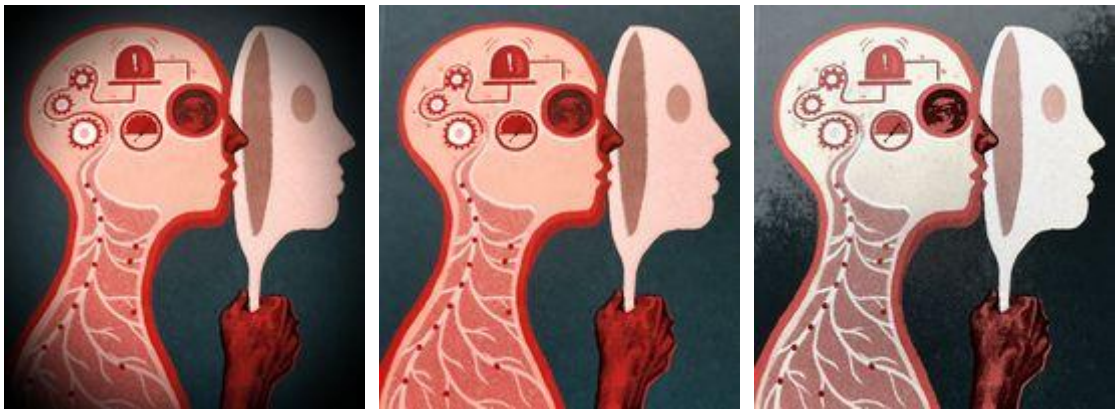
Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

“MON CORPS PERD LA TÊTE”

L’expression corporelle auprès d’une patiente souffrant d’un état de stress post traumatique.



Mémoire présenté par Rosalie HENRY

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Maître de mémoire : Saliha GUILLAUME

Session : juin 2021

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

“MON CORPS PERD LA TÊTE”

L’expression corporelle auprès d’une patiente souffrant d’un état de stress post traumatique.

Mémoire présenté par Rosalie HENRY

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricien

Maître de mémoire : Saliha GUILLAUME

Session : juin 2021

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m’ont soutenue et aidée dans l'élaboration de ce mémoire :

Je remercie tout d'abord ma maître de mémoire et tutrice externe, **Saliha Guillaume**, qui m’a été d’une grande aide tout au long de cette année, par son expertise, ses conseils et ses encouragements.

Merci à toute l’**équipe de l’HDJ** ou j’ai eu l’opportunité de faire mon alternance et tout particulièrement à **Alison** qui a co-animé mon groupe d’expression corporelle tout au long de l’année.

Je remercie tous les enseignants qui ont contribué à ma formation et à ma réflexion pour devenir une future psychomotricienne. Notamment **Eric Pireyre, Ines Palmade, Philippe Scialom et Fabrice De Sainte Mareville** pour ses cours de psychiatrie de grande qualité.

Un grand merci à mes proches, tout particulièrement à **ma mère,** mais aussi à **Alexia** et bien sûr à **Manon** qui m’ont soutenue, lue et relue, qui ont été là et qui m’ont permis de m’accrocher malgré l’année difficile que nous avons vécue.

Et un merci tout particulier aux **patients** de mes deux structures sans qui je n’aurais pas appris autant.

Et pour finir,

Merci **madame K**.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION **1**

Partie I : Du traumatisme psychique à l'État de Stress Post Traumatique **2**

1. Définitions **2**

1.1. Qu'est qu'un traumatisme psychique ? 2

1.2. Historique du traumatisme psychique 3

1.3. Tout d'abord du stress 4

1.3.1. Qu'est-ce que le stress ? 4

1.3.2. Stress adapté versus stress dépassé 4

1.4. L'état de stress post traumatique dans les DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 5

1.4.1. Dans le DSM-III 5

1.4.2. Dans le DSM-IV 5

1.4.3. Dans le DSM-V 5

2. Sémiologie et mécanismes de l'ESPT **6**

2.1. Les critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique 6

2.1.1. Les signes cliniques 6

2.1.2. Le syndrome psycho traumatique 7

2.2. L'apport de la Neurobiologie 8

2.2.1. Que se passe-t-il dans notre cerveau lors d'un traumatisme ? 8

2.2.2. Comment s'inscrit le traumatisme ? 9

2.2.3. Les mécanismes neurobiologiques des réminiscences traumatiques 9

2.3. Les symptômes psychomoteurs de l'ESPT 11

2.3.1. Troubles Toniques 11

2.3.2. Troubles Corporels 12

2.3.3. Troubles spatio-temporels 12

2.3.4. Troubles Psychiques 13

2.4. Le concept de résilience 14

3. Thérapies et comorbidités **14**

3.1. Les prises en charge de l'ESPT 14

3.1.1. Pharmacologie 15

3.1.2. Thérapies Cognitivo Comportementales (TCC) 15

3.1.3. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) 16

3.1.4. Hypnose médicale 16

3.1.5. Autres thérapies 16

3.1.6. Approches psychocorporelles 17

3.2. Les comorbidités de l'État de Stress Post Traumatique 18

3.2.1. Les troubles anxieux 18

3.2.2. Les addictions et comportements suicidaires 18

3.2.3. Episode dépressif caractérisé 19

3.2.3.1. Une définition 19

3.2.3.2. Les symptômes de l'épisode dépressif majeur 19

3.2.3.3. La sémiologie des symptômes dépressifs 20

3.2.3.4. Les traitements de la dépression 21

3.2.3.4.1. Pharmacologie 21

3.2.3.4.2. Psychothérapies 21

Partie II : Clinique 23

1. Présentation de l'hôpital de jour en psychiatrie adulte 23

1.1. Contexte d'ouverture de l'hôpital 23

1.3. Équipe pluridisciplinaire 24

1.4. Patients accueillis 24

1.5. La journée au rythme des ateliers 24

2. Présentation du groupe d'expression corporelle 25

2.1. Le groupe expression corporelle 26

2.1.1. Le projet thérapeutique de groupe 26

2.1.2. Le déroulement d'une séance type 26

2.2. Les membres du groupe 29

2.2.1. Madame C 29

2.2.2. Madame D 30

2.2.3. Madame V 30

2.2.4. Madame M 31

3. Présentation de Mme K 31

3.2. Prise en charge globale de Madame K 33

3.3. Ma rencontre avec Mme K 34

3.4. Bilan psychomoteur 35

3.5. Projet Thérapeutique 37

3.5.1. Objectifs thérapeutiques 37

3.5.2. Moyens thérapeutiques : Médiation « Expression corporelle » 38

3.5.3. Modalités thérapeutiques 38

3.6. Prise en soin 38

3.6.1. Découverte et rencontre le 5/11/2020 : 2ème séance 39

3.6.2. Déséquilibre – « Seule / Envahie » le 10/12/2020 : 6ème séance 39

3.6.3. Début d'amélioration – « La survie » le 14/01/2021 : 9ème séance 41

3.7. L'évolution de madame K au fil des séances 42

Partie III : Discussion 44

1. Apports du cadre et mise en sécurité 44

1.1. Cadre Institutionnel 44

1.2. Cadre Spatio-temporel 45

1.3. Cadre Thérapeutique 46

1.4. Cadre groupal 48

2. Processus Thérapeutique 49

2.1. Sensoriel 50

2.2. Expression corporelle 51

2.3. Verbalisation et affirmation de soi 54

3. Limites et difficultés durant mon écrit 55

3.1. Limites cliniques 55

3.1.1. Pluridisciplinarité et communication 55

3.1.2. En quête d'anamnèse 56

3.1.3. Prise en charge groupal VS Prise en charge individuel 56

3.2. Limites personnelles 56

3.2.1. Fonctionnement institutionnel et adaptation 56

3.2.2. Prise de conscience de l'invisible en psychiatrie 57
3.2.3. De la solitude professionnelle à l'affirmation professionnelle 58

CONCLUSION 59

BIBLIOGRAPHIE 60

ANNEXES 63

Annexe 1 : Tableau représentatif d'une semaine type 63

Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'ESPT, selon le DSM-V 64

Annexe 3 : Schéma du fonctionnement de notre système nerveux central face au stress et au traumatisme 67

Annexe 4 : Illustration de la résilience 68

Annexe 5 : Schéma pharmacologie 69

Annexe 6 : Critères diagnostiques de l'EDC, selon le DSM V 70

Annexe 7 : Silhouette 71

Annexe 8 : Illustrations 72

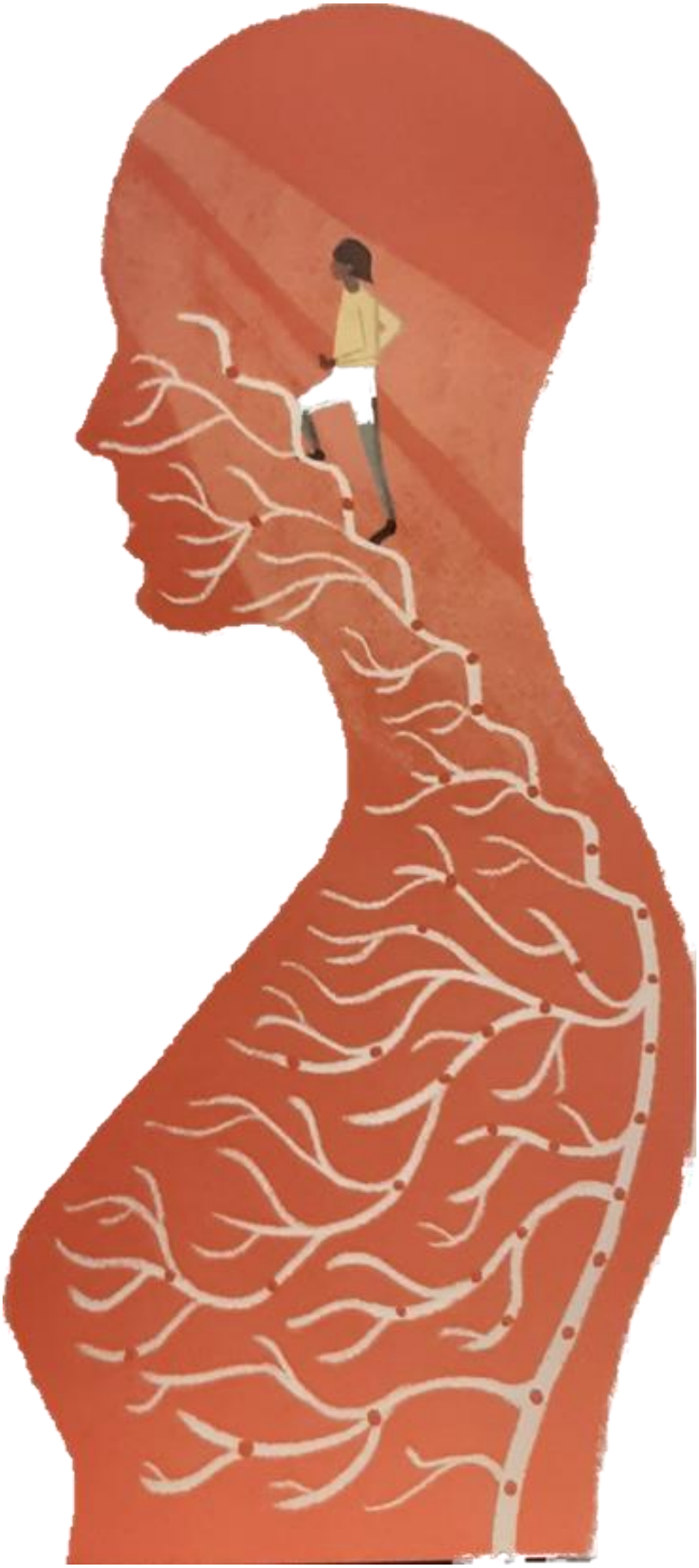
Annexe 9 : Silhouettes madame K du 05/11/20 73

Annexe 10 : Silhouettes madame K du 10/12/20 74

Annexe 11 : Silhouettes madame K du 14/01/21 75

Annexe 12 : Dissociation d'origine traumatique 77

Résumé 78



INTRODUCTION

Le monde de la psychiatrie fait souvent peur et amène de grands questionnements, rien de mieux que de s'immiscer à l'intérieur pour mieux en comprendre son fonctionnement. Ayant toujours été intriguée par l'être humain, les maladies mentales me questionnent et notamment leur provenance.

Pour cette troisième année d'étude, j'ai eu l'opportunité de commencer une alternance en hôpital de jour en psychiatrie adulte qui m'a permis de faire mes premiers pas dans le monde professionnel. Pour cela, je suis guidée et supervisée par une tutrice externe, psychomotricienne en service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé ainsi qu'en addictologie.

Mon entrée dans le secteur de la psychiatrie a malheureusement fait écho à l'actualité de cette année, tant dans le domaine de la santé physique et psychologique avec la pandémie, que dans la santé mentale. L'ampleur des révélations d'abus sexuels par des milliers de victimes sur les réseaux sociaux, engendrées par la sortie de plusieurs livres, a libéré la parole des victimes. Cela m'a amené à me questionner sur les modalités d'accompagnement de celles-ci.

Dès le début de mon alternance, j'ai rencontré Mme K, la patiente qui m'a permis de m'engager dans mes premières recherches sur le psychotraumatisme et l'état de stress post-traumatique. En effet, sa peur d'être touchée ou de toucher quelqu'un m'a interrogé dans le lien corps-esprit, l'approche même de la psychomotricité. C'est donc une véritable investigation qu'il m'a fallu mener pour tenter de comprendre sa souffrance et l'origine de ses symptômes. De plus, dans mes différentes expériences professionnelles, les patients m'ont confié des bribes de leur histoire de vie, des trajectoires de vie émaillées de traumatisme.

De ces patients en souffrance à mes ambitions professionnelles, une première problématique a naturellement émergé : **Comment l'approche psychomotrice en expression corporelle pourrait-elle contribuer au soin de patients souffrants d'un état de stress post-traumatique ?** Dans ce mémoire, après avoir défini les processus amenant à un État de Stress Post Traumatique et les troubles associés, je présenterai une prise en charge en expression corporelle. Je poursuivrais avec une partie clinique sur Madame K. Ma discussion développera ma réflexion sur l'apport de cette médiation et les étapes de reconstruction de soi.

Partie I : Du traumatisme psychique à l'État de Stress Post Traumatique

J'ai choisi dans mon mémoire de travailler d'après le DSM-V (Dernière version Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) car je l'ai, le plus souvent, retrouvé dans mes lectures sur l'ESPT.

1. Définitions

1.1. Qu'est qu'un traumatisme psychique ?

Selon Laplanche et Pontalis, la notion de traumatisme, d'abord somatique, désigne « les lésions produites accidentellement, d'une manière instantanée, par des agents mécaniques dont l'action vulnérante est supérieure à la résistance des tissus ou organes qu'ils rencontrent ». Transposée « de façon métaphorique sur le plan psychique, la notion de traumatisme qualifie alors tout événement faisant brusquement effraction dans l'organisation psychique de l'individu ».

Pour François Lebigot, « le traumatisme psychique résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience ».

D'après l'Association Américaine Psychiatrique, en 1994, « un événement est traumatique, lorsqu'une personne s'est trouvée confrontée à la mort, à la peur de mourir ou à de graves blessures, ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne est menacée. Cet événement doit également provoquer une peur intense, un sentiment d'impuissance, ou un sentiment d'horreur ».

Aujourd'hui, le terme de traumatisme désigne le processus qui se déroule au sein du psychisme et non pas l'événement qui provoque ce phénomène d'irruption violente au sein du psychisme qui déborde sa capacité de défense et bouleverse fondamentalement son mode de fonctionnement.

Le terme de traumatisme psychique va évoluer dans la littérature francophone vers le terme de psychotraumatisme.

1.2. Historique du traumatisme psychique

Bien que décrit depuis l'antiquité dans de nombreux récits, l'effroi face à la mort sera défini par le terme de « traumatisme » venant du mot « trauma » qui signifie en grec « blessure », se rapportant donc à une atteinte corporelle et ou physique. D'abord utilisé en médecine chirurgicale, il sera par la suite introduit dans le domaine de la pathologie mentale par J.M. Charcot dans ses Leçons cliniques à la Salpêtrière de 1884 à 1889. Il parlera de l'impact d'un choc traumatique pouvant provoquer une dissociation de la conscience et des symptômes hystériques. C'est seulement en 1888, que H. Oppenheim introduit le terme de « névrose traumatique » qui se caractérise par des souvenirs obsédants de l'accident, des troubles du sommeil, des cauchemars, des reviviscences, des phobies et une labilité émotionnelle (Crocq et Tarquinio, 2014).

Dans la première moitié du XXème siècle, ce sont les psychanalystes, K. Abraham, S. Ferenczi et S. Freud, qui vont faire avancer la clinique et la compréhension des névroses traumatiques. Freud utilisera même une métaphore économique pour figurer ce qu'il appellera « l'effraction traumatique » car c'est avant tout l'économie psychique qui est mise à mal. Dans les décennies de l'après-guerre, ce sont les psychiatres L. Crocq puis C. Barrois qui proposeront une description clinique de l'affection. « Dans tous les cas, le traumatisme est une rupture dans le cours des choses, une rupture dans la continuité des échanges et des relations, mais aussi une rupture dans le temps. Le traumatisme est cet événement particulier que le Moi ne parvient pas à enclencher, un événement sans temporalité en ce sens qu'il se fait constamment présent et qu'il ne parvient pas à trouver sa place sous la forme de souvenirs dans une temporalité psychique. Il s'impose par des réminiscences, une sidération psychique, des flashs, des angoisses, des récits au présent … ».

Dix ans après la guerre du Vietnam (1964-1973), les Américains vont reprendre les travaux sur cette névrose traumatique. Ce sont notamment les troubles présentés par les vétérans qui ont permis, dans les années 1980, un nouveau diagnostic. La notion de stress est venue remplacer celle de névrose, la clinique de l'affection est singulièrement appauvrie. Les psychanalystes R. J. Lifton et Chaim Shatan font pression sur l'association psychiatrique américaine pour la création d'une nouvelle entité appelée « post traumatic stress disorder ». Le Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), traduit en français par État de Stress Post-Traumatique (ESPT) admet que « le passé psychique cesse d'être la raison nécessaire du traumatisme » (C.Malabou, 2017, p.239).

1.3. Tout d'abord du stress

1.3.1. Qu'est-ce que le stress ?

Définir le stress va nous permettre de comprendre l'état de stress post-traumatique et préciser ses caractéristiques. Pour cela, je me suis aidée de la formation sur le stress présentée par Christophe Herbert.

Lorsqu'un individu est soumis à un danger perçu, imaginé ou rêvé, il réagit immédiatement par une réaction psychophysiologique qui déclenche une tempête hormonale ainsi qu'une dépression du système immunitaire. Le corps se prépare à l'agression et dès sa mise en action par l'attaque ou la fuite, les substances produites sont consommées, ce qui correspond à l'expression de l'instinct de survie. Je développerai plus précisément cette réaction dans la partie neurobiologique.

Le stress est :

- Une réaction physique : tachycardie, étourdissement, hypotonie, malaise vagal, oppression, variation de la respiratoire, migraine…,
- Une réaction psychologique : anxiété, irritabilité, baisse de l'estime de soi, de motivation et des performances…
- Une réaction comportementale : distraction, oublis, tics, troubles de l'addiction, troubles du sommeil, rumination, crises de nerf, hyperactivité, repli sur soi, trouble de l'alimentation…
- Et une réaction d'alarme de notre organisme face à une menace de l'environnement, qui mobilise ses capacités de défense.

Sonia Lupiens résume le stress en un acronyme : CINE qui correspond à la perte de Contrôle, l'Imprévisible de la situation, la Nouveauté de la situation où nous n'avons pas encore d'expérience et notre Égo menacé mettant en doute nos capacités.

1.3.2. Stress adapté versus stress dépassé

Le stress (« contrainte » en anglais), ou le syndrome général d'adaptation, est donc l'ensemble des réponses d'un organisme soumis à des contraintes environnementales. Louis Crocq souligne l'utilité du stress qui inspire au sujet agressé des conduites adaptatives d'alerte, de défense ou de retrait. Mais trop intense et prolongée, elle épuise les réserves de l'organisme

et prend alors une des formes du stress dépassé que sont la sidération, l'agitation stérile ou l'action automatique, réaction immédiate qui ne dure que quelques heures. Passée ces quelques heures et jusqu'à un mois, cette réaction débouche sur des états psychiques qui aboutissent soit au retour à la normale soit à la constitution d'un syndrome post traumatique.

En 1994, l'American Psychiatric Association effectue un pas de plus dans la reconnaissance des phénomènes post-traumatiques en validant l'État de Stress Aigu qui devient une nouvelle entité dans le DSM-IV. Elle comble la période de latence d'un mois minimum qui permet de poser le diagnostic d'État de Stress Post Traumatique et correspond aux réactions manifestées précocement. Toutes les manifestations survenant dans le premier mois sont réunies sous le terme « État de Stress Aigu ».

1.4. L'état de stress post traumatique dans les DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

1.4.1. Dans le DSM-III

Il aura fallu attendre 1980 et le DSM-III pour voir apparaître le terme d'État de Stress Post-Traumatique, classé dans les troubles anxieux. L'ESPT est reconnu dans sa dimension durable dans le temps. Sa survenue marque une rupture avec l'état antérieur. Il est précisé que cette pathologie survient chez un sujet sain, à la suite de la rencontre avec un événement traumatique.

1.4.2. Dans le DSM-IV

En 1994, le DSM IV instaure une durée minimum d'un mois avant de pouvoir poser le diagnostic. Si les symptômes persistent, le diagnostic d'État de Stress Aigu est alors modifié pour devenir un ESPT. Cette nomenclature prend en compte les témoins des événements. La condition pour qu'ils relèvent de ce trouble est que l'événement ait provoqué chez eux « un sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance ».

1.4.3. Dans le DSM-V

En 2013, le DSM-V stipule que l'État de Stress Post-Traumatique correspond aux « troubles psychiques présentés par une personne ayant vécue un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes ». Il sépare l'ESPT des troubles anxieux afin de les répertorier dans une nouvelle

catégorie : « Troubles consécutifs aux traumatismes et au Stress ». Pour que les troubles présentés puissent être qualifiés de stress aigu ou de stress post-traumatique, il est impératif que la personne ait été exposée à un événement adverse (Critère A). Le DSM-V ajoute aux événements traumatisants retenus dans le DSM-IV (la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou la menace de telles blessures et la menace pour l'intégrité physique), une circonstance spécifique, l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression.

2. Sémiologie et mécanismes de l'ESPT

2.1. Les critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique

2.1.1. Les signes cliniques

Parmi les signes listés par le DSM-V (voir annexe 2), nous avons choisi de mettre en avant les critères de la tranche d'âge des adultes :

- Un envahissement psychique : Des symptômes intrusifs, tels que des souvenirs pénibles récurrents, des rêves répétitifs ou encore des indices internes ou externes évoquant un ou des aspects de l'événement traumatique, peuvent survenir de manière intempestive et générer une détresse psychologique intense ou prolongée.

- Des réactions psychiques et corporelles : À l'exposition des indices évoquant l'événement traumatique, des réactions physiologiques marquées apparaissent. Le sujet présente alors des signes neurovégétatifs importants. Cette réactivité corporelle peut s'accompagner de réactions dissociatives au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire.

- Des mécanismes d'adaptation coûteux : Pour ne pas avoir à faire face de nouveau à l'effroi, l'individu fuit tout ce qui peut le ramener (de près ou de loin) à l'événement princeps. Il met alors en place un évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique. Cette stratégie le place dans un état de « qui vive » permanent, d'efforts continus et de volonté de contrôle de son environnement.

- Une hypervigilance : Cette vigilance augmentée s'inscrit à la fois psychiquement et corporellement. L'individu fuit toute situation possiblement traumatogène et son organisme est dans un état d'hyperactivité neurovégétative au moindre stimulus considéré comme menaçant. Nous notons ainsi une modification de la réactivité du sujet à son environnement.

- Des séquelles émotionnelles : La personne victime d'un ESPT présente une altération négative de l'humeur pouvant se traduire par un état émotionnel négatif persistant comme la peur, la culpabilité ou la honte, une estime de soi faible, une incapacité à ressentir des émotions positives ou encore à gérer ses émotions. De par l'état d'hypervigilance, la victime peut se montrer irritable, facilement en colère, méfiante.
- Des répercussions cognitives : Des troubles mnésiques se caractérisant par une amnésie partielle de l'événement et des distorsions cognitives portant entre autres sur les causes et les conséquences de l'événement surgissent et persistent. Les ruminations participent à ces distorsions cognitives. Attachée à trouver du sens, la victime d'un psychotraumatisme ayant développé un ESPT peut présenter une indisponibilité cognitive marquée par des troubles de l'attention et de la concentration. Cet état d'assujettissement psychique, émotionnel et cognitif ne favorise pas la participation du sujet à la vie sociale, ainsi des répercussions sur le plan social apparaissent.
- Des conséquences sociales : Le sujet s'isole, présente un intérêt restreint pour les activités importantes, et décrit souvent un sentiment de détachement d'autrui. S'ensuivent généralement une diminution des interactions sociales et des altérations sur le plan socio-professionnel.

De cette classification, le diagnostic de l'ESPT peut être posé mais ne suffit pas à décrire la clinique retrouvée auprès des patients. Les cliniciens francophones préfèrent employer l'expression « syndrome psycho traumatique » pour décrire les signes que peut présenter une personne à la suite d'un psychotraumatisme.

2.1.2. Le syndrome psycho traumatique

Le syndrome psycho traumatique est donc l'association de symptômes que peut présenter une personne à la suite d'un psychotraumatisme. Il se caractérise par trois signes spécifiques : la **reviviscence**, l'**évitement** et **l'hyperactivité neurovégétative**. La reviviscence est la réapparition d'états de conscience déjà éprouvés. Les traumatisés sont aussi sujets à des réminiscences, qui sont des retours à la conscience de souvenirs qu'ils cherchent à éviter.

Ce syndrome psycho traumatique est complété par un nombre de signes associés qui diffèrent d'une personne à l'autre. Ainsi nous pouvons dire qu'il est spécifique à la personne qui le présente. Ce qui sera déterminant ne sera donc pas l'événement traumatique en lui-même, mais la signification personnelle donnée à l'événement par la personne.

Ce syndrome s'appuie sur les signes décrits par la classification du DSM V pour définir l'ESPT et vient le compléter sur le plan clinique. « Objet d'une littérature abondante, l'ESPT est rarement isolé et une large majorité de travaux s'accordent pour dénoncer une comorbidité importante avec d'autres troubles des lignées anxieuses ou dépressives et avec l'abus de substances. » F. Lebigot et F. Ducrocq. Je développerai les comorbidités après avoir présenté l'apport de la neurobiologique et les symptômes psychomoteurs préalablement.

2.2. L'apport de la Neurobiologie

Dans cette partie, je vais développer le point de vue neurobiologique concernant l'apparition des symptômes de l'ESPT. C'est grâce à l'arrivée des neurosciences, de la psychopathologie du développement et de la neurobiologie interpersonnelle qu'ont été révélés les changements physiologiques qu'engendre le traumatisme. Notre système d'alerte va se recalibrer avec une augmentation de la sécrétion d'hormones du stress, ainsi que des variations du filtrage des informations pertinentes.

Les structures cérébrales impliquées dans les mécanismes neurobiologiques du psychotraumatisme proviennent de notre cerveau des émotions, le système limbique. Celui-ci comprend l'hypothalamus qui gère l'homéostasie du corps (température, nutrition, hydratation, repos). L'hippocampe intervient dans les processus mnésiques et permet de contextualiser un événement dans l'espace et le temps et l'amygdale le centre des émotions, les peurs, les phobies, l'anxiété. Le système limbique intervient donc dans les émotions, les apprentissages, la mémoire, les récompenses, les comportements sexuels et la régulation de notre homéostasie, soit la notion de vivre survivre et se reproduire.

2.2.1. Que se passe-t-il dans notre cerveau lors d'un traumatisme ?

Lors d'un événement traumatique, la violence de la situation est si intense et inattendue qu'elle projette le sujet face à la mort et à la néantisation, c'est ce qui se nomme l'effroi. Cet état de stupeur émotive peut mener à une sidération, c'est-à-dire à un anéantissement soudain des fonctions de défense et de survie habituellement efficaces. Les tentatives de réponses mentales échouent également (voir annexe 3). Le sujet se retrouve alors figé, comme inerte. Paradoxalement à cet état d'inhibition apparente, les mécanismes hormonaux sont dans une intensité telle que le cœur, le système vasculaire et le cerveau sont menacés. En effet, la production de cortisol augmente fortement, générant avec elle une toxicité neurologique. La noradrénaline et l'adrénaline sont produites en grande quantité entraînant alors une toxicité

cardiaque et vasculaire. Le système nerveux végétatif est quant à lui en survoltage : le sujet présente des sueurs, une tachycardie, de possibles vertiges et une angoisse massive. Le risque vital est sérieusement engagé. Alors, pour sauvegarder la vie, des mécanismes neurobiologiques exceptionnels se mettent en place et aboutissent à un court-circuitage de l'amygdale. En la bloquant, le sujet coupe court à la menace vitale interne ; ce mécanisme d'autoprotection se traduit par une anesthésie émotionnelle. Le sujet est à ce moment-là coupé de ses émotions et de ses ressentis. Le court-circuitage déconnecte l'amygdale du cortex associatif (et notamment des régions préfrontales) qui ne va plus recevoir de réponse émotionnelle, ce qui peut expliquer qu'il n'y ait plus de réactions de fuite ou de combat. L'amygdale est aussi déconnectée de l'hippocampe ce qui explique que l'événement ne puisse être encodée dans la mémoire autobiographique auto-déclarative (M. Salmona, 2018, p.69-87).

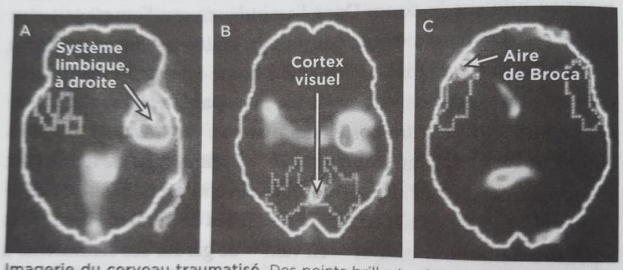
2.2.2. Comment s'inscrit le traumatisme ?

Nos perceptions sensorielles (vision, odorat, ouïe) vont envoyer à notre cerveau les informations de la situation traumatique. Celui-ci va réceptionner les informations effrayantes qui vont aller vers le thalamus qui va se bloquer face à l'impact de l'urgence et de la douleur. L'arrêt du fonctionnement du thalamus permet d'éviter la transmission du message vers le lobe préfrontal qui permet de conscientiser l'information. Les informations iront directement vers l'amygdale pour être enregistrées par l'hippocampe comme informations dangereuses et vitales, c'est ici que s'inscrit le traumatisme.

Lorsqu'un événement fait traumatisme, l'activité de l'amygdale n'est plus régulée. Par conséquent, les sensations et les émotions sont dissociées de la temporalité et ne peuvent être contextualisées dans l'histoire du sujet. Par ailleurs, l'activation chronique du système nerveux végétatif montre la présence d'un ESPT. Chaque stimulation rappelant le traumatisme va alors activer l'amygdale et récupérer le souvenir émotionnel. L'hippocampe ayant été court-circuité, il n'est pas possible pour le sujet de lier cette sensation à une situation passée. C'est la reviviscence.

2.2.3. Les mécanismes neurobiologiques des réminiscences traumatiques

À la suite d'une étude réalisée par Scott Rauch, Bessel van der kolk et leurs collaborateurs sur les répercussions cérébrales des feedbacks des patients ayant vécu un traumatisme. Ceux-ci ont pu remarquer par le biais d'imagerie cérébrale que les zones activées sur le scanner sont le système limbique à droite, le cortex visuel et l'aire de Broca (p.66).



Imagerie du cerveau traumatisé. Des points brillants, dans le système limbique (A) et le cortex visuel (B), montrent une activité accrue, alors que celle au centre de la parole (C) est nettement réduite.

- Le système limbique correspond au cerveau émotionnel, notamment l'amygdale, qui s'active lors d'émotions fortes. Lors d'un danger, l'amygdale active la réaction de stress de l'organisme. Lors d'un feedback, l'amygdale se mobilise provoquant l'activation d'hormone du stress et d'influx nerveux qui augmente la tension artérielle, le rythme cardiaque et la consommation d'oxygène afin que le corps soit prêt à lutter ou à fuir. Cela se caractérise par un affolement physiologique.
- L'aire de Broca, dans le lobe frontal gauche, est le centre de la parole du cerveau, zone souvent altérée lors d'un AVC (Accident Vasculaire Cérébral). Son dysfonctionnement empêche de verbaliser les sentiments et les pensées éprouvées. Les scanners ont pu montrer que cette zone du cerveau se déconnecte durant les feedbacks. Ainsi le corps revit le choc, la terreur, mais ce ressenti reste impossible à exprimer (Bessel Van Der Kolk, 2020, p.66). Pendant que cette zone se désactive, l'air 19 de Brodmann, une région du cortex visuel s'active. Cette zone enregistre les images reçues pour la première fois par le cerveau. La réactivation de cette zone se fait exactement comme si le traumatisme était en train de se produire.

Durant un feedback, les différentes zones du cerveau activées se trouvent à droite tandis que les zones du cerveau qui se désactivent se situent à gauche. Ces deux hémisphères traitent respectivement l'information de manière différente. L'hémisphère droit fonctionne sur l'intuition, l'émotion avec les aspects visuels, spatiaux et tactiles. Il va stocker nos souvenirs sensoriels et émotionnels. L'hémisphère gauche est analytique, séquentiel et linguistique, il va aussi nous permettre de relater nos expériences passées et pouvoir les classer. Mais lorsque nous vivons un feedback d'un traumatisme, il y a uniquement notre hémisphère droit qui est activé et pas le gauche, ce qui signifie qu'ils ne se rendent pas compte qu'il se rejoue une situation passée. Le cerveau droit analyse l'information comme si nous étions dans le présent car le cerveau gauche n'est pas là pour analyser l'ensemble de la situation (Bessel Van Der Kolk, 2020, p.70).

2.3. Les symptômes psychomoteurs de l'ESPT

Pour mieux comprendre la place que peut avoir le psychomotricien, je vais présenter certaines notions et troubles psychomoteurs qui peuvent être impactés par l'ESPT.

2.3.1. Troubles Toniques

Le tonus, selon Vulpian « est l'état de tension active, permanente, involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques qui le renforcent ou inhibent. » (Vulpian, 1874). C'est par le biais du tonus que nous ressentons des sensations internes du corps propre, que nous percevons l'environnement et que l'on acquiert notre conscience de soi.

Le tonus de fond, correspond à un tonus qui subsiste même au repos formant une cohésion d'ensemble de tout notre corps. Il permet une contenance de soi avec une enveloppe-peau qui vient limiter l'enveloppe tonique (S.Robert-Ouvray et A.Servant-Leval, 2017, p.173).

Le tonus postural correspond à la « mise en forme corporelle », au maintien d'une posture en relation avec l'espace et nos émotions. C'est ce tonus qui permet l'ajustement relationnel, le dialogue tonique se fera selon les modifications posturales.

Le tonus d'action correspond à une action volontaire ou réflexe ayant un but. Celle-ci se réalise par des contractions musculaires en relation avec l'espace.

Le dialogue tonico émotionnel est le premier moyen de communication de l'être humain. Par la tension ou la détente, le bébé transmet son état émotionnel. En grandissant, nous développons d'autres moyens de communication mais ce n'est pas pour autant que celui-ci disparaît. Notre dialogue tonico-émotionnel se perçoit encore à l'âge adulte et tout au long de la vie par notre contact tactile, notre posture, le timbre de notre voix et notre manière de nous présenter au monde.

Dans l'ESPT, les patients présentent fréquemment des troubles de la régulation tonique souvent en lien avec une dysphorie émotionnelle et une hypertonie. Les troubles tonico-émotionnels sont souvent en lien avec une hypervigilance où le corps est perpétuellement en état d'alerte. L'anxiété se manifeste par une hypertonie globale. Il est important pour les personnes présentant un ESPT d'avoir des lieux ressources pour pouvoir abaisser leur vigilance et retrouver un tonus relâché. De plus, est fréquemment présent un trouble des régulations

émotionnelles et relationnelles avec souvent de l'anxiété, de l'effroi, de la colère voire une dépression. Ses comportements vont avoir un impact dans la relation à l'autre. L'empathie sera, de ce fait, limitée avec moins de tolérance et peu de régulation de ses émotions.

2.3.2. Troubles Corporels

Les représentations corporelles se construisent avec l'expérience en passant notamment par le dialogue tonico-émotionnel et par la mise en mot de celui-ci. Nous parlons ici de schéma corporel et d'image du corps.

Le schéma corporel est la connaissance que nous avons des différentes parties de notre corps et de leurs localisations les unes par rapport aux autres. Il va nous permettre de former un référentiel de nos parties du corps entre elles et dans l'espace. Notre schéma corporel va se construire par le biais d'informations sensorielles afférentes, proprioceptives, tactiles, vestibulaires et visuelles et efférentes, les informations motrices d'une action.

L'image du corps est un concept plus abstrait qui correspond à la perception, que l'on a de soi en lien avec nos expériences et notre vécu émotionnel. Elle est donc influencée par différents facteurs socio-culturels, psychologiques et biologiques (Scialom, Giromini et Albaret, 2011).

Les patients présentant un ESPT présentent souvent une discontinuité dans leur sentiment d'existence ou encore des perturbations des représentations avec des troubles de la représentation corporelle (image du corps et schéma corporel), notamment des angoisses de morcellement. D'après Pireyre, la période de l'archaïque serait constitutionnelle au développement psycho-affectif et neuropsychologique du bébé. De ce fait, les remaniements psychiques durant la période archaïque ou durant l'enfance vont s'ancrer dans certaines zones corporelles là où les points de fragilité auront existé à l'époque de l'archaïque. Ceci pourrait expliquer pourquoi certaines zones du corps chez les patients présentant un ESPT sont davantage investies tandis que d'autres sont délaissées. Des troubles somatiques peuvent aussi être présents avec des douleurs ou des troubles musculosquelettiques.

2.3.3. Troubles spatio-temporels

Le temps et l'espace sont des notions non négligeables et perpétuellement en interaction avec toute notre organisation psychomotrice.

La structuration temporelle se crée au fur et à mesure des évènements et des répétitions de début de vie. La temporalité va donner un support à l'individu, avec un ordre, une chronologie, une durée et un rythme. Le rythme va permettre de structurer le temps et de mettre en place une sécurité affective. Le temps est une notion continue, stable et irréversible.

La spatialité permet de nous repérer dans notre environnement et de nous mouvoir dans l'espace qui nous entoure. La notion spatiale nous permet aussi de différencier le dehors du dehors, le soi du non-soi. Cette notion prend aussi en compte les distances, de l'espace proche à l'espace lointain grâce aux notions d'espace égocentré et exocentré (repères extérieurs au corps, géocentré, lointain, continent...). L'espace est en lien avec la notion de décentration, de préhension, de coordination. Il pourra varier selon les cultures et les relations interindividuelles.

Dans l'ESPT, il est fréquent de rencontrer des troubles de l'organisation spatio-temporelle qui vont perturber le rapport et les représentations de la personne en lien avec des reviviscences et une peur de la mort. La personne présentant un ESPT a besoin d'être dirigée vers un temps cohérent. De plus, des troubles de l'appréhension de l'espace, une forme d'hyper réactivité aux flux sensoriels, engendrent souvent un sentiment d'insécurité corporelle. Ce sentiment peut entraîner un désinvestissement corporel et/ou spatial.

2.3.4. Troubles Psychiques

Le signe pathognomonique de l'état de stress post-traumatique est le syndrome de répétition. Il engendre une désorganisation des repères temporo-spatiaux. Les reviviscences entraînent notamment des dissociations psychocorporelles avec une perte de l'unité corporelle, un clivage entre le corps et le psychisme et des distorsions de la perception du réel. Les cinq sens sont notamment des déclencheurs de reviviscence mais cela peut se produire de manière soudaine sans déclencheur conscientisé. Les reviviscences vont venir envahir la sphère cognitive et entraîner des troubles du sommeil ainsi que des troubles attentionnels et de concentration.

Les syndromes d'évitement ont très souvent des impacts néfastes sur la qualité de vie du sujet. L'évitement de situations, notamment en lien avec l'événement traumatique, peut engendrer des troubles relationnels et sociaux.

Dans l'état de stress post-traumatique, les troubles de l'humeur et les émoussements affectifs accompagnent fréquemment des troubles alimentaires et additifs.

2.4. Le concept de résilience

Le concept de résilience a été importé en France par Boris Cyrulnik dans les années 1990. Le concept de résilience est la capacité d'un individu à rebondir et se reconstruire à la suite d'un événement traumatique. Ainsi, ce concept montre que chaque être humain a des ressources lui permettant de surmonter un événement traumatique. Les appuis nécessaires à la résilience sont multiples et peuvent varier selon les auteurs. Pour B. Cyrulnik les ressources sur lesquelles le sujet pourra s'appuyer sont notamment le milieu affectif, l'environnement soutenant et l'attachement sécurisant. Pour cela, B. Cyrulnik et Jacques Lecomte accordent une importance toute particulière aux "tuteurs de résilience". Cette personne ressource permettra de renouer le lien social pour favoriser l'entrée dans le processus de résilience. B. Van Der Kolk ajoute comme éléments essentiels à la résilience la notion d'ancrage du sujet dans son corps et la reconnexion avec son vécu corporel.

La résilience est un parcours, un processus de reconstruction qui pourra se réaliser grâce à nos ressources internes mais aussi à des ressources externes comme des prises en charges thérapeutiques (voir annexe 4).

3. Thérapies et comorbidités

3.1. Les prises en charge de l'ESPT

La prise en charge associe les traitements pharmacologiques aux traitements psychothérapeutiques. Les objectifs sont précis et répondent à la souffrance exprimée des patients : diminuer les symptômes de répétition traumatique (flash-back, cauchemar) et d'hyper éveil (réaction de sursaut), améliorer l'évitement (impossibilité de faire certains actes de la vie courante) et l'émoussement affectif (indifférence aux autres), mais aussi traiter les comorbidités (troubles associés) très fréquentes, dont les addictions (alcool, médicaments, drogues). Les conclusions des études contrôlées sont formelles. Le traitement doit être précoce, structuré et focalisé sur le traumatisme. Les médicaments de référence appartiennent à la classe des antidépresseurs.

Un même événement peut avoir des conséquences individuelles variables, il pourrait engendrer des traumatismes pour certaines personnes et pas pour d'autres. Il sera nécessaire de considérer le patient dans son histoire, en prenant en compte l'avant et l'après. Ainsi le traumatisme pourra être relié et restitué dans l'histoire du sujet.

Les écrits sur les différentes techniques thérapeutiques visant à la diminution de l'ESPT se rejoignent sur l'importance de l'alliance thérapeutique et du travail en collaboration.

3.1.1. Pharmacologie

Les traitements médicamenteux peuvent être mis en place lorsqu'il y a des symptômes anormalement persistants plus d'un mois après le traumatisme. Les médicaments utilisés en première intention face à un ESPT sont des antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) qui permettent de bloquer les réactions d'alerte inadéquates : la paroxétine (Deroxat, Divarius et génériques) et la sertraline (Zoloft et génériques). Ces deux médicaments ont une autorisation de mise sur le marché pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique. En cas d'échec, un autre antidépresseur (trazodone) peut être prescrit par le psychiatre. Si les troubles du sommeil sont trop importants, un traitement hypnotique (somnifère) peut être proposé (voir annexe 5).

La durée initiale du traitement médicamenteux est de douze semaines avant de pouvoir identifier l'échec du traitement et de le changer. La poursuite du traitement au-delà de 2 ans doit se faire sur l'avis d'un psychiatre.

3.1.2. Thérapies Cognitivo Comportementales (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour but de faire diminuer les symptômes en augmentant les comportements alternatifs. Elles aident une personne à surmonter un traumatisme en l'exposant aux souvenirs de l'événement. La thérapie peut être proposée en groupe ou en individuel. (J.Cottraux, 2014, p.373). Le thérapeute va travailler sur les schémas cognitifs des patients afin de les modifier pour pouvoir changer les comportements visant à diminuer les conduites d'évitements présentes dans 50% des cas. Les étapes de la gestion du stress post-traumatique dans les TCC se fait en sept étapes. Celles-ci sont composées d'abord d'une préparation à l'affrontement par information et discussion, puis d'un affrontement par le biais de jeux de rôles. Par la suite, la mise en place de pensées automatiques plus réalistes (pour aider à faire face aux émotions) avec une approbation par le thérapeute avant d'augmenter les situations stressantes. Pour finir par l'exposition en réalité aux situations génératrices de peur qui ne présentent pas de danger objectif (J.Cottraux, 2014, p.374).

3.1.3. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

L'EMDR est une technique développée par F. Shapiro entre 1987 et 1995. C'est une thérapie psycho-neuro-biologique basée sur la stimulation sensorielle par des mouvements oculaires (droite/gauche) et sur la stimulation auditive. Cette méthode permet de retraiter les informations traumatiques pour les relier aux systèmes fonctionnels en stimulant les systèmes physiologiques qui participent à l'assimilation des expériences. Cette méthode d'intégration neuro-émotionnelle vise à créer un équilibre psychique favorable par une désensibilisation et retraitement par mouvement oculaire.

Les séances durent de 60 à 90 minutes selon la réceptivité du patient et se composent de huit phases. Une évaluation clinique avec l'anamnèse du patient, l'évaluation par des images des perturbations selon les croyances positives et négatives, les émotions et les sensations corporelles, est établie. Par la suite, le thérapeute pratique une désensibilisation et favorise l'installation de la croyance positive et de la sensation corporelle apparentée. La séance se clôture par une réévaluation.

3.1.4. Hypnose médicale

L'hypnose est une méthode souvent utilisée qui consiste à mettre le patient dans un état dissocié pour lui permettre de réintégrer ses souvenirs traumatiques. La séance commence par une discussion puis le patient est plongé dans un état hypnotique, l'hypno thérapeute procède par suggestion. « On lui propose, par exemple, de se rendre mentalement dans une salle de cinéma, pour y revoir un film qui va l'exposer de manière indirecte au traumatisme. Cet exercice permet non seulement une désensibilisation, mais aussi de se représenter sereinement les événements et de s'en détacher », explique Nathalie Roudil-Paolucci, hypnothérapeute. L'hypnose permet ainsi au sujet de réorganiser un événement traumatique en intégrant de nouvelles émotions moins envahissantes.

3.1.5. Autres thérapies

Les psychothérapeutes considèrent le traumatisme comme un débordement de la psyché qui tente d'intégrer les souvenirs par des phénomènes de répétition. En parallèle, la psyché tente d'éviter ces mêmes souvenirs provoquant un conflit psychique d'où naît l'ESPT. Les psychothérapeutes vont donc tenter de rééquilibrer la psyché et de restituer l'événement traumatique dans un passé et un futur.

Il existe aussi d'autres méthodes qui vont venir compléter celles présentées précédemment comme des associations d'aide aux victimes et des groupes de parole de soutien. Ainsi les vécus personnels pourront être partagés et un travail sur le vécu actuel du sujet pourra être proposé. Des ateliers de groupe sur la gestion du quotidien sont mis en place, ainsi que des groupes de parole pour les victimes et leurs proches.

3.1.6. Approches psychocorporelles

« On peut transformer les empreintes du passé via des expériences physiques qui contrecarrent directement la rage, l'impuissance et l'effondrement causés par le traumatisme, ce qui permet de retrouver la maîtrise de soi. » (Bessel Van Der Kolk, 2018, p. 15)

D'après Van Der Kolk, face à un traumatisme, différentes approches peuvent être mises en place. Dans la technique « de haut en bas », de la tête vers le corps, le patient va exprimer ses ressentis afin de mieux comprendre et de travailler sur soi. A contrario, dans la thérapie « de bas en haut », cela consiste à passer par le corps pour permettre le changement des mécanismes mentaux, vivre des expériences corporelles qui vont venir contrarier les souvenirs et ressentis en lien avec le traumatisme (2018, p.82). Ici nous pourrions donc parler de méthode à dominante corporelle ou sensorielle, où le corps est au premier plan, tel un travail de psychomotricité.

La psychomotricité est maintenant reconnue dans le traitement des ESPT notamment grâce au rapport de Françoise Rudetzki (pour un centre de ressources et de résilience réparer et prendre soin de la vie) : « des métiers et des acteurs qui ont toute leur place dans le parcours personnalisé de résilience, par exemple les psychomotriciens, des associations spécialisées ou encore des sociétés savantes, seront répertoriés ».

De plus, elle évoque que « Face à l'État de Stress Post Traumatique, l'approche psychomotrice est associée aux psychothérapies verbales et cognitives ». Elle s'appuie sur des techniques corporelles, comme la relaxation, qui visent à « réorganiser l'image corporelle qui a subi une effraction », à proposer « un espace de (re)construction d'identification et de représentation ». La psychomotricité tend à abaisser des tensions musculaires, « la réappropriation d'un corps pouvant être une source de satisfaction et de plaisir, même s'il est mutilé ». Cet écrit valorise la place de la psychomotricité et fait valoir l'importance de la prise en charge pluridisciplinaire.

3.2. Les comorbidités de l'État de Stress Post Traumatique

Dans l'article *Dépression et psychotraumatisme* de F Warenbourg, F. Ducrocq et G. Vaiva, les auteurs soulignent que de nombreux travaux épidémiologiques s'accordent pour relever une forte comorbidité entre ESPT et le syndrome dépressif majeur d'environ 50% des personnes. La dépression est largement reconnue comme le trouble le plus fréquemment associé à l'ESPT soit en parallèle de ce dernier, soit sur la vie entière du sujet. Nous retrouvons aussi, chez les patients souffrant d'ESPT, de nombreux autres troubles associés, les plus fréquents étant : les troubles anxieux, les addictions, les risques suicidaires et enfin la dépression.

3.2.1. Les troubles anxieux

La personne atteinte de troubles anxieux manifeste des symptômes cognitifs, physiques et comportementaux d'angoisse qui sont intenses, fréquents, persistants et graves, et pour qui l'angoisse provoque une détresse qui nuit à sa capacité sur différents plans (vie sociale, affective, professionnelle, etc.).

Les principaux troubles anxieux selon le DSM-V sont : la phobie spécifique ; le trouble d'anxiété généralisée ; le trouble panique avec ou sans agoraphobie ; le trouble d'anxiété sociale (phobie sociale).

3.2.2. Les addictions et comportements suicidaires

En 2008, Kédia et Sabouraud-Seguin reprennent les troubles associés à l'ESPT. Ils parlent tout d'abord du lien entre les sujets souffrant d'addictions et de traumatismes. L'addiction se définit par une relation de dépendance d'une substance ou d'une conduite qui va amener le sujet à orienter sa vie en fonction de celui-ci (S. Ivanov-Mazzucconi, E.Digonnet et A-M. Leyreloup, 2005, p.7). La substance addictive permettrait de réguler l'équilibre psychique. Les substances entraînant une forme d'anesthésie corporelle et psychique pourraient favoriser la diminution des réviviscences ou des sentiments de menace. Cependant cela entraînerait aussi des difficultés dans l'élaboration provoquant un vécu détaché et sans affect. D'après Alain Brunet, les comorbidités d'abus de substance alcoolique correspondent à 52% chez les hommes et à 28% chez les femmes. Le taux de suicide serait quinze fois plus élevé que dans la population générale.

3.2.3. Episode dépressif caractérisé

Je développerai plus particulièrement la sémiologie de la dépression, car mon étude clinique ci-après, présente une patiente avec comme principale comorbidité, un épisode dépressif caractérisé.

3.2.3.1. Une définition

Pierre Lévy-Soussan cite Jean Delay : « L'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âmes une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur » (P. Lévy-Soussan, 2001, p.37). Dans la dépression, l'humeur ne circule plus librement : elle est comme figée autour d'un seul pôle, celui de la douleur. Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression, légers, modérés ou sévères, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité.

3.2.3.2. Les symptômes de l'épisode dépressif majeur

D'après le DSM-V (voir annexe 6), les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) doivent être présents sur une durée minimum de deux semaines. Parmi les trois symptômes, l'humeur dépressive, la perte d'intérêt et la perte d'énergie, au moins deux sur les trois principaux doivent être présents, avec pour chacun d'eux un degré de sévérité important.

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique. Les symptômes peuvent amener une concentration et une attention réduite, une diminution de l'estime de soi, un sentiment de culpabilité et d'inutilité, des perspectives négatives pour le futur, des idées suicidaires, des troubles du sommeil et une perte d'appétit.

Ces symptômes doivent induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement personnel, social et/ou familial de la personne. De plus, les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

3.2.3.3. La sémiologie des symptômes dépressifs

William de Carvalho et David Cohen développent dans la sémiologie des syndromes dépressifs en les classant selon trois catégories : des symptômes psychiques, des symptômes psychomoteurs et des symptômes dits somato-instinctuels. Ces syndromes de comorbidité peuvent être retrouvés dans la majorité des pathologies psychiatriques.

Les symptômes psychiques : l'humeur dépressive est au premier plan avec une sensation que tout s'écroule, que l'accès au plaisir est impossible avec une possibilité d'anesthésie affective et d'une paralysie des émotions. L'anxiété est également un symptôme psychique majeur qui se manifeste par une incapacité à se détendre. Au niveau cognitif, cela peut s'exprimer par des difficultés attentionnelles, ou encore une hypervigilance face à tous nouveaux stimulus. Il existe des troubles cognitifs typiques de la dépression : fatigabilité, trouble du jugement avec un pessimisme prédominant. De plus, la prise de décision et d'initiative, ainsi que la volonté et le désir sont très diminués et provoquent eux-mêmes de l'anxiété chez le patient.

Les symptômes psychomoteurs sont caractérisés par un ralentissement psychomoteur, clinophilie (rester au lit), asthénie (fatigue chronique), aboulie (perte de volonté) ; ce ralentissement psychomoteur peut aller de la perte d'élan vital à la prostration. Ainsi cela fait écho au ralentissement mental constaté, et à l'impression pour le patient de ne plus arriver à penser. En psychomotricité, on remarque souvent que les patients souffrant d'un syndrome dépressif présentent une grande rigidité et une hypertonie.

Les symptômes somato-instinctuels sont constants. Ils comprennent les signes somatiques de l'anxiété : gorge serrée, difficulté à déglutir, sueurs, nausées, troubles cardio-vasculaires, difficultés d'endormissement etc. De plus, sont fréquemment constatés, une perte de poids, des troubles du sommeil avec des réveils précoces et des cauchemars. Une diminution de la libido est fréquente ainsi que des troubles cénesthésiques comme des paresthésies, vertiges, céphalées et des crampes.

Il sera toujours important de prendre en compte l'histoire de vie de l'individu et de ne pas négliger les diagnostics différentiels comme notamment les réactions en lien avec un contexte de perte ou de deuil.

3.2.3.4. Les traitements de la dépression

3.2.3.4.1. Pharmacologie

Les antidépresseurs sont les premiers médicaments prescrits. Ils font partie de la famille des psycho-analeptiques, qui ont pour propriété de stimuler l'activité psychique, dont certains ont aussi des propriétés sédatives pour diminuer l'anxiété. Les effets secondaires sont variables, les plus fréquents sont : des perturbations gastro-intestinales, céphalées, vertiges, insomnies, perturbations sexuelles ou encore des effets dissociatifs et un émoussement émotionnel. Tous ces effets secondaires sont importants à prendre en compte en psychomotricité. Il est important de comprendre pourquoi les patients réagissent d'une façon ou d'une autre pour mieux adapter la prise en charge et les séances. De plus, cela permettra de mieux cibler les objectifs de cette prise en charge.

Des thymorégulateurs ou normothymiques peuvent être prescrits face à des épisodes mélancoliques se rapportant au trouble bipolaire. Ces médicaments permettent d'allonger les périodes normo-thymiques. Les molécules les plus connues sont les sels de lithium. Les effets secondaires sont variables dont des troubles digestifs (diarrhées, nausées), tremblement des extrémités, somnolence, vertiges, bouche sèche, prise de poids.

Des anxiolytiques qui ont pour effet de réduire l'anxiété, et des hypnotiques (somnifères), peuvent également être prescrits, souvent en attendant l'effet total des antidépresseurs qui survient quelques semaines plus tard.

3.2.3.4.2. Psychothérapies

Celle-ci peut se décliner en plusieurs types de prises en charge selon l'épisode dépressif et son intensité. La psychothérapie permet de travailler sur les aspects psychologiques en lien avec l'épisode dépressif. Les thérapies comportementales et cognitives seront utilisées à court et moyen terme pour aider le patient dans la gestion de la crise en cours. Les psychothérapies davantage psychanalytiques vont rechercher dans l'histoire du sujet les stades d'évolution qui aurait pu se figer et entraîner cette pathologie. Le patient et le thérapeute remontent ensemble vers les sources de la maladie. Ce type de thérapie est plus long et vise un objectif qui va tenter de résoudre le problème à sa cause et non uniquement aux conséquences comme le font les traitements médicamenteux.

Pour terminer cette partie, il me paraît important de refaire le lien entre dépression et ESPT. Cette fréquente comorbidité montre à quel point il est important que les soignants explorent la piste psycho traumatique chez les patients déprimés, car cela conditionne la prise en charge, tant sur le plan psychothérapeutique que pharmacologique, l'objectif étant, bien évidemment, de tenter d'enrayer la souffrance psychologique des sujets soumis à des événements hors du commun.

Partie II : Clinique

1. Présentation de l'hôpital de jour en psychiatrie adulte

J'effectue mon alternance en service de psychiatrie adulte dans un hôpital de jour (HDJ) les mercredis et jeudis. Le vendredi je suis en tutorat externe en AP-HP en psychiatrie adulte du sujet âgé et en addictologie (voir annexe 1). Je présenterais ci-dessous uniquement mon lieu d'alternance où se trouve mon cas clinique.

1.1. Contexte d'ouverture de l'hôpital

Dans le parcours de soins du patient, l'hospitalisation complète doit trouver des relais pré ou post-hospitalisation dans des structures alternatives, comme l'hospitalisation de jour, les CATTP (Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel) ou les suivis ambulatoires psychiatriques. Ces modalités doivent être accessibles dans chaque secteur ou inter secteur, c'est dans ce contexte et pour répondre à cette demande que l'hôpital de jour privé, dans lequel je suis, a ouvert ses portes. Cet hôpital initialement de vingt places est actuellement en expansion visant à tripler le nombre de patients accueillis en 2021, pour donner suite aux fortes demandes du secteur.

1.2. Fonction de l'hôpital de jour en psychiatrie adulte

L'hôpital de jour est une structure extra hospitalière proposée aux patients présentant une pathologie stabilisée. Celui-ci propose des soins alternatifs à l'hospitalisation complète pour favoriser le retour à la vie quotidienne et le maintien des liens sociaux. Le patient est orienté vers l'HDJ par son médecin traitant, par le réseau de soin ou par son psychiatre.

Un suivi individualisé est mis en place proposant un travail psychothérapeutique sur les dimensions corporelle, émotionnelle, comportementale, neuropsychologique et relationnelle. Des entretiens individuels d'admission et de suivi auront pour vocation de diagnostiquer et d'évaluer le patient, afin de construire un projet de soin individualisé avec des objectifs précis. La prise en charge se décline en ateliers thérapeutiques de groupe et en entretiens individuels. Un planning personnalisé déterminera les jours de présence hebdomadaires : les patients peuvent bénéficier d'une demi-journée ou d'une journée pleine avec repas thérapeutique.

L'HDJ joue un rôle de transition, un appui temporaire ou séquentiel, dans la coordination des projets médico-psycho-sociaux des patients visant une resocialisation, une réhabilitation cognitive, une réadaptation et une réinsertion.

1.3. Équipe pluridisciplinaire

L'équipe pluri professionnelle se compose d'un Directeur, d'une secrétaire polyvalente, de deux médecin psychiatre, d'une cadre des soins, de trois infirmières, de deux psychologues, d'une alternante en psychomotricité (moi-même) et d'intervenants pour les différents ateliers proposés dont : une relaxologue, une sophrologue, une assistante sociale, une art-thérapeute, un musicothérapeute, une diététicienne et un éducateur sportif.

1.4. Patients accueillis

L'établissement accueille des patients majeurs souffrant de pathologies psychiatriques stabilisées telles que : Troubles de l'humeur (dépression), Troubles psycho-sociaux (souffrance au travail, aide aux victimes), Troubles anxieux (phobies, perte de relations sociales), Stress Post Traumatique, Troubles du comportement alimentaire, Troubles addictifs, Troubles de la personnalité (troubles psychotiques stabilisés) et Prévention de la rechute.

1.5. La journée au rythme des ateliers

La journée est composée de quatre temps d'ateliers d'une durée de 1h15 : deux le matin et deux l'après-midi avec des pauses de 15 minutes entre chaque. Les ateliers sont proposés par des intervenants extérieurs spécialisés ou les professionnels de la structure.

Dans une pièce commune, le corner, des boissons sont mises à disposition pour les pauses. Cet espace permet la rencontre des différents acteurs de soins, les professionnels et les patients. De plus, un repas thérapeutique est proposé aux patients ayant des ateliers sur la journée complète.

Parmi les ateliers proposés, il y a des groupes de parole, de l'art thérapie, du photo langage, du théâtre, du sport, du bien-être, de l'écriture, du modelage, de la stimulation cognitive, de la revue de presse et de l'expression corporelle.

2. Présentation du groupe d'expression corporelle

« L'expression est un mouvement (gestuel, verbal) qui part de l'intérieur pour aller vers l'extérieur avec une intention de communication » (C. Potel, 2013, p. 339)

Chaque expérience corporelle est personnelle et unique, et fait référence à nos ressentis et notre vécu propre. L'expression corporelle est une médiation difficile à définir car chacun à travers sa pratique peut en donner un sens différent. L'expression corporelle peut se définir comme un langage du corps, c'est une suite de mouvements corporels exécutés en rythme selon un ordre et généralement accompagnés d'une musique. Cette médiation pourrait être apparentée à un mélange entre la gymnastique et la danse. Lors de sa naissance dans les années 1960, l'expression corporelle ne considère plus le corps uniquement comme une enveloppe, mais comme un vecteur d'émotions et de créativité pouvant exprimer des idées ou raconter une histoire. Pour ma part, j'explore l'expression corporelle davantage de cette manière avec les patientes de mon groupe.

Un travail en expression corporelle donne aux participants la possibilité d'agir corporellement sans devoir se référer à un modèle. Ainsi la spontanéité et l'imaginaire de chacun sont mis en jeu ce qui demande parfois un apprentissage étayé. Plus on pratique, plus les mouvements parasites vont disparaître pour exprimer l'essentiel. De plus, ce que j'apprécie particulièrement avec l'expression corporelle, c'est qu'il n'y a pas de notion d'échec ou de réussite. Les problématiques de perte de confiance en soi seront donc moins, voire pas du tout, mises à mal. Les patientes vont vivre des expériences visant à accéder à des représentations. C'est cet aspect qui met en lien la psyché et le soma et donc la psychomotricité. Ainsi, l'expression corporelle favorise également l'expression des émotions et donc la traduction des affects de façon corporelle permettant l'expression d'une part de soi.

L'expression corporelle implique une mise en relation du dehors et du dedans. Cela signifie que nous allons devoir donner du sens aux manifestations physiques et aux mouvements pour qu'ils deviennent expressions. Le thérapeute va favoriser la verbalisation des extériorisations corporelles des patients pour leur donner une symbolisation et les transformer en langage. Le rôle du thérapeute pourrait s'apparenter à la fonction alpha évoquée par Bion. La mère va accueillir, « pré digérer » et transformer les ressentis et les éprouvés bruts du bébé.

2.1. Le groupe expression corporelle

2.1.1. Le projet thérapeutique de groupe

Face à une demande institutionnelle de prise en charge groupale et désireuse de proposer un atelier ludique et dynamique, j'ai proposé un groupe d'expression corporelle. Cette proposition a émergé à la suite de mes observations, durant ma découverte des ateliers déjà présents dans la structure, des difficultés et des souhaits exprimés par les patients. Avec l'appui de l'équipe soignante, j'ai pu dégager les objectifs suivants :

Favoriser une **prise de conscience corporelle et le réinvestissement corporel**. Cela dans un objectif global de **retrouver le plaisir dans le mouvement** de l'utilisation de son corps.

Favoriser la **socialisation** en stimulant des **interactions sociales** entre les patients pour permettre des moments de partage.

Mais aussi valoriser **la confiance en soi et de l'estime de soi** que j'essaye de maintenir durant chacun de mes ateliers. Et favoriser la **prise de conscience des émotions**.

Afin de répondre aux objectifs de groupe, j'utilise la médiation d'expression corporelle à dominante sensorielle et motrice.

Le groupe d'expression corporelle a lieu tous les jeudis matin de 9h00 à 10h15 dans une salle de pratique où les chaises sont disposées en cercle en début d'atelier pour l'accueil. C'est un groupe appelé semi-fermé car le groupe ne change pas mais de nouveaux participants peuvent être amenés à rejoindre le groupe selon les admissions. La demande de ma part d'éviter le changement des participants avait pour but d'apporter un cadre structurant et rassurant. L'atelier est coanimé par moi-même et une infirmière. La veille de chaque séance, je propose mon projet de séance à ma collègue pour avoir son adhésion.

2.1.2. Le déroulement d'une séance type

Les séances ont la même structure en cinq temps. L'intérêt de ces propositions et leur agencement seront davantage développés dans la discussion.

1) <u>Accueil :</u> Les patientes entrent dans la salle et s'installent sur des chaises installées en cercle. Nous commençons par un tour du cercle pour connaître l'humeur du jour de chacune,

dire comment l'on se sent corporellement, avec une cotation entre zéro et dix. Ainsi, nous pouvons prendre conscience des présents/absents et des éventuelles douleurs ou fatigue de chacune. Si cela est nécessaire, je réadapte la séance, selon leurs disponibilités du jour et leurs difficultés corporelles ou psychiques mentionnées. Ce qui se vit dans ce groupe est, à chaque fois, différent, cela demande de la souplesse de la part des soignants. Les propositions s'adaptent donc au maximum à la dynamique du groupe du moment présent.

2) Réveil corporel : Je mets une musique de fond de détente, si besoin j'éteins la lumière et nous faisons un exercice de réveil corporel progressif par des mobilisations actives et segmentaires en conscience. Je guide verbalement par des propositions d'exploration segmentaire. Je fais en sorte, face aux différentes pathologies, d'adapter mon discours. Je favorise un discours davantage fonctionnel pour éviter les réminiscences chez les patients ayant vécu des traumatismes comme madame K. J'évite aussi une verbalisation qui puisse être vécue comme morcelante. Au fur et à mesure des ateliers, je leur donne la possibilité d'être davantage autonome dans leur réveil corporel. Elles peuvent continuer à être guidées par ma voix et la suivre ou passer plus du temps sur certaines zones de leurs corps selon leurs besoins et ressentis du moment.

Cette étape de l'atelier vise à permettre aux patientes de se centrer sur elles et sur leurs ressentis. Par l'exploration de leurs mouvements corporels, de leurs limites et de leurs capacités, elles vont pouvoir prendre conscience des sensations et des zones agréables et désagréables de leurs corps. Cet échauffement consiste en un enchaînement de mouvements de bas en haut. Ainsi, nous allons pouvoir travailler le schéma corporel, la régulation tonique, les praxies, les coordinations/dissociations, la latéralité et l'orientation dans l'espace.

3) Expression corporelle : Nous poursuivons par des petits exercices plus ludiques (passage de balle imaginaire - le mot émotion - le bâton de la régulation) permettant des interactions dans le groupe. Ces exercices vont varier d'une séance à l'autre restant autour de l'expression par le corps avec davantage de mouvement dynamique que le réveil corporel. J'utilise principalement les mimes avec des variantes selon les thèmes à aborder en lien avec les projets thérapeutiques des différentes patientes. Je prépare notamment des mots à mimer, des contextes, des citations et des émotions avec des demandes d'accentuation, des émotions mimées pour qu'elles soient davantage lisibles. La participation est libre mais encouragée, j'essaye de faire en sorte que l'envie vienne d'elles-mêmes. Je leur demande parfois de trouver aussi différentes façons de mimer un même mot, expression, situation réelle ou imaginaire.

Nous essayons ensemble de trouver d'autres façons de faire comprendre ces expressions aux autres membres du groupe. C'est souvent un moment de complicité et de plaisir apprécié par les patientes.

Dans cet exercice, j'essaye de favoriser les interactions sociales, l'appartenance au groupe mais aussi leur faire prendre conscience que le corps est vecteur de message, et de partage. L'objectif de cet exercice est de faire en sorte que les patientes prennent du plaisir dans le mouvement par un engagement corporel global. Ce moment permet aussi un lâcher pris, un travail sur l'imaginaire et la récupération mnésique et sémantique qui n'est pas toujours évidente pour certaines patientes comme madame C.

4) Silhouette : En fin de séance, je propose un support d'expression avec une silhouette (voir annexe 7). Un questionnement m'est venu sur l'avenir de ces silhouettes. Après des échanges avec ma tutrice externe et des collègues de la structure d'alternance, nous avons maintenu l'idée que je garde une pochette de silhouette pour chaque patiente et que je leur rendrais en fin de prise en charge. Elles ont bien sûr la possibilité de les consulter quand elles veulent.

Pour ce temps de recentrage, nous disposons de tables au milieu de la salle afin de s'installer pour un retour au calme avec, à disposition, des feutres, crayons et stylos. C'est un moment de recentrage sur ses ressentis et son vécu de la séance. Cette feuille de libre expression est une aide à la concentration sur son corps et peut permettre de faciliter la verbalisation. Les patientes ont la liberté de l'utiliser à leur guise et d'y ajouter des légendes ou d'en enlever.

5) Temps de verbalisation : En fin d'atelier, je propose aux patientes de faire un dernier retour sur leurs ressentis. Le rituel de l'humeur du jour permet de rythmer la séance avec un début et une fin. Cela nous permet aussi en tant que professionnel d'avoir un aperçu d'évolution de l'humeur des patientes. Comme pour tous les exercices proposés, les patientes peuvent ne pas réussir à exprimer ou ne pas le vouloir, elles ont la possibilité de s'exprimer ou non mais un temps sera accordé à chacune.

Au fur et à mesure des ateliers, j'ai ajouté et modifié des consignes. Notamment, j'ai trouvé intéressant de leurs demander en fin de séance l'intérêt qu'elles trouvaient aux exercices proposés. Rediscuter les objectifs des exercices peut permettre une meilleure adhésion aux soins. Donner du sens permet de passer du signifiant au signifié et sert à notre élaboration

psychique. Ce moment d'échange et de partage autour de leurs ressentis et de leurs mises en sens des exercices, permet parfois d'étoffer leurs verbalisations.

6) Débriefing : À chaque fin de séance, ma collègue et moi échangeons sur nos ressentis, nos observations et sur notre posture de thérapeute. Le partage de nos ressentis et de nos hypothèses, selon notre spécificité professionnelle, notre personnalité et notre sensibilité propre, m'a donné la possibilité d'enrichir ma réflexion auprès de cette population. De plus, régulièrement, je me questionne ainsi que mes collègues pour être sûr de rester dans une posture professionnelle la plus adaptée possible.

Pour mieux saisir ma pratique en expression corporelle, j'ai fait le choix de présenter l'ensemble des membres du groupe, comprenant une courte anamnèse avec les objectifs et évolutions de ces patientes.

2.2. Les membres du groupe

2.2.1. Madame C

Madame C, est une femme de 53 ans, orienté à l'HDJ pour un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (EDC) après un accident vasculaire cérébrale (AVC) en 2015. Madame présente des troubles cognitifs et attentionnels ainsi que des séquelles sur l'hémicorps droit avec des douleurs et des raideurs dans les membres périphériques (mains, pieds). Elle souffre de trouble visuel à droite et de trouble de l'équilibre. Durant l'atelier, elle a un contact facile et un discours adapté. Elle présente des symptômes d'inhibition psychomotrice en lien avec sa pathologie. Elle manifeste des comportements de prestance (humour) qui semblent cachés ses troubles cognitifs. Elle paraît ne pas avoir beaucoup d'imagination et présente très peu d'initiative. Elle est très motivée et souriante, elle évoque son plaisir à être active et à bouger de nouveau.

Madame C est orientée en psychomotricité pour tout d'abord, favoriser son investissement et sa mise en mouvement corporel avec une prise en compte de son hémicorps droit, mais aussi pour favoriser les stimulations cognitives et développer la confiance en soi.

Il y a une acceptation des difficultés liées à son AVC, elle est persévérante, combative et poursuit les efforts de rééducation. Elle a pris de l'assurance dans le groupe et présente des facilités dans les interactions avec une curiosité bienveillante envers les membres du groupe.

Elle s'est beaucoup améliorée dans la compréhension et l'expression des émotions ainsi que dans son aisance corporelle. Elle est plus précise dans ses mouvements.

Il serait pertinent pour madame C de continuer à travailler sa confiance en elle et son affirmation de soi. De plus, des rendez-vous de suivi ou de rééducation pourraient favoriser le maintien de ses capacités.

2.2.2. Madame D

Madame D est une jeune femme de 21 ans, de grande taille soufrant d'obésité. Elle est prise en charge à l'HDJ pour un diagnostic de trouble de la personnalité de type état limite ainsi qu'un antécédent somatique de diabète de type 2. Elle paraît avoir peu confiance en elle avec des difficultés dans les interactions sociales où elle présente des comportements de prestance. Elle a des propos dévalorisants. Elle fait preuve d'une grande anxiété ainsi que d'une rigidité globale avec une impulsivité qui paraît être en lien avec une envie de bien faire. Elle présente des troubles de l'adaptation avec des fluctuations entre impulsivité et excès de contrôle. Madame D présente des difficultés à lâcher prise. Elle a des troubles alimentaires de type hyperphagie, des troubles du sommeil avec notamment des troubles de l'endormissement ainsi qu'une addiction aux jeux vidéo.

Madame D est orientée en psychomotricité pour favoriser sa socialisation et le lâcher prise (l'inhibition).

Madame D a encore besoin d'étayage et de réassurance, elle persiste dans sa dévalorisation avant la mise en mouvement « je ne vais pas y arriver », « je suis nulle ». Elle est pourtant de plus en plus à l'aise dans le groupe, elle prend des initiatives. Elle fait preuve de moins de rigidité et de plus d'imagination, lors des exercices. Une poursuite de la prise en charge autour du lâcher prise et de la confiance en soi en expression corporelle resterait pertinente. Une participation à l'atelier théâtre lui serait bénéfique.

2.2.3. Madame V

Madame V est une femme de 52 ans, ancienne infirmière, elle est orientée à l'HDJ pour un diagnostic d'épuisement professionnel (Burnout). Lors des ateliers, elle se présente avec une démarche lente avec peu d'entrain et une apparence négligée. Elle tient un discours fluide, souvent négatif et dévalorisant envers elle-même. Il lui arrive régulièrement de présenter une forte tristesse de l'humeur et une anhédonie. Elle a un investissement fluctuant selon les séances souvent en lien avec sa dysthymie. Cependant, elle reste capable de prendre des initiatives et de s'investir malgré une aboulie présente.

Madame V est orientée en psychomotricité pour favoriser son investissement corporel et développer ses interactions sociales. Elle a encore besoin de réassurance et d'un cadre contenant et sécure pour être à l'aise et réussir à s'investir pleinement dans les différents temps de l'atelier. Son discours reste fluctuant selon son humeur avec une possibilité récente à utiliser du vocabulaire positif. Elle est, de plus en plus, à l'écoute de son corps et arrive davantage à exprimer ses ressentis et ses besoins. Une poursuite de prise en charge pourrait permettre une persévérance de l'investissement corporel et une prise en charge en bien-être pourrait être envisagée.

2.2.4. Madame M

Madame M est une jeune femme de 22 ans, orienté à l'HDJ pour un diagnostic de trouble schizophrénique simple. Elle présente une bizarrerie de contact ainsi qu'une amimie. Durant les ateliers, elle est très en retrait avec un discours informatif pauvre et une prosodie ralentie. Elle présente un ralentissement psychomoteur global ainsi qu'une hypotonie. Les interactions sociales sont compliquées, elle reste très discrète et apathique.

Madame M est orientée en psychomotricité pour développer ses interactions sociales et favoriser une mise en mouvement corporelle. De plus, il serait pertinent de favoriser la prise de conscience de sa maladie.

Madame M a besoin de sollicitations répétées pour s'engager dans la parole. Durant les ateliers, elle s'investit dans les exercices moteurs malgré des troubles spatiaux, notamment une dysmétrie. Sa prise en charge en psychomotricité s'est arrêtée au bout de 3 mois. Cette décision a été prise car madame M rencontre des difficultés face aux consignes complexes, qui peuvent être en lien avec le caractère déficitaire de sa maladie psychotique. De plus, une discordance s'est fait ressentir avec le reste du groupe.

La dernière patiente du groupe d'expression corporelle est Madame K : mon cas clinique. De ce fait, je vais détailler davantage son anamnèse, ses prises en charges, notre rencontre, en passant par mon bilan psychomoteur, mon projet thérapeutique et ma prise en soin ainsi que son évolution

3. Présentation de Mme K

La compréhension de l'histoire de vie de madame s'est faite d'après plusieurs entretiens des différents professionnels de la structure. Le parcours traumatique de Mme K, ses troubles

dissociatifs associés à un manque de repère temporel rendent son histoire de vie difficile à retracer. Comme le dit Bessel Van der Kolk « Il est extrêmement difficile d'ordonner son vécu traumatique en un récit cohérent avec un début, un milieu et une fin » (p.68).

3.1. Anamnèse

Mme K est née en Guadeloupe, le 30 octobre 1987, elle a actuellement 32 ans. Elle a grandi dans son pays natal auprès d'un père violent et souffrant d'alcoolisme. Après le départ de sa mère, à ses 7 ans, Madame relate des maltraitances et des violences physiques de la part de son père. Elle subira un premier viol commis par un voisin avant sa majorité. En 2013, elle subira un second viol perpétré par son premier compagnon rencontré à l'armée, avec qui elle a eu son première enfant. Nous ne savons pas si elle a porté plainte pour ces nombreuses violences physiques et sexuelles.

Le dossier médical de madame est peu exhaustif. Madame K a un terrain allergique, elle fait de l'asthme et est intolérante à la codéine. Elle rapporte avoir subi trois interruptions volontaires de grossesse (IVG) qu'elle ne peut dater.

Madame K a eu plusieurs épisodes dépressifs caractérisés depuis 2013, soignés et stabilisés sous l'antidépresseur *effexor*. Nous n'avons pas plus d'informations concernant la fréquence ni la sévérité des troubles. A la suite d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire en 2014, elle est hospitalisée en psychiatrie. Cette même année, elle présente une névralgie cervico-brachiale droite. En 2017, un diabète gestationnel est constaté et en novembre 2018 un diagnostic de Diabète Insulino-Dépendant est posé. D'après la diététicienne, ce diagnostic amène une grande culpabilité chez madame qui commence à accepter sa maladie que depuis peu (déni de ses troubles auparavant). Depuis sa prise en charge de cette année, a été mis en évidence un ESPT en lien avec l'élément traumatique du viol par son ex-conjoint et des violences subies enfant. Les symptômes principaux sont des réminiscences traumatiques et des troubles du sommeil.

Actuellement, Madame vit avec un nouveau compagnon, qui semble soutenant et aidant. Ensemble, ils ont un fils de 4 ans et ont chacun un premier enfant d'une première union. Ils vivent donc avec leurs trois enfants. Ses centres d'intérêt sont la musique, la danse et la cuisine, activités qui lui procurent beaucoup de plaisir. Elle arrive à s'en saisir quand les symptômes dépressifs sont moins présents.

Madame occupe un poste de secrétaire médicale. Depuis avril 2020, elle est en arrêt maladie pour un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère. A la suite de ce diagnostic, Madame est orientée à l'HDJ où elle vient actuellement, trois fois par semaine. Elle est suivie en psychomotricité, depuis octobre 2020, en groupe d'expression corporelle.

3.2. Prise en charge globale de Madame K

3.2.1. Hors de l'HDJ

La structure n'a que très peu d'informations sur les bilans médicaux antérieurs à la prise en charge de madame K à l'HDJ. Elle consultait à l'extérieur un psychiatre pour le suivi de ses traitements médicamenteux. La discontinuité des soins et une faible observance font qu'elle a connu de nombreux traitements médicamenteux (*Effexor, Lamictal, Vidal, Xanax* et l'*Abilify*). Actuellement elle prend des antidépresseurs (E*ffexor et Venlafaxine)* et un traitement pour lutter contre ses troubles du sommeil (*Alpress*).

Face à cette errance psychiatrique, les troubles de madame K semblent s'être aggravés du fait d'une prise en charge tardive de son ESPT.

Depuis décembre 2020, elle a commencé un suivi psychologique avec une psychologue pratiquant l'EMDR qui travaille sur son État de Stress Post Traumatique.

3.2.2. Au sein de l'HDJ

Depuis son arrivée à l'HDJ, Mme K a pratiqué les ateliers suivants : bien-être, art thérapie, réveil cognitif, revue de presse et expression corporelle.

L'atelier bien-être se déroule avec une intervenante spécialisée dans la cosmétique qui propose des soins du visage et du maquillage ainsi que des exercices ludiques autour du bien-être. Après deux mois d'atelier, madame K acceptait le toucher dans le soin, par la thérapeute. Du fait d'une réorganisation du planning, madame K n'est plus disponible sur ces nouveaux créneaux. D'après moi, il serait pertinent qu'elle reprenne cet atelier dans lequel une alliance thérapeutique paraissait se tisser.

Dans l'atelier art-thérapie, madame K investit beaucoup la peinture sur grande toile qui devient une source de mieux être pour elle. L'art-thérapeute propose de nombreuses possibilités d'expérimentation graphique. Cet atelier est une grande source d'expression et d'extériorisation pour madame K.

L'atelier réveil cognitif est animé par une infirmière de la structure, qui propose des jeux autour de la mémoire (boggle, petit bac, sudoku). Madame K exécute les exercices avec apathie.

L'atelier « revue de presse » est animé par une infirmière de la structure. Dans cet atelier, les patientes font des exercices autour d'articles qu'elles peuvent amener ou qui sont proposés. Cet atelier permet l'échange autour de thèmes du quotidien, d'astuces pratiques ou de recettes de cuisine. Madame K a du mal à investir cet atelier.

Depuis la réorganisation de la structure en avril et l'évolution de la prise en soin de madame K, les ateliers ont changé. Actuellement, elle suit les ateliers, danse, sport, photo langage, art thérapie et expression corporelle.

L'atelier danse, animé par une infirmière, permet de danser avec ou sans chorégraphie dans un atelier structuré dans lequel madame K est de plus en plus à l'aise. Elle met souvent du temps avant de lâcher prise.

L'atelier photo langage est un nouvel atelier proposé par une infirmière formée récemment. Par le biais de photographies, une multitude de thèmes est abordée ouvrant la parole aux patients avec l'appui des photos. Madame K investit beaucoup dans cet atelier dans lequel elle est logorrhéique et fait preuve de théâtralisme. Elle évoque son histoire de vie, parle de sa famille, ses enfants et a pu parler de ses agressions. Je n'ai pas été présente lors de ses verbalisations mais elle a été décrite par mes collègues comme distante de ses émotions.

Elle poursuit l'atelier d'art-thérapie dans lequel elle s'épanouit beaucoup avec un investissement tel, qu'elle a réussi à s'en saisir à son domicile où elle pratique la peinture depuis peu.

Je décrirai le comportement de madame K dans l'atelier d'expression corporelle prochainement, à la suite de son projet thérapeutique.

3.3. Ma rencontre avec Mme K

J'ai rencontré une première fois Mme K en amont du groupe d'expression corporelle, pour donner suite à la demande des infirmières. Mme K avait exprimé à l'équipe médicale son inquiétude face à cet atelier. Je l'ai donc rencontrée dans la pièce commune de l'hôpital de jour afin de la rassurer en lui expliquant la psychomotricité et en lui présentant succinctement l'atelier. Elle me fait part d'avoir mal dormi car elle anticipait de façon anxieuse la séance. La simple évocation, ou le fait de savoir, qu'on allait peut-être toucher son corps l'effrayait.

Lors de notre première rencontre, Mme K est habillée en jogging avec un pull trop grand et un plaid autour du cou, elle semble particulièrement anxieuse malgré son sourire et sa

politesse. Elle fait des efforts mais semble épuisée, elle montre de nombreux signes d'asthénie. J'observe un ralentissement psychomoteur global.

Lors de la première séance de l'atelier d'expression corporelle que j'anime, elle arrive vêtue de la même tenue que la veille, je relève donc une certaine incurie.

3.4. Bilan psychomoteur

J'ai réalisé le bilan d'observation de Madame K, en début octobre 2020, elle avait 32 ans. Mon évaluation psychomotrice a été réalisée à la suite d'observation durant les ateliers déjà mis en place dans la structure. J'ai pu observer Madame K dans les différents groupes dont elle fait partie ainsi que lors d'un entretien individuel avec une infirmière.

Madame se présente avec une certaine incurie (négligence dans les soins, avec un laisser-aller). Elle a une apparence peu apprêtée, elle porte toujours un jogging, de grands pulls et un plaid en guise d'écharpe. Elle a une démarche nonchalante avec les pieds traînants.

Contact et Interaction : Le contact avec madame est facile et accessible, cependant celui-ci n'est pas toujours adapté. Elle est démonstrative avec parfois du théâtralisme, elle reste polie et souriante. Elle va facilement vers les professionnels quand elle en ressent le besoin. En dehors des ateliers, elle cherche la compagnie d'autrui. Les échanges avec les autres patients de l'HDJ se font avec facilité et ne présentent pas toujours une juste position dans son interaction avec parfois des réactions de prestance. Elle est parfois très volubile. Cependant, la verbalisation autour du corps est pauvre et pessimiste. Durant les différents ateliers, elle présente des comportements de prestance. Il lui arrive d'avoir un discours logorrhéique si les professionnels ne posent pas le cadre.

Tonus et posture : Au repos, madame K présente une posture sur un versant hypotonique n'étant pas toujours adaptée au cadre des ateliers. Elle a tendance à ne pas tenir son axe avec une appétence au repli et à l'enroulement sur sa chaise. Elle paraît présenter des troubles tonico-émotionnels en lien avec son état dépressif. Elle présente alors une hypertonie d'action et un ralentissement psychomoteur global qui est un signe pathognomonique de la dépression. Elle présente une régulation tonique en tout ou rien. Madame K présente un état émotionnel instable qui entraîne un recrutement tonique non ajusté. De plus, sa motivation entraîne des grandes variations toniques.

Motricité : Madame K présente une motricité globale de bonne qualité mais un ralentissement moteur global. Cela pourrait être en lien avec son trouble tonico-émotionnel. Elle est capable de praxie complexe, de coordination et de dissociation sans difficulté notable.

Image du corps et schéma corporel : Madame K présente une somatognosie satisfaisante, néanmoins son investissement corporel semble troublé. Elle semble peu apprêtée, elle porte des tenues vestimentaires amples avec plusieurs couches. Cela peut nous renseigner sur son image corporelle. De plus, elle présente des difficultés à parler de son corps de façon positive. Quelques soient les ateliers, madame parait dissocier ses ressentis corporels. La patiente ne semble pas reconnaître ses états corporels. Nous pouvons constater qu'il est difficile pour madame K d'investir son corps.

Sensorialité : Madame paraît présenter une hypersensibilité tactile. Les autres sens n'ont pas l'air de poser de difficultés notables pour elle. Madame K semble assez réticente face au toucher, que ce soit son propre toucher ou le toucher d'autrui. Elle semble satisfaite des restrictions liées à la crise sanitaire qui lui permettent de garder une certaine distance. Son corps est vécu comme douloureux avec des réminiscences et des plaintes somatiques régulières. Elle a pu évoquer que les rapports sexuels peuvent lui provoquer du dégoût.

Espace, Temps et Rythme : Madame a une bonne organisation et orientation spatio-temporelle. Elle est en capacitée de s'orienter dans la structure et dans sa vie quotidienne, elle vient à pied jusqu' à l'HDJ. Les repères topologiques temporels et spatiaux sont acquis. Cependant elle nécessite des repères et de l'immuabilité. Elle fait preuve d'un bon sens du rythme et paraît prendre du plaisir. Madame connaît sa droite et sa gauche sur elle et est capable de décentration et de réversibilité.

Cognition : A la suite des ateliers, aucune difficulté de mémoire à court et long terme n'a pu être observée. Madame K présente des fonctions exécutives satisfaisantes (flexibilité mentale et planification). Elle présente des troubles attentionnels, de concentration et de fatigabilité. Ses troubles cognitifs sont légers mais semblent imputables à la dépression. Cependant cela n'a jamais été évalué. Elle présente parfois une vigilance instable qui paraît être en lien avec ses troubles du sommeil et ses dosages médicamenteux.

Fonctions instinctuelles : Elle présente des troubles du sommeil avec des insomnies, des réveils nocturnes avec des cauchemars intenses. Elle présente aussi des troubles alimentaires avec une hyperphagie fluctuante dominée par le sucre.

Conclusion du bilan : Madame K présente de bonnes capacités cognitives malgré des troubles attentionnels. Son organisation spatio-temporelle est convenable avec des facilités rythmiques. Elle a des capacités motrices globales de qualité avec des coordinations et dissociations sans difficulté notable. Elle présente un **ralentissement psychomoteur global** avec une hypotonie de fond, ainsi qu'un **trouble de la régulation tonico-émotionnel** et un recrutement tonique fluctuant. Elle présente des troubles du sommeil. Les interactions sociales sont aisées pour madame K avec cependant des difficultés dans la verbalisation autour de son corps. Elle présente un **trouble de l'image du corps** ainsi qu'un **trouble sensoriel** qui peuvent être mis en lien avec son vécu traumatique. Je perçois chez madame K une hypersensibilité au toucher qui peut être en lien avec ses dissociations traumatiques. L'histoire de vie de madame K parait avoir eu un grand impact sur l'image qu'elle a d'elle-même et sur son vécu corporel actuel qui est davantage perçu comme douloureux et négatif. Elle présente de la dévalorisation et des cognitions négatives de nouveau en lien avec son ESPT.

Un suivi en psychomotricité serait bénéfique pour favoriser notamment la régulation tonico-émotionnelle et le réinvestissement corporel afin de viser une meilleure acceptation corporelle pour retrouver un plaisir dans le mouvement.

Pour cela, une prise en charge groupale pourrait permettre de favoriser les liens sociaux, le partage d'expériences sensorielles et la stratégie d'adaptation. Je préconise la médiation expression corporelle visant notamment l'expression, l'investissement, le partage et l'aspect ludique.

3.5. Projet Thérapeutique

3.5.1. Objectifs thérapeutiques

L'objectif thérapeutique global de la prise en charge de madame K en expression corporelle vise la **mise en mouvement psychocorporel** et la **prise de conscience de son corps**. Faire en sorte qu'elle expérimente et redécouvre son corps de façon à favoriser la confiance en elle par le biais de médiations psychomotrices.

Pour cela les objectifs à court terme seraient de favoriser son **(ré) investissement corporel** et de développer sa **prise de conscience corporelle**.

A moyen terme il serait pertinent de développer sa **régulation tonico-émotionnelle** et favoriser **l'expression et la verbalisation de ses vécus psychocorporels**.

A plus long terme, il serait concordant d'améliorer **l'acceptation qu'elle a de son corps** et favoriser **le réinvestissement de son corps comme zone de plaisir**.

3.5.2. Moyens thérapeutiques : Médiation « Expression corporelle »

Afin de répondre aux objectifs fixés pour madame K, La médiation expression corporelle qui est une méthode à dominante artistique et sensori-motrice paraît adéquate. La structuration de l'atelier propose plusieurs temps.

Tout d'abord, je propose un réveil corporel centré sur une prise de conscience du corps avec un ancrage, des respirations et des stimulations corporelles par mobilisation active et segmentaire.

Par la suite, je propose des exercices ludiques autour de l'expression corporelle comme des mimes, des exercices de statues et divers exercices autour des émotions. Je tente de faire varier et évoluer les exercices selon les propositions des patients en lien avec mes objectifs de groupe et les objectifs personnalisés pour chaque patiente. Les variantes peuvent être des contraintes corporelles ou spatiales ou en lien avec l'Autre.

Enfin, je mets à disposition une feuille de libre expression sur laquelle se trouve une silhouette pour favoriser le recentrage sur soi afin d'essayer d'identifier ses ressentis pour terminer l'atelier par un temps de verbalisation, de mise en mot et de partage de ressentis.

3.5.3. Modalités thérapeutiques

L'atelier « Expression corporelle » a lieu dans une salle d'atelier de l'HDJ, tous les jeudis matin de 9 h à 10 h 15, en groupe semi-fermé. La situation et les orientations dans le groupe ont fait que le groupe est actuellement constitué uniquement de femmes. Cette organisation me paraît bénéfique pour madame K.

3.6. Prise en soin

Dans cette partie, j'ai choisi de présenter 3 séances avec madame K pour mieux illustrer son comportement, ses interactions et son évolution au fil des ateliers de psychomotricité en expression corporelle.

3.6.1. Découverte et rencontre le 5/11/2020 : 2ème séance

Lors de son arrivée, Madame K paraît être au ralenti. Elle présente une hypotonie visible par son positionnement sur la chaise. Elle a une démarche nonchalante, avec une humeur du jour à 3 sur 10 qu'elle met en lien avec son asthénie et ses difficultés de sommeil (cauchemars).

Durant le réveil corporel, elle est davantage observatrice que participante (voir annexe 8). Elle fait uniquement la mobilisation de la tête avec quelques mouvements périphériques mais aucun visible à proximité de l'axe corporel. Elle paraît éviter la mobilisation de l'axe.

Durant l'exercice de mime, elle change de comportement et recrute davantage de tonus pour participer. Elle s'investit corporellement avec des mimiques qui apparaissent. Elle est impliquée, attentive et l'aspect ludique des mimes paraît lui plaire. Ses mimes sont cohérents et elle présente un recrutement tonique adapté contrairement à sa passivité durant le réveil corporel.

Lors du recentrage autour de la représentation de la silhouette, madame k met beaucoup de temps avant de débuter, elle observe les autres prendre les crayons et colorier avant de commencer. Elle identifie et localise en premier la zone cervico-brachiale gauche ou elle a une névralgie en rouge comme une zone gênante, puis au niveau du bas du ventre en orange. A la suite de mon discours de stimulation de recherche de zones agréables, elle réussit à colorer la bouche sur la silhouette en bleu (voir annexe 9 : silhouette du 5/11/20).

Durant la verbalisation, elle utilise un vocabulaire très négatif pour parler de son corps et n'évoque pas la coloration positive de sa bouche. Elle côte son humeur du moment à 5/10 et dit avoir trouvé amusant les mimes. Madame K est peu investie dans la prise de parole.

3.6.2. Déséquilibre – « Seule / Envahie » le 10/12/2020 : 6ème séance

Comme à chaque séance, nous commençons par un temps de verbalisation. Lors de cette séance, madame K a du mal à prendre la parole. Je lui propose, si cela lui parait plus simple, de côté uniquement son humeur. Après un temps où elle paraît réfléchir, elle verbalise ne pas se sentir bien du tout et ne pas pouvoir donner d'humeur du jour : « c'est indescriptible tellement je me sens perdue » dit-elle. Lors de cette séance, elle est dans l'incapacité de quantifier son humeur. Je favorise un discours contenant et rassurant et lui demande si elle souhaite rester dans l'atelier. Elle nous dit sans attendre avoir besoin de se changer les idées. Elle présente un ralentissement psychomoteur davantage marqué avec une hypotonie et une tristesse visible.

Nous commençons le réveil corporel avec des objets médiateurs mis à disposition. Nous sommes chacune installées sur un tapis. Cette disposition avait déjà été expérimentée lors d'une absence de madame K. Chacune se dirige vers un objet, je précise que ce n'est pas obligatoire.

Madame K prend le gros ballon bleu et va s'asseoir sur son tapis derrière son ballon. Elle paraît chercher une pare excitation avec le gros ballon. Quelques minutes après le début du réveil corporel qui se fait sur fond musical, je ne vois plus madame K qui est cachée derrière le ballon, elle pleure. Je propose aux autres de continuer d'expérimenter progressivement le réveil corporel et je rejoins madame K. Elle est en boule derrière le gros ballon bleu et sanglote. Je m'assois près d'elle sans la toucher. Je l'étaye par une verbalisation lente et englobante. Je lui propose si elle le souhaite de sortir, elle ne veut pas. Je lui propose donc de suivre ma respiration pour calmer ses sanglots et ainsi de s'ajuster à mon dialogue tonico-émotionnel. Nous faisons ensemble des grandes inspirations et expirations, elle se calme tranquillement et souhaite poursuivre la séance. Elle paraît présenter des reviviscences de souvenirs traumatiques, davantage présents ce jour.

Nous poursuivons l'atelier avec un exercice de mime d'expressions. Madame K paraît retrouver un recrutement tonique plus adapté. Elle participe et s'investit corporellement. Elle réussit à garder son attention sur l'exercice malgré une tristesse de l'humeur toujours très présente. Durant les mimes, elle pioche une expression et avant de commencer dit : « ha bah c'est exactement ce que j'aimerais », cela nous a interpellé, ma collègue et moi, face à son peu de verbalisation du jour, de ce fait nous étions attentives à la suite. Elle mime une expression piochée malheureusement au hasard : « passer l'arme à gauche », qui signifie mourir. Elle semble en mimant évoquer ses propres idées suicidaires. Madame K restera fermée et peu expressive dans la suite de l'exercice malgré sa participation. L'exercice de mimes se poursuivra dans la bonne humeur et l'humour général sauf pour elle.

Lors de la dernière partie de l'atelier, madame colorie sa silhouette par des zones rouges uniquement, zones douloureuses, la tête, les trapèzes, le ventre et la poitrine gauche localisée au niveau du cœur (voir annexe 10). Elle note comme mot du jour sur sa feuille « Envahie – Seule ». Elle se fait plutôt discrète lors de la verbalisation, ce qui n'est pas dans son habitude et ne réussit pas à donner une note d'humeur. Elle dit se sentir perdue et paraît présenter une alexithymie.

Lorsque tout le monde sort, je propose à madame K un entretien avec le médecin psychiatre. Nous allons tout d'abord faire une pause dans le Corner. Je profite de cette pause pour exposer au médecin psychiatre les difficultés qu'a rencontré madame K dans mon atelier et les idées noires qu'elle a exprimées.

Cet entretien vise une réassurance, une réévaluation des traitements et éviter un passage à l'acte impulsif. L'entretien a montré une grande asthénie psychique et physique et des symptômes d'un état dépressif chronique sévère avec douleur morale et pleurs.

Une réévaluation de son traitement médicamenteux a permis une nouvelle adaptation de la posologie.

3.6.3. Début d'amélioration – « La survie » le 14/01/2021 : 9ème séance

C'est la première séance ou madame K est de retour après les vacances de noël. Lorsque nous commençons l'atelier madame K dit se sentir un peu mieux et être sur « la pente remontante » mais qu'elle éprouve toujours des difficultés. Elle évoque son plaisir de retrouver le groupe et elle côte son humeur du jour à 6 sur 10. Ici, nous pouvons percevoir que madame K s'appuie sur le côté contenant du groupe.

Le ralentissement psychomoteur de madame K est moins présent que d'habitude, elle est souriante et paraît disponible pour la séance. Elle est attentive et concentrée durant le réveil corporel. Elle fait l'effort de faire les mouvements avec davantage d'amplitude qu'aux séances précédentes.

Je commence l'expression corporelle par un exercice de déplacement dans l'espace, de prise de conscience de l'occupation de de celui-ci par soi et par le groupe. Puis nous poursuivons l'atelier avec un exercice autour des statues. Toujours dans le mouvement, les patientes devaient réfléchir à une statue qu'elles allaient incarner. Lors de mon "clap" elles ont dû se figer en une statue représentant une situation, un contexte, avec le sens qu'elles souhaitaient. Certaines ont fait des statues en combat de boxe, la statue de la liberté, une statue telle un garde et Madame K a représenté "le penseur" de Rodin. Elle paraît être en plein travail psychique. A tour de rôle, j'ai proposé aux patientes de se remettre en mouvement et de visiter le *musée des statues* qu'elles représentaient. Chacune a fait un tour de la pièce en découvrant *notre musée* et en essayant de deviner les statues représentées par chacune.

Cet exercice permet de travailler l'inhibition psychomotrice (ne pas dire ce que cela représente, maintenir une posture) mais c'est aussi un partage de perception et représentation dans l'espace. De plus, elles doivent maintenir leur posture avec un recrutement tonique adapté. Il est aussi nécessaire de faire preuve de concentration, d'attention, d'imagination et de créativité.

Comme à chaque fin d'atelier nous nous installons autour des tables et chacune se concentre sur sa feuille d'expression. C'est la première fois que Madame K colorie sa silhouette avec une zone agréable : ses pieds (voir annexe 11). Elle inscrit comme mot du jour « Survie ». Elle se saisit de la silhouette et paraît exprimer une forme de retour à la vie. Elle cote son humeur du jour à 6,5/10 en fin de séance et s'exprime sur l'importance de la musique pour elle, durant le réveil corporel qui l'aide à se détendre. Elle met en lien l'atelier avec ses goûts

personnels, ici son attrait pour la musique. Puis elle poursuit par une longue verbalisation très positive avec un discours sur sa prise en soin, sur le fait qu'elle arrive à y mettre du sens et se sentir prête. Elle pense que le déclencheur a été un exercice fait lors de l'atelier bien-être sur le bilan des aspects positifs de l'année 2020. Elle remercie le groupe, les professionnels et leur écoute et dit être prête à se reconstruire. Elle nomme l'HDJ comme sa deuxième maison. À la suite de ce discours, nous pouvons nous interroger sur cet espace retrouvé de sécurité et de contenance dont je reparlerai plus tard dans mon écrit. Elle paraît accepter la maladie et le soin de celle-ci. Une alliance thérapeutique paraît se faire entre l'HDJ et madame K.

3.7. L'évolution de madame K au fil des séances

Madame K a beaucoup évolué durant la prise en charge et notamment depuis janvier 2021. Durant les ateliers de psychomotricité, elle a réussi à trouver des zones agréables de son corps et accepte le toucher lorsqu'elle est en confiance. Lors d'une crise fin janvier, elle a pu accepter un touché contenant des infirmières ce qui n'était pas possible lors de ses premières crises.

Durant le réveil corporel, les difficultés de mises en mouvements articulaires persistent malgré une participation plus investie. Cela m'amène à supposer une lutte contre une forme de dissociation qui pourrait expliquer cette difficulté. Lors des mimes, il lui est difficile de mimer des situations ou émotions positives, cependant depuis peu elle accepte d'essayer et y parvient avec le soutien du groupe. Le comportement de madame K reste fluctuant avec des moments très démonstratifs durant les mimes notamment, la rendant pas toujours adaptée dans ses relations aux autres. Lors de la verbalisation, elle a réussi à mentionner des personnes ressources dans sa vie. Elle paraît être dans un processus de résilience avec l'identification de ses « tuteurs de résiliences ».

Elle est maintenant capable de prendre plaisir sans se mettre en danger, en respectant le cadre et les limites de l'autre. Il resterait encore pertinent de travailler sa place dans le groupe et la bonne distance à tenir.

Un lien de confiance s'est créé entre les membres du groupe mais aussi avec le capa qu'elle a appelé sa deuxième maison lors d'un atelier. Elle a pu appeler une infirmière lors d'un craving en lien avec sa consommation de cannabis. L'HDJ est maintenant une ressource pour madame K qui adhère aux soins avec une alliance thérapeutique qui s'est établie. Elle paraît

être dans l'acceptation de sa maladie mentale avec une prise de conscience de la nécessité de se soigner avec le soutien de l'équipe médicale.

Je vais maintenant discuter de mes moyens thérapeutiques et de leurs utilités en lien avec le cas présenté. Je ferai en sorte d'analyser ma pratique, mon atelier en expression corporelle et la prise en charge proposée pour terminer par mes limites avant de conclure ce mémoire.

Partie III : Discussion

1. Apports du cadre et mise en sécurité

« Quand l'espace devient sécure, c'est le thérapeute qui devient le contenant et ensuite c'est le groupe qui devient son propre contenant. » (J-B Chapelier)

1.1. Cadre Institutionnel

Je vais discuter dans cette partie du cadre institutionnel et théorique dans le soin en psychomotricité en hôpital de jour.

Le cadre institutionnel permet une protection autant pour les soignants que pour les patients avec des protocoles selon les situations envisagées. C'est une organisation précise variant selon l'urgence de la situation, qui va répondre à « Que fait-on ? » et « Qui appelle-t-on ? ». L'institution impose une organisation qui définit la manière d'établir les projets de soins, de structurer et construire les ateliers. C'est l'organisation de la vie de l'hôpital de jour. C'est une trame de fond. Cela pourrait être apparenté à notre squelette qui nous structure mais qui ne vit pas sans les muscles et la peau. Nous pourrions parler des professionnels soignants et des intervenants comme les muscles de la structure et les patients comme la peau de celle-ci. Pour créer la vie de l'institution il est donc nécessaire d'avoir un socle commun. Celui-ci est régi par des règles, qui sont partagées, portées par tous, régissent les rapports et posent les limites. Ainsi les règles et les protocoles seront appliqués par les professionnels de santé pour mettre en place des projets de soins adaptés aux patients. Ce système prend vie grâce aux patients qui sont au cœur de l'institution.

Dans la structure, le patient est intégré dans un projet de soin pluridisciplinaire et individualisé. Ainsi, l'établissement d'un planning individualisé permet un premier repère spatio-temporel des séances. Chaque atelier comporte des objectifs de soin individuels et groupaux. Un outil partagé par la plupart des professionnels de la structure est un barème de cotation de l'humeur du jour utilisé en atelier grâce à une échelle qui situe une humeur en berne à 0 et une très bonne humeur à 10. Des transmissions sont rédigées en fin d'atelier afin d'avoir une traçabilité des différentes séances et de communiquer à l'équipe les éléments marquants d'un atelier.

La relation thérapeutique est donc le pilier du soin, sans quoi le soin en psychomotricité ne serait pas possible. D'après Catherine Potel, « Le cadre thérapeutique est ce qui contient une

action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre » (2010, p.357).

1.2. Cadre Spatio-temporel

Il est aussi nécessaire de parler du cadre spatio-temporel qui correspond à une notion importante en psychomotricité. J'ai choisi de combiner l'espace et le temps dans une même partie car ces deux notions psychomotrices sont indissociables et permettent de donner des repères au patient et au psychomotricien.

Cette notion de cadre spatio-temporel a toute son importance dans la contenance du patient afin qu'il se sente en sécurité. En 2011, Galliano, Pavot et Potel expliquent que cette notion spatio-temporelle est en lien avec les relations, elle est une organisatrice psychique. L'espace et le temps ont une double fonction d'étayage : psychique et sensorimotrice, c'est pour cela qu'ils sont essentiels dans le cadre thérapeutique.

Selon De Lièvre et Staes, la notion d'espace s'acquiert à partir de nos perceptions qui nous font appréhender le monde extérieur et notre propre corps. La perception spatiale est donc liée aux fonctions sensorielles, au développement, à la maturation neurologique et aux interactions sociales. L'espace réel et l'espace imaginaire se construisent à partir d'un point central qui est le corps. La construction de l'espace réel (espace vécu et perçu) est progressive. (Piaget et Inhelder, 2004).

Une séance ou un atelier thérapeutique en psychomotricité est défini par un lieu, un jour, une heure, une durée et un temps de prise en charge. Cela va pouvoir apporter au patient un rythme, une évolution dans le temps prévisible pour favoriser un sentiment de sécurité. La salle de l'atelier d'expression corporelle ne change pas, permettant un invariant spatial de lieu. Le rapport que chacune a de l'espace est aussi pertinent à observer au cours de l'atelier. La manière dont les participantes investissent l'espace par rapport à elles et aux autres. Cela peut renseigner sur la place de chacune dans le groupe. Cette organisation et structuration temporo-spatiale favorise la mise en place de repères pour la patiente pouvant favoriser l'unification psychocorporelle. Au fur et à mesure de mes ateliers, les places étaient attribuées de façon implicite.

Chacune allait s'asseoir à la même place que la semaine précédente et ma collègue et moi nous asseyant sur les deux chaises restantes. Lors de mes absences justifiées et organisées, Madame K a pu verbaliser son mal-être dû à mon absence et au changement d'habitude mais a quand même pu investir l'atelier.

La régularité des séances de psychomotricité peut aussi permettre une réassurance spatio-temporelle. Cette notion n'est pas figée et l'adaptation du thérapeute est importante, il devra s'adapter à la fatigabilité et à la disponibilité du patient au moment de l'atelier. Lors d'un atelier, madame K a eu des étourdissements, en lien avec le changement de dosage de ses médicaments. Elle a souhaité s'asseoir et nous avons maintenu le cadre en la faisant participer malgré tout dans la devinette des mimes à la chaîne qui était proposée ce jour.

Durant les séances, il est important de redonner au temps une place de repère dans la vie du patient et de recontextualiser les exercices psychomoteurs dans le cadre de l'atelier. Il est intéressant d'observer les notions temporelles de chaque participant lors de l'atelier. Pour madame K les exercices d'expression corporelle (30 min) étaient souvent vécus comme trop courts d'après ses retours tandis que le temps de réveil corporel de début de séance (15 min) lui paraissait très long. En lien avec les notions psychoaffectives, la temporalité présente une part de subjectivité. Cette perception subjective est rapportée à la notion de plaisir. Un moment agréable nous paraîtra passer plus rapidement qu'un événement désagréable. Cependant, il faut différencier le temps subjectif du temps objectif qui intervient comme principe de réalité avec des notions de limites (début/fin) et de contraintes avec des projections dans le futur.

1.3. Cadre Thérapeutique

Le cadre n'est pas uniquement temporo-spatial, le positionnement du thérapeute est un point clé de la prise en charge et fait partie intégrante du cadre thérapeutique. Les thérapeutes sont les garants du cadre, ils vont apporter la sécurité, la contenance, le pare-excitation et l'étayage nécessaire au patient afin d'entamer un processus thérapeutique. Le psychomotricien va tenir un rôle important dans ce travail car il prendra en compte les problématiques corporelles et psychiques des patients.

Le thérapeute va devoir instaurer par sa présence, son regard, son attitude et sa capacité d'analyse psychocorporelle un cadre sécure. Ce positionnement est un des aspects que j'appréhendais le plus lors de la mise en place de mon atelier d'expression corporelle. Selon les pathologies psychiatriques, il est fréquent que le cadre soit testé. Les patients vont rechercher leurs limites corporelles mais aussi leurs limites psychiques. Les troubles des limites en lien avec le défaut de pare-excitation vont emmener les patients à tester le cadre dont le thérapeute est le garant. C'est pourquoi j'ai choisi de structurer mes séances de la même façon, chaque semaine, pour instaurer un cadre global. Cette organisation était structurante, tout d'abord pour

moi, pour ensuite l'être pour les patients. Le cadre est une forme de protection rassurante pour le thérapeute. Il m'a permis de pouvoir être à l'aise et ainsi prendre ma place de professionnel, disponible, contenante et sécurisante. Au fur et à mesure des ateliers, je me suis laissée plus de liberté dans chaque partie de l'atelier avec des remaniements en fonction de l'évolution des patients et du moment.

Madame K a souvent provoqué le cadre lors des premières séances avec humour généralement. Il était donc nécessaire de maintenir celui-ci, par exemple, en lui précisant qu'elle ne peut pas sortir avant la fin du groupe ou en lui proposant de différer sa sortie au moment de la pause. La sécurisation des patients consiste en la mise en sécurité par des règles. Celles-ci peuvent parfois provoquer de la frustration. Avec madame K, il m'a fallu faire preuve d'ajustement et d'adaptation face à son intolérance à la frustration. J'ai pu rebondir par exemple en nommant des émotions qu'elles pouvaient ressentir.

Ayant conscience des difficultés que peut engendrer le traumatisme, j'utilise un vocabulaire le plus neutre possible. Je formule des phrases courtes et simples. Si je perçois des signes d'incompréhension, je reformule. Je répète régulièrement en début d'atelier qu'elles ont la possibilité de ne pas faire l'exercice si cela est trop compliqué pour elles. Je leurs propose d'essayer d'être attentives à leurs besoins et à leurs ressentis et de ne pas être gênées de dire « non » ou de ne pas « réussir » à cette séance. Lors d'une des séances que j'ai décrite dans la partie clinique, « déséquilibre, séance six », madame K souffre et sanglote derrière son ballon. J'ai pu répondre à son besoin de contenance psychique et d'étayage en me rendant disponible près d'elle. D'après B. Van Der Kolk, « la manière la plus naturelle de se calmer consiste pour l'homme à s'accrocher à un autre être humain ».

La relation thérapeutique qui sera mise en place va pouvoir permettre la contenance. Pour expliquer la contenance, nous pouvons reprendre la théorie de Bion qui propose un modèle où la mère accueille les pensées fragmentées de son nourrisson et les détoxifie, il développe la fonction « d'objet contenant maternant ». La communication va être une forme de contenance utilisée par les thérapeutes. Catherine Potel parle de contenance dans la relation mère bébé « la mère qui accueille en elle des éprouvés, les besoins de son nourrisson, les transforme en éprouvés de plaisir et de bonne sensation, le psychomotricien va accueillir ces expressions corporelles très primitives et régressives ». « Le psychomotricien va stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique » (C. Potel, 2010, p.357).

Je propose des exercices durant l'atelier, qui évoluent selon les réactions et les interactions dans le groupe. De ce fait, je préviens que l'exercice va pouvoir évoluer et qu'il est

toujours possible de faire part de ses difficultés. Je pense que ce qui va rassurer et sécuriser le patient est la capacité du psychomotricien à donner du sens aux évènements et l'accompagnement qu'il fera tout au long de la prise en charge. Le rôle du portage psychique et physique est au cœur de la pratique psychomotrice. Le portage psychique va être notamment possible par le biais de la verbalisation, de la réassurance et d'un étayage selon les besoins des patients. D'après C. Rogers, le thérapeute, par une attitude empathique va favoriser le portage psychique. Cette fonction de portage est à mettre en lien avec les concepts psychanalytiques de D. Winnicott de l'état de préoccupation maternelle primaire. Le psychomotricien prend alors le rôle maternel décrit par l'auteur dans la fonction d'objet externe contenant.

En psychiatrie, la fonction de pare-excitation des patients peut être défaillante, ils peuvent donc être amenés à avoir des comportements inadaptés. La notion freudienne du pare-excitation correspond à l'instance de notre appareil psychique qui nous protège contre les excitations externes. En tant que thérapeute, nous allons avoir un rôle de pare-excitation pour le patient car il n'en n'est pas capable seul, nous allons donc avoir un rôle de protection d'eux même et des autres.

En atelier d'expression corporelle, il me paraît bénéfique d'expliquer ou de demander aux patientes l'intérêt des exercices. Chaque exercice comporte toujours un objectif thérapeutique. De plus, la réflexion en groupe permet que les patientes s'approprient ces objectifs et donne du sens à la séance.

1.4. Cadre groupal

Un groupe thérapeutique peut être ouvert, fermé. Un groupe ouvert signifie qu'il pourra accueillir de nouveaux membres tout au long de son existence mais aussi le départ de certains en fonction des indications préconisées. C'est un groupe souple. Un groupe fermé est davantage restrictif avec un nombre de participants fixe. Ce type de groupe est constitué dans une recherche de cohésion interne. Ce choix est normalement fait par le thérapeute selon les objectifs des prises en charges à effectuer. Le groupe que je propose, est appelé groupe semi-fermé car il comprend un noyau de patientes, mais peut accepter d'autres membres selon les demandes. Il peut aussi écarter un membre qui refuse les règles instaurées dans le groupe ou/et selon les décisions prises en équipe et tranché par le médecin psychiatre, comme madame M.

Pour pouvoir faire groupe, il est essentiel que les membres de celui-ci soient suffisamment bienveillants et sécurisants. Pour faire groupe, les membres doivent accepter les règles qui régissent le groupe. Chaque groupe va avoir sa propre identité et son histoire groupale à part entière selon les personnalités, les vécus et les expériences de ses membres qui vont

contribuer à l'évolution de celui-ci. Selon Anzieu, le groupe crée une enveloppe contenante qui permet aux individus de tenir ensemble. Quand celle-ci est installée, la situation groupale va pouvoir favoriser, par un cadre sécure, l'amélioration de l'estime de soi.

Catherine Potel définit le groupe comme un « tissu groupal, relationnel qui a cette capacité de tenir bien serré, bien au chaud, à condition que les repères et le cadre tiennent bon et que le maillage soit suffisamment solide, ferme, sans être trop rigide » (2009, p.81). C'est au thérapeute de garantir le cadre pour permettre la mise en place d'une complicité bienveillante. Il faut pouvoir mettre les mots sur les situations externes venant impacter l'atelier comme une absence ou un retard afin de donner du sens et permettre au patient de se sentir en sécurité et considéré. A chaque séance, les patientes vont généralement me questionner sur les absences, avant même d'avoir eu le temps de les évoquer.

J'ai pu remarquer au fil des ateliers une grande amélioration d'écoute parmi les membres du groupe. Les patientes étaient davantage à l'écoute lors des moments de verbalisation. Madame K est devenue protectrice et empathique à la suite de la connaissance de l'histoire de vie de madame C, qui a des troubles cognitifs et de l'équilibre depuis son AVC. Elle paraît être capable de décentration et prend conscience de l'autre dans son altérité.

D'après Anzieu, le groupe passe de l'indifférenciation à la différenciation par quatre grandes périodes (l'identité groupale, l'acceptation groupal, l'illusion groupale et la différenciation). Tout d'abord, la personne s'inscrit dans une identité groupale qui peut être porteuse d'angoisse et d'excitation à la fois, la personne n'est plus seule. Puis la deuxième étape concerne le temps d'acceptation du fonctionnement groupal avec une forme d'adaptation aux désirs du groupe et non à ses désirs propres. Ensuite, l'illusion groupale est le temps d'élaboration où le groupe est idéalisé avant de passer à la dernière étape qui est la différenciation. La personne finit par se reconnaître comme différenciée au sein du groupe avec son identité individuelle et une identité groupale bien différenciée. La situation groupale favorise donc l'individualisation et l'identification de chacun comme individu (1999).

2. Processus Thérapeutique

Le processus thérapeutique d'un patient présentant un des symptômes d'état de stress post traumatique, présente des analogies avec le développement psychomoteur de l'enfant. Afin de

construire son identité, l'enfant ou le patient devra expérimenter sa sensori-motricité, avant de prendre ou reprendre conscience de soi, et de structurer sa psycho-corporéité.

2.1. Sensoriel

Lors d'une thérapie psychomotrice, qu'elle soit individuelle ou groupale, nos sens vont être mis en jeu. Les médiations proposées par le psychomotricien vont tenter d'enrichir le vécu corporel et valoriser les capacités des patients en passant par les sensations, les perceptions, la compréhension corporelle et l'expérimentation. La mise en mouvement du corps permet de créer des sensations et par conséquent un vécu corporel nouveau sur lequel le patient pourra s'appuyer. De plus, la mise en mouvement du corps et la concentration sur celui-ci permettent l'ancrage dans le moment présent.

Dans les ateliers d'expression corporelle, je commence par un réveil corporel avec une focalisation de notre attention sur nos ressentis. Je verbalise régulièrement des propositions de perceptions (pression, chaleur, tension, relâchement, intensité, etc.). Je propose aussi aux patientes de décrire leurs sensations et d'être attentives aux réactions internes de leur corps.

Lors de ces exercices, madame K multiplie ses efforts de concentration et d'attention. Le groupe paraît être un moteur de cet investissement. Cependant elle paraît présenter des troubles dissociatifs comme de la dépersonnalisation et de la déréalisation (voir annexe 12). Ces troubles se manifestent sous une forme de détachement lors de l'exécution des mouvements de réveil corporel et peu de réactivité. Dans sa verbalisation, elle se décrit avec détachement comme si elle était étrangère à elle-même lorsqu'elle se regarde dans le miroir. Elle paraît vaciller entre une anesthésie émotionnelle et des reviviscences. L'aspect sensoriel chez madame K présente beaucoup de symptomatologie avec des réminiscences fréquentes qui viennent impacter tous ses sens. C'est pourquoi le fait de vivre de nouvelles expériences corporelles en essayant de baser ses expériences sur des ressentis agréables et positifs vont permettre une nouvelle mémoire sensorielle et corporelle. Face à des symptômes dissociatifs traumatiques, la répétition de la séquence du réveil corporel avec la nomination des parties du corps permet l'ancrage dans l'ici et maintenant. La concentration sur la respiration permet d'être attentif à soi et d'être dans le moment présent.

De plus, madame K s'est rendu compte de l'intérêt de la mise en mouvement corporelle. Face à des troubles dissociatifs, la concentration et l'attention sur les mouvements du corps favorise l'ancrage dans le moment présent. En supplément de sa prise de conscience, elle accepte la proposition faite il y a plusieurs mois, de participer à l'atelier sport proposé dans l'institution.

Le philosophe M. Merleau-Ponty parle de la sensorialité : « j'ai des fonctions sensorielles, un champ visuel, auditif, tactile, je communique déjà avec les autres, pris aussi comme sujets psychophysiques. » (Merleau-Ponty, 2017, p.406). Ici on peut comprendre que nos fonctions sensorielles à elles seules nous permettent déjà d'entrer en relation avec autrui et donc avec nous-même. Comme le dit Bessel Van Der kolk, « pour se remettre d'un traumatisme, il faut se familiariser et apprivoiser ses sensations physiques. » (p.145).

Par le biais des réactions et paroles des patientes de mon groupe, j'ai pu prendre conscience qu'il était important de se focaliser sur le moment présent et de s'ancrer dans l'ici et maintenant pour éviter les réminiscences et les troubles dissociatifs. Pour cela, je fais en sorte de m'adapter à la disponibilité des patientes.

2.2. Expression corporelle

L'expression corporelle est un moyen de communication par l'intermédiaire du corps qui met en jeu une dynamique de relation. Cette médiation implique la sensibilité et la représentation du corps et peut permettre d'améliorer sa prise de conscience.

Les maladies psychiatriques ainsi que les traitements vont engendrer chez les patients, une diminution de l'intérêt à autrui, un ralentissement psychomoteur et un désinvestissement dans les relations sociales. L'approche de l'expression corporelle est souvent appréciée par les patients et permet une première mise en relation au sein du groupe, entre les patients et avec le thérapeute.

La proposition de multiplier les expériences corporelles nouvelles à un réel intérêt chez des patientes comme madame K qui ont vécu des traumatismes et des expériences de vie déplaisantes. En tant que thérapeute, nous allons chercher à favoriser le réinvestissement, la restructuration et la réappropriation corporelle. Pour cela je favorise les exercices qui permettent d'être dans l'ici et le maintenant comme le mime. Cette médiation va permettre de renforcer son identité psychocorporelle par un vécu ludique. Comme le dit S. Conein-Gaillard, le mime c'est « aller vers l'harmonie de soi, car le mime rassemble, tel un puzzle éparpillé, les fragments de nous-mêmes, pour les recentrer dans une présence consciente de l'Ici et Maintenant. » (2011, p.258).

Pour faire deviner un mot, objet, métier ou situation par un mime, une personne va chercher dans son imaginaire la meilleure manière de faire transparaître par son corps la signification du mot. En parallèle, les membres du groupe sont focalisés sur la façon dont la personne va mettre son corps en jeu pour faire deviner ce mot. De plus, le choix et la façon dont

vont être mis en scène les mimes vont pouvoir faire écho à notre vécu. C'est pourquoi, je propose ce temps de mime en fin d'atelier, juste avant le temps de verbalisation.

Le mime va permettre de mettre en jeu de nombreuses fonctions psychomotrices dont : l'imaginaire, les notions spatiales, la régulation tonico-émotionnelle, les notions sensori-motrices, le schéma corporel et l'image du corps.

L'imaginaire est dans l'inconscient collectif davantage présent dans l'enfance. De ce fait, le recours à celui-ci n'est pas toujours évident à l'âge adulte et pourtant il est bien présent dans le mime. Les postures, les mouvements, la motricité globale sont mis en jeu afin de transmettre un message sans expression verbale. Tout peut être mimé et imaginé, ainsi cela permet une grande richesse d'exploration sans fin.

La problématique spatiale est très présente chez les patients qui désinvestissent l'espace extérieur mais aussi l'espace de leur corps propre. Le rôle du psychomotricien sera alors d'aider le patient à réinvestir ces différents espaces au fur et à mesure : redécouvrir son corps en mouvement pour favoriser les interactions et l'investissement de l'espace. Durant les exercices de mimes, Madame K investit l'espace avec aisance et énergie. Elle va facilement se mettre au centre de la pièce pour être bien vue et pour autant, elle a du mal à investir son espace propre. J'ai aussi pu observer la façon dont madame K occupe l'espace, lors d'un autre exercice, le *parcours du combattant* dans lequel une personne guide le groupe dans un parcours imaginaire. Cet exercice a été très investi par madame K qui a fait preuve de beaucoup d'imagination et de participation physique. De plus, cet exercice demande une certaine attention envers autrui afin de suivre le même parcours avec les mêmes obstacles dans l'espace, ce qu'elle a réalisé avec facilité. Une musique était présente pour contextualiser l'exercice. Ainsi, j'ai pu observer l'aisance dans le sens du rythme (et variation de vitesse) de madame K et les difficultés que d'autre patientes ont rencontré pour suivre son rythme, notamment madame C.

Le mime va aussi permettre de travailler la régulation tonique. Notre tonus va se moduler selon le mot que l'on veut faire deviner. L'exercice proposé, qu'il soit en binôme, à la chaîne ou en scénettes, met en jeu notre dialogue tonico-émotionnel. Il est vrai que selon la situation de mime, nous devons nous adapter et nous accorder avec notre partenaire afin de se comprendre par l'expression de notre corps. Notre outil d'expression lors des mimes est notre corps. Il va pouvoir réaliser toutes sortes d'actions comme tourner, s'étirer, se courber. Selon des dynamiques variées nous allons pouvoir inventer une infinité de mouvements différents. Ainsi, le mime permet un réinvestissement corporel en douceur ainsi qu'un investissement moteur global.

Les différentes variantes que j'ai pu proposer m'ont permis de me renseigner sur les connaissances que les patients avaient de leur schéma corporel et leur capacité à utiliser celui-ci. J'ai pu observer la façon dont chacune dispose ses segments corporels les uns par rapport aux autres afin de communiquer un message. À la suite de mes différentes observations, j'ai pu percevoir chez Madame K des troubles dans son image du corps. Elle semble présenter des éléments de dissociation de type dépersonnalisation avec une faible attention portée à son corps ainsi qu'une image d'elle-même déshumanisée. Elle paraît ne pas habiter son corps et ne pas s'identifier à lui, elle verbalise en séance : « J'ai l'impression d'être à côté de moi-même » (voir annexe 12). Pour l'aider à diminuer l'impact des éléments de dissociation, je tente de lui renvoyer mes observations psychomotrices spécifiques en gardant un discours neutre, étayant et bienveillant.

Le vécu corporel chez madame K est marqué par une histoire de vie difficile avec des maltraitances et des abus sexuels avant sa majorité. Nous pouvons faire l'hypothèse que son histoire de vie impacte le rapport qu'elle a de corps et au corps plaisir. Face à un corps violenté, abusé et douloureux, une altération de l'image de celui-ci est probable. De plus, ayant de nombreux antécédents somatiques, une incidence sur son image corporelle et son schéma corporel pourrait en découler. Cela se confirme dans la verbalisation que peut faire Madame K. Le fait de travailler le sensoriel et favoriser la revalorisation de sensations physiques de plaisir pourront permettre l'amélioration de l'image corporelle de madame K et à terme favoriser une restructuration psychocorporelle et une identité plus marquée. Les sensations positives vont pouvoir favoriser une image du corps davantage structurée et définie contrairement à des sensations négatives qui vont pouvoir créer des distorsions de notre image du corps. Il est donc essentiel de prendre en considération madame K dans sa globalité avec son état du jour au moment même de chacune des séances de groupe avec la prise en compte de nos impressions internes (que nous pourrions appeler en psychologie le « contre-transfert »). C'est par la prise en compte de la sphère physique, psychique, sensoriel et affectif que le psychomotricien pourra contribuer à la réunification de la corporéité des patients. Cette réunification corporelle va favoriser un sentiment d'unité corporelle chez le patient. Ainsi, par le biais de l'expérience corporelle, nous allons pouvoir favoriser l'observation de soi et l'attention sur soi pour pouvoir se différencier d'autrui.

2.3. Verbalisation et affirmation de soi

La fin de séance s'articule autour d'une silhouette pour se recentrer sur soi et ensuite d'un temps de verbalisation pour échanger et partager ses ressentis.

La silhouette est un support projectif que j'ai choisi de proposer afin de favoriser le recentrage sur soi en fin d'atelier. De plus, face aux difficultés de distinctions dans les sensations corporelles que présente madame K, ce support peut permettre de favoriser la mise en mot.

En début de prise en charge, madame K n'arrivait pas à porter attention à son corps, elle était coupée de ses ressentis corporels. Cette alexithymie ne lui permet l'accès à ses sensations et ses émotions. Elle avait un discours illustrant un trouble dissociatif avec des moments de dépersonnalisation qu'elle a réussi à verbaliser par des sensations d'étrangeté à elle-même ou lorsqu'elle nous disait "quand je me regarde dans le miroir j'me dis que ce n'est pas moi", "j'ai l'impression de ne pas me reconnaître". L'alexithymie et la dissociation traumatique vont affecter les structures cérébrales empêchant la concentration, l'accès à nos ressentis et d'agir pour se protéger. Ses symptômes sont fréquents dans les ESPT (Bessel Van Der Kolk, 2018, p.334). Le traumatisme va perturber les fonctions vitales qui vont donner à la personne l'impression d'être hors d'elle, telle la dépersonnalisation. Pour surmonter ceci, il faudra retrouver le contact avec soi-même, son corps mais surtout refaire du lien entre son corps et son esprit. L'exercice de la silhouette et la verbalisation proposés en fin d'atelier est bien une tentative de prise de conscience de nos sensations viscérales, de nos émotions afin de se reconnecter à soi-même.

Par la verbalisation, les patientes vont pouvoir exprimer leurs éprouvés corporelles. De plus, la mise en mots des ressentis de la séance va pouvoir permettre la prise de conscience du corps. Au fur et à mesure des exercices psychomoteurs, madame K paraît reprendre contact avec elle-même. Une mise en mot devient possible, et madame K utilise du vocabulaire plus pondéré et positif concernant son corps. Elle est actuellement capable de faire des comparaisons dans ses ressentis entre le début et la fin de séance et d'identifier des difficultés et des bienfaits corporels.

Madame K présente de nombreux symptômes liés à son psychotraumatisme, les symptômes d'hypervigilance, d'envahissement, d'inhibition ou du théâtralisme et des troubles anxieux. Ils ont comme conséquence un effondrement identitaire. De ce fait, le temps n'a plus de représentation cohérente et l'image du corps est mise à mal. Face à cette perte identitaire, le lien à soi et aux autres est perturbé, il sera donc bénéfique de travailler sur la reconnaissance de soi par la reconnaissance des émotions et des affects. Ainsi par la verbalisation de fin d'atelier

et en lien avec le déroulement des exercices préalablement proposés madame K pourra travailler la relation envers elle-même et envers autrui.

En psychomotricité, la notion d'identité renvoie aux expériences relationnelles dans un processus de reconnaissance de soi et de l'autre. C'est le sentiment de constance psychocorporelle, d'unité, de reconnaissance de soi-même. Il permet au sujet de pouvoir évoluer dans une continuité temporelle et d'agir dans les cadres spatiaux. Ainsi la notion d'identité est la résultante de la conscience du corps et de sa situation dans l'espace et le temps (Saint-Cast et Boscaini, 2012).

Pendant les quelques mois d'atelier, j'ai relu mes prises de notes systématiquement afin de prendre des nouvelles de chaque patiente et de faire des comparatifs sur les évolutions perçues entre les séances et leur vécu à l'extérieur. Ce procédé favorise l'étayage et l'individualisation de chacune. Cette individuation parait être appréciée par les membres du groupe. Le psychomotricien par la réassurance, la reconnaissance et l'étayage, favorise la redécouverte et le réinvestissement du corps et amène la personne à se sentir unique et en vie.

Madame K présente une réelle évolution identitaire avec une affirmation de plus en plus présente au fur et à mesure des ateliers. Cependant cette affirmation corporelle et psychique et cette forme de réappropriation de son corps paraissent présenter leurs limites lorsque le cadre change.

3. Limites et difficultés durant mon écrit

3.1. Limites cliniques

3.1.1. Pluridisciplinarité et communication

Tout en prônant le métier de psychomotricienne, je ne peux méconnaitre l'importance de la pluridisciplinarité. Le regard spécifique de chacun des professionnels de soin détient son champ de compétences construit sur un socle théorique bien à lui qui vont permettent d'élaborer une prise en soin globale et spécifique à la fois. Une alliance thérapeutique de qualité est nécessaire ainsi qu'une communication interprofessionnelle indispensable. La complexité de l'humain n'étant plus à démontrer, les regards croisés et les échanges nombreux pourront favoriser une meilleure prise en charge dans l'intérêt des patients. Malheureusement, l'organisation institutionnelle propose peu de moment d'échange et de discussion. Pour ma part, mes jours de présence dans la structure ne correspondent pas aux jours de synthèse. La nécessité

de transmission d'informations pour la bonne réalisation des soins des patients devient prioritaire.

3.1.2. En quête d'anamnèse

Dans l'écrit de ce mémoire, le recueil des données a été fastidieux, j'ai mis énormément de temps à récolter toutes les informations concernant l'histoire de vie de Madame K. Cette difficulté d'accompagner et de comprendre la problématique de madame K et les difficultés de diagnostic font aussi partie de la curiosité bienveillante que j'ai eue pour ce cas clinique. Chercher à comprendre son histoire était une réelle enquête de mise en lien pour servir le projet thérapeutique. Je me suis donc renseignée en échangeant de façon informelle avec tous les professionnels de la structure à son sujet. Cela m'a aussi permis de découvrir tous les professionnels de la structure et la façon dont chacun relate les faits selon sa profession et sa personnalité.

3.1.3. Prise en charge groupal VS Prise en charge individuel

Il est nécessaire de penser des projets thérapeutiques propres à chacun et de mettre en place de la différenciation dans la prise en soin. Le risque d'orienter une séance vers un axe thérapeutique global rend la prise en charge moins individualisée. Pour madame K, il me paraissait tout à fait pertinent qu'elle soit dans un groupe de femmes où elle a pu se sociabiliser et prendre confiance en elle. Cependant, à mes yeux, il serait pertinent de poursuivre une prise en charge individuelle en psychomotricité pour travailler davantage sur les répercussions corporelles du traumatisme. Elle a pris confiance en elle et paraît être de moins en moins réticente au toucher. Le passage du groupe à l'individuel me paraît réalisable car l'alliance thérapeutique s'est faite.

3.2. Limites personnelles

3.2.1. Fonctionnement institutionnel et adaptation

Mon alternance a débuté dans une structure récente avec des professionnels motivés et une file active peu nombreuse. Le changement de direction s'est fait lors de mon arrivée dans la structure avec au fil de l'année un rachat par un gros groupe de clinique demandant un réaménagement de l'organisation de la structure. Cela a entraîné une réorganisation des

plannings et une augmentation du nombre de patients accueillis sans pour autant de salariés supplémentaires. Cela a engendré une diminution des temps d'échange informels, riches en transmissions cliniques notamment.

L'organisation de la structure privilégie des prises en charge groupales qui suite à l'augmentation de la file active nous amène à former des groupes plus nombreux. Les professionnels de la structure ne disposent cependant pas de temps supplémentaire dans les transmissions. De ce fait, les professionnels ont moins le temps de connaître les patients et de consulter les transmissions ou de les faire entre collègues. Cela me donne l'impression d'une diminution de la qualité thérapeutique des prises en charge. Nous avons d'ailleurs pu observer des répercussions chez les patients avec des commentaires dans la boîte à idées et des crises d'angoisses plus fréquentes verbalisées autour des changements organisationnels de la structure. Les prises en charge individuelles des psychologues sont amoindries pour créer des groupes de parole. Pour ma part, il a été difficile de comprendre comment travailler en tant que psychomotricienne sachant que je n'avais pas la possibilité de faire de prise en charge individuelle même pour effectuer des bilans car la facturation pour les patients n'était pas possible. L'organisation institutionnelle fonctionne différemment de celle de la profession de psychomotricien. C'est pourquoi j'ai essayé de proposer un groupe prenant en charge des problématiques non traitées dans les groupes déjà existants. De plus, pour donner suite à la réorganisation, j'ai tenté de faire part de l'importance du maintien des groupes stables pour l'aspect thérapeutique de la prise en charge. Cependant cette suggestion n'a pas été prise en compte et mon groupe a été divisé en deux groupes avec de nouveaux participants.

3.2.2. Prise de conscience de l'invisible en psychiatrie

Il me paraît nécessaire de parler de la complexité des maladies psychiatriques et de leurs comorbidités. Pour ma part, cette année, un travail important sur les maladies psychiatriques et les symptômes m'attendait. Il ne m'est toujours pas évident de réussir à identifier ce qui est du normal ou du pathologique. J'ai pu observer des comportements atypiques et des bizarreries et n'ai pas réussi à trouver les mots pour les décrire ou les définir comme symptômes d'une maladie. De plus, les manifestations des maladies mentales sont différentes selon chaque individu, son parcours de vie et ses expériences. Il est donc essentiel de prendre en compte la personne dans sa globalité. L'invisibilité des maladies mentales amène une grande complexité dans la prise en charge. Il est donc important d'être très observateur, attentif et bienveillant dans nos propositions de prise en charge et dans notre écoute.

Cette année je me suis aussi rendue compte d'un aspect du métier de psychomotricien, que je n'avais pas perçu : le temps. Observer, s'informer, noter, relire, apprendre, réfléchir, mettre en place des ateliers, des prises en charge, sont des actions qui prennent du temps. Pour les patients, le temps participe à la réparation et à la reconstruction. Malheureusement, certaines maladies ne se soignent pas, les patients devront apprendre à vivre avec. L'acceptation de la maladie mentale est aussi une longue étape. Une relation thérapeutique de confiance et de qualité peut elle aussi prendre du temps avant de s'instaurer.

La stabilisation des traitements et de leur dosage prend aussi du temps. Tout comme les démarches administratives pour une réinsertion réussie dans la société.

3.2.3. De la solitude professionnelle à l'affirmation professionnelle

Le fait d'effectuer une alternance en psychiatrie adulte sans psychomotricien dans la structure a des avantages et des inconvénients. J'ai pu avoir beaucoup de liberté pour mettre en place des ateliers, selon les besoins des patients et mes attraits personnels en termes de médiations. J'ai pu apprendre en autonomie, à mettre en place des ateliers, ce qui m'a appris à gérer mon temps et mon espace pour mieux prendre en charge les patients. Cependant, je n'ai pas eu l'opportunité de voir d'autres façons de faire ni d'échanger en termes psychomoteurs sur ma pratique et sur les séances dans ma structure d'alternance. Grâce à la supervision, le soutien et l'exigence demandée par ma tutrice, mon tutorat externe m'a été d'une grande aide professionnelle. En psychiatrie, face à la chronicité du travail, aux histoires de vie effroyables des patients et à leurs façons, parfois, d'entrer en interaction par l'attaque du lien, il me paraît nécessaire d'être supervisée et de mettre en place des stratégies de mise à distance, par l'humour par exemple.

La pluridisciplinarité et les échanges de points de vue ont été très intéressants tout au long de mon alternance et m'ont permis de m'affirmer en tant que future psychomotricienne. J'ai pu mieux comprendre où était la frontière entre les différentes professions médicales et paramédicales et réellement me rendre compte de mon observation corporelle particulière. J'ai ainsi dû prendre ma place et m'affirmer pour être reconnue dans l'institution, auprès des professionnels et des patients qui ne connaissaient pas ce métier. Ce fut une très belle expérience d'affirmation de moi en tant que future psychomotricienne.

CONCLUSION

« Le but de la psychomotricité est de permettre au sujet de mieux se sentir et ainsi, par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, dans le temps, dans le monde des objets et de parvenir à un remaniement de ces modes de relation avec autrui » (Julian de Ajurriaguerra).

Ce mémoire est le fruit d'une année riche en expérience humaine et professionnelle, mais aussi en connaissances, objet de nombreuses lectures. Aujourd'hui, peu de recherche en psychomotricité aborde le syndrome de stress post-traumatique et sa prise en charge. Le syndrome psycho traumatique affecte le patient dans sa globalité. L'approche psychomotrice trouve donc tout son intérêt dans le soin de ces patients. Aussi, j'ai proposé dans ma structure d'alternance, une prise en charge groupale en expression corporelle en favorisant une approche sensori-motrice. J'ai alors proposé des outils variés autour du mime, du rythme, de la respiration favorisant le mouvement pour rester dans l'ici et maintenant. L'étude de mon cas clinique m'a permis d'observer une prise de conscience corporelle et une restructuration psychocorporelle, source de résilience.

Pour poursuivre les recherches sur l'apport de la psychomotricité dans un projet thérapeutique de patients psychotraumatisés, des études sur les prises en charge individuelles devront être envisagées et évaluées. De nombreux questionnements apparaissent, pour tenter d'élaborer des outils d'évaluation protocolisés afin d'aider de nombreux patients en psychomotricité.

Pour finir, d'une simple curiosité, j'ai trouvé un intérêt majeur à l'élaboration de cet écrit sur le sujet de l'état de stress post traumatique pour le comprendre et mieux l'appréhender dans mes prises en charge psychomotrices. J'aimerais poursuivre ma réflexion l'année prochaine, par le biais de mon mémoire de recherche lors de mon Master 2.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association, Crocq, M., Pull, M., C., & E. (2016). *Mini DSM 5 Critères Diagnostiques (Hors collection) (French Edition)* (3e éd.). Paris, France : French and European Publications Inc.

André P. (2006). *Psychiatrie de l'adulte* (4e édition). Paris : Heure De France.

Anzieu, D., & Enriquez (dialogue), E. (1999). La rencontre du groupe. *Revue française de psychanalyse*, 63(4), 737. https://doi.org/10.3917/rfp.g1999.63n4.0737

Bellivier, F., & Haffen, E. (2018). *Actualités sur les maladies dépressives (PSYCHIATRIE)*. Paris, France : LAVOISIER MSP. (p.200-205) https://doi.org/10.3917/lav.belli.2018.01

Boris Cyrulnik - *La résilience dans les situations extrêmes*. (2015, 1 juin). [Fichier vidéo]. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=AM4JSsNIJ3E

Bouychou, M., Costantino, C., & Platiau, J. (2013). Introduction. *Cliniques, (5*), 14-22. https://doi.org/10.3917/clini.005.0014

Brunet Alain. (2021). Qu'est-ce que l'état de stress post-traumatique (ESPT) et comment le soigner. Consulté à l'adresse https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/etat-de-stress-post-traumatique.html

Carric, J-C. (2014). *Lexique du psychomotricien*, France, Editions Robert Altani.

Chapelier J.B., Chaos, contenance et créativité, in J.B Chapelier et D. Roffat, Groupe, contenance et créativité, p 55 à 68, Eres, 2011

Choque J. (2005), *L'expression corporelle*, Nice, Editions de la Traverse, 2011.

Conenein-Gaillard, S. (2011). *L'art du mime adapté à la psychomotricité*. Paris, France : Souffle D'or Eds.

Coraline, H., El-Hage, W., & Dezarmenien, M. (2020). *Le trauma ? Comment s'en sortir (2020) (Hors collection Psychologie/Pédagogie) (French Edition)* (1re éd.). Louvain-la-Neuve, Belgique : DE BOECK SUP.

Corraze, J. (1980), Image spéculaire du corps, Rhadamanthe Privat ;

Cyrulnik, B. (2018). Traumatisme et résilience. *Rhizome*, 3(3-4), 28-29. https://doi.org/10.3917/rhiz.069.0028

De Carvalho, Olié. (2013) Etats dépressifs chez l'adulte. In : *Les maladies dépressives*. Paris : Flammarion Médecines-Sciences.

Defiolles, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës*. Paris : Vernazobres-Grego.

Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Du Seuil.

Duresne Lola (2015, 7 juillet). *J'avais un Chien Noir* [Fichier vidéo]. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=l9HoRlxF2ZQ&t=35s

Galliano A.-C., Pavot C. et Potel C. (2011). Chapitre 7 : L'espace et le temps. Dans P. Scialom, F. Giromini et J.-M. Albaret (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (5e tirage, p. 145-177). Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Ivanov-Mazzucconi, S., Digonnet, E., Leyreloup, A., & Cottereau, M. (2005). *Dictionnaire infirmier de psychiatrie (Hors collection) (French Edition)* (ELSEVIER-MASSON éd.). Paris, France : MASSON, p.7.

Kacha, N. (2017). L'enveloppe groupale : facteur essentiel de réparation de l'effraction psychique ?. Dans : Jean-Jacques Grappin éd., *Groupes et traumatismes* (pp. 165-178). Toulouse, France: Érès. https://doi.org/10.3917/eres.grapp.2017.01.0165"

Laplanche J. et Pontalis J-B, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967.

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

Lemperière T., Féline A., Adès J., Hardy P. et Rouillon F. (2006). *Psychiatrie de l'adulte* (2e édition). Paris : Elsevier Masson.

Lévy-Soussan, P. (2001). *Psychiatrie*. Paris, France : Med-Line.

Malabou, C. (2017). Chapitre VIII. Objection de la neurologie : « réhabiliter l'événement ». Dans :, C. Malabou, *Les nouveaux blessés: De Freud à la neurologie, penser les traumatismes contemporains* (pp. 225-256). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.

Merleau Ponty, M. (2017). *Phenomenologie de la Perception (French Edition*). Paris, France : French & European Pubns.

Piaget J. et Inhelder B. (1972), La Représentation de l'espace chez l'enfant, PUF.

Pireyre, E.W. (2015). *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Paris, Dunod.

Potel, C. (2010). Etre psychomotricien. Toulouse : Erès.Presses universitaires de France, 2013.

Potel, C., Saint-Cast, A et Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances et Psy*, 61(4), 20-31. https://doi.org/10.3917/ep.061.0020

Smith, J., (2016, 14 décembre) *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* - [Fichier vidéo]. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=9So-EHPFxlE

Quelin, D., & Privat, P. (2002). Penser le groupe. Enfances & Psy, 19(3), 8-21. https://doi.org/10.3917/ep.019.0008

Robert-Ouvray, S. (2007). Intégration motrice et développement psychique, Une théorie de la psychomotricité. Paris : Deslée De Brouwer.

Roussillon R. et al. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. France : Elsevier Masson.

Saint-Cast A., Boscaini F. (2012). Glossaire. Evolutions Psychomotrices, 24 (95), pp. 10-56.

Salmona, M. (2018). La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. *Les Cahiers de la Justice*, 1(1), 69-87.

Schilder, P. (1980). *L'image du corps* (traduit par F. Gantheret et P. Truffert). Paris : Gallimard.

Staes, B., & Lièvre, D. B. (1993). *La psychomotricité au service de l'enfant*. Paris, France : Belin.

Standing, S., & Haines, S. (2019). *Le Trauma, quelle chose étrange (French Edition)* (1re éd.). Paris, France : CA ET LA.

Thirant N. (2010), Le groupe en psychomotricité : La créativité dans le groupe thérapeutique- expérience d'un atelier de danse, Thérapie Psychomotrice et Recherches, N°163, p. 22-35

Velluet, L. (2005). Entre pare-excitation et réparation. *Le Coq-héron, 180(1),* 55-58. https://doi.org/10.3917/cohe.180.0055

Warembourg, F., Ducrocq, F. & Vaiva, G. (2018). 20. Dépression et psychotraumatisme. Dans : Frank Bellivier éd., *Actualités sur les maladies dépressives* (pp. 200-205). Cachan, France : Lavoisier.

Weill, A., Kolk, B., Van der Kolk, B., & Wiart, Y. (2018). *Le Corps n'oublie rien*. Paris, France : Albin Michel.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau représentatif d'une semaine type

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
COURS à l'ISRP		TUTORAT INTERNE Hôpital de jour Matin : Préparation atelier du jeudi Après-midi : Coanimation d'ateliers -sport -bol tibétain	TUTORAT INTERNE Hôpital de jour Matin : Groupes Expression Corporelle (animatrice) - Stimulation Cognitive (Co-animatrice) Après-midi : Transmission écrite à la suite des ateliers et Coanimation d'ateliers	TUTORAT EXTERNE en AP-HP Matin : Service de Psychiatrie de l'adulte et du Sujet Âgé (PSA) - PECS individuels Après-midi : Service addictologie - Groupe avec tous les patients du service en psychomotricité

Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'ESPT, selon le DSM-V

Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique : 309.81

NB : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). N. B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

6. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

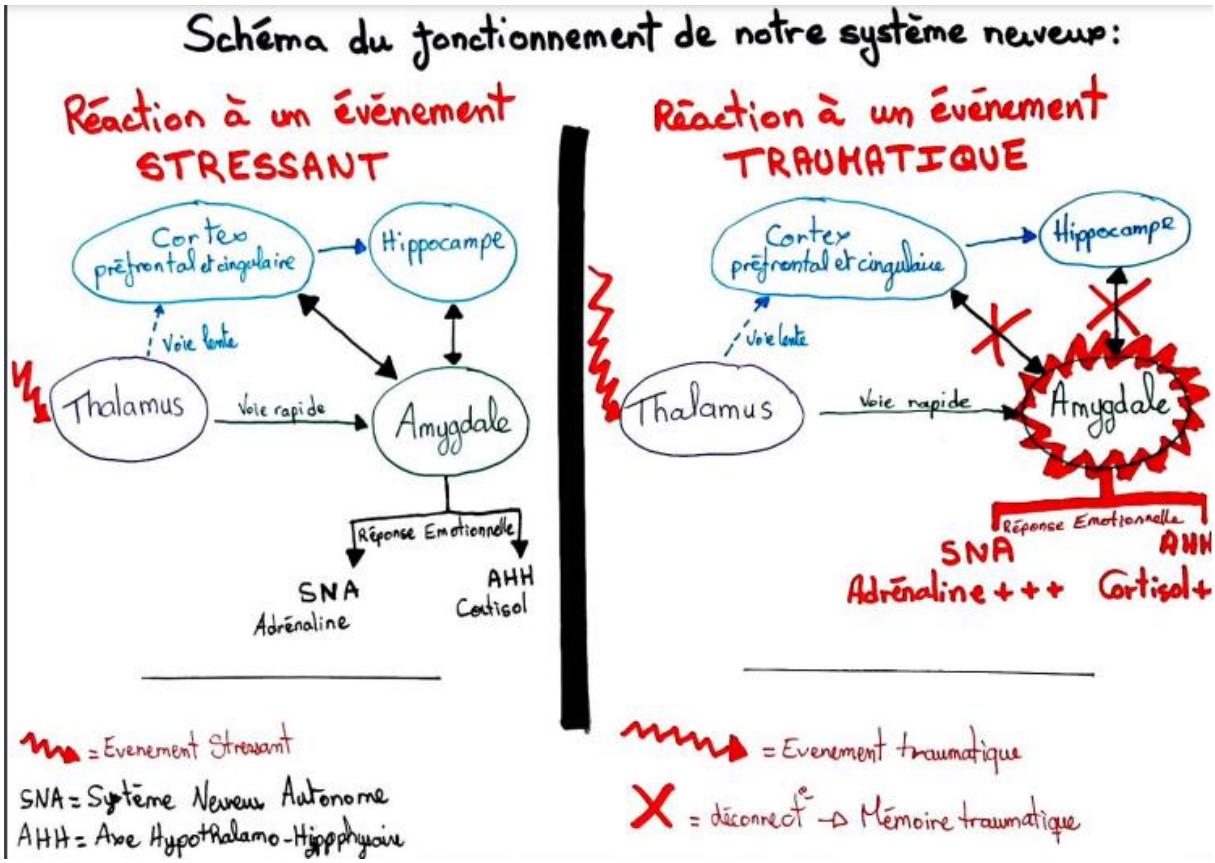
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

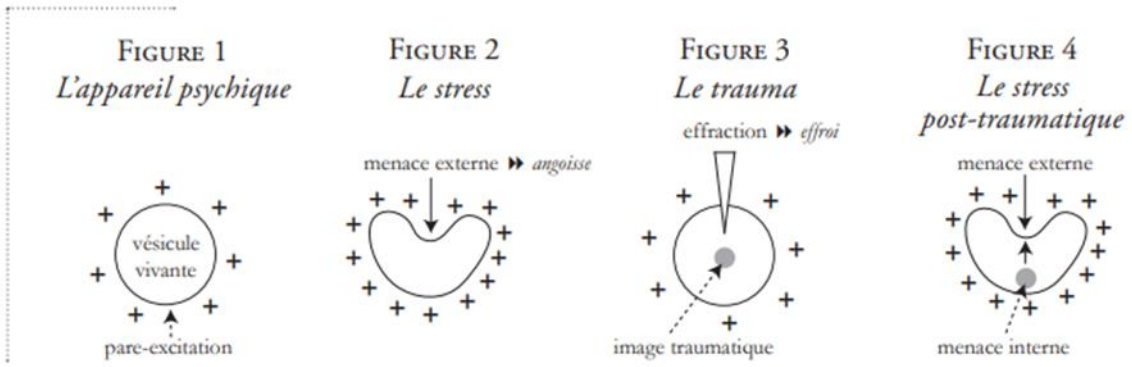
3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

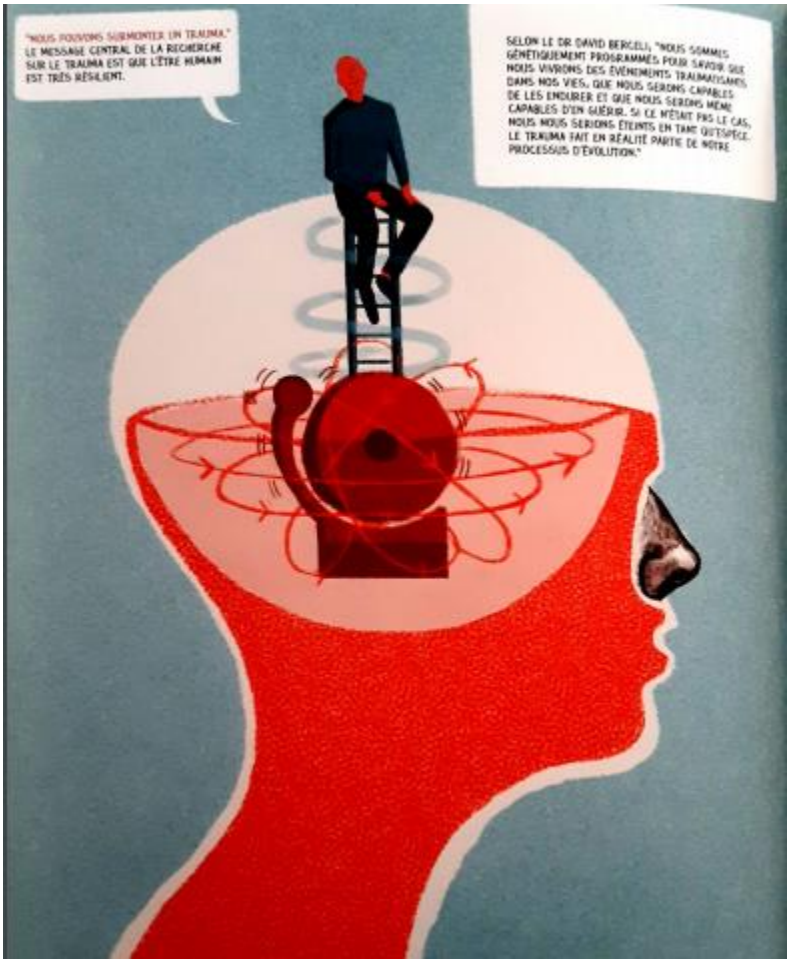
5. Problèmes de concentration.

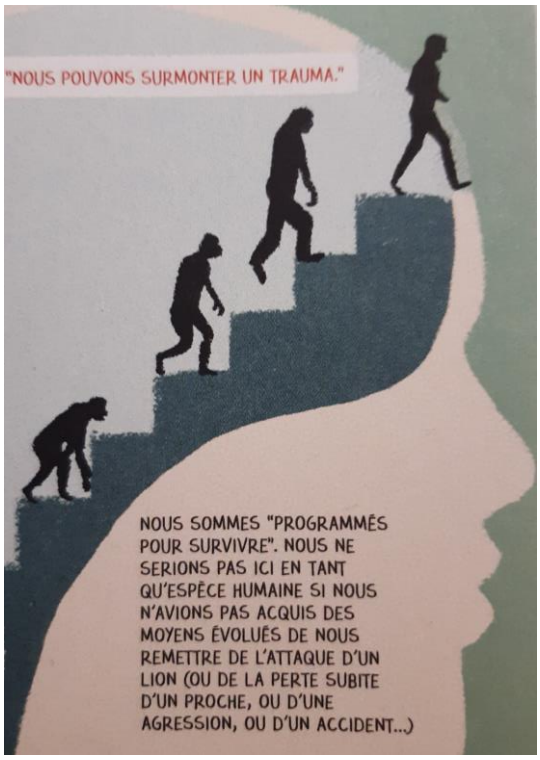
Annexe 3 : Schéma du fonctionnement de notre système nerveux central face au stress et au traumatisme





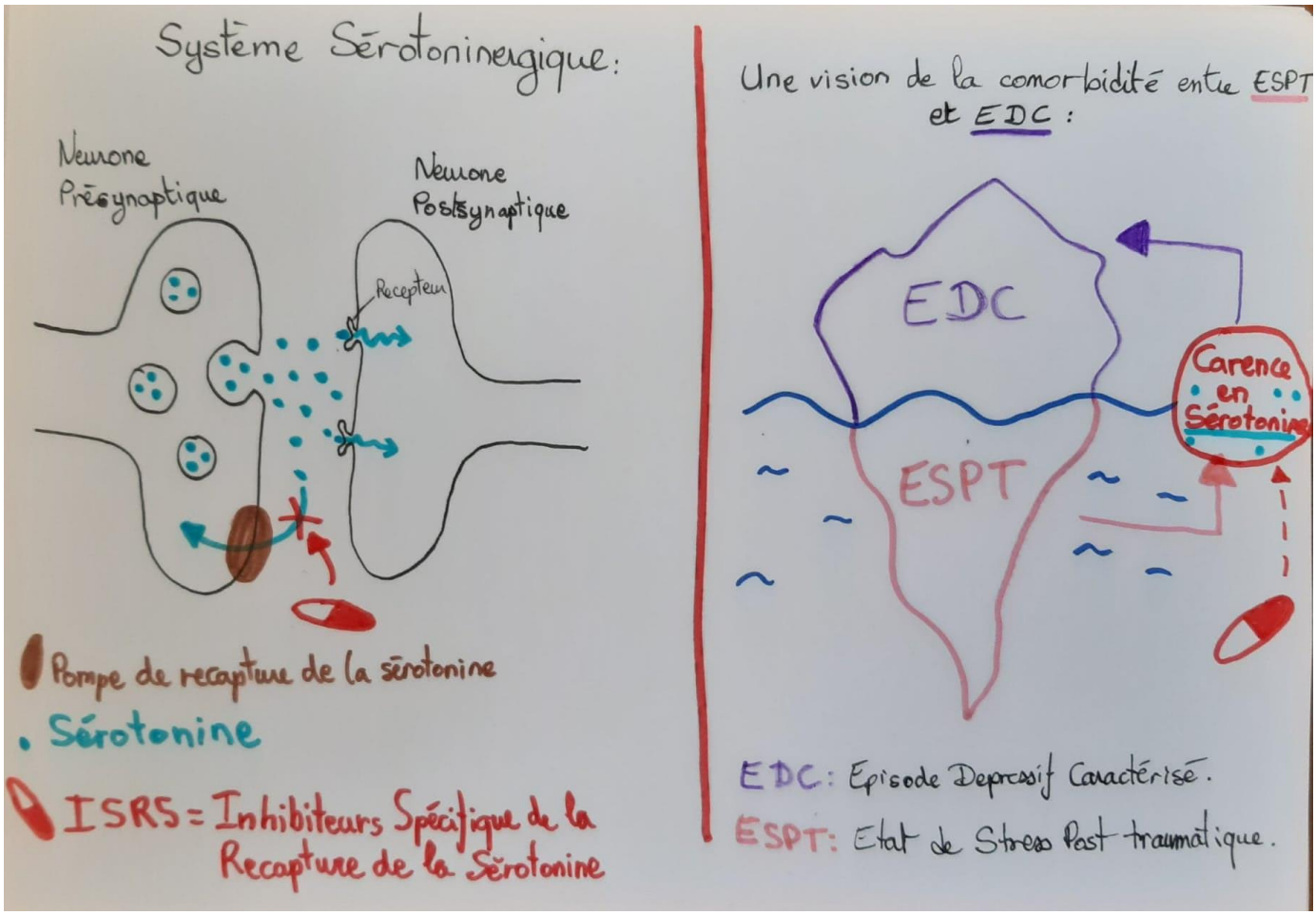
Annexe 4 : Illustration de la résilience





Le trauma quelle chose étrange (Steve Haines et Sophie Standing, 2019)

Annexe 5 : Schéma pharmacologie



Annexe 6 : Critères diagnostiques de l'EDC, selon le DSM V

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

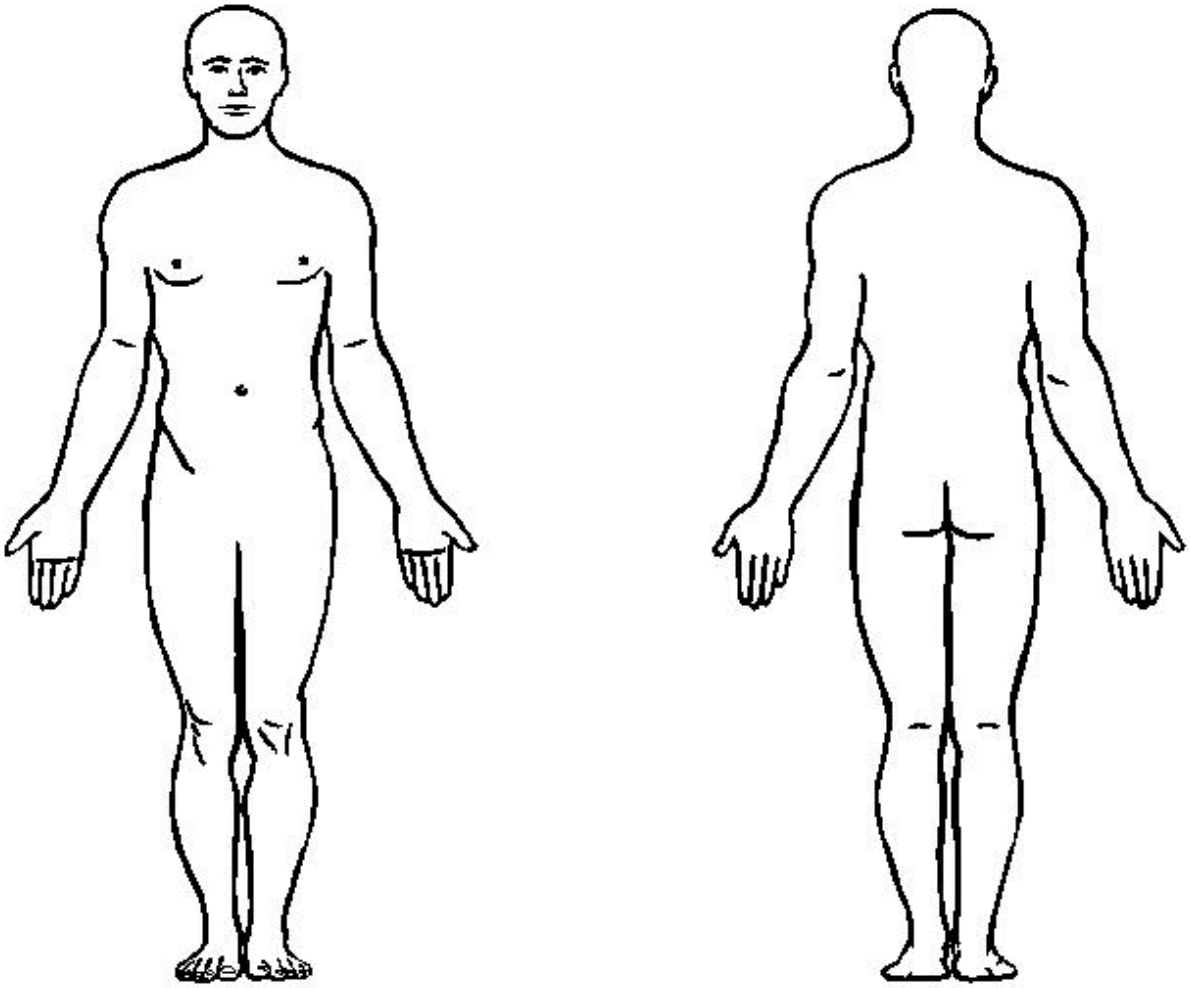
NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Annexe 7 : Silhouette

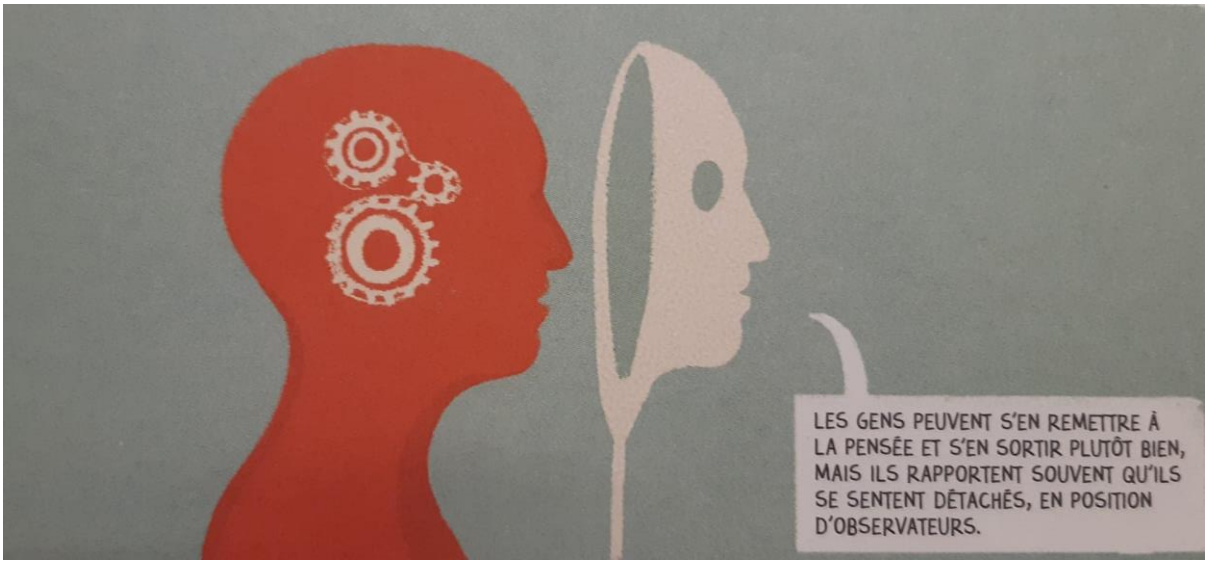


☐ Parties du corps **douloureuses**

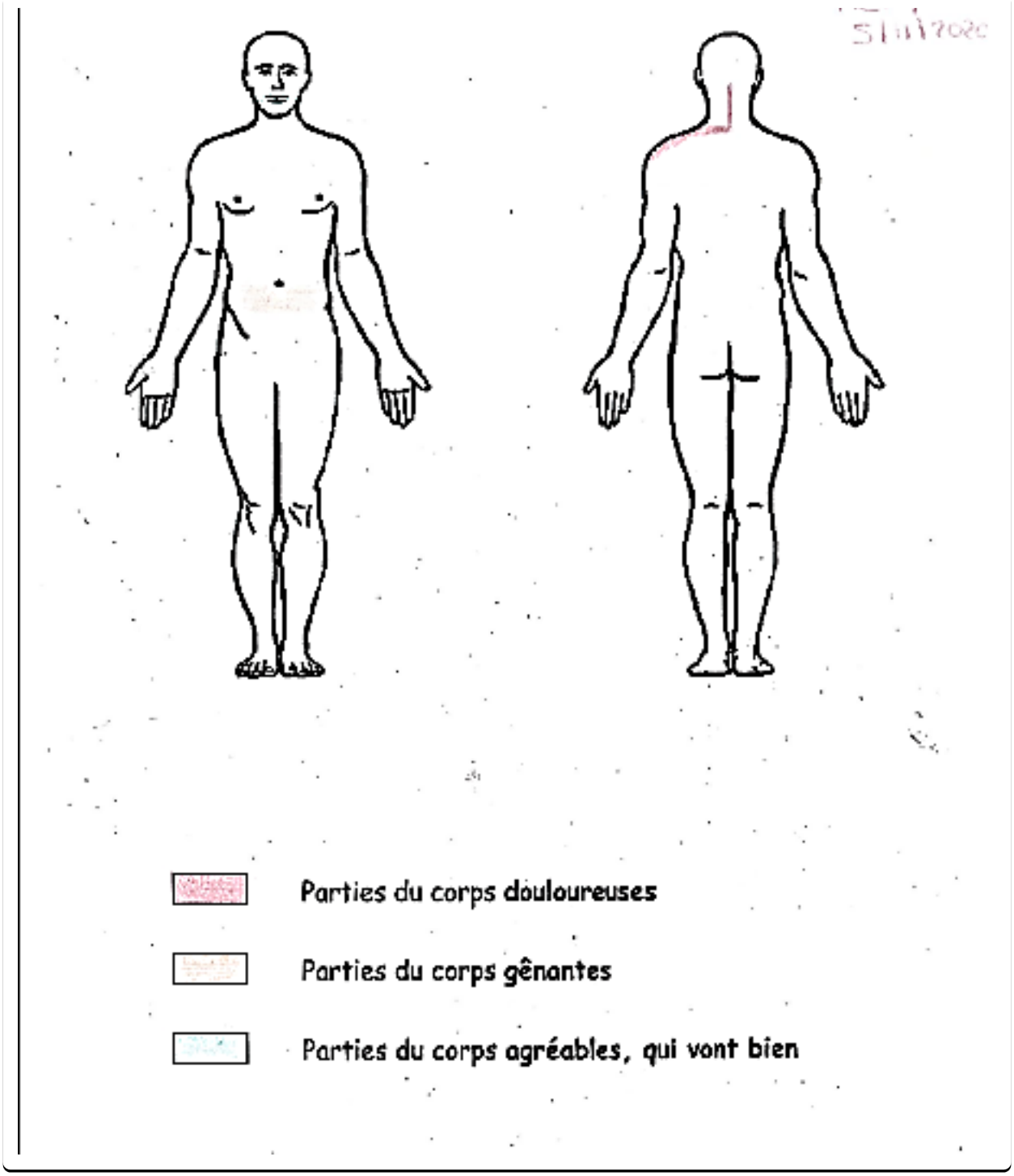
☐ Parties du corps **gênantes**

☐ Parties du corps **agréables, qui vont bien**

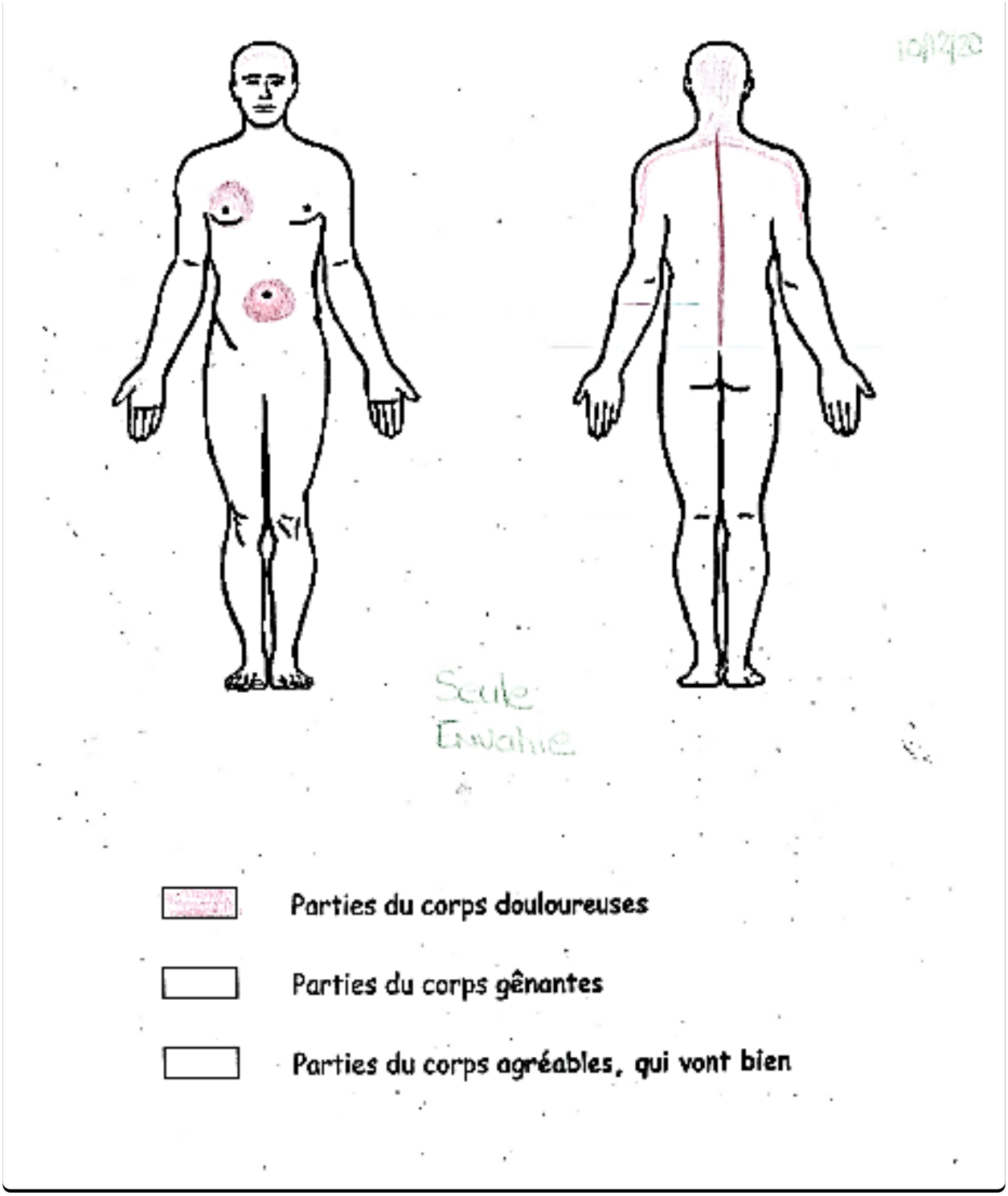
Annexe 8 : Illustrations



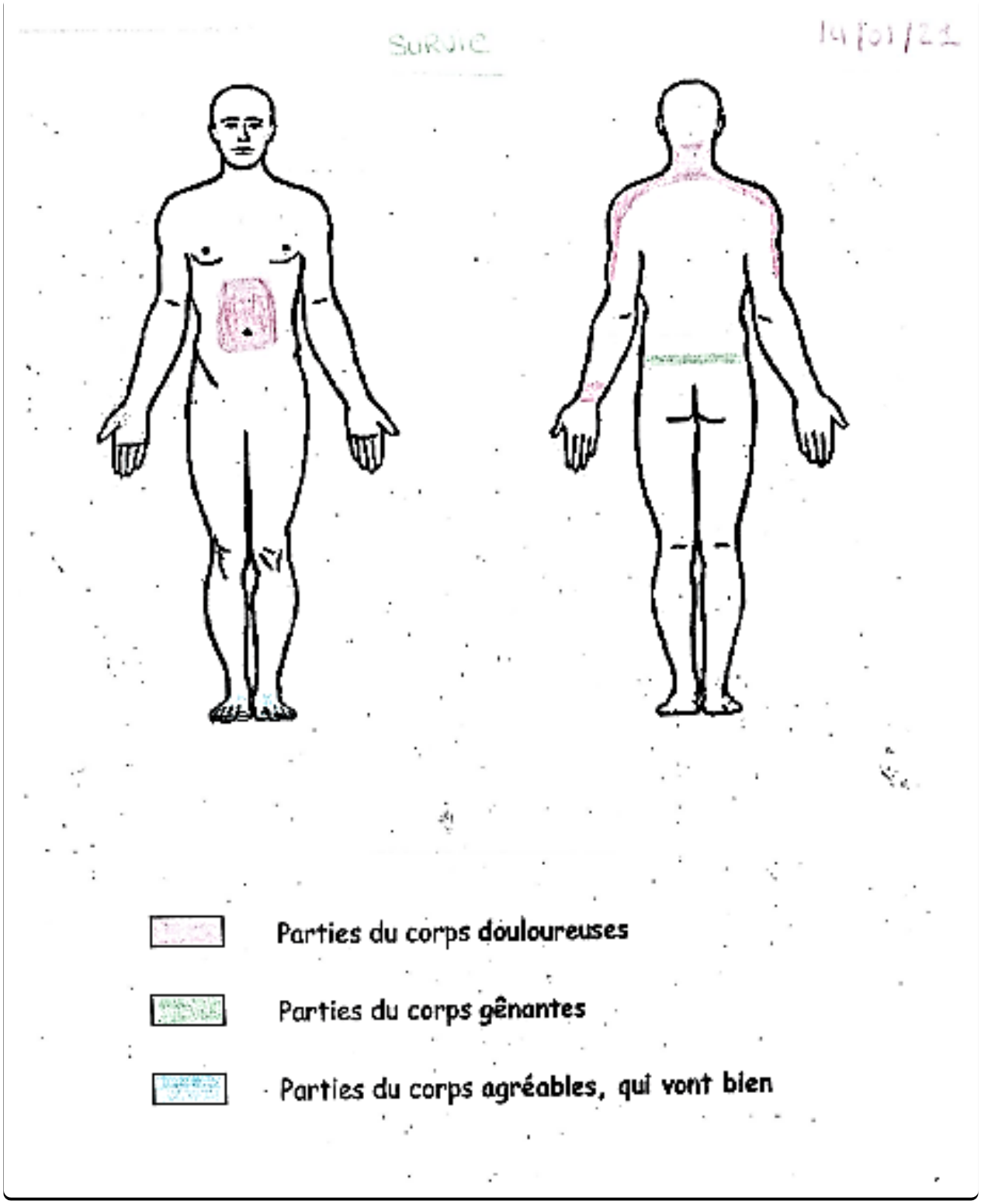
Annexe 9 : Silhouettes madame K du 05/11/20

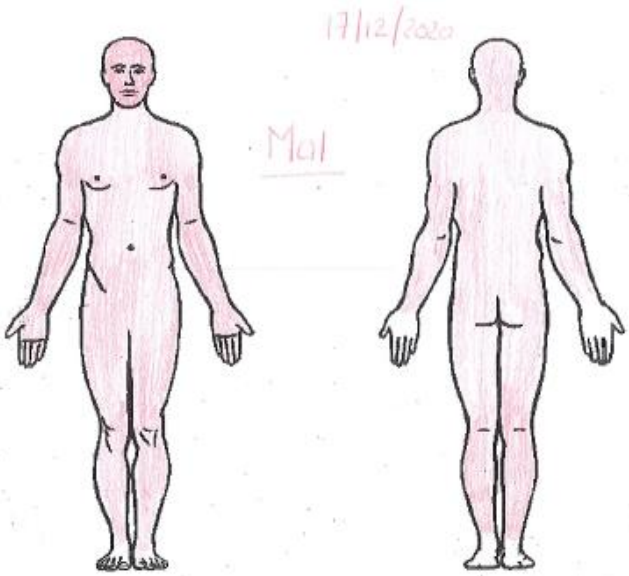


Annexe 10 : Silhouettes madame K du 10/12/20



Annexe 11 : Silhouettes madame K du 14/01/21

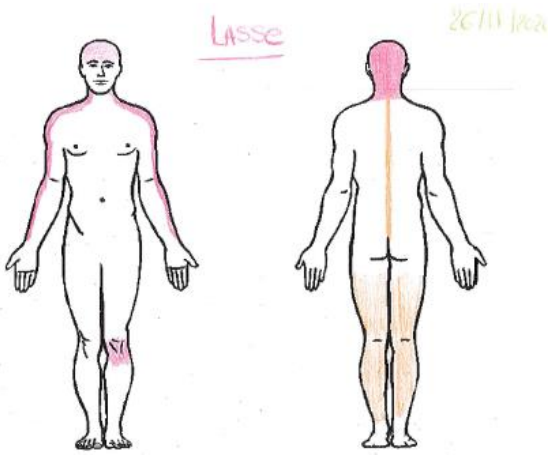




Parties du corps **douloureuses**

Parties du corps **gênantes**

Parties du corps **agréables, qui vont bien**



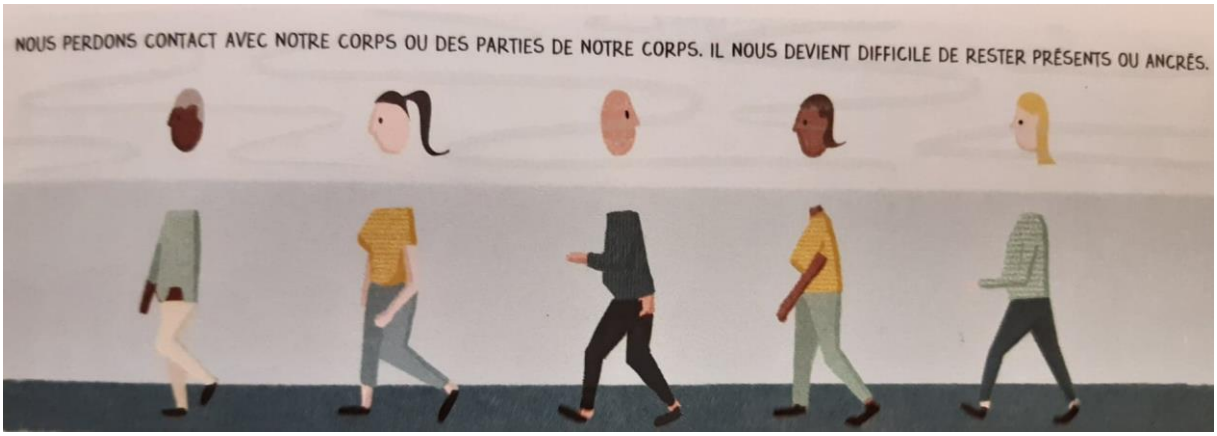
Parties du corps **douloureuses**

Parties du corps **gênantes**

Parties du corps **agréables, qui vont bien**

ne se prononce pas

Annexe 12 : Dissociation d'origine traumatique



Résumé

Dans la clinique de la psychiatrie adulte, le corps ne possède bien souvent qu'une place secondaire. La place du **corps** sera au centre de la prise en soin avec une proposition de mise en **mouvement** de celui-ci pour favoriser l'**investissement corporel** et ainsi participer à l'équilibre psychocorporel du patient.

Il s'agit de présenter une proposition de prise en charge **thérapeutique** en psychomotricité qui pourrait contribuer à la prise en soin globale de patients ayant vécu un **événement traumatique**. En psychomotricité nous considérons la personne dans sa globalité. De ce fait, nous allons également prendre en compte les **comorbidités psychiatriques** présentes chez nos patients.

Mots-clés : Événement traumatique - comorbidités - corps - thérapeutique - mouvement - investissement corporel

Abstract

In the adult psychiatry clinic, the body often has only a secondary place. The place of the body will be in the center of the care with a proposal of setting in movement of this one to support the body investment and thus to take part in the psycho-corporal balance of the patient.

It is a question of presenting a proposal of therapeutic care in psychomotricity which could contribute to the global care of patients having lived through a traumatic event. In psychomotricity, we consider the person as a whole. Therefore, we will also take into account the psychiatric comorbidities present in our patients.

Key words : Traumatic event - comorbidities - body - therapy - movement - body investment