

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

EXPRESSION D'UN CORPS TRAUMATISÉ



« Les joueurs de skat » Otto Dix

Présenté par

Mathilde AKIAN

En vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien

Sous la direction de

Séverine BEKIER & Philippe SCIALOM

Session juin 2018

Institut Supérieur de **R**ééducation **P**sychomotrice

**EXPRESSION D'UN CORPS
TRAUMATISÉ**

Présenté par

Mathilde AKIAN

En vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien

Sous la direction de

Séverine BEKIER & Philippe SCIALOM

Session juin 2018

Remerciements

Je tiens tout naturellement à remercier mes maîtres de mémoire, Séverine Békier et Philippe Scialom, de m'avoir soutenue dans ce projet ainsi que de m'avoir accordé leur confiance pour mener à bien ce mémoire de fin d'études.

Un grand merci à l'ensemble de mes maîtres de stage m'ayant accueillie pour des stages plus ou moins longs, mais toujours enrichissants.

Pour leurs soutiens et aides inconditionnels, merci à ma famille d'être toujours présente.

Et enfin merci à mes amis, psychomotriciens, futurs psychomotriciens et autres, de m'avoir aidée, chacun à sa manière, durant ces trois années et plus particulièrement pendant ces derniers mois de formation en psychomotricité.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
♦ PARTIE THEORIQUE	
1. DU PSYCHO – TRAUMATISME AU CORPS	4
2. L’ETAT DE STRESS POST - TRAUMATIQUE	7
2.1. HISTORIQUE.....	7
2.1.1. <i>Névrose traumatique</i>	7
2.1.2. <i>Névrose de guerre</i>	7
2.2. NEUROBIOLOGIE DU STRESS POST – TRAUMATIQUE	9
2.2.1 <i>Structures anatomiques recrutées</i>	9
2.2.2. <i>Hormones sécrétées</i>	10
2.3. DE STRESS ADAPTE A STRESS DEPASSE	11
2.4. QUELQUES CHIFFRES.....	13
2.5. L’EFFROI.....	13
2.6. CLASSIFICATION.....	14
2.7. DEPISTAGE DE L’ESPT	16
2.8. COMORBIDITES	18
2.9. PRISE EN CHARGE.....	18
2.9.1. <i>Pharmacologie</i>	18
2.9.2. <i>Thérapie cognitive et comportementale</i>	19
2.9.3. <i>EMDR</i>	20
2.9.4. <i>Groupe</i>	21
2.9.5. <i>Thérapie psychodynamique – psychanalytique</i>	21
2.9.6. <i>Psychomotricité</i>	22
3. LA PSYCHOMOTRICITE	23
3.1. DEFINITION.....	23
3.2. EXPRESSION PSYCHOMOTRICE ET ESPT	24
4. LES CELLULES D’URGENCE MEDICO – PSYCHOLOGIQUE (CUMP)	27
4.1. HISTORIQUE ET ORGANISATION	27
4.2. DIFFERENTS ACTEURS	30
4.2.1. <i>Le Service d’Aide Médicale Urgente (SAMU)</i>	30
4.2.2. <i>Les psychiatres</i>	30
4.2.3. <i>Les psychologues</i>	31
4.2.4. <i>Les infirmiers</i>	31
4.2.5. <i>Les bénévoles</i>	32
4.3. FONCTIONNEMENT DE CES CELLULES	33
4.3.1. <i>Immédiat</i>	34
4.3.2. <i>Post – immédiat</i>	34
5. PROBLEMATIQUE	35
6. HYPOTHESE	35

◆ PARTIE EXPERIMENTALE

1. MATERIEL CLINIQUE.....	37
2. MAIS NE SOMBRE PAS	38
2.1. PRESENTATION	38
2.2. L'URGENCE	38
2.3. ELEMENTS SUGGERANT UN ESPT	39
2.4. RAPPORT AU CORPS	40
2.4.1. Modification de l'image du corps	40
2.4.2. Mémoire du traumatisme dans le corps.....	41
2.4.3. L'écoute du corps.....	41
2.5. L'ACCEPTATION	43
3. UNE VIE A RECONSTRUIRE.....	44
3.1. PRESENTATION	44
3.2. L'URGENCE	44
3.3. L'ETAT DE STRESS POST – TRAUMATIQUE.....	46
3.4. RAPPORT AU CORPS	46
3.4.1. Altération de l'image du corps	46
3.4.2. Enveloppe corporelle	47
3.4.3. Mémoire traumatique inscrite dans le corps.....	48
3.4.4. Temps et espace	48
3.5. L'ACCEPTATION	49
4. QUAND LE TRAUMATISME RESSURGIT.....	50
4.1. PRESENTATION	50
4.2. L'AMNESIE TRAUMATIQUE	50
4.3. LE CORPS APRES DE 25 ANS D'OUBLIS	51
5. CHEZ LES MILITAIRES.....	52
5.1. SOLDAT BLESSE	52
5.2. IMPORTANCE DE LA FAMILLE.....	54
6. PRESENTATION DES RESULTATS	55

◆ DISCUSSION

1. CONCLUSION ET CRITIQUES DE LA RECHERCHE	60
1.1. CONCLUSION	60
1.2. CRITIQUES	61
2. DANS LA PREVENTION.....	63
2.1. FORMATION CUMP	63
2.2. SENSIBILISATION CHEZ LES MILITAIRES	64
2.3. PREVENTION DANS LA POPULATION.....	65
3. DANS L'URGENCE.....	66
3.1. CHEZ L'ENFANT	66
3.2. HYPOTHESES D'AXES DE SOIN	68

4. DANS LA PRISE EN CHARGE	69
4.1. RESILIENCE	69
4.2. HYPOTHESES D'AXES DE SOIN	72
CONCLUSION.....	75
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE 1.....	
ANNEXE 2.....	
RESUME	

« 2h25, je ne dors toujours pas parce que j'ai cru entendre un coup de feu dans ma rue et ça a amené tout ce que je veux oublier. »

Sophie, victime de l'attentat du Bataclan le 13 novembre 2015.

INTRODUCTION

Le mot traumatisme est issu du grec *trauma* qui signifie blessure.

Depuis mon entrée en école de psychomotricité, les informations sont rythmées par des attentats se déroulant aux quatre coins du monde. Ainsi, je me questionne depuis ma rencontre avec la psychomotricité, sur la place du psychomotricien dans l'urgence de ces situations traumatisantes. Cette pensée a évolué avec mes connaissances acquises de la psychomotricité. Je voyais, en première année, le psychomotricien arriver avec un gros sac rempli de différents médiateurs. Ces trois années de formation m'ont révélé que la psychomotricité ne correspondait pas seulement à des balles et des rubans.

L'inscription de notre profession dans ces situations d'urgence et plus particulièrement dans les cellules d'urgence médico – psychologique n'est pas aisée. En y réfléchissant plus longuement, la question de la « blessure » m'est apparue. De quelles blessures sont atteintes les victimes de traumatisme ? Peut – on parler de blessure du corps ? Est – ce que toutes les blessures du corps sont visibles et peuvent – être soignées par un médecin ? Quel lien corps – esprit est fait dans les CUMP ? Autant de questions qui mériteraient d'être toutes plus approfondies.

Un rapport fut déposé au gouvernement en février 2017 sur des centres spécifiques aux victimes d'attentat. La psychomotricité étant citée comme profession recommandée dans ces centres, je me suis posé la question de la place de la psychomotricité dans l'urgence via les CUMP, mais également en post – immédiat et sur le long terme. Cela m'a amenée à la problématique suivante : En quoi la psychomotricité, par son approche psycho – corporelle, pourrait – elle assurer une continuité entre l'ante et le post traumatisme et ainsi contribuer à la prise en charge des patients au sein des CUMPS ?

Dans une première partie, je présenterai le rapport effectué pour le gouvernement afin de proposer une aide particulière aux victimes d'attentats. J'aborderai ensuite l'état de stress post – traumatique avec son historique, ses critères diagnostics ainsi que différentes prises en charge proposées dans ce cas précis. Je tenterai ensuite de donner une définition de la psychomotricité ainsi que définir sa place au sein de l'état de stress post – traumatique. Cette présentation de bases

théoriques se terminera par une présentation des CUMP avec son historique et son organisation, les différents acteurs et leurs rôles respectifs et enfin son fonctionnement dans l'immédiat et le post – immédiat.

Ensuite, une seconde partie sera réservée à la présentation d'une réflexion clinique permettant d'affirmer ou non mes hypothèses. Pour cette ébauche de recherche, je m'appuierai sur quatre témoignages analysés à travers des livres et des interviews. Pour chacun, je présenterai brièvement le sujet et des éléments suggérant un état de stress post – traumatique. L'analyse clinique s'articulera autour des réactions dans l'urgence de la situation, le rapport au corps durant la reconstruction et enfin la mise en place du processus d'acceptation.

Enfin, la dernière partie permettra de « discuter » autour du travail de recherche proposé. Cette synthèse des éléments cliniques relevés dans le discours de « traumatisés » permettra alors de se prononcer sur la validation (ou non) des hypothèses de départ. Ces résultats permettront alors de proposer ensuite trois champs d'action auxquels la question de la psychomotricité est toujours à prouver : la prévention, l'urgence et la prise en charge sur le long terme.

PARTIE
THEORIQUE

1. Du psycho – traumatisme au corps

Selon le DSM – V, un événement traumatique est un événement « impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou de blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ».

D'après cette définition, les victimes de traumatisme seraient donc des personnes ayant une atteinte physique. Cependant, les témoins de scènes traumatisantes sont également sujets à développer un état de stress post – traumatique. L'atteinte psychique n'est pas un élément essentiel au développement de cette pathologie. François Lebigot décrit l'évènement traumatique comme « une rencontre avec le réel de la mort ». Être témoin d'un accident, d'un attentat, ou du décès d'une personne est donc considéré comme traumatique.

Un rapport sur la résilience a été déposé par Françoise Rudetzki, en décembre 2016, puis présenté au Président de la République en février 2017. Ce rapport se nomme « Pour un centre de ressource et de résilience : réparer et prendre soin de la vie ». Il concerne plusieurs recommandations sur la prise en charge des victimes d'attentats. Le but de ces recommandations étant de faciliter la résilience chez ces victimes. Le phénomène de résilience est un concept que je développerai dans ma discussion ; je ne citerai ici seulement sa définition. C'est donc une attitude et une capacité d'adaptation à la suite d'un évènement jugé traumatisant.

Un groupe de travail dirigé par Philippe Scialom et Alexandrine Saint – Cast fut mis en place à l'ISRP afin de définir le rôle du psychomotricien dans les situations de résilience. Différentes professions sont donc citées pour participer à la thérapie de ces sujets dont la psychomotricité comme exemple de thérapie et ayant « toute leur place dans le parcours personnalisé de la résilience ». Par sa spécificité psycho – corporelle, la psychomotricité a, entre autres, pour buts de « réorganiser l'image corporelle qui a subi une effraction » et proposer « un espace de (re)construction d'identification et de représentation ». La relaxation est la médiation citée dans le rapport afin de réduire les différentes tensions corporelles et notamment musculaires et ainsi retrouver des sensations agréables et du plaisir dans un corps qui a pu être touché et blessé lors d'un évènement.

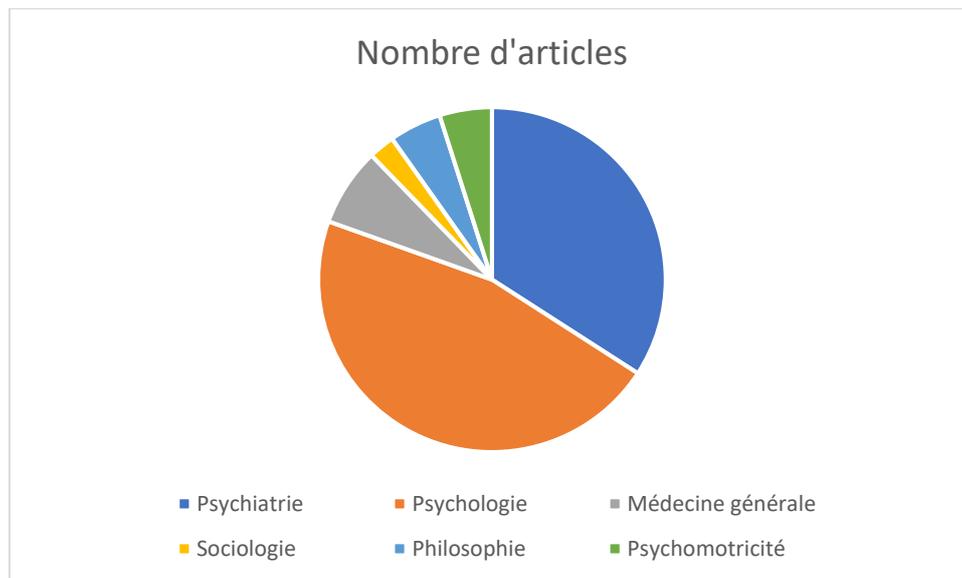
La psychomotricité semble nécessaire et recommandée pour dans la prise en charge du patient résilié. Afin d'arriver à cette conclusion, des recherches ont été menées afin de prouver l'efficacité de la prise en charge psychomotrice dans l'État de Stress Post – Traumatique. C'est pourquoi il m'est apparu important de chercher des articles, livres, expériences faites en psychomotricité sur l'ESPT et plus largement sur le corps dans l'ESPT qui est le médiateur premier dans cette approche à médiation corporelle. La plupart des articles recensés sont écrits par des psychiatres, psychologues, médecin généraliste, membre des Cellules d'Urgence Médico – Psychologique (CUMPS), philosophe, etc.

Ainsi, je n'ai pu trouver qu'un travail de recherche effectué par une psychomotricienne sur la prise en charge du corps après un traumatisme psychique. Cette recherche a pour but de répondre aux questions suivantes : « Les sujets qui ont subi un évènement traumatique, présentent – ils des spécificités du vécu corporel ? Une distinction est – elle possible en fonction du type de trauma subi : entre un ESPT, conséquence d'une maltraitance ancienne, et un même syndrome à la suite d'un épisode de confrontation à une situation vitale ? » (Defontaine, 2013). Cette recherche s'est effectuée sur un groupe de patients ayant subi un trauma (T) et un groupe présentant une dépression (D). Le protocole se compose de deux temps d'observations : un recueil d'informations sur l'angoisse ressentie par le patient et une épreuve de prise de conscience corporelle spontanée.

Seuls les résultats du groupe D nous intéressent dans cette expérience. Concernant l'angoisse, des manifestations physiques sont présentes à 75% dans le groupe. Pour la seconde partie basée sur la conscience corporelle, elle met en évidence une « dimension corporelle du trauma » (Defontaine, 2013), malgré un manque de résultats significatifs.

J'ai ensuite recherché des mémoires en vue du diplôme d'état de psychomotricien. Quelques mémoires ont donc été rédigés récemment par des anciennes étudiantes sur l'état de stress post – traumatique dans différentes situations. Alix Jacquot a écrit son mémoire en 2014 sur l'apport de la psychomotricité chez de personnes âgées survivants de la Shoah. Juliane Biba Singh a donc réalisé un mémoire en 2016 sur l'approche psychomotrice de l'état de stress post – traumatique. Solène Kern a écrit en 2017 sur une prédisposition psychocorporelle au développement de l'EST et la place de la psychomotricité dans l'urgence. La psychomotricité et l'état de stress post – traumatique questionnent des étudiants régulièrement.

La différence entre la nomination de la psychomotricité dans la prise en charge de sujets résiliés et les données théoriques que nous avons aujourd'hui est marquante. Afin de mieux visualiser cet écart, j'ai réalisé un diagramme des différents corps de métiers ayant écrit sur le psychotraumatisme. Les articles utilisés pour ce diagramme ne seront pas tous cités dans mon mémoire. En effet, j'ai effectué ce diagramme avec l'ensemble des articles trouvés au début de ma recherche. Certains m'ont été utiles pour mon mémoire, mais d'autres ne correspondaient pas à mon sujet. Cependant, afin d'avoir un point de vue plus global sur cet écart significatif, j'ai choisi de les inclure dans le diagramme suivant.



Pour arriver à ce résultat, j'ai recensé 32 articles trouvés avec les mots clés suivants : prise en charge et traumatisme psychique. J'ai sélectionné ces mots clés afin de rester dans la lignée du rapport. Seulement 5% des articles sont écrits par une psychomotricienne et les autres n'abordent que très peu pour ne pas dire pas du tout le corps dans l'état de stress post – traumatique. La psychomotricité peut donc intervenir chez ces patients traumatisés, pourtant, les recherches prouvant l'efficacité d'une prise en charge psychomotrice sont minces. Je me suis posé la question de l'indication psychomotrice dans les différents temps de la vie du patient à la suite de ce traumatisme et surtout dans l'urgence médico – psychologique.

Maintenant que les premiers éléments de ma réflexion sont présentés, je vais développer plus en détail l'état de stress post – traumatique selon différents points de vue.

2. L'état de stress post - traumatique

2.1. Historique

Différents termes furent utilisés avant d'arriver à l'expression actuelle qui est l'état de stress post – traumatique : la névrose traumatique et la névrose de guerre.

2.1.1. Névrose traumatique

Herman Oppenheim, psychiatre, est à l'origine du terme de névrose traumatique (Tréhel, 2005). Cette théorie s'est fondée sur l'observation d'une quarantaine de patients victimes d'un accident de chemin de fer. Il s'est rendu compte qu'ils avaient développé des syndromes psychiques et nerveux.

Repris par Tréhel (2005), Oppenheim écrit qu'à la suite de cet accident, une lésion s'est créée dans le système nerveux ventral. Elle est minuscule ce qui la rend indétectable. Il décrira ensuite les premiers symptômes en conséquence de cette lésion qui sont des dépressions, sentiments d'abandon et paralysies temporaires.

2.1.2. Névrose de guerre

- *Sigmund Freud*

Il distingue deux types de névroses : la **névrose de guerre** qui survient chez les soldats en temps de guerre et la **névrose traumatique de paix** (Freud, Ferenczi, & Abraham, 2010). La première névrose est un conflit entre le Moi d'avant-guerre et le nouveau Moi ; c'est-à-dire le « nouveau idéal guerrier » (Sokolowsky & Maleval, 2012) . Les symptômes vont exprimer une protection du Moi initial, mais également un combat contre le Moi guerrier qui est dangereux et destructeur.

La névrose traumatique de paix, quant à elle, n'est pas basée sur un conflit dans le Moi. Le conflit prend genèse à partir de la libido narcissique qui constitue une menace pour le Moi. On peut dire que, dans cette névrose, le danger est intérieur au sujet par sa propre libido. Alors que la

névrose guerre, la menace est extérieure formée par le nouveau Moi (Freud, Ferenczi, & Abraham, 2010). Dans les deux types de névrose exposés précédemment une base est néanmoins commune ; l'angoisse. Cette angoisse est un signal envoyé au moi, ayant comme conséquence une production des symptômes afin de diminuer cette angoisse et son développement (Sokolowsky & Maleval, 2012).

- *Sándor Ferenczi*

Il a développé ses hypothèses sur la névrose de guerre à partir de 1916 lorsqu'il était chef du service de neurologie. Sa première hypothèse a été que la **névrose de guerre était due à une lésion au niveau du système nerveux central (SNC)**, il parlait d'altération organique (Freud, Ferenczi, & Abraham, 2010). Il observait chez ces patients des paralysies (membres supérieurs et inférieurs) et de l'excitation mentale. Il emprunte alors un terme de Bleuler et Freud et parle d'hystérie de conversion. Cependant, Ferenczi abandonna cette hypothèse car les symptômes, normalement retrouvés chez les patients ayant une lésion du SNC, n'étaient pas présents chez ces patients. Il en conclut que les névroses de guerre n'étaient pas dues à une lésion du tissu nerveux.

La seconde hypothèse s'élabore à partir des observations de mouvements, fonctionnels et toniques du corps, défectueux du côté du corps où s'est produit le traumatisme. Les patients parlent d'un « souffle » de l'obus. **Le trauma serait donc fixé sur une partie du corps, celle touchée pendant l'évènement.** Le mouvement répétitif est celui effectué durant l'évènement traumatique. L'innervation est toujours active dans le corps et l'appareil psychique du névrosé. La névrose de guerre viendrait donc d'un état psychogène. Ferenczi parle de « psychonévrose ». Il reprend également le terme d'hystérie d'angoisse emprunté à Bleuler et Freud.

Ferenczi rejoint donc Freud sur l'hypothèse que tous les névrosés de guerres sont des hystériques d'angoisse. Les différents symptômes et notamment les troubles de la motilité sont stratégies et moyens de défense afin de ne plus ressentir l'angoisse vécue pendant l'évènement traumatique. On retrouve dans ces termes les premières descriptions de ce qu'on retrouve aujourd'hui dans les classifications sous le terme de syndrome d'évitement dans l'état de stress post – traumatique.

2.2. Neurobiologie du stress post – traumatique

Le cycle du stress est complexe et recrute de nombreuses structures et hormones spécifiques afin qu'il puisse s'inscrire dans le corps. Je développerai le rôle de chacune et leurs changements et conséquences lors de l'état de stress post – traumatique.

2.2.1 Structures anatomiques recrutées

L'amygdale se situe au niveau du lobe temporal, elle est le siège de la mémoire émotionnelle. D'après des études citées par Linda Decam (2012), l'amygdale aurait une place centrale dans l'ESPT. En effet, à la suite d'un évènement traumatique, les recherches par imagerie médicale mettraient en évidence **une hyperactivité amygdalienne**. Les souvenirs sont donc inscrits dans la mémoire du sujet. Par cette hyperactivité, le sujet aurait sans cesse des rappels de l'évènement à l'origine des reviviscences sous différentes formes retrouvées comme critères diagnostiques dans le DSM – V¹. Étant le siège de la mémoire émotionnelle, cette hyperactivité aura également pour conséquence une hyperactivité du sujet dans ces réactions face à ses souvenirs : effroi, anxiété.

L'hippocampe est le siège du traitement et de l'encodage de la mémoire consciente (Louville & Salmona, 2013). Il joue un rôle d'inhibiteur de l'hypothalamus. L'hypothalamus est une structure activée dans le stress. Dans le cas de l'ESPT, de nombreuses enquêtes telles que Corbo et Brunet, 2003 ; Bremner et al., 2007, Lanius et al., 2006 cité par L. Decam (2012), évoquent **une diminution anatomique de l'hippocampe** qui serait révélée. Par son atrophie, l'hippocampe ne sera plus capable d'assurer son rôle d'inhibiteur de l'hypothalamus et ce dernier continuera sa forte activité à la suite de l'évènement traumatique.

L'hypothalamus, situé sur la face ventrale de l'encéphale et **l'hypophyse**, dans la fosse hypophysaire de l'os sphénoïde, interviennent également dans la boucle de réaction du stress. L'hypothalamus sécrète la CRH. Le complexe hypothalamo – hypophysaire ainsi que **les glandes surrénales** auront une action dans la sécrétion du cortisol (Moisan & Le Moal, 2012).

¹ Ouvrage de référence classifiant les troubles mentaux. La 5^{ème} version fut publiée en 2013.

2.2.2. Hormones sécrétées

Deux hormones principales sont sécrétées en réaction à un événement de stress : l'adrénaline et le cortisol. Ces productions sont régies par une dernière hormone, la Corticotropin Releasing Hormone (CRH).

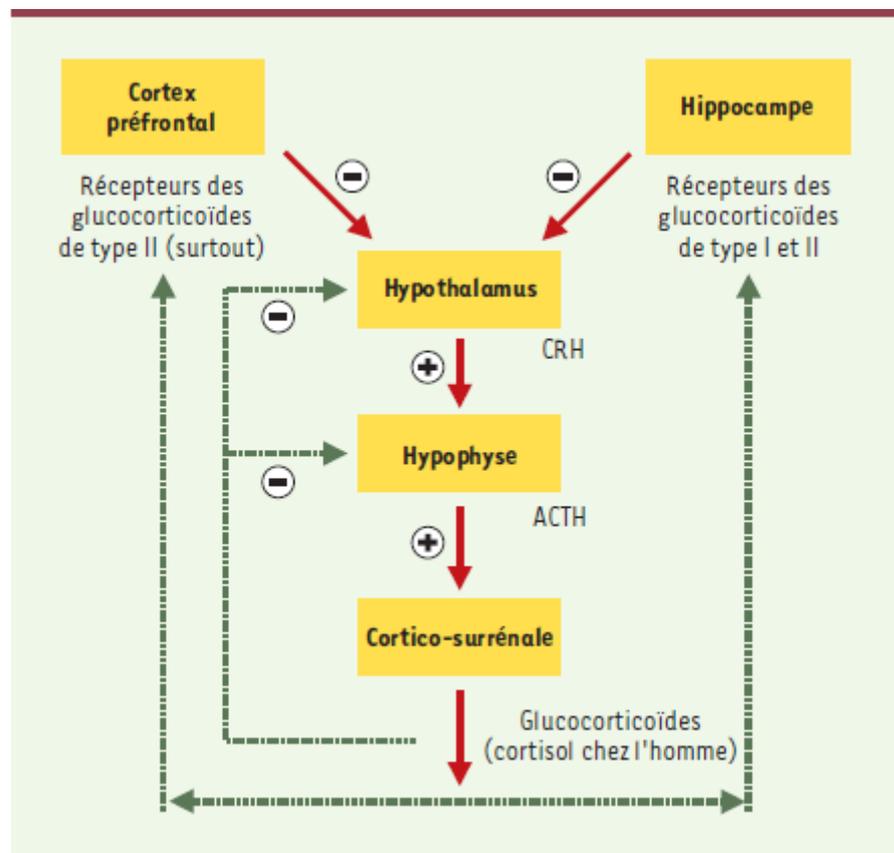
La CRH est sécrétée par l'hypothalamus et agit sur la synthèse et la libération de l'adrénaline. La CRH sera ensuite transportée jusqu'à l'hypophyse et agira sur la production de l'ACTH (adrénocorticothrophine) qui stimulera la production de cortisol (Moisan & Le Moal, 2012).

L'adrénaline est sécrétée par la *médulla* des glandes surrénales par activation et stimulation de l'amygdale (Moisan & Le Moal, 2012). Sa libération dans le sang provoque une accélération de la fréquence cardiaque, de la respiration et une augmentation de l'apport d'oxygène via le sang dans les muscles et le cerveau. L'adrénaline permet donc de mobiliser l'organisme rapidement à la suite de l'événement. Cependant, ce mécanisme est coûteux en énergie et ne peut se maintenir dans le temps (Davezies, 2008).

Le cortisol est communément appelé l'hormone du stress. Elle est sécrétée par les glandes surrénales, mais régie par l'axe hypothalamo – hypophyso – cortico – surrénalien. C'est lorsque que ce dernier est stimulé et activé que commencera une production de cortisol. Un certain temps est nécessaire afin de produire cette hormone. Elle suit et relève l'action de l'adrénaline. Son action permet de revenir à un état d'équilibre de l'organisme (Moisan & Le Moal, 2012). Le cortisol aurait également un impact sur le système immunitaire néanmoins, cela est discuté (Davezies, 2008). En effet, le cortisol pourrait « assurer une défense dans l'urgence, mais affaiblissant d'autant la capacité défense résiduelle de l'organisme » (Crocq, 2014, page 8).

L'état de stress post – traumatique est couramment lié et expliqué par **une sécrétion excessive de cortisol**. L'arrêt de la sécrétion de cette hormone est régi par une rétroaction négative sur les transmissions de la CRH. Cependant, dans le cas de l'ESPT, cette rétroaction n'est plus opérationnelle (Bases neurobiologiques et neuroendocriniennes du stress, 2011). En effet, l'hypothalamus est contrôlé par un rétrocontrôle de l'hippocampe. Or, le taux élevé de cortisol a un effet toxique sur l'hippocampe, il ne pourra donc plus assurer son rôle d'inhibiteur de l'hypothalamus. La toxicité du cortisol agira également sur le rôle de mémorisation de

l'hippocampe. On observera donc « une dégradation de la mémoire épisodique et des capacités d'apprentissages » (Davezies, 2008, page 2).



« Activation et rétrocontrôle de l'axe hypothalamo – hypophysaire – surrénalien (HHS) lors d'un événement traumatisant » (Maheu et Lupien, 2003, page 120).

2.3. De stress adapté à stress dépassé

Le stress est une réponse normale à un événement jugé stressant par le sujet. Les réactions s'enchaînent pour ensuite revenir naturellement à leur état homéostatique. Cependant, certaines réactions sont anormales, le stress est alors défini comme dépassé.

Hans Seyle est le premier auteur à avoir défini le stress en 1936. Selon lui, le stress est la « réponse de l'organisme à toute sollicitation qui lui est faite » (Moisan et Le Moal, 2012, page 612). Ce phénomène est physiologique et met l'organisme en état d'alerte et de défense (Crocq L., 2014).

Le stress adapté correspond à des réactions biologiques et psychophysiologiques. L'organisme se met en état d'alerte (augmentation du rythme cardiaque, tremblements, sueurs). L'ensemble de ses réactions sont coûteuses en énergie physique par un recrutement des réserves glucidiques vers les organes et psychique avec un épuisement des capacités cognitives et de maîtrise émotionnelle. Une fois ces réactions passées, le sujet peut se sentir comme « vidé d'énergie » (Chidiac & Crocq, 2010).

Le stress dépassé peut se produire lorsqu'un sujet est trop longtemps exposé à un agent stressant, ou sur des intervalles trop rapprochés (Molenda, 2016). La réaction dépassée peut se mettre en place sous quatre formes.

Il y a tout d'abord **la sidération**. Elle touche les sphères motrices, cognitives et affectives. Le sujet est stupéfait, pétrifié, incapable de bouger ni de se mettre à l'abri du danger. Cette situation peut durer dans le temps : de quelques secondes à plusieurs heures.

Il y a ensuite **l'agitation**. Elle correspond à une excitation motrice et psychique. Le sujet a peur et elle se traduit par une désorganisation. Il saute, court, s'agite, ne peut s'empêcher de bouger. Ses propos sont également incohérents ce qui entraîne une difficulté de communication avec autrui. Ce comportement a également une durée variable selon le sujet.

La fuite panique est une autre réaction inadaptée possible. Elle correspond à « une réaction de course affolée et éperdue » (Chidiac et Crocq, 2010, page 4). Le sujet court devant lui, au – delà des obstacles qu'il peut rencontrer, jusqu'à épuisement. La course peut durer selon la personne. Une fois stoppés, les souvenirs de cette fuite sont confus.

Il y a enfin le « **comportement d'automate** » (Chidiac et Crocq, 2010, page 4). Cette réaction est difficile à percevoir car le comportement du sujet est normal. Après une observation plus fine, on repère que les actes du sujet sont répétitifs et inadaptés à la situation. Le sujet ne semble pas prendre conscience de ce qu'il s'est passé. Une fois sorti de cet état automatique, les souvenirs sont aussi confus. La durée reste encore variable entre les sujets.

2.4. Quelques chiffres...

Ces prochains chiffres sont ici afin de visualiser quels évènements sont les plus responsables d'un état de stress post – traumatique. Une autre enquête a révélé le nombre de personnes atteintes de cette pathologie.

Dans un article de Ducrocq (2009), une enquête d'étude en santé mentale en Union européenne nommée ESEMeD est arrivée, en 2003, à définir les évènements les plus traumatisants et donc provoquant un ESPT. Il y a tout d'abord la mort inattendue d'un proche avec un taux de 24,6%, être témoin de la mort ou d'une blessure grave d'une personne (20,6%), être porteur d'une maladie mortelle et enfin être impliqué dans un accident de la circulation (11,7%).

Une autre enquête française de santé mentale en population généralisée (SMPG) a révélé en 2003 que 1,9 % des personnes est atteinte d'ESPT chronique (Ducrocq, 2009). Elle publie également un taux de prévalence instantanée qui se place à 0,7%.

2.5. L'effroi

La clinique présentée prochainement ne fait pas partie de l'état de stress post – traumatique. Cependant, elle est repérée durant les premiers instants suivant le traumatisme et sera primordiale à la suite ou non d'un début de prise en charge.

L'effroi correspond à l'état du sujet au moment du traumatisme. Comme évoqué précédemment, l'évènement traumatique est une rencontre avec le réel de la mort (Lebigot, 2016). À cet instant, le sujet ressent un vide, un néant qui est difficilement descriptible. Certains parlent de « panne » ou encore de « blanc » (Lebigot, 2016). Un sentiment de dépersonnalisation peut également être ressenti : « Je n'étais plus là » (Lebigot, 2016). L'effroi survient, certes après le traumatisme, mais également au moment où l'image pénètre dans l'appareil psychique du sujet. Cette image va écarteler les représentations et signifiants correspondants (Lebigot, 2016).

Concernant l'effroi dans le diagnostic de l'état de stress post traumatique, cette clinique est un prédicteur au diagnostic. Nous n'avons pas de chiffres concernant ce facteur prédictif, nous savons qu'un bon nombre de cas ayant développé une clinique de l'effroi développeront un trouble stress aigu ou un trouble stress post – traumatique. Cependant, ce prédicteur n'est pas systématique. Lorsque les praticiens agissant en urgence observent cette clinique, une surveillance du sujet sera proposée afin de déclencher une prise en charge en cas d'apparition des symptômes (Lebigot, 2016).

La prise en compte de cette clinique spécifique reste importante tant dans sa description que sa prise en charge. En effet, avoir une connaissance de l'expérience de l'effroi permet aux praticiens de mieux réagir et prendre en charge ces sujets. Cette connaissance ne se limite pas aux acteurs de l'urgence puisque certains patients ne pourront mettre des mots sur cet effroi que lors d'une prise en charge à long terme (Lebigot, 2016).

2.6. Classifications

Je vais présenter les critères diagnostiques de l'ESPT sous la 5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM – V). Ces différents critères permettront de poser le diagnostic.

Le terme du « Post – Traumatic Stress Disorder » (PTSD) ou état de stress post – traumatique en français apparait dans la 3^{ème} version en 1980 dans les troubles anxieux. Actuellement, dans le DSM – V, on le retrouve dans les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress sous le terme de « trouble stress post – traumatique ». L'ensemble des critères que je vais exposer, tiré de la version française du DSM – V (Crocq & Guelfi, 2015), sont valables chez des sujets étant âgés de plus de 6 ans. D'autres critères seront réservés pour les enfants âgés de 6 ans ou moins. Le sujet doit, tout d'abord, être exposé à un évènement traumatique. Dans l'évènement traumatique sont compris la menace de mort, une blessure ou des violences sexuelles (critère A). Le critère se décline ensuite de plusieurs façons. Le sujet peut avoir été directement confronté (A1) à un ou plusieurs évènements ou en être témoin (A2). Il peut apprendre l'arrivée d'un évènement à l'un des membres de sa famille ou à un ami proche. La notion de violence et d'accident est prise en compte de cette partie (A3). La dernière application concerne l'exposition répétée et extrême du sujet envers des situations traumatiques (A4).

Le critère suivant concerne l’envahissement d’un ou plusieurs symptômes, associés à l’évènement traumatique, chez le sujet provoquant un sentiment de détresse (critère B). Ce processus peut intervenir de diverses manières : souvenirs répétitifs et involontaires (B1), rêves répétitifs (B2), réactions dissociatives dans lesquelles le sujet a l’impression que l’évènement se reproduit (B3), détresse psychique à la suite d’un évènement extérieur ou interne au sujet ressemblant à l’évènement traumatique (B4), réaction physiologique à la suite d’un évènement extérieur ou interne au sujet ressemblant à l’évènement traumatique (B5). L’évènement peut donc être revécu de façon différente, cependant ce n’est pas une obligation pour que ce critère soit présent chez le sujet. Par exemple, si le sujet ne revit l’évènement seulement par des rêves répétitifs, on considère que ce critère est présent.

Viennent ensuite les stratégies d’évitement, aux stimuli associés à l’évènement, mises en place par le sujet (critère C). Là aussi, plusieurs procédés peuvent être mis en place : effort pour éviter toutes situations, activités, lieux, personnes et pensées associés au traumatisme (C1) et éviter de se rappeler des parties importantes du traumatisme afin de ne pas réveiller des souvenirs ou sentiments associés à l’évènement (C2.). Comme évoqué dans le critère B, il n’est pas nécessaire d’observer ces deux stratégies d’évitement afin de valider le critère.

Le prochain critère repose sur les altérations négatives des cognitions et de l’humeur (critère D). Le sujet doit présenter au moins deux des caractères suivants : incapacité de se rappeler une partie importante de l’évènement (D1), idées négatives et persistantes de soi – même et du monde extérieur (D2), distorsions cognitives concernant les causes et conséquences de l’évènement provoquant des blâmes destinés au sujet lui – même ou à une tierce personne (D3), état émotionnel négatif persistant (D4), perte significative de l’intérêt pour des activités antérieurement pratiquées (D5), sentiment d’étrangeté et de détachement envers autrui (D6) et incapacité d’éprouver des sentiments et émotions positifs (D7).

Le critère suivant concerne les altérations de l’éveil et de la réactivité du sujet (critère E). Il doit survenir au minimum sous deux formes parmi celles que je vais développer : irritabilité ou colère (E1), comportement irréfléchi ou autodestructeur (E2), hypervigilance (E3), sursaut exagéré (E4), troubles de la concentration (E5) et troubles du sommeil (E6).

Afin de poser le diagnostic de trouble stress post – traumatique, les symptômes présentés dans les critères B, C, D et E doivent être présents depuis plus d'un mois (critère F).

Ces symptômes entraînent une rupture avec le fonctionnement antérieur du sujet dans plusieurs domaines (social, professionnel) ainsi qu'une souffrance significative (critère G).

Le dernier critère repose sur les causes de cette perturbation qui ne relève pas d'une substance, comme l'alcool ou des médicaments, ou d'une autre affection médicale.

Des spécificités peuvent également être présentes en plus de ces différents critères. On peut parler de trouble stress post – traumatique avec symptômes dissociatifs si le sujet l'un ou l'autre des symptômes suivants en plus des critères évoqués précédemment : la dépersonnalisation (sentiment d'être étranger à soi – même) ou la déréalisation (sentiment d'irréalité du monde qui l'entoure). Ces deux symptômes ne doivent pas être causés par des substances ou autre affection médicale. Une dernière spécificité concerne la survenue des symptômes. Si ces derniers surviennent 6 mois après l'évènement, on emploiera le terme de trouble stress post – traumatique à expression retardée.

2.7. Dépistage de l'ESPT

Différentes échelles d'auto – évaluation sont disponibles et validées. Elles serviront à dépister un état de stress post – traumatique et ajuster les prises en charge selon l'évolution du patient.

Il y a tout d'abord la **Post – traumatic Checklist Scale (PCLS)**. Elle fut créée en 1993 par Weathers *et al.* à partir des critères diagnostiques du DSM – IV. L'échelle est composée de 17 items permettant d'évaluer l'intensité des symptômes (Yao *et al.*, 2003). Ils peuvent être regroupés selon les 3 symptômes principaux de l'ESPT :

- La répétition : item 1 à 5
- L'évitement : item 6 à 12
- L'hyperactivité neurovégétative : item 13 à 17.

Chaque item est coté de 1 à 5 (1 = pas du tout, 2 = un peu, 3 = modérément, 4 = beaucoup, 5 = extrêmement). Afin de diagnostiquer un ESPT, le sujet doit obtenir un score de 44 ou plus (Yao *et al.*, 2003). La version originale anglaise fut validée à partir des recherches de Weathers, Litz et Herman en 1993 et la version traduite en français à partir des travaux de Yao *et al.* en 2001. Elle fut ensuite validée pour le dépistage et le suivi de l'ESPT en 2011 par le service de santé des Armées (Paul, Pommer de Santi, Marimoutou et Deparis, 2013).

Il existe désormais une nouvelle version composée de 20 items et forgée à partir des critères diagnostiques du DSM – V. Elle se nomme Post – traumatic stress disorder Checklist (PCL – 5)² (U.S Department of Veterans Affairs, 2017).

L'Impact of Event Scale – Revised (IES – R) est un auto – questionnaire permettant de mesurer la sévérité de trois symptômes qui sont l'intrusion, l'évitement et l'hyperveil durant les 7 derniers jours. Les 22 questions sont cotées de 0 à 4 (0 = pas du tout, 1 = un peu, 2 = moyennement, 3 = passablement et 4 = extrêmement). Si le sujet obtient un score supérieur ou égal à 33, la possibilité d'un état de stress post – traumatique est grande et le sujet doit consulter un professionnel afin de faire des examens plus approfondis. Cette échelle fut validée en français (Brunet *et al.*, 2003).

L'inventaire de détresse péritraumatique (PDI) est une échelle composée de 13 items que le sujet doit coter de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement vrai). À partir d'un score total de 15, le sujet présente une détresse significative. Cette évaluation fut validée en anglais par les travaux de Brunet, Weiss, Metzler *et al.* (2001) et en français Jehel, Brunet, Paterniti, *et al.* en 2005 (Vasse, 2018).

Il y a enfin **le questionnaire des expériences de dissociation péritraumatique – forme évaluative (PDEG)**. Ce test est composé de 10 items cotés de 0 (pas du tout vrai) à 5 (extrêmement vrai). Un score supérieur ou égal à 15 est signe d'une dissociation significative. Il fut validé en anglais en 1997 grâce à la recherche de Marmar, Weiss et Metzler et en français en 2004 par Birmes, Brunet, Benoit, *et al.* (Vasse, 2018).

² Cf. Annexe 1 page 80

2.8. Comorbidités

D'après le DSM – V (traduction française de Crocq & Guelfi, 2015), les personnes présentant un TSPT (trouble du stress post – traumatique) ont 80% plus de risques que les personnes ne présentant pas ce diagnostic de présenter un autre trouble psychique tel que la dépression, l'anxiété, la bipolarité.

D'après F. Ducrocq (2009), le pourcentage de sujets atteints d'un ESPT et présentant un épisode dépressif est de 39,1%. Concernant le trouble anxieux généralisé (TAG), le taux est de 61,5% et pour terminer le risque suicidaire qui est de 30,9%. D'après l'enquête française SMPG de 2003, 7,7% des personnes atteintes d'ESPT ont fait une tentative de suicide durant le premier mois (Ducrocq, 2009). Une autre enquête, réalisée par la santé mentale en population générale (SMPG) en 2003, retrouve des résultats quasiment identiques.

2.9. Prise en charge

Maintenant que le cadre neurobiologique, les classifications et les comorbidités sont posés, nous allons pouvoir présenter différentes prises en charge proposées à ces patients.

2.9.1. Pharmacologie

Un traitement médicamenteux est prescrit par un psychiatre et débute une fois le diagnostic d'ESPT posé grâce aux différentes observations cliniques. Les objectifs de ces traitements sont d'améliorer l'état du patient dans sa globalité ce qui favorisera l'efficacité des prises en charge psychothérapeutique. Plusieurs molécules peuvent prescrites chez les patients afin de diminuer l'ensemble de la symptomatologie de l'ESPT (reviviscence, évitements, hyperactivité neurovégétative), mais également les symptômes comorbides s'il y en a (anxiété, dépression) ...

Le premier psychotrope prescrit est l'antidépresseur et plus particulièrement les inhibiteurs de la recapture à la sérotonine (IRS). Ses molécules agissent sur le circuit de la peur. Différentes études ont démontré que l'ensemble des IRS ont une efficacité équivalente (Kédia, Sabouraud-Seguin, & al., 2013). Si les IRS n'ont pas d'efficacité chez certains patients, d'autres

antidépresseurs seront prescrits. Selon les recommandations de février 2017 de la Haute Autorité de Santé (HAS), la seule molécule indiquée pour le traitement des ESPT et ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est la paroxétine mylan.

D'autres types de médicaments, additionnés aux IRS, peuvent être prescrits comme les antipsychotiques et les thymorégulateurs pour agir sur les différents symptômes comorbides tels que les troubles du sommeil (Kédia, Sabouraud-Seguin, & al., 2013). D'après les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les benzodiazépines sont contre – indiqués en traitement contre les ESPT. En effet, ces derniers ont tendance à fixer les souvenirs émotionnels et développer une dépendance de ces molécules pour les patients.

2.9.2. Thérapie cognitive et comportementale

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont des thérapies prouvées et reconnues scientifiquement basées sur les changements de pensées et de comportements problématiques. On parle de thérapie brève car elles se font sur un nombre limité de séances, elles peuvent se pratiquer en individuellement ou en groupe. Ces TCC sont pratiquées par des professionnels de santé (psychiatres, psychologues) ayant bénéficié d'une formation à la pratique des TCC.

Plusieurs techniques sont utilisées afin de modifier les schémas pathologiques des patients. Je n'en développerai que quelques-unes, utilisées spécifiquement pour le traitement de l'ESPT. La première forme est la psychoéducation. Le thérapeute informe le patient des aspects de l'atteinte : les réactions possibles, l'origine des symptômes, des facteurs explicatifs. De par cette connaissance, le patient corrige ses pensées et comprend que certaines de ses réactions sont normales compte tenu de l'ESPT. La connaissance permet également de pallier la méconnaissance et pourrait potentiellement diminuer l'angoisse.

Il y a ensuite l'exposition en imagination et in vivo. Cette méthode consiste à confronter par degré le patient à des souvenirs associés à l'évènement traumatique. Cela peut être des images, un lieu, une situation, des bruits, ... Par une habitude, le patient réagira de manière moins intense et angoissante. Cette méthode permettra également de réduire le syndrome d'évitement.

L'exposition commence par un accompagnement du thérapeute. Ensuite, le patient peut l'appliquer seul entre les séances.

D'autres méthodes sont utilisées pour prendre en charge ces patients comme la correction cognitive ou encore l'entraînement à la gestion de l'anxiété.

Selon l'institut universitaire en santé mentale de Montréal, les TCC obtiennent un taux de réussite entre 60 et 70 % chez les patients, peu importe l'évènement traumatique vécu.

2.9.3. EMDR

EMDR signifie Eye – Movement Desensitization and Reprocessing. En Français on parle de Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires. Cette technique, appartenant aux TCC, a été développée aux Etats – Unis en 1987 à la suite de l'observation de soldats de retours d'Iraq ayant subi des traumatismes durant leurs missions.

Le but de cette psychothérapie est de rechercher le souvenir traumatisant et permettre au sujet de distancier les émotions de ce souvenir. En effet, l'hippocampe, siège des souvenirs, et les amygdales, siège des émotions, sont en hyperactivité après un traumatisme. De par cette technique, stimuler les deux hémisphères du cerveau par des stimulations bilatérales alternées et régulières va permettre de sortir l'évènement du système limbique afin qu'il soit géré par le cortex cérébral notamment par le thalamus qui régulera les réponses quant aux souvenirs de cet évènement (EMDR France, 2017)³.

La séance débute par l'évocation d'un souvenir traumatique. Une pensée négative de soi – même peut également être le point de départ d'une séance. Le patient devra bouger les yeux de gauche à droite selon les mouvements du thérapeute. Les séries peuvent aller de 20 secondes à quelques minutes. Entre chaque série, le patient expliquera ce qu'il a ressenti et les idées survenues lors des mouvements oculaires. Il se concentrera sur cette idée pour la série suivante (Servan - Schreiber, 2002).

³ Site internet créé par l'Association EMDR France et regroupant des témoignages, un répertoire de praticiens et des données théoriques et médiatiques sur l'EMDR.

Cette technique a été reconnue par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2004 et par l'OMS en 2013 notamment pour ces résultats dans la prise en charge des états de stress post – traumatique qui s'élèvent entre 77% et 90% de rémission (Servan - Schreiber, 2002).

2.9.4. Groupe

Des groupes de parole ou de soutien peuvent être indiqués en prise en charge chez certains patients ayant vécu le même traumatisme. Le but de ces groupes est l'amélioration de la qualité de vie (Kédia, Sabouraud-Seguin, & al., 2013). Dans le groupe de soutien, les participants sont invités à partager leurs expériences et les problèmes rencontrés au quotidien. Le sujet principal n'est pas réellement centré sur le traumatisme, mais leur vécu. L'ensemble de ces interventions et expériences auront pour but de renforcer « le sentiment de compréhension » (Kédia, Sabouraud-Seguin, *et al.*, 2013, page 342).

Ces groupes sont généralement ouverts et peuvent accueillir de nouvelles personnes. Ils se déroulent une à deux fois par mois. La participation à ces groupes peut être additionnée à une thérapie individuelle. Il y a ensuite les groupes de parole qui sont basés sur le même fonctionnement que les groupes précédents. Ce type de groupe se retrouve généralement dans les associations d'aides aux victimes (agression sexuelle, violences).

2.9.5. Thérapie psychodynamique – psychanalytique

La thérapie psychanalytique est basée sur la libre association du patient quant à son ressenti sur l'événement traumatique. Le patient pourra alors sortir de la sphère de l'événement selon ses associations et se retrouvera devant des blocages d'ordre inconscient pour être en rapport avec le traumatisme ou alors plus profond, remontant avant l'événement. La thérapie est également possible grâce au transfert et contre – transfert qui sont des notions propres à la psychanalyse (Kédia, Sabouraud-Seguin, *et al.*, 2013).

La thérapie psychodynamique est d'inspiration psychanalytique. Elle se concentre sur les retentissements de l'événement traumatique dans la vie du patient.

2.9.6. Psychomotricité

Deux articles rédigés par une psychomotricienne permettent d'évoquer des pistes de réflexion quant aux objectifs travaillés en séances de psychomotricité.

Les axes principaux d'une de ses prises en charge étaient « le rassemblement, rétablissement des limites psychiques et physiques, retrouver son corps et son identité » (Daudin, Defontaine et Coutier, 2014, page 24). Elle aborda alors le trauma au niveau du corps avec une attention particulière et première au tonus et à la respiration. Le toucher fut également utilisé en cas de nécessité afin de ressentir les limites corporelles pour mieux les intégrer par la suite. Cette intégration et maîtrise du corps sert de base pour « une mise en mouvement de l'ensemble du corps » (Daudin, Defontaine et Coutier, 2014, page 24). C'est par ce mouvement que le patient éprouve des sensations oubliées depuis l'évènement traumatique permettant de consolider son intégrité corporelle.

Un travail de symbolisation peut être également nécessaire. En effet, après un évènement traumatique, le signifiant, qui est la forme concrète du signe linguistique, n'a plus de sens par rapport au signifié qui est la représentation mentale du concept (Collectif, 2005). C'est par différentes expériences ressenties en séances et une verbalisation que le patient retrouvera une symbolisation permettant d'éprouver de nouveau des émotions.

Naturellement, ces quelques lignes ne sont que des pistes de prises en charge qui furent valables pour un patient compte tenu de sa pathologie et de son histoire de maladie. Des troubles similaires pourront être retrouvés chez d'autres patients, mais il faudra cependant s'adapter à chacun d'eux.

De nombreuses prises en charge sont donc possibles pour ces patients présentant un état de stress post – traumatique. Le projet thérapeutique sera néanmoins unique et personnalisé en fonction des symptômes et demandes du patient. La pluridisciplinarité est primordiale dans la prise en charge de ces patients car chaque professionnel vise à améliorer l'état global du sujet de manière spécifique et toujours complémentaire aux autres thérapies.

L'état de stress post – traumatique étant désormais détaillé, la prochaine partie est réservée à la psychomotricité et aux expressions psychomotrices que nous pouvons retrouver dans cette pathologie.

3. La psychomotricité

3.1. Définition

Selon Larousse (Larousse, s.d.), la psychomotricité est « l'ensemble des fonctions motrices considérées sous l'angle de leurs relations avec le psychisme ».

Dans le lexique pour le psychomotricien (Carric et Soufir, 2014, page 196), elle correspond à « l'intégration des fonctions motrices et mentales sous l'effet de l'éducation et du développement du système nerveux ».

Selon l'aide-mémoire de psychomotricité (Ballouard, 2008, page 5), « la psychomotricité met le corps en mouvement, l'oriente dans l'espace et rythme son temps en vue d'une adaptation idoine à son environnement, mais aussi d'un vécu harmonieux de cet ensemble qui réunit corps et esprit en situation ».

Dans chacune de ses définitions, le corps et l'esprit sont liés et ont des effets l'un sur l'autre. La notion de globalité est donc omniprésente dans cette discipline et elle sera la base de la prise en charge en psychomotricité. Le but de cette prise en charge, unique et adaptée pour chaque patient, est d'apporter différentes stimulations et expériences corporelles et sensorielles afin de retrouver une harmonie entre le corps et l'esprit nécessaire pour assurer une unité psychocorporelle. Pour cela, des médiations corporelles seront proposées en fonction des difficultés du patient, mais aussi en prenant en compte ses goûts et affinités.

Il n'y a pas de définition de référence de la psychomotricité, bien qu'elles soient toutes basées sur des notions communes. Je citerai Michel Crosnier, enseignement à l'ISRP Paris, qui nous a dit

lors d'un cours de première année, qu'il y avait autant de définitions de la psychomotricité qu'il y avait de psychomotriciens.

3.2. Expression psychomotrice et ESPT

Je vais, dans cette partie, reprendre une partie des critères diagnostiques, décrits dans le DSM – V, dans lesquels nous pourrions observer une expression psychomotrice et ainsi agir dans une prise en charge en psychomotricité. Je commencerai à partir du critère B puisque le critère A concerne l'évènement traumatique.

L'évitement est donc le critère B du diagnostic du stress post – traumatique du DSM – V. Nous allons nous intéresser à **l'évitement affectif** qui est « une protection inconsciente contre une souffrance insupportable » (Tenenbaum, 2017, page 132). Le sujet ne souhaite pas ressentir cette émotion qui est douloureuse et insupportable, mais, par cet évitement, il ne ressentira plus aucune émotion, qu'elles soient agréables ou désagréables. Les conséquences de ce manque de ressenti peuvent favoriser une entrée dans la dépression car le sujet ne ressent plus de joie, ni peine ni colère. Il ne peut plus exprimer un plaisir quelconque. Par des expériences sensorielles et motrices, la psychomotricité peut permettre au sujet de redécouvrir des émotions agréables tout en se distançant de la scène traumatique avec la souffrance correspondante.

Le critère D repose sur **l'altération négative des cognitions et de l'humeur**. Nous allons surtout nous intéresser aux critères D2, D4, D5, D6 et D7. Ces critères renvoient tous au négativisme et à l'étrangeté du sujet face à autrui. Le but de la thérapie psychomotrice sera de reprendre plaisir à effectuer une activité, de ressentir des émotions positives, d'avoir un jugement positif de soi – même et du monde environnant. Ces différents ressentis vont permettre au sujet de partager de nouveau des intérêts communs avec d'autres personnes et sa famille, ce qui lui permettra de ne plus se sentir étranger aux autres.

Le prochain critère repose sur l'état d'éveil et de concentration du sujet. Par son angoisse de revivre l'évènement, le sujet va présenter des **troubles de la concentration**. Il pourra aussi avoir des **actions de colères et d'agressivité envers lui ou autrui**. Des **perturbations du sommeil** sont également notifiées dans ce critère. Le psychomotricien pourra intervenir sur

l'ensemble de ces données avec de la relaxation. En effet, le but est de détendre le corps, mais également d'apaiser le psychique. Trouver une détente par la relaxation permettra au sujet de contrôler ses accès de colère et pourra également l'utiliser de manière autonome lors de ses troubles du sommeil. Différents types de relaxation seront peut – être à tester afin de trouver celle correspondant le plus au patient. Cette médiation ne sera pas proposée en première intention de prise en charge. En effet, nous savons que le sujet est dans une peur constante et angoissante. L'installer dans une position confortable, allongée, yeux fermés ne sera pas une position rassurante pour lui, mais une position insécure. La relaxation aura donc l'effet inverse et angoissera le patient. Il faut tout d'abord instaurer une relation de confiance entre le patient et le psychomotricien afin qu'il se sente en sécurité. D'autres objectifs seront également pris en charge avant d'aborder la relaxation, notamment les souvenirs envahissants qui pourraient resurgir lors d'une séance de relaxation.

Le dernier critère du DSM – V concerne **la souffrance du sujet**. Elle peut s'exprimer de diverses manières selon l'événement traumatique et la personnalité du patient. La souffrance peut s'exprimer par des douleurs corporelles, on parlera alors de somatisation. La somatisation est l'expression d'un mal psychique par le corps. Cependant, elle n'est pas systématique. Le sujet peut également présenter des angoisses, phobies. Le but en psychomotricité sera de s'adapter à la souffrance du patient, quelle qu'elle soit et de la diminuer afin que le patient se retrouve dans un corps plaisir et sans douleur.

Une première fonction psychomotrice très importante sera perturbée chez les patients souffrant d'ESPT : **le tonus**. Selon Foix et Rondot (Carric et Soufir, 2014, page 253), « le tonus est un état de tension permanente des muscles : tension active, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibent ». Nous distinguons le tonus de fond, postural et d'action. Les sujets atteints d'ESPT vont présenter une hypertonie globale. On pourrait parler de « carapace tonique », terme emprunté à Bergès. Cet état permet d'éviter tout contact et ainsi toute situation pouvant nous faire revivre le traumatisme. Il assure également un rôle de protection envers l'environnement et autrui. L'hypertonie peut être retrouvée dans le cas de stress dépassée notamment dans l'agitation. À l'inverse, une hypotonie peut parfois être visible chez certains sujets coupant toute possibilité à la relation et entraînant un renfermement sur soi – même.

Selon le traumatisme vécu, on retrouvera **une altération de l'image du corps**. Elle correspond à « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même. » (Schilder, 1968, page 35). Plus récemment, Éric Pireyre apporte la théorie de l'image composite du corps. Par diverses expériences, l'image du corps sera constamment remaniée, elle est donc dynamique. Selon lui, l'image du corps est également l'image inconsciente de soi. Enfin, il définit neuf sous composantes : la sensation de continuité d'existence, l'identité, l'identité sexuée, le tonus, la peau physique et psychique, la représentation de l'intérieur du corps, la sensibilité somato-viscérale (la sensorialité), les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques (Pireyre, 2015). Après un évènement traumatique et selon le type d'évènement, l'image du corps va être plus ou moins modifiée et altérée. En effet, après un attentat et selon l'atteinte du sujet, il pourra avoir une représentation morcelée de son corps, ou encore un corps « troué » surtout s'il a été blessé physiquement. Des victimes de viols ou agressions pourront également percevoir un morcellement ou des parties perdues et non ressenties comme les organes génitaux après un viol ou une partie précise si elle fut fréquemment frappée au même endroit.

La **dépersonnalisation**, qui est un **trouble de l'image du corps** est une spécificité de l'état de stress post – traumatique selon le DSM – V. Elle correspond à « l'impression de ne plus être soi – même » (Carric et Soufir, 2014, page 49). La psychomotricité va permettre de rétablir une image du corps saine et en accord avec le réel corps du sujet. Par les expériences et les ressentis, le sujet va ressentir et concevoir un corps unifié.

Les notions **d'enveloppe et de limites corporelles** sont également altérées après un traumatisme. Cela nous ramène au Moi – Peau de Didier Anzieu. Il établit une structure primordiale pour la construction du moi qui est le Moi – Peau. Cette structure est virtuelle dans le psychisme et relie l'investissement visuel et libidinal. Le Moi – Peau (Anzieu, 1985) assure neuf fonctions. Pour Anzieu, la peau comme enveloppe n'assure pas seulement une fonction corporelle, mais également psychique. Elle permet de contenir et de délimiter. Connaître ses limites tant corporelles et psychiques va permettre de ressentir un corps unifié et ainsi se sentir unique et différencier des autres. Le Moi – Peau, par ces délimitations, permettra le contact et la relation avec autrui. Lorsque le sujet est confronté à un évènement traumatique (attentat, agressions sexuelles, violences, accidents de la route), les limites et enveloppes sont atteintes, blessées et modifiées.

Comme évoqué dans une partie précédente, **la dépression** est une comorbidité à l'état de stress post – traumatique. Le ralentissement psychomoteur est un des signes cliniques de la dépression. En effet, ce ralentissement sera visible au niveau de la marche, de la position du corps dans l'espace et de l'axe corporel. La psychomotricité peut intervenir sur l'ensemble de ces symptômes par la prise de conscience corporelle avec notamment l'initiation et l'expérience du mouvement. La perte d'intérêt et de plaisir global est également retrouvée dans la dépression comme dans l'état de stress post – traumatique.

Maintenant que nous avons abordé l'état de stress post – traumatique et fait le lien entre cette pathologie et la psychomotricité, la prochaine partie concerne les Cellules d'Urgence Médico – Psychologique qui sont les structures mises en place

4. Les Cellules d'Urgence Médico – Psychologique (CUMP)

4.1. Historique et organisation

Après l'attentat du RER Saint – Michel le 25 juillet 1995, le gouvernement établit un organisme spécifique à la prise en charge des blessés psychiques. La circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997 est la premier écrit traçant l'organisation et le dispositif des CUMPS. Ces cellules sont déclenchées pour tout événement « impliquant un grand nombre de victimes et/ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent ». En effet, avec des catastrophes ou accidents, des sujets peuvent être blessés physiquement, mais aussi psychiquement et dans certains cas, les deux. Le but de ces équipes est « d'essayer de prévenir, réduire et traiter ces blessures sur le lieu même de la catastrophe sous peine de voir s'installer des pathologies psychiatriques chroniques ».

Furent alors créés sept cellules permanentes départementales localisées à Paris, Lyon, Marseille, Lille, Nancy, Nantes et Toulouse avec chacune composée entre autres, d'un psychiatre, un psychologue et une secrétaire chacun à mi-temps. Dans les autres départements métropolitains et d'outre – mer, un psychiatre référent départemental est nommé et rattaché à une CUMP permanente selon son secteur. Une fois ces psychiatres nommés, chacun doit constituer une liste

de professionnels de santé volontaires pour intervenir en cas d'évènements potentiellement traumatisants.

La CUMP a différents buts :

- « De mettre en place un ou plusieurs PUMP installés dans la mesure du possible à proximité du poste médical avancé (PMA) ou en tout lieu approprié, notamment dans les établissements de santé et les centres d'accueil des impliqués (CAI) ;
- D'assurer la traçabilité des victimes prises en charge dans le ou les PUMP ;
- De prodiguer des soins médico – psychologiques immédiats aux victimes et à toutes personnes impliquées dans l'événement y compris les professionnels et sauveteurs et de faire évacuer, après régulation par le SAMU, les victimes nécessitant une hospitalisation, vers les établissements de santé ;
- De délivrer un certificat médical descriptif des lésions médico – psychologiques aux victimes prises en charge au PUMP et de leur remettre la note d'information conformément aux modèles nationaux [...] ;
- D'organiser en tant que de besoin et en lien avec le SAMU, une réponse médico – psychologique téléphonique (PUMP téléphonique) afin d'apporter une réponse adaptée aux victimes ;
- De dispenser des soins post – immédiats aux patients le nécessitant et de les orienter le cas échéant, vers un dispositif de suivi adapté ; »

Une nouvelle circulaire, DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003-235 publiée le 20 mai 2003 concerne le « renforcement du réseau national de l'urgence médico – psychologique en cas de catastrophe ». Après un constat porté sur 5 ans de fonctionnement des CUMP, le gouvernement, afin de répondre à l'augmentation du nombre des interventions des équipes, décide de doter « l'ensemble des régions d'au moins une équipe de permanents ». Le fonctionnement est identique aux cellules déjà créées avec un mi – temps pour chacune des professions suivantes : psychiatre, psychologue ou infirmier et secrétaire. Pour consolider les différentes équipes d'urgence médico – psychologique, est autorisé l'élargissement du recrutement des professionnels de santé et volontaire afin de répartir

les intervenants et répondre le plus efficacement possible aux besoins des victimes. En effet, dû à l'augmentation des évènements traumatiques, les intervenants furent sollicités plus souvent et parfois durant une durée relativement longue. La relève était donc difficilement assurée et les équipes fatiguées ne pouvaient plus assurer une prise en charge efficace et parfaitement compétente.

La dernière instruction gouvernementale, DGS/VSS2/2017/7, date du 6 janvier 2017 et concerne l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico – psychologique. On distingue désormais plusieurs types de CUMP.

Il y a tout d'abord des *CUMP départementales* rattachées aux établissements de santé siège de SAMU. Le fonctionnement reste inchangé : un psychiatre est nommé référent par l'Agence Régionale de Santé (ARS), un dispositif composé de professionnels de santé et de volontaires est mis en place ainsi qu'un schéma type d'intervention.

Il y a ensuite les *CUMP départementales renforcées*. Elles sont désignées par l'ARS parmi les CUMPS départementales. Pour cela, elles doivent répondre à certaines conditions et notamment « une forte activité de l'urgence médico – psychologique au sein du département ». Le fonctionnement est identique aux CUMP départementales.

Il reste enfin les *CUMP régionales*, également désignées par l'ARS. Ces CUMP sont des CUMP départementales, assurant en plus le rôle de coordination des CUMP départementales. Le fonctionnement reste inchangé quant aux autres cellules, cependant, elles doivent répondre à d'autres missions :

- « Établir et actualiser la liste régionale des professionnels des CUMP à partir des listes transmises par les référents des CUMP départementales et la transmettre cette liste à l'agence régionale de santé ;
- Participer à la formation des personnels et professionnels de santé des CUMP à la gestion de catastrophes ou d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions médico-psychologiques en raison de leur nature, en lien avec les référents des CUMP départementales ;

- Veiller en lien avec les référents des CUMP départementales, au respect des référentiels nationaux de prise en charge ;
- Organiser la permanence de la réponse et de la continuité des soins médico-psychologiques avec les référents des CUMP départementales ;
- Élaborer le rapport régional d'activité de l'urgence médico-psychologique à partir des rapports d'activité des CUMP départementales et le transmettre à l'agence régionale de santé. »

Il reste les *CUMP zonales* constituées au sein d'un établissement de santé. Elles assurent « un appui technique à l'ARS de zone pour l'élaboration du volet médico – psychologique du plan zonal de mobilisations des ressources sanitaires ». En cas de situation sanitaire exceptionnelle (adaptation du dispositif lors d'un évènement ayant une plus grande ampleur, durée et impact), elles coordonnent l'ensemble des CUMP situé dans la zone de l'évènement.

4.2. Différents acteurs

4.2.1. Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)

Le SAMU est le premier groupe médical à intervenir sur le lieu de l'évènement traumatique. Le médecin référent décidera ou non de déclencher la CUMP après une « analyse de la situation et des référentiels de bonnes pratiques de l'urgence médico – psychologique » (instruction DGS/VSS2/2017/7, 2017). Après cela, il avertit le psychiatre référent de la cellule et l'ensemble du processus se met en place.

4.2.2. Les psychiatres

Selon la circulaire DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997, les psychiatres présents dans les cellules permanentes sont à temps partiels. Ils assurent les rôles de psychiatre coordinateur de la cellule, mais également psychiatre référents départementaux. Certaines missions leurs sont attribuées :

- Constituer une liste départementale de médecins psychiatres, de psychologues, et d'infirmiers susceptibles d'intervenir en cas d'urgence médico – psychologie
- Définir dans le cadre du SAMU et en liaison avec les directeurs d'établissements publics de santé concernés un schéma – type d'intervention d'urgence médico – psychologie
- Organiser les formations spécifiques dans des différents intervenants dans le département.

Les psychiatres référents doivent intervenir auprès des volontaires des cellules d'urgence afin de les former sur la prise en charge dans l'urgence du psychotraumatisme. Pour cela, ils assistent à une formation initiale composée de deux stages de cinq jours. Leurs seront ensuite attribués une mallette pédagogique permettant d'effectuer leurs formations auprès des volontaires.

4.2.3. Les psychologues

Les psychologues peuvent être nommés coordinateurs ou référents de CUMP si un psychiatre ne peut assurer cette fonction. Dans ces cas – là, ils assureront les mêmes rôles que les psychiatres référents présentés précédemment.

Les psychologues participent aux soins immédiats et post – immédiats. Ces soins peuvent se prodiguer par équipe de deux si l'arrivée d'un des psychologues est récente, mais également seul. Une fois le defusing et débriefing passé, le psychologue informera le psychiatre de ses observations afin de l'aider à définir si un suivi doit être débuté chez certains sujets.

4.2.4. Les infirmiers

Les infirmiers intervenant dans la CUMP sont des professionnels de santé spécialisés en psychiatrie. Leurs missions, définies par l'AFORCUMP, sont multiples :

- Assurer en collaboration avec les autres membres de l'équipe d'intervention, la prise en charge globale des patients.
- Participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Participer à des actions de formation, d'encadrement et de recherche.

Plus spécifiquement à leur formation, les infirmiers doivent assurer une surveillance clinique des patients. En effet, ils vérifient que les prises de traitement soient faites, que les patients soient correctement installés et prise en charge selon leur pathologie ou handicap. Ils regardent également l'état de santé globale des sujets par leurs différentes constantes telles que la température, la pression artérielle... Compte tenu de leur formation, les infirmiers peuvent observer et repérer les comportements pouvant être dangereux pour le patient lui – même où l'entourage (agitation, conduites suicidaires, angoisse).

Le dernier rôle de l'infirmier dans ces cellules est d'assurer les entretiens d'accueil et d'orientation. Par ces premiers entretiens, les psychiatres et psychologues auront les informations nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques du patient : réaction au stress aiguë, antécédents médicaux (personne cardiaque) ou pathologies diagnostiquées, informations connues du patient sur l'événement. Durant cet entretien, l'infirmier, par ses attitudes et discours adaptés et bienveillants va permettre aux patients de ressentir un premier cadre sécurisant.

4.2.5. Les bénévoles

Les bénévoles sont des personnes travaillant dans la fonction publique. Chaque année, un temps d'inscription est réalisé. À la suite de ces inscriptions, une formation initiale sera proposée aux futurs volontaires.

Les formations ne sont pas régies par une circulaire gouvernementale, chaque CUMP organise donc ses formations comme elles le souhaitent. Généralement, la formation se déroule pendant 4 jours. Elle s'appuie néanmoins sur un référentiel national défini par l'instruction N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017. Le programme de cette formation est constitué de différentes parties :

- « La catastrophe et les plans de secours
- L'organisation des Cellules d'Urgence Médico – Psychologique
- Le stress et le psychotraumatisme : épidémiologie, psychopathie et neurobiologie
- Formes cliniques spécifiques
- Les prises en charge CUMP ».

4.3. Fonctionnement de ces cellules

Grâce à des entretiens avec un des psychologues d'une CUMP d'Ile de France, je peux vous présenter un mode de fonctionnement d'une CUMP.

Des réunions avec l'ensemble des volontaires disponibles sont organisées tous les deux mois. Durant ses réunions, différents objets sont abordés : conférence sur une partie du psycho – traumatisme, problèmes évoqués par les volontaires, revoir les dispositifs d'interventions. La présence des volontaires n'est pas obligatoire, mais préférable afin de garder en tête les modalités d'intervention.

Lors d'un évènement traumatique, comme évoqué précédemment, le médecin du SAMU va contacter le psychiatre référent de la cellule afin de prévenir la nécessité d'une intervention médico – psychologique. Seront prévenus le psychologue et infirmier d'astreinte ainsi que les bénévoles nécessaires selon le nombre de victimes potentiellement atteintes psychiquement. Sur place, le chef d'équipe du SAMU indiquera aux personnels de la CUMP où installer leur poste d'urgence médico – psychologique. Une fois installée, l'équipe accueillera les victimes et pratiquera un soin post – immédiat ; le defusing que j'expliquerai plus en détail dans une autre partie. Selon l'évènement, la durée de l'intervention ainsi que le nombre d'intervenants varient. Cependant, à la fin de chaque intervention, une réunion est organisée entre intervenants afin de débriefing de leurs actions. Ce temps est important et primordial car l'équipe est également confrontée durant l'intervention à des situations et récits choquants pouvant engendrer un trouble psychique.

Les CUMP sont donc actives en permanence ; avant, en prévention d'un évènement, pendant, avec la prise en charge des victimes et après, avec le soutien des intervenants entre eux. Cela est nécessaire afin d'assurer une continuité et un bon fonctionnement des interventions au fil des différents évènements traumatiques.

4.3.1. Immédiat

Les patients sont donc accueillis dans un espace réservé à la CUMP qui se nomme le Poste d'Urgence Médico – Psychologique (PUMP). Ce lieu reste proche de l'évènement traumatique, mais il est au calme ; sans bruits nuisibles, mouvements de foules.

L'approche utilisée dans le **soin immédiat** est le **defusing**. Il se déroule durant les premières heures suivant le traumatisme. Selon Louis Crocq (Bessoles, 2006), le defusing est un « débriefing sommaire ou sa version épurée » qui a pour but de « procéder à un entretien psychothérapeutique visant une première verbalisation des motions et des affects ». Il permet donc un premier accueil des différentes réactions des victimes de traumatismes. Un psychologue de CUMP m'a dit que ce temps était un temps d'accueil de la personne et de l'ensemble de ces réactions ou non réactions. Le but premier est d'assurer une continuité psychique entre l'anté et le post – traumatique ; lui faire comprendre où elle se trouve, ce qu'il s'est passé, ce qu'il va se passer dans les heures qui suivent.

Le defusing a également pour but de « ramener la victime dans le monde des vivants ». Elle a certes croisé la mort lors de cet évènement cependant, à cet instant, elle est en vie et l'évènement est passé. Le professionnel ou bénévole a donc plusieurs « casquettes » lors de cet entretien. Il doit accueillir la victime avec sa détresse psychique peu importe son expression, mais également assurer la fonction de réassureur. Par sa position et son discours, cette personne va être contenante et étayer le sujet dans sa verbalisation.

Le defusing est une première approche permettant de définir le nécessité d'un suivi pour ces victimes. Il est cependant généralement insuffisant. Le débriefing, que je vais expliquer dans la partie suivante, permet de mieux appréhender cette décision de proposition de prise en charge.

4.3.2. Post – immédiat

Le terme de **débriefing** est issu des Etats – Unis pendant la seconde guerre mondiale. En effet, avant chaque opération, les soldats assistaient à « un brief » qui était un temps d'informations de leurs missions. Une fois revenu de cette opération, les soldats faisaient un compte rendu du déroulé et donc un débriefing de ce qu'il s'était passé (Lebigot, 2016).

Aujourd'hui, le débriefing peut s'effectuer en groupe, si plusieurs personnes ont vécu le même traumatisme, mais également en individuel. Le débriefing a pour but « d'obtenir de chaque victime un récit, le plus complet possible, de ce qu'il s'est passé » (Tenenbaum, 2017). Durant ce temps de parole, des émotions vont émerger et elles seront recueillies de façon normale par les professionnels, mais aussi par les autres membres du groupe. Le débriefing a pour but de rassurer les sujets compte tenu de leurs réactions face à cet évènement (Tenenbaum, 2017).

Le débriefing, par son temps d'entretien plus long et le récit de la victime plus précis, sera suffisant chez certains sujets pour éviter le développement d'un ESPT. Un suivi ne sera donc pas proposé néanmoins, des contacts de psychologues et psychiatres seront donnés en cas de besoin ultérieur. Pour d'autres, ce temps est insuffisant et ne permet pas une réassurance et une diminution du sentiment d'insécurité. Une prise en charge pourra donc débuter de manière précoce à un ESPT. En effet, les professionnels agissent rapidement afin de tout mettre en œuvre pour que ces patients ne développent pas ces symptômes propres de l'ESPT.

5. Problématique

À la suite de la présentation de toutes ses informations, ma problématique est : En quoi la psychomotricité, par son approche psycho – corporelle, pourrait – elle assurer une continuité entre l'ante et le post traumatisme et ainsi contribuer à la prise en charge des patients au sein des CUMPS ?

6. Hypothèse

La psychomotricité, par son approche psycho – corporelle, est utile dans les CUMP.

Le psychomotricien peut intervenir dans l'urgence à la suite d'un traumatisme et repérer les symptômes psychomoteurs d'un risque d'état de stress post – traumatique.

PARTIE EXPERIMENTALE

1. Matériel clinique

Cette étude porte sur des témoignages d'adultes ayant subi un traumatisme ainsi que sur leurs familles. Seuls des adultes ont été choisis, car ce sont les seuls auteurs de témoignages. Les symptômes de l'état de stress post – traumatique sont différents chez les enfants donc seul l'état de stress post – traumatique chez l'adulte sera approfondi ici.

Les traumatismes vécus peuvent être une situation de viol, attentat ou expérience traumatisante lors d'une mission militaire étrangère. Différents types de traumatismes furent choisis afin de répertorier les conséquences psychomotrices sur un plus grand nombre de situations et pouvoir s'adapter à chaque cas. Les sujets ne présentent pas tous un état de stress post – traumatique. J'ai pris ces différents critères afin de repérer des symptômes psychomoteurs dans le plus grand nombre de situations.

Les ouvrages étudiés sont, *Mais ne sombre pas* d'Aristide Barraud publié en 2017 aux éditions du seuil. Il y a ensuite *Une vie à reconstruire* de Cynthia Sardou publié en 2014 à City Edition. Je me suis ensuite basée sur des interviews de Flavie Flament à la suite de la sortie de son ouvrage portant sur son enfance dont son viol. Le témoignage d'un militaire est tiré d'un article de Caroline Fontaine publié par Paris Match, en 2012. Les deux témoignages de famille sont ceux familles de militaire et ont été trouvés sur le site lavraivieavecunkaki.wordpress.com qui est un ensemble d'articles et de témoignages d'hommes et femmes de militaires.

J'ai donc utilisé des livres en guise de matériel clinique. J'ai conscience que le texte peut parfois plus ressortir de la narration que du récit précis des faits. Il fut écrit pour certains quelques mois après l'événement, et quelques années pour d'autres, des éléments ont donc pu être oubliés. De plus, nous n'avons pas d'informations sur les prises en charge et évaluations cliniques de chaque patient. Malgré tous ces éléments, j'ai néanmoins choisi de poursuivre et approfondir ce travail car je ne souhaitais pas m'arrêter à un aspect théorique.

Pour les deux ouvrages étudiés, je présenterais brièvement les auteurs. Je relèverai ensuite les éléments suggérant un état de stress post – traumatique. Je relèverai les expressions psychomotrices dans l'urgence donc quelques heures et jours après l'événement. Il y aura ensuite

une partie ou j'exposerai les différents symptômes psychomoteurs retrouvés chez chaque sujet. Une dernière partie concernera l'acceptation du traumatisme.

2. Mais ne sombre pas

2.1. Présentation

Aristide Barraud est un ancien rugbyman du stade français âgé de 28 ans. Il s'entraîna en France, mais également en Italie, à Venise. Le 13 novembre 2015, il était attablé avec quelques amis et sa sœur dans un bar nommé Le Petit Cambodge. En protégeant sa sœur, il fut touché à plusieurs reprises aux jambes et au thorax.

Son témoignage raconte sa reconstruction et sa renaissance après cet attentat. Il est composé de plusieurs chapitres allant de décembre 2015 à mars 2017.

2.2. L'urgence

Aristide, dû à plusieurs blessures, s'est vidé de son sang et fut rapidement pris en charge et opéré le 13 novembre. Quelques souvenirs ressurgissent de ces jours passés en réanimation.

« Je revois l'obscurité de ma chambre, je me souviens de ne pas sentir mon corps, comme si mon esprit avait été libéré. J'étais à la fois confus et très conscient que je me réveillais réellement, que j'étais en vie. »
(Barraud, 2017, page 47).

Nous sommes le 14 novembre 2015, lendemain des attentats et de l'opération d'Aristide en service de réanimation. Aristide se réveille et ne ressent plus de sensations dans son corps. Il parle ensuite de son esprit libéré. Ce passage nous montre **une dissociation du corps et de l'esprit**. Par ce manque de ressentis corporels, douloureux ou agréables, Aristide a l'impression que son esprit est également dépourvu de sensations et d'images du traumatisme et donc libre. Un premier moment de dissociation est également abordé lors de son arrivée aux urgences. « Je suis ailleurs, mon esprit flotte dans le blanc, quelque part au – dessus de mon corps » (Barraud, 2017, page 84).

Cette séparation corps – esprit peut être un facteur prédictif à un état de stress post – traumatique évoqué par Lebigot en 2011.

2.3. *Éléments suggérant un ESPT*

« Le jour je résiste, la nuit je vois des tissus. Si tu savais les draps qui recouvrent les corps. Décor post – enfer, découvrant ces vies ajournées. En journée je lutte, le soir je crois en une issue. » (Barraud, 2017, page 21)

Ces premières lignes évoquent un des modes de **reviviscences** annoncés dans le DSM – V : les rêves. Nous pouvons supposer qu’Aristide, par ses blessures et sa prise en charge rapide par les urgences, n’a pas vu de corps recouverts de draps mortuaires. Cependant, cela n’empêche pas de s’imaginer ces images et par conséquent de revivre cet événement. Nous retrouvons d’autres rêves plus tard dans le récit : « Dans les moments de demi – sommeil, j’ai parfois des pensées qui viennent de très loin. Des confins de mon esprit. J’entends des tirs, des cris d’horreur de femme. Les premières fois, je me redressais dans mon lit en sursaut en regardant derrière moi. [...] Après c’est compliqué de m’endormir » (Barraud, 2017, page 87).

Deux mois après cet événement, Aristide retourne en Italie afin d’assister à un match de rugby. Il décrit un **sentiment d’étrangeté** entre ces joueurs qu’il retrouvait et lui – même. « Le gouffre entre eux et moi était énorme. Je le sentais à chaque seconde. » (Barraud, 2017, page 118). Il en reparle plus tard quand il aborde le regard des gens qui a changé après les attentats ; un mélange entre fascination et violence de guerre qui le met mal à l’aise. « L’horreur prend forme, elle est concrète. Alors, je fuis. Le poids des regards sur moi est pesant. Je mets ma capuche et je baisse la tête. » (Barraud, 2017, page 134).

Nous notons une **hypervigilance de l’état d’éveil** dans plusieurs situations de la vie quotidienne (promenades, sorties). Elle est causée par la peur de la répétition de l’événement traumatique.

« C'est ça notre quotidien, raser les murs dans les endroits publics, pas pouvoir regarder notre interlocuteur dans les yeux parce qu'on scrute chaque allée et venue dans la rue, dans un café ou un train. On est tous devenus des Jason Bourne. Trois secondes après être entrés dans un cinéma ou un restaurant, on sait déjà où sont les issues de secours. On a déjà scanné tous les visages. Notre sixième sens du danger s'allume au premier cri, au plus faible des klaxons, au moindre objet qui tombe par terre. » (Barraud, 2017, page 156).

2.4. Rapport au corps

Aristide a été blessé à plusieurs reprises au niveau des jambes et du thorax. Il fut emmené d'urgence à l'hôpital pour se faire opérer. À la suite de cette opération, il fut placé en service de réanimation. Il vient donc d'échapper à la mort.

2.4.1. Modification de l'image du corps

Aristide est hospitalisé à l'hôpital Bichat. Il voulait rentrer chez lui le plus rapidement possible. Une infirmière l'informa que tous ses drains devaient être enlevés et qu'il devait se déplacer en béquilles afin d'envisager une sortie. Aristide travailla jour et nuit, seul et avec ses amis qui venaient lui rendre visite, afin de se mettre debout et se déplacer. Lorsque ce fut possible, il alla devant un miroir et s'observa depuis les attentats pour la première fois. « Il y avait un miroir, je me suis vu pour la première fois. Je ne me suis pas reconnu. » (Barraud, 2017, page 17). Aristide s'est amaigri, il a perdu treize kilos, son visage est creusé, sa peau tombante. L'image qu'il avait de lui avant les attentats et l'image reflétée dans le miroir a bien changé. Il ne s'est pas reconnu, nous pouvons penser qu'Aristide ne s'attendait pas à avoir autant changé. Il exprime une nouvelle fois son ressenti à la suite d'une opération des côtes. « Je me sens comme Paris, à l'étroit dans mon propre corps que je ne reconnais plus. » (Barraud, 2017, page 81).

Aristide aborde une première fois l'acceptation de sa nouvelle vie en décembre 2015, seulement un mois après le traumatisme. Il décrit des douleurs, des journées vides et un nouveau comportement qu'est la survie. « Je me sens étranger dans ma vie, dans mon corps, dans le monde. » (Barraud, 2017, page 52). En mars 2017, Aristide se remet à courir. Il fait alors un parallèle avec son état un an plus tôt. « Engoncé dans un corps qui n'était plus le mien. » (Barraud, 2017, page 154).

À travers ces différentes citations, nous retrouvons une forme de **dépersonnalisation**. La dépersonnalisation est « une impression de ne plus être soi – même » (Carric & Soufir, 2014).

2.4.2. Mémoire du traumatisme dans le corps

L'évènement est ancré chez Aristide tout d'abord par les blessures et cicatrices sur son corps. Lorsqu'il fut touché et étendu sur le trottoir du bar, un de ses amis présent ce soir – là, revint sur les lieux et le maintint en vie en lui parlant. « Il m'a appelée, son cri est gravé en moi, je sais que je ne pourrai jamais le faire sortir. » (Barraud, 2017, page 33).

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, Aristide sort, en béquilles, prendre un verre avec des amis. « Il fallait revivre, enlever ces chaînes imaginaires. Ce poids sur les épaules, sur la nuque. » (Barraud, 2017, page 33). On ne sait pas s'il parle des chaînes causées par ses opérations et donc son état de santé actuel ou s'il parle de l'état d'urgence et de terreur dans lequel est Paris et sa population après les attentats.

Pendant son rétablissement, Aristide se met à écrire dans des carnets. « J'écris pour ne pas exploser, j'évite le trop – plein, je comble le vide, en ce moment j'évacue l'horreur de mon bide. J'ai trop de trucs dans la tête, je dois les évacuer. » (Barraud, 2017, page 60). Cet acte permet d'éliminer les horreurs qu'il a dans la tête et dans le corps. Nous pouvons penser qu'écrire lui permet de le soulager d'une certaine peur.

« Le corps a une mémoire pour tout, même les localisations et les caractéristiques des douleurs passées. Celles qui nous ont marqués dans notre chair, comme au fer rouge. Celles qu'on peut difficilement oublier. » (Barraud, 2017, page 106).

2.4.3. L'écoute du corps

Après les attentats, Aristide fut sollicité pour plusieurs interviews. Sa réponse était régie par les sensations qu'il éprouvait. « Alors j'écoute mon corps. » (Barraud, 2017, page 19). S'il ressentait un mal de ventre, alors il déclinait l'invitation.

« Le corps doit être écouté, et quand ce n'est pas le cas, il te nique ta race. » (Barraud, 2017, page 142). Aristide a repris les entraînements de rugby. Plus tard, il tomba malade, et comprit alors que son corps était fatigué et cela l'effraya. Il a peur de ne plus pouvoir l'utiliser et qu'il lâche. « Mon corps et mon esprit font deux depuis le 13 novembre, et ils ne vont pas tarder à faire trois, si je vais trop loin. Mon corps envoie ces signaux négatifs pour me dire « C'est bon maintenant, stop ». Je le sens, j'en suis sûr, et ça me fait peur. » (Barraud, 2017, page 141). Dans un autre passage, l'entraîneur d'Aristide lui demande de plus écouter son corps. « Il ne sait pas que si je me mets, rien qu'une seconde, à écouter mon corps, je tombe par terre et je pleure. » (Barraud, 2017, page 135).

Quelques jours après ses opérations, lors de la première vision de lui après les attentats, Aristide, en allant au – delà de ses limites pour réussir à sortir rapidement de l'hôpital, décida de contrôler son corps ; ce qu'il souhaitait lui faire faire. « Je devais reprendre le contrôle de mon corps, de ma vie. » (Barraud, 2017, page 17). Cependant, comme vu précédemment, le corps peut être contrôlé, mais doit toujours être écouté auquel cas, il lance des signaux de détresse informant qu'il n'est plus capable de supporter une telle pression.

Le corps, comme l'esprit, passe par différentes étapes afin de retrouver un équilibre, lorsqu'il a été endommagé. Vouloir accélérer le processus peut être dangereux pour l'intégrité corporelle et donc psychique du sujet. Chez Aristide, aller au – delà de ses limites corporelles ont pour conséquence une fatigue du corps provoquant une peur.

« Chaque minute de l'après est une lutte pour montrer un semblant de normalité. Pour tenir malgré ce vide qui sévit en moi. Je bouge, je gesticule, je me démultiplie pour ne pas m'y confronter. Ce vide tapi, souvent furtif, dans mes abysses. Quelquefois grandit, prend toute la place et m'abîme. » (Barraud, 2017, page 61)

Le corps a son propre rythme de réparation, il peut néanmoins être aussi un moyen d'extérioriser l'angoisse psychique. Le prochain passage se déroule en mars 2017 après un footing.

« Tout se passe dans la tête. Si je baisse le bouclier mental, ne serait – ce qu’une demi – seconde, je m’arrête, je m’écroule. Pour tenir, je me concentre sur d’autres sensations. [...] Un jour il va falloir que je craque. Que je lâche tout ? J’y pense pour la première fois. Je suis une cocotte – minute. Il va falloir appuyer sur le bouchon et laisser sortir un peu de vapeur sous pression. Je me fais peur à certains moments, à la limite de l’explosion. »
(Barraud, 2017, page 154)

2.5. L’acceptation

L’acceptation ne correspond pas au pardon de l’acte commis. Elle équivaut plutôt à l’intégration du traumatisme permettant de poursuivre sa vie. Il faut également prendre conscience du traumatisme et pour cela, se libérer du déni.

Pour Aristide, le processus d’acceptation fut long et commença dès son séjour à l’hôpital. Il a toujours été un passionné de musique. Certaines chansons, écoutées de nombreuses fois pendant son hospitalisation, l’ont aidée dans sa reconstruction. « Cette chanson pour m’aider à commencer ma seconde existence. » (Barraud, 2017, page 39). Aristide parle de renaissance. « On ne naît pas qu’une fois. » (Barraud, 2017, page 166). Ses amis, par leurs qualités propres, lui ont apporté leurs soutiens et ont été un facteur dans la reconstruction et l’acceptation d’Aristide. La dernière phrase de son ouvrage est une dédicace aux gens qui l’aiment. « Grâce à vous je suis stable, rien ne tremble. » (Barraud, 2017, page 167). Ces derniers mots nous prouvent qu’à travers ses amis et sa famille, Aristide a pu retrouver un équilibre psychique avec la stabilité et corporel car rien ne tremble.

Accepter passe également par le statut de victime et concevoir que, ce que l’on a vécu, n’est pas commun ni normal. « J’ai mis dix mois pour accepter de dire que ce que j’ai vécu était grave et terrible. » (Barraud, 2017, page 50). Le sujet peut également se comparer avec d’autres victimes des attentats ; ne pas se plaindre car certains sont décédés ou sont plus atteints que nous. Cependant, quand on accepte cette situation et que l’on se permet de dire ce que l’on ressent, un soulagement peut naître. « Mais j’avoue que la première fois que j’ai osé penser « merde, c’est dur quand même ce qu’on vit », un poids s’est enlevé de mon estomac. » (Barraud, 2017, page 51). Il faut accepter son statut de victime, mais également s’accepter soi – même et l’état dans lequel on est désormais que ce soit à cause de blessures physiques ou non. Cette étape permettra de se

projeter dans la vie future. « Je suis confiant pour le futur, je vis bien avec moi – même. » (Barraud, 2017, page 166).

3. Une vie à reconstruire

3.1. Présentation

Cynthia Sardou est une femme âgée aujourd’hui de 44 ans. Elle est journaliste pour une chaîne d’informations. Son ouvrage raconte sa reconstruction à la suite du viol dont elle a été victime le soir de Noël 1999 en rentrant de son travail. Elle fut abordée par deux hommes qui la kidnappèrent afin de l’emmener dans les bois. Ils furent rejoints par un troisième homme. Elle fut menacée de mort si jamais elle ne coopérait pas. À la suite de ce viol collectif, ils partirent et la laissèrent seule dans sa voiture.

3.2. L’urgence

À l’instant même du viol et durant le trajet pour l’emmener dans les bois, Cynthia est **désorientée dans le temps et l’espace**. « Difficile de dire avec précision combien de temps on a roulé, quelle route on a empruntée. Une demi – heure ? Trois quarts d’heure ? » (Sardou, 2014, page 12). « Tout est suspendu. Mais cela ne dure qu’une fraction de seconde. » (Sardou, 2014, page 11). La perception du temps est modifiée peut – être même perdue pendant le drame et durant les heures qui suivent. Cynthia ne semble plus agir sur le temps qui passe, mais le subir. Cette désorientation temporo – spatiale est à mettre en lien avec un fonctionnement désordonné global. « Mon cerveau tournait à plein régime, mais de manière totalement désordonnée. » (Sardou, 2014, page 13).

Après le viol, les agresseurs abandonnent Cynthia sur les lieux de l’événement, la laissant seule dans sa voiture. De peur qu’ils reviennent, Cynthia démarre rapidement sa voiture. Cependant, par le choc de ce qu’elle vient de subir, les **gestes** de Cynthia sont **désordonnés**. « Incapable de coordonner mes mouvements, je me suis échouée en plein milieu de la route. »

(Sardou, 2014, page 51). Elle interpelle, plus tard, une voiture. Les passagers lui permettent d'appeler son père qui arrive quelques minutes plus tard.

Arrivée au commissariat, commencent les nombreuses questions, l'examen médical, le retour sur les lieux. « Les premières minutes et les premières heures qui suivent un traumatisme sont un amalgame d'émotions et de confusion. » (Sardou, 2014, page 56). Cynthia cherche une raison à ce viol, mais ces questions restent sans réponse.

Le corps est directement impacté dans les histoires de viol. « Il est certain que, dans les heures qui ont suivi, c'est d'abord mon corps qui s'est exprimé au travers des douleurs physiques infligées par la violence de ces terribles heures. » (Sardou, 2014, page 25). Le **corps est douloureux** et ressenti comme blessé. Les premiers jours suivants l'évènement, des idées noires telles que le suicide, les mutilations peuvent être envisagées afin de soulager cette souffrance. La priorité est donc de soigner ce corps, qui sera plus tard le support de la reconstruction de l'esprit. « Il faut gérer la réparation du corps qui a souffert et souffre encore. [...] Dans un premier temps, l'urgence consiste à soigner le corps. C'est une question de survie. » (Sardou, 2014, page 86).

La dissociation est une réponse courante au traumatisme. L'esprit et le corps se déconnectent afin de supporter ce qu'il est en train de se passer. C'est un processus de survie permettant de maintenir l'intégrité psychique pour qui cette situation est insupportable. La dissociation peut se produire pendant l'évènement et peut durer quelques minutes à quelques heures selon le sujet.

Dans le cas de Cynthia, elle nous précise que la dissociation est apparue quelques instants avant le viol. Elle s'est laissé devenir « une poupée de chiffon » (Sardou, 2014, page 14). Elle explique la dissociation comme un ensemble de comportements « Rester passive. Indifférente. Spectatrice pour ne pas devenir proie. [...] je ne m'appartiens plus. [...] Le plus important : rester en vie. » (Sardou, 2014, page 15). Elle insiste également sur le fait que ce mécanisme est une réponse du cerveau permettant de le protéger de l'horreur. Le corps est quant à lui abandonné. « Cela ne se passe pas sans douleur. C'est un peu comme si nous offrions notre intégrité corporelle pour la postérité de l'âme. » (Sardou, 2014, page 58)

La dissociation s'est également ressentie après le viol, pendant l'examen médical. Elle ressent ces examens comme désagréables. « Vous vous sentirez dépossédée de votre corps. » (Sardou, 2014, page 82).

3.3. L'état de stress post – traumatique

Le diagnostic d'état de stress post – traumatique est nommé et posé par un psychiatre. « Si mon corps allait plutôt bien à part une fatigue chronique et persistante, on m'avait diagnostiquée un trouble de stress post – traumatique, ce qui expliquait mes insomnies, mes humeurs oscillantes, mes cauchemars et tous les autres symptômes. » (Sardou, 2014, page 135). On retrouve donc des **reviviscences** de l'évènement par les cauchemars et une altération de l'humeur.

L'ESPT est caractérisé par un **état d'hypervigilance**. Sa journée terminée, Cynthia rentre chez elle et est rattrapée par cet événement. « Je sursautais au moindre bruit suspect. Je vivais mes cauchemars tout éveillée. » (Sardou, 2014, page 133). Ajouté aux reviviscences, on note des troubles du sommeil caractérisés par des **insomnies** favorisant une **altération persistance d'activation neurovégétative**.

3.4. Rapport au corps

3.4.1. Altération de l'image du corps

Cynthia fait un bilan de son ressenti et des événements qu'elle a vécu les trois premiers mois après son viol. « Ma perception de moi – même était complètement déformée. » (Sardou, 2014, page 80). On observe ici une dysmorphophobie qui est une perception de soi déformée. Lorsqu'elle parle de son entourage, elle évoque le comportement de son petit – ami reflétant l'image qu'il avait d'elle. « Mon petit ami entérinait la vision que j'avais de mon corps, un corps dégradé. » (Sardou, 2014, page 69).

Après avoir été agressée, Cynthia est immédiatement allée porter plainte. Avec la déposition et les différents examens, elle n'a pas pu rentrer chez elle avant le lendemain, midi. Durant tout ce temps, elle a dû garder sur elle, les traces, les odeurs, les marques du viol. Alors

qu'elle ne pensait qu'à se laver pour retrouver son corps propre. « Se débarrasser de cette croûte nauséabonde que nous portons comme une seconde peau. » (Sardou, 2014, page 108). Les marques du viol sont déjà ancrées en elle, elle se définit avec une nouvelle peau, qu'elle associe à un adjectif de dégoût. Lorsque Cynthia fait un résumé des différentes étapes de sa reconstruction, elle parle entre autres de « Ce besoin absolu de tuer ce monstre qui vivait en moi. » (Sardou, 2014, page 25).

Dans le processus d'acceptation, Cynthia aborde la reconnaissance de faits. Pour cela, elle parle du premier regard au miroir. Selon elle, il doit être fait rapidement. Il est certes difficile, mais nécessaire. « Lorsque l'on a enfin osé se regarder dans son miroir, il faut réagir et commencer le travail de reconstruction de soi. » (Sardou, 2014, page 126).

« Je voyais mon corps comme le support des stigmates de mon drame. Je voyais des plaies béantes là où il n'y avait rien. Obnubilée par mon image, je déployais des efforts sans limites et démesurés pour gommer des rides imaginaires et pour rester jolie. » (Sardou, 2017, page 131).

L'image du corps de Cynthia est donc dégradée et même déformée depuis le viol. Cette image passe par son regard, mais également par le regard des autres, sa famille et son petit – ami. L'image du corps est également sollicitée dès les premiers jours suivant le viol. L'affronter avec ces changements est le point de départ d'une volonté de changement et de reconstruction.

3.4.2. Enveloppe corporelle

Nous sommes quelques jours après le viol. Cynthia est chez elle. Elle décrit déjà de nombreux cauchemars, des flashes d'images, un déni. « Les frontières de mon univers s'étaient effondrées. » (Sardou, 2014, page 16). Cet événement l'a touché dans son intégrité psychique bien sûr, mais également corporelle. Elle utilise ici un vocabulaire de destruction.

Plus tard, lorsqu'on lui apprend que l'un de ses agresseurs sera bientôt libéré de prison, c'est un nouveau choc pour elle, qui commençait à reprendre le dessus sur sa vie. « J'étais le capitaine d'un navire à la dérive qui prenait l'eau de toutes parts. Lorsque je colmatai une brèche,

une autre s'ouvrirait. » (Sardou, 2014, page 20). Cette citation représente la fragilité dans laquelle Cynthia se trouve. La base est présente, mais elle est abîmée.

3.4.3. Mémoire traumatique inscrite dans le corps

Les marques du viol sont présentes dès l'instant où l'événement se passe. Une fois que Cynthia est en sécurité avec son père au commissariat, sa seule idée est de prendre un bain. « La poupée de chiffon voulait juste se laver, se rincer, se curer. » (Sardou, 2014, page 16). Elle veut enlever les traces que ces hommes ont laissées sur elle. Quelques heures après le viol, après ce bain, Cynthia indique tout de même qu'elle est désormais « marquée au fer rouge. » (Sardou, 2014, page 56).

Elle fait plus tard un parallèle entre son corps avant et après le viol. « Le déchirement de mon corps et de mon cœur tels que je les connaissais auparavant. [...] Cette agression a balayé l'ensemble de mes notions de vie. » (Sardou, 2014, page 24). Elle parle ensuite de sa guérison. « Les cicatrices à vif finissent par se refermer, certes, mais elles restent sensibles. » (Sardou, 2014, page 21). Il faut accepter que ces cicatrices soient toujours présentes et y trouver un sens.

« J'ai enfin pu le prendre, ce bain que je désirais plus que tout. J'ai jeté dans l'eau tout ce qui m'est tombé sous la main. Savon, bain moussant, shampoing, sels parfumés avec pour seul espoir de faire disparaître l'odeur de mort et de saccage. L'urgence, c'était d'éliminer les traces. »
(Sardou, 2014, page 16).

3.4.4. Temps et espace

L'événement peut durer en lui – même quelques minutes, il aurait une représentation différente selon la personne qui l'a vécue. Elle pourra ressentir que cela a duré des heures ou alors au contraire que c'était très rapide. Cette confusion peut être favorisée par l'effet dissociatif présenté précédemment. Une fois le viol terminé, « Le temps perd toute consistance. » (Sardou, 2014, page 22). « Car une agression ne dure pas que quelques minutes ou quelques secondes. Elle dure une vie. » (Sardou, 2014, page 12).

Cynthia a repris le travail rapidement après ce drame. Elle pensait qu'elle pourrait plus rapidement oublier si elle reprenait le contrôle et donc se réinscrire dans sa routine. Cependant, son corps et son esprit n'étaient pas prêts. « Situer dans l'espace et le temps, deux notions qui nous paraissent déformées après un drame. » (Sardou, 2014, page 128). Retrouver ses repères fut compliqué.

3.5. L'acceptation

Un chapitre est centré sur le processus d'acceptation dans l'ouvrage de Cynthia. L'acceptation est dans le cheminement vers la réconciliation qui est le but ultime pour une reconstruction de soi.

« Vous noterez que je préfère le mot « réconciliation » à celui de « guérison ». C'est volontaire, car je considère que le choc qui est à l'origine du traumatisme est un événement non guérissable. Il a eu lieu et le seul moyen de le dominer, c'est d'apprendre à vivre avec ce bagage non désiré comme on apprend à vivre avec une cicatrice. »
(Sardou, 2014, page 23)

Une étape de l'acceptation est la prise de conscience des faits. « Le sujet d'un traumatisme doit s'approprier son drame. » (Sardou, 2014, page 70). Elle prend plus ou moins de temps selon le sujet et le traumatisme dont il a été victime. Pour Cynthia, c'est intervenu lorsqu'elle était au commissariat pendant sa déposition. « La réconciliation avec la vie, c'est prendre conscience que notre existence ne se résume pas à quelques heures de calvaire. » (Sardou, 2014, page 28). La vie de Cynthia ne s'arrête pas à ce drame et elle doit désormais avancer et penser au futur.

La dernière phase de l'acceptation est de retrouver une paix intérieure. « Lorsque vous aurez recollé tous les morceaux de ce que vous êtes vraiment, de votre identité » (2014, page 129). Elle permet, par une intégrité corporelle et psychique que cet événement n'ait plus d'influence sur l'état du sujet ; qu'il n'impacte plus son bien – être et que l'équilibre retrouvé reste stable.

4. Quand le traumatisme ressurgit

4.1. Présentation

Flavie Flament est une journaliste et animatrice de 43 ans. Elle raconte entre autres l'histoire de son viol par un célèbre photographe de mode alors qu'elle est âgée de 13 ans. Ces différentes interviews sont une libération de la parole, un terrain de liberté qui a pu la « sauver du pire » (Flament, Face à Face, 2016). C'est aussi son chemin de résilience qu'elle souhaite partager.

J'ai choisi de ne pas acheter le livre dans lequel elle décrit son enfance et de le décrire des manières précédentes. La suite de ma recherche se base sur différents interviews que Flavie Flament a donné après la sortie de son livre.

4.2. L'amnésie traumatique

Selon Flavie Flament, l'amnésie traumatique est « un truc magique qui se met en place lorsque votre survie est engagée et lorsque vous vivez des choses qui sont absolument épouvantables, vous les oubliez » (Flament, Face à Face, 2016). Ce processus s'est mis en place dès lors du viol à partir d'une dissociation. Elle décrit cette dissociation comme un « abandon du corps par l'esprit. Comme si tout à coup mon esprit partait ailleurs. Mon corps ne faisait que le subir, mais mon esprit était déjà ailleurs. » (Flament, Magazine de la Santé, 2016). De plus, elle décrit qu'elle « n'est plus dans la sensation » (Flament, Salut les Terriens !, 2016). Lors de cet événement, « vous n'êtes plus rien » (Flament, Salut les Terriens !, 2016).

L'amnésie traumatique regroupe donc tous les souvenirs du traumatisme « enfouis dans une partie de vous, dont vous sentez l'existence, mais vous êtes absolument incapables de savoir de quoi il s'agit. » (Flament, Magazine de la Santé, 2016). Ces souvenirs peuvent rester silencieux durant de longues années, voir même durant toute la vie du sujet. Ce qui a permis à Flavie Flament de tenir et de se reconstruire à la suite de ce traumatisme est son grand – père. Il était un soleil dans sa vie et elle savait qu'elle pouvait venir vers lui et « tendre vers le soleil » (Flament, Salut les Terriens !, 2016) lorsqu'elle en avait besoin.

4.3. *Le corps après de 25 ans d'oublis*

Les souvenirs commencent à se réveiller après le décès du grand – père de Flavie Flament. C'est une personne qui l'aimait « d'une façon inconditionnelle » (Flament, Magazine de la Santé , 2016) et représentait pour Flavie « l'une des grandes figures de résilience » (Flament, Magazine de la Santé , 2016). C'est la raison pour laquelle, cette boîte de souvenirs s'est ouverte et à commencer « à diffuser des premiers souvenirs » (Flament, Magazine de la Santé , 2016).

Ils débutent par des crises d'angoisse et des flashes que Flavie Flament n'arrive pas à expliquer. Lors du premier surgissement d'un souvenir, elle croit devenir folle. Ses souvenirs augmentent en quantité et en intensité. Elle décrit la tête comme « une maison ouverte à tous les vents traversés par des images, par des flashes » (Flament, Magazine de la Santé , 2016).

Lorsque ces souvenirs resurgissent, l'intensité est identique à celle du jour du viol. Le temps ne les a pas adoucis. Elle parle de « vivre une deuxième fois ce qu'on a oublié » (Flament, Magazine de la Santé , 2016). Psychiquement, ces souvenirs prennent la forme d'effroi, d'inquiétude et de peur. Au niveau corporel, Flavie Flament a de nouveau eu « le sentiment de sentir des choses, de ressentir des mains. Mon corps lui aussi avait une mémoire et était en train tout à coup de la laisser s'exprimer. » (Flament, Magazine de la Santé , 2016).

« Quand nous ne trouvez pas les mots pour expliquer ce que vous ressentez finalement c'est votre corps qui le fait donc ça se traduit par des attaques de panique, ça se traduit par un effroi épouvantable qui jamais ne vous quitte, ça se traduit par des inquiétudes, des malaises. »
(Flament, Magazine de la Santé , 2016)

Après ce viol, Flavie Flament se sent « fissurée de l'intérieur » (Flament, Salut les Terriens ! , 2016) et parle d'une intégrité piétinée. Cependant elle ne parle pas de cet événement à sa famille. Le cadre familial est très particulier, sa mère l'ayant presque forcé à aller et rester chez ce photographe. Durant son enfance et son adolescence, Flavie Flament n'a pas appris à dire non ni à prendre la parole pour exprimer ce qu'elle ressent. On ne lui a pas appris « que ce corps qui était le mien, n'appartenait qu'à moi et à personne d'autre » (Flament, Salut les Terriens ! , 2016).

5. Chez les militaires

5.1. Soldat blessé

Lionel est un sergent des forces spéciales françaises. Il a effectué plusieurs missions, dont une en Afghanistan en 2005, celle où il vécut un traumatisme. De retour d'une excursion en voiture, une bombe explosa. « Et, d'un seul coup, boum ! tu n'as plus de son, plus d'image. Quand ça explose, tu perds tes sens. » (Fontaine, 2012). Durant l'explosion, Lionel perd toutes sensations. Cela peut également être traduit comme la perte des repères spatio – temporels ; ne plus savoir où l'on est, ni le jour ni l'heure. Après l'explosion, Lionel décrit une dissociation entre son corps et son esprit. Cependant, après cet épisode, il retourne dès le lendemain en mission, comme si rien ne s'était passé. La dissociation est un épisode vécu pendant le traumatisme ou directement après. Lionel revivra cette expérience « des centaines de fois » (Fontaine, 2012) après son retour en France.

« Le seul truc que tu ne perds pas, si tu n'es pas mort sur le coup, c'est ton cerveau. Il fonctionnait, mais j'étais envahi d'une étrange sensation : j'avais l'impression que mon esprit et mon corps étaient dissociés. Cela m'a demandé un effort de sortir de ce temps qui s'était arrêté, de reprendre possession de mon corps, de me mettre à l'abri. Ma dissociation vient de là. C'est très violent car le cerveau ne peut pas accepter de ne plus être dans un corps. » (Fontaine, 2012)

Les soldats sont perçus comme des personnes fortes et résistantes à toutes sortes d'expériences car ils sont entraînés et préparés à ces chocs. Lionel le dit lui – même « Mon travail m'a appris à dominer l'appréhension. » (Fontaine, 2012). Pour cette raison et par manque d'informations sur l'état de stress post – traumatique, Lionel ne partagera pas ses vécus de dissociations et de reviviscences du traumatisme pendant au moins 6 ans. Il pensait pouvoir gérer cela seul et contrôler entre les reviviscences qu'il appelle « flash » ou « explosion intérieure ». Cependant, au fur et à mesure, et après une seconde mission en Afghanistan en 2011, ces temps entre les flashes ne sont plus supportables. Une angoisse est désormais présente et ressentie par Lionel. Au fur et à mesure de son témoignage, la terreur de ses flashes s'exprime « Et quand ça m'arrive, je suis en boule dans mon garage, terrifié. » (Fontaine, 2012).

« J'avais une petite bombe en moi que je ne pouvais plus contenir. J'attendais le flash comme une fatalité, en me disant qu'une fois passé, j'allais avoir un peu de répit. Jusqu'au jour où, entre deux flashes, je ne pensais plus qu'à ça. Désormais, je vis dans l'angoisse qu'il se déclenche. Je ne vis plus. » (Fontaine, 2012).

Cette angoisse de revivre ses flashes a des conséquences sur la vie de Lionel. Les termes employés sont du registre de l'attaque et de la destruction de soi. L'angoisse semble le ronger de l'intérieur « ça creuse en moi un vide. » (Fontaine, 2012).

« Ça fige, ça détruit, ça creuse un peu plus à chaque fois. Ça m'accapare. Ça me bouffe la vie, je vis dans l'angoisse, car ces flashes peuvent me tomber dessus à tout moment. Dans mon cas, cela se conjugue avec de l'hypervigilance, un état de qui-vive permanent. » (Fontaine, 2012).

L'état de stress post – traumatique agit également sur le ressenti émotionnel de Lionel. Dans certaines situations, il « peut être irritable » (Fontaine, 2012) notamment au volant. Avec sa famille, sa femme et ses enfants, Lionel ne ressent plus un sentiment de joie. Il décrit également « un décalage » entre lui et les personnes qui l'entourent. On ne sait pas si ce décalage traduit une différence entre lui et autrui. Ce changement est cependant remarqué par sa famille « Ma famille ne me reconnaissait plus, et je ne m'en rendais pas compte. » (Fontaine, 2012). Lionel décrit également son ressenti face au monde actuel « Je n'arrive plus à trouver mon ancrage dans le monde réel. » (Fontaine, 2012). À la suite de son traumatisme, Lionel ne se sent plus comme appartenant à ce monde, peut – être dans un autre monde, dont il peut être le seul à comprendre. Ce comportement engendre un isolement, « une solitude extrême » (Fontaine, 2012). Pour Lionel, cet isolement était ressenti comme nécessaire « j'avais besoin de m'isoler » (Fontaine, 2012).

Le sentiment de vitalité et d'appartenance au monde vivant est également altéré. « Ça m'enlève ma vitalité. [...] je n'ai pas de vie. » (Fontaine, 2012). Pour ressentir une émotion et ainsi se sentir vivant, Lionel, durant ses insomnies, regarde des vidéos de sévices corporels. « Avec l'espoir que voir le mal va me toucher, me rendre vivant. » (Fontaine, 2012). Comme le dit Lionel « Rien ne me touche, sauf les émotions fortes. » (Fontaine, 2012). C'est par ses émotions, provoquées par des images d'horreurs, qu'il se sent en vie.

L'hypervigilance de Lionel engendre une phobie des transports. Lorsqu'il sait qu'il doit se déplacer, Lionel a des manifestations psychosomatiques la veille telles que des maux de ventre et une insomnie. Cela entraîne également un changement dans son rythme de vie « J'ai passé des journées prostré dans mon garage, à pleurer. » (Fontaine, 2012).

On note une fatigue globale chez Lionel, tant psychique que physique. L'hypervigilance est « un état de qui-vive permanent. » (Fontaine, 2012). Lionel pense à ces flashes jour et nuit provoquant des troubles du sommeil « Je ne dors presque plus » (Fontaine, 2012). Ces insomnies ont pour conséquence une extrême fatigue, ce qui augmente la venue des flashes. La fatigue se ressent également par la perte des repères temporels « je perds la notion du temps, je suis décalé » (Fontaine, 2012). Lionel se trouve dans un cercle vicieux, ne permettant plus de poursuivre son engagement de militaire des forces spéciales.

5.2. Importance de la famille

Le premier témoignage est celui d'une femme dont le mari est militaire. Elle décrit son mari comme étant un homme souriant, « toujours joyeux, qui riait constamment ». À son retour d'une mission à l'étranger (OPEX), son mari devint un homme « qui ne parlait pas, qui ne souriait plus ». Elle retrouva un homme froid et douta de ses sentiments envers elle « sans aucun sentiment à mes yeux ». Cependant, ses doutes s'effacèrent lorsqu'elle réussit à calmer et rassurer son époux durant ses nombreux cauchemars. « La seule chose qui l'apaisait c'était lorsque je le prenais dans mes bras. » Cette attitude a permis à son mari de retrouver une contenance et une chaleur corporelle rassurante. À la vue des comportements de son mari, elle décida de lui parler en abordant des professionnels prêts à l'écouter de son expérience et vécu lors de sa mission. Elle se confronta à un déni de son mari. Comme évoqué précédemment, le traumatisme est un sujet sensible dans l'armée et chaque personne étant atteinte d'un état de stress post – traumatique peut être perçue comme faible. Son beau – père, étant un ancien militaire, accepta de parler à son beau – fils, ce qui permit de le soulager.

Le second témoignage raconte l'expérience d'une fille dont le père est atteint d'un état de stress post – traumatique. Elle décrit les premiers symptômes par des insomnies, une forte consommation d'alcool, l'anxiété d'être suivie et s'emportant facilement. La suite est qualifiée

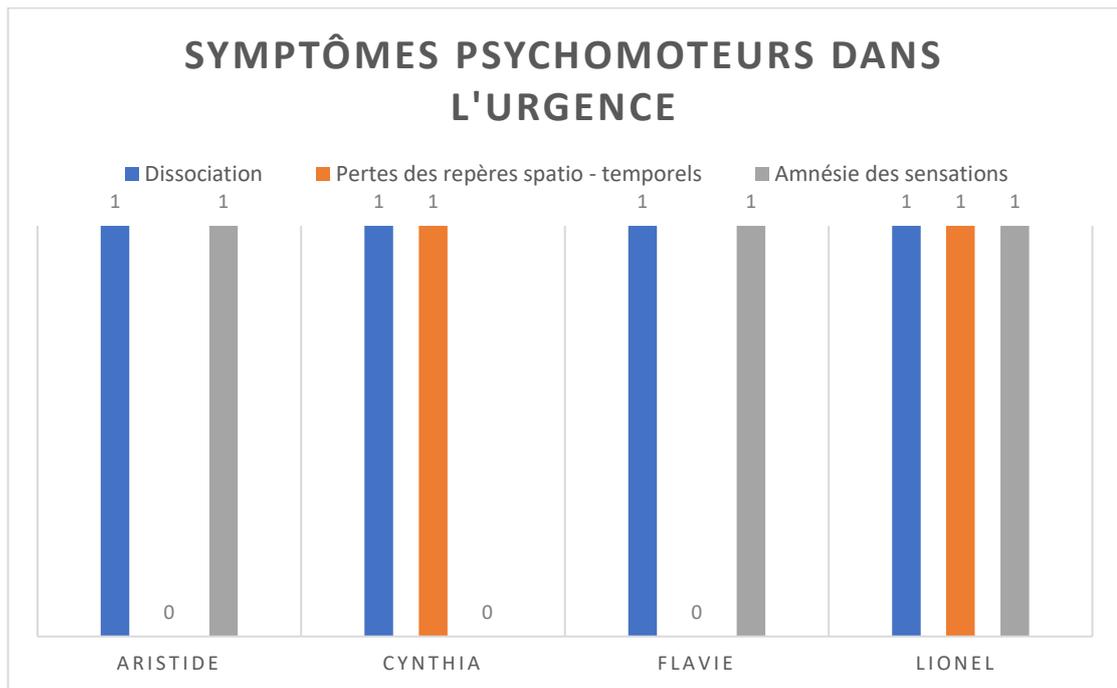
de « descente aux enfers ». Du a son excès d'alcool, son père devient violent envers l'ensemble de sa famille. Ils savent que leur père est malade et qu'il faut agir. Cependant, « tant que le soldat ne l'admet pas, vous n'y pourrez rien. » Un soir, après un ressassement de souvenir et beaucoup d'alcool, il tente de se suicider en prenant des médicaments. Hospitalisé en service de psychiatrie, le diagnostic d'état de stress post – traumatique tombe. « 3 mots bien connus de nos soldats, mais si tabous, ce mal qui soi-disant n'arrive qu'aux autres, qu'aux faibles. » Un traitement médicamenteux et une prise en charge en psychothérapie commencent pour aborder « ces maux qui le rongent ». Après quelques mois, il arrête les différents suivis et le cache à sa famille. Un extrême épisode de violence conduit sa famille à l'interner, contre son gré, dans un service de psychiatrie. Actuellement, un emploi du temps a été aménagé afin de le rassurer au maximum. Il reste tout de même « une paranoïa quasi constante, une peur de la foule, du noir, des espaces clos, des lumières rouges, de l'inconnu et j'en passe ».

La famille a donc une place importante dans l'initiative d'une démarche clinique. En effet, l'état de stress post – traumatique n'est pas assez connu et reconnu dans le domaine militaire. Être traumatisé est vu comme un signe de faiblesse chez ces soldats qui sont entraînés pour ce genre des situations et faire face à la difficulté et horreur à laquelle ils peuvent être confronté. Les soldats se taisent et gardent leurs difficultés et angoisses pour eux. C'est donc la famille qui, quand elle observe des comportements anormaux, va demander de l'aide auprès de professionnels pouvant aller jusqu'à une hospitalisation de force dans certains cas.

6. Présentation des résultats

Mon étude s'est portée sur quatre témoignages : Aristide, Cynthia, Flavie et Lionel. Aristide est le seul sujet dont l'état de stress post – traumatique n'est pas diagnostiqué, mais il présente certains symptômes s'y apparentant. Flavie est le sujet ayant présenté une amnésie traumatique. Ses symptômes se sont déclarés 22 ans après le traumatisme. Quant à Lionel, c'est un ancien militaire, par sa formation, le corps est perçu différemment notamment dans sa fonction qui est la représentation de la force.

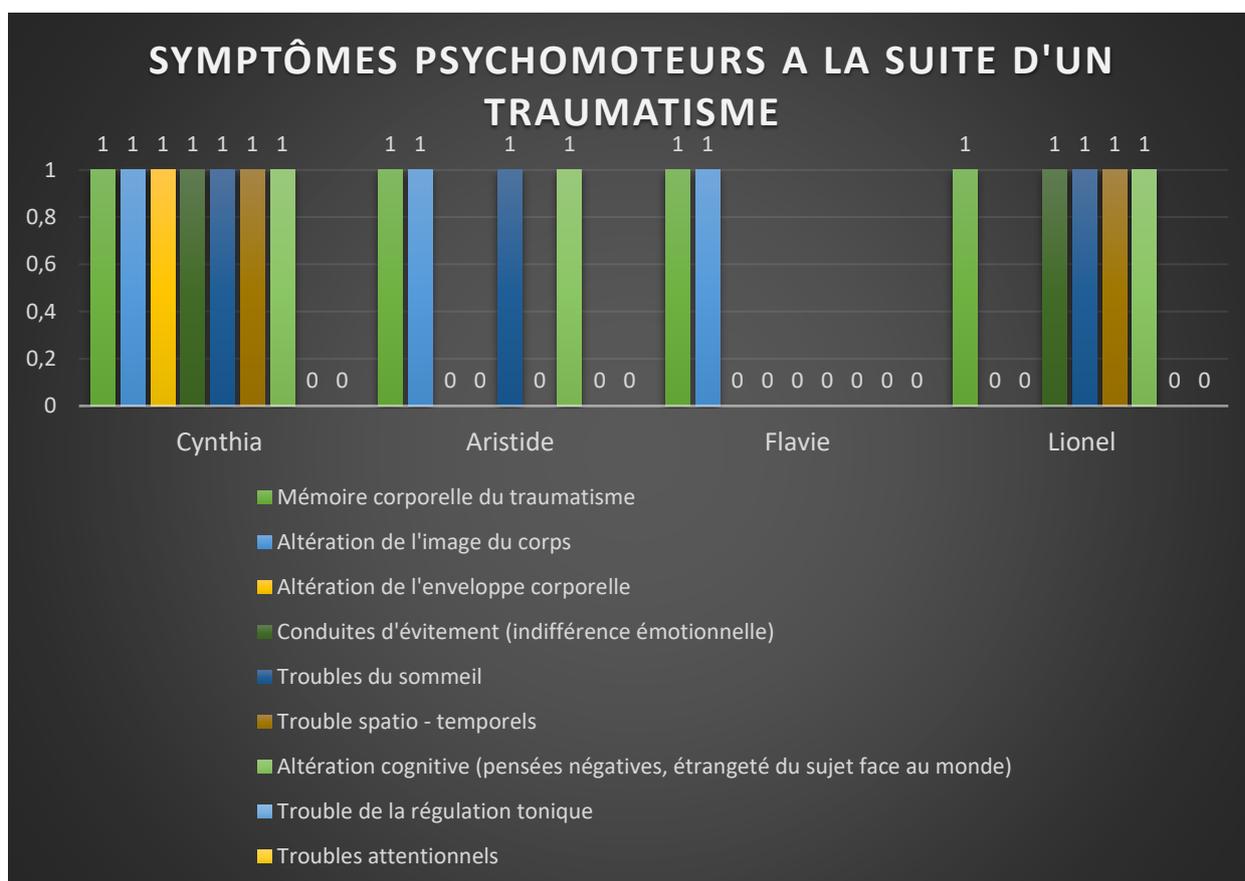
Pour chacun, j'ai relevé des symptômes psychomoteurs décrits pendant le traumatisme ou quelques instants après. Le graphique ci – dessous expose la présence ou non de symptômes.



Les trois grands symptômes retrouvés chez dans ces quatre témoignages sont la dissociation, la perte des repères spatio – temporels et l’amnésie des sensations. Le chiffre 1 est indiqué lorsque le sujet présente ce symptôme, le chiffre 0 est affiché lorsqu’il ne le présente pas.

La dissociation corps – esprit est décrite chez l’ensemble des sujets. L’amnésie est également présente chez 75% d’entre eux. Seule Cynthia, malgré une dissociation, a tout de même garder souvenirs de ses différentes sensations lors du viol. Concernant la perte des repères spatio – temporels, 50% des sujets l’ont présenté. Pour Cynthia, la confusion était pendant le traumatisme et après lors de ses auditions, examens et retour sur les lieux. Pour Lionel, après l’explosion de la bombe, le temps semble s’être arrêté.

Une partie de ma recherche est ensuite réservée au rapport au corps. Le graphique ci – dessous représentent la présence ou non des symptômes chez chaque sujet.



Une couleur différente est attribuée à chaque symptôme psychomoteur. Le chiffre 1 est indiqué lorsque le sujet présente ce symptôme, le chiffre 0 est affiché lorsqu'il ne le présente pas.

Le traumatisme s'est intégré dans la mémoire corporelle chez 100% des sujets. Certains parlent de cicatrices qui resteront sensibles à vie. D'autres ont l'impression que l'horreur remplit leur ventre, qu'ils sont vides, que des traces sont restées sur eux, d'attaque de panique constante. Enfin, un dernier parle de marque au fer rouge.

L'altération de l'image du corps est présente chez 75% des sujets. Seul Lionel ne semble pas parler de la représentation de son corps. Il est également le seul militaire, et présente donc une représentation du corps différente des personnes non militaires. Aristide ne reconnaît plus son corps, on parle de dépersonnalisation. Cynthia, victime de viol, a une perception de corps déformé, on parlera plutôt de dysmorphophobie. Quant à Flavie, elle se sent fissurée. Son image est fragilisée.

L'enveloppe corporelle n'est abordée que par Cynthia. En effet, elle parle de frontière effondrée et de brèches à colmater.

Des troubles du sommeil sont présents chez 75% des sujets. Cynthia et Aristide sont réveillés par des cauchemars. Lionel présente une phobie des transports. La veille de chaque long voyage, il fait une insomnie.

Les troubles spatio – temporels sont décrits par 50% des sujets, Cynthia et Lionel. Ce sont également les seuls à avoir présenté cette confusion pendant l'événement et quelques instants après. Le drame, nommé par Cynthia, dure toute une vie et non pas quelques heures. Lionel parle de décalage dans le temps. Pour tous les deux, le rythme de vie a changé après l'événement.

Les altérations cognitives représentant la perte d'intérêt et de plaisir, les pensées négatives, le sentiment d'étrangeté face à autrui et au monde qui nous entoure et une labilité de l'humeur. On retrouve un de ces critères dans 75% des cas. En effet, seule Flavie ne présente aucune altération cognitive. Aristide se sent étranger et différent face à ses coéquipiers de rugby qui ne furent pas victimes des attentats. Cynthia rentre le soir chez elle après sa journée de travail et s'isole dans son appartement. Il y a enfin Lionel qui peut être irritable selon les situations. L'isolement est également une conduite d'évitement face au décalage qu'il retrouve entre lui et sa famille.

Les troubles de la régulation tonique ainsi que les troubles attentionnels sont deux éléments possibles dans un état de stress post – traumatique. Cependant, aucun d'entre eux ne parle de tension musculaire ni de capacité à rester concentré sur une tâche. Certains abordent la forte place qu'occupent les reviviscences et la peur des souvenirs et donc ne peuvent plus assurer le métier qu'ils occupaient précédemment.

DISCUSSION

1. Conclusion et critiques de la recherche

1.1. Conclusion

Les sujets choisis ne présentent pas tous un état de stress post – traumatique. Néanmoins, tous présentent des symptômes psychomoteurs en réaction à un traumatisme.

Mes hypothèses cliniques sont :

- La psychomotricité, par son approche psycho – corporelle, est utile dans les CUMP.
- Le psychomotricien peut intervenir dans l'urgence à la suite d'un traumatisme et repérer les symptômes psychomoteurs d'un risque d'état de stress post – traumatique.

Concernant la première hypothèse, la prise en charge de la dissociation corps – esprit, la perte des repères spatio – temporels et l'amnésie des sensations est faite par l'ensemble des professionnels et bénévoles lors de l'intervention. Cependant, le psychomotricien, par sa formation, va accompagner autrement le patient. Son regard de psychomotricien va permettre d'agir différemment et de voir le patient dans sa globalité psychocorporelle. Mon analyse clinique a permis de révéler la présence de symptômes psychomoteurs dans les situations d'urgence, peu importe l'événement traumatique. Cependant, ma démarche clinique ne m'a pas permis d'affirmer cette première hypothèse et donc de prouver que la psychomotricité serait une indication dans les CUMP.

Ma seconde hypothèse concerne l'intervention psychomotrice en tant qu'indication dans les situations d'urgence. Le psychomotricien peut intervenir dans les CUMP en tant que personne, mais sa formation en psychomotricité n'est pas indispensable à la prise en charge dans l'urgence. La prise en charge par un psychomotricien serait peut – être trop prématurée compte tenu de l'état de choc des patients arrivant au poste d'urgence médico – psychologique. Ma démarche clinique n'a pas permis de prouver que le psychomotricien pouvait intervenir dans les situations d'urgence et repérer des symptômes psychomoteurs spécifiques à l'ESPT.

Cependant, nous savons que les professionnels de santé faisant partie des CUMP prennent en charge les patients à risque rapidement. Le psychomotricien pourrait donc intervenir dans un second temps sur l'acceptation du traumatisme par des méthodes psychocorporelles et ainsi agir sur des fonctions psychomotrices telles que l'image du corps et la mémoire corporelle qui sont deux critères retrouvés pour la plupart des cas étudiés.

L'ensemble de cette recherche m'a permis de comprendre que ma méthode n'était pas adaptée à mes hypothèses. Il faut tout d'abord distinguer deux temps d'intervention : l'urgence et l'après-coup. L'intervention ainsi que l'indication en psychomotricité seront différentes dans ces deux situations.

Afin de valider ces hypothèses, une nouvelle recherche devra être effectuée avec un protocole plus adapté et plus rigoureux. Le respect de l'éthique sera à prendre en compte dans la méthodologie afin de récolter des données auprès de sujets, mais d'être présent par la suite afin de répondre à leur demande ou reviviscence qui pourraient émerger.

1.2. Critiques

J'ai rencontré une première difficulté lors de mon choix de sujet. En effet, ma première idée pour ma partie recherche était de rencontrer des personnes ayant vécu un traumatisme (attentat, accidents de voiture) ayant été pris en charge par une CUMP. En leur posant des questions précises sur des fonctions psychomotrices, j'aurai pu, par des réponses précises et pourquoi pas chiffrées (questionnaires et entretiens), avoir des données me permettant de dire si, dans l'urgence, une symptomatologie psychomotrice s'exprimait et pourrait être repérée et prise en charge par un(e) psychomotricien(ne).

Cependant, ma démarche n'aurait pas été éthiquement correcte. Rencontrer des personnes, potentiellement atteinte d'un état de stress post – traumatique, leur demander de me raconter ce qu'ils ont ressenti quelques minutes et heures après leur événement traumatique, récolter mes données et nous quitter n'était pas envisageable. J'allais provoquer une possible reviviscence car je leur aurais demandé de se souvenir de sensations particulières et d'un état qu'ils souhaitent

surement oublier. Les laisser ensuite seuls avec leurs souvenirs, pour certains sans aucune prise en charge pour en parler, n'aurait pas été professionnel ni adapté à leur intégrité psycho – corporelle.

Je me suis donc tournée vers les professionnels des CUMP ; psychiatres et psychologues. Une première idée était de faire un stage long en compagnie d'un professionnel de CUMP. Cependant, aucun psychomotricien ne travaille dans ce milieu qui est l'urgence. Ce projet était donc irréalisable. Il m'a néanmoins motivée dans ma recherche permettant d'affirmer ou pas que la psychomotricité avait une place dans les cellules d'urgence.

J'avais comme seconde idée de faire un questionnaire sur les observations qu'ils pourraient faire lors de leurs interventions. Malheureusement, seulement un psychologue référent d'une CUMP de la région parisienne m'a répondu. Nous nous sommes rencontrés et il m'a expliqué le fonctionnement de la cellule. Ce rendez – vous fut très important dans la mise en place de mon mémoire car il m'a permis de me rendre compte que le travail des cellules d'urgence ne s'arrêtait pas à l'intervention quelques instants après l'événement. En effet, les professionnels, psychiatres et psychologues, continuent de voir les patients jugés à risque de développer un état de stress post – traumatique ou état de stress aigu (déclaré moins d'un mois après l'événement). Une prise en charge commence pour les aider à accepter le traumatisme.

Concernant le choix des patients, je sais que le nombre de cas choisis est trop mince. De plus, chaque témoignage est basé sur des sujets victimes d'un désagrément corporel. En effet, Aristide fut blessé par balle, Cynthia et Flavie furent violées et Lionel a été victime d'une explosion lors de sa mission. On peut penser que les symptômes psychomoteurs sont donc plus exprimés et mis en jeu par rapport à une personne qui n'aurait pas été touchée physiquement. De plus, je n'ai pas d'informations sur leurs prises en charge ou non par des professionnels formés à la prise en charge de victime de traumatisme. On peut penser que les conséquences auraient été différentes si ces personnes avaient été aidées, au moment même de leur traumatisme, dans un processus d'intégration et d'acceptation de l'événement.

L'ensemble de ces critiques sont directement liées à mes hypothèses de départ. M'être focalisée sur les situations d'urgence n'était pas adapté si l'on prend en compte le peu de

possibilités d'avoir de la clinique dans ce cas précis. Une autre hypothèse, dans une situation plus large sur l'action du psychomotricien aurait été préférable pour un mémoire de diplôme d'état.

Ma recherche n'a pas permis d'affirmer l'hypothèse que le psychomotricien avait une place dans les CUMP. Cependant, son action ne se limite pas à l'intervention sur le terrain. Je vais aborder dans la prochaine partie la prévention des traumatismes et un possible rôle de la psychomotricité dans ce champ d'action.

2. Dans la prévention

En 1948, l'OMS définit la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2001, page 1).

2.1. Formation CUMP

La formation des Cellules d'Urgence Médico – Psychologique est régie par l'instruction N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017. Je rappelle les points abordés durant cette formation :

- La catastrophe et les plans de secours
- L'organisation des Cellules d'Urgence Médico – Psychologique
- Le stress et le psychotraumatisme : épidémiologie, psychopathie et neurobiologie
- Formes cliniques spécifiques
- Les prises en charge CUMP.

Elle est généralement assurée par le référent de la cellule c'est-à-dire le psychiatre ou le psychologue lorsque la cellule ne dispose pas de psychiatre.

J'ai participé en décembre 2017 à la journée CUMP du Val d'Oise (95). Cette journée était sur le thème « L'enfant et le psychotraumatisme, Apports de la psychomotricité, le deuil en

situation d'exception ». La psychomotricienne intervenant, Julie Bouguet, avait pour programme de définir la psychomotricité, d'aborder les niveaux de développement psychomoteur de l'enfant et de conclure sur l'approche corporelle de l'enfant et de l'adulte : propositions d'accompagnement. Cependant, pour des raisons personnelles, elle ne put assurer cette intervention.

J'ai pu contacter Julie Bouguet après cette journée par mail. Elle a effectué la formation de la CUMP du 95 l'an dernier et n'a pas encore eu l'occasion d'intervenir sur le terrain. Selon elle, la psychomotricité n'est pas indispensable en situation d'urgence. Cependant, intervenir en amont, auprès de la formation des bénévoles serait plus approprié.

En effet, par notre connaissance de la communication non – verbale, nous pourrions leur présenter certains signes possiblement inquiétants et évocateurs d'un état de stress post – traumatique. Sensibiliser les intervenants sur le dialogue tonico – émotionnel permettrait également de revoir leur place dans la relation lors des interventions. La notion de posture pourrait aussi être abordée afin de s'adapter aux différentes postures qu'ils pourront retrouver chez les personnes qu'ils accueilleront. La posture des bénévoles sera également importante afin d'être accueillant et dans une position favorisant la communication.

2.2. *Sensibilisation chez les militaires*

L'état de stress post – traumatique est une pathologie taboue dans le domaine militaire. Pourtant, cette maladie est réelle et le nombre de militaires atteints augmente chaque année. Entre 1999 et 2004, le nombre de vétérans américains ayant reçu des indemnités pour l'ESPT a augmenté de 79,5% (Russell & Friedberg, 2010). Compte tenu du contexte actuel, nous pouvons penser que ce chiffre a encore augmenté.

L'état de stress post – traumatique (comme beaucoup de pathologies mentales) n'est pas assez connu et reconnu par les militaires. En effet, à la suite d'une attaque, assistance humanitaire, accidents, rien n'est mis en place durant la mission ni à leur retour. Aucun temps n'est réservé à ces soldats pour aborder ce qu'ils ont vécu auprès de professionnels du psychotraumatisme. Or, ce temps est jugé urgent par un groupe de travail du Ministère de la Défense sur la santé mentale en 2007 (Russell & Friedberg, 2010).

Un premier temps de prévention serait à réaliser **auprès des médecins et psychiatres présents sur le terrain** en mission. Ils pourraient être formés aux méthodes de defusing et de débriefing. Ainsi, pour chaque événement potentiellement traumatique (accident, agressions, mort d'un coéquipier), un temps pourrait être réservé pour parler et accueillir les réactions des soldats.

Un second temps de prévention serait d'**informer les soldats sur l'état de stress post – traumatique**. Même s'ils sont préparés psychologiquement à vivre des situations difficiles, l'homme n'est pas préparé à rencontrer la mort. Ils peuvent donc, comme tout civil, être atteints de cette pathologie. Les informer de réactions potentielles comme les troubles du sommeil, les flashes, l'irritabilité, l'isolement permettront, lorsqu'elles apparaîtront, au militaire de penser au ESPT et ainsi venir consulter un professionnel formé afin d'être rapidement pris en charge. La famille doit également être informée car elle est la première à remarquer les premiers changements lors d'un retour de mission.

La psychomotricité pourrait jouer un rôle dans la prévention de l'ESPT lors du **retour de mission** des soldats. Conjointement avec un psychiatre, le psychomotricien pourrait participer aux entretiens. Par sa formation, le psychomotricien observera la manière d'agir du patient. Il regardera la respiration, la position du corps, le tonus, l'utilisation de l'espace de la pièce, les termes utilisés pour décrire ou pas son corps. Toutes ces observations seront utiles pour repérer des premières manifestations somatiques d'un ESPT. Bien sûr, le psychomotricien devra lui aussi être formé au psychotraumatisme, mais aussi au milieu militaire afin de répondre au mieux aux questions possibles des sujets, mais également pour être informé sur l'aspect corporel qui leur est spécifique.

2.3. Prévention dans la population

Les objectifs principaux de la prévention sont de réduire le nombre d'événements susceptibles de provoquer un traumatisme et le nombre et la gravité des traumatismes.

Aurélie Pain est une psychomotricienne proposant aujourd'hui plusieurs formations, dont « réagir après un événement traumatique dans son équipe ». Elle propose différents enjeux comme prendre de la distance face au traumatisme. Elle se base ensuite sur les **impressions sensorielles** à travers les cinq sens pouvant rester en mémoire. La dernière partie s'appuie les effets du stress

et les différentes réactions retrouvés chez les salariés à la suite du traumatisme (RHéponses;, 2017).

Cette formation permet aux équipes de savoir désormais quoi mettre en place et de quelle manière afin de proposer une première réponse à la suite d'un événement traumatisant. Cet exemple basé l'évocation des souvenirs par **la sensorialité** sera le premier moyen d'intégrer l'événement afin de l'accepter.

Nous savons que l'élaboration d'un programme d'action et de simulations permet de réduire les états de stress dépassé lors de l'événement. Par exemple au Japon, les écoliers ont des simulations de conduites à tenir en cas de tremblements de terre. Cette mise en place a permis de réduire le nombre de troubles psychiques à la suite des séismes.

L'information a également son rôle à jouer dans les différentes réactions à laquelle la population sera confrontée à la suite d'un traumatisme. Dans le cas de situations inquiétantes, transmettre les coordonnées utiles permettra d'agir rapidement chez ces personnes nécessitant de l'aide.

La prévention du traumatisme passe donc par des simulations de conduites à tenir. Il existe néanmoins certains événements, comme les attentats, pour lesquels la prévention reste difficile. Une fois ce traumatisme passé, les CUMP vont être recrutées afin de prendre rapidement en charge les personnes nécessitant des soins médico – psychologiques.

3. Dans l'urgence

3.1. *Chez l'enfant*

Mon étude s'est basée uniquement chez les adultes car mes témoignages étaient écrits par des adultes. Cependant, les enfants sont également exposés à des traumatismes. Les cellules d'urgences peuvent intervenir lors de décès soudains, par exemple dans une école, risquant de traumatiser les élèves selon les circonstances. Un accident de la vie domestique, un incendie dans

un immeuble, peut également être un motif d'intervention d'une CUMP si le médecin-chef du SAMU juge leur action nécessaire.

Selon François Lespinasse, psychologue à la retraite, mais ayant intervenu de nombreuses années dans les CUMPS, le but des interventions chez les enfants est de les aider à « reconstruire sa capacité à penser » (Lespinasse, 2008, page 50). Par différentes médiations, il cite notamment le jeu et le conte, les intervenants doivent « apaiser les enfants » afin de « relancer rapidement ses capacités à « penser l'événement et, si nécessaire, lui « prêter » des mots » (Lespinasse, 2008, page 50).

Pour s'adapter à l'enfant et à son comportement, une **mallette pédiatrique**⁴ est à disposition des professionnels lors des interventions d'urgence. Cette mallette ou sac pédiatrique contient différentes choses : des peluches, images avec différentes émotions, personnages « playmobil », feuilles et crayons, pâte à modeler, figurines d'animaux, voitures de police, camion de pompier ... L'ensemble de ces jeux permet d'aider l'enfant à parler de l'événement et ainsi mettre des mots sur ce qu'il s'est passé et possiblement sur ses ressentis.

L'utilisation systématique de **médiateurs** dans notre profession ferait du psychomotricien le professionnel le plus adapté à intervenir avec les enfants. L'enfant peut être « sauvé physiquement », mais sa pensée peut être bloquée (Lespinasse, Une "mallette d'urgence psychologique pour les enfants", 2002). Par différents jeux, la prise de contact sera plus adaptée et mettra l'enfant plus en confiance. Concernant **le développement de l'enfant**, le psychomotricien est sensibilisé et spécialisé durant sa formation. Il sera donc possible de remarquer un comportement anormal pour un enfant selon son âge et ses stades de développement.

L'enfant doit être pris en charge de manière adaptée afin de verbaliser le traumatisme. La partie suivante concerne la sensibilisation au stress post – traumatique chez les militaires. La façon d'aborder ce sujet et le traumatisme devra également être adaptée compte tenu de leur formation.

⁴ Cf. Annexe 2 page 82

3.2. Hypothèses d'axes de soin

Pour penser des hypothèses de soins, il faut tout d'abord posséder un bagage théorique nous servant de base de réflexion. Effectuer une **formation en psychotraumatologie** est donc primordiale afin d'intervenir avec une quelconque population touchée par un traumatisme. Une **formation de la prise en charge en urgence** devra également être faite afin d'être sensibilisée au fonctionnement de la cellule et des différentes réponses que le psychomotricien pourra voir des personnes reçues dans le poste d'urgence.

Il faut ensuite penser aux **indications et contre - indications** d'une intervention en psychomotricité. Les premiers objectifs du psychomotricien seraient de redéfinir les limites corporelles du corps propre du patient ainsi que la réappropriation de soi. Cependant les médiations utilisées devront correspondre aux différents états des patients. Par exemple, nous n'allons pas proposer un toucher thérapeutique à une personne recouverte de sang à la suite d'un attentat.

Une dernière partie que j'aimerais aborder est **les limites de l'intervention**. En effet, quand nous pensons psychomotricité beaucoup d'entre nous pensent balles à picots, dessins, jeux, ... Ce dispositif ne serait pas possible compte tenu de la place dont nous disposons pour les entretiens ainsi que du temps dont nous disposons. Je pense également au **psychomotricien** lui – même. Lorsque la personne est appelée pour une intervention, elle n'a pas d'information sur l'événement qui vient de se produire, le nombre de personnes impliquées, etc. Seule l'imagination produit des images qui peuvent être bien différentes de la réalité. Par nos personnalités et nos différentes expériences passées, certaines situations pourront plus ou moins nous toucher. Dans ce cas, l'état dans lequel le psychomotricien se trouvera ne sera pas adéquat pour prendre en charge les personnes nécessitant de l'aide. Nous savons que, par le dialogue tonico – émotionnel, notre état peut être ressenti par la personne que nous recevrons. Il faut donc être dans de bonnes conditions afin d'instaurer une relation sécurisée pour le patient.

Malheureusement, pour un certain nombre de patients, l'intervention du CUMP n'est pas suffisante et certains développent un état de stress post – traumatique. Je développerai donc dans la prochaine et dernière partie les possibilités de prise en charge en psychomotricité.

4. Dans la prise en charge

4.1. Résilience

Résilience vient du latin *Re – salire* signifiant rebondir. La première définition appartient à la physique. Elle correspond à la capacité mécanique définissant la résistance aux chocs d'un matériau (Cyrulnik, Jorland, & Collectif , 2012). Le terme s'est ensuite étendu au domaine écologique et enfin psychologique.

La résilience est donc « un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique. » (Cyrulnik, Jorland et Collectif, 2012, page 8).

Le processus de résilience est dynamique et différent pour chacun. La personnalité, le système familial, les expériences vécues ainsi que la condition actuelle de la personne sont des facteurs rentrant en jeu dans la résilience. Un événement n'aura pas le même impact et la réaction du sujet sera différente à tel ou tel instant de sa vie.

Otto Dix est un peintre allemand ayant participé à la Première Guerre mondiale. Après son retour, il produira de nombreuses peintures ou il retracera des scènes vécues pendant la guerre. J'ai choisi une de ses œuvres pour illustrer ma page de présentation. Elle est nommée *Les joueurs de Skat ou Invalides de guerre jouant aux cartes* et fut peinte en 1920. Elle représente trois personnages, anciens soldats jouant aux cartes. Tous sont mutilés. Leurs visages sont faits de divers morceaux différents, certains n'ont plus de jambes. À travers cette peinture, nous retrouvons l'horreur de la guerre et les dégâts corporels engendrés. La peinture était un moyen pour lui d'extérioriser l'horreur qu'il avait vu et vécu durant la guerre (Ottodix.fr, s.d.).

Yahia est un homme âgé de 32 ans. Il assista aux attentats du 13 novembre 2015 en arrivant au bar après le départ des terroristes, mais avant l'arrivée des urgences. Il pratiquait le rugby. Après cet événement, il ressentit rapidement le besoin de se remettre au sport. Cependant, un sport collectif n'était plus adapté. Il retourna dans la salle de boxe ou il allait étant plus jeune. Il ressentait

quelque chose en lui « qu'il fallait faire sortir » (Berland, 2017, page 38). À travers les frappes, il sortit toute sa colère jusqu'au moment où le vide se fit dans sa tête et qu'il ne sente plus rien. Il garda « ce truc » en lui durant plusieurs et retourna à la boxe plusieurs jours d'affilés. Ce temps lui permit de faire face à « ses démons » et d'en apprendre sur lui – même. Cet événement lui a permis d'ouvrir son esprit et de grandir d'un coup.

Ses deux cas sont des exemples de **résilience individuelle**. Chacun a trouvé son parcours de résilience permettant d'accepter l'événement et de l'appivoiser. C'est par le corps qu'ils ont retrouvé la possibilité d'exprimer ce qu'ils ne pouvaient pas avec des mots.

Le système familial est également un facteur de **résilience collective**. Par leurs conduites et leurs écoutes, les membres d'une même famille pourront aider un sujet à se reconstruire et à accepter le traumatisme vécu. Différents critères entrent en jeu :

- « La stabilité et la cohésion familiale ;
- La souplesse et l'adaptabilité à l'égard du changement ;
- La résistance au stress ;
- La qualité de la communication (partage d'émotions entre les membres) ;
- L'existence de rituels et de célébrations... ;
- La cohésion et le soutien familial face aux événements stressants ;
- Les capacités de développer et de maintenir un réseau social. » (Anaut, 2016, page 16).

La résilience peut donc se mettre en place grâce au groupe. Il permet d'instaurer un climat de confiance, nécessaire pour libérer la parole. Il faut néanmoins veiller à ne pas tomber dans l'excès. Ressasser de manière répétée les souvenirs n'aide pas à s'en sortir. Le regard des autres est également important ; ne pas regarder son ami sous l'angle d'une victime. Les proches des rescapés ont donc une position délicate de ne pas oublier ce qu'ils ont vécu tout en ne ramenant pas tout à cet événement.

Pour relier la psychomotricité à la résilience, je m'appuierais à nouveau sur le rapport de Françoise Rudetzki. Je rappelle que la psychomotricité est citée à plusieurs reprises comme étant nécessaire dans ce processus de résilience. Des recommandations ont été listées afin de répondre

au mieux à la problématique de ce rapport et de la demande actuelle en France qui est la prise en charge des victimes à la suite des attentats.

- « **Recommandation n°1** : Former tous les professionnels de la sécurité et de la santé aux premiers principes et gestes de l'aide psychologique ; généraliser une offre universelle de formation aux premiers gestes de secours, en y intégrant des données psychologiques ; ouvrir très largement cette offre aux scolaires et étudiants, en s'appuyant sur le réseau des grandes associations de secourisme. » (Rudetzki, 2016, page 37).

Une formation est donc nécessaire afin de répondre de manière adaptée aux besoins de ces personnes victimes d'attentats et de tout autre événement traumatique.

- « **Recommandation n°2** : Prévoir une évaluation des différentes méthodes de prise en charge médico-psychologiques et de l'organisation générale mise en place en cas d'attentat. » (Rudetzki, 2016, page 37).

Le relais entre les professionnels des CUMPS et les professionnels assurant le suivi sur le plus terme reste compliqué. Cependant, le rapport met en évidence l'importance de la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire. Un programme commun est envisagé entre CUMP, CMP et professionnels libéraux afin d'avoir un historique des symptômes des patients.

- « **Recommandation n°6** : Garantir sans frais une prise en charge psychique et thérapeutique globale, indépendamment de l'inscription sur la LUV, pour les personnes impliquées. » (Rudetzki, 2016, page 37).

La LUV est la liste unique des victimes. Elle est réalisée après chaque traumatisme (attentats, catastrophes naturelles). Cette liste recense les personnes décédées à la suite de l'événement, les personnes ayant subi une atteinte physique ou psychique immédiate et enfin les personnes impliquées se trouvant sur les lieux. La LUV sera le point de départ pour une prise en charge adaptée à la suite de l'événement.

- « **Recommandation n°7** : Proposer systématiquement à chaque personne victime, impliquée ou impactée dans les attentats, d'effectuer un diagnostic de santé physique et psychique gratuit. » (Rudetzki, 2016, page 37).

La possibilité d'accéder aux soins est une priorité de ce rapport afin de prendre en charge le maximum de personnes le plus rapidement possible. La prise en charge par une équipe pluridisciplinaire permettra d'avoir un retour global sur le sujet et ainsi de pouvoir dire si elle présente un risque de développement d'une pathologie par suite des attentats.

La psychomotricité est donc une approche alliant corps et psychologie. La relaxation est une médiation citée dans ce rapport, permettant de « réorganiser l'image corporelle qui a subi une effraction » dans « un espace de (re)construction d'identification et de représentation » (Rudetzki, 2016, page 32). Un autre axe de prise en charge est de retrouver un corps plaisir, même dans les cas de blessures physiques.

Chaque sujet, pour accéder au processus de résilience, a dû se trouver un moyen d'extérioriser le traumatisme et de l'accepter comme un événement de la vie. Cependant, certains ne trouvent pas ce moyen, c'est pourquoi le gouvernement souhaite mettre en place des établissements adaptés et spécifiques au développement de ce processus. Malheureusement, certains ne peuvent accéder à cette résilience et développent un stress post – traumatique. La partie suivante sera réservée à des hypothèses de soin pour ces patients atteints d'un état de stress post – traumatique.

4.2. Hypothèses d'axes de soin

Comme évoqué dans ma partie théorique, le diagnostic d'état de stress post – traumatique se fait selon des critères bien précis et classés dans le DSM – V. Cependant, chaque patient sera différent ; avec ses propres troubles et difficultés. L'adaptation sera donc le maître mot de la prise en charge afin d'aider le patient au mieux.

Une première hypothèse d'axe thérapeutique est bien la détente par l'intermédiaire de **la relaxation**. Cependant, afin de proposer cette médiation, une relation de confiance doit s'instaurer

entre le patient et le psychomotricien. Le patient, par sa pathologie, est en état d'hypervigilance, lui proposer de s'allonger sur un matelas lors des premières séances ne serait pas adapté. Un premier travail avant d'accéder à la relaxation statique sera de travailler **la respiration**. Nous savons que l'état global influe sur la respiration et inversement. Se concentrer sur sa respiration va permettre une première approche de détente ainsi qu'un début d'apaisement du rythme global. La relaxation dynamique pourra ensuite être proposée afin de ressentir une première expérience de détente musculaire. Enfin, la relaxation statique pourra débiter afin d'accéder à un espace de détente corporelle et psychique. Le but étant naturellement que le patient devienne autonome sur le long terme et ainsi reproduire une technique de relaxation dans d'autres situations lorsqu'il le juge nécessaire (transport, travail, maison, nouvelles situations).

Le toucher pourra être un médiateur dans la prise en charge psychomotrice. Le toucher est une médiation pouvant prendre plusieurs formes : portage, pression, lissage, manipulation. Différents objectifs pourront être abordés à travers ce médiateur : le schéma corporel par nomination des parties mobilisées, le ressenti des limites corporelles permettant de retrouver une contenance sécurisée et une détente musculaire. Il faudra cependant adapter cette médiation au patient et au traumatisme qu'il a vécu. Si un patient a été victime de viol, le toucher pourra être plus délicat à aborder et l'utilisation d'objet médiateur comme les balles et les sacs lestés pourront être envisagés pour un premier contact.

Je n'ai pour le moment abordé que des médiations en **prise en charge individuelle**. Je me pose donc la question d'une **prise en charge groupale** pour ces patients. Cela dépendra bien – sûr de chaque patient et de leurs difficultés. Pour débiter un suivi, je pense que l'individuel est préférable car une relation duelle permettra un climat de confiance et plus sécurisée. Le groupe pourrait être envisagé plus tard dans la prise en charge. Se posera aussi la question d'un groupe avec des patients présentant le même profil ou au contraire avec des personnalités hétérogènes.

Concernant les médiations de groupe, **l'escalade** a déjà fait ses preuves auprès des militaires atteints de stress post – traumatique. Une formation de 9 jours est disponible dans le sud de France et rythmée d'entretiens individuels, d'ateliers collectifs et d'activité physique. Le but est la reconstruction du sujet par des sensations corporelles. Rentre également en jeu la force mentale et le dépassement de soi de grimper, mais aussi d'assurer une autre personne et donc d'être garante de son intégrité (Rozeron & Cirone, 2016). Un autre article défend la guérison de l'état de

stress post – traumatique par le corps. Un des pionniers de cette pensée est Bessel van der Kolk, neuropsychologue américain, qui estimait que **le yoga et le qi – gong** étaient plus efficaces que les thérapies verbales (Kottelat, 2014). D'autres médiations telles que **la danse et l'expression corporelle** pourront être utilisées en groupe afin de développer l'expression des émotions, le lâcher – prise, le travail et la cohésion groupe.

La liste de ses hypothèses n'est pas exhaustive et d'autres médiations pourraient très bien correspondre au profil de ces patients. Elles seront bien – sûr à adapter à chacun afin qu'ils puissent retrouver une intégrité psychocorporelle et se sentir mieux dans le corps et leur esprit. La psychomotricité est à intégrer dans une prise en charge pluridisciplinaire afin de visualiser et prendre en charge le sujet dans sa globalité.

Ces différentes parties retracent un premier travail de réflexion sur la prise en charge des victimes de traumatismes à différents instants. Cependant, qu'en ait – il du ressenti des bénévoles intervenant dans ces cellules et accueillant ces personnes traumatisées ? Une réflexion sur le suivi psychologique de ces acteurs serait à travailler afin de les prendre en charge pour qu'ils puissent, le cas échéant, répondre au mieux à la demande de ces nombreuses victimes.

CONCLUSION

Le traumatisme psychique est une pathologie mentale ayant des répercussions directes sur le corps. Différents moments sont à dissocier lors de la prise en charge d'un traumatisé psychique : l'urgence, le post – immédiat et la prise en charge sur le long terme.

Dans les situations d'urgence, des CUMP sont mises en place. Par le defusing et le débriefing, le but est de maintenir une continuité entre l'avant et l'après – traumatisme chez ses patients, pour la plupart en état de choc. Cette première intervention permet de repérer rapidement les sujets pouvant ultérieurement développer un état de stress post – traumatique. Mon analyse n'a pas permis de démontrer la nécessité de la place de la psychomotricité dans les CUMPS. Néanmoins, le rôle du psychomotricien serait d'assurer une unité psychocorporelle dans cet instant où la dissociation corps – esprit est généralement rencontrée.

La psychomotricité a également un rôle à jouer dans la prise en charge du traumatisé psychique, avec ou non un diagnostic d'état de stress post – traumatique. Par des médiations corporelles telles que la relaxation, la peinture, la danse ou encore l'escalade, ressentir de nouvelles sensations et se réapproprier une identité corporelle permettra de retrouver un sentiment de bien – être nécessaire à l'acceptation du traumatisme dans la vie du sujet.

Toutefois, le parcours thérapeutique d'un patient traumatisé se fait en complémentarité du travail de l'ensemble des professionnels : psychiatres, psychologues, psychanalystes. Chaque patient, avec un même diagnostic, pourra exprimer ses maux différemment aux vues de sa personnalité, de ses expériences passées et de son traumatisme. La prise en charge proposée devra donc s'adapter à chaque patient afin de lui correspondre au mieux pour qu'il se sente à l'aise et ainsi retrouver une harmonie psychocorporelle.

Cette première analyse n'est que le point de départ d'une recherche que je souhaiterai mener au long terme. Une fois diplômée, j'aimerais entreprendre un travail de méthodologie avec un bilan spécifique permettant ou non de démontrer l'utilité de la psychomotricité dans les cellules d'urgence. Un prochain projet est donc de m'inscrire en tant que bénévole dans une CUMP afin de me rendre réellement compte de la situation au sein de l'urgence post – traumatique.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- Anzieu, D. (1985). *Le Moi - Peau* . Paris: Dunod.
- Ballouard, C. (2008). *L'aide - mémoire de psychomotricité, p.1-7*. Paris: Dunod.
- Barraud, A. (2017). *Mais ne sombre pas* . Paris: Seuil.
- Berland, L. (2017). *En vie. Paroles d'espoir de rescapés d'attentats*. Paris: Hugo Doc.
- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique pour le psychomotricien* . Paris: Editions Robert Atlani.
- Collectif. (2005). *Petit Larousse de la psychologie*. Larousse.
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques*. Paris: Elsevier Masson.
- Crocq, M. -À., & Guelfi, J. D. (2015). *DSM - 5 Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Freud, S., Ferenczi, S., & Abraham, K. (2010). *Sur les névroses de guerre*. Payot & Rivages.
- Kédia, M., Sabouraud-Seguin, A., & al. (2013). *L'Aide - mémoire de psychotraumatologie*. Paris: Dunod.
- Lebigot, F. (2016). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris: Dunod.
- Pireyre, E. (2015). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Paris: Dunod.
- Sardou, C. (2014). *Une vie à reconstruire*. City Editions.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Paris: Gallimard.
- Tenenbaum, S. (2017). *Dépasser ses traumatismes. Comprendre le stress post - traumatique, en guérir et retrouver confiance*. Paris: Leduc.s Editions.

Articles

- Anaut, M. (2016). Résiliences familiales ou familles résilientes ? *Reliance, N°9*, pp. 14-17.
- Bessoles, P. (2006). Les interventions psychothérapeutiques précoces post - traumatiques. Contribution à une théorisation du defusing et du débriefing psychologique. *L'information psychiatrique, Vol.82*, pp. 231-237.
- Brunet et al, A. (2003). Validation of a French Version of the Impact of Event - Scale Revised. *Can J Psychiatry, Vol.48, N°1*, pp. 56-61.
- Chidiac, N., & Crocq, L. (2010). Le psychotrauma II. La réaction immédiate et la période post-immédiate. *Annales médico-psychologiques*.
- Cyrułnik, B., Jorland, G., & Collectif . (2012). *Résilience : connaissances de bases pp. 1-26*. Paris: Odile Jacob.

- Daudin, M., Defontaine, D., & Coutier, D. (2014, Janvier). Traumatisme psychique et vacillement des repères identitaires. Illustration d'une prise en charge conjointe par le psychiatre et le psychomotricien. *Thérapie psychomotrice - et recherches - N°179 - Collection 47*, pp. 18-27.
- Davezies, P. (2008, Octobre). Stress et pouvoir d'agir : données biologiques. *Santé et Travail*, N°64.
- Defontaine, D. (2013). Psychomotricité et état de stress post - traumatiques : réflexions autour du vécu corporel suite à une blessure psychique. *Les entretiens de Bichat*.
- Ducrocq, F. (2009). Le psychotrauma en chiffres. Des enjeux multiples. *Stress et Trauma*, Vol.9, N°4, pp. 199-200.
- Fontaine, C. (2012). Syndrome post - traumatique : un enfer tabou . *Paris Match* .
- Kottelat, I. (2014, Juin). Guérir un traumatisme passe par le corps . *Migros Magazine*.
- Lepinasse, F. (2002). Une "malette d'urgence psychologique pour les enfants". *Revue francophone du Stress et du Trauma*, Tome. 2, N°2, pp. 97-101.
- Louville, F., & Salmona, M. (2013, Mars). Traumatismes psychiques : conséquences cliniques et approche neurobiologique. *Revue Santé Mentale*, N°176.
- Maheu, F., & Lupien, S. (2003, Janvier). La mémoire aux prises avec les émotions et le stress : un impact nécessairement dommageable ? . *médecine/sciences*, Vol.19, N°1, pp. 118-124.
- Moisan, J.-P., & Le Moal, M. (2012). Le stress dans tous ses états. *médecine/sciences*, Vol. 28, N°6-7, pp. 612-617.
- Paul , F., Pommier de Santi, V., Marimoutou , C., & Deparis, X. (2013). Validation de l'échelle PCLS et d'un auto-questionnaire court dans le cadre du dépistage des états de stress post-traumatiques chez les militaires de retour de mission. *L'Encéphale*.
- Russell, M., & Friedberg, F. (2010). Training, Treatment Acces, and Research on Trauma Intrevention in the Armed Services. *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol.4, N°2, pp. 18-26.
- Servan - Schreiber, D. (2002). La psychothérapie par l'EMDR et la nouvelle médecine humaniste. *Alternative Therapies in Health Medecine*, Vol. 8, pp. 100-103.
- Sokolowsky, L., & Maleval, J.-C. (2012). L'apport freudien sur les névroses de guerre : un nouage entre théorie, clinique et éthique. *Cliniques méditerranéennes* Vol.2, N°86, pp. 209-218.
- Tréhel, G. (2005, Novembre). Karl Abraham (1877-1925) et Herman Oppenheim (1857-1919) : rencontre autour des névroses traumatiques de paix. *L'information psychiatrique* Vol.81, N°9, pp. 811-822.
- Yao et al, S.-N. (2003). Evaluation des états de stess post - traumatique : validaiton d'une échelle, la PCLS. *L'Encéphale*, pp. 232-238.

Sources internet

Bases neurobiologiques et neuroendocriniennes du stress. (2011). Récupéré sur INSERM: <https://www.inserm.fr/>

EMDR France. (2017). Récupéré sur Association EMDR France: <http://www.emdr-france.org/>

Flament, F. (2016). *Face à Face.*

Flament, F. (2016). *Magazine de la Santé .* (M. C. Thévenet, Intervieweur)

Flament, F. (2016). *Salut les Terriens ! .* (T. Ardisson, Intervieweur)

Larousse: <http://www.larousse.fr/>

Molenda, S. (2016). *Quelles sont les réactions qu'on peut ressentir le premier jour après un traumatisme ?* Récupéré sur Santé publique France: <http://www.santepubliquefrance.fr/>

Ottodix.fr. (s.d.). Récupéré sur <http://www.ottodix.fr/>

RHéponses;. (2017). *Réagir après un événement traumatique dans son équipe #4.* Récupéré sur RHéponses: <http://www.rheponses.com/>

Rozeron, V., & Cirone, C. (2016, Mai). *Comment les soldats soignent leur stress post - traumatique dans le Mercantour.* Récupéré sur Nice Matin: <http://www.nicematin.com/faits-de-societe/commentles-soldats-soignent-leur-stress-post-traumatique-dans-le-mercantour-54667>

U.S Department of Veterans Affairs. (2017). *PTSD : National Center for PTSD.* Récupéré sur U.S. Department of Veterans Affairs: <https://www.va.gov/>

Autres

Decam, L. (2012). *De la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique : étude d'une population de consultants aux urgences psychiatriques.*

Jacquot, A. (2014, Juin). *Je me souviens... Apport de la psychomotricité des survivants de la Shoah chez des personnes âgées.*

Kern, S. (2017, Juin). *Une prédisposition psychocorporelle au développement d'un Etat de stress post - traumatique ? La place de la psychomotricité dans l'urgence.*

Lespinasse, F. (2008). *Cellule d'Urgence Médico - Psychologique.* Bordeaux.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2001). *Rapport Flajolet : Annexe 1. La prévention : définitions et comparaisons.*

Rudetzki, F. (2016). *Pour un centre de ressources et de résilience : réparer et prendre soin de la vie .* Paris.

Singh, J. (2016, Juin). *La guerre dans le corps : Approche psychomotrice auprès de patients atteints d'ESPT.*

Vasse, T. (2018, Janvier). *Du traumatisme collectif à la catastrophe individuelle.* Le Havre.

ANNEXE 1

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					

16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD
Traduction française N. Desbiendras

Résumé

Un traumatisme peut toucher tout le monde à n'importe quel moment de la vie. Il existe des Cellule d'Urgence Médico – Psychologique (CUMP) prenant en charge des personnes victimes de différents traumatismes.

Ce mémoire présente une étude portant sur l'analyse de quatre témoignages de victimes de traumatisme (mission militaire, viol, attentat). Nous relèverons dans ces témoignages les expressions psychomotrices retrouvées lors de la situation d'urgence c'est à dire pendant et quelques heures après le traumatisme ainsi que durant leur reconstruction.

La place de la psychomotricité sera recherchée dans la prévention, l'urgence et la prise en charge de ces patients avant de développer une pathologie mentale qui est l'état de stress post – traumatique, mais également une fois le diagnostic posé.

Mots – clés : corps, psychotraumatisme, état de stress post – traumatique, résilience, approche psychocorporelle, adulte

Abstract

A traumatism can affect everyone at any time in life. Emergency Medical and Psychological Units (CUMP) take care of people who are a victim of various traumatism.

This dissertation presents a study on the analysis of four testimonies of trauma victims (military mission, rape, terrorist attack). In these testimonies, we will reveal the psychomotor expressions found during the emergency situation, that is during and a few hours after the trauma and during their reconstruction.

The part played by psychomotricity will be researched in the prevention, the urgency and the taking care of these patients before they develop a mental illness – post – traumatic stress disorder – but also once it is diagnosed.

Keywords : body, psychotrauma, post – traumatic stress disorder, resilience, body – mind approach, adult