels inconscient auxquels nous pouvons nous raccrocher, étant présent dans toutes les actions du quotidien. Toutefois, lors du parcours migratoire, les personnes migrantes sont confrontées à des habitus totalement différents, qui, vont développer chez eux un sentiment de différence, et de non-appartenance à la communauté. D'autant plus que le groupe va avoir du mal à accepter leurs façons d'agir particulières, et avoir tendance à les traiter de moindre manière. Pierre Bourdieu (1979) développe cela en mettant en avant la valorisation différente des personnes dans notre société en partie en fonction de l'habitus. Cependant, l'identité possède une composante relationnelle (Mucchielli, 2015; Huet, 2022) qui semble ici impactée, fragilisant ainsi l'individu. En soutenant cette composante relationnelle, par notre savoir-être de psychomotriciens, que je développerai dans une partie à venir, nous pouvons contribuer à assurer la sécurité psychique de l'individu. En effet, selon B. Van der Kolk, la réciprocité, "*sentir*

*que quelqu'un nous porte dans son coeur*" (2018, p.116), est l'une des bases pour constituer sa sécurité.

Les repères identitaires viennent indubitablement impacter les repères spatio-temporels et corporels, car ils se placent en toile de fond de cette organisation. Ancrés dans les habitudes et les gestes du sujet, ils induisent des réactions, des façons d'interagir et des perceptions différentes. Ainsi, liées à cette différence culturelle, ma binôme et moi avons été confrontées, lors de ce stage, à une temporalité totalement différente de la nôtre. Culturellement, la démarche des individus que nous rencontrons est plus lente, leur assiduité aux rendez-vous est fluctuante et leur ponctualité également. Nous devons donc créer un cadre qui accepte ces retards, ces différences de rythme, et nous adapter en fonction de leur disponibilité, tant organisationnelle que psychique. Ce cadre, stable et régulier, va leur permettre de sentir qu'ils sont attendus, et donc de leur rappeler leur subjectivité.

Nous observons que les personnes ne respectant pas ce cadre spatio-temporel sont également celles qui ont les symptômes les plus probants d'un TSPT. Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse que le TSPT affecte les capacités d'adaptation permettant de s'intégrer dans son environnement. Dans ce contexte, c'est donc à nous, psychomotriciennes, de maintenir un cadre spatio-temporel structurant, tout en étant flexibles et compréhensives face aux éventuels retards.

Cette adaptabilité se traduit également à travers l'intérêt que nous pouvons porter aux coutumes de la culture de chaque sujet. En leur posant des questions sur leurs traditions, sur leur pays, en nous intéressant à leur langue, nous venons valoriser les personnes qu'ils sont. Très souvent, les sujets que nous rencontrons sont surpris par ces questions. Peu de personnes s'y intéressent, alors leur regard s'anime, et ils répondent avec joie en partageant une partie de leur identité. Cet intérêt pour leur culture est souvent la porte d'entrée qui nous permet de créer les liens les plus solides.

M.-R. Moro nous dit *"la possibilité de parler la langue maternelle est donc un signe fort de la reconnaissance de l'origine culturelle du patient (...), de son historicité et de sa généalogie"* (2012, p.117). Ainsi, la langue maternelle vient se placer, à

l'image de la culture, comme partie prenante de l'identité du sujet. En faisant l'effort d'apprendre quelques mots, nous enlevons une partie du poids de l'adaptation constante à une nouvelle langue, et nous venons soutenir le processus de mise en mots du sujet. Nous permettons de renforcer ses repères identitaires et soutenons ainsi les processus menant à la sécurité interne.

#### d) Entre repères et limites, la relation comme créatrice de lien

Dans cette partie, j'aimerais souligner l'interconnectivité entre les repères spatiaux-temporels, corporels et identitaires. J'ai fait le choix de les séparer, afin de structurer mon propos, mais ils sont en constant lien les uns avec les autres. La fragilisation de l'un vient affaiblir les autres, et parallèlement, la consolidation de l'un permet de renforcer les autres.

Pour illustrer la structuration de ces repères et leurs liens interconnectés, je vais utiliser la théorie de l'étayage psychomoteur de S. Robert-Ouvray (2002). Elle se base sur quatre niveaux, que je vais tenter d'exposer et de relier à la clinique du TSPT chez les demandeurs d'asile.

Le premier niveau est celui de la tonicité, qui se place en toile de fond des suivants. Selon Jover (1985), le tonus correspond à l'état de légère tension permanente des muscles au repos, et il peut être de fond, postural, ou d'action. Il va soutenir le mouvement, et est intimement relié aux émotions. Le bébé, dès la phase de gestation dans le ventre de sa mère, va s'agiter et avoir des réactions toniques liées à des stimulations sensorielles. Ces variations toniques, à la naissance, vont s'exprimer par des polarités opposées, de l'hypertonie lorsque le bébé est inconfortable, à l'hypotonie, synonyme d'apaisement. Le caregiver viendra interpréter et donner un sens à ces réactions selon la fonction alpha de Bion (1962). C'est une notion complexe qui fait référence à la capacité de contenir et de comprendre les expériences tonico-émotionnelles primitives, développée dans *Une mémoire de l'avenir* de Bion (1962). Le tonus constitue une première enveloppe qui va permettre de ressentir son corps et ses sensations.

Pour le deuxième niveau, S. Robert Ouvray nous parle de la sensorialité. On peut détailler sept sens principaux, parmi le toucher, le goût, l'audition, l'olfaction, la

vision, le sens vestibulaire et la proprioception, dans l'ordre de leur maturation. Selon Ajuriaguerra (1971), ces sensations corporelles sont d'abord subies. Le bébé de 0 à 3 mois est alors écrasé par la pesanteur et ne peut agir dessus. De 3 mois à 3 ans, le corps est vécu et à travers une multitude d'expériences sensori-motrices, il va pouvoir s'ajuster à son environnement. De 3 à 6 ans, le corps est perçu, et les informations sensorielles sont plus intégrées, ce sont les prémices de la structuration du schéma corporel. Puis à 7 ans vient le corps représenté, avec une maturation du système sensoriel presque achevé. La proprioception devient mature, support de la connaissance du schéma corporel qui s'est solidifié par l'ensemble des expériences vécues par l'enfant.

Ces informations sensorielles nous permettent de percevoir et d'interpréter le monde qui nous entoure, ce qui vient constituer le schéma corporel, et donc la base de repères corporels sécurisés. Dans le TSPT, le sentiment de soi et la proprioception sont impactés et perdent de leur précision et en quantité de feedbacks. Au lieu d'être dans un corps représenté, une personne avec un TSPT expérimente un corps subi, ne lui renvoyant presque pas d'informations proprioceptives. Il est intéressant de penser qu'un travail sensoriel, reprenant l'évolution de ces différents sens va pouvoir créer des enveloppes sensorielles propices à l'émergence de la proprioception, et donc permettre l'accès à un corps représenté. Il permettrait également le développement d'un sentiment de sécurité interne.

Utiliser l'affectivité, le 3ème niveau du TSAR, associée à chaque expérience tonique, sensorielle, sociale, appuie également le processus de subjectivation et de reconnaissance des éprouvés corporels comme sien. Selon Damasio (1999) la conscience naît des émotions, conscience qui correspond à *“la connaissance immédiate que possède un organisme de soi et de ce qui l'entoure”*. Or, dans la clinique du TSPT lié à la demande d'asile, cette conscience est impactée par la perte d'une partie de ses sensations internes, et également de la capacité à les exprimer: *“La désactivation de l'hémisphère gauche exerce un impact direct sur l'aptitude à ordonner l'expérience en séquence logique et à traduire en mot les perceptions et sentiments changeants”* (B. Van der Kolk, 2021, p.70). Ainsi, soutenir la mise en mots des affects ressentis va permettre d'étayer la conscience de soi et des expériences sensori-motrices vécues. Elle va cependant nécessiter l'utilisation de

supports adaptés à chacun, sous forme de photo-langage, de dessin, de modelage, donner un mot, un geste... Chaque support va résonner différemment chez chacun, et il est intéressant de questionner et de tester jusqu'à trouver les plus soutenant pour la personne. Notre façon d'être, d'accueillir la parole de l'autre, de reformuler et de questionner va également être un support pour amener à la verbalisation des affects.

Enfin le dernier niveau du TSAR de Suzanne Robert Ouvray est celui de la représentation. La constitution des repères, corporels et spatio-temporels, va passer par la capacité à se les représenter mentalement. Dans le TSPT, cette fonction de représentation est également impactée, puisqu'elle repose sur les trois fonctions précédentes. Ce niveau va permettre d'ancrer ces repères comme immuables, solides, sécurisés, puisque même lorsque nous ne les voyons pas, ne les sentons pas, nous sommes capables de nous les représenter, et donc de s'assurer de leur présence et de leur permanence. Le TSPT et le déracinement viennent ainsi impacter cette permanence, et déstructurer le sentiment de sécurité interne.

*“Un bébé seul n'existe pas”* explique Winnicott (1958), ce qui vient soutenir l'un des points primordiaux qui selon moi appuie la construction de la sécurité interne : la relation et les interactions sociales.

En s'appuyant sur la toile de fond du tonus et des enveloppes sensorielles, il est primordial d'instaurer une relation thérapeutique sécurisée, et de recréer du lien social en prévenant l'isolement. Ces relations vont être la source de retours, qui vont permettre l'ajustement et la régulation de toutes les sphères psychomotrices. Arrive ainsi la clé de voûte de la théorie de S. Robert Ouvray (2002): l'intégration psychomotrice. En amenant le patient à mettre en mots ou en corps ses ressentis lors des expériences vécues, nous soutenons la création de liens entre les différents niveaux, qui vont permettre la perception d'un corps unifié et sécurisé. Cette intégration va également permettre d'avoir un meilleur contrôle tonico-postural, de favoriser l'ajustement tonico-émotionnel, et de pouvoir accéder à de la détente. Dans la clinique de l'HUDA, l'utilisation de l'intégration psychomotrice va soutenir le travail corporel, et permettre d'y mettre du sens. Par la consolidation de ces repères et leur mise en lien, c'est l'ensemble du processus de construction de la sécurité interne qui va pouvoir être amorcé.

Cependant, pour que cette intégration soit possible, il faut que la personne accompagnée soit disponible à s'engager socialement, et à être dans l'élaboration de ses sensations internes. Il faut donc qu'elle se trouve déjà dans un environnement sécurisé. S. Porges (2022) apporte une nouvelle perspective sur le TSPT. Il nous invite à considérer que lors d'un traumatisme, trois réponses fondamentales sont possibles, et vont être utilisées en fonction du niveau de sécurité ressenti. En cas de menace, nous allons d'abord nous tourner vers l'engagement social, c'est-à-dire en cherchant de l'aide et du réconfort chez autrui. Si cela ne fonctionne pas, nous nous tournons vers un second niveau. Un mode de survie plus primitif se met en place à travers une réaction de fuite ou de combat. Enfin, si à nouveau la réaction est inefficace, l'individu menacé se préserve en dépensant un minimum d'énergie, se traduisant par un état de blocage ou d'effondrement.

Le ressenti de sécurité des personnes avec un TSPT étant très impacté, elles ont énormément de difficultés à se situer dans un niveau d'engagement social. Certaines vont être dans un état de fuite ou de combat constant, tandis que d'autres vont être "bloquées", état que nous retrouvons tout particulièrement à l'HUDA, que je détaillerai dans une partie à venir.

Pour retrouver un sentiment de sécurité optimal, permettant l'utilisation de l'engagement social et sa disponibilité avec l'environnement, S. Porges développe la théorie polyvagale sur le système nerveux autonome. Selon cette théorie, la stimulation du système vagal ventral permet d'accéder à une détente, un sentiment de sécurité et est associée à la réaction d'engagement social. La réaction de lutte ou de fuite est liée à une stimulation du système nerveux sympathique. Enfin, la réaction de blocage est associée à la stimulation du système vagal dorsal. Tout l'intérêt de cette théorie est de trouver le moyen de stimuler le système vagal ventral, pour permettre le sentiment de sécurité, et l'engagement social.

S. Porges nous incite à "comprendre que le sentiment de sécurité dépend de l'état autonome<sup>15</sup>, mais aussi que le calme de l'état autonome est tributaire de la sécurité" (2022, p.65). En offrant des repères stables dans nos interactions, nous favorisons la stimulation du système nerveux parasympathique, ce qui induit un

---

<sup>15</sup> État du système nerveux autonome, correspondant à un niveau d'engagement social, de fuite ou de lutte, ou de blocage et d'effondrement.



sentiment de sécurité et de détente. Nous permettons l'utilisation de l'engagement social, qui vient constituer l'un des piliers vers la sécurité (Van der Kolk, 2018, p.116). L'intégration psychomotrice de S. Robert-Ouvray permet de créer du lien entre les différentes couches toniques, sensorielles, affectives et représentatives, à partir des repères évoqués précédemment, et d'ancrer le sentiment de sécurité en soi.

J'aimerais à présent proposer une nouvelle perspective à la recherche de repères, celle de la recherche de limites. Comment ces termes se différencient-ils et en quoi peuvent-ils soutenir les personnes migrantes que nous rencontrons ?

De mon vécu et expérience clinique, il me semble que les repères vont permettre de trouver les limites, tant corporelles que psychiques. Selon Damasio (1999) "La vie se déroule à l'intérieur d'une limite qui définit un corps (...) L'idée d'organisme tourne autour de l'existence de cette limite". Constituer des repères spatio-temporels, corporels et identitaires s'annonce ainsi comme primordial pour déterminer la limite entre soi et non soi. Selon B. Lesage (2022), cette limite s'inscrit tout particulièrement dans l'hémisphère gauche, qui en plus d'une multitude d'autres fonctions, "*accentue les contrastes, soulignant donc les limites*" (p.108). Or, nous savons que l'hémisphère gauche est impacté dans le TSPT (Van der Kolk, 2018).

Dans notre pratique, il s'est avéré qu'apporter des repères spatio-temporels a été la porte d'entrée d'un travail de consolidation de la sécurité interne. Il est apparu important, de soigner la relation que nous construisons avec la personne migrante, de tisser du lien, comme toile de fond de notre accompagnement. Les repères spatio-temporels et identitaires se sont donc imposés comme sous-tendant la quête vers des repères corporels. Mais tous ces processus sont entrelacés, et viennent se soutenir les uns les autres, jusqu'à l'élaboration d'une limite subjective, permettant l'équilibre et la sécurité interne.

Cependant, accompagner à expérimenter un sentiment de sécurité interne n'est pour moi qu'une première étape de l'accompagnement que nous pouvons proposer en psychomotricité. Il va permettre d'amorcer la sortie de l'état de figement, et le début d'un nouveau processus: la restructuration psychocorporelle.

## 4- Accompagner la restructuration psychocorporelle en psychomotricité

### a) Définition

Dans un premier temps, j'aimerais définir plus précisément ce qu'est la structuration psychocorporelle. Selon Lesage (2022), elle se réfère à la manière dont les expériences émotionnelles, mentales et corporelles interagissent et se renforcent mutuellement pour former la personnalité et le comportement d'un individu. Cette approche reconnaît que les émotions, les pensées et les sensations corporelles sont étroitement liées et qu'elles influencent toutes les dimensions de l'expérience humaine. Ainsi, une structuration psychocorporelle efficace doit permettre une organisation suffisante pour que le sujet puisse accomplir les différents actes de sa vie quotidienne et s'adapter aux aléas de celle-ci.

Dans le cas des personnes que nous rencontrons à l'HUDA, nous observons une destructuration psychocorporelle, notamment à travers les symptômes dissociatifs du TSPT. Les sensations, émotions et représentations sont clivées, sans lien entre elles, ce qui induit un vécu angoissant et un repli dans ses souvenirs traumatiques. Cette perspective de restructuration psychocorporelle semble donc être un point intéressant à aborder dans un accompagnement préventif.

B. Lesage (2022, p.47) décrit plusieurs sphères fondamentales soutenant l'émergence de la structuration psychocorporelle :

- La densification et le rassemblement: Mouvements d'enroulement permettant de se différencier d'un environnement et de prendre consistance.
- Les appuis : Permettent l'ancrage et sont essentiels pour la verticalisation et l'élaboration des directions.
- La différenciation dedans/dehors : Première spatialisation, en lien avec la densification, permet d'élaborer la limite entre soi et non soi.
- La limitation et la contenance : Précise la zone d'échange et permet la rencontre avec l'autre. Régule les flux entrants et sortants.
- La tonicité : Correspond à l'état de tension des muscles. Doit être modulable afin de permettre au sujet de résister à la pression de l'environnement.

- Le flux énergétique : Le corps est en constant mouvement, à travers des flux qui le traversent. Cette énergie va créer du lien entre les différentes structures et permettre l'équilibre.
- L'axialité : Permet l'édification d'une tonicité axiale permettant l'ouverture et la disponibilité à l'environnement.
- La spatialisation : Permet l'acquisition de son propre point de vue, grâce à l'axialité qui va permettre d'organiser l'espace en plans et directions, et donc d'élaborer des trajets.
- La temporalisation : Permet de tisser des liens entre les instants, d'organiser les gestes de manière rythmée, et étaye la possibilité d'une relation avec un discours construit.

Dans les parties précédentes, nous avons déjà évoqué les thèmes de la différenciation du dedans/dehors, des limitations, de la spatialisation et de la temporalisation comme primordiaux dans la consolidation de la sécurité interne. Cela met en évidence l'intrication de ces deux concepts, que sont la sécurité interne et la structuration psychocorporelle. Ils agissent l'un sur l'autre, et comme la sécurité interne vient permettre un travail de structuration psychocorporelle, cette dernière est nécessaire pour pouvoir se sentir en sécurité. Dans le cas de personnes migrantes souffrant d'un TSPT, j'ai choisi de présenter la sécurité interne en priorité, de part l'omniprésence du vécu insécure.

J'aimerais à présent, exposer à quel point le travail corporel est essentiel dans l'exploration de la tonicité, des appuis, de l'axialité, des mouvements de densification et de rassemblement ainsi que dans le flux énergétique ; dans l'accompagnement de la personne migrante.

En effet, la tonicité est définie par Jover (1985) comme l'état de légère tension des muscles au repos, qui engendrera une régulation tonique optimale permettant de soutenir le mouvement. Dans ce sens, le travail des appuis au sol constitue une base soutenant l'émergence de l'axialité vers l'exploration de la dimension verticale. Ce schéma reprend le développement du tout petit. La verticalité acquise, l'expressivité du corps et les mouvements vont constituer divers flux énergétiques traversant le corps. Ces différents mouvements pourront être des mouvements de densification,

de rassemblement... Ils vont conjointement soutenir l'exploration et l'adaptation à l'environnement.

## b) Application de la structuration psychocorporelle: le ressort psychomoteur

Tous ces thèmes ont pour but de réveiller en soi le “ressort psychomoteur”, qui va nous permettre de transformer l'énergie que nous renvoie le sol en une énergie de lien et d'exploration. P. Dalarun, évoque ce “ressort” comme ce qui va permettre de faire émerger la subjectivité (2018, p.30). Le but, dans l'ancrage au sol, n'est pas tant de se sentir s'enfoncer dans le sol, mais plutôt de sentir sa solidité comme support pour mieux s'élever et rebondir physiquement, mais aussi psychiquement. Tel est l'objectif que nous cherchons à accomplir auprès des sujets migrants que nous rencontrons à l'HUDA. B. Polatin (2024, *Sommet trauma, attachement et résilience*), explique très clairement cette importance de l'ancrage, notamment dans le sens ascendant, pour rebondir. Le but n'est pas de s'ancrer vers le bas dans un mouvement descendant, mais plutôt de recevoir le soutien de l'appui pour effectuer un mouvement vers le haut. Elle compare ce principe au processus de verticalisation, dans lequel le tout petit, par un soutien psychique de sa mère et physique du sol, va pouvoir se servir de la solidité de ses appuis pour s'élever. La vignette clinique de Cheick illustre selon moi le lien entre verticalité et rebond psychomoteur.

Cheick est un homme, de grande taille, d'origine ivoirienne, avec une musculature développée. Nous le voyons pour des séances individuelles, dans lesquelles nous avons créé ensemble un rituel de mise en disponibilité corporelle. Il est constitué d'un automassage de tout le corps et de percussions corporelles, dans une perspective d'unification. Durant ce rituel, le bras n'effectuant pas les percussions est maintenu dans une position intermédiaire, ne se relâchant pas. Ses épaules sont relevées, et sa tête orientée vers le bas. Il échange peu avec nous en arrivant, et son visage reste inexpressif. Puis, nous lui proposons de

sautiller sur place, et de se secouer, en verbalisant “on fait tout sortir”. Après avoir commencé le mouvement, il rit en réponse à notre rire et ses bras se relâchent. Ses épaules s’abaissent, son corps se défige partiellement et retrouve de la mobilité. Il se redresse, lève le regard, et le maintient pour la première fois depuis le début de la séance.

Cet exemple de Cheick expose une partie de l’effet du rebond, qui vient à travers l’onde de choc au sol créer du lien entre les différentes sphères et stimuler la verticalité tant physique que psychique. Cette mise en mouvement lui permet de s’engager socialement, et donc de sortir de l’état d’immobilité lié au TSPT.

Comme évoqué précédemment, ces sujets ont une structuration psychocorporelle assez particulière, les empêchant d’utiliser leur ressort psychomoteur au quotidien. A travers leur posture figée, on retrouve des affinités spatiales, et des prédominances dans l’utilisation des chaînes musculaires. G. Struyf-Denys (1980) décrit ses différentes chaînes musculaires, et les relie à des affinités spatiales; parmi l’affinité postérieure, antérieure, d’appui sur la terre, vers le haut, de densification et d’expansion frontale. Chacune de ces affinités va induire une posture particulière et un investissement de l’environnement différent.

Chez Cheick et Assad, nous retrouvons une affinité antérieure et en densification, caractérisée par une hypertonie de la chaîne musculaire antéro-médiale et antéro-latérale, et une absence d’exploration des autres chaînes musculaires. Selon B. Lesage, il est important que toutes ses chaînes soient investies, car elles permettent de trouver un équilibre psychocorporel primordial à la structuration psychocorporelle (2022, p.99). Cet équilibre va également pouvoir se trouver en expérimentant les différentes qualités de mouvement que R. Laban a pu détailler dans *La maîtrise du mouvement* (1994). A l’image des affinités spatiales, nous avons des qualités de mouvement (plus ou moins lents, forts et libres) que nous préférons à d’autres en fonction de nos expériences. Il est fondamental, d’amener à explorer toutes les possibilités corporelles afin d’accompagner les

personnes le nécessitant dans la découverte ou redécouverte d'une structuration psychocorporelle équilibrée.

Dans sa présentation du ressort psychomoteur, P. Dalarun vient différencier trois sphères, celles de la tête, du thorax et de l'abdomen, qui vont interagir entre elles sous forme de coordinations et dissociations. Elles vont permettre l'émergence d'une fluidité cognitive, physique et émotionnelle. Ce ressort psychomoteur va être soutenu par la chaîne antéro-postérieure correspondant à une affinité spatiale vers le haut (2018, p.31).

Dans le cas des sujets migrants que nous rencontrons, il semble important de travailler ce ressort et cet équilibre, car nos observations ont montré une absence particulière de cette affinité spatiale. Amener à l'ouverture, à l'exploration et au rebond semble être l'une des clés pour soutenir le processus de restructuration psychocorporelle et de réappropriation du corps.

En psychomotricité, nous disposons de nombreuses médiations qui nous permettent de travailler la structuration psychocorporelle. A l'HUDA, nous avons utilisé la danse et l'activité physique, répondant aux besoins et à la demande des participants. Cependant, nous pouvons imaginer une multitude d'autres médias pouvant soutenir cette structuration.

### c) Les savoirs, savoir-faire et savoir-être du psychomotricien comme support vers la structuration psychocorporelle

Les savoirs être du psychomotricien se développent en plusieurs compétences qui vont être précieuses dans l'accompagnement des demandeurs d'asile. A travers son adaptabilité, sa créativité et son empathie, le psychomotricien module son projet thérapeutique et sa prise en charge en fonction de la problématique psychomotrice du patient. Il doit donc utiliser ses savoirs-faire pour créer un projet thérapeutique optimal et pertinent à l'amélioration des problématiques rencontrées. Nos capacités d'observation vont ainsi s'avérer primordiales, tout comme notre communication et notre patience. Ces savoirs interviennent dans le travail de création de repères et de limites. Ils permettent de participer à la

construction d'un environnement contenant, sécurisant, qui contribue à la restructuration psychocorporelle.

Face aux différences culturelles, nous devons faire preuve de disponibilité et d'écoute pour adapter au mieux chaque médiation utilisée pour qu'elle corresponde au patient pris en charge. Ce ne sont pas les symptômes de ce trouble, universels, qui différencient le public rencontré en HUDA d'un autre public avec un TSPT.

La différence va être dans notre façon de présenter la médiation. De par les habitus et cultures différentes, certaines choses sont plus ou moins acceptées. Au vu de ma clinique, pour citer des exemples, on retrouve des difficultés de vocabulaire, avec peu de mots pour exprimer les émotions dans certaines langues, une appartenance au groupe très forte, qui complique parfois les prises en soin individuelles et des croyances qui peuvent impacter la relation de confiance.

En utilisant son savoir-être, le psychomotricien choisit la médiation la plus appropriée face à la problématique des patients. Il doit ensuite l'adapter spécifiquement aux besoins du patient. Ainsi, le psychomotricien viendra favoriser la construction d'une relation thérapeutique saine, soutenant la restructuration psychocorporelle. Ce processus d'adaptation demande au psychomotricien des capacités de décentration de soi, d'ouverture d'esprit, d'écoute et de curiosité. Cela permet de construire une relation d'égal à égal, qui va déconstruire le mythe que peut avoir le sujet face à nous, nous plaçant comme "celui qui sait". Seule la personne migrante sait ce qu'elle a vécu, comment elle l'a vécu, et comment elle peut le surmonter. En tant que thérapeute, nous sommes présents pour l'accompagner dans ce processus. (Dewailly & Muzuri Rugoheza, 2024, *Sommet Traumas, attachement et résilience 2024*)

#### d) Le traumatisme vicariant

Dans le cas du TSPT, l'empathie que nous permettent nos savoirs-être prend une place tout particulièrement importante. M-R Moro (2005) et B. Van der Kolk (2018) s'entendent sur ce point : pour accompagner des sujets exposant leur traumatisme, il faut soi-même se laisser traumatiser. M.R. Moro dit même :

*“Le récit traumatique traumatise celui qui l’écoute, à moindre degré, c’est ce qui témoigne que la rencontre a lieu” (2005, p.112)*

Même si l’objectif en psychomotricité n’est pas d’amener à ces récits, nous pouvons y être confrontés. Dans ce cas, il est de notre devoir d’accueillir et de valider le propos tenu. Notre savoir-être de psychomotricien devient alors primordial, en tant que réceptacle des souffrances et inquiétudes d’autrui. Dans cette optique, il est important d’être vigilant au traumatisme vicariant, terme introduit par Laurie Pearlman et Karen Saakvitne en 1995.

Selon M. Kedia (2020), le traumatisme vicariant correspond à un transfert du traumatisme vécu vers les proches du sujet. A force d’entendre les détails du récit traumatique, ils vont s’en trouver eux même traumatisés. Dans le cas de la relation thérapeutique, notre savoir-être de psychomotricien se traduit par une forte empathie pouvant constituer la porte d’entrée au traumatisme vicariant.

En effet, Decety (2005) définit l’empathie à travers deux mécanismes : « un partage affectif non conscient et automatique avec autrui », et « la nécessité de supprimer ou réguler temporairement et consciemment sa propre perspective subjective pour se mettre à la place de l’autre sans perdre son identité. »

C’est souvent ce deuxième point qui, en fonction de ses expériences personnelles, de son état du moment, de ses émotions, amène le soignant vers le traumatisme vicariant. L’impuissance et le désespoir vécus lors des prises en soin peuvent également mener à un traumatisme vicariant (Decety, 2005).

J’aimerais à présent prendre un temps pour partager mon vécu personnel de ce traumatisme vicariant. Commencer cet écrit a été pour moi une épreuve. L’exercice universitaire demandé est en lui-même complexe. Cependant, avec un semblant de recul, il a été difficile pour moi de me replonger dans les souvenirs des récits traumatiques des résidents, et de me documenter sur le sujet. Lors de cette documentation, j’ai dû analyser des documentaires parlant du parcours migratoire, des livres partageant des témoignages, des données chiffrées du gouvernement, faisant écho aux situations rencontrées en stage. Un sentiment d’impuissance important, face à la complexité de la tâche et l’ampleur de la catastrophe humanitaire



qui se déroulait sous mes yeux, m'a traversée. Ces sentiments mélangés sont venus altérer ma disponibilité et mon savoir-être de future psychomotricienne.

C'est à force de discussion avec mon binôme, qui partageait en certains points ce ressenti, avec l'équipe présente sur le lieu du stage, que j'ai pu mettre des mots sur ce vécu, et me prévenir d'un impact plus important de ce traumatisme vicariant.

Selon M. Kedia (2020), pour prévenir le traumatisme vicariant, plusieurs points entrent en ligne de compte, dont la pratique d'une activité physique, du massage, ou encore du yoga. Notre savoir-être de psychomotricien peut soutenir l'équipe sociale qui accompagne les demandeurs d'asile au quotidien. À travers nos capacités empathiques, d'observation et relationnelles, nous pouvons repérer les prémices de ce traumatisme secondaire lors de temps informels, et ainsi orienter vers une supervision, ou encore proposer des temps de relaxation à leur demande.

Notre savoir-être vient ainsi apporter soutien et structure au fonctionnement global de l'institution, et créer un environnement propice à l'émergence de la structuration psychocorporelle dont peuvent manquer les sujets que nous rencontrons.

La structuration psychocorporelle semble donc constituée d'une multitude de facteurs, et il peut parfois être difficile de saisir les liens entre eux. J'aimerais dans la partie suivante évoquer un concept qui vient pour moi donner du sens à ce travail et à ces liens.

#### e) De la simplicité à la résilience

Je vais maintenant évoquer un concept qui me semble être l'élément déclencheur du changement. Comme exposé précédemment, il existe de nombreuses façons d'accompagner la structuration psychocorporelle et la construction du sentiment de sécurité interne. Elles semblent former un ensemble très large, avec une multitude de facteurs devant être pris en compte. Le processus semble long et complexe, et vite décourageant.

Un concept, apporté par A. Berthoz, m'est alors apparu comme primordial à examiner pour répondre à cette problématique : la simplicité. A. Berthoz la définit ainsi :

*“De mon point de vue, la simplicité est cet ensemble de solutions trouvées par les organismes vivants pour que, malgré la complexité des processus naturels, le cerveau puisse préparer l'acte et en anticiper les conséquences. Ces solutions ne sont ni des caricatures, ni des raccourcis, ni des résumés. Posant le problème autrement, elles permettent d'arriver à des actions plus rapides, plus élégantes, plus efficaces»* (Berthoz, 2009, p. 12)

Il permet pour moi de mieux comprendre les mécanismes en jeu, et d'apporter une image de globalité et d'unification dans le fonctionnement de l'être humain.

Pour illustrer ce concept, A. Berthoz expose notre capacité à attraper une balle en plein vol, ou encore à mettre uniquement la force suffisante pour écraser une framboise avec le bout de son doigt. Il apparaît que nous avons tout simplement intériorisé les lois de Newton, pourtant éminemment complexes. (2009, p.101).

Si l'on essayait maintenant de penser les conséquences du TSPT en utilisant cette notion ?

Les mécanismes de protection que sont la fuite, le combat ou le figement peuvent ainsi être perçus comme des solutions simples, réunissant une succession de réactions à une situation perçue comme dangereuse . A l'image de ce que j'ai pu évoquer précédemment en citant P. Lévine, lorsque l'on reste bloqué dans le figement, il semblerait que les processus menant à la réponse simplexe n'aient pas pu se dérouler correctement. Le figement laisse donc l'individu dans une impasse et dans l'impossibilité d'utiliser les réponses automatiques rapides, efficaces et adaptées que permettent la simplicité.

Et maintenant, si l'on essayait de considérer la structuration psychocorporelle à travers ce prisme ? Elle serait alors modélisée par un ensemble de processus complexes, détaillés par Lesage (2021, p.47), qui permettent une organisation et des actions tout à fait évidentes et efficaces. Ainsi, la structuration psychocorporelle est

en elle-même une réponse simplexe pour pouvoir utiliser son réflexe d'orientation et se projeter dans la vie.

Les atteintes neurologiques du TSPT, alliées au sentiment de déracinement, forment une symptomatologie complexe et variée. A présent, nous comprenons que l'être humain possède la capacité d'utiliser des processus simplexes de manière innée pour intégrer le traumatisme. Mais ils sont entravés par l'utilisation de nos fonctions cognitives élaborées, car on ne se sent pas en sécurité, empêchant l'accès au défigement. C'est en recréant les liens entre les différentes sphères psychomotrices qui constituent l'individu, redonnant ainsi structure et sécurité, que nous allons pouvoir soutenir l'intégration des réponses rapides, adaptées et cohérentes.

Dans le cas du TSPT, j'imagine la simplicité comme des dominos. Nos actions de thérapeute et notre manière d'accompagner les patients serait le doigt poussant le premier domino de la chaîne. L'écart entre les dominos serait l'assurance d'un environnement sûr, permettant la poursuite de la réaction en chaîne. Le dernier domino se couchant correspondrait selon moi, dans le cas du traumatisme, à l'entrée sur le chemin de la résilience et de la réappropriation corporelle et subjective.

Selon Cyrulnik, la résilience est *“un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique”* (p.9, 2012).

En apportant sécurité et restructuration psychocorporelle, nous accompagnons donc ce processus dans les dimensions citées. La composante culturelle est omniprésente dans le processus de reconstruction psychocorporelle des individus rencontrés ; nombre d'entre eux font déjà preuve de résilience dans ce sens. En effet, certains se réunissent auprès de leur communauté dans différents quartiers de Paris. Ainsi, ils retrouvent des personnes de leur origine, ils s'entourent d'un environnement sécurisant, qu'ils connaissent.

Selon Fosha (2009) *“La résilience s'origine (...) dans le sentiment d'être compris et d'exister dans l'âme et le cœur d'un autre affectueux, à l'écoute et maître*

de lui". Elle soutient la composante psychoaffective et sociale de ce concept, qui permet des attachements sécurés.

L'accompagnement sur ces différents plans permet un "nouveau développement" (Cyrulnik, 2012), amenant la personne avec un TSPT à pouvoir avancer dans sa vie en intégrant ses souvenirs traumatiques. L'environnement sécurés et le travail de structuration psychocorporelle permettent de créer une base solide à la formation d'une multitude de facteurs de résilience. Par des processus simples, ces facteurs vont amener à l'élaboration de solutions qui permettront l'adaptation et l'ajustement de l'individu dans son environnement. Avec l'achèvement du processus menant à la résilience, ce sont toutes les sphères permettant la réappropriation de sa subjectivité et de son corps qui sont renforcées.

### **III. La mise en mouvement comme levier vers la réappropriation du corps et de la subjectivité**

#### **1- Présentation et contexte du stage expérimental**

##### **a) La construction de notre place en tant que psychomotriciennes**

Plonger dans l'inconnu et découvrir notre identité de future psychomotricienne par la réalisation d'expériences plus ou moins probantes, tel est pour moi le but d'un stage expérimental. Par cette recherche d'identité de futur praticien, en binôme, nous cherchons également la place de la psychomotricité dans l'institution, place qui n'est pas toujours évidente. Il a fallu que nous redoublions d'adaptabilité, de patience, d'écoute et de créativité pour montrer l'apport de notre présence, tant auprès de l'équipe que des résidents.

Tout d'abord, nous nous sommes présentées, et avec cela, notre futur métier de psychomotricienne. Le concept n'étant pas toujours simple à adapter, ni toujours clair pour nous en début d'année, nous avons fait un important travail de synthétisation et de vulgarisation, aux travers de présentations autour d'un goûter.

Lors de celui-ci, une quinzaine de personnes se sont manifestées, et, en plus de nous présenter, nous avons pu recueillir les besoins et les intérêts des présents. C'est ainsi que l'idée de groupes thérapeutiques est apparue. En effet, l'un des principaux besoins recensés s'est révélé être la nécessité d'interactions sociales, pour lutter contre l'isolement. De nombreuses personnes ont également évoqué des troubles du sommeil, de l'anxiété, et pour les familles, des difficultés à accompagner leurs enfants dans l'épreuve de la migration.

Ces premiers besoins recensés, nous les avons ensuite questionnés sur leurs intérêts. Initialement, ils se sont montrés peu loquaces, mais après diverses suggestions de notre part, la cuisine, la danse et l'activité physique se sont montrées comme intéressantes pour une partie des personnes présentes. Satisfaites de ces nouvelles informations, nous nous sommes orientées vers nos collègues, pour recueillir leur avis et leurs conseils. Ces derniers nous ont encouragées et nous ont suggéré des résidents pour lesquels une rencontre et/ou la mise en place d'une prise en soin en psychomotricité serait bénéfique. C'est ainsi que de fil en aiguille, nos journées se sont organisées autour de trois prises en charge individuelles le matin, et de deux groupes thérapeutiques l'après-midi.

## b) Une approche préventive

Un nouveau défi se présentait ensuite à nous. L'absence de médecin prescripteur, et donc notre impossibilité à travailler dans le soin. Nous devions rester dans la prévention. Nous nous sommes donc recentrées, après des échanges avec notre tutrice de stage externe, A. Vachez-Gatecel, vers des interventions en prévention primaire et tertiaire.

Selon l'OMS (1948), la prévention correspond à « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle distingue 3 types de préventions, la prévention primaire, secondaire, et tertiaire. Elles sont définies ainsi par l'OMS:

- La prévention primaire correspond à l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques

d'apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en termes environnementaux et sociétaux

- La prévention secondaire, cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques;
- La prévention tertiaire consiste à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Ainsi, dans nos interventions groupales, nous sommes plutôt dans une prévention de type primaire, en proposant des activités physiques réduisant l'apparition de troubles anxieux, du sommeil, ou de stress post-traumatique, et du soutien à la parentalité pour prévenir des troubles de l'attachement et le développement de la violence et d'un mal-être familial. Parallèlement, dans nos prises en charge individuelles, nous travaillons principalement autour de la prévention tertiaire, l'objectif étant la diminution des complications liées au TSPT, aux maladies génétiques, ou encore à des troubles anxieux et du sommeil. Forme de prévention que nous retrouvons également dans nos groupes, lorsque des troubles sont déjà avérés. La prévention secondaire est également omniprésente dans notre accompagnement du TSPT.

Le rôle primordial que nous avons, dans cette structure, est celui de repérer de potentiels TSPT, ou autres troubles (les troubles développementaux chez les enfants par exemple), et de les réorienter vers une structure et un suivi plus adaptés.

A présent, je vais plus précisément présenter le groupe d'activités physiques que nous avons mis en place. Les objectifs étaient:

- Prévenir l'isolement social
- Permettre l'instauration de repères spatio-temporels, corporels et identitaires
- Favoriser l'intégration de la structuration psychocorporelle
- Prévenir la mise en place ou diminuer les effets d'un figement post-traumatique

### c) Organisation des séances

Nous avons commencé à mettre en place ce groupe en co-thérapie avec mon binôme en janvier 2024, après plus de 3 mois de présence dans l'HUDA. Nous commençons alors à avoir une certaine connaissance des personnes résidentes, et à mieux comprendre le fonctionnement de l'établissement. Nous commençons également à avoir une bonne dynamique entre nos deux façons d'interagir en séance, et sentions que le moment était opportun.. M. Meynckens-Fourez (2017) développe une vision de la co-thérapie qui répond au vécu que nous avons pu expérimenter au sein de ce groupe: "outre l'intérêt de réunir des points de vue différents et d'offrir des lectures alternatives et des pistes inédites (...), nous sommes aussi dans le monde de l'intersubjectivité, de l'interrelation, qui se manifeste dans la communication analogique". Nous avons senti que cette double présence pouvait augmenter la contenance et les repères au sein du groupe. Nous avons alors profité de l'arrivée de nombreuses personnes dans le cadre de l'agrandissement de l'HUDA, pour faire la communication de notre atelier.

C'est auprès des nouveaux arrivants, en demande de lien social, que ce rendez-vous a le mieux fonctionné, tous les mercredis de 17h à 18h. Les premiers groupes se sont déroulés avec des effectifs assez réduits, avec parfois un unique participant, mais petit à petit, le groupe s'est fait connaître, et nous avons pu garder une stabilité d'au moins trois personnes chaque mercredi soir. L'inconstance fait partie du stage, nous avons donc choisi de laisser le groupe ouvert, laissant à chacun le choix de revenir la semaine suivante et acceptant tous ceux souhaitant y participer. Ce cadre libre est cependant contrebalancé par sa régularité dans le temps et l'espace. Il vient apporter des repères spatiaux-temporels qui vont assurer une permanence dans le temps et la sécurité de pouvoir l'investir et le retrouver la semaine suivante. Cela vient faire un parallèle avec la permanence de l'objet selon lequel ce n'est pas parce que l'on ne voit pas l'objet qu'il n'existe pas (D. Winnicott, 1953).

Après consultation avec les participants, à qui nous avons laissé le choix sur le sport que nous utiliserons en premier média, nous avons déterminé un cycle de 10

séances de boxe. Ce choix a été motivé par certains participants qui avaient une pratique ancienne de ce sport et qui souhaitaient retrouver le sentiment de décharge tonique que permet ce média. Certains, comme Seydou, n'avaient jamais pratiqué la boxe auparavant. Ils ont cependant montré un important intérêt pour le groupe et le sport choisi.

Chaque séance commençait par un tour des prénoms en se passant une balle dès qu'il y avait des nouveaux arrivants, pour permettre à chacun de se présenter, en précisant un sport et une chose qu'il aime. Nous proposons ensuite des variations, en ajoutant des difficultés telles que lancer sur un pied, rattraper et lancer avec une main... A chaque fois qu'une personne faisait tomber la balle, un gage choisi à l'avance (quelques squats, burpees, pompes...) devait être réalisé par les personnes qui lancent et reçoivent. L'objectif ici était de créer une première dynamique de groupe, tout en commençant à mettre en mouvement le corps.

Puis, toujours dans les rituels de début de séance, nous commençons un échauffement articulaire, mené au fur et à mesure par les habitués, et un échauffement "cardio", qui permettait de conclure. L'intérêt d'utiliser des rituels dans ce groupe était de donner des repères spatio-temporels, leur permettant d'anticiper la séance, et d'avoir une meilleure perception du temps qui passe. Tous ces éléments apportent alors cadre, sécurité et contenance au groupe. En utilisant une routine psychomotrice d'échauffement, nous pouvions éveiller l'ensemble du corps, portant une attention particulière aux segments corporels travaillés et à la qualité du mouvement. Ce qui nous intéressait tout particulièrement, c'était que les mouvements soient proposés et initiés par les résidents. Ils pouvaient ainsi chacun leur tour proposer des exercices différents, en reprenant ceux vus lors des séances précédentes. L'objectif ici était d'amener à créer du lien social entre eux, et de les valoriser.

Nous proposons ensuite, en fonction de l'objectif et du thème de la séance, des exercices à faire à deux ou trois, mettant souvent en jeu une certaine opposition. Cela les amenait à affirmer leurs limites, à se protéger et riposter, et à interagir avec l'autre. Nous n'imposons jamais la participation à ces exercices, qui pouvaient demander un certain engagement corporel, relationnel et psychique; ainsi nous laissons la possibilité aux résidents d'observer les autres participants avec l'une de



nous. Ces exercices étaient toujours centrés autour de l'objectif de la séance que nous nous étions fixé cherchant successivement à expérimenter la solidité des appuis, l'explosivité et les facultés cognitives ou la coordination et le schéma corporel. Les propositions étaient toujours reliées à nos objectifs thérapeutiques et à la manière dont les compétences et items mis au travail pourraient aider dans la pratique de la boxe, mais surtout dans leur vie quotidienne.

Enfin, nous finissions par un temps de décharge tonico-émotionnelle contre un matelas. Ce temps permettait de retranscrire ce que nous venions de travailler en séance dans une situation de déchargement. Nous induisions l'utilisation des thèmes travaillés précédemment, mais surtout le déblocage moteur et psychologique, en proposant d'associer cet acte à une émotion. Cet exercice venait en plus mobiliser une coopération et un recrutement tonique important, puisque deux personnes devaient maintenir le matelas pendant qu'une troisième venait se décharger dessus.

Après ce temps mobilisant un fort recrutement tonique, nous proposons un retour au calme, plus ou moins long en fonction des séances, durant lequel nous faisons des étirements et des respirations profondes. Selon B. Lesage , "respirer consciemment unifie, apaise et régule" (2022, p.75). C'est la clé de la régulation tonico-émotionnelle qui va permettre une meilleure gestion du stress par un ancrage en soi. L'objectif était d'augmenter ce temps de recentrage sur soi, pour en être petit à petit acteur. Ensuite, nous menions un temps de verbalisation autour des ressentis de la séance et de leurs vécus. Nous leur demandions d'abord de choisir un mot, puis de le détailler selon leur envie. L'intérêt d'un mot unique à développer était de faciliter la verbalisation, et d'inviter l'ensemble du groupe à participer à cet échange.

A travers ce dispositif, nous avons pu assister à une progression importante de l'engagement des participants. Après discussion avec les autres professionnels, ceux-ci nous ont fait part de l'impact positif qu'avaient nos séances sur les résidents, notamment dans l'apport de repères spatio-temporels et à propos de la prévention de l'isolement. J'aimerais à présent partager le cas d'un participant en particulier qui expose le mieux selon moi les objectifs du groupe.

## 2- Le cas de Seydou

Seydou est l'un des participants les plus présents et dynamiques lors de ses séances. C'est simple, il n'en a manqué aucune, du début à la fin, même pendant la période du ramadan qui en a démotivé plusieurs. Par son sourire et sa fidélité, il est devenu l'un des piliers du groupe.

Nous le rencontrons lors de son admission, auquel nous participons en nous présentant et en lui posant quelques questions. C'est un homme grand, d'origine Sénégalaise, de 29 ans. Lors de cette rencontre, Seydou nous laisse une impression étrange d'immatunité, liée après réflexion à des réponses peu développées de sa part, et surtout à un sourire qui n'aura pas quitté son visage de l'échange. Arrivé avec un groupe d'autres personnes, il montre également un repli et une plus grande difficulté que les autres à comprendre ce qu'il doit faire lors de cette admission. Il a une prosodie très rapide et un ton de voix très bas, ne permettant pas toujours d'entendre et de comprendre ce qu'il dit. Sa posture est voûtée, son regard est souvent tourné vers le sol et évitant. Il semble désorienté, et malgré sa grande taille, il nous renvoie un sentiment de fragilité et de vulnérabilité.

Lors de la première séance, il est seul, mais se prête totalement aux différentes propositions que nous pouvons lui faire. Les éléments observés lors de la première rencontre se vérifient, et de nouveaux éléments viennent nous marquer, notamment une utilisation importante du rire et une difficulté dans ses coordinations motrices et à l'imitation de nos gestes. Ne possédant pas vraiment de comparaison par rapport à d'autres personnes de l'HUDA, nous n'étions pas certaines que cela puisse témoigner de quoi que ce soit.

Puis sont venues des séances de groupe, où nous avons pu observer ses difficultés d'organisation motrice. L'imitation et les coordinations lui posaient beaucoup de problèmes, et en parallèle, il utilisait toujours le rire pour masquer ses difficultés. Face à cela, nous prenions le temps de lui expliquer plus en détail les propositions, et l'amenions à prendre confiance en lui en le valorisant lorsqu'il parvenait à faire les mouvements, et à s'affirmer face aux autres. Pour travailler son affirmation de soi, nous proposons régulièrement des jeux d'opposition. Dans ces derniers, Seydou montrait une défense peu efficace, et une très grande difficulté à

aller vers l'autre. Aller vers l'autre tel qu'entendu ici nécessite d'entrer dans l'espace d'autrui, dans un mouvement centrifuge. Il faut être capable de trouver les ressources en soi, de quitter son centre, et de transférer son énergie vers la périphérie. Il est donc nécessaire d'avoir une certaine solidité et un ancrage psychocorporel suffisant pour adapter constamment son ajustement tonico-postural. De plus, ces jeux se font en relation, et viennent donc recruter les distances relationnelles proxémiques,<sup>16</sup> concept éminemment culturel (Hall, 1957). On peut émettre l'hypothèse que ces jeux venaient recruter un ensemble de facteurs ne lui permettant pas de trouver la structuration et l'appui psychocorporel nécessaire pour s'affirmer. Ce manque de résistance se traduisait corporellement par de l'hypotonie de fond, et un manque de dissociation des ceintures qui l'amenait à perdre régulièrement l'équilibre.

L'une des autres caractéristiques de Seydou que nous avons pu repérer, c'est son besoin de s'accrocher à une figure d'autorité, représentée initialement par nous, puis par d'autres participants du groupe. A partir de la deuxième séance, un nouveau participant a commencé à venir régulièrement. Ce participant ne présentait pas de difficultés motrices particulières, il était capable de parler plusieurs langues, et il montrait une assurance et une prestance qui semblaient très rassurantes pour Seydou. Ce lien particulier se percevait à travers une recherche d'attention, de félicitations, et c'était quelque chose qu'il verbalisait, cherchant sa présence et son approbation.

J'aimerais à présent exposer une séance en particulier, qui a pour moi été primordiale dans l'évolution et la progression de Seydou au sein de cet atelier.

### 3- Une séance charnière

Durant cette séance, qui était la cinquième, Seydou s'est présenté seul, les autres membres du groupe étaient absents. Nous avons donc décidé d'adapter la séance aux problématiques que nous avons observées chez ce résident. Nous avons commencé par reprendre le rituel habituel en y ajoutant des auto-massages et

---

<sup>16</sup> Il distingue la distance intime, personnelle, sociale et publique (Hall, 1957)

percussions pour apporter une perception des limites corporelles. Lors de ces percussions, nous avons proposé de faire un son grave lorsque nous passions sur la poitrine et dans le dos, pour amener la perception des vibrations. Il n'a pas réussi à faire de son, se contentant de rire. Puis nous avons proposé une inversion des rôles, où il prenait le contrôle de l'échauffement articulaire. Cette prise de position l'a dans un premier temps surpris, il a ri, puis a effectivement mené l'échauffement, en nous demandant régulièrement "c'est ça ?". Il a également proposé pour l'échauffement cardio, un exercice que nous avons déjà fait auparavant. Il a terminé cet échauffement par des fentes avant.

Cette proposition m'a évoqué une posture d'escrime. Nous avons donc proposé de la reprendre, avec un exercice travaillant entre autres, les coordinations, l'attention, la flexibilité mentale, et l'ancrage au sol. Après avoir montré comment effectuer le mouvement, en insistant sur la solidité au sol, nous avons proposé d'utiliser une marche particulière vers l'avant lorsque je disais 1, et vers l'arrière lorsque je disais 2. Pour permettre le changement efficace de direction, nous avons insisté sur l'importance d'être solide au sol, et d'avoir les jambes pliées. Nous avons ensuite ajouté le chiffre 3, qui signifiait "faire une attaque" en fente. Lors de cet exercice, Seydou a montré beaucoup de plaisir, malgré quelques difficultés de réactivité.

Nous avons ensuite, dans la continuité du travail sur l'ancrage et la solidité sur le thème de l'escrime, proposé de nous mettre en cercle, et d'attaquer nos partenaires en faisant des postures d'escrime en criant "AH". Nous devions le faire dès que quelqu'un nous "attaquait". L'objectif ici était de travailler l'affirmation de soi, en s'appuyant sur la solidité au sol induite précédemment. Au début, Seydou était incapable de sortir sa voix, et il s'engageait à moitié, malgré son envie. Nous l'avons donc encouragé, en lui demandant d'analyser comment nous intimidions notre adversaire. Il a alors dit que c'était dans le regard, et dans notre force au sol. Nous lui avons donc conseillé de faire pareil. Un nouveau Seydou s'opposait alors à nous, qui s'affirmait, avec le regard fort, un buste penché en avant, et enfin, une voix qui disait haut et fort "AH".

Après quelques nouveaux échanges, nous l'avons félicité, et lui avons proposé un dernier exercice, dans la continuité de cette expérience sur l'ancrage

corporel : le haka. Cette danse d'origine néo-zélandaise, se pratique en groupe et a pour but de donner courage et force en vue d'un conflit. Son intérêt est de mettre en jeu la voix, les appuis, et des percussions corporelles, ce qui vient dynamiser l'ensemble du corps, et ancrer les repères corporels. Par l'ancrage au sol, elle induit un élan, un rebond pour transformer l'énergie de la réaction du sol en une dynamique ascendante, permettant de s'affirmer ; objectif que nous souhaitons travailler avec Seydou. Après le visionnage d'une vidéo pour visualiser la danse, nous avons élaboré ensemble des mouvements que nous réalisons sur la musique. Ces mouvements étaient forts, ancrés au sol, et nous avons à nouveau induit une solidité au sol, et une sensation de puissance, sans peur. Il s'en est énormément saisi, et a lui-même pris l'initiative de rajouter des mouvements. La danse s'est finie par un cri à l'unisson. Un homme différent semblait se tenir face à nous, il se tenait droit, avec un polygone de sustentation plus large, et une voix plus affirmée.

Après quelques respirations profondes pour revenir au calme, nous lui avons demandé d'élaborer un mot ou une phrase sur ce qui s'était passé pour lui pendant la séance, ce qu'il avait ressenti. Il choisit dans un premier temps le mot solide. Puis, il a complété ce mot avec la phrase "ça m'a fait sortir un truc, j'ai bougé". Nous avons élaboré ensemble sur ce qui était sorti, et l'émotion qui y était associée. Il a pu verbaliser qu'il sentait que quelque chose s'était "débloqué" en expliquant que "lorsque l'on reste toute la journée sans rien faire, la tête pense beaucoup mais dès qu'il y a du mouvement, ça sort de la tête". Nous avons ainsi conclu la séance.

Après ce jour, Seydou, dans son dialogue tonique, dans ses ajustements et lors des exercices en duo, s'est montré beaucoup plus à l'aise, en posant ses limites et en opposant de la résistance. Il a, à de nombreuses reprises, répété la phrase "il faut être solide" pour expliquer aux autres participants les exercices. Il prenait beaucoup de plaisir à venir, et menait régulièrement les échauffements, se plaçant en réel pilier du groupe. Son organisation corporelle était beaucoup plus affirmée, et il osait prendre la parole lorsque c'était nécessaire, alors même qu'il restait silencieux avant cette séance.

## 4- Analyse psychomotrice

### a) Projet thérapeutique

Les objectifs que nous avons élaboré spécifiquement pour lui d'après nos observations étaient:

- Permettre l'ancrage corporel et psychique
- Favoriser l'apport de stimulation proprioceptive et leur intégration
- Valoriser ses capacités psychomotrices

Nous aurions aimé pouvoir effectuer un bilan psychomoteur avec Seydou avant de commencer ce groupe, mais les circonstances ne nous l'ont pas permis. Nous avons donc basé ce projet thérapeutique sur nos observations qualitatives lors des premières séances.

Si nous avions pu faire passer des épreuves de bilans, nous aurions choisi les épreuves développées par D. Defontaine (2019), pour des patients avec un TSPT. Il permet d'explorer toutes les sphères psychomotrices impactées dans le TSPT.

### b) L'apport de repères

Comme Seydou a pu le verbaliser, cette séance a "débloqué" quelque chose en lui. J'aimerais ici analyser d'un point de vue psychomoteur ce qui a pu provoquer ce déblocage, et comprendre comment il s'est amorcé au fur et à mesure des semaines, puis de la "séance charnière" en elle-même.

Si l'on reprend du début, Seydou est un nouvel arrivant à l'HUDA. Comme j'ai pu l'expliquer précédemment, cette arrivée se traduit par un besoin de trouver ses repères, dans un premier temps spatio-temporels. D'autant plus qu'avant son arrivée, nous savons qu'il a passé quelques mois d'hiver sans domicile fixe, après un parcours migratoire que l'on imagine éprouvant. De ces informations, nous pouvons soupçonner un sentiment d'insécurité et d'instabilité ne lui permettant pas d'intégrer les différents événements qu'il a pu traverser. Ayant vraisemblablement vécu de

nombreux événements à potentiel traumatique durant son processus de migration j'émets l'hypothèse d'un TSPT, qui reste cependant difficilement vérifiable.

D'autres éléments viennent en faveur de cette hypothèse, notamment sa difficulté d'accordage aux autres, sa faible résistance et opposition, et son organisation corporelle qui semble déstructurée. Tous ces éléments viennent rejoindre une problématique au niveau de la régulation tonique et du schéma corporel. Selon D. Defontaine (2022, p.369), qui a proposé une observation psychomotrice du TSPT, on y retrouve des troubles de la régulation tonique, de l'impulsivité et de l'instabilité avec une difficulté d'accès à la conscience corporelle. On suppose que chez Seydou, ces difficultés de régulations toniques se prolongent dans un trouble du dialogue tonico-émotionnel avec ses pairs, ce qui l'amène vers un isolement social.

On retrouve également une "dévalorisation de l'image du corps, par un sentiment de honte et de culpabilité" (Defontaine, 2022, p.369). Seydou, par ses réactions de prestance qui semblent être pour lui l'utilisation du rire, sa posture renfermée, et ses difficultés à sortir sa voix, semble présenter une estime de lui assez faible. Ces réactions étaient directement reliées à des moments où il ne parvenait pas à effectuer la proposition, ou lorsqu'il ne comprenait pas certaines consignes, pourtant assez simples. On peut émettre l'hypothèse qu'elles lui permettaient de rendre ses difficultés plus acceptables au sein du groupe, et peut-être de sa propre subjectivité.

Dans l'idée de faire accepter ses difficultés, et de se protéger du jugement, on peut également relier sa tendance à s'accrocher à une figure forte et rassurante. S. Robert-Ouvray (2007, p.196) évoque chez les enfants le besoin de s'identifier et d'avoir un modèle pour se construire, qui correspond, dans le cas de l'enfant, à sa mère. Dans le cas présent, on peut imaginer que dans le processus de reconstruction psychocorporelle induit par le vécu traumatique du parcours migratoire, ses besoins d'attachement et de réciprocité deviennent à nouveau des besoins fondamentaux. Ainsi, lorsque Seydou nous demande "c'est ça ?", et cherche notre approbation, nous pouvons penser que c'est son besoin de réciprocité, de considération, qui vient s'exprimer. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la réciprocité correspond au « caractère de ce qui

est réciproque, état d'un sentiment, d'une relation, d'une action réciproque », c'est-à-dire « avec l'intention ou l'obligation de rendre l'équivalence de ce qu'on a reçu ».

Cette recherche de réciprocité vient reprendre les notions de holding et handling de Winnicott, qui correspondent au portage physique et psychique du nourrisson, lui permettant de ressentir un sentiment de sécurité interne. Le holding psychique, que le groupe et nous même créons, vient ainsi créer une enveloppe contenante, que Seydou teste à travers ces sollicitations. Ce soutien vient créer la toile de fond de l'expression corporelle de Seydou, qui, au fur et à mesure des séances et de leur immuabilité, va pouvoir gagner en assurance et en qualité.

Dans le cas de Seydou, on voit parfaitement comment la création de repères spatio-temporels, identitaires, et relationnels vient permettre la consolidation de l'image du corps et de sa subjectivité. Cela se place comme une base sécurisée pour initier un travail sur les repères corporels et la structuration psycho-corporelle. Ce travail, selon moi, prend forme lors de la cinquième séance, qui a opéré comme une bascule, permettant d'enclencher les processus complexes menant à la résilience (A.Berthoz, 2009).

Lors de cette séance, on retrouve l'évolution habituelle, avec la recherche d'une contenance et d'un environnement sécurisé que j'ai pu détailler plus haut. Une fois cette assurance apportée par nos réponses rassurantes et valorisantes, nous avons pu observer un engagement corporel plus actif dans les propositions. Nous pouvons considérer que ce premier travail de création de repères a permis d'assurer la position de Seydou dans une fenêtre de tolérance optimale, permettant l'expérimentation, la disponibilité, et l'intégration lors des propositions suivantes (P.Ogden, 2021).

### c) L'initiation d'un travail de restructuration psychocorporelle vers le défigement

En incluant la notion de solidité et d'ancrage physique, comme psychique dans nos propositions et inductions, nous avons ensuite permis à Seydou d'expérimenter tant une stabilité psychique que corporelle. En l'amenant à analyser



notre posture, pour modifier la sienne, nous avons fait appel à l'écoute de ses sensations corporelles, cela étant difficile, voire impossible avec un TSPT. Nous avons mobilisé son sens proprioceptif, tout au long de la séance, et ainsi permis de prendre conscience de sa posture préférentielle, du contenu que sa mémoire procédurale avait pu conserver lors du figement traumatique (Lévine, 2019). En l'accompagnant à la conscientiser, puis à la modifier par lui-même, nous avons entamé le processus de défigement que j'ai pu expliciter précédemment. Notre sens d'observation psychomoteur, notre créativité et nos adaptabilités ont été les bases qui nous ont permis de rebondir et de soutenir la réalisation de Seydou. A travers notre observation et notre savoir-faire, nous l'avons amené à explorer des qualités de mouvements et des affinités spatiales différentes de celles qui le caractérisaient. Cela l'a entraîné vers un défigement.

Il s'est ensuite observé dans toute son organisation psycho-corporelle. Le recrutement tonique était plus fort, plus explosif, il s'ajustait plus facilement à nous et au rythme que nous imposions lors des fentes en cercle. Nous avons remarqué une augmentation de sa disponibilité corporelle et psychique. Sa posture était plus assurée, et son regard était davantage affirmé. Mais, ce qui de façon évidente a été débloqué, c'est sa voix; il a pu s'exprimer. La voix est intimement reliée à la respiration, on peut donc imaginer qu'à travers le son, c'est toute la chaîne antéro médiane qui s'est relâchée.

Tous ces aspects se sont retrouvés lors de la création du haka, qui met en jeu tant un ancrage physique que psychique. De plus, il nécessite d'utiliser sa créativité pour inventer une chorégraphie correspondant au rythme. Pour moi, la créativité se trouve au centre de toutes les fonctions psychomotrices et de la personnalité de l'individu. Créer, c'est laisser suffisamment de liberté à son esprit pour qu'émergent les idées. Elle nécessite l'inhibition des autres idées, une mise en jeu de sa corporéité, une utilisation de son vécu et de ses expériences pour les élaborer... Tant de choses qui sont impactées dans la clinique du TSPT, et qui méritent d'être travaillées et élaborées en séance. Seydou, en utilisant ce processus à la fin de la séance, a pu utiliser toutes ses fonctions, qualités de mouvements, et affinités spatiales, ancrant plus encore le changement qui s'était opéré durant l'heure.

Enfin, le dernier point qui semble pour moi acter un défigement se trouve dans sa capacité à trouver les mots pour exprimer ses ressentis à la fin de la séance. On sait qu'avec un TSPT, il est très difficile de s'exprimer, notamment à propos de ses émotions et ses sensations internes. On sait également que la barrière de la langue (le français n'étant pas sa langue natale) et les différences culturelles viennent créer un obstacle supplémentaire à l'expression verbale. Nous avons pu observer une évolution de la verbalisation au fur et à mesure des séances. Cela soutient l'hypothèse de la mise en place d'un processus de défigement traumatique, dans sa sphère psychique et relationnelle.

En considérant le concept de simplexité (Berthoz, 2009), nous pouvons admettre que le travail initial de structuration des repères et de consolidation de la sécurité interne a été la porte d'entrée permettant l'élaboration des processus simples menant à la structuration psychocorporelle. Cet exemple met également en avant la notion de globalité de la simplexité, qui, à l'image des dominos, vient débloquent un ensemble de solutions au problème rencontré. Ainsi, au lieu de se concentrer sur la multitude de problématiques apportées par le TSPT, il est intéressant de considérer des points d'étape, que sont la consolidation de la sécurité interne, la restructuration psychocorporelle, puis la résilience qui peuvent permettre de diminuer les symptômes du TSPT. La sécurité interne étant elle-même un élément issu d'un processus simplexe, nous pouvons à nouveau la décomposer, et trouver ce qui chez chaque individu va permettre d'atteindre cet état .

Dans le cas de Seydou, la contenance apportée par le groupe semble l'avoir tout particulièrement aidé. Ce rôle puissant que semble avoir joué l'appartenance à un groupe peut être lié aux origines sénégalaises de Seydou. En effet, selon M-R. Moro (2005), les enfants "d'ailleurs" sont élevés comme appartenant à un groupe, avant même d'être une personne individuelle. Le groupe semble relever une grande importance dans l'accompagnement de ces personnes à travers les différentes étapes de leur vie comme nous l'a montré le témoignage de l'une des mamans enceintes de l'HUDA. Soutenant les propos de M-R. Moro (2005), elle nous a expliqué que dans son pays d'origine, la maman donnant naissance n'avait rien à faire. Ses voisins, amis, familles, viennent faire à manger, s'occuper du petit, veiller au grain et apportent un soutien psychologique indicible.

Pour conclure, le travail d'apport de repères et de structuration psychocorporelle, l'approche psychomotrice a permis l'accès d'un défigement et d'une réappropriation subjective et corporelle pour Seydou.

## IV. Discussion

### 1- La place de la psychomotricité dans l'accompagnement du TSPT

Tout au long de ce mémoire, j'ai cherché à répondre à ma problématique qui était : en quoi une approche psychomotrice auprès des personnes migrantes dans un Hébergement d'Urgence pour Demandeur d'Asile peut contribuer à la réappropriation de leur corps et de leur subjectivité, et s'inclure dans l'accompagnement du Trouble de Stress Post-Traumatique ?

J'ai proposé une évolution présentant au mieux la complexité et la richesse du public que nous avons rencontré lors de ce stage. J'ai commencé par détailler la dureté du parcours migratoire, et donc la genèse du traumatisme, et introduit la question de la transculturalité et du sentiment de déracinement, pouvant constituer des facteurs fragilisants. Puis, j'ai évoqué le TSPT, ses symptômes, et une façon de le considérer comme un trouble liant des aspects psychiques et corporels. J'ai proposé un accompagnement psychomoteur, basé sur l'élaboration du sentiment de sécurité interne et de la restructuration psychocorporelle. Ces deux aspects sont des facteurs permettant d'acquérir la résilience, par l'intermédiaire de processus simples. Enfin, j'ai présenté un cas clinique - le cas de Seydou - illustrant l'importance d'une approche psychomotrice dans la réappropriation de sa subjectivité et de son corps.

J'aimerais à présent discuter des différents éléments qui méritent un approfondissement en lien avec la problématique.

Dans un premier temps, discutons du cas de Seydou. Dans son accompagnement, nous avons observé une évolution en cinq semaines vers la résilience qui nous a étonné. Nous nous attendions, lors de sa rencontre, à un accompagnement plus long comme le suivi que nous menions avec Cheick et Assad. Avec eux, le temps d'installation des repères sécurisés a pris plus de 6 mois. Le travail de structuration psychocorporelle est donc seulement amorcé, et nous sommes loin d'une réappropriation corporelle et subjective.

Cependant, il existe des différences significatives entre le suivi en groupe de Seydou et le leur. Avec Cheick et Assad, la prise en soin est individuelle, avec une grande inconstance liée à leurs régulières absences. La consolidation des repères spatio-temporels dans cette situation est très difficile. Nous observons que la répétition dans le temps et l'espace de nos rencontres ainsi que le soutien du groupe pour Seydou a été un pilier dans l'accompagnement de leur TSPT. L'accompagnement psychomoteur du TSPT vers la réappropriation de son corps et de sa subjectivité passe donc par un travail initial sur les repères spatio-temporels permettant un sentiment de sécurité interne, soutenu par le groupe pour Seydou.

La séance charnière avec Seydou a été menée avec une importante adaptabilité de notre part. Celle-ci nous a permis d'être à l'écoute et disponible aux besoins de Seydou et de les interpréter et les traduire en propositions corporelles. Cet exemple montre l'importance de notre flexibilité et adaptabilité de future psychomotricienne comme appui du travail de restructuration psychocorporelle.

Les repères qui ont constitué le sentiment de sécurité interne et notre flexibilité ont lancé le processus de structuration psychocorporelle. Ainsi, Seydou se trouvait dans un environnement favorable à l'élaboration des processus simples. Sa libre interprétation et son engagement dans le haka démontrent l'utilisation de ces processus. La verbalisation dont il a fait preuve à la fin de la séance acte son cheminement vers la résilience par le recul qu'il prend, lui permettant de penser un nouveau développement de son avenir. Ainsi, il va pouvoir se détacher de ses souvenirs traumatiques, et enclencher la sortie du TSPT, amenant une nouvelle écoute de ses sensations corporelles internes. Cette conscience permet la réappropriation de sa subjectivité et de son corps.

Un autre élément a été mis en avant, notamment avec Cheick, c'est la difficulté pour lui de commencer un travail psycho-corporel, alors même qu'il est en situation instable et irrégulière. A travers ses absences et la connaissance de sa précarité, nous pouvons penser que sa carapace tonique et psychique était nécessaire. J'ai remarqué que l'HUDA ne représente pas un espace sûr, de par la menace du déboutement et d'un nouveau parcours migratoire. Dans ce cas, les symptômes du TSPT s'inscrivent plutôt dans des mécanismes de protection

nécessaires en réaction au danger perçu. En induisant un travail psychocorporel alors que la sécurité est impossible, ou non mise en place, nous risquons de fragiliser sa carapace alors qu'il en a besoin. En tant que psychomotricien, nous devons être à l'écoute de ce besoin, et adapter nos interventions à l'aide de nos multiples connaissances. Dans une démarche d'accompagnement, il convient d'axer nos interventions sur le lien, avant même le soin. Cela va permettre l'engagement social et donc la réappropriation de sa subjectivité, et de son sentiment de continuité d'existence sans porter atteinte à ses mécanismes de protection.

L'inclusion de la psychomotricité dans l'accompagnement du TSPT prend ici tout son sens. Elle permet l'initiation d'un travail psycho-corporel vers la réappropriation de son corps et de sa subjectivité lorsque c'est possible, ou simplement d'apporter un repère sûr et du lien, permettant le soutien de la subjectivité.

Cependant il est important de noter que certains biais peuvent influencer cette manière de penser l'accompagnement psychomoteur auprès des personnes migrantes souffrant d'un TSPT dans un HUDA.

## 2- L'influence des biais

Parmi ces biais, j'aimerais discuter de notre position, en tant que femmes, jeunes et d'origines occidentales. Chacunes de ces qualifications est liées à des aprioris particulièrement présents chez les personnes migrantes, qu'il nous a fallu dans un premier temps déconstruire pour que la relation thérapeutique puisse s'installer. En effet, la place de la femme, dans de nombreux pays d'Afrique, reste difficile à affirmer, comme j'ai pu l'expérimenter lors d'un voyage humanitaire au Togo.

Notre âge a également été maintes fois questionné par les personnes que nous rencontrions, et jouait un rôle important dans les transferts et contre-transferts que nous pouvions vivre. Plusieurs fois, cet âge a été associé à un manque de

crédibilité, et nous avons dû prouver la pertinence de nos interventions, malgré notre effectif manque d'expérience.

Enfin, notre couleur de peau, blanche, différente de la leur, revenait également régulièrement dans leurs questionnements sur nos origines. Nous nous sommes ainsi demandées à quel point toutes ces qualifications venaient impacter la création de la relation, et de quelle façon nous pourrions simplifier notre posture, pour restaurer l'égalité tout en maintenant le cadre thérapeutique.

Un élément important, cependant, nous a permis de gagner en crédibilité et en assurance. Celui du soutien continu dont nous avons bénéficié de la part de toute l'équipe sociale de l'HUDA. Cette ambiance de confiance mutuelle et de stabilité nous a permis de nous sentir en sécurité, et a créé un espace propice à notre stage expérimental.

Dans ma posture de stagiaire en psychomotricité, soutenu fortement par l'équipe, j'ai eu de la difficulté à me séparer de l'envie d'aider tout le monde. Dans nos interventions, nous avons donc eu beaucoup de difficultés à poser le cadre établi de nos séances. De plus, nous nous impliquions beaucoup dans les accompagnements, dépassant parfois l'empathie, ce qui ne nous permettait pas toujours d'avoir la rétroaction nécessaire à un suivi optimal. Cela a impacté nos savoir-être de psychomotricienne, et est à considérer comme point de vigilance dans l'accompagnement que nous pouvons proposer.

Également, dans nos séances en psychomotricité, nous observons des changements, comme ce fut le cas pour Seydou. Il est important de considérer la possibilité qu'un facteur extérieur à la séance de psychomotricité soit lié à l'évolution positive vers la réappropriation de sa subjectivité et de sa corporéité. Notre stage se terminant en juin, il est aussi difficile de vérifier la durabilité dans le temps de ces changements.

Après l'exposition de ces différents biais, j'aimerais donner, pour finir, des perspectives sur des accompagnements que nous aurions pu mettre en place au sein de l'HUDA.

### 3- Perspectives d'accompagnement

La question de la limite entre l'adaptation constante et la nécessité de poser un cadre permettant de donner des repères est omniprésente dans ce stage. Là est le paradoxe de l'accompagnement des personnes en HUDA, autant elles ont besoin de stabilité et de repères pour se restructurer, autant elles ont énormément de mal à honorer les rendez-vous, et à maintenir dans le temps leurs engagements. C'est l'inconstance que j'ai abordé avec Assad et Cheick. Ainsi, en plaçant nos groupes et accompagnements individuels à heure fixe, nous fermions la porte à de nombreuses personnes de l'HUDA, ne pouvant s'adapter à une temporalité différente de la leur. Pour remédier à cela, nous gardions un temps disponible pour aller vers les personnes, nous plaçant dans des lieux communs, dans l'objectif de maintenir l'engagement social et la subjectivité des personnes isolées.

J'aimerais également évoquer un questionnement qui nous a très souvent traversé. Comment intégrer la dimension transculturelle dans notre accompagnement ? Comment ne pas leur imposer quelque chose d'inconnu ?

Ce qui me semble finalement primordial à saisir, c'est que l'approche transculturelle du TSPT passe avant tout l'adaptation de notre manière d'être, de proposer et de choisir avec eux les différentes médiations possibles. Finalement, durant ce stage, c'est convoquer notre savoir-être de psychomotricien, nous enjoignant à nous intéresser à l'autre, qui a caractérisé notre approche transculturelle. Dans la dimension transculturelle, c'est l'importance du respect de l'autre et de son identité qui prône. Cela permet de travailler ensemble, vers des objectifs poursuivis tant par nous que par la personne que nous accompagnons. Tant que ce respect et cette écoute sont présents, il existe une multitude d'approches transculturelles.



## Conclusion

Tout au long de ce mémoire, nous avons élaboré pour trouver le chemin vers la réappropriation de la subjectivité et du corps des résidents de l'HUDA atteints de TSPT. Nous avons d'abord compris que le parcours migratoire était constitué d'une multitude d'évènements traumatiques, menant ainsi de nombreuses personnes à développer un TSPT complexe. Le sentiment de déracinement et d'instabilité lors de l'arrivée dans le pays d'origine constitue un facteur fragilisant essentiel vers le développement de ce trouble.

Une fois arrivée dans l'environnement sécurisé, le TSPT empêche la personne de se détacher de ses souvenirs traumatiques, et impacte fortement son quotidien. Cela se traduit par des états dissociatifs, caractérisés par un figement impactant les sphères relationnelles, psychiques, motrices, sensorielles et émotionnelles. J'ai montré comment il était possible de proposer une approche psychomotrice, et de penser un accompagnement auprès de ces personnes. J'ai proposé de placer la consolidation de la sécurité interne comme premier pilier de notre accompagnement psychomoteur. A travers l'élaboration de repères spatio-temporels, identitaires, corporelles, soutenus par la sphère relationnelle, j'ai montré l'impact positif que pouvait avoir ce travail sur sa construction.

C'est une fois la sécurité établie que nous pouvons amorcer la restructuration psychocorporelle. Dans ce travail, c'est l'adaptabilité du psychomotricien au rythme du patient qui est primordial, pour permettre de l'amener vers des postures ou qualités de mouvement pas encore explorées. Ceci crée un lien entre les différentes sphères psychomotrices de l'individu, et permet l'unification psychocorporelle.

Pour atteindre l'unification nécessaire à la réappropriation du corps et de la subjectivité, il est essentiel d'évoquer la notion de simplicité d'A. Berthoz (2009). Elle permet de considérer notre approche psychomotrice comme un processus, permettant l'accès à la résilience. Celle-ci lui permettra d'être dans une écoute et une adaptation de l'environnement, et donc d'acter la sortie du figement traumatique.

Enfin, à travers le cas de Seydou, j'ai mis en avant les différentes fonctions psychomotrices, liées à l'état de figement post-traumatique. J'ai montré qu'une approche psychomotrice par un groupe d'activité physique était en mesure de permettre la réappropriation de son corps et de sa subjectivité.

A travers tout le cheminement mis en place, inclure la psychomotricité dans l'accompagnement du TSPT des demandeurs d'asile me semble tout à fait pertinent. Par nos savoirs, savoir-être et savoir-faire, nous avons permis un accompagnement de la personne avec un TSPT global et complet vers la réappropriation de la subjectivité et du corps.

Cependant, les personnes que nous avons accompagnées ne sont que la face émergée de l'iceberg. Dans l'approche présentée, l'instauration de repères spatio-temporels sécurisés était prérequis pour l'efficacité de notre accompagnement. Cependant des dizaines d'autres personnes, que nous ne rencontrons pas, restent dans leur logement, car elles ne peuvent s'ajuster à un environnement extérieur et à une temporalité différente de la leur. Je me demande donc quels ajustements pourrions nous faire à nos interventions pour que les personnes isolées, ne sollicitant pas le soin, puissent bénéficier de notre expertise psychomotrice dans un environnement sécuritaire ?

## Bibliographie

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC

Ajuriaguerra, J. A. (1971). *L'Évolution psychomotrice de l'enfant de la naissance jusqu'à la marche*. PUF.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod

Berthoz A. «*La simplicité* ». (2009). Odile Jacob.

Bowlby J., « *L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné* », *Devenir*, 4 (4), 1992, p. 10

Bourdieu, P. (1979). *La distinction: Critique sociale du jugement*. Les Éditions de Minuit.

Bouvier, G. & Dellucci, H. (2017). *Chapitre 25. Les traumatismes vicariants*. Dans : , C. Tarquinio, M. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane-Coste, J. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmermann (Dir), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 269-278). Paris: Dunod.

<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dunod.tarqu.2017.01.0269>

Bullinger, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*. Éditions Erès.

Bullinger, A. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars (tome 2)*.

Centre national de ressources et de résiliences (2020, 05 novembre). <https://www.sante.fr/le-centre-national-de-ressources-et-de-resilience-cn2r-et-les-psycho-traumatismes>

Chahraoui, K. (2023). *Chapitre 6. Traumatisme et exil*. Dans : , K. Chahraoui, *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme* (pp. 127-151). Paris: Dunod. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dunod.chahr.2023.01.0127>

Constant, A. & Exposito, C. (2022). Chapitre 26. La question des addictions et l'approche psychomotrice. Dans : Anne Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques*

*psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 339-354). Paris: Dunod.

Crouzillat, H., & Tura, L. (2017). *Les Exilés*.

Cyrulnik, B. (2012). *Pourquoi la résilience ?*. Dans : Boris Cyrulnik éd., *Résilience: Connaissances de base* (pp. 7-17). Paris: Odile Jacob.  
<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/oj.cyrul.2012.01.0007>

Dalarun, P. & Gold Djemba, S. (2018). *NyuNgù, le yoga africain qui mène à la danse*. Heures De France.

Damasio, A. R. (1999). *Le sentiment même de soi*. Paris : Odile Jacob.

Dewailly & Muzuri Rugoheza (2024, 12 avril). *Repenser la thérapie au prisme des spécificités culturelles en Afrique et en Europe auprès des populations de migrants*. Sommet trauma, attachement et résilience en visioconférence.

Dolto, F. (1992). *L'image inconsciente du corps*. In *L'image inconsciente du corps* (p. 22). Seuil.

Defontaine, D. (2019). Chapitre 25. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le travail du psychomotricien. Dans : Anne Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 337-345). Paris: Dunod.  
<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0337>

Fosha, D., Solomon, M. F., & Siegel, D. J. (2009). *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development, and clinical practice*. Norton.

Gassmann Xavier. *Parler le corps en situation de détresse sociale*. In: Ville école intégration, n°116, mars 1999. Corps, culture et insertion. pp. 141-150.

Gaudé, L. (2006). *Eldorado*. Actes Sud.

Hall, E. T. (1957). *The Hidden Dimension*. Anchor Books.

Huet, F. (2022). Psychiatrie, PTSD et demande d'asile. *VST - Vie sociale et traitements*, 154, 5-11.  
<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/vst.154.0005>

Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique*. Paris, France: Alcan.

Jover, P. (1985). *Les Troubles toniques chez l'enfant*. Masson.

Kédia, M. (2020). 51. *Trauma vicariant*. Dans : Marianne Kédia éd., *Psychotraumatologie* (pp. 513-521). Paris: Dunod. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dunod.kedia.2020.01.0513>

Laban, R. (1994). *La maîtrise du mouvement*. Arles, Actes Sud.

Lenoir, R. (2006). Scientific habitus. *Theory, Culture & Society*, 23(6), 25-43. <https://doi.org/10.1177/0263276406069774>

Lesage, B. (2022). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : structure, étayage, mouvement et relation*. Éres.

Levine, P. A. (2019). *Réveiller le tigre : Guérir le traumatisme*. Éditions du Souffle.

Mauss, M. (1973). *Les techniques du corps*. In M. Mauss, *Sociologie et anthropologie* (pp. 365-386). Presses Universitaires de France.

Médecins du Monde. (2018). *Souffrance psychique des exilés : Étude et propositions pour les acteurs de terrain [Rapport]*. Médecins du Monde.

Meynckens-Fourez, M. (2017). Co-intervention, co-thérapie : diverses déclinaisons en ambulatoire et en institution. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 58, 105-127. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/ctf.058.0105>

Moro, M.-R. (2005). *Les enfants d'ici et d'ailleurs*. Bayard Éditions.

Nathan, T. (1986). *La nouvelle interprétation des rêves*. Balland.

Ogden Pat, and all. (2021) *Le trauma et le corps : une approche sensorimotrice de la psychothérapie* ([2e édition]). De Boeck Supérieur.

Organisation mondiale de la santé. (2018). *Classification internationale des maladies (11e révision)*.

Payan, S. (2011). Ségolène Payan : Le rite migratoire, un empêchement du processus de subjectivation ?. *Adolescence*, 292, 317-324. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/ado.076.0317>

Piaget, J. (1936). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé

Pireyre, E. W. (2021a). *Clinique de l'image du corps du vécu au concept*. Dunod.

Pireyre, E. W. (2021b). *Le schéma corporel (2) : Données actuelles et définition*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69 (pages 415-421.)

Polatin, B. (2024, 12 avril). *Comment le traumatisme affecte notre maintien, notre posture et notre respiration*. Sommet trauma, attachement et résilience en visioconférence.

Porges, S. W. (2022). Polyvagal Theory: A Science of Safety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 16, 871227–871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>

Porges, W., Milantoni, S., & Chosson-Argentier, I. (2022). *Théorie polyvagale et sentiment de sécurité, enjeux et solutions thérapeutiques*. EDP Sciences

Robert-Ouvray S. (2002), *Intégration motrice et développement psychique*, Paris, Desclée de Brouwer, 2010

Robert-Ouvray, S. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Éditions Frison-Roche

Struyf-Denys, G. (1980). *Les chaînes musculaires et articulaires*. Charleroi, SBORTM.

Van der Kolk, B. A. (2021). *Le corps n'oublie rien : le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Pocket.

Williamson, G., & Anzalone, M. (2001). *Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping young children to interact with their environments*. Washington, DC: Zero to Three.

(2010). L'exil. Études, 412, 233-240.  
<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/etu.4122.0233>

### **Sites internet:**

*Demande d'asile en procédure « Dublin » : comment faire ?* (2021, 16 février). Service-Public.fr.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2717#:~:text=La%20demande%20d%27asile%20que%20vous%20souhaitez%20d%27%20poser%20en,quel%20pay>

[s%20est%20concern%C3%A9%2C%20plusieurs%20crit%C3%A8res%20sont%20appliqu%C3%A9s.](#)

*Droits du demandeur d'asile : soins, logement, aide financière. . .* (2023, 21 septembre). Service-Public.fr.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32454#:~:text=Le%20droit%20d%E2%80%99asile%20d%C3%A9signe%20la%20possibilit%C3%A9%20pour%20un%20e.r%C3%A9fugi%C3%A9%2C%20soit%20le%20statut%20de%20la%20protection%20subsidaire.>

*Titre V : CONDITIONS D'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE (Articles R550-1 à D554-1) - Légifrance.* (s. d.).

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070158/LEGISCTA000042802006/#LEGISCTA000042806252](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070158/LEGISCTA000042802006/#LEGISCTA000042806252)

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : déracinement - Dictionnaire de français Larousse.*

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9racinement/23956#:~:text=Fa%20it%20d%27%C3%AAtre%20arrach%C3%A9%20%C3%A0%20son%20milieu%2C%20%C3%A0%20son%20pays%20%3A%20%C3%89migr%C3%A9%20qui%20souffre%20de%20d%C3%A9racinement.>

*LOI n° 2024-42 du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration (1) - Légifrance.* (s. d.).

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049040245>

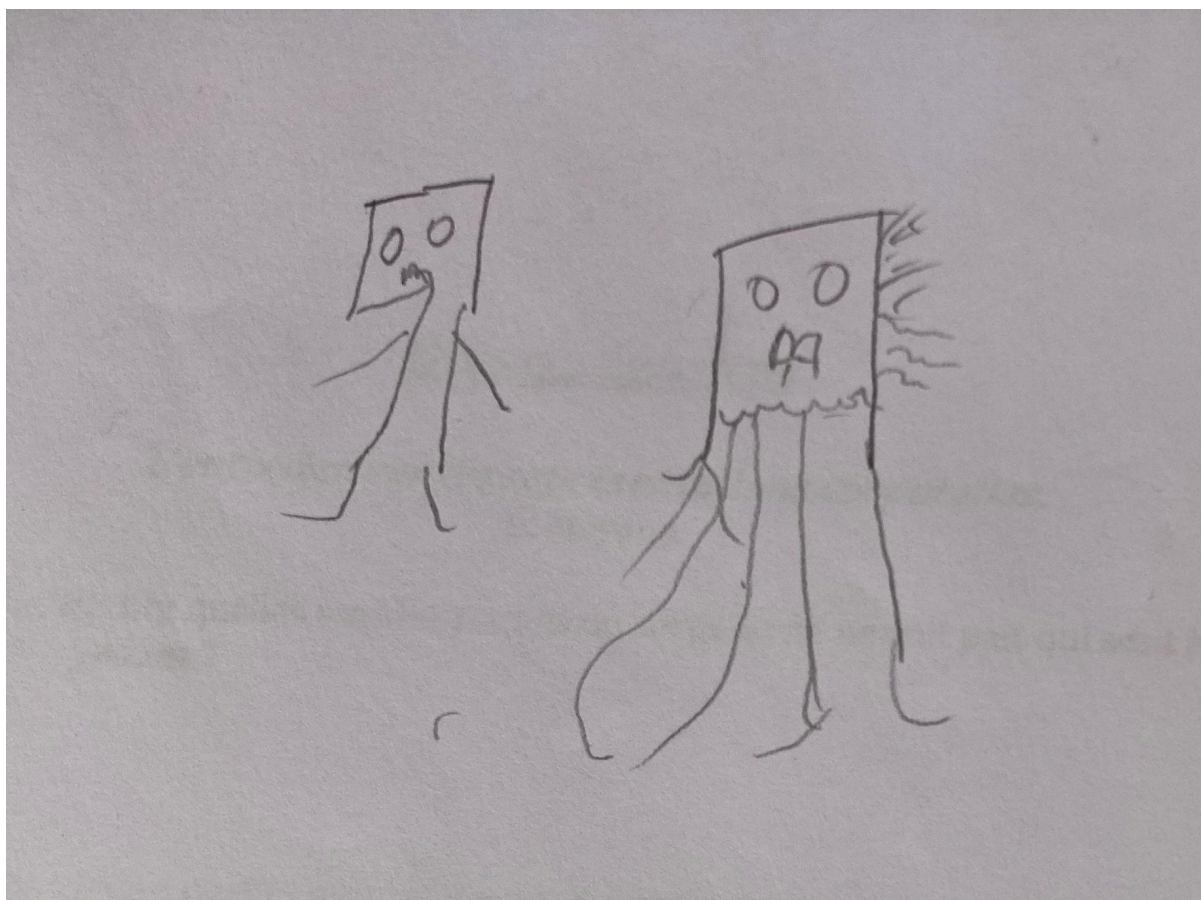
*Premières demandes et octroi de l'asile – Immigrés et descendants d'immigrés | Insee.* (s. d.).

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793252?sommaire=6793391#tableau-figure1>

*Violences.* (s. d.). <https://www.memoiretraumatique.org/violences/>

## Annexe

### Annexe I: Dessin du bonhomme de Assad du 06/12/2023



A gauche il dit s'être dessiné lui-même, à droite c'est une femme avec une robe.



## Résumé

Ce mémoire présente une approche psychomotrice du Trouble de Stress Post-Traumatique observé chez les personnes migrantes d'un hébergement d'urgence pour demandeurs d'asiles. Il propose une compréhension de la genèse de ce trouble durant le parcours migratoire, et une explication des spécificités du TSPT. Il développe le vécu insécurité et la déstructuration psychocorporelle qui y sont associés et élabore une approche psychomotrice pour accompagner ces personnes vers le processus de la résilience, permettant la réappropriation du corps et de la subjectivité du sujet.

Mots clés: Psychomotricité ; Trouble de Stress Post-Traumatique ; Parcours migratoire; Sécurité interne ; Restructuration psychocorporelle ; Résilience

## Abstract

This dissertation presents a psychomotor approach to Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) observed in migrant workers at an emergency shelter for asylum seekers. It proposes an understanding of the genesis of this disorder during the migration process, and an explanation of the specific features of PTSD. It develops the insecure experience and the psycho-corporal destructuring associated with it, and elaborates a psychomotor approach to accompany these people towards the process of resilience, enabling the reappropriation of the subject's body and subjectivity.

Key words: Psychomotricity; Post-traumatic stress disorder; Migratory journey; Internal security; Psychocorporal restructuring; Resilience