

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE
Etablissement Privé d'Enseignement Supérieur enregistré auprès de l'Académie de la Réunion sous le

PSYCHOMOTRICITE ET PSYCHOTRAUMATISME

*Lorsque les enveloppes psychocorporelles et les
représentations sont mises à mal : réflexion sur
l'accompagnement en psychomotricité*

Mémoire présenté pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICIEN

par

CASSAR Pauline Mathilde Louise
Née le 05 / 04 / 1996 à Saint-Pierre (974)

Sous la direction de
PINEAU Emmanuelle
Psychomotricienne D.E

Année universitaire 2018/2019

Session de juin 2019

REMERCIEMENTS

Ce travail ne marque pas l'aboutissement de trois années de formation mais plutôt le début d'une perpétuelle professionnalisation.

Pour tout le chemin que j'ai parcouru jusqu'ici, je tiens à remercier les différentes personnes que j'ai pu rencontrer, de près ou de loin, et qui ont participé à cette avancée parfois parsemée d'obstacles.

Je tiens donc à remercier l'ensemble de l'équipe de l'IRFP pour l'accompagnement et la formation qu'elle m'a offert, et notamment :

- Le directeur de l'IRFP, Mr Christophe LEBON, pour son investissement au sein de l'école ;
- Ma responsable de promotion, Mme Julie DELEURME pour son soutien, son écoute et son accompagnement lors des moments difficiles, ainsi que ses encouragements lors des différentes étapes que j'ai été amenée à franchir ;
- L'ensemble des coordinateurs qui ont également participé à ma formation, notamment Mme Appoline WOTAWA et Mme Mélanie VINARD ;
- L'ensemble des enseignants pour les savoirs qu'ils ont pu me transmettre et la curiosité qu'ils ont su éveiller chez moi ; en particulier, tous les enseignants de pratiques psychocorporelles qui, par leurs interventions, ont représenté une bouffée d'air frais à des moments opportuns, une source de motivation lors de ces trois années d'études et une source de réflexions qui marqueront le chemin de ma vie professionnelle. Notamment Mme Élodie COTTEL, Mme Geneviève LECOINTE, Mr Rodolphe SINIMALE, et bien d'autres ;
- La secrétaire, Mme Corinne ROBERT, pour les multiples rôles qu'elle a eu durant cette formation.

Je tiens aussi à remercier ma maîtresse de mémoire qui a été aussi ma maîtresse de stage de cette dernière année d'étude, Mme Emmanuelle PINEAU, pour son soutien et ses conseils, pour les rires et sourires intérieurs partagés lors des séances que nous avons menées. Mais surtout, je la remercie pour la patience dont elle a fait preuve et le temps qu'elle m'a accordé en m'accompagnant pendant une année entière.

Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes qui ont inspiré ma réflexion sur ce mémoire, à savoir Mr Frédéric MAUVISSEAU, Mme Chantal KREDER, Mme Suzanne ROBERT-OUVRAY et Mme Christine DOUZAIN pour le partage des connaissances qu'ils ont permis.

J'adresse également un remerciement à l'ensemble des maîtres de stages et patients rencontrés sur ces lieux de stage, car ils ont tous contribué à la professionnelle en devenir que je suis. J'adresse ici une pensée particulière à Mme K. Pauline.

De plus, pour ce travail, je tiens à remercier :

- Lola, Baptiste, Giulia, mon père et ma mère qui ont participé à l'avant-première de cet écrit.
- L'ensemble de l'équipe du CMPEA et sa cadre Mme Audrey SINCERE qui m'ont permis de réaliser ce stage. Ainsi que l'ensemble des patients qui ont participé à mon étude.

Enfin mes remerciements s'adressent à ceux qui m'ont accompagné au quotidien :

Mes parents pour m'avoir permis de réaliser des études qui me plaisent et qui ont pu, à leur façon, m'accompagner tout au long de ce parcours.

Mon frère qui représente pour moi un exemple en tant que personne assidue, dévouée, fidèle et aimante.

Ma sœur qui représente pour moi un exemple en tant que personne et mère.

Ce petit rayon de soleil, Titdoux, qui était parfois ma source de lumière venant éclairer ces obstacles. Ce mélange d'amour, de tendresse, de vie et de joie qui, chaque matin, me donne l'envie d'être une personne meilleure et de construire un monde meilleur.

Mes amis, notamment Lola, Carole, Elodie, les copines de « cortico lafitourne » et de « bla-bla-bla » qui m'ont apporté : du soutien, de l'évasion, des boom-tic-tic, des 123(.) 567(.), calinookie, des câlins, des soirées, des danses, des moments de rires et tant d'autres. Baptiste, je te remercie également, pour m'avoir montré que ton soutien, ta tendresse, ton écoute et ton amour n'ont pas de failles malgré les dures épreuves dans lesquelles je t'ai entraîné.

Enfin, je remercie mes collègues de promo qui m'ont accompagné durant ses trois années riches en : rires, pleurs, émotions, pratiques émouvantes et partages d'heures de cours interminables.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION 1

PARTIE THEORIQUE 5

1. LE PSYCHOTRAUMATISME ET L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE 5

1.1 L'EVENEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATISANT 5

1.1.1 LES FACTEURS DE RISQUES.....5

1.1.2 LES DIFFERENTS TYPES DE TRAUMATISMES6

1.2 LE PSYCHOTRAUMATISME 8

1.2.1 DEFINITION8

1.2.2 LES MECANISMES CONSEQUENTS A UN PSYCHOTRAUMATISME.....12

1.3 L'ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE 15

2. APPORTS THEORIQUES PSYCHOMOTEURS POUR LA COMPREHENSION DU PSYCHOTRAUMATISME 17

2.1 LES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES 18

2.1.1 LES ENVELOPPES PSYCHOTONIQUES18

2.1.2 L'INTEGRATION PSYCHOMOTRICE19

2.1.3 ENVELOPPE PSYCHIQUE ET MOI-PEAU.....24

3. PSYCHOMOTRICITE ET PSYCHOTRAUMATISME 27

3.1 REFLEXIONS SUR LES ATTEINTES DES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES LORS DU PSYCHOTRAUMATISME 27

3.1.1 LES ATTEINTES DES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES PAR LEURS CONTENUS27

3.1.2 LES ATTEINTES DES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES PAR LEURS FONCTIONS.....29

3.2	L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOMOTEUR AUPRES DE PATIENT AYANT SUBI UN PSYCHOTRAUMATISME	30
<hr/>		
	PROBLEMATIQUE	34
<hr/>		
	PARTIE PRATIQUE	37
<hr/>		
4.	<u>LES EFFETS D'UN TRAVAIL DES ENVELOPPES PSYCHOCORPORELLES SUR LA SPHERE REPRESENTATIVE : OBSERVATIONS CLINIQUES</u>	37
<hr/>		
4.1	METHODOLOGIE DE RECUEIL DE DONNEES	37
4.1.1	LA PROCEDURE ADOPTEE	37
4.1.2	LE CHOIX DE L'OUTIL UTILISE : LA GRILLE D'OBSERVATION.....	38
4.1.3	L'ORGANISATION DES SEANCES	40
4.1.4	LA POPULATION D'ETUDE	41
4.2	ELEMENTS D'ANAMNESE ET DE REFLEXIONS A PROPOS DE CHLOE	41
4.2.1	HISTOIRE DU PSYCHOTRAUMATISME :	41
4.2.2	ELEMENTS ET REFLEXIONS SUR LES ENVELOPPES	42
4.2.3	ELEMENTS ET REFLEXIONS SUR SA SPHERE REPRESENTATIVE.....	42
4.3	LES RESULTATS	43
4.4	L'ANALYSE DES RESULTATS	48
5.	<u>DISCUSSION</u>	52
<hr/>		
5.1	PARTIE THEORIQUE	52
5.2	PARTIE PRATIQUE	52
<hr/>		
	CONCLUSION	55
<hr/>		
	BIBLIOGRAPHIE	
<hr/>		

ANNEXE 1 : GRILLES D'OBSERVATIONS DE CHLOE PAR SEANCE

SEANCE N°1	I
SEANCE N°2	II
SEANCE N°3	III
SEANCE N°4	IV
SEANCE N°5	V

INTRODUCTION

Nombreux sont les sujets d'actualités que nous entendons en rapport avec la survenue d'événements potentiellement traumatisants (attentats, viols, agression, maltraitance). Tant il existe d'événements potentiellement traumatisants (mort d'une personne, violences sexuelles, physiques ou mentales, maltraitance, accident etc.), tant cela représente des possibilités pour un sujet d'être confronté à un psychotraumatisme et de présenter un état de stress post-traumatique (ESPT).

Voici quelques chiffres concernant certains des événements qui peuvent être à l'origine d'un psychotraumatisme :

➤ Dans le monde :

- Une femme sur quatre (1/4) et un homme sur six (1/6) subissent des maltraitances.

➤ En France :

- Des dizaines de milliers d'enfants sont victimes tous les jours d'agressions sexuelles.
- Selon la Haute Autorité de Santé, 4 à 16% des enfants seraient victimes de violence physique (Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, rapport d'élaboration, 2014)

➤ Sur l'île de la Réunion :

- Plus d'une femme sur cinq (21,5%) a subi une forme de violence dans un espace public (Jarpard & Widmer, 2003).
- 15% des femmes seraient sujettes à des violences conjugales, 14% ont été victimes de brutalité physique au cours de leur vie et 8% ont été victimes de violences sexuelles (ibid.).

- Enfin, selon le rapport sur la délinquance en Outre-Mer, en 2017, le taux de violences sexuelles sur le territoire est 50% plus élevé qu'en Métropole (Clapché, 2018)

De plus, les résultats d'une étude réalisée par Felitti et al. (1998) portée sur les expériences défavorables de l'enfance (ACE¹) révèlent une étroite relation entre les violences subies durant l'enfance et la santé physique et mentale des victimes à l'âge adulte.

Nombreux enfants que nous avons pu rencontrer lors d'un stage au Centre Médico Psychologique pour Enfant et Adolescents présentaient un état de stress post-traumatique. Cet état représente une des issues les plus défavorables lorsque qu'une victime est confrontée à un événement potentiellement traumatisant. Il est la conséquence d'un psychotraumatisme, d'une effraction du psychisme.

Néanmoins, dans la discipline que nous étudions : la psychomotricité, nous ne dissociions pas le psychique du physique et du moteur :

« Le concept de psychomotricité tente de mettre en évidence cette interrelation entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu, le corps étant considéré comme point d'ancrage des expériences sensorimotrices, émotionnelles, affectives, cognitives et sociales » (Ajuriaguerra J. cité par Joly & Labes, 2008)

Un psychotraumatisme vient donc non seulement bouleverser le psychisme de la victime, mais également son intégrité physique.

Nombreuses sont les conséquences que nous avons pu observer : physiques, cognitives, sociales, relationnelles, temporelles, spatiales et bien d'autres encore. Ce phénomène vient donc mettre à mal la santé qui, selon l'OMS est défini comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition englobe bien tous les versants constitutifs d'un être humain bio-psycho-social, qui sont impactés à la suite d'un psychotraumatisme.

¹ Adverse Childhood Experience

« Cela n'arrive qu'aux autres » pouvons-nous penser. Détrompons-nous. Cela est fréquent dans notre société, et de ce fait, fréquent parmi les patients qu'un psychomotricien ou tout autre personnel soignant est amené à accompagner.

La survenue d'un psychotraumatisme et d'un état de stress post-traumatique peuvent être des motifs de consultation d'un patient, mais ils peuvent également être moins apparents : évoqués dans l'anamnèse du patient qui ne vient pas consulter pour ce motif, ou encore apparent sous forme de suspicion par l'équipe soignante.

En tant que professionnel de santé, nous sommes tous amenés à être concernés par l'indicible des psychotraumatismes. En effet, une victime met en moyenne 16 ans avant de pouvoir parler de ce qu'elle a vécu. Il nous semble donc primordial d'avoir connaissance des facteurs prédisposant à un psychotraumatisme, du mécanisme d'apparition du psychotraumatisme et de l'état de stress post-traumatique, des conséquences engendrées ou encore des signaux d'alerte afin d'adapter au mieux notre accompagnement.

Si les conséquences psychologiques sont appréhendées dans la littérature et les suivis proposés, le corps est parfois mis de côté. Or ce dernier fait partie intégrante du sujet ! Ce corps meurtri, désinvesti voire banni porte les stigmates de ces traumatismes.

En tant que psychomotricien, il nous semble donc primordial de nous interroger également sur la question des conséquences du psychotraumatisme sur ce corps meurtri.

Nous nous posons de ce fait la question suivante :

Quel regard psychomoteur pouvons-nous apporter à la compréhension du psychotraumatisme ?

Cette réflexion nous propose donc une lecture, du point de vue de la psychomotricité, du mécanisme d'effraction psychique (à différencier d'une lecture psychomotrice que nous aurions pu réaliser sur la sémiologie présentée).

« Rappelons d'ailleurs que la psychomotricité n'est pas une théorie en soi. C'est un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle identitaire. Dispositif et pratique qui s'intègrent dans des théorisations de l'humain beaucoup plus larges. » (Potel, 2015, p. 13)

Pour cela, dans une première partie, nous décrirons ce qu'est un psychotraumatisme et sa mise en place. Il s'agira de définir ce terme d'un point de vue général tel qu'il est décrit dans la littérature et de mettre en lumière son origine, les différents facteurs prédisposants ainsi que les conséquences probables de celui-ci chez la victime.

Dans une deuxième partie, nous aborderons le sujet d'un point de vue psychomoteur. Nous chercherons ici à traiter des principales entités qui sont mises à mal et perturbées suite à un événement traumatisant. L'intérêt sera de définir la notion d'enveloppes psychocorporelles au travers des enveloppes psychotoniques, de l'intégration psychomotrice et de l'enveloppe psychique.

Dans cette logique de créer du lien, nous poursuivrons avec une partie de réflexion sur le lien entre les atteintes de ces enveloppes et le psychotraumatisme ainsi que l'accompagnement psychomoteur le plus adapté aux victimes de psychotraumatisme.

Puis suivra une partie clinique dans laquelle l'accent sera mis sur les possibles effets d'un travail des enveloppes sur les représentations. Cette partie clinique expliquera la méthodologie choisie, l'organisation des séances et la population d'étude. Nous y présenterons les résultats et les analyseront.

Dans la partie discussion, nous aborderons les limites de ce mémoire et les axes d'amélioration ainsi que les bénéfices issus de ce travail.

Enfin, ce travail sera clôturé par une conclusion portant sur une ouverture.

PARTIE THEORIQUE

1. Le psychotraumatisme et l'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique est la possible résultante d'un traumatisme psychique suite à un événement potentiellement traumatisant. Reprenons, selon l'ordre d'apparition, les définitions de ces différents termes afin de mieux comprendre ce que chacun d'entre eux représente.

1.1 L'événement potentiellement traumatisant

Nombreux sont les événements stressants que nous rencontrons au quotidien. Néanmoins, et bien heureusement, rares sont ceux qui sont traumatisants. Un événement devient traumatique lorsque le sujet ne trouve pas les ressources suffisantes pour faire face à la situation. Le sujet se retrouve ainsi dans une situation de sidération psychique durant laquelle sa vie et son intégrité (physique et psychique) sont menacés, que le sujet soit victime, témoin ou acteur (Crocq, 1999). Cela provoque une peur intense et un sentiment d'horreur. Le sujet se sent alors impuissant face à cette confrontation au Réel de la mort.

1.1.1 Les facteurs de risques

Nous pourrions penser que c'est la nature de l'événement, le fait en lui-même, qui déterminera si la victime sera traumatisée ou non, mais détrompons-nous. Un même événement peut être vécu de différentes manières selon les individus.

En effet, plusieurs paramètres viennent influencer l'impact qu'aura un événement sur un sujet. Interviennent alors l'âge du sujet (Bailly, 1999), la capacité de mise en sens de la situation, les ressentis éprouvés, l'interprétation qui sera faite et les liens réalisés avec les expériences de vie antérieures.

« Puisqu'aucune expérience de vie n'est la même (...) c'est la malléabilité de notre cerveau qui nous rend unique » (Rotschild, 2008, p. 24), la capacité à faire des liens, à construire et étayer notre réseau de représentations grâce à notre appareil psychique (Freud S. cité par Lebigot, 2006).

Selon le DSM 5 (2013), il existerait également des facteurs de risques pré-, péri, et post-traumatiques. Dans le cadre de ce mémoire portant sur le psychotraumatisme, nous nous intéresserons ici aux facteurs de risques pré-traumatiques pouvant influencer l'interprétation de l'événement comme potentiellement traumatisant.

Ils seraient de diverses natures : tempéramental, environnemental, génétique et physiologique. Les problèmes émotionnels de l'enfance, les troubles mentaux antérieurs, le statut socio-économique, le niveau d'éducation, l'exposition à des traumatismes antérieurs, un bas niveau intellectuel et bien d'autres facteurs sont cités dans cette référence américaine.

La CIM 10 complète cette liste en ajoutant à ces facteurs de risques des traits de personnalité ou des antécédents névrotiques. À cela se rajoute également l'âge précoce en lien avec le développement psycho-intellectuel (Bailly, 1999) du sujet lors de la confrontation à l'événement potentiellement traumatisant.

1.1.2 Les différents types de traumatismes

Bien que le vécu, l'interprétation et l'impact de l'événement dépendent de chaque individu, la nature de l'événement joue également un rôle dans la possible survenue d'un psychotraumatisme, et principalement sur les conséquences que celui-ci pourra avoir.

Il est important d'en avoir conscience car celle-ci rend plus ou moins complexe l'accompagnement que l'on pourra proposer à la victime.

Leonor Terr (1991), Solomon E.P. et Heide K.M (1999) établissent une classification des traumatismes selon quatre catégories déterminées en fonction de la multiplicité, la répétition et la chronicité d'un ou de plusieurs événements :

- Le traumatisme de type I : L'événement est unique. Il est délimité dans le temps et non répétitif, l'agent stressant est ponctuel (ex : incendie, accident, événement naturel, etc.) ;
- Le traumatisme de type II : L'événement est répétitif ou constant dans le temps. L'agent stressant est chronique. Le sujet est menacé pendant une période plutôt qu'un instant précis. (ex : guerre, violence familiale, acte d'inceste, etc.) ;
- Le traumatisme de type III : Ce type de traumatisme est décrit par Solomon et Heide (1999). Ils décrivent des événements multiples, envahissant, violent et durable (ex : camp de concentration, la torture, l'exploitation sexuelle forcée, etc.) ;
- Le traumatisme de type IV : L'événement traumatisant est encore présent.

La description du traumatisme de type I correspond selon Herman J. L. (1992) à ce qu'on pourrait plus couramment nommer : le traumatisme simple. Au contraire de simple, le traumatisme complexe correspond plutôt au traumatisme de type II et III, celui dont la confrontation à l'événement fut ou est encore chronique.

La présence ou l'absence d'intentionnalité de l'acte viendra également provoquer un vécu différent chez la victime. Des événements non intentionnels tel que les accidents, catastrophes naturelles, et autres, sont la résultante de l'arbitraire, du hasard et ne sont pas provoqués et dirigés vers un sujet cible. Des événements intentionnels tel que les guerres, les violences physiques, les abus sexuels ou encore les actes de maltraitance sont la résultante d'un acte effectué par une personne avec qui la victime a plus ou moins un lien.

Que ce lien soit étroit (violence d'un parent envers son enfant) ou simplement de nature humaine (actes de guerres), la victime est alors la cible de son agresseur qui agit avec une volonté de nuisance et de destruction.

Un événement de cette nature engendre alors des vécus et croyances propres à ce type d'événement traumatique tel qu'un questionnement sur la légitimité à exister, une confrontation à la cruauté humaine et autres.

Un événement devient potentiellement traumatisant s'il y a confrontation au Réel de la mort. Mais comme le décrit Louis Crocq (1999), cette rencontre peut être directe ou indirecte : le sujet peut être témoin, victime ou acteur. Selon cet auteur, la victime reste tout de même active ou passive de la scène, elle n'en est pas exclue. Le critère diagnostique A.3 du DSM V vient compléter cette condition qu'un sujet peut devenir une victime traumatisée dans le cas d'une annonce de mort, d'une confrontation à la mort ou d'une mort brutale vécue par son entourage proche.

Le sujet traumatisé n'est ainsi pas intégré à la scène traumatisante, mais il entretient un lien étroit avec cette personne. C'est le caractère soudain, brutal et inattendu qui provoque une expérience d'effroi et de néantisation et qui vient faire effraction dans le psychisme du sujet.

1.2 Le psychotraumatisme

1.2.1 Définition

Reprenons ces termes de soudain, brutal et inattendu : si un événement devient traumatique, c'est qu'il s'est produit un psychotraumatisme, un traumatisme psychique, une effraction dans le psychisme du sujet.

Selon la psychanalyse :

Le traumatisme psychique, selon Freud (cité par Lebigot, 2006), représente l'effraction dans notre appareil psychique, normalement imperméable et malléable, qui sert à contenir nos réseaux de représentation et dont l'enveloppe pare-excitatrice s'adapte aux agents stressants.

Le traumatisme psychique ne correspond pas à l'agent stressant ou l'événement en lui-même, mais à l'impact que ce stress extrême aura sur notre psychisme, à la blessure engendrée, l'effraction, l'intrusion par cet élément extérieur face auquel le sujet n'a pas les capacités, les ressources nécessaires pour répondre de façon adéquate.

Contrairement à un agent stressant, un agent traumatisant, de par sa violence et la non capacité du sujet à y faire face, vient perforer l'enveloppe psychique (Lebigot, Le traumatisme psychique, 2006). La victime se trouve alors en état de sidération traumatique face à ce stress extrême. Freud (cité par Lebigot, 2006) décrit l'impact que le stress a sur l'appareil psychique. L'agent stressant vient déformer l'enveloppe de pare-excitation qui contient notre réseau de représentations.

Néanmoins cette enveloppe qui assure l'unité et la contenance de notre appareil psychique, reste ininterrompue dans le cas d'un stress et retrouve sa forme initiale après le retrait du facteur de stress. La membrane s'adapte donc face à l'événement pendant un stress. Elle ne s'en retrouve pas modifiée ou pénétrée, contrairement à ce qui est le cas pour un traumatisme.

Lorsqu'un agent traumatique vient à la rencontre de notre appareil psychique, l'enveloppe de pare-excitation qui se veut de nature imperméable et contenante est alors transpercée. Cette enveloppe devient poreuse et accueille un élément étranger qu'est l'agent traumatique.

Le psychotraumatisme représente donc une effraction de notre appareil psychique et le réseau de représentations s'en trouve perturbé.

Selon la neurobiologie :

Le stress est une réaction bio-physio-psychologique de l'organisme. Il se manifeste par des réactions physiologiques, hormonales, psychiques et physiques (la tachycardie, des pâleurs, des spasmes, des pleurs, l'augmentation de la sécrétion de cortisol, etc.) qui mettent notre

organisme en garde et le prépare à adopter une réaction adaptée. Il est couramment rencontré dans la vie quotidienne.

En effet, il nous permet d'avoir une réaction plus ou moins adaptée face à un agent stressant.

Selye (1956) décrit le stress ou le syndrome d'adaptation générale comme composé de trois phases successives ayant pour fonctions :

1. La prise d'information ou la mise en alerte
2. La phase de résistance et d'intégration
3. La réponse motrice et la phase d'épuisement

Le stress, par des sécrétions hormonales et des variations physiologiques a donc pour fonction d'augmenter la perception des stimuli d'alerte pour permettre l'analyse de ces signaux et favoriser ou activer une réponse adaptée et protectrice. C'est une réaction normale et adaptative face à un événement.

Le stress a pour conséquence une sur-stimulation de la branche sympathique du système nerveux autonome par rapport à la branche parasympathique. Pour que l'homéostasie s'installe chez un sujet, un équilibre doit s'établir entre ces deux branches, c'est à dire entre les hormones qui y sont secrétées. La branche sympathique permet la sécrétion du cortisol et de l'adrénaline. La branche parasympathique, elle, sécrète de l'acétylcholine. Dans un état de stress constant, les hormones secrétées par la branche sympathique (cortisol et adrénaline) sont surproduites et provoquent un déséquilibre du système nerveux autonome.

Bien que ces hormones soient essentielles à notre organisme dans le cas d'une situation de stress ponctuelle et délimitée, leur présence devient néfaste pour un individu si le taux hormonal est chroniquement trop élevé. En effet, le cortisol a de nombreux effets néfastes sur la santé tels que l'apparition de douleurs chroniques, de céphalée, une perturbation du sommeil, une baisse du taux de sérotonine (hormone du bien-être), une baisse de l'efficacité des fonctions cognitives, une augmentation de la tension artérielle, etc.

De plus, à long terme, un taux élevé de cortisol détruit les cellules de l'hippocampe et de l'amygdale qui sont respectivement les structures responsables de la mémoire et de la régulation des émotions.

Hélène Romano (2013) fait la distinction entre le stress adapté et le stress dépassé. Le stress adapté est protecteur. Dans cette situation le stress ressenti par le sujet lui permet d'avoir une réponse appropriée à la situation, lui permettant d'assurer sa survie.

Bien que coûteuse en énergie, cette réaction est la plus adéquate face à un événement. Elle permet d'y répondre de façon utile et salvatrice.

Lors d'une situation anormale ou de danger pour l'individu, l'amygdale s'active et permet l'activation de la branche sympathique de notre système nerveux. Le cortisol est alors sécrété afin de solliciter l'organisme et de le préparer à réagir au danger.

Ce mécanisme, inconscient et automatique, est complété par une fonction de l'hippocampe qu'est l'intégration et la compréhension de la situation. Cette structure sert à la mémoire, l'indiciage² et le repérage spatial.

Ainsi, par la collaboration de ces deux structures, après les réactions physiologiques face au stress (tachycardie etc.), la réponse émotionnelle pourra être contrôlée grâce à une analyse et une compréhension des stimulus stressants. Ces derniers seront de ce fait intégrés. Le sujet sera en capacité d'en parler, de les symboliser, d'y mettre des mots, car cet événement sera inscrit dans sa mémoire autobiographique.

Lors d'un état de stress post-traumatique, le stress est extrême : l'amygdale se retrouve en situation d'activation totale. Par protection, l'amygdale est alors court-circuitée.

² C'est la capacité d'associer une information (ou un fragment de donnée) à la donnée à apprendre ou à se remémorer, améliorant la performance.

Les fonctions exercées par l'amygdale telles que la mise en lien entre émotions et sensations ne se font alors plus et apparaît une anesthésie émotionnelle. De plus, l'amygdale n'est plus en relation avec l'hippocampe.

Les fonctions d'intégration et de compréhension des agents traumatisants ne sont ainsi pas exercées : la situation devient impensable et hors normes, bloquant toutes représentations psychiques et capacité de contextualisation des informations sensorielles. Muriel Salmona (2016) parle dans ce cas de sidération traumatique engendrant le dysfonctionnement de nos fonctions supérieures.

1.2.2 Les mécanismes conséquents à un psychotraumatisme

Les conséquences surviennent à la suite d'un stress intense et de la menace vitale que provoque le psychotraumatisme. Ces mécanismes sont responsables d'une déconnexion du circuit de réponse au stress et entraînent une mémoire traumatique ainsi qu'une dissociation avec anesthésie émotionnelle.

La mémoire traumatique :

La mémoire est définie comme l'activité biologique et psychique qui permet d'emmagasiner, de conserver et de restituer des informations, comme une image mentale conservée de faits passés (Larousse).

Dans ce processus de mémorisation interviennent principalement deux structures cérébrales que sont l'hippocampe et l'amygdale qui, comme nous l'avons vu précédemment, sont impactées lors d'un psychotraumatisme. L'hippocampe a cette fonction particulière d'inscription dans la mémoire à long terme. A chaque fois qu'un souvenir est mobilisé, consciemment ou pas, l'amygdale sert de contrôle émotionnel.

Or lors d'un « souvenir » traumatique, l'amygdale est court-circuitée, **effaçant de ce fait la part émotionnelle** car celle-ci serait d'une intensité trop forte. Les composantes cognitives, sensorielles et émotionnelles de ce « souvenir » traumatique sont alors clivées.

Par court-circuitage de l'amygdale et déconnexion de celle-ci à l'hippocampe, la victime n'est plus en capacité de faire un rappel conscient, intentionnel et verbalisable des événements antérieurs. L'événement traumatisant n'est pas inscrit dans sa mémoire autobiographique. À la moindre ressemblance du présent avec la situation traumatisante, consciemment ou pas, ces traces mnésiques (re)viennent envahir le sujet et celui-ci est emmené à se dissocier pour se protéger.

Le sujet présente ici des difficultés de synthèse et de réalisation. La synthèse étant une action intégratrice permettant de lier et différencier une série d'expériences internes et externes. La réalisation est une action mentale intégratrice permettant au sujet de prendre conscience de la réalité telle qu'elle est, de l'accepter, puis de s'y adapter de façon réfléchie et créative. (Van der Hart & al., 2017)

En somme, par la présence de la mémoire traumatique la victime est coupée de toutes émotions et de capacité d'analyses du vécu. Le vécu percute le sujet de manière brutale, sans possibilité d'intégration, d'adaptation, de synthèse et de réalisation. Le sujet vit les informations issues de la mémoire traumatique sans pouvoir y mettre de mot, d'explication, ou sans pouvoir les contextualiser. La mise en liens entre émotions et sensations, ou entre le temps présent et le temps passé est ici impactée.

La dissociation péri- et post-traumatique :

La dissociation est définie selon Janet comme une division de la conscience. C'est un mécanisme de défense du psychisme face à une expérience traumatique de confrontation au Réel de la mort. Cette altération de la conscience peut se traduire par un vécu de distorsion de la réalité (dépersonnalisation, déréalisation) et par l'expression de troubles inhérents (amnésie, actes automatiques) (Romano, 2013).

Rappelons que le sujet psychotraumatisé présente des difficultés de synthèse et de réalisation.

Lors de similitudes entre les apports sensoriels de l'environnement présent et l'événement traumatisant, la mémoire traumatique se réactive avec un vécu brut similaire à celui du moment du traumatisme. La victime est de nouveau sujette à une rupture de l'établissement des liens établis entre ses pensées, perceptions et émotions. La mémoire traumatique alors effective vient biaiser cette réalité des faits présents. Le sujet n'est plus en capacité d'interpréter les stimulus de la réalité actuelle comme non menaçants et son passé traumatique vient de nouveau l'agresser. Pour se protéger, et préserver l'intégrité du sujet, la dissociation est parfois nécessaire.

Ainsi, face à l'événement traumatisant ou à une reviviscence, le sujet pour se protéger, se coupe de cette réalité qui est vécue comme menaçante. Il vit la situation comme s'il était un observateur extérieur à la scène traumatique, rompant ainsi les liens établis entre les pensées, les sensations et les sentiments (Berger, 2012)

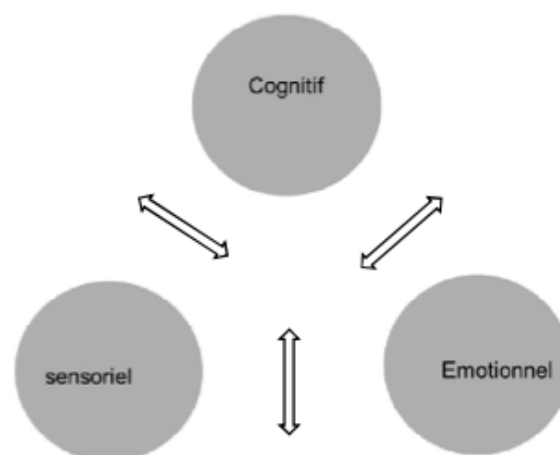


Figure 1 : Représentation de la dissociation

En somme, la dissociation comme moyen de protection, provoque une rupture des liens entre cognitif, sensoriel et émotionnel. Là encore, les capacités de mises en liens ne sont pas opérantes.

1.3 L'état de stress post-traumatique

Bien que tous les psychotraumatismes n'aient pas pour issue un trouble du stress post-traumatique, il est à noter qu'il peut s'écouler un certain laps de temps entre la survenue du traumatisme et l'apparition de troubles consécutifs. C'est la phase de latence.

L'état de stress post-traumatique est le plus haut degré d'atteinte possible suite à un psychotraumatisme. Cet état n'est diagnosticable qu'un mois après l'exposition traumatique. Avant cela le terme de stress aigu sera employé.

Plusieurs éléments cliniques sont décrits pour identifier un état de stress post-traumatique. Les principaux symptômes représentent une triade syndromique appelée également le syndrome de stress post-traumatique. Ils sont décrits dans le DSM 5 :

- 1) **Le syndrome de répétition** qui correspond à la survenue non contrôlée et intrusive d'un bloc sensoriel brut (sensations tactiles, visuelles, olfactives, odorantes, cénesthésiques, etc.) en lien avec l'agent traumatisant. C'est un signe pathognomonique de l'état de stress post-traumatique. Il peut se manifester par :
 - des cauchemars traumatiques qui reproduisent à l'identique la confrontation à l'événement traumatique. Le sujet revit le bloc sensoriel brut au moment présent, et se retrouve de nouveau confronté à cette situation traumatique face à laquelle il n'a et ne trouve pas d'issues. Il est ainsi de nouveau confronté à cette expérience de mort, de néantisation et se réveille avec un sentiment d'impuissance et d'angoisse.
 - les répétitions à l'état de veille sont des reviviscences diurnes autrement appelées des flash-back. Le sujet se retrouve, sans contrôle, à revivre la scène traumatisante sans pouvoir y faire face ou prendre de la distance face à cette situation menaçante. Il n'est pas en capacité de distinguer que la situation est un événement passé, et pense et ressent le présent tout comme l'événement qui l'a traumatisé.

Le syndrome de répétition est présent dans 70% des cas d'un ESPT et peut se manifester à fréquences et origines variables. Il est une résultante de la non-intégration dans l'hippocampe de souvenirs liés au traumatisme. Il est ainsi pathognomonique.

Le syndrome de répétition est à différencier d'un souvenir car lorsque le sujet est en capacité de se souvenir, c'est qu'il y a eu intégration de l'événement dans l'hippocampe et dans sa mémoire autobiographique, ce qui n'est pas le cas lors d'un psychotraumatisme du fait des mécanismes neurobiologiques de protection mis en place.

2) L'évitement :

- Cela peut se traduire par la mise en place d'une inhibition afin de réduire le risque de rencontre avec une potentielle menace. Celle-ci peut entraîner un comportement de retrait, d'isolement ou une restriction des expériences sensori-motrices et d'ouverture sociale.

3) L'hyperactivité neuro-végétative :

- Elle peut être apparente sous la forme d'une hypervigilance qui témoigne d'un vécu de constante alerte, par crainte permanente de la réapparition de la situation traumatisante. Ces réactions de sursaut peuvent se manifester à la suite d'un bruit soudain, d'un contact non prévu, d'un cri ou autres, et peut entraîner une réaction disproportionnée et parfois incomprise (crise émotive, colère, sidération, attaque de panique, etc.).

2. Apports théoriques psychomoteurs pour la compréhension du psychotraumatisme

Comme nous avons pu l'évoquer ci-dessus, l'appareil psychique ou l'enveloppe psychique décrits par Freud sont le lieu contenant nos représentations psychiques.

Lors d'un psychotraumatisme, cette enveloppe est transpercée et c'est ce **réseau de représentation qui est court-circuité**. Par divers mécanismes, **la mise en lien entre les diverses expériences** n'est ainsi plus réalisable, et de ce fait, ne s'opère également pas la **mise en lien entre la sphère cognitive, sensorielle et émotionnelle**.

Si l'effraction psychique est ci-dessus mise en avant, Freud (1923) précise que « tout ce qui est psychique se développe en constante référence à l'expérience corporelle ». De plus, A. Bullinger (cité par Potel, 2015, p. 254) décrit que « l'esprit est une émergence du corps : son savoir-faire sensori-moteur est la condition d'émergence de la pensée ».

Apparaît ici la vision non clivée du corps et de l'esprit sur laquelle s'appuie la psychomotricité. Ainsi, si nous ne dissociions pas le psychique du moteur tel que le conçoit cette discipline, une effraction de l'enveloppe psychique serait également une effraction des **enveloppes psychocorporelles**.

Nous comprenons ici qu'**enveloppes psychocorporelles et représentations** sont toutes deux impactées. Intéressons-nous de plus près aux fonctions de ces deux notions afin de pouvoir porter un regard psychomoteur sur le psychotraumatisme.

2.1 Les enveloppes psychocorporelles

2.1.1 Les enveloppes psychotoniques

Suzanne Robert-Ouvray (2007, p. 261) décrit « l'enveloppe psychotonique » comme étant la première enveloppe du bébé présente dès la vie intra-utérine.

Celle-ci est issue de l'activité motrice, tonique et émotionnelle du bébé et sera une source d'étayage des enveloppes psychiques. Cette enveloppe psychotonique constitue une réalité physiologique puisque son premier niveau d'étayage est construit à partir de contractions et de décontractions des muscles et de la peau qui est le premier mode d'expression du bébé.

Très vite, par le vécu de diverses expériences agréables ou désagréables, le nourrisson étayera cette première enveloppe psychotonique intra-utérine, et en créera autant de nouvelles enveloppes qu'il y aura d'expériences vécues.

En effet, les enveloppes toniques sont aussi nombreuses que les expériences émotionnelles et sensorielles de l'individu. Elles représentent à un instant précis, un état d'équilibre ou de déséquilibre dans lequel se trouve le sujet.

C'est un état tonique constant qui varie de différentes tensions à différentes détente. **C'est le passage constant entre ces différents états qui déterminera la qualité de l'enveloppe.** Plus il y aura alternance d'états, plus l'enveloppe sera **équilibrée, contenante, émettrice et réceptive.**

De plus, les enveloppes psychotoniques représentent, en permanence et par chaque expérience, le lieu de l'intégration psychomotrice et de l'étayage psychomoteur « (...) qui amalgame(nt) les quatre niveaux d'organisation, tonique, sensoriel, affectif et représentatif ».

Revenons alors sur ces niveaux quatre niveaux d'organisation (Robert-Ouvray, Intégration motrice et développement psychique, 2007) en s'appuyant sur le schéma ci-dessous :

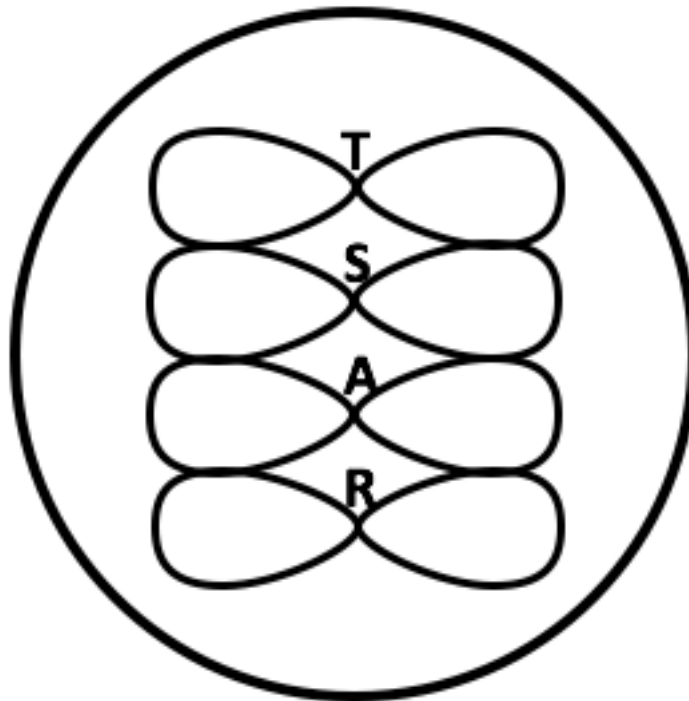


Figure 2 : Représentation de l'enveloppe psychocorporelle et de son contenu chez un sujet sain (production personnelle inspirée d'une conférence donnée par Suzanne Robert-Ouvray (2018))

2.1.2 L'intégration psychomotrice

Le niveau tonique :

Le tonus est défini dans le dictionnaire Larousse comme « un état de tension permanente dans lequel se trouvent normalement les muscles du squelette ». Constamment sollicité, il est le **système directeur de l'organisation motrice** (Robert-Ouvray, Intégration motrice et développement psychique, 2007, p. 43), tant dans la réalisation d'un mouvement, d'une action, que plus subtilement dans le maintien postural. « Le tonus musculaire nous sert de **plateforme pour l'exécution de nos mouvements** » (Llinas, 2001, p. 155).

Dès sa naissance, alors que le nouveau-né n'a pas accès au langage, il manifeste ses vécus par de constants états de tensions face aux stimulations intrinsèques et extrinsèques.

Durant ses six premiers mois de vie, il est sujet à une **bipolarité musculaire** : un état de plaisir est associé à un relâchement musculaire, et un état de déplaisir à une contraction du tonus musculaire. Encore immature, c'est par cette variation tonique que le jeune enfant envoie à une figure maternelle des signaux afin de **se faire comprendre**, dans le but que cette figure puisse répondre à ces besoins en les interprétant et les satisfaisants. Elle tentera alors d'y répondre de manière plus ou moins adaptée telle une « mère plus ou moins bonne » (Winnicott D. W., 1967).

C'est par cette réponse (par les notions de handling et holding développées par Winnicott (1967)) que l'état tonique de l'enfant est mis en mots. Le nourrisson **intégrera ses sensations et éprouvés de quelque nature qu'ils soient**, et pourra par la suite y **associer un signifiant** pour plus tard pouvoir **s'autonomiser**. Ces réactions précoces seront tout d'abord exprimées dans les **extrêmes** : hypertonie ou hypotonie.

C'est au fur et à mesure des apports de la figure maternelle qui symbolisera ces états, que l'enfant pourra **varier** progressivement ces états de tensions et enrichir la variété de contractions et décontractions toniques qu'il pourra avoir en réponse à un quelconque stimulus. Il développera ainsi un panel plus élargi de réactions toniques, et ce, tout au long de ses expériences de vie.

En effet, « la plupart des processus qui prennent naissance au premier âge ne sont jamais complètement établis et la croissance qui se poursuit tout au long de l'enfance au cours de la vie adulte et même de la vieillesse, continue à les fortifier » (Winnicott D. , 1963). C'est également par l'alternance de ces états de tensions que vient s'inscrire et s'installer la **conscience corporelle** de l'enfant.

Le tonus dans **sa fonction de relation nous renseigne donc sur notre état de tension** interne, lié lui-même à des sensations vécues, qu'elles soient intrinsèques ou extrinsèques.

Le sujet, par cette relation à lui-même et aux événements extérieurs développe ainsi par son tonus une **fonction de relation à lui-même et aux autres** que décrit Henry Wallon (1993) sous le terme de dialogue tonique.

Le tonus étant constamment présent, le sujet est ainsi en **constante relation** avec lui-même et ses pairs, qu'il soit seul, entouré, en mouvement ou immobile.

Cette constante permet selon D.W. Winnicott, la création d'un « **sentiment de continuité d'existence** ». Ce sentiment permet la naissance d'une **sécurité interne** grâce au **sentiment de continuité interne** ressenti. Le sujet est alors capable non seulement de **communiquer avec le monde qui l'entoure**, mais est également **capable d'être seul** et d'exister par le **sentiment d'existence propre**.

Catherine Potel (2015, p. 118) ajoute également aux fonctions du tonus celle de **toile de fond historique du corps** qui vient constituer une **mémoire des événements passés**.

Le niveau sensoriel :

Nous pouvons distinguer deux grands types de sensations : intéroceptives et extéroceptives. Les **sensations intéroceptives** proviennent du sens viscéral, et nous renseignent sur les mouvements produits par nos organes internes tels, à titre d'exemple, que la tachycardie, l'état de sidération tonique et bien d'autres. Les **sensations extéroceptives** émanent de l'environnement et sont réceptionnées grâce à nos cinq sens que sont l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher et la vue.

Le niveau sensoriel s'étaye sur celui précédemment cité. Au premier couple d'extrêmes toniques contracté-décontracté s'ajoute le premier couple d'analyse sensorielle : celui du dur et du mou. L'enfant n'est plus seulement tendu ou détendu, il associe à ces états toniques des sensations de dur et de mou. Ces sensations toniques sont en réponse à des stimulations extéroceptives et intéroceptives. Ces stimulations peuvent être de deux natures opposés : agréable (douces, lumineuses, de satiété soit agréables) ou désagréables (froides, piquantes, de faim).

A un état tonique tendu ou détendu s'associera et s'intégrera le vécu d'expériences plus ou moins désagréables. Ici encore, les couples de sensations sont tout d'abord binaires puis s'enrichiront tout au long du vécu d'expériences et des intégrations sensorielles.

Ayres (1989, p. 11) décrit l'intégration des informations sensorielles comme :

« le processus neurologique organisant l'expérience que nous avons à partir de notre corps (produite à partir de stimuli sensoriels) et de l'environnement. Elle permet d'utiliser le corps de façon efficace au sein de l'environnement. Les aspects spatiaux et temporels des contributions apportées par les différentes modalités sensorielles sont interprétés, associés et unifiés. L'intégration sensorielle concerne le traitement de l'information. Le cerveau doit sélectionner, améliorer, inhiber, comparer et associer les informations sensorielles par l'adoption d'un schéma souple, en évolution constante. »

Le niveau affectif :

Selon Moïra Mikolajczak (2014), l'affect est défini comme un terme général regroupant toutes les dimensions affectives telles que les émotions, humeurs, sentiments etc. L'étayage de ce niveau dépend des manifestations sensoritoniques exprimées par les niveaux précédents.

Alors que l'enfant est encore immature et n'a pas accès au langage, c'est la figure maternelle qui sera en capacité de symboliser ces états de tensions, de pleurs, de frustration, ou de satisfaction par la mise en mot symbolique de ce qu'elle perçoit.

En effet, « l'affect n'est pas donné d'emblée à l'enfant ; il en a seulement une préconnaissance tonique et sensorielle. C'est la mère qui parle l'affect du bébé » (Robert-Ouvray, 2007, p. 82). S'en crée alors le « couple affectif d'opposition satisfaisant-insatisfaisant qui s'accompagne de plaisir ou de déplaisir » (ibid., p. 81).

Selon Llinas (2001, p. 155), « les émotions constituent la **plateforme** « **prémotrice** » soit **énergisante**, ou, le cas échéant, **inhibante**, pour la plupart de nos actions ».

Le niveau représentatif :

Les représentations constituent les éléments qui sont présents à notre esprit, le contenu concret de notre psychisme. Elles se construisent à partir d'une perception sensorielle.

La perception peut être définie comme un **vécu brut** d'éléments sensoriels alors que les représentations sont les **idées abstraites, travaillées, contextualisées** que l'on se fait de nos perceptions.

En effet, c'est de notre système limbique, plus précisément de l'insula qu'émergent nos premières représentations. Cette structure permet une intégration des sensations émanant de notre corps et ainsi une compréhension de celles-ci.

Comme nous l'avons vu précédemment, tonicité, sensorialité et affectivité se mobilisent en nous afin de pouvoir traduire et exprimer notre état face à des sensations externes issues de nos cinq sens, ou internes que représentent nos états toniques et viscéraux.

Le tonus, les sensations et les affects seront ainsi le contenu à la base de nos représentations grâce à l'étayage qui sera réalisé entre ces différents niveaux d'expériences. Néanmoins, il ne suffit pas simplement de percevoir les éléments constitutifs de chaque niveau pour que l'on puisse en créer des représentations.

Littéralement « re-présenter » signifie rendre un élément de nouveau présent. La représentation se distingue de la perception par l'accès et les liens que le sujet établira autour de cette image mentale issue de ces perceptions. Ces images mentales pour être intégrées, incarnées et conscientisées devront s'inscrire dans une mémoire afin de pouvoir être remobilisées hors contexte et sans stimulus.

C'est au fil de ses expériences que le sujet est emmené à enrichir son réseau de représentation. En effet, confronté à diverses situations concrètes mobilisant son tonus, ses sensations et ses affects, le sujet fait appel à ses expériences passées par le biais des représentations qu'il s'est construit. Ainsi le réseau de représentation peut être enrichi, modifié ou étayé. (Junker-Tschopp, 2017)

Notons que ces quatre niveaux qui sont le niveau tonique, sensoriel, affectif et représentatif sont en constante interaction. La mise en lien constante est essentielle à un bon étayage psychomoteur. De plus, par processus d'échoïstation, l'atteinte d'un niveau aura des répercussions sur les trois autres niveaux.

Enfin, « par toutes les fonctions qu'elle assure, l'enveloppe tonique s'identifie comme le prototype moteur d'une première enveloppe psychique, d'un « contenant » psychique (container) . . . et du soutien moteur du « moi-peau » » (Robert-Ouvray, Intégration motrice et développement psychique, 2007, p. 164).

2.1.3 Enveloppe psychique et Moi-Peau

D. Anzieu (1995) émet l'hypothèse que « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle, dont elle transforme le fonctionnement sur le plan mental ». Autrement dit, le Moi³ s'inspire des expériences vécues par le corps, représentant le Moi-corporel.

De cette réflexion naît la notion du Moi-Peau (ibid.) permettant l'élaboration des représentations du Moi et traduisant ainsi les limites du psychique. Revenons ici sur les fonctions du Moi-Peau. Bien qu'au nombre de huit, nous ne détaillerons ici que les fonctions que nous jugeons nécessaires à la compréhension de notre sujet :

- La fonction de **maintenance du psychisme** :

Tout comme la peau représente un soutènement du squelette et des muscles, le Moi-Peau maintient le psychisme. C'est par les premiers échanges que vit le nourrisson, notamment par l'intériorisation du « holding maternel » (Winnicott D. W., 1967) que cette fonction se développe. Ainsi les contacts des mains sur la peau, le portage et le regard permet au nourrisson de vivre des expériences de **solidité et d'unité**.

³ Le Moi désigne la partie de la personnalité qui assure les fonctions conscientes. Cette instance s'inscrit, avec le « Ça » et le « Surmoi », dans la seconde topique introduite par Freud en 1923

- La fonction de **contenance** :

- Le contenant : Il correspond à l'aspect passif du corps tel un réceptacle de sensations, d'images et d'affects ;
- Le conteneur : Il correspond à l'aspect actif du corps permettant l'élaboration, la transformation et la restitution à l'intéressé de ses sensations, images et affects rendues représentables.

De là se distinguent l'intérieur et l'extérieur du sujet. Cela permet la création de ses limites entre ce qui est en lui et en dehors de lui, entre le soi et le non-soi.

- La fonction de **pare-excitation** :

Freud (1920) décrit la fonction de pare-excitation comme protectrice de l'organisme face aux stimulations provenant du monde extérieur. Lorsque l'enfant est encore immature et vis ses premières expériences, cette fonction, comme de nombreuses autres, est également assurée par la figure maternelle. Dès lors que l'enfant devient assez mature, il trouve un étayage suffisamment important pour assumer seul cette fonction.

- La fonction d'**individuation du soi** :

Elle permet le sentiment d'être un et unique et la capacité de s'affirmer en tant qu'individu.

- La fonction d'**inter-sensorialité** :

Elle permet la mise en lien des sensations de diverses natures : celles extéroceptives qui sont issues des cinq sens ou celles intéroceptives provenant des organes à l'intérieur du corps. Ces sensations viennent enrichir l'intéroception, l'extéroception et la proprioception du sujet.

- **La fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles :**

Celle-ci représente l'histoire corporelle. Une histoire qui s'inscrit dans un monde extérieur dans lequel le sujet s'inscrit tant au travers de son apparition biologique que son apparition dans une société.

À cela nous ajouterons également les différentes figurations du Moi-Peau qu'apporte Anzieu :

- La fonction de **sac** : celle-ci assure la fonction de contenance et d'unité du corps, d'enveloppe. La délimitation par cette enveloppe permet la distinction de l'intérieur et de l'extérieur du sujet. Il est ainsi différencié des autres, peut réagir aux éléments extérieurs et selon ses ressources et ses capacités de traitement, il peut les interioriser et les intégrer ;
- La fonction d'**écran** : celle-ci assure la fonction de barrière protectrice.
 - En tant que surface : c'est sur la surface de la peau que s'inscrit toute histoire corporelle. Celle-ci marque la limite entre le dedans et le dehors.
 - En tant que barrière : cette fonction protège l'intégrité du corps.
- La fonction de **tamis** : celle-ci assure la communication entre l'environnement et le sujet.

Cette enveloppe psychique, de par ces fonctions, se veut être contenante. Cette contenance permet un sentiment d'unité psychocorporelle et ainsi d'individuation, de différenciation et de sécurité. Le sujet peut faire la distinction entre le soi et le non-soi et établir les limites entre ce qui lui appartient ou non, ce dont il est à l'origine et ce qu'il reçoit, les stimuli intrinsèques ou extrinsèques, le réel vécu ou l'irréel imaginé. Cette barrière délimitative est un lieu de réception et aussi d'échange.

En effet, cette enveloppe peut être le réceptacle de divers stimulus pouvant être d'origine sonore, tactile, thermique, olfactif, gustatif, ou musculaire etc. Par sa fonction de barrière protectrice et réceptive et sa fonction de pare-excitation, l'individu peut ainsi gérer les excitations qu'il est en mesure de réceptionner, d'intégrer, de traiter.

3. Psychomotricité et psychotraumatisme

3.1 Réflexions sur les atteintes des enveloppes psychocorporelles lors du psychotraumatisme

3.1.1 Les atteintes des enveloppes psychocorporelles par leurs contenus

Lors du psychotraumatisme « le **trauma résulte toujours d'une perception ou d'une sensation** » (Lebigot, 2006, p. 9). Celles-ci peuvent être d'origine visuelle (cadavre, sang), auditive (cris, explosion), olfactive (odeur de brûlé, de cadavre), ou cenesthésique (chaleur de la main de l'agresseur). Ces sensations sont vécues comme un bloc sensoriel brut.

Par déconnexion de l'amygdale et de l'hippocampe, la victime n'est plus en capacité d'analyser les signaux.

Lorsque la victime revit le traumatisme sous formes de reviviscences, sa mémoire traumatique prend le dessus et compromet toutes tentatives d'analyse de l'environnement. La victime se sent alors menacée par des signaux sensoriels qu'elle n'est plus en capacité de replacer dans un contexte et donc de percevoir comme non menaçant. Les traces traumatiques ravivées prennent alors le dessus sur les sensations environnementales du présent. Les stimulations sensorielles environnementales ne peuvent plus être analysées, traitées et gérées efficacement.

De même pour les sensations intéroceptives. La moindre sensation, qu'elle soit intéroceptive ou extéroceptive, peut alors, consciemment ou pas, faire écho aux traces sensorielles traumatiques. En effet, les victimes « n'ont de cesse de relever et de s'approprier des signaux sensoriels en lien avec des traumatismes antérieurs et de négliger des indices sensoriels concomitants indiquant l'absence de menace dans une même situation» (Odgen, Minton, & Pain, 2015, p. 66). La difficulté à analyser correctement les sensations extéroceptives et intéroceptives provoque ainsi une adaptation comportementale non pas en lien avec le temps présent, mais en lien avec le vécu et le temps du traumatisme. Le sentiment de sécurité est alors menacé.

Lors d'un événement traumatisant, la victime est **détachée de toutes émotions**, de même lors des reviviscences. Une fois cet état de confrontation résolu, la victime a un vécu d'effroi. Elle se retrouve en effet en incapacité de symboliser ce qu'elle vit et a vécu. Face à ces événements, les sentiments d'étrangeté, de honte, de culpabilité et d'abandon sont souvent présents.

De plus, lors d'un psychotraumatisme, le **réseau de représentations de la victime se fige**. Le sujet n'est plus en capacité d'effectuer de liens avec le vécu actuel et revit l'événement traumatisant comme actuellement présent. Les sensations vécues représentent alors un bloc sensoriel brut dénué de toutes possibilités d'évoluer au sein de la boucle sensation-perception-représentation. Il y a disparition de la contextualisation, des pensées, des mots et des idées, confrontant ainsi le sujet à l'indicible.

La mémoire normalement « évolutive (Cyrulnik, La mémoire traumatique) » est alors figée au temps du traumatisme, rendant impossible la mise en liens et l'intégration du vécu dans un langage commun et symbolique.

Ici nous voyons que **le psychotraumatisme est une effraction par les sensations, par les émotions et par les représentations**.

Nous savons que les quatre niveaux que sont le niveau tonique, sensoriel, affectif et représentatif fonctionnent par processus d'échos. Une atteinte d'un niveau engendre le dysfonctionnement des trois autres. De plus, la mise en lien entre ces niveaux est essentielle à un bon fonctionnement.

Si une victime n'a plus accès à son réseau de représentations par l'atteinte de l'appareil psychique qui le contient, alors nous pouvons penser que, parmi les quatre niveaux cités-ci dessus, le niveau représentatif est particulièrement atteint, et que cela pourrait donc avoir des conséquences sur les fonctions assurées par les trois autres niveaux, ainsi que sur la qualité de l'enveloppe psychotonique (transpercée lors d'un psychotraumatisme) qui les contiennent.

3.1.2 Les atteintes des enveloppes psychocorporelles par leurs fonctions

Nous avons vu ci-dessus que les enveloppes psychocorporelles assurent diverses fonctions décrites par D. Anzieu (1995) dans le développement d'un sujet. Tentons maintenant de voir les impacts que peuvent avoir un psychotraumatisme sur ces fonctions.

Lors d'un psychotraumatisme, l'appareil psychique est atteint dans son fonctionnement. Le sujet n'a plus de sentiment de solidité et d'unité. Alors que le nourrisson immature trouvait du soutien lorsqu'il était avec sa mère, la victime elle se sent abandonnée, incomprise, exclue du monde, coupable, honteuse et impuissante. Le vécu d'effroi correspond à l'impensable, à l'indicible : elle est confrontée au néant. Le psychisme n'est plus en mesure de donner sens à son vécu et la **fonction de maintenance** du psychisme se voit alors non opérante.

Par l'intrusion d'un élément étranger et menaçant à l'intérieur du sujet, l'enveloppe psychique se retrouve transpercée. Les contours de celle-ci ne sont alors plus délimités.

L'unité psychocorporelle du sujet est atteinte. Un élément extérieur et étranger se retrouve à l'intérieur du sujet, les distinctions entre le dedans et le dehors et celle entre le soi et le non-soi sont alors compromises. Ici c'est la **fonction de contenance, limites et d'individuation de soi** qui sont inefficaces.

Le sujet est alors confronté à un environnement menaçant. Lorsque la mémoire traumatique s'active, le vécu brut de la situation représente une excitation que le sujet n'est plus en mesure d'analyser et de comprendre. Les excitations sont alors brutales par la non possibilité d'analyse des différents stimulus rencontrés. Apparaissent ici **les fonctions de pare-excitation, d'inter-sensorialité et de barrière protectrice**.

Afin d'illustrer notre réflexion sur les atteintes des enveloppes psychocorporelles par leurs contenus et par leurs fonctions lors d'un psychotraumatisme, voici un schéma :

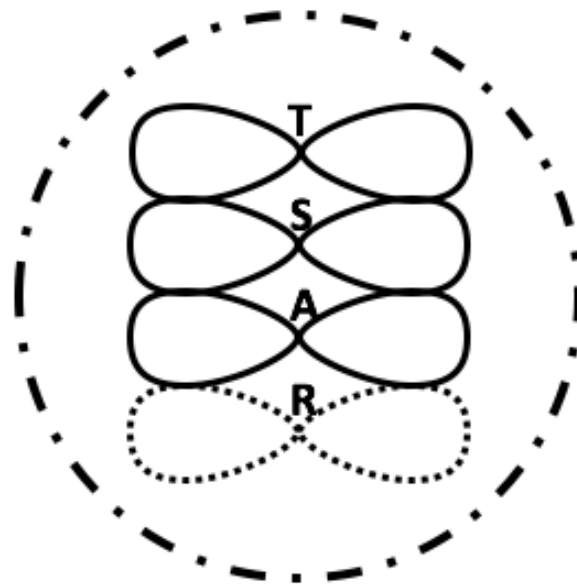


Figure 3 : Représentation de la notion d'enveloppe psychocorporelle et de son contenu suite à un psychotraumatisme (production personnelle inspirée d'une conférence donnée par Suzanne Robert-Ouvray (2018))

3.2 L'accompagnement psychomoteur auprès de patient ayant subi un psychotraumatisme

La psychomotricité considère le sujet dans sa globalité afin de favoriser un développement en accord avec l'intégralité de ses composantes, sans en mettre une de côté. Elle considère ainsi que l'ensemble des composantes du sujet sont en constante interaction entre elles et sont, de ce fait, indissociables.

« Basé sur une vision holistique de l'être humain -c'est à dire qu'elle tient compte de ses dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale, culturelle, spirituelle- et de l'unité corps/esprit, le terme psychomotricité intègre les interactions cognitives, émotionnelles, symboliques et corporelles dans la capacité d'être et d'agir de l'individu dans un contexte psychosocial. » (Forum Européen de la Psychomotricité, 1996)

Autrement dit, le sujet est animé par des fonctions motrices, sensorielles et par des états psychiques, affectifs et relationnels. L'être humain est ainsi considéré comme un être bio-psycho-social.

De ce fait, lorsqu'un psychomotricien s'intéresse au sujet dans cette globalité, il ne peut donc pas se permettre de mettre de côté les enveloppes psychocorporelles qui est la base de l'enveloppe psychique et de l'affect, support des activités sensorielles, motrices et posturales.

« La psychomotricité est un dispositif de soin thérapeutique qui s'intéresse, en tout premier lieu, aux fondations d'une construction de la plus haute importance, un sujet humain. La mise en place de ces fondations constitue la condition indispensable d'une intériorité psychique. C'est l'intrication profonde entre, d'une part l'ancrage du corps dans l'espace et le temps, d'autre part la fonction contenant de l'enveloppe qui va constituer le socle, la structure de l'identité psychocorporelle du sujet. Dans cette intrication se trouve la raison d'être d'une thérapeutique psychomotrice, s'adressant non seulement aux fonctions (...) mais aussi à leur inscription symbolique essentielle pour la psyché » (Potel, 2015, p. 112)

Il s'intéressera ainsi à la construction d'une enveloppe psychocorporelle sécurisée et contenant en tant que conteneur, mais aussi à son contenu. En effet, rappelons-le, l'enveloppe psychocorporelle est le lieu contenant du tonus, des sensations, des affects et des représentations.

Comme nous l'avons perçu précédemment, la fonction de contenance de l'enveloppe est primordiale pour permettre un sentiment de sécurité au sujet.

Or lors d'un psychotraumatisme, les enveloppes psychocorporelles sont transpercées. Les contours de celle-ci ne sont plus délimités. Les limites entre le dedans et le dehors n'existent plus. De plus, un élément étranger extérieur, l'agent traumatique, s'introduit et vient faire partie intégrante de ces enveloppes. La fonction de contenance est ainsi perturbée et l'unité psychocorporelle du sujet est impactée. La relation à soi, aux autres et à son environnement est atteinte.

En psychomotricité, les axes de travail issus de cette réflexion pourraient alors être divers :

- Par **un apport d'expériences motrices, sensorielles, perceptives et kinesthésiques**, le psychomotricien pourrait tenter d'enrichir le réseau de représentation qui est compromis lors d'un psychotraumatisme. Pour cela, il peut s'appuyer sur l'étayage psychomoteur et le processus d'échos qui s'opère entre les quatre niveaux qui en sont constitutif. Il peut également permettre de relancer la consolidation de la mise en lien entre ces quatre niveaux. Ceci passe par des éprouvés corporels, mais également par l'association de ces vécus à des images ou des sensations afin que le sujet puisse y redonner un sens ;
- Par le respect d'**un cadre sécurisant et bienveillant**, il se doit de favoriser le sentiment de sécurité et d'individualité du patient, ce qui peut alors venir renforcer les fonctions des enveloppes.
- Par **une présence tolérante et un encouragement à la verbalisation**, il peut permettre au patient d'accepter d'être soi-même en apprenant à considérer ses désirs, ses émotions et d'ainsi pouvoir les conscientiser et de les exprimer.
- L'enrichissement des vécus sensori-moteurs, perceptifs et représentatifs que le psychomotricien pourra intervenir auprès d'un patient ayant subi un psychotraumatisme. En effet, pourrait permettre de **consolider ses enveloppes psychocorporelles** et les renforcer dans leurs diverses fonctions.
- La consolidation de ces enveloppes psychocorporelles dans leurs fonctions d'intégration, de contenance, d'émissions et de réception pourra être réalisée **à partir de différentes stimulations** (sonores, tactiles, cutanées, visuelles, toniques, posturales, olfactives, etc.).
- Par un travail de l'enveloppe dans sa fonction de contenance, l'unité corporelle du sujet pourra être favorisée et permettre une meilleure relation à soi, à l'autre, et à l'environnement. Pour cela il favorisera l'éveil ludique du sujet en s'appuyant sur le plaisir du mouvement, d'être son corps et d'être soi-même.

Ainsi, la psychomotricité permet de vivre, d'expérimenter, peut-être à nouveau, une unité sensorielle, motrice, émotionnelle et mentale, psychique et corporelle. L'objectif est donc de favoriser, permettre ou restaurer l'harmonie globale de l'équilibre psychocorporel.

Pour clôturer cette partie, citons Catherine Potel : « Aider le patient à se construire, dans des limites plus tranquilles et plus sécurisantes, afin d'accéder à des voies de symbolisation plus secondarisée [sic]. On pourrait également dire : permettre « une mise en pensée des corps ». Ainsi, « il ne suffit pas que l'enfant s'extériorise, il faut que ces « extériorisations corporelles » soient « travaillées » par le thérapeute dans son propre appareil à penser. (2015, p. 324 et 331)

PROBLEMATIQUE

Dans la revue de littérature, nous avons vu qu'un événement potentiellement traumatisant peut survenir à la suite de diverses situations (accidents, maltraitance, abus sexuels, etc.). Si cet événement est soudain, violent et menace l'intégrité physique et/ou mentale du sujet et qu'il n'a pas accès à des ressources suffisantes, alors il est susceptible de subir un psychotraumatisme. Par intrusion d'un agent étranger et menaçant à l'intérieur de l'appareil à penser, le réseau de représentation qui y est contenu s'en trouve alors perturbé.

Cette perturbation engendre des mécanismes provoquant une déconnexion du circuit de réponse au stress, une mémoire traumatique ainsi qu'une dissociation avec anesthésie émotionnelle.

Alors que la victime peut réagir selon des degrés divers suite à un psychotraumatisme, la plus haute atteinte se trouve être l'état de stress post-traumatique qui est identifiable par la triade syndromique : le syndrome de répétition, l'évitement et l'hyperactivité neuro-végétative.

Une effraction de l'appareil ou de l'enveloppe psychique entraîne, selon le paradigme de la psychomotricité, une effraction des enveloppes psychocorporelles. Celles-ci assurent diverses fonctions dans le développement d'un sujet comme les fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation etc.

Lors d'un psychotraumatisme, ces enveloppes se retrouvent ainsi transpercées. Les fonctions qu'elles exercent ainsi que leurs contenus peuvent alors être perturbés. En effet, les enveloppes psychocorporelles sont l'habitable de quatre domaines qui sont le tonus, les sensations, les affects et les représentations qui sont en constante mise en lien. Nous voyons donc que le psychotraumatisme, par atteinte de la mise en lien et des représentations, peut venir perturber ce contenu.

Ainsi, la psychomotricité permet au sujet d'investir ou de réinvestir cet habitacle par :

- L'apport d'expériences motrices, sensorielles, perceptives et kinesthésiques ;
- La mise en place d'un cadre sécurisant et bienveillant ;

- Une présence tolérante et un encouragement à la verbalisation ;
- L'enrichissement des vécus sensori-moteurs, perceptifs et représentatifs ;
- La consolidation des enveloppes psychocorporelles ;
- La favorisation d'une unité et d'un équilibre psychocorporel ;

Une des pionnières de la psychomotricité, Catherine Potel, met l'accent sur l'importance d'un corps contenant, construit et organisé. Cette contenance, construction et organisation s'appuient sur les enveloppes psychocorporelles qui s'enrichissent lors de vécus de diverses expériences et par l'acquisition de nouveaux savoirs investis, intégrés et non plaqués. (Potel, 2015, p. 107).

Cependant l'enfant ayant subi un psychotraumatisme ne possède plus cet habitacle intégrateur d'expériences et sécurisant. Les expériences auxquelles il est confronté se retrouvent ainsi dénuées de sens, ou plutôt pouvons-nous dire que le sens qui leurs est attribué n'est plus en relation avec l'environnement présent.

Par l'atteinte de la sphère représentative provoquée par l'effraction psychique, les savoirs ne sont plus actualisés. Ces savoirs dont le lieu de contenance se trouve être notre corps tout entier et dans ce cas, un corps meurtri, sont alors difficilement investis et intégrés. Les expériences sont vécues de matière brute, sans capacités de mise en lien et d'étayage.

De nombreux suivis sont mis en place pour accompagner les victimes en état de stress post-traumatique. Par notre réflexion nous avons pu replacer les atteintes du psychotraumatisme dans un ensemble psychomoteur.

La psychomotricité viendrait, par son apport d'expériences sensori-motrices enrichir un vécu fixé au temps du traumatisme. Le réseau de représentations, grâce à l'aide du thérapeute, viendrait de nouveau s'enrichir afin que les liens puissent de nouveaux s'établir, que le traumatisme soit symbolisé, tant que le plan des représentations, que des affects, sensations ou vécu tonique.

La victime dépasserait ce traumatisme non pas uniquement grâce à une symbolisation des faits, mais par une symbolisation psychomotrice.

Ainsi, cette réflexion nous emmène à nous poser la question de recherche suivante :

Quels sont les effets d'un travail des enveloppes psychocorporelles sur la sphère représentative d'un enfant ayant subi un psychotraumatisme ?

PARTIE PRATIQUE

4. Les effets d'un travail des enveloppes psychocorporelles sur la sphère représentative : observations cliniques

Nos lectures théoriques et notre réflexion nous renseignent par rapport aux impacts sur les enveloppes psychocorporelles et l'importance d'un travail sur les représentations à effectuer auprès de patients suite à un psychotraumatisme. Différents outils de prise en soins existent actuellement à ce sujet tels que l'EMDR⁴, les techniques de stimulations bilatérales, les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), la technique de libération des émotions (EFT⁵) ou encore la technique du débriefing.

Néanmoins, aucune publication ne traite de la question de l'accompagnement d'un psychotraumatisme replacé au sein d'une dynamique psychomotrice.

Notre réflexion consiste ici à observer, sur le terrain, les effets qu'un travail porté sur les enveloppes psychocorporelles pourrait avoir sur la sphère des représentations du sujet suite à un psychotraumatisme.

4.1 Méthodologie de recueil de données

4.1.1 La procédure adoptée

Afin d'observer ces effets, nous avons été amené à constituer un recueil de données basé sur des observations de séances de psychomotricité. Celles-ci se sont réalisées dans un Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) de l'île de la Réunion. Notre travail de recherche s'est effectué sur une base de cinq séances.

Initialement, nous avons donc réalisé le bilan psychomoteur de Chloé sur trois séances. Aussi, nous avons fait la restitution du bilan à Chloé et à sa mère et nous avons pu établir une liste d'objectifs de prise en soins.

⁴ Eye Movement Desensitization and Reprocessing soit en français Mouvement des yeux, Désensibilisation et Retraitement de l'information

⁵ Emotional Freedom Technique

Ensuite, nous avons constitué une grille d'observation axée sur les représentations. Celle-ci nous a servi d'outil commun à l'analyse de chaque séance.

Par la suite, nous avons proposé à Chloé des séances portant sur un travail de l'enveloppe, de quelque nature qu'elle soit, en accord avec les particularités, tolérances et besoins qu'elle présentait.

A l'issue de cette période, nous avons pu constituer cinq grilles d'observations (voir annexe 1). Elles ont chacune été analysées afin de mettre en exergue l'évolution de la sphère représentative le long de ces cinq séances.

Enfin, nous avons été amené à nous questionner sur les éventuels biais présents dans l'élaboration de notre réflexion, les avantages et les désavantages de notre méthodologie de recherche, ainsi que les apports professionnels de ce travail.

4.1.2 Le choix de l'outil utilisé : la grille d'observation

Afin d'observer l'accès aux représentations, nous avons réalisé une grille d'observation. Celle-ci s'est inspirée sur les travaux de G. Malglaive (1994) qui recense quatre procédés pour réussir à atteindre l'image mentale qui compose une représentation. Les procédés qu'il cite sont les suivants : la description verbale du sujet d'après son introspection, le dessin par le sujet, le choix par le sujet du dessin et la reproduction gestuelle par le sujet.

Suite à une réflexion personnelle et en se basant sur les domaines de G. Malglaive, nous avons finalement constitué trois domaines d'observations afin de pouvoir organiser notre regard lors des séances : les représentations verbales, les représentations graphiques et les représentations corporelles.

Afin de porter un regard plus complet sur ces trois domaines, nous avons établi une liste de sous-domaines au travers desquelles nous avons observé : la spontanéité, la richesse, l'expression des émotions et de soi ainsi que les liens établis pour chaque représentation recensée.

En effet, les représentations participent à l'intégration psychomotrice qui permet le rapport et la connaissance de soi, l'expression de soi, l'étayage psychomoteur, la relation à soi, à autrui et à son environnement.

Ainsi par l'établissement des sous-domaines cités ci-dessus, nous avons pu observer si ces représentations sont efficaces dans leurs fonctions, et ainsi si elles sont ou non enrichies.

Ainsi l'établissement des sous-domaines cités ci-dessus nous permet d'observer si un travail sur les enveloppes psychocorporelles pourrait redynamiser les représentations. Par le terme de redynamisation des représentations, nous entendons l'enrichissement, la diversification, la capacité à faire des liens, la capacité à se représenter des éléments propres à soi-même ou des éléments communs et symboliques à une société.

DOMAINE	Comment ?
VERBAL	Au travers des dires de Chloé.
GRAPHIQUE	Grâce à l'utilisation de médiations tels que le dessin, le coloriage, l'écriture, la pâte à modeler, la peinture et le slime.
CORPOREL	Par l'observation de la communication non verbale de l'enfant (postures, mimiques, gestuelles, amplitudes des mouvements, regard, etc.) et de l'accord entre communication non verbale et verbale.

Sous-domaine	Comment ?
Spontanéité	En observant les prises de parole ou actes spontanés.
Richesse	Par l'emploi d'une sémantique, de représentations graphiques et de gestes/mouvements précis et variés.
Expression des émotions et de soi	Par la capacité à exprimer ses émotions et se positionner sur des choix.

Liens	<ul style="list-style-type: none"> - Par la possibilité ou non de replacer les représentations évoquées dans un contexte autre que celui actuel : faire des liens avec son quotidien, ou des liens avec son histoire (notamment celle du psychotraumatisme) ; - Par la capacité à mettre en liens les causes et les conséquences ; à répondre à la question du « pourquoi ? ».
-------	--

4.1.3 L'organisation des séances

Les séances ont été hebdomadaires, à raison de quarante-cinq minutes par enfants. La psychomotricienne du service était présente.

Une séance était composée de trois temps :

- Un temps d'accueil : À table, l'enfant nous parle de sa semaine passée, de ses ressentis actuels et éventuellement de ses envies pour la suite de la séance. Bien que ce temps soit libre, nous orientons tout de même les questions posées afin de pouvoir, durant le temps suivant, proposer une activité s'accordant à l'état du patient.
- Un temps de travail sur les enveloppes psychocorporelles : La proposition de l'exercice dépendait de l'état du patient et des axes de travail recensés au préalable. Nous avons proposé un travail sur les enveloppes, de quelque nature qu'elle soit (enveloppe peau, sonore, visuelle, tonique, symbolique, etc.).
- Un temps de fin : Cette partie de la séance permettait au patient de nous faire un retour sur la séance et sur ses ressentis. Ce retour pouvait se faire sous forme verbale, graphique ou corporelle. Nous avons tenté au maximum de laisser Chloé choisir la manière dont elle souhaitait faire ce retour. Néanmoins, il a parfois été nécessaire de proposer ou de choisir à sa place par manque de positionnement et d'affirmation de sa part.

4.1.4 La population d'étude

Durant notre présence sur le lieu de stage où nous avons réalisé ce travail de recherche, nous avons reçu au total cinq enfants qui nous ont été adressés à la suite d'un syndrome de stress post-traumatique.

Toutefois, les patients avaient des âges, un accès au langage et des types de traumatismes variés. De plus certains que nous avons au départ choisi a intégré dans notre population d'étude n'ont été présent que lors d'une séance. De ce fait, pour garantir l'homogénéité des résultats, nous avons réalisé une étude de cas unique. La participante était une jeune fille âgée de 12 ans. Dans un soucis d'anonymat, nous l'avons nommé Chloé.

4.2 Eléments d'anamnèse et de réflexions à propos de Chloé

Voici quelques éléments d'anamnèse et de bilan que nous avons jugé nécessaires à la compréhension de la suite de ce travail. Bien évidemment, la description du sujet ne se résume pas aux quelques éléments que nous allons citer ci-dessous.

Chloé est une jeune fille âgée de 12 ans lorsque nous la recevons pour la première fois en séance de psychomotricité. Le suivi en psychomotricité ayant été initié par l'accompagnement que nous lui proposons, nous avons réalisé un bilan psychomoteur lors des trois premières rencontres, en amont du travail sur lequel est basé notre réflexion ci-dessus exposée.

Nous notons également qu'elle ne possède actuellement pas de suivi complémentaire à celui proposer en psychomotricité.

4.2.1 Histoire du psychotraumatisme :

Chloé a été victime de psychotraumatismes de type II soit complexe, répétitif et chronique. En effet, elle a pu subir des diverses maltraitances physiques et psychologiques de la part de son père durant de nombreuses années. Elle a également été témoin de violences

conjugales et de violences portées sur l'ensemble de sa famille (sa mère, ses sœurs aînées et son frère cadet).

Les événements traumatisants ne semblent plus présents dans le quotidien de Chloé. Néanmoins, les symptômes d'un état de stress post-traumatique semblent encore présent, lors du suivi en psychomotricité, plus particulièrement sous la forme de cauchemars.

4.2.2 Eléments et réflexions sur les enveloppes

Chloé adore le sport et demande à en faire quotidiennement. Par la pratique d'activités sportives, elle semble apprécier l'augmentation de son tonus musculaire et les stimulations de la peau : « le contact du vent sur (s)a peau ». Nous pouvons émettre l'hypothèse que par un apport tonique, dynamique et sensorielle, cette pratique viendrait stimuler l'enveloppe psychocorporelle de Chloé. Elle dit ne pas aimer les massages (enveloppe peau).

De plus l'enveloppe dans ses fonctions d'émission et de réception semble être mise à mal. En effet, Chloé montre des difficultés à porter son attention sur ses ressentis corporels et sur le traitement de ses sensations. La mise en lien entre le tonus, les sensations, les affects et les représentations est difficile.

4.2.3 Eléments et réflexions sur sa sphère représentative

Chloé montre des difficultés à identifier, exprimer et gérer ses ressentis psychocorporels, nous nous interrogeons lors du bilan sur sa capacité à ressentir, mais également à avoir accès à ses ressentis et à les exprimer. Les verbalisations lors du bilan psychomoteur sont pauvres à ce sujet voir en désaccord avec les stimulations présentées.

De plus, elle présente une agressivité envers son frère : elle a des difficultés à canaliser ses émotions, les identifier et les exprimer de manière non violente. Là encore, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elle présente des difficultés à avoir une représentation de ses ressentis et éprouvés. Chloé présente peu de capacité de verbalisation et de mises en lien, elle réagit

plutôt de manière impulsives sans pouvoir analyser l'origine de son comportement ou en expliquer les raisons. Ceci représente d'ailleurs le motif pour lequel elle nous a été adressée.

Lors du bilan, les représentations corporelles, graphiques et verbales sont très pauvres. Chloé ne fait pas de liens entre ses sensations, son vécu, son quotidien et l'histoire du psychotraumatisme.

4.3 Les résultats

Ici, nous proposons une lecture des résultats de chaque séance par sous domaines. Bien que nous ayons une grille d'observation composée de trois principaux domaines, ceux ci-représentent une aide pour l'observation clinique. Les sous-domaines eux, représente l'évolution des représentations. De ce fait, nous avons choisi de répartir nos observations par sous-domaine plutôt que par domaine.

Afin de mettre une meilleure lecture de ces résultats voici un court rappel des séances :

- ✓ Séance n°1 portée sur un travail de l'enveloppe tonique et posturale au travers de mîmes
- ✓ Séance n°2 portée sur l'enveloppe peau par une activité de peinture sur mains
- ✓ Séance n°3 portée sur l'enveloppe sonore par la découverte et reconnaissances d'instruments à percussions
- ✓ Séance n°4 portée sur la mise en lien verbale des composantes de l'enveloppe (tonus, sensations, affects, et représentations)
- ✓ Séance n°5 portée sur l'enveloppe tonique au travers d'une activité de guidage par un bâton et par des contacts

Spontanéité :

✓ Séance n°1 :

Lors de la première séance, nous lui demandons de nous donner oralement des idées de mimes, elle n'est pas capable de nous répondre : « *je n'ai pas d'idées* ». Néanmoins lorsque nous lui proposons d'écrire ses idées sur papier, elle peut y inscrire trois propositions « *corde à sauter* », « *manger* » et « *taper dans un ballon* ». Elle peut également décrire ces mimes sans besoin d'aide, sauf pour « être stressée » où elle a d'abord besoin de mimer pour pouvoir décrire les ressentis liés à cet état.

✓ Séance n°2 :

Lors de la peinture sur main, Chloé réagit aux consignes que nous lui donnons sans faire d'expérimentations. Lorsque nous lui demandons de choisir une activité après celle de la peinture, Chloé « *ne sai(t) pas* ». La spontanéité ou l'expression de soi ne sont dans ce cas pas présents.

Elle répond principalement à nos questions lorsque nous lui demandons de choisir entre deux propositions. Durant cette séance Chloé ne fait donc pas preuve de spontanéité et colle à ce que nous lui proposons.

✓ Séance n°3 :

Lors d'un travail sur l'enveloppe sonore où Chloé, les yeux fermés, écoutait les sons et essayait d'en deviner l'origine, elle peut nous dire « stop » lorsque le son est trop fort pour elle ou qu'elle l'a suffisamment entendu pour en percevoir l'origine.

Lorsque nous lui proposons le choix entre une activité corporelle ou graphique elle choisit l'activité graphique et nous dit spontanément qu'elle pourrait « *écrire des mots sur une feuille* ».

✓ Séance n°4 :

Chloé est très spontanée lors de cette séance. Nous ne réalisons pas d'activité psychomotrice ce jour-là car le temps de verbalisation est plus long que prévu. Chloé nous parle spontanément des cauchemars qu'elle fait en ce moment et les décrits sans que nous ayons besoin de poser beaucoup de questions.

✓ Séance n°5 :

Lors d'une activité de guidage les yeux fermés, Chloé peut spontanément arrêter l'activité en s'arrêtant et en ouvrant les yeux et s'exprimant sur son état : « ça tourne la tête ».

Sur les 5 séances réalisées, nous notons que Chloé fait preuve de spontanéité lors de 3 séances sur 5.

Richesse :

✓ Séance n°1 :

Chloé peut reconnaître les mimes d'autrui. Elle a conscience que parmi les trois émotions que l'on mime à savoir la tristesse, la peur et la colère, « *il manque la joie* ». Corporellement, Chloé peut avoir accès aux représentations nécessaires pour mimer « se réveiller », « être triste », « être calme » et « être stressée ». Pour « se réveiller » elle met une main sur l'oreille pour mimer un oreiller, elle baille et ferme et ouvre ses yeux. Pour « être triste » elle préfère interpréter le rôle de celle qui vient consoler cette personne, elle tapote donc sur son épaule de l'autre participant et lui fait signe de ne pas pleurer. Pour « être calme », elle mime cet état en marchant dans la pièce avec un visage détendu et des bras ballants. L'expression corporelle est ici assez riche pour que nous puissions comprendre ce qu'elle veut nous faire deviner.

✓ Séance n°2 :

Pour décrire les ressentis de la peinture sur sa main, Chloé emploie les mots « *froid* », « *chaud* », « *agréable* », « *bizarre* », « *ça coince* », « *mouillé* », « *doux* », « *ça ne griffe pas* », « *sec* », « *difficile* », « *lourd* », « *ça craque* » et « *ça chatouille* ».

Elle utilise différentes couleurs pour peindre sur sa main.

✓ Séance n°3 :

Durant l'activité, pour décrire ce que lui procure les sons des instruments, elle utilise les mots « *désagréable* », « *agréable* », « *ça tape les oreilles* », « *le son est fort* », « *c'est doux* », « *ça relâche* ». Elle parle également par la suite de « *détente* ».

A la fin de la séance, lorsque Chloé est sollicitée pour écrire ses ressentis sur une feuille, elle inscrit les mots « *plus calme* », « *agréable* », « *j'ai encore le son de la flûte dans les oreilles* »,

ainsi que les termes de « *chouette ambiance* » et « *apaisé* » qui sont des mots qui ne sont pas apparus jusqu'ici.

✓ Séance n°4 :

Lors d'un temps de verbalisation sur le psychotraumatisme, les émotions qu'elle décrit sont la « *culpabilité* », la « *peur* » et la « *tristesse* ». La richesse de ses représentations se trouve dans l'ensemble de son discours, elle nous parle de ses cauchemars, de sa tante et elle peut faire de nombreux liens entre son état actuel et les événements traumatisants qu'elle a subi.

✓ Séance n°5 :

Pour décrire son état après les activités, Chloé utilise les mots « *bien* » et « *mieux* », les mots « *relâchée* » et « *plus joyeuse* ».

Expression des émotions et de soi :

✓ Séance n°1 :

Chloé dit être « *en forme* » et avoir « *envie de bouger* ». Elle choisit la carte des émotions « *calme* » pour représenter son état. Lors de l'activité de mîmes, elle peut décrire ses ressentis corporels lors d'un état de stress « *mon cœur bat vite, et mes jambes tremblent* ». Elle précise également que, pour elle, le stress ce n'est « *pas forcément être assise, mais je marche sans penser à rien* ».

✓ Séance n°2 :

Durant le temps de fin, Chloé nous dit qu'elle « *aime bien* » l'activité autour du dialogue tonique par l'intermédiaire de bâtons « *car même les yeux fermés je te sens* » et précise qu'elle a eu « *un peu peur les yeux fermés que ça (le bâton) tombe* ». Chloé est souriante et semble montrer une communication non verbale en accord avec ses dires.

✓ Séance n°3 :

Durant le temps d'accueil, Chloé nous parle de ce qu'elle va faire après la séance et dit qu'elle « *aime bien les chevaux* ».

Alors que la psychomotricienne joue de la flûte, elle peut dire qu'elle « *aime bien le son de la flûte* » et elle confirme cela sur papier durant le temps de fin en écrivant « *j'ai aimé la flûte, ça me détend* ».

Le long de la séance sa communication non verbale et verbale semblent en accord.

✓ Séance n°4 :

Chloé peut nous dire qu'elle a besoin des cartes des émotions pour s'exprimer sur son état et ainsi exprimer ses besoins « *oui j'ai besoin des cartes des émotions pour m'aider* ».

Lors de la verbalisation sur le traumatisme, elle peut exprimer ses émotions « *je me sens coupable* », « *j'ai peur de revoir la tante décédée dans le noir* », « *je suis triste car je jouais avec elle comme avec un enfant* ». Chloé a les yeux dans le vide, le dos voûté, les larmes aux yeux et présente des gestes d'auto-contact au niveau des mains. Sa communication non verbale semble en accord avec sa communication verbale lors de cette séance.

✓ Séance n°5 :

Lors du temps de verbalisation, Chloé peut nous informer que depuis la semaine passée elle n'a « *plus trop peur à la maison* » « *mais parfois encore un peu peur chez moi mais pas tout le temps* », « *mais pas peur à l'école* ».

Lors du temps de retour Chloé peut nous dire qu'elle se sent « *bien* » et « *mieux* ».

Mise en liens :

✓ Séance n°1 :

Chloé peut donner un exemple de moment où elle est stressée : « *quand mes copines ne sont pas là ou quand je dois faire un exposé* ».

✓ Séance n°2 :

Lors de la description des sensations, elle peut associer les « *chatouilles* » du pinceau à quelque chose de « *désagréable* », « *la peinture sèche* » à un ressenti « *chaud et agréable* ».

Quand elle met de la peinture sur ses ongles, elle peut nous dire qu'elle met « *parfois du vernis transparent* » sur ses ongles.

Elle peut également réaliser des comparaisons : « *sur les ongles c'est moins froid que sur la peau* ».

✓ Séance n°3 :

Elle peut dire ce qu'elle aime chez les chevaux : « *j'aime les caresser, les monter et m'en occuper* » et dire pourquoi elle aime bien ça « *ça me donne de l'énergie* ». De plus elle compare les sons des instruments à percussions à ceux de « *grenouille* », « *pluie* » et « *cloche de Noël* ».

✓ Séance n°4 :

Lors de cette séance, Chloé fait énormément de liens. Elle peut clairement expliquer les raisons de ses peurs actuelles : « *je fais des cauchemars où elle (la tante qu'elle a retrouvé décédée) apparaît* », « *j'ai son image dans la tête* ». Elle peut également se remémorer la scène où elle l'a trouvée décédée : « *le corps en dehors et la tête en dessous du lit* ». Elle fait le lien entre son décès et le fait qu'elle l'ait retrouvée « *c'est de ma faute si elle est décédée* ».

Elle se souvient que son « *papa la tapait* » et peut expliquer le fait qu'elle n'exprime pas ses peurs « *je ne dis pas que je suis triste car papa disait qu'on devait être grande et pas être triste* ».

✓ Séance n°5 :

Spontanément lors du temps d'accueil, Chloé nous dit « *Je n'ai plus peur car maman m'a expliqué d'où proviennent les bruits chez moi* ». En lien avec cela, elle constate une amélioration par rapport à la semaine passée : « *c'est mieux par rapport à la semaine dernière* ». Quand on lui demande ce qui est mieux ? : « *je dors mieux, un peu de cauchemars mais des différents qu'avant, maman m'a expliqué les choses* ». A notre question si ça fait du bien de parler ? : « *ça va mieux (en fin de séance) parce que j'ai parlé* ».

Sur les 5 séances réalisées, nous notons que Chloé fait preuve de spontanéité lors de 4 séances sur 5.

4.4 L'analyse des résultats

Au vu des observations cliniques relevées ci-dessus, nous pouvons maintenant procéder à l'analyse de ces résultats.

Notons ici que nous avons fait le choix de présenter l'analyse des résultats en détaillant chaque sous-domaine. Celle-ci permettra de mettre en avant les points essentiels et les

évolutions remarquables qui pourraient nous apporter des éléments de réponse à notre question de recherche.

Nous tenons également à préciser ici que nos analyses sont issues de résultats de nature non quantitative. De ce fait, nous formulerons ici des réflexions sous forme d'hypothèses.

Spontanéité :

Lors des trois premières séances, Chloé fait preuve de peu de spontanéité verbale. Néanmoins, nous observons que la variation du support (écrit ou corporel par l'inscription de mots sur une feuille ou des mimes) permet d'augmenter les représentations générales pendant ces trois séances.

A partir de la quatrième séance, les représentations qu'elle nous partage ne sont plus uniquement basées sur des simples représentations ici de savoirs généraux.

En effet, à partir de cette séance, Chloé peut parler spontanément des ressentis vécus dans la séance, mais également réaliser une mise en lien spontanée entre ressentis les corporels actuels et les ressentis corporels vécu lors d'un des psychotraumatismes qu'elle a subi.

Chloé montre donc ici d'une part, un gain quantitatif de spontanéité de représentation, mais également un gain qualitatif.

Richesse :

Tout d'abord, elle nous montre l'accès qu'elle a aux représentations des émotions par le biais de situations qui font intervenir différentes émotions. Ces représentations sont visibles lors d'une activité les sollicitant (mîmes des émotions). Tout de même, nous notons que la communication non verbale de Chloé reste pauvre et peu spontanée le long de cette séance.

Au cours de la deuxième séance, on peut observer qu'elle peut avoir accès plus facilement aux représentations grâce aux expériences sensorielles que lui procure l'activité de la peinture sur mains. Chloé peut ainsi partir de ses sensations et ressentis pour nous faire part de ses représentations.

A la séance suivante, ces représentations ne proviennent plus seulement de ressentis et de sensations, mais tirent également leur origine dans des états. Chloé peut s'exprimer sur les états qu'elle vit durant le travail de l'enveloppe sonore. De plus, dans le retour qu'elle nous fait, de nouveaux termes que sont « chouette ambiance » et « apaisé » apparaissent.

Enfin, lors de la quatrième séance, elle nous partage ses représentations qui tirent leur origine dans son vécu traumatique.

Ainsi, il semble possible de conclure que Chloé présente un enrichissement progressif de ces représentations qui s'est construit au fur et à mesure de ce parcours.

Expression des émotions et de soi :

Initialement, Chloé parle des émotions de façon générale et intellectualisée.

Puis lors de la deuxième séance, l'activité réalisée (dialogue tonique) permet l'émergence de sensations corporelles, provoquant elles-mêmes l'émotion de la peur. L'émotion naît alors des expériences sensori-motrices que Chloé a vécu durant cette séance.

Ensuite, lors d'une autre séance, l'expression de soi est associée à un état de détente. En effet elle nous fait part de cet état par un commentaire qui est : « *j'aime la flûte, ça me détend* ».

Enfin, Chloé a pu associer une émotion en lien avec les émotions qu'elle a vécu lors d'un de ses traumatismes.

Nous pouvons constater ici que Chloé présente, au fil des séances, une meilleure capacité d'expression de soi.

Mise en lien :

Au travers de ce sous-domaine, nous notons une progression considérable. En effet :

Au début du suivi, Chloé nous communique ses émotions de façon très intellectuelle et conventionnelle. Elle associe le stress à une cause qu'est « *l'exposé* » sans pouvoir nous apporter des informations complémentaires à ce sujet.

Puis, il lui est possible d'associer des sensations (« *chatouilles* » et « *la peinture sèche* ») à des ressentis (« *désagréable* » et « *chaud et agréable* »). De plus, Chloé est en capacité de comparer des sensations perçues à deux endroits différents : « *sur les ongles c'est moins froid que sur la peau* ».

Ensuite, elle peut faire des liens entre un acte (« *ce soir je vais voir les chevaux* »), ce qu'elle aime (« *les caresser* », « *s'en occuper* ») et la raison pour laquelle elle apprécie cela (« *parce que ça me donne de l'énergie* »). Ici, elle met alors en lien des éléments non présents en séance et hors contexte.

Lors de cette quatrième séance, Chloé peut réaliser un lien temporel. En effet, elle accorde de la place aux souvenirs en lien avec son traumatisme. Elle peut de ce fait établir un rapprochement entre ce qu'elle voit lors de la séance, ce qu'elle a vu et les émotions qu'elle y associe.

Enfin, nous apprenons les progrès que les progrès constatés lors des séances précédentes sont réinvestis à son domicile : Chloé peut faire le lien entre ce que nous lui apportons, ce dont elle aurait besoin une fois chez elle et comment sa mère pourrait y contribuer. C'est ici qu'apparaît l'établissement d'un lien plus général : celui entre sa mère et Chloé.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette progression a été amené à relancer le processus en lien avec son histoire. Par processus nous entendons la possibilité de mise en lien qui est atteinte lors du psychotraumatisme.

De manière plus globale, nous pouvons constater que Chloé est plus spontanée. Sa communication non verbale et verbale semblent davantage en accord. De plus, elle est maintenant capable de décontextualiser des représentations pour en faire de nombreux liens.

L'ensemble des représentations (verbales, graphiques et corporelles) s'est développé et enrichi.

Notons que la quatrième séance a été un point culminant de ce suivi. En effet, au travers de cette séance, Chloé nous a montré qu'elle avait mis en place un travail. Ce dernier est toujours en cours et n'est pas abouti, mais a pu déjà être réinvesti à son domicile avec sa mère, son frère et ses sœurs.

5. Discussion

5.1 Partie théorique

La rédaction de notre partie théorique s'est réalisée selon une vision générale du psychotraumatisme. Nous avons ici choisi de ne pas prendre le parti d'un versant théorique précis, mais plutôt de tenter de constituer une lecture globale du psychotraumatisme sous divers versants, notamment ceux de la psychologie, de psychanalyse et de la neurobiologie. Afin d'être plus précis, nous aurions pu pousser nos recherches dans chacun de ces domaines et les différencier entre eux. Néanmoins nous avons fait le choix, comme le souhaite la psychomotricité, de ne pas scinder les différentes composantes du sujet afin de montrer les constantes relations qui s'établissent entre elles.

De plus, par le manque de littérature mêlant psychomotricité et psychotraumatisme, notre troisième partie est issue d'une réflexion hypothético-déductive. Ainsi, il nous a paru essentiel d'abord de développer les concepts tels qu'ils sont décrits dans la littérature (dans notre deuxième partie) pour pouvoir ensuite rédiger notre réflexion (dans la troisième partie).

5.2 Partie pratique

- La procédure adoptée

Afin de mieux pouvoir apprécier l'évolution de cette patiente, il aurait été pertinent de pouvoir effectuer son suivi sur une période plus longue.

Aussi, nous aurions pu proposer une même séance lors du début et de la fin du suivi pour pouvoir évaluer les apports de celui-ci sur une possible évolution. Néanmoins dans ce cas, des biais d'apprentissage aurait pu être présent si la période était trop restreinte.

- Le choix de l’outil utilisé

Durant l’élaboration de notre outil de recherche, nous avons été confronté à des difficultés à être objectif dans des observations. En effet, ces dernières étaient de nature qualitatives et nos analyses n’étaient donc pas justifiées par des données chiffrées. Nous avons tout de même essayé au maximum de rester objectif et de nous baser sur des faits.

De plus, pour que nous puissions au mieux recenser les observations des représentations faites durant les séances, il aurait été intéressant de pouvoir mettre en place un enregistrement audio et auditif. Toutefois, cela n’a pas été réalisable au sein de la structure dans laquelle nous étions.

Aussi, les observations réalisées pouvaient parfois s’inscrire dans plusieurs sous-domaines. Notre outil aurait pu être constitué des domaines de la spontanéité, de la richesse, des expressions des émotions et de soi, et des liens établis. Et des sous-domaines : verbal, graphique et corporel, afin de permettre une restitution plus claire des résultats et analyses.

Enfin, lors de ce travail, nous gardons également à l’esprit que les évolutions observées ont pu être, non pas en lien avec un travail des enveloppes psychocorporelles, mais avec l’établissement progressif d’une relation thérapeutique, de l’apport de divers supports, un état du patient indépendant aux séances que nous lui avons proposé, ou encore au travail réalisé avec d’autres membres de sa famille avec qui il vit quotidiennement.

- L’organisation des séances

Nous sommes conscients que les questions que nous avons pu poser à la patient ont pu biaiser nos résultats. Néanmoins, nous avons fait attention à préciser lorsque que des questions ouvertes ou fermées ont été employées afin de considérer ce point dans nos résultats et analyses.

- La population d’étude :

Compte tenu du nombre restreint de patients retenu pour cette étude, nous sommes conscients que cet échantillon n’est pas représentatif.

- Les résultats et les analyses

Enfin, par l'ensemble des points évoqués cités ci-dessus, nous pouvons comprendre que les résultats et analyses que nous avons émis peuvent potentiellement être biaisés. Ce travail ne représente pas une finalité en soi mais plutôt une réflexion qui pourrait être pertinente de poursuivre, tant sur un plan professionnel que personnel.

CONCLUSION

Dans la vie, lorsque nous sommes confrontés à des événements potentiellement traumatisants, selon les ressources qu'il possède, un sujet peut subir un psychotraumatisme. Ce dernier naît à la suite de la confrontation au Réel de la mort : à l'expérience de néantisation et à l'absence de capacité de symbolisation. Cette confrontation se fait alors de manière soudaine et violente. De plus, elle est susceptible de menacer l'intégrité physique ou mentale du sujet.

La revue de la littérature nous a alors permis de comprendre que lors de ce processus, il y a une intrusion d'un agent étranger qui vient menacer l'appareil à penser ainsi que le réseau de représentation.

Si le sujet trouve suffisamment de ressources pour surmonter cela, alors il s'opère le mécanisme de résilience. Dans le cas contraire, il existe plusieurs évolutions à cette effraction du psychisme qui s'explique par la durée de la présence du stress : l'état de stress dépassé, l'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique. Ce dernier, qui représente le plus haut degré d'atteinte, est caractérisé par une triade syndromique qui se présente par :

- Un syndrome de répétition, qui en est le signe pathognomonique ;
- Des conduites d'évitement ;
- Et une l'hyperactivité neuro-végétative.

En se basant sur le paradigme de la psychomotricité, qui considère le corps et la psyché comme une unité, il semble possible de dire qu'une atteinte de l'enveloppe psychique engendre une atteinte des enveloppes psychocorporelles.

Or, par notre revue de littérature, nous avons pu constater que les enveloppes psychocorporelles permettent l'expression de diverses fonctions, comme la fonction de pare-excitation, de maintenance, de contenance, etc. citées par Anzieu dans *Le Moi-peau* (1995) ou l'intégration psychomotrice citée par Suzanne Robert-Ouvray dans *Intégration motrice et développement psychique* (2007).

Mais lors de la présence d'un psychotraumatisme, nous avons vu que les enveloppes psychiques et psychocorporelles sont transpercées. Par conséquent, les fonctions qui y sont associées peuvent elles aussi être perturbées.

Ainsi, ces fonctions sont non seulement impactées dans leur efficacité, mais aussi par leur contenu à savoir : le tonus, les sensations, les affects et les représentations.

C'est à ce niveau que le psychomotricien peut intervenir en permettant à l'individu d'investir ou réinvestir son corps. Il peut alors proposer des expériences motrices, sensorielles, perceptives et kinesthésiques afin d'apporter un enrichissement des vécus sensori-moteurs, perceptifs et représentatifs. De plus, par sa posture tolérante, sécurisante et bienveillante le psychomotricien encourage le sujet à la verbalisation afin de favoriser les représentations.

Catherine Potel, psychomotricienne et thérapeute en relaxation analytique, parle de l'importance d'un corps contenant, construit et organisé. Toutefois, chez l'enfant psychotraumatisé, cet habitacle qui est censé intégrer les expériences est mis à mal. Cette victime ne peut donc pas attribuer un sens à ses vécus.

Partant de ce constat, nous nous sommes alors posé la question suivante : comment serait-il possible d'accompagner une victime ayant subi un psychotraumatisme à l'amélioration de ses représentations par le biais d'un travail corporel.

Rappelons-nous de ce fait que notre question de recherche a été :

Quels sont les effets d'un travail des enveloppes psychocorporelles sur la sphère représentative d'un enfant ayant subi un psychotraumatisme ?

Notre partie de recherche nous a permis d'observer qu'un travail corporel semble effectivement pouvoir redynamiser le processus de représentation mis à mal chez les enfants ayant subi un psychotraumatisme.

En effet, au travers de notre analyse clinique, nous avons pu observer chez le cas retenu, une amélioration des diverses fonctions permettant une meilleure qualité des représentations. Il a alors pu être soulevé une augmentation des capacités d'expression des émotions et de soi, ainsi que des accès aux représentations plus spontanées. De plus, il semble possible de dire que la richesse des représentations a été étayée. L'ensemble de ces évolutions, permet alors de faire ressortir une amélioration de la mise en lien.

Remarquons maintenant que les représentations dont nous parlons jusqu'ici peuvent être des représentations générales nécessaires au quotidien du sujet, des représentations liées au vécu du traumatisme psychique, ou encore des représentations qui s'inscrivent dans une organisation psychomotrice.

Pour conclure, le travail de recherche effectué dans ce mémoire nous amène à penser que le psychomotricien pourrait s'intéresser davantage sur l'impact de ce défaut de représentation sur les trois autres niveaux constitutifs de l'intégration psychomotrice, à savoir le tonus, les sensations et les affects.

Ainsi, il pourrait alors apporter des éléments complémentaires à la symptomatologie consécutive à un psychotraumatisme par un regard qui lui est spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (éd. 2e édition). Paris: Dunod.
- Assal, J.-P., & A., L. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique* (éd. 2ème édition). Belgique: Maloine.
- Association, A. P. (2013). *DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders* (éd. 5e édition). Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Ayres, A. (1989). *Sensory integration and the child*. (W. P. Services, Éd.) Los Angeles.
- Bailly, L. (1999). *Psychotraumatismes de l'enfant : avancées clinique et théoriques*. Nervure.
- Berger, M. (2012). *Soigner les enfants violents*. Dunod.
- Bonneville-Baruchel, E. (2018). *Les traumatismes relationnels précoces*. (Erès, Éd.)
- Clapché, F. (2018). *Insécurité et délinquance en 2017 : premier bilan statistique*. Ministère de l'intérieur.
- Coeman, A. (2004). *De la naissance à la marche*. Bruxelles, Belgique: ASBL Etoile d'Herbe.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (s.d.). La mémoire traumatique.
- Dolto, F. (1988). *La cause des adolescents*. Paris: Robert Laffont.
- Felitti, V., & Anda, R. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, pp. 245-58.
- Forum Européen de la Psychomotricité. (1996). Marburg.
- français, O. j. (1988). *Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice*. Consulté le 2019, sur Légifrance:

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097& categorieLien=cid](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693097&categorieLien=cid)

Freud, S. (1920). *Au delà du principe du plaisir*. Allemagne: Payot.

Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*.

Gasquet, I., & al., a. (2005). Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD en population générale. *Encéphale*.

Gonthier, E. (2018). *Psychomotricité et psychotraumatisme*. Mémoire de Diplôme d'Etat, Institut régional de formation en psychomotricité, Ile de la Réunion.

HAS. (2014). *Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir, rapport d'élaboration*. Saint Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé.

Herman, J. (1997). *Trauma and recovery : The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New-York: Basic Books.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD : a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic stress*.

Jarpard, M., & Widmer, I. (2003). *Enquête nationale sur les violences envers les femmes à l'île de la Réunion*. Agence Régionale de Santé (ARS). INED.

Joly, F., & Labes, G. (2008). *Julian Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité*. Papyrus.

Junker-Tschopp, C. (2017, Avril). Psychomotricité et neurosciences : la place du corps dans la représentation. *Revue suisse de pédagogie spécialisée*.

Kessler R, S. A. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. (A. G. Psychiatry, Éd.)

Lebigot, F. (2006). *Le traumatisme psychique*. Bruxelles: Henry Ingberg.

Llinas, R. (2001). *I of the vortex : From neurons to self*. Cambridge: MIT Press.

- Malglaive, G. (1994, juillet). Représentation et apprentissage chez les adultes. *Education permanente, 119*.
- Mikolajczak, M. (2014). *Les compétences émotionnelles*. Paris: Dunod.
- Odgen, P., Minton, K., & Pain, C. (2015). *Le trauma et le corps* (éd. 1er). (J. Bonnel, Trad.) Louvain-la-Neuve: DeBoeck supérieur.
- OMS. (s.d.). Santé mentale.
- Potel, C. (2015). *Etre psychomotricien* (éd. 2e édition). Erès.
- Robert-Ouvray, S. (2007). *Intégration motrice et développement psychique* (éd. 2e édition). (D. d. Brouwer, Éd.) Paris.
- Robert-Ouvray, S., & Duvernay, J. (s.d.). *Le corps ressource*. Récupéré sur <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr>: <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/wp-content/uploads/2015/09/LE-CORPS-RESSOURCE.pdf>
- Roelan, J., Caria, A., & Mondière, G. (2000). La santé mondiale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête. *Information Psychiatrique, 76,3*.
- Romano, H. (2013). *L'enfant face au traumatisme*. Paris: Dunod.
- Rotschild, B. (2008). *Le corps se souvient - Mémoire somatique et traitement du trauma* (éd. 1ère édition). (F. Ducène, Trad.) Bruxelles: de boeck.
- Salmona, M. (2016, novembre 18). *La mémoire traumatique comment la reconnaître*. Consulté le 2019, sur Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=z0RUUrDAac4>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. USA: McGraw-Hill Book Company.
- Solomon, E., & Heide, K. (1999). Type III Trauma : Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminol, 43*, pp. 202-210.

- Suzanne Robert-Ouvray, J. D. (2015). Consulté le janvier 2019, sur <https://www.suzanne-robert-ouvray.fr/>: <http://www.suzanne-robert-ouvray.fr/wp-content/uploads/2015/09/LE-CORPS-RESSOURCE.pdf>
- Taylor, S., Bagby, R., & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation : Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *Am J. Psychiatry*, 148, pp. 10-20.
- Thiebo, B. (2008). Unité psychomotrice : des enjeux développementaux aux enjeux thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* , 56, pp. 148-151.
- Tordo, F. (2018). La psyché du corps connecté et transformé, entre contenance et augmentation. *Connexions*, 110, pp. 61-72.
- Van der Hart, O. N., & al., a. (2017). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Deboeck Supérieur.
- Wallon, H. (1993). *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris: Pul.
- Wilbert, K. (1996). *A brief history of everything*. Boston: Shambhala.
- Winicott, D. (1963). Élaboration de la capacité de sollicitude. (Payot, Éd.) *Processus de maturation chez l'enfant*.
- Winicott, D. W. (1967). *De la pédiatrie à la psychanalyse, Psychose et soins maternels*. Paris: Payot.

Annexe 1 : Grilles d'observations de Chloé par séance

Séance n°1

Nom : Chloé	Activité : mîmes Enveloppe : tonique	Séance n°1
DOMAINE	Sous-domaine	
VERBAL	Spontanéité	Quand on mime a deux : « <i>pas d'idées de mîmes</i> », Avec support, elle choisit de mimer le stress.
	Richesse	Elle reconnaît les mîmes d'autrui.
	Expression des émotions et de soi	« <i>je suis en forme</i> », « <i>j'ai envie de bouger</i> ». Avec support, elle choisit la carte des émotions « calme » pour représenter son état. Pour mimer le stress : « <i>pas forcément être assise, mais je marche sans penser à rien</i> »
	Liens	
GRAPHIQUE	Spontanéité	Idées de mime « <i>corde à sauter</i> » , « <i>manger</i> », « <i>ballon</i> », qu'elle écrit sur papier.
	Richesse	« <i>il manque la joie</i> ». pâte à modeler : fait une tresse.
	Expression des émotions et de soi	
	Liens	
CORPOREL	Spontanéité	Reste sur chaise pour mimer se réveiller,
	Richesse	<u>Mîme se réveiller</u> : Main sur oreille + ne bouge pas <u>Je mîme d'être triste et elle me console</u> : tapote mon l'épaule + me fais signe de ne pas pleurer <u>Mîme calme</u> : marche lentement <u>Mîme stressé</u> : -non observé-
	Expression des émotions et de soi	Besoin de mimer pour décrire le ressenti de stressé, elle décrit les sensations verbalement plutôt que de mîmer une posture : « <i>mon cœur bat vite , et mes jambes tremblent</i> »
	Liens	Stress = « <i>Quand copines ne sont pas là ou quand je dois faire un exposé</i> »

Séance n°2

Nom : Chloé	Activité : peinture sur main		Séance n°2
	Enveloppe : peau		
DOMAINE	Sous-domaine		
VERBAL	Spontanéité	Ne sais pas choisir le jeux de fin, je la guide par des questions fermées.	
	Richesse	« Froid », « chaud », « agréable », « bizarre », « ça coince », « mouillé », « doux », « griffe pas », « lourde », « sec », « difficile », « craque » « chatouille »	
	Expression des émotions		
	Liens	« chatouille = désagréable »	
GRAPHIQUE	Spontanéité		
	Richesse	Elle choisit la couleur orange sur le dos de la main et argenté pour ses ongles	
	Expression des émotions		
	Liens	Elle met « Parfois du vernis transparent »	
CORPOREL	Spontanéité		
	Richesse	« je sens plus (+) mes doigts »	
	Expression des émotions	Pendant l'activité de dialogue tonique avec les bâtons : « j'aime bien car même les yeux fermés je te sens. » « j'ai eu un peu peur les yeux fermés que ça tombe » + sourire	
	Liens	« Ongles moins froid que sur la peau », « la peinture sèche = chaud, agréable » « comme si j'ai la peau qui craque → parfois j'ai les genoux qui craquent. »	

Séance n°3

Nom : Chloé	Activité : découverte et reconnaissance de percussions + do-in + vibration voyelle + relaxation		Séance n°3
	Enveloppe : sonore + structure osseuse		
DOMAINE	Sous-domaine		
VERBAL	Spontanéité	Peut dire « stop » si le bruit des percussions est trop fort. Parmi nos propositions (feuille, mîmes ou oral), elle choisit de faire les représentation sur une feuille puis grâce à des mots.	
	Richesse	« désagréable », « agréable », « ça tape les oreilles », « le son est fort », « c'est doux », « ça relâche ».	
	Expression des émotions et de soi	« J'aime bien les chevaux ».	
	Liens	Chez les chevaux elle aime : « les caresser, les monter et m'en occuper ». En réponse à notre question sur ce que cela lui procure : « Ca me donne de l'énergie plutôt qu'une détente ». Le son des instrument c'est « Comme la grenouille », « comme la pluie », « comme cloche de Noël ».	
GRAPHIQUE	Spontanéité		
	Richesse	Ecrit sur la feuille : « Plus calme », « apaisé » = (nouveaux mot), « agréable », « chouette ambiance » (nouveaux mot), « j'ai encore le son de la flûte dans les oreilles ».	
	Expression des émotions et de soi	« j'ai aimé la flûte et me détendre ».	
	Liens		
CORPOREL	Spontanéité		
	Richesse	Les yeux fermés, elle peut montrer l'origine du son → elle a eu bonne perception de la provenance du son	
	Expression des émotions et de soi	« J'aime la flûte » + sourire. Communication verbale et non verbale semble en accord le long de la séance.	
	Liens	Lors du temps de retour par de l'expression graphique, nous notons l'absence de mots en rapport avec des ressentis corporels.	

Séance n°4

Nom : Chloé	Activité : Verbalisation sur le traumatisme + jeter un mot à la poubelle Enveloppe : Faire des liens entre tonus-sensations-affects et représentations		Séance n°4
DOMAINE	Sous-domaine		
VERBAL	Spontanéité	Chloé est beaucoup plus spontanée lors de cette séance !	
	Richesse		
	Expression des émotions et de soi	A la question si besoin des cartes des émotions pour l'aider à verbaliser ? « <i>oui j'ai besoin des cartes des émotions pour m'aider</i> ». « <i>je me sens coupable</i> », « <i>peur de revoir la tante décédée dans le noir</i> », « <i>je suis triste car je jouais avec elle comme avec un enfant</i> »	
	Liens	« <i>je fais des cauchemars où elle apparaît</i> », « <i>j'ai l'image dans la tête</i> » Description de la tante décédée : « <i>corps dehors et tête dessous le lit</i> » « <i>c'est de ma faute si elle est décédée</i> » « <i>papa la tapait</i> » « <i>je ne dis pas que je suis triste car papa disait qu'on devait être grande et pas être triste</i> ». A la question si elle a vu une autre personne décédée : « <i>oui mais ça ne m'a rien fait</i> ». « <i>Je ne sais pas pourquoi je repense à ma tante maintenant</i> »	
GRAPHIQUE	Spontanéité		
	Richesse	Choisi la carte des émotions de la fatigue	
	Expression des émotions et de soi	Pour ce qu'elle veut jeter à la poubelle, elle écrit le mot « <i>tristesse</i> ».	
	Liens		
CORPOREL	Spontanéité		
	Richesse	« <i>Corps en forme</i> » vs « <i>tête fatiguée</i> ».	
	Expression des émotions	Chloé à les yeux dans le vide, le dos voûté, les larmes aux yeux et présente des gestes d'auto-contact au niveau des mains.	
	Liens	« <i>Ne sais pas</i> » les sensations ressenties lors du contact avec la tante décédée. « <i>pas fait attention à ce que ça me fait de voir une personne morte</i> »	

Séance n°5

Nom : Chloé	Activité : temps de verbalisation + dialogue tonico-émotionnel avec les bâtons + guidage tactile les yeux fermés Enveloppe : tonique		Séance n°5
DOMAINE	Sous-domaine		
VERBAL	Spontanéité		
	Richesse	« Bien », « mieux ».	
	Expression des émotions et de soi	« Plus trop peur à la maison » « mais parfois encore un peu peur chez moi mais pas tout le temps », « mais pas peur à l'école ».	
	Liens	« Je n'ai plus peur car maman m'a expliqué d'où proviennent les bruits chez moi » (spontanément), « Mieux par rapport à la semaine dernière ». A notre question c'est quoi mieux ? « je dors mieux, un peu de cauchemars mais des différents qu'avant, maman m'a expliqué les chose s ». A notre question si ça fait du bien de parler ? « ça va mieux (en fin de séance) parce que j'ai parlé ».	
GRAPHIQUE	Spontanéité		
	Richesse		
	Expression des émotions et de soi		
	Liens		
CORPOREL	Spontanéité	« ça tourne la tête de fermer les yeux trop longtemps » + mîmes des vertiges et de l'étonnement	
	Richesse	Elle montre une bonne perception de l'espace pour guider.	
	Expression des émotions et de soi	Elle a les larmes aux yeux. On lui pose la question si elle a envie de pleurer ? « non j'ai chaud ». « ne pleure pas du tout devant des gens ou seule ». A la question comment tu te sens dans ton corps ? « relâché », dans ton cœur ? « plus joyeuse », dans ta tête ? « elle faisait les exercices »	
	Liens	« je ne veux et peux pas pleurer car pas l'habitude » « papa disait qu'on était nuls »	

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Etablissement Privé d'Enseignement Supérieur enregistré auprès de l'Académie de la Réunion sous le N°9741605B

CASSAR Pauline Mathilde Louise

Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Résumé :

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéressons aux atteintes des représentations et des enveloppes psychocorporelles dans un contexte de psychotraumatisme. Ces deux notions sont également fondamentales en psychomotricité. Alors que la littérature n'aborde pas, lors du psychotraumatisme, les effractions de ces enveloppes dans leurs fonctions et dans leur contenu, nous avons élaboré une réflexion à ce sujet. Ainsi, nous avons été amenés à nous questionner sur les effets d'un travail des enveloppes psychocorporelles sur la sphère représentative d'enfants psychotraumatisés. Pour cela, nous avons réalisé une étude de cas clinique. Celle-ci a ainsi permis de répondre à nos interrogations et à, de ce fait, mis en exergue l'importance d'un accompagnement en psychomotricité axé autour des enveloppes et des représentations.

5 Mots clés : psychomotricité, psychotraumatisme, enveloppes psychocorporelles, représentation, accompagnement psychomoteur

Abstract :

In the context of this thesis, we are interested in the attacks of representations and psychocorporeal envelopes in a context of psychotrauma. These two notions are also fundamental in psychomotor. While the literature does not address, in psychotrauma, the break-ins of these envelopes in their functions and in their content, we have elaborated a reflection on this subject. Thus, we were led to question the effects of a work of psychocorporeal envelopes on the representative sphere of psychotraumatised children. For this, we realized a clinical case study. This allowed us to answer our questions and, as a result, to highlight the importance of psychomotor support around envelopes and representations.

5 Keywords : psychomotor, psychotrauma, psychocorporeal envelope, representation process, psychomotor therapy

L'IRFP-EMAP n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire. Ces opinions doivent être considérées comme propres à son auteur.