



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Xavier PERROT

La guerre dans le corps :
Approche psychomotrice auprès de patients atteints d'ESPT

**Mémoire présenté pour l'obtention
Du diplôme d'Etat de Psychomotricien**

Par : SINGH Juliane Biba

Juin 2016

N° 1358

Directrice du Département Psychomotricité

Marie-Aimée ROCHER

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
M. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
M. REVEL Didier

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. ETIENNE Jérôme

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

Sommaire

INTRODUCTION.....	5
--------------------------	----------

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation de l'institution	7
1. Le service de psychiatrie	7
2. L'équipe	7
3. Les patients	8
4. Ma place de stagiaire.....	8
II. Présentation M C.....	8
1. Premier entretien	9
2. Première séance	11
3. Première réunion avec le service de psychiatrie	12
4. Entretien avec la psychologue	13
5. Evolution des suivis.....	15
III. Présentation de M J.....	19
1. Son anamnèse.....	19
2. Le premier entretien.....	20
3. La première séance.....	21
4. Evolution du suivi.....	22
5. Entretien avec la psychiatre.....	25

PARTIE THEORIQUE

A. De quelle souffrance parle-t-on ?	28
I. Historique du traumatisme	28
II. L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT)	29
1. Le stress	30
2. Le traumatisme psychique.....	30
3. Les critères de diagnostic.....	31
4. La névrose traumatique.....	32
5. Facteur de prédiction de développement d'un ESPT	33

6.	L'évaluation clinique	34
7.	Les troubles associés.....	35
8.	Les dispositifs de soins.....	35
9.	D'un point de vue neurobiologique.....	37
10.	D'un point de vue cognitiviste.....	38
III.	La dissociation péri-traumatique.....	39
B.	L'unité psychocorporelle	41
I.	S'approprier son corps.....	41
1.	Les sens.....	41
2.	La sensation et la perception.....	41
3.	Le corps propre (Wallon, 1963)	42
4.	L'équilibre sensori-moteur (Bullinger & Delion, 2004).....	42
5.	L'intégration motrice (Robert-Ouvray, 2010).....	43
II.	Le sentiment de continuité d'existence et la subjectivité	44
1.	Le rythme(Marcelli, 1992)	44
2.	Le sentiment de continuité d'existence.....	45

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

I.	Quand le sujet n'est plus sujet	47
II.	Le rôle de la psychomotricité	49
1.	Définition de la psychomotricité.....	49
2.	Les Médiation corporelles	50
III.	L'engagement du corps, les corps en relation, l'expression du corps	52
1.	L'investissement du psychomotricien comme soutenant celui du sujet.....	52
2.	L'expérience de plaisir	53
3.	L'engagement corporel pour construire son identité dans la relation.....	54
IV.	Le rythme : organisateur de l'identité.....	56
1.	La trace de l'expérience.....	56
2.	Lier le passé au présent	56
V.	La relaxation : le sentiment de soi par l'éprouvé corporel	57
1.	Ma découverte de la relaxation.....	59
2.	Eprouver son corps	60
3.	Le toucher facilitant l'éprouver corporel.....	63

CONCLUSION.....	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67
ANNEXES.....	70

Introduction

J'ai choisi ce stage en hôpital militaire car je souhaitais découvrir le côté rééducatif de la psychomotricité. La psychomotricienne étant affectée au service de neurologie, je ne voyais pas meilleur service. Les quelques lectures sur les pathologies neurologiques avant le début de mon stage me posaient énormément de questions mais il me manquait l'aspect clinique et la rencontre avec les patients.

Rapidement, j'ai rencontré un patient qui m'a fait réfléchir sur la prise en soin en psychomotricité des troubles de l'équilibre. Il m'a interpellé et je pensais faire mon mémoire sur sa problématique.

Néanmoins, une rencontre a bouleversé mes projets. M C., souffrant d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT), m'a sidéré. Il m'a beaucoup questionné sur le soin psychomoteur avec cette pathologie et le positionnement clinique du thérapeute.

Ma rencontre avec M J., qui souffre également d'un ESPT, m'a conforté dans ce choix de sujet de mémoire. Ces deux patients bien que différents dans leur corporéité, mettent en avant des problématiques similaires dans le soin psychomoteur.

Il était donc certain que mon mémoire porterait sur le soin psychomoteur avec des personnes atteintes d'ESPT.

Dans ce mémoire, je souhaite retracer mon processus de réflexion. Pour cela, la première partie est consacrée à ma rencontre avec M C. puis avec M J.. Dans un second temps, j'expose les différents concepts et lectures qui m'ont permis de penser et d'élaborer mes ressentis. Enfin, j'évoque ma réflexion sur les soins psychomoteurs qui ont été proposés.

PARTIE CLINIQUE

Mon stage se déroule dans un Hôpital d'Instruction des Armées depuis le mois d'octobre 2015. Deux psychomotriciennes y sont présentes à temps plein. Ma maître de stage est principalement affectée au service de neurologie. Cependant, elle peut rencontrer des patients d'autres services médicaux et réaliser des suivis en consultation externe avec des patients non hospitalisés. Elle s'est formée à la relaxation thérapeutique et à l'hypnose.

Suite au congé maternité de la psychomotricienne depuis le mois de mars, je continue les suivis auxquels j'ai assistés. De plus, je suis autonome dans l'organisation des nouvelles prises en soin ainsi que dans les réunions afin de maintenir une réflexion transdisciplinaire concernant le cas des différents patients.

I. Présentation de l'institution

1. *Le service de psychiatrie*

Concernant l'organisation spatiale de l'hôpital, tous les services de médecine somatique se situent dans un même bâtiment. Seul le service de psychiatrie se distingue par son emplacement. Il se trouve dans un second bâtiment, situé à l'arrière du bâtiment principal. Ce dernier comporte plusieurs étages : le premier est destiné aux différents bureaux et à la salle d'ergothérapie, le second comprend les chambres des patients ainsi que différentes salles d'activités. C'est un service dit ouvert, les patients hospitalisés sont donc autorisés à en sortir quand ils le souhaitent. Cependant, une permission leur est nécessaire pour quitter temporairement l'enceinte de l'hôpital.

2. *L'équipe*

L'équipe se compose d'un médecin-chef, de psychiatres, de psychologues et d'une équipe paramédicale comprenant des aides-soignantes, des infirmières et un ergothérapeute. La psychomotricienne n'est pas affectée au service de psychiatrie mais elle peut néanmoins recevoir des prescriptions de celui-ci.

Le service de psychiatrie se réunit chaque matin afin de parler des différents patients. La réunion se compose de tous les professionnels du service pouvant être présents. Avec la psychomotricienne, nous nous rendons aux réunions une fois par mois pour parler en équipe des patients suivis en commun.

3. *Les patients*

Nous rencontrons les patients dans leur chambre ou dans la salle de psychomotricité, située au centre du bâtiment de médecine somatique.

Certains patients sont internés en hospitalisation libre. Les troubles présentés peuvent amener un cadre d'hospitalisation protégé pendant quelques jours (interdiction de sortir du service, port d'un pyjama violet, aucun contact avec l'extérieur de l'hôpital). D'autres peuvent être en hôpital de jour c'est-à-dire venir quelques journées ou demi-journées dans la semaine. Enfin, certains patients ne sont plus hospitalisés mais poursuivent un suivi assuré par les psychiatres et/ou psychologues ou la psychomotricienne en service ambulatoire.

Plusieurs ateliers (cuisine, peinture, image de soi, etc.) sont proposés aux patients par l'équipe paramédicale.

4. *Ma place de stagiaire*

J'ai commencé ce stage principalement en observation. J'ai pu rapidement participer aux séances de psychomotricité. L'activité du service m'a permis de rencontrer des patients en individuel ou en présence de ma maître de stage. Depuis le départ de cette dernière en congé et avec l'accord des patients, je poursuis certains suivis et rencontre des patients sur prescription médicale. Je reste supervisée par la psychomotricienne chaque jour de stage afin que nous échangions à propos des suivis. Je continue également à me rendre aux réunions au moins une fois par mois.

II. *Présentation M C.*

Nous rencontrons pour la première fois M C. au mois de novembre 2015. La prescription en psychomotricité de la psychiatre s'oriente autour d'un désinvestissement du corps en lien avec un Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT). M C. est de taille et de corpulence moyenne. Il est brun aux cheveux courts et il a les yeux bleus assez perçants, le regard assuré. M C. porte un jogging et un gros manteau à capuche qu'il n'enlève pas de toute la séance. Il semble très en retrait, distant, fuyant.

1. Premier entretien

Le patient est un militaire âgé de vingt-six ans, hospitalisé depuis quelques mois en service de psychiatrie. M C. s'est engagé dans l'armée à sa majorité. Il travaillait dans l'infanterie et a fait trois opérations extérieures (OPEX) de plusieurs mois de 2011 à 2013 dans des pays en guerre. M C. développe à la suite de sa deuxième mission un ESPT. Depuis 2013, il est régulièrement hospitalisé en psychiatrie. En écoutant son récit, je me sens me figer, comme une pierre, je sens l'ambiance de la pièce pesante. M C. prend du temps avant de répondre aux questions ce qui laisse des moments de silence importants. Son récit est pauvre et il semble dans la retenue.

M.C n'avait pas perçu son changement de comportement ; c'est son entourage qui l'en a informé. M C. dit avoir changé de caractère : il aimait rire et ne s'énervait jamais. Il lui arrive maintenant d'être violent, envers des objets ou des personnes. Il dit également se sentir mal dans son corps et ne plus se reconnaître dans le miroir même s'il sait que c'est lui qu'il perçoit dans le reflet. De plus, il évoque le fait de pouvoir arrêter de manger pendant plusieurs semaines et ne plus prendre soin de lui par moment. Il ne boit pas et ne prend pas de drogue. Il parle également de ses troubles du sommeil (réveils nocturnes et sudations en lien avec des souvenirs de missions) qui sont toujours présents pendant son hospitalisation.

Par la suite, la psychomotricienne fait référence aux tatouages que nous apercevons sur sa main et son avant-bras gauche. M.C en a sur tout le corps mais, même s'ils ont une signification, il ne semble pas vouloir en dire davantage. Il se tatoue lui-même et dit aimer ce moment. Ces tatouages peuvent être antérieurs ou postérieurs aux missions qu'il a effectuées. Le dernier en date se situe sur sa poitrine, au niveau du cœur et a été fait avant cette hospitalisation.

Lorsque nous abordons ses liens affectifs, M C. dit ne pas connaître sa mère et avoir été élevé par son père. Il a quitté le domicile familial à dix-huit ans et il ne semble plus être en contact avec lui depuis. Le père de M C. n'est pas au courant de son hospitalisation. Par ailleurs, M C. dit avoir un frère jumeau et une grande sœur qu'il voit de temps à autre. Il ne connaît pas non plus ses grands-parents. Lorsqu'il évoque son histoire familiale, M C. montre des réactions de prudence et m'adresse un premier regard que je ressens comme perçant. Je l'interprète comme une invitation à prendre place dans la séance.

Quant à moi, je me sens brassée, vaseuse, contrairement à mon vécu de pierre précédemment. Je ressens son récit comme triste et violent.

Après la rupture avec son père, M C. habitait en colocation avec des amis. Il vit seul depuis 2009 car ses amis ont souhaité déménager.

Concernant ses activités, il fait de la voltige depuis l'enfance. Son visage semble s'illuminer quelque peu lorsqu'il évoque ce sujet.

Enfin, nous abordons son vécu depuis son hospitalisation et ses projets futurs. M C. souhaite quitter l'armée depuis qu'il n'a pas pu passer le concours de sous-officier. Il s'interroge sur une formation de maréchal-ferrant qui serait financée par l'armée. M C. ne semble pas pouvoir verbaliser les objectifs de son hospitalisation. En effet, il répond beaucoup « bonne question » ou « je ne sais pas ». Il en est de même concernant son vécu corporel.

Par la suite, la psychomotricienne lui propose de faire un dessin du corps. M C. prend la feuille en paysage et choisit le feutre noir pour faire un petit ovale en haut et à gauche de la feuille (voir annexe 1). Il précise que son dessin est « tout pourri » : « un corps c'est ça, ni les bras, la tête, les jambes. C'est mon aspect ».

Ce dessin m'évoque alors un corps démembré. Selon moi, il représente un tronc, sans tête, sans bras et sans jambes.

Il accepte un suivi psychomoteur hebdomadaire ainsi que ma présence lors des séances. La poignée de main est un peu moins ferme pour me dire au revoir mais le regard reste franc.

Je remarque chez M C. un certain ralentissement psychomoteur : le langage est lent, tant au niveau de l'articulation qu'au niveau de l'élaboration des pensées. Son discours est entrecoupé de « blancs ». Il paraît éprouver des difficultés pour faire des choix. Au fur et à mesure de la séance, il regarde de plus en plus la psychomotricienne mais aussi régulièrement par la fenêtre. Je me questionne alors sur une hypervigilance qui semble bien présente car je note dans ces moments des augmentations de tonus. J'ai l'impression qu'il se coupe de la relation. Tout au long de la séance, M C. ne paraît pas comprendre ce qu'il fait en psychomotricité et quel est l'intérêt des questions de la psychomotricienne, en particulier celles qui concernent son rapport au corps.

Je perçois M C. comme « un bloc de pierre » ou une coquille refermée sur elle-même. Sa corporalité et ses postures m'évoquent une certaine nonchalance. M C, qui était très en retrait au début de l'entretien se redresse progressivement et se montre de plus en plus

attentif et présent. Il paraît quelque peu fuyant et insaisissable mais malgré tout il s'ouvre de plus en plus à la relation. De la même manière, je remarque qu'il sort progressivement les mains de ses poches.

Cette première séance a, pour moi, été riche en éprouvés corporels, je ressens le besoin de me retrouver, comme si j'avais perdu pied avec la réalité, dans un espace-temps différent. Son histoire me plonge dans un état de sidération et son investissement corporel me pose question. Il me semble que cette perte de repères spatio-temporelles signe le traumatisme.

2. *Première séance*

En lisant le compte-rendu de l'hospitalisation, nous apprenons que M C. est tireur d'élite dans l'armée. Depuis son retour de dernière mission, il consomme de la cocaïne ; il a commencé un sevrage lors de son suivi à l'hôpital. Il est également mentionné qu'il aurait été en couple jusqu'à ce que sa compagne arrête leur relation en 2013.

Ma réflexion autour du suivi psychomoteur de M C. se porte sur mon sentiment de vide intérieur, voire de mort. M C. me fait peut-être ressentir son propre vécu. Ce patient me donne l'impression d'une personne repliée sur elle-même, dans une impossibilité à habiter son corps. Il me donne l'envie de mettre de la vie dans ce soin, du rythme, de l'humour. Il est décidé avec la psychomotricienne de faire la séance en deux parties. Un temps dynamique afin de travailler son engagement corporel et un temps pour lui proposer une initiation à la relaxation afin de l'intéresser à ses vécus corporels.

A son arrivée, M C. porte son gros manteau en laine, qu'il gardera tout au long de la séance, et un jogging. Il me sert la main assez fortement, comme la semaine précédente. Il adopte une posture très fermée, les mains dans les poches. La séance débute par un temps de marche avec variation de tempo. La marche naturelle de M C. est assez lente. L'adaptation rythmique est difficile, voire impossible. Ensuite, un temps d'échange de ballons s'instaure en faisant varier les types de balles ainsi que la manière de réceptionner et de lancer. La psychomotricienne propose également de moduler la vitesse des échanges. Son adaptation reste difficile et la coordination semble saccadée, le lancer est peu précis. Cependant, au fur et à mesure de l'exercice, sa mobilisation paraît plus fluide et plus précise.

La séance se termine par un temps d'imitation de gestes avec introduction du toucher sur lui-même et sur autrui. L'imitation est possible et rapide, la réversibilité ne pose aucun problème. Le toucher sur lui-même ne semble pas le mettre en difficulté. Le

toucher sur autrui est plus difficile : M C. donne l'impression de ne pas oser toucher la psychomotricienne, qu'il s'agisse d'une main sur l'épaule, le bras, le mollet... De même, il paraît gêné par son toucher. Après un moment assez long de réflexion, il ajoute ne pas aimer être touché ni toucher quelqu'un car cela le met « mal à l'aise ». La psychomotricienne lui fait comparer un toucher peau à peau et un toucher avec une médiation : un morceau de bois. Il préfère le morceau de bois mais ne peut expliquer pour quelle raison. Nous retournons au bureau pour terminer la séance et demandons à M C. comment celle-ci s'est passée pour lui. « Bien » nous dit-il mais n'ajoute pas de détails. Lorsque la psychomotricienne lui demande s'il a préféré certains moments, il répond : « je ne sais pas ».

M C. se montre dans un premier temps fermé sur lui-même mais s'ouvre progressivement au fil de la séance. Il semble présenter une aboulie et une alexithymie car il lui est compliqué de faire des choix, de prendre des initiatives et surtout de mettre des mots sur ses ressentis. Le temps de marche montre que son engagement corporel est peu présent. M C. est difficilement mobilisable et l'adaptation rythmique est difficile. Le temps d'échange de ballons a permis de mettre en place une certaine dynamique, une certaine vitalité au suivi, un déliement du geste du patient pour une meilleure fluidité de lancer et de réception. A la fin de ce temps, M C. me donne l'impression d'avoir un semblant de plaisir à cette activité. Celle-ci témoigne qu'il peut initier des changements de sens et de direction dans l'échange du ballon.

De mon point de vue, le patient nous investit. Je ne me sens pas à l'écart ni même en retrait. En revanche, ses regards me gênent toujours. C'est comme s'ils me glaçaient, me figeaient et il m'est difficile de me départir de ce ressenti. J'ai l'impression d'un lien fragile, demandant d'avancer doucement pour ne pas faire fuir M C. car je ressens la nécessité d'une distance qui le protégerait.

3. *Première réunion avec le service de psychiatrie*

La psychologue souligne que M C. est un "technicien" de son corps, qu'il en fait un corps-machine. Son métier, tireur de précision, suppose une grande technicité ainsi que de pouvoir mettre les autres à distance. Le début du suivi psychologique est difficile car le patient se montre mutique et très fermé. Au fil du temps, la psychologue s'aperçoit que M C. a besoin de s'organiser autour de choses précises, par exemple une question spécifique

afin de lui permettre de verbaliser. Il montre par ailleurs une grande capacité à pouvoir se faire oublier.

Elle associe également le travail de M C. à son activité favorite, la voltige, comme un passage de la vie à la mort. En effet, la voltige et sa profession présentent un aspect dangereux. Il semble ainsi se construire dans le danger, dans cette limite entre la vie et la mort.

Concernant les tatouages, la psychologue n'évoque pas une attaque du corps de M C. mais une tentative de symbolisation. Ses tatouages représentent majoritairement des symboles de protection polynésiens. Le premier a été fait dans le but de cacher les coups qu'il avait reçus. Nous apprenons également que lorsqu'il était plus jeune, il s'est scarifié sur le front le signe de l'anarchie, élément que je n'ai toujours pas remarqué.

La psychologue mentionne par ailleurs des potentiels troubles psychotiques avant les opérations extérieures ainsi que des carences infantiles importantes. Il y aurait eu un manque d'affectivation du corps et un certain vécu d'étrangeté de celui-ci. La psychomotricienne et moi-même pensons davantage à une carapace de protection qui serait le témoin d'une importante recherche de rassemblement.

4. *Entretien avec la psychologue*

Quelques mois plus tard, je demande un rendez-vous avec la psychologue afin d'échanger plus précisément sur M C.. Je me questionne sur son enfance, les troubles psychotiques évoqués lors de la réunion et le processus de diagnostic. Comment peut-on envoyer de nouveau en opération extérieure une personne traumatisée quelques mois plus tôt lors de sa deuxième opération extérieure ?

Au niveau de son environnement familial, M C ne sait rien de sa mère. Il a une grande sœur polyhandicapée et sourde ainsi qu'un frère jumeau. Tous deux sont rapidement placés par les services sociaux. M C. serait, lui, « oublié » et grandit avec son père, dans un contexte de maltraitances physiques et psychiques. M C. n'a plus de contact avec lui depuis un an et demi. La psychologue parle d'une organisation psychotique au cours de son développement. Elle évoque des carences infantiles autour d'une absence d'entourage psychique et physique. M C. s'est organisé corporellement et psychiquement par lui-même. La psychologue le décrit comme un « enfant loup qui n'accède pas au langage », un « enfant sauvage ». L'armée lui aurait permis de se structurer, de s'organiser

psychiquement. M C. existe ainsi à travers un corps technique, un corps instrumentalisé mais qu'il ne semble ni vivre ni percevoir.

Par la suite, nous évoquons les opérations extérieures du patient et son ESPT. Il est important de préciser que les tireurs d'élites ne sont pas rattachés à une unité précise. Ils peuvent selon les missions être affectés temporairement à une unité puis dans une autre. C'est lors de sa deuxième mission que M C. se trouve pris au milieu de tirs entre son armée et les adversaires. Il subit des tirs croisés pendant quatre heures et se retrouve alors sans issue. Un deuxième traumatisme survient lors de sa troisième opération extérieure durant laquelle il part dans le désert avec une unité. Mais à la fin de la mission, son unité l'oublie dans le désert. C'est suite à cette nouvelle situation d'abandon que M C. décompense et consulte le médecin de l'unité pour un risque de passage à l'acte suicidaire important. Il est alors hospitalisé en psychiatrie une première fois à l'hôpital militaire où il est suivi par une psychologue et un psychiatre. Puis il poursuit les soins en ambulatoire une fois par semaine et se fait hospitaliser lorsque son entourage lui fait remarquer ses changements de comportement. L'indicateur principal de M C. pour faire une demande d'hospitalisation est son accès de violence. Par la suite, le psychiatre, elle-même militaire, part en opération extérieure en 2015 et oriente M C. vers le deuxième psychiatre du service. Il interrompt alors pendant plusieurs mois tous les suivis de l'hôpital sans prévenir les soignants. L'assistante sociale de son régiment qui le suit depuis son diagnostic, fait le lien entre l'hôpital et lui-même. Il est ainsi hospitalisé, présentant une incurie importante. La psychologue parle pour M C. d'un risque important de « se clochardiser ». En ce qui concerne la consommation de drogue de M C., elle ne la perçoit pas comme une conduite addictive car la prise de cocaïne a lieu uniquement lors de représentations de voltige pour avoir moins peur et « être en forme ». Le patient jette la drogue qui lui reste s'il n'en a plus besoin

Lors des suivis, la psychologue évoque M C. comme une personne vivant dans son univers sans nous autoriser à y accéder. Cependant, il peut parfois nous en laisser entrevoir quelques bribes. Il ne vit pas dans le « même monde que nous ». Ses représentations sont différentes de celles d'autrui et il faut toujours veiller à ne pas se baser sur les nôtres et lui demander de préciser les siennes. Les liens relationnels semblent difficiles à mettre en place avec M C. et il peut rapidement les fuir. Ainsi, la psychologue suppose que M C. a peut-être eu des difficultés lors du départ de la première psychiatre. Il faut y être vigilant

afin de favoriser une relation suffisamment sécurisée, qui permette à M C. d'en percevoir la constance et la continuité. M C. peut par moment mettre en question cette relation et la psychologue explique la difficulté qu'il a à venir au rendez-vous à la bonne date et à la bonne heure. En effet, il se trompe régulièrement et cela viendrait signifier son état psychique : il est capable d'être à l'heure lorsqu'il va bien mais quand il est dans une période difficile, il lui est impossible de s'organiser.

5. *Evolution des suivis*

M C. arrive toujours avec une posture plus fermée au début de séance qu'à la fin de celle-ci. Cela tend à diminuer. Les épaisseurs et couches de vêtements sont de plus en plus fines (pull et jean). Les vécus corporels étant difficiles à verbaliser pour M C., nous augmentons progressivement le temps de relaxation. M C. sort de l'hôpital quelques mois plus tard et accepte de maintenir le suivi à sa sortie. Il se rend à l'hôpital une fois par semaine pour son entretien psychologique, son suivi psychomoteur et parfois avec la psychiatre. Je maintiens le suivi en individuel en consultation malgré l'absence de la psychomotricienne.

Cependant, sa formation de maréchal-ferrant l'oblige à quitter la région mais il ne connaît pas la date de sa mutation. Si M C. souhaite continuer les suivis dans cet hôpital militaire, il est néanmoins possible que sa formation l'en empêche.

Concernant ma place de stagiaire, je suis de plus en plus active et autonome au fil des séances. Je commence par mener le premier temps et la psychomotricienne prend en charge le second. J'assume progressivement les séances entières et la psychomotricienne supervise la prise en soin.

Les temps dynamiques ont pour but de travailler sur l'engagement corporel de M C.. Ceux-ci débutent toujours par un réveil corporel : nous nous frottons entièrement le corps afin de bien le sentir. M C. ne semble rien pouvoir dire de ce réveil. Plusieurs séances après le début du suivi, il évoque de pas voir l'intérêt de ce réveil qui est trop lent et progressif. Il associe ce temps de réveil corporel au réveil musculaire de l'armée qu'il juge « plus fort et plus violent ». Les militaires ont souvent un rapport au corps basé sur la force, le dépassement de soi, l'endurance, ou encore l'agressivité.

Nous poursuivons généralement par un échange de ballons avec ou sans association d'idées, en utilisant plusieurs parties du corps ou non et avec différentes balles. Ces échanges se passent de mieux en mieux, l'adaptation au rythme s'améliore. Nous remarquons qu'il paraît aimer se positionner en tant que connaisseur, montrant du plaisir à nous expliquer les différentes techniques pour lancer un ballon. Nous lui proposons également des jeux de mimes pour travailler sur son expressivité corporelle ainsi que des déplacements au cours desquels nous sommes tous reliés par des bandes que l'on tient dans chaque main et qui doivent toujours être tendues. Les nouvelles propositions sont difficiles à investir pour M C.. Il se met très souvent en position de retrait ou de fuite. Il se montre gêné lors des premiers mimes et les « expédie ». Il en est de même pour l'activité avec les bandes : M C. est alors très inhibé et questionne beaucoup l'intérêt de cette proposition. Nous lui faisons remarquer cette inhibition et M C. dit être « sauvage ».

Globalement, l'engagement corporel évolue, M C. s'investit de plus en plus et tend à réduire la distance physique qui nous sépare. En effet, au début du suivi, il est très distant physiquement et peut, pendant un échange de ballon, se reculer si nous nous avançons vers lui pour relancer le ballon. Il en est de même pour son ralentissement idéique et son aboulie. Il dit de moins en moins « bonne question » ou « je ne sais pas ». Sa verbalisation sur son vécu corporel reste encore très difficile même s'il peut maintenant le préciser davantage.

La relaxation débute par un temps axé autour d'inductions au calme, de mobilisations passives et actives et d'un toucher globalisant, suivi de verbalisations. Ce temps est progressivement augmenté, au vu des difficultés du patient concernant la verbalisation de ses éprouvés corporels. Les premières séances montrent qu'il lui est impossible de fermer les yeux mais cela tend à évoluer au fil du temps. Selon lui, cette difficulté est également présente chez lui le soir au moment du coucher et ce, depuis l'armée où « on a toujours un œil ouvert ». Il parvient néanmoins à se détendre même si son tonus reste haut, avec un corps qui semble crispé. Ainsi, malgré le fait que je l'informe de mon intention, il a un sursaut au premier contact corporel. Même si la verbalisation de ses éprouvés corporels reste très difficile, celle-ci progresse et M C. peut faire des liens avec son histoire. Lors de certaines séances, il verbalise le fait d'avoir pu se détendre ou de ne pas sentir la différence entre avant et après la relaxation. Il lui est difficile de se

concentrer sur son corps mais peut se sentir « encore mou ». De même, il perçoit son bras droit plus musclé qu'à gauche car il portait son arme à droite.

Par ailleurs, il remarque le fait qu'il transpire pendant les séances de psychomotricité. Il est gêné par cet effet physiologique et n'en comprend pas la cause. En effet, il dit ne jamais transpirer, même lorsqu'il fait du sport. Les seuls moments de transpirations concernent les séances de psychomotricité ou des entretiens. Puis, la transpiration a lieu uniquement au moment de la relaxation.

Lors de la dernière séance avec la psychomotricienne, je lui propose de commencer par un dessin du corps. Je souhaite en effet marquer ce changement et percevoir quelque chose de l'évolution qui s'est produite dans ces séances à trois. De la même manière que pour le premier dessin, il utilise le feutre noir pour faire un ovale. Toutefois, l'emplacement du corps change (voir annexe 2). Lorsque nous le questionnons, il dit que « c'est ça un corps » et fait le lien avec l'armée où le corps se constitue uniquement du tronc « quand on dit protège ton corps c'est ton tronc en fait que tu protèges », « quand on dit de tirer c'est cette partie que tu vises ». Ainsi, il fait le lien avec son premier traumatisme, ces tirs croisés au milieu desquels il s'est retrouvé. Il peut verbaliser le fait d'avoir tiré sur des gens et s'être fait lui-même tirer dessus, protégé par son gilet pare-balles et son sac à dos. Il explique avoir eu très peur au début de se « prendre des balles » et qu'il a pleuré lorsqu'il a été amené à tirer sur des personnes. L'instant d'après, il n'a plus rien senti. Ce moment m'évoque une possible dissociation péri-traumatique. Il pense avoir pris de l'assurance et donc de ne plus avoir peur : « quand on te tire dessus tu te décales et voilà ». Il ajoute finalement n'en avoir jamais parlé à la psychologue. Nous poursuivons par une séance de relaxation autour de mobilisations passives pendant laquelle M. C. semble se détendre. Je sens son tonus moins haut que les séances précédentes. Pour la première fois, il ne sursaute pas lorsque je le touche et peut davantage fermer les yeux. Sa verbalisation est plus riche : « c'est bien détendu, je peux profiter », et il transpire moins.

Il me semble que M. C. s'investit dans le soin : il manque une fois son rendez-vous et n'est en retard qu'une seule fois. Au niveau relationnel, le lien semble s'être construit. En effet, M. C. se montre de plus en plus à l'aise dans la relation, sa verbalisation et il se permet de questionner le suivi. Rapidement, il peut mettre de l'humour dans le suivi. Il semble que nous soyons dans une thérapie à trois où je suis pleinement active. Mon

positionnement change également car je prends davantage celui d'un soignant. Le regard de M C. ne me glace plus et je ne me sens plus figée. J'ai l'impression d'avoir eu besoin d'un certain temps pour prendre du recul sur mon ressenti qui semble avoir été de l'ordre de la sidération. Il me paraît important de préciser que j'ai le même âge que M C.. Ceci a pu accentuer ma difficulté à entrer dans un positionnement de soignant et à ne pas trop m'identifier au patient. Malgré des débuts difficiles causés par ce manque de distance, je me sens maintenant plus à l'aise dans le temps de relaxation et dans le lien relationnel à M C.. Je pense avoir débuté un réel processus de positionnement clinique.

Une séance a eu lieu depuis le départ de la psychomotricienne en congé maternité.. M C. ne sait toujours pas quand sera mutation. Je lui propose une séance de relaxation autour de mobilisations actives en alternant yeux ouverts et fermés. Je perçois cette séance comme étant difficile pour M C. notamment lors de son entrée en relaxation. Il ne ferme les yeux que lorsque je lui demande, me semble tonique et en hypervigilance. Durant le temps de verbalisation, il m'explique ne pas parvenir non plus à fermer les yeux chez lui et ce, depuis sa deuxième opération extérieure. Il ne peut en dire plus. Il ne se sent pas plus détendu qu'avant la relaxation mais remarque avoir commencé à transpirer au moment de la verbalisation : « c'est difficile et gênant de parler de ses vécus corporels mais j'ai pas envie de vexer ». Je souligne tout de même sa capacité à pouvoir verbaliser ce ressenti et le rassure sur l'importance de pouvoir dire ses vécus sans craindre pour autant de vexer le soignant. Ceci touche également à la confidentialité à laquelle sont soumises les personnes militaires dans les missions. Ainsi, il leur est difficile de mettre en mots leurs vécus sans confier des événements qu'ils ne sont pas en droit d'exprimer.

Le patient ne vient pas aux deux séances suivantes. Il en est de même pour ses suivis psychologiques et psychiatriques. Je contacte alors M C. qui va être muté mais ne sait pas encore comment nous pouvons maintenir les suivis. Il souhaite en parler à la psychiatre lors de son prochain rendez-vous afin de pouvoir s'organiser. La semaine suivante, M C. est muté et démarre sa formation de maréchal-ferrant. Il peut continuer à être suivi à l'hôpital chaque vendredi. N'étant pas présente le vendredi, je ne revois pas M C.. Le suivi s'est ainsi effectué du mois de novembre jusqu'au mois de mars à raison d'une séance par semaine.

Je suis quelque peu frustrée de cet arrêt de suivi non préparé. Je m'interroge sur la possibilité d'un suivi continu, d'une organisation cohérente et préparée des arrêts de suivis.

Cela me semble important pour des patients en difficulté dans le lien avec des vécus d'abandon.

III. Présentation de M J.

Nous rencontrons avec la psychomotricienne M J. en janvier 2016 suite à une prescription de la psychiatre mentionnant son ESPT. M J. se présente comme un ancien parachutiste militaire de cinquante-deux ans. Il est grand, assez trapu, brun aux yeux bleus. Son visage m'évoque de la douceur, du calme mais également de la tristesse.

1. Son anamnèse

Nous n'avons que très peu d'éléments sur la vie de M J. avant son évènement traumatique. Sa grand-mère maternelle se serait suicidée. Son père, décédé en 2001 d'un cancer de la vessie, est présenté comme une personne assez ferme et autoritaire. Sa mère souffrirait de troubles bipolaires et M J. la voit peu, ayant une relation plutôt matérielle avec elle. Il a deux sœurs dont une avec qui il est encore en contact.

M J. échappe à un attentat suicide lorsqu'il a vingt ans. Lors de son service national effectué dans un régiment de parachutiste, il est envoyé dans un pays étranger. Il est en dehors du bâtiment lorsque celui-ci s'effondre, causant de nombreux décès. Il revient en France cinq jours après cet évènement, sans avoir changé de vêtements et sans pouvoir parler. Selon M J., chaque militaire rescapé vit quelques jours au domicile d'un adjudant avant de retourner à sa base et ils ne sont pas autorisés à rentrer chez eux pendant un mois. Il ne voit pas de médecin et quitte l'armée six mois plus tard, à la fin de son service. Il se dit alors « plus militaire mais pas civil non plus ». Il participe ensuite à la cérémonie d'hommage aux militaires décédés. Durant cette évènement, il rencontre la compagne d'un camarade décédé qui est aujourd'hui son épouse. Il commence à travailler dans le milieu civil et change régulièrement de profession. Deux ans après, il se fait hospitaliser et commence un suivi psychiatrique. Le diagnostic d'ESPT est posé et M J. entame une procédure judiciaire afin d'obtenir une pension d'invalidité. Il est alors considéré comme invalide à quarante pour cent et quelques années plus tard à soixante pour cent. Le suivi psychiatrique semble s'arrêter et M J. voit uniquement son médecin traitant de manière régulière.

En 2008, il commence un travail psychothérapeutique et se fait hospitaliser trois mois dans une clinique privée suite à une tentative de suicide. En 2013 et 2014, après plusieurs tentatives de suicide, il se fait hospitaliser de nouveau dans cette même clinique et débute un traitement par EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) d'une durée de quarante séances. En 2014, un reportage télévisuel évoque ce premier attentat terroriste et montre l'évolution des survivants. Les journalistes interrogent une personne devenue Sans Domicile Fixe (SDF). Suite à ce reportage, l'Etat crée une cellule spécifique, chargée de prendre en charge les rescapés de l'attentat. Celle-ci adresse M J. à psychiatre de l'hôpital militaire qui fait une demande de suivi psychomoteur en janvier 2016.

M J. qui travaillait en tant que technicien dans une station d'épuration est en arrêt depuis deux ans. Il fait beaucoup de cauchemars, ressent une importante fatigue corporelle il souffre depuis les derniers attentats de 2015 d'agoraphobie, de repli à son domicile avec un sentiment intense d'insécurité. Son épouse est également en arrêt maladie. Il dit qu'elle « l'a beaucoup porté ». Le contexte familial est difficile depuis deux ans avec cette dernière et une séparation serait envisagée. M J. a deux filles de vingt-sept et de ans vingt-quatre, l'aînée étant mariée. A l'adolescence de cette dernière, la famille aurait eu à faire appel à un tiers médiateur afin d'améliorer la communication entre les parents. En décembre 2015, la pension militaire de M J. est révisée et elle passe à quatre-vingt-cinq pour cent d'invalidité.

2. *Le premier entretien*

M J. se montre souriant et donne l'impression d'être timide. Il est tout de suite à l'aise dans le contact et dévoile son histoire de vie naturellement, sans demande particulière venant de la part de la psychomotricienne. Il retrace son anamnèse précédemment décrite ; il se souvient des corps mutilés qu'il a tentés de protéger pour ne pas que l'adversaire les prennent, de la poussière, du bâtiment effondré. Il vit un état de dissociation en se sentant en dehors de son corps et se dit durant cet attentat « livrés à nous même ».

M J. évoque des « crises », des cauchemars incessants depuis l'attentat avec des cris, des douleurs importantes. Ces symptômes sont le signe de son « corps qui parle » et il se décrit « en survie ». Il note depuis son travail en EMDR des reviviscences liées à l'attentat. Il lui est nécessaire de prendre plusieurs douches à la suite car il a la sensation d'avoir de la poussière sur tout le corps et dans la bouche. M J. parle également de

sensations de brûlures sur le corps, il est « écoeuré » et décrit du dégoût quant aux images et sensations qui lui reviennent. Il remarque également une augmentation de l'hypervigilance depuis les attentats de novembre 2015 en France.

D'une manière générale, le dialogue est fluide entre la psychomotricienne et le patient. Je me sens cependant intégrée dans cet entretien car nous échangeons beaucoup de regards. M J. semble avoir une bonne capacité à évoquer ses vécus corporels. Il explique pourquoi il a besoin de regarder autant par la fenêtre pendant l'entretien et comment certaines sensations peuvent lui provoquer des reviviscences. Je ressens la même lourdeur, la même ambiance pesante que lors du premier entretien avec M C.. J'ai l'impression que le temps s'est figé et ressens le besoin de « souffler » après ce premier entretien. Cela m'évoque l'événement traumatique qui arrête le temps, l'angoisse permanente qu'il fait survenir. Je me sens partagée entre la sidération et la fascination.

Nous organisons un suivi psychomoteur toutes les deux semaines car M J., vivant assez loin de l'hôpital militaire, est très angoissé de faire autant de route de manière hebdomadaire. Nous proposons de la relaxation thérapeutique afin de l'aider à faire des liens entre ses vécus corporels actuels et la situation traumatique passée afin de lui permettre d'investir son corps dans le présent. En effet, trente ans après l'attentat, alors qu'il n'a passé qu'une année dans l'armée, le traumatisme est tel que M J. se présente encore actuellement comme un militaire rescapé atteint d'ESPT. Il semble que toute son identité se soit construite autour de cet attentat et du traumatisme en lien avec cet événement.

3. *La première séance*

M J. se montre toujours souriant et doux. Il paraît avoir un tonus de fond très élevé.

Il évoque de nouveau ses cauchemars et ses reviviscences. Il se lève tôt le matin avec des idées difficiles en tête. Il lui est alors nécessaire de bouger et de se concentrer « sur autre chose » pour se sentir mieux. Une sensation provenant de n'importe quel système sensoriel peut lui déclencher une reviviscence (une scène, une odeur de brûlé, une couleur, un toucher etc.).

La psychomotricienne lui propose de faire un dessin du corps (voir annexe 3). Il dit que c'est « un morceau de corps bien amoché, pas du tout tenu ». Puis il ajoute la couleur violette en précisant : « c'est bleui ».

En ce qui concerne son propre corps, M J. exprime : « mon corps, j'ai l'impression de l'avoir perdu, l'esprit s'est détaché, je l'ai vraiment senti », « j'ai gardé longtemps mon treillis sur moi, j'ai porté cette scène près du corps... puis en allant chez mon supérieur je l'ai enlevé, un magasin de sport, même pas l'armée, nous a donné un survêtement », « j'ai l'impression qu'on nous a affiché ». M J. paraît déçu et en colère lorsqu'il évoque ce moment. Il s'est senti abandonné par l'armée.

La psychomotricienne lui suggère par la suite une séance de relaxation autour de l'induction au calme. Il ferme les yeux durant toute la séance, montre un tonus très élevé. Lorsqu'il se relève au moment de la reprise, des larmes viennent. Lors des inductions verbales, M J. a de nombreuses images de morceaux de corps arrachés, puis lors du moment du toucher sur la globalité du corps, il a un vécu de « rupture, de cassure » par rapport à ces images. Il le vit comme « doux », « agréable », et dit être très surpris de cette sensation qui lui fait sentir son corps tout entier avec un sentiment de vide à l'intérieur. Ce toucher agréable lui pose alors question, comme s'il lui était impensable de pouvoir vivre un toucher ou un événement de l'ordre du plaisir.

Je trouve M J. très touchant dans son authenticité de vécu. Durant cette séance, je suis en position d'observatrice et tente de me faire la plus discrète possible afin que mon regard ne soit pas trop intrusif. Malgré ce positionnement, je tente d'être la plus contenante et la plus disponible possible pour accueillir les vécus du patient.

4. *Evolution du suivi*

M J. se rend à une dernière séance animée par la psychomotricienne et moi-même. Il se présente triste et replié sur lui-même. Il évoque un contexte de rupture avec sa femme qu'il qualifie comme son « pilier ». Il explique comment cet attentat peut mettre en difficulté sa vie familiale car il précise que sa femme ne le quitte pas à cause de lui ou parce qu'elle « n'est plus amoureuse » mais bien « à cause de l'armée ». Lors de la séance de relaxation, M J. a des reviviscences qu'il parvient à mettre de côté en écoutant le bruit de la pluie. Le toucher lui donne une impression de "morceau de bras" sur son bras droit, et M J. ne sait pas s'il lui appartient ou non. A gauche, il sent pour la première fois son corps comme étant lui et lui appartenant. M J. fait le lien avec son sentiment de solitude lors de l'attentat et l'importance pour lui de sentir l'Autre pour se sentir dans son corps. A la fin de la séance, il accepte de poursuivre le suivi avec moi.

Cependant, il ne vient pas aux deux rendez-vous suivants et annule les prochains. Nous nous questionnons sur une potentielle difficulté due au changement de personne mais M J. ne se présente pas non plus à ses rendez-vous avec la psychiatre. Nous interprétons cette absence comme un signe de détresse pour M J..

Quelques semaines plus tard, je m'aperçois que M J. s'est fait hospitaliser la veille en urgence dans le service de psychiatrie suite à une tentative de suicide. Il est en isolement pendant quelques jours. Après avoir obtenu l'accord de la psychiatre, je décide de lui rendre visite afin d'en savoir davantage sur ce qu'il s'est passé durant ce mois d'absence. Il me parle d'une crise d'angoisse importante qui l'a obligé à aller aux urgences, un contexte très difficile avec sa femme qui a annoncé leur rupture à leur cercle social. Il évoque une « montée de tension et l'envie de prendre des médicaments pour faire réagir[s]a femme » et pour que les médicaments le « scotchent ». Il n'a pas souhaité mourir pour protéger ses enfants mais évoque des pertes importantes : « l'armée ma abandonné, le travail et maintenant c'est ma femme ». M J. a peur de l'avenir et ne souhaite pas envisager son futur. Concernant les séances de psychomotricité annulées, il ne se sentait pas suffisamment bien pour venir. Il me parle de sa difficulté à faire cette route entre son habitation et l'hôpital même si les séances lui sont importantes. Je lui propose de reprendre ce travail psychomoteur le temps de son hospitalisation. Il accepte que l'on se voit une fois par semaine autour de séances de relaxation psychomotrice. Je suis satisfaite qu'il accepte ce suivi mais je me questionne également sur les effets du changement de dispositif car je suis maintenant seule avec lui.

Je vois M J. le lendemain dans la salle de psychomotricité. Etant en isolement, il se fait accompagner par une infirmière de psychiatrie. Il semble confus et me raconte les mêmes évènements que la veille. Il m'est difficile de l'interrompre afin de lui proposer de la relaxation autour de l'enveloppe corporelle avec un toucher globalisant. Il entre facilement dans la relaxation, n'a pas de réaction de sursaut. Sa respiration se fait plus lente et M J. présente un visage détendu et un tonus qui diminue.

Pendant le temps de verbalisation, il évoque l'importance du toucher dans la relaxation qui « vient au bon moment » : « ça fait du bien d'être touché », « je me sens moins seul » ; le toucher « marque une présence » : « Ça fait du bien de savoir quelqu'un pour prendre soin de vous ». Il dit également avoir pu se concentrer sur son corps. Il est

détendu et n'a pas eu de reviviscences cette fois malgré une hypervigilance toujours présente au début de séance. Après la relaxation, M J. évoque avoir un corps où chaque partie forme un tout. Je sens M J. très à l'aise pendant cette séance, je n'ai pas le sentiment qu'il y ait une difficulté dans le changement entre ma maître de stage et moi. M J. verbalise beaucoup ses vécus corporels et peut les associer à des évènements.

Il semble quelque peu logorrhéique et il m'est difficile de le limiter par rapport au temps de la séance. J'ai la sensation qu'il a besoin de contenance, de rassemblement et de sentir son corps au travers de l'Autre, ce qui m'évoque le développement psychocorporel de l'enfant.

Lors des deux séances suivantes, M J. est toujours ralenti et confus. Il m'évoque sa difficulté à penser sa vie sans sa femme, sa colère contre l'institution qu'est l'armée par laquelle il ne s'est pas senti soutenu. Sa colère est telle qu'il imagine des scénarii de vengeance contre celle-ci. Par ailleurs, il a fait une demande pour se faire hospitalisé dans la clinique privée où il avait déjà été pris en charge. La présence des militaires au sein de l'hôpital l'inquiète. En effet, depuis les derniers attentats, la sécurité a été renforcée par la présence de militaires. M J. focalise son attention sur leurs armes qui le mettent « en tension ». Il se sent néanmoins en sécurité dans le service de psychiatrie. La difficulté apparaît lorsqu'il sort du bâtiment pour se rendre dans celui de médecine somatique, lieu où se trouve la salle de psychomotricité. Cependant, il m'explique se sentir en sécurité dans cette salle car il en a déjà analysé les potentielles failles. Les séances de relaxation se passent bien, M J. n'a aucune reviviscence et entre facilement dans la relaxation. Son tonus diminue et sa respiration devient plus profonde. Il évoque alors le toucher comme « doux », qui lui rappelle la manière dont un couple peut se toucher, « peau contre peau, qui se colle » comme si les « corps ne faisaient plus qu'un ».

Dans un premier temps, je me suis questionnée sur une potentielle érotisation du lien. Finalement, je comprends ces phrases plutôt dans le sens du peau à peau, dans une image plus primaire qui m'évoque comment la mère permet à l'enfant d'être contenu, de se sentir dans ses bras.

En effet, M J. se vit comme en dehors de son corps mais les seuls moments au cours desquels il se sent à l'intérieur de celui-ci est lorsqu'il est triste. Il évoque dans son corps un côté gauche qu'il peut sentir, qui est vivant et son côté droit qui est mort et ne veut plus bouger, « accroché je sais pas comment ». M J. fait le lien avec une séance d'EMDR durant laquelle il souhaitait attraper quelque chose sur sa droite mais n'y parvenait pas. Il

souhaite chercher ce qu'il y a sur sa droite mais en a également très peur et n'ose pas aller plus loin.

La semaine suivante, le service de psychiatrie m'informe de l'absence de M J. pour sa séance de lendemain car il part à la clinique. J'ai rendez-vous le lendemain avec la psychiatre qui le suit.

5. *Entretien avec la psychiatre*

Je demande un entretien avec la psychiatre afin de parler du suivi de M J. et de son transfert vers la clinique. En effet, je me questionne sur l'irrégularité de son suivi depuis trente ans. La psychiatre évoque alors la non-reconnaissance de l'ESPT à cette époque, qui est représentée par l'absence de prise en charge de M J.. En effet, à l'époque de l'attentat, les ESPT semblaient être peu considérés par l'institution militaire et par conséquent, peu pris en charge.

Nous évoquons l'enkystement de ses troubles, le fait que son identité entière soit construite autour de cet attentat, jusqu'à sa rencontre avec sa femme. Il semble difficile pour M J. de se définir autrement que par cet attentat. La psychiatre m'explique ainsi comment M J. a été abandonné par le langage pendant cet événement au cours duquel il n'a pas trouvé de mots et comment cela vient également signifier un abandon des hommes. Le langage, cette faculté de communiquer avec Autrui, représente la condition d'Homme. Il est possible d'imaginer que l'absence de langage empêche la communication, l'échange avec l'être humain qui l'abandonne, ce qui enlève M J. de sa condition d'humain.

Par ailleurs, je mentionne son désir de retourner dans la clinique où il se fait régulièrement hospitaliser. En effet, je me questionne sur ce transfert dans une autre structure me fait craindre un lâcher dans le suivi. En m'intéressant à son anamnèse, je m'aperçois que M J. débute de nombreux suivis qui sont aussi rapidement interrompus. Je m'interroge sur le type de liens relationnels qu'il est amené à tisser. Peut-être est-il impossible pour M J. de poursuivre un suivi lorsque ce dernier le met en difficulté ? La psychiatre m'informe que M J. est peu en lien avec les soignants, ce qui expliquerait cette facilité à changer de personne dans la séance de psychomotricité. M J. est dans un fonctionnement très logorrhéique et le soignant est plutôt perçu comme un réceptacle qui lui permet de se déverser, de se vider. La psychiatre précise que lors des entretiens, la responsabilité des difficultés de M J. est toujours extérieure à ce dernier, l'empêchant ainsi d'être actif dans ce processus thérapeutique. La remise en question lui est impossible. C'est

également ce que je constate en séance de psychomotricité où M J. semble subir chaque évènement de sa vie, sans pouvoir exercer une action sur ces évènements.

Au niveau de ses suivis en psychiatrie et en psychomotricité à l'hôpital militaire, M J. les reprendra dès sa sortie de la clinique.

Je me sens alors quelque peu frustrée que le suivi que j'entretenais avec M J. s'interrompe de cette manière, après sept séances dont trois avec la psychomotricienne. Je trouve dommage que cet arrêt n'est pu être préparé et qu'il s'arrête par des injonctions administratives. En effet, la demande de M J. de poursuivre les séances de psychomotricité pendant son hospitalisation au sein de la clinique a été refusée. Cependant, je m'interroge sur la capacité de M J. à débiter des suivis sans les maintenir dans le temps. Cet arrêt représente selon moi, une autorisation pour M J. de ne plus maintenir le lien. Cela m'évoque un abandon de l'hôpital lorsque ce patient rejoue sa problématique relationnelle.

PARTIE THEORIQUE

A. De quelle souffrance parle-t-on ?

I. Historique du traumatisme

L'historique de la prise en charge des traumatismes psychiques débute vers la fin du dix-neuvième siècle (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008).

Charcot décrit en 1887 comment un « choc nerveux » traumatique peut mettre le sujet dans un état secondaire ressemblant à l'hypnose. Le sujet montre alors d'importantes manifestations dissociatives.

Ce concept de « choc nerveux » est repris en 1889 par Janet. Il explique comment lors d'une situation dangereuse et créant de la terreur, le psychisme est incapable de gérer « ses schémas cognitifs » déjà existants, associés aux émotions que fait naître cette situation. Les souvenirs sont donc dissociés, échappant à la conscience et au contrôle volontaire.

La même année, Oppenheim est le premier à employer le terme de « névrose traumatique ». Il montre que le symptôme d'un traumatisme provoque un changement moléculaire dans le système nerveux central, créant des problèmes cardio-vasculaires.

Parallèlement, en 1895, Freud parle d'un « subconscient » contenant des événements à fortes charges affectives dans un état de conscience modifiée car le Moi les rejette. La dissociation serait un mécanisme de défense. En 1896, Freud modifie cette théorie en l'associant au complexe d'Œdipe.

Janet et Freud établissent par la suite une clinique de la névrose traumatique. Il s'agit d'une « uniformité du contenu, obnubilation par le souvenir de l'accident, anxiété envers ce qui rappelle l'accident, troubles du sommeil avec cauchemars, modification du registre émotionnel et présence des troubles psychosomatique » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008, p21).

En 1915, Myers parle de perturbations émotionnelles qui provoquent les symptômes de la névrose de guerre. En 1941, Kardiner traite le sujet sous un autre angle et s'intéresse à l'importance des réactions neurovégétatives dans l'hypervigilance. Il considère cette dernière comme une manifestation pathologique qui a pour but de protéger l'organisme en permettant au Moi de ne pas intégrer les souvenirs traumatiques.

Après la seconde guerre mondiale, les recherches se portent davantage sur les facteurs de protection au traumatisme. Elles envisagent l'entraînement, la cohésion de

groupe, le leadership, la morale, comme limitant le risque d'un traumatisme. Aux Etats-Unis, les psychiatres portent leur attention sur la mise en place de thérapies permettant de travailler autour des « souvenirs traumatiques ». Méninger montre alors l'intérêt de la thérapie de groupe.

Le Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) apparaît dans le DSM-I en 1952 mais il est retiré en 1968 dans le DSM-II. Il se définit comme un trouble anxieux touchant les victimes de guerre. Krystal montre que la réponse traumatique va de l'état d'anxiété massive à un blocage des émotions et à l'inhibition comportementale. L'hyperactivation permanente du système neurovégétatif empêche le sujet de mettre du sens dans ses manifestations d'anxiété.

En 1982, des recherches qui s'effectuent autour des traumatismes de la femme et de l'enfant permettent de rapprocher la clinique des victimes de guerre à celle des victimes d'évènements traumatiques dans le DSM-III. Le PTSD est considéré comme un trouble anxieux se déclenchant suite à un événement stressant et réunit les différents syndromes traumatiques tels que le viol, les femmes battues, la guerre. Les symptômes qui en résultent sont appelés les reviviscences et se définissent par un « émoussement psychique avec un état d'alerte et de peur exagérée ». Le syndrome dissociatif est associé à une autre catégorie.

Dans le DSM-IV, seule la définition de l'état de stress aigu prend en compte la dimension dissociative du traumatisme.

En France, Barrois fonde en 1988 la psychotraumatologie. Puis en 1994, l'Etat crée la Cellule d'Urgence Médico-Psychiatrique (CUMP), présidée par Crocq, car le débriefing comme dispositif de soin est très critiqué, perçu comme une méthode expéditive.

II. L'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT)

Dans le cadre de mon projet de mémoire, j'évoquerai uniquement les éléments concernant les victimes de guerre atteintes d'ESPT. Selon Lebigot (2011), l'ESPT fait suite à un traumatisme psychique alors que le sujet est en état de stress.

1. Le stress

Ferragut (2005) reprend le concept de Freud selon lequel l'appareil psychique est délimité par un système de pare-excitation. Ce dernier peut être assimilé à une membrane perméable, ayant pour fonction d'intégrer certaines stimulations et d'en repousser d'autres capables de désorganiser, de mettre en danger la psyché. Lorsque des stimulations contiennent de grandes quantités d'énergie, le système de pare-excitation a des difficultés à se défendre et cela va modifier le circuit énergétique. Lebigot (2011) donne dans son ouvrage, des schémas explicatifs reprenant l'impact de ces stimulations sur l'appareil psychique (voir annexe 4). Le stress considéré comme une souffrance psychique avec de l'angoisse s'atténuent lorsque les stimulations stressantes disparaissent.

Dans le cas du traumatisme psychique, la soudaineté de l'évènement traumatique surprend le sujet. La grande quantité d'énergie traverse alors le système de pare-excitation et effracte l'appareil psychique, détruisant son fonctionnement.

En ce qui concerne l'ESPT, le stress et le traumatisme psychique se retrouvent. Les manifestations relevant du stress nécessitent des soins immédiats alors que les conséquences de l'effraction du traumatisme dans l'appareil psychique sont prises en charge dans des soins post-immédiats et /ou à long terme.

2. Le traumatisme psychique

L'évènement traumatique est une situation que le sujet perçoit comme « une menace contre sa vie ou son intégrité physique [...] dans un sentiment d'horreur, d'effroi et d'impuissance » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008, p22). Selon Ferenczi il serait « un choc équivalent à l'anéantissement de soi » (cité par Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008, p16). L'évènement traumatique se caractérise par sa soudaineté et sa brièveté.

Pour Lebigot (2011), le traumatisme psychique apparaît lors de la survenue de certaines perceptions ou sensations. Le système de pare-excitation qui tente déjà de lutter contre un état de stress ne peut plus se défendre, la perception fait alors effraction dans l'appareil psychique. Elle est une image « du réel de la mort ». Cependant, selon Freud (cité par Ferragut, 2005), l'Inconscient ne contient pas de représentation de la mort. L'image traumatique ne peut alors se lier à une représentation dans l'appareil psychique et

ne peut donc pas être transformée en souvenir. Par conséquent, elle reste selon Ferragut (2005), intacte et atemporelle.

Le traumatisme psychique a pour conséquence une mise à l'écart des représentations qui empêche le sujet de penser, avec un vécu d'effroi. Il se définit comme un « vide de la pensée, une absence de mots, une absence totale d'émotion » (Ferragut, 2005, p70) ; Freud décrit que « ce moment sans affect ni représentation, voué à l'image, signe le traumatisme » (Ferragut, 2005, p70).

Le déni ou encore la dissociation sont les conséquences inhérentes à ce traumatisme psychique, qui peut rapidement favoriser un état anxieux, des phénomènes conversifs, ainsi que des phénomènes psychosomatiques. Il est possible également de constater des troubles de la conscience pouvant découler de ce traumatisme (dépersonnalisation, déréalisation, désorientation spatio-temporelle), des psychoses délirante aiguës, un syndrome psychotraumatique précoce, des troubles thymiques ou encore le déclenchement d'un épisode psychotique. Il peut aussi faire naître un syndrome de répétition que l'on retrouve dans les cauchemars ou les reviviscences. Ce syndrome survient généralement après une période de latence durant laquelle le sujet peut présenter des angoisses, une dépression, un trouble des conduites, des plaintes somatiques, et des troubles du caractère.

3. *Les critères de diagnostic*

On distingue deux types d'ESPT faisant suite à un évènement traumatique.

L'ESPT aigu ou état de stress aigu se définit comme un trouble anxieux apparaissant dans la suite immédiate de l'évènement traumatique. Kédia (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008) en énumère les symptômes principaux tels qu'une réaction anxieuse de peur ou d'effroi, une sensation intense de menace de mort, un état de sidération ou d'agitation. L'état de dissociation traumatique fait partie des symptômes de l'état de stress aigu et se caractérise par une situation de torpeur, de déréalisation, de dépersonnalisation transitoire. Au cours de cet état de stress aigu, on note une altération de la conscience qui est modifiée durant l'évènement traumatique, entraînant ainsi un changement de la perception spatio-temporelle.

L'ESPT chronique correspond à ce que l'on nomme couramment ESPT. Il peut s'installer après un état de stress aigu mais également suite à une période de latence d'un mois (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008). L'ESPT doit persister pendant trois mois pour être diagnostiqué comme tel.

L'auteure montre que l'ESPT résulte de différents critères qui sont précisés dans le DSM-V (American Psychiatric Association et al., 2015) (voir annexe 5).

Tout d'abord, il doit faire suite à un **événement traumatique**. Le sujet peut, par ailleurs, montrer **des reviviscences** qui sont des phénomènes de répétitions envahissants et émotionnellement forts. Elles sont déclenchées par un ou des éléments qui rappellent l'évènement traumatique. Perçus comme dangereux, ils mettent le sujet en état d'alerte. Cet état émotionnel fort provoque une hypervigilance que le sujet met en place afin d'éviter d'être de nouveau confronté à ces reviviscences.

Un autre critère est celui de **l'évitement**, qui est une réponse du sujet pour diminuer son sentiment de menace, en évitant l'émotion qu'il a vécu pendant et après le traumatisme. Il s'agit également d'éviter certaines situations pouvant rappeler le traumatisme. Cela a pour conséquence un émoussement affectif, une amnésie touchant certains aspects du traumatisme ou encore un sentiment de détachement, d'étrangeté. Cependant, cette conduite d'évitement comportementale et cognitive empêche le sujet de s'adapter à son environnement et tend à maintenir le trouble.

Enfin, l'ESPT se définit également par une **hyperactivation du système neuro-végétatif** qui permet au sujet d'être en état d'alerte. Elle est la conséquence du sentiment de menace persistant et de la peur mais empêche la diminution et/ou disparition des réactions de sursaut. Ainsi, le sujet a peur de perdre le contrôle et devient facilement irritable.

4. La névrose traumatique

Lebigot (2011) montre que l'ESPT peut être assimilé à une névrose traumatique puisqu'il a le même fonctionnement et les mêmes mécanismes de défense. La symptomatologie de la névrose traumatique associe le syndrome de répétition à un état d'anxiété et d'angoisse.

L'ESPT se différencie de la névrose traumatique dans le positionnement clinique. En effet, la névrose traumatique est davantage associée à un positionnement psychanalytique, notamment par le remaniement du concept d'Œdipe. Ce dernier renvoie à la différence des sexes et celle des générations. Il vient alors signifier que l'omnipotence, être tout, est impossible pour l'humain. Si le sujet est un homme, il ne peut être femme par exemple. Ainsi, le complexe d'Œdipe est marqué par la perte, cette dernière faisant naître chez le sujet le désir et la pulsion épistémophilique. Cependant, le concept de névrose traumatique sous-tend que l'image traumatique prend la place de l'objet perdu au moment de l'Œdipe. Le sujet se retrouve alors pris dans des fantasmes originaires, de complétude, d'omnipotence, favorisant un vécu d'inhumanité. Cette événement traumatique est de l'ordre d'une violence fondamentale ; il s'agit pour les personnes militaires d'une transgression de l'interdit de meurtre, qui est un interdit organisateur de la psyché selon Freud. Cela fait naître chez ces personnes le sentiment d'être au dehors de l'humanité.

Ferragut (2005) précise que l'image traumatique est de la même nature que l'originare (retrouver la complétude dans la vie intra-utérine) c'est-à-dire inaccessible et interdite. Ce lien à l'originare fait alors de l'image une source d'angoisse mais aussi de fascination. Ainsi, le sujet peut éprouver différents ressentis comme se sentir différent, abandonné, de la condition d'Homme notamment. L'image traumatique peut également faire naître chez le sujet un sentiment de culpabilité. En effet, lorsque celle-ci vient à la conscience, elle fait apparaître alors une angoisse d'anéantissement, de néantisation mais également de plénitude.

5. Facteur de prédiction de développement d'un ESPT

Kédia (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008) et le DSM-V (American Psychiatric Association et al., 2015) énoncent des facteurs de vulnérabilités en faveur d'un développement d'un ESPT. Ainsi, des sujets soumis à un même événement traumatique n'ont pas tous les mêmes risques de développer un ESPT. Les variables individuelles et environnementales sont à considérer.

Il existe des facteurs génétiques et biologiques. Les femmes semblent davantage amenées à développer un ESPT. Par ailleurs, les sujets sont plus vulnérables s'ils montrent des antécédents de troubles psychiatriques ou des antécédents familiaux de troubles mentaux.

La nature, la durée, l'intensité, et toutes les autres caractéristiques de l'évènement traumatique semblent être des éléments importants dans le processus de mise en place d'un ESPT. Cependant, il ne s'agit pas de la qualité de l'évènement en lui-même mais de la manière dont il est perçu par le sujet.

En outre, les phénomènes péri-traumatiques sont également de bons facteurs de vulnérabilités car ils sont les réponses que le sujet a pu mettre en place face à la violence de l'évènement. La dissociation péri-traumatique est le facteur prédictif le plus important. Il semble que soixante-dix pour cent des personnes montrant un trouble dissociatif dans un état de stress aigu développe par la suite un ESPT. Les signes de détresse péri-traumatique tels que l'anxiété, le sentiment de menace et toutes les réactions physiques peuvent également être de bons indicateurs.

Par ailleurs, des facteurs de protection de l'ESPT peuvent être soulignés : le fait d'être préparé, entraîné aux situations de stress permettrait d'augmenter le sentiment de contrôle pendant l'évènement traumatique.

6. *L'évaluation clinique*

Dans l'armée, chaque régiment dépend d'un Centre Médical des Armées (CMA). Ce dernier comprend des médecins, infirmiers, psychologues, psychiatres. Les membres du corps militaire sont dans l'obligation de passer une visite médicale tous les deux ans. Ils peuvent cependant venir consulter s'ils en éprouvent le besoin. Rares sont les personnes militaires qui consultent d'elles-mêmes lorsqu'elles sont atteintes d'un ESPT. Très souvent, c'est l'entourage qui incite la personne militaire à consulter pour ses difficultés. Par conséquent, un certain temps peut se dérouler entre le début de l'ESPT et son diagnostic. Lorsque le diagnostic est posé, les militaires sont pris en charge au niveau médical, social et judiciaire. Des assistantes sociales sont donc également présentes dans les CMA pour les accompagner dans des projets futurs (réinsertion sociale, formations, reconversions professionnelles) et dans le dossier de pension militaire d'invalidité (PMI).

Il existe différents outils afin d'évaluer un ESPT (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008).

L'entretien d'évaluation permet de définir les troubles antérieurs à l'évènement traumatique. Il permet de recueillir un récit de l'évènement et des répercussions après celui-ci.

Des questionnaires permettent notamment d'évaluer les réactions péri-traumatiques. Le PDEQ évalue la réaction dissociative péri-traumatique, le PDI s'intéresse aux ressentis du sujet pendant et immédiatement après l'évènement.

Par ailleurs, certains questionnaires peuvent évaluer les conséquences psychopathologiques des traumatismes comme le CAPS qui définit les fréquences et l'intensité de chaque symptôme, l'IES+R qui se focalise sur les trois symptômes principaux : les reviviscences, l'évitement et l'hyperactivation neuro-végétative. D'autres questionnaires existent pour évaluer les troubles associés tels que le SCID ou le MINI.

7. *Les troubles associés*

Kédia (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008) reprend les différents troubles associés à l'ESPT.

En premier lieu, le traumatisme serait fréquent chez **les sujets souffrant d'addictions**. La substance addictive permettrait de réguler leur équilibre psychique. L'anesthésie corporelle et psychique qu'elle entraîne permettrait de limiter les reviviscences ou le sentiment de menace, mais entraînerait une difficulté dans l'élaboration, un récit détaché, sans affect.

L'alexithymie serait, selon Krystal, un mécanisme de défense venant répondre au traumatisme en se détachant des émotions et des affects. Elle se caractérise par une impossibilité à identifier et à mettre en mots ses émotions, en les distinguant des sensations corporelles. Elle est donc souvent en lien avec les symptômes dissociatifs. Certains auteurs considèrent que l'alexithymie fait partie des conduites d'évitement par un détachement des affects et une anesthésie des sentiments.

Des comorbidités sont retrouvés dans L'ESPT. Ainsi, il est souvent associé à un autre trouble anxieux comme le trouble anxieux généralisé, les attaques de panique, la phobie sociale, l'agoraphobie ou encore la dépression. Il existe également une fréquence de suicides ou de tentatives de suicide chez les personnes atteintes d'ESPT.

8. *Les dispositifs de soins*

Trois types de soins se distinguent concernant la prise en charge de l'ESPT. Les **soins immédiats** sont dispensés dans la Cellule d'Urgence Médico-Psychiatrique (CUMP) qui a pour fonction de prendre en charge à court terme les victimes d'évènements

traumatiques collectifs et permet de repérer les personnes en difficulté afin de les orienter vers d'éventuels suivis.

Les **soins post-immédiats** se composent de différentes méthodes comme le débriefing. Ce soin, individuel ou groupal, est destiné aux personnes confrontées à un événement traumatique. Il s'agit d'évoquer les faits et les vécus précis. Le but est alors de diminuer le stress. Le débriefing est mis en place par le médecin de l'unité de l'armée. L'ESPT peut également être pris en charge au sein d'un groupe de parole où il s'agit d'élaborer une réflexion autour des enjeux institutionnels. Par ailleurs, il est possible de disposer d'entretiens individuels suite au debriefing. Il s'agit alors de rencontrer le sujet pour connaître son évolution depuis le traumatisme et revenir sur des éléments qui n'auraient pu être évoqués auparavant.

Il est également possible de bénéficier d'une **psychothérapie psychodynamique**. Ce soin tend vers la guérison du sujet mais sans se centrer sur les symptômes. Elle traite le sujet en tentant de remplacer la jouissance liée au traumatisme par le discours que le sujet peut se créer de lui-même. En effet, il semblerait que le sujet subissant un traumatisme psychique serait en quête de l'objet perdu, l'originnaire, afin d'atteindre un état de complétude. L'objet perdu est alors remplacé par son image comme je l'ai cité plus haut. Ce point de vue montre qu'un même événement n'est pas forcément traumatique pour chaque personne. Il est à considérer dans son histoire, en prenant en compte l'avant et l'après. Il s'agit alors de relier le traumatisme, de le resituer dans l'histoire du sujet. Ainsi, la thérapie a pour fonction de permettre au sujet d'affronter à nouveau le manque et de pouvoir désinvestir l'image traumatique qui n'est plus un objet perdu mais un souvenir, pouvant être traité par le Conscient et l'Inconscient.

Il existe des **thérapies brèves** qui proposent un débriefing de trois à quatre séances, en se focalisant sur le traumatisme. Le sujet peut avoir recours à des psychothérapies à court, moyen et long terme. Il existe également des psychothérapies intensives : un entretien hebdomadaire pendant deux ou trois semaines. Enfin, il existe des thérapies de soutien.

Par ailleurs, différents outils de prise en charges des ESPT sont proposés (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008).

Les **psychothérapeutes** pensent le traumatisme comme un débordement de la psyché qui tente alors d'intégrer les souvenirs par un phénomène de répétition. Parallèlement à cette réponse, la psyché tente également d'éviter ces mêmes souvenirs. L'ESPT naît de ce conflit. Il est alors question de rééquilibrer la psyché et de resituer l'évènement dans un passé et un futur.

L'hypnose serait une forme de dissociation, vécue comme rassurante qui permettrait d'intégrer les souvenirs traumatiques.

Les thérapies cognitivo-comportementales apportent une autre approche et l'objectif est de diminuer les symptômes en augmentant des comportements alternatifs. Le but est de changer les schémas cognitifs pour modifier les comportements afin de diminuer les conduites d'évitement.

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) propose de retraiter les informations traumatiques afin de les relier aux systèmes fonctionnels en stimulant les systèmes physiologiques qui participent à l'assimilation des expériences. L'EMDR vise à créer un équilibre psychique favorable.

Enfin, différents **groupes de parole** existent. Les groupes de soutien s'intéressent aux vécus actuels du sujet et se focalisent sur la gestion du quotidien. Le groupe psychodynamique s'organise autour des récits du traumatisme et de sa compréhension. L'objectif est alors de donner du sens. Le groupe cognitivo-comportemental a pour fonction de diminuer les symptômes de l'ESPT et d'améliorer la qualité de vie, par la mise en place de programmes thérapeutiques. Il est important de préciser que le groupe de parole, reposant sur les principes de confidentialité et de respect de la personne, est mis en place par les associations d'aide aux victimes.

9. *D'un point de vue neurobiologique*

Le développement de cette partie portera uniquement sur des zones et activités cérébrales en jeu dans l'ESPT et ses troubles.

Le système limbique comprend l'hypothalamus (qui gère l'homéostasie du corps au travers de la température du corps, la nutrition, l'hydratation le repos etc.), l'hippocampe (qui donne un contexte spatio-temporel à l'évènement) et l'amygdale (centre des émotions). Le système limbique permet la régulation du système nerveux végétatif qui participe à celle des viscères et des muscles lisses. Il se divise en deux branches, le système nerveux végétatif sympathique qui met le corps du sujet en activité, et le système nerveux végétatif parasympathique, activé lors de l'état de repos du sujet.

Dans une situation de stress ou de menace, le système limbique active le système nerveux végétatif et plus particulièrement la branche sympathique. Cela permet au sujet de se mettre en état d'alerte (accélération du rythme cardiaque, respiration rapide, sudation ou encore dilatation des pupilles). Le système limbique favorise également la production de Corticotropin-Releasing Hormons ou CRH qui permettent la libération de cortisol, stoppant la réaction d'alarme du corps à la fin de l'évènement traumatique. Ces deux voies sont appelées l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien ou HHS. Parallèlement à l'activation de ce dernier que Lopez (cité par Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008) qualifie de voie rapide, l'évènement traumatique active la voie lente, replaçant l'évènement dans son contexte spatio-temporel et régulant la réponse émotionnelle par l'amygdale. Celle-ci se compose du cortex-préfrontal, du cortex cingulaire et de l'hypothalamus.

Lorsqu'un évènement fait traumatisme, la voie lente ne fonctionne pas et ne peut plus réguler l'activité de l'amygdale. Par conséquent, les sensations et 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.

10. D'un point de vue cognitiviste

Le processus de mémorisation s'effectue par une succession d'étapes. Tout d'abord, l'encodage permet aux informations de rejoindre l'aire somato-sensorielle du cortex cérébral. Les systèmes sensoriels reçoivent les différentes stimulations provenant de l'intérieur du corps et de l'extérieur du corps. Celles-ci sont envoyées, en passant par le thalamus, à l'aire somato-sensorielle. C'est la mémoire sensorielle, qui se compose de la

branche sensorielle, comprenant le système intéroceptif et extéroceptif, et de la branche somatique, qui gère la commande des mouvements volontaires et de la branche végétative. Les informations sont alors stockées dans la mémoire ou sont oubliées.

Lorsque les informations sont stockées de façon permanente, elles se situent dans la mémoire à long terme. Celle-ci se compose de la mémoire explicite et de la mémoire implicite. La mémoire explicite ou déclarative, permet de stocker et de récupérer des informations qui peuvent être pensées verbalement, mises en mots. Elle peut aller de l'opération mathématique au récit de vie et dépend principalement de l'hippocampe. La mémoire implicite ou procédurale gère toutes les connaissances et informations que le sujet possède mais qui ne peuvent être verbalisées. Par exemple, le fait de faire du vélo dépend de la mémoire implicite. Celle-ci agit le plus souvent de manière inconsciente. Elle est gérée par l'amygdale.

La mémoire traumatique correspond à la mémoire émotionnelle implicite (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008). Elle est immuable, le temps n'a aucun impact sur elle, les affects sont toujours vécus avec la même intensité. La mémoire émotionnelle implicite est également intrusive, envahissant la conscience, et déclenchée de façon automatique par une stimulation. Lors de reviviscences, c'est la mémoire traumatique qui s'exprime s'accompagnant d'un sentiment de détresse importante. Pour se défendre de cela, le sujet peut mettre en place des conduites d'évitement et/ou de symptômes dissociatifs (Rothschild, 2008).

III. La dissociation péri-traumatique

Cette partie concerne plus particulièrement la dissociation péri-traumatique, phénomène présent chez les deux patients rencontrés.

La dissociation se définit comme « une altération par rupture de l'unité psychique donnant un sentiment d'irréalité » (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2008, p49).

Janet s'intéresse à ce phénomène et explique qu'il s'agit d'une division de la conscience. C'est un processus qui place des parties de l'événement dans le subconscient, celles-ci échappent au contrôle volontaire. La dissociation se produit chez les personnes vivant des émotions intenses qui affaiblissent les capacités mentales du sujet. Ainsi, il lui

est impossible d'intégrer ces parties d'événement dans la conscience. La dissociation est le principal processus faisant apparaître les symptômes traumatiques. En effet, il s'agit de dissocier la mémoire explicite, qui n'est pas accessible, de la mémoire sensorielle qui elle, reste intacte. La dissociation est à l'origine des reviviscences qui sont un retour des éléments subconscients à la conscience, indépendamment de la volonté ou de la conscience du sujet. L'information dissociée implicite est déclenchée par le système extéroceptif ou intéroceptif qui provoque une hyperstimulation du système nerveux végétatif (Rothschild, 2008).

Or, c'est l'association des informations sensorielles avec la mémoire qui permet d'organiser le sujet dans une unité psychocorporelle et le monde de manière cohérente. Lors d'un traumatisme, les reviviscences sont telles qu'elles provoquent une distorsion de la réalité et augmentent l'angoisse. En lien avec l'hypervigilance, le monde est alors vécu comme dangereux. La dissociation permet ainsi de se couper de tous stimuli pouvant faire naître une reviviscence.

Le DSM-V (American Psychiatric Association et al., 2015) modifie quelque peu les critères de l'ESPT en incluant les symptômes dissociatifs (Kédia, Vanderlinden, Lopez, Van der Hart, & Sabouraud-Séguin, 2012). Il peut être spécifié avec ou sans symptômes dissociatifs. Le DSM-V définit deux types de dissociation : la dépersonnalisation qui est déterminée par des « expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps » (American Psychiatric Association et al., 2015, p322) et la déréalisation qui regroupe les « expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement » (American Psychiatric Association et al., 2015, p322). La dissociation peut se produire pendant le traumatisme et perdurer dans le temps.

Les manifestations traumatiques peuvent être de l'ordre d'un état de conscience modifié : le sujet peut ne ressentir aucune peur ni aucune douleur (Kédia et al., 2012). La dissociation peut donner lieu à une amnésie, une anesthésie de la douleur, une coupure des émotions, une perte de conscience ou un sentiment d'être en dehors de son corps. Il est possible de se demander si la dissociation est une tentative du sujet de limiter les conséquences du traumatisme ou si elle est une conséquence de celui-ci.

B. L'unité psychocorporelle

I. S'approprier son corps

1. *Les sens*

Le sens vient du latin « *sensus* » qui signifie ressentir. Il s'agit de la capacité pour le sujet de ressentir, au travers des récepteurs sensoriels, les stimuli venant de l'intérieur ou de l'extérieur du corps. Trois types d'informations sensorielles sont distingués. Premièrement, les informations intéroceptives concernent les sensations provenant de l'intérieur du corps c'est-à-dire les organes et les viscères. La sensibilité proprioceptive permet, grâce aux informations musculaires et tendineuses, d'ajuster l'équilibre et la posture du sujet. Enfin, le système extéroceptif se développe par les récepteurs captant les informations somesthésiques superficielles, en contact avec la peau.

Les récepteurs sensoriels reçoivent ainsi certaines informations et celles-ci sont transmises par l'intermédiaire des synapses au système nerveux central. Ces stimuli sont par la suite traités par l'encéphale et la sensation devient alors perception.

Les récepteurs sensoriels varient suivant l'organe sensoriel sur lequel ils se trouvent. Ainsi, cinq sens sont distingués : l'odorat, le goût, l'ouïe, la vue et le toucher. Chacun est en lien avec un type d'organe sensoriel et est traité par une zone cérébrale spécifique.

2. *La sensation et la perception*

D'un point de vue neurocognitivist, il semble important de différencier la sensation de la perception car elles ne se situent pas sur le même niveau.

La sensation appartient aux traitements dit de bas niveau. Il s'agit de l'impact de l'environnement sur le système nerveux central. En effet, un même objet présente différentes informations captées de manière fragmentée par les récepteurs sensoriels. Les sensations sont de l'ordre de données objectives. Ainsi, il n'y a aucune prise de conscience de l'objet car les stimuli sont traités de manière parallèle.

La perception dépend des connaissances du sujet et de la mémoire, elle est donc subjective. Il s'agit d'un traitement de haut niveau car elle est le produit de l'interprétation et de la mise en relation des informations sensorielles qui donnent forme à l'objet. Cette interprétation est indispensable pour apporter une cohérence à l'environnement et au comportement du sujet.

Ainsi, les informations sensorielles, par les récepteurs et les organes spécifiques, sont captées puis perçues par le sujet. Plusieurs concepts définissent comment les sensations et les éprouvés corporels sont des supports d'étayage à la construction psychocorporelle du sujet.

3. *Le corps propre (Wallon, 1963)*

Wallon définit la notion de corps propre pour expliquer la naissance du sentiment de soi chez l'enfant. Selon lui, le développement psychomoteur de l'enfant s'élabore par la mise en lien des domaines intéroceptifs, proprioceptifs et extéroceptifs, apparaissant de façon successive dans le temps. Progressivement, l'enfant peut différencier chaque flux sensoriel et les associer à un même objet. Sa perception devient plus complexe, complète et continue, permettant de faire naître un sentiment de continuité. Cette évolution montre que la notion de corps propre s'organise autour d'une activité psychique qui progresse à l'aide du processus différenciation/individuation mais également par la relation. La connaissance de son corps se fait d'abord par celle d'autrui. C'est en distinguant ce qui lui est extérieur que le bébé se perçoit et peut s'individualiser.

De plus, la notion de corps propre ne peut s'achever que si les autres processus de la psychogénèse se développent. Elle évolue en fonction de la socialisation mais également de la maturation psychobiologique. D'apparence simple, la construction psychocorporelle de l'enfant est constituée en réalité de différentes étapes : l'expérience immédiate avec la sensibilité brute puis l'intégration avec les images et enfin la symbolisation avec la représentation.

4. *L'équilibre sensori-moteur (Bullinger & Delion, 2004)*

Bullinger analyse comment par la motricité, les flux sensoriels nourrissent l'activité psychique de l'enfant dans les premières années de sa vie. Ces flux se définissent comme des signaux continus et orientés qui peuvent être réceptionnés par des systèmes sensoriels, composés de capteurs. Ces derniers n'ont pas pour but d'analyser les stimuli, d'en faire une perception mais ils entraînent des réactions toniques et posturales chez l'enfant. Les flux sensoriels sont ainsi des moyens de régulation de son état tonico-postural. Bullinger évoque un équilibre sensori-moteur qui lie le tonus à l'émotion mais qui est également en interaction avec l'environnement humain. Grâce au dialogue tonique, ce dernier peut

réguler les émotions de l'enfant afin de lui permettre un maintien de son équilibre sensori-moteur.

Ainsi, faire de son organisme un corps habité équivaut à rechercher cet équilibre. Celui-ci dépend de trois vecteurs. Le premier correspond aux propriétés physiques du milieu. Il s'agit de percevoir les stimulations et de les synthétiser dans un même corps. Chaque perception est intégrée par un sujet qui ne fait qu'un. Le second est le milieu biologique qui témoigne de l'importance d'un bon fonctionnement biologique des systèmes sensori-moteurs. Ils permettent en effet au sujet d'habiter son corps. Enfin, le milieu humain est une source externe de régulation tonique grâce au dialogue tonique.

Ces trois milieux constituent une surface équilibrée, permettant d'habiter son corps de manière stable. Chacun de ces milieux est indispensable et ne peut être compensé. Ils sont les supports de l'évolution de l'enfant vers la représentation qui va élargir cette surface d'équilibre.

5. *L'intégration motrice (Robert-Ouvray, 2010)*

Selon Suzanne Robert-Ouvray, l'identité psychomotrice se construit sur la base de l'intégration motrice et de la construction psychique, dans la relation avec l'environnement.

A la naissance, l'enfant a une perception de lui-même et de son environnement qui est fractionnée. Puis, les organes récepteurs évoluent et affinent la perception grâce au dialogue tonico-émotionnel avec la mère. Ainsi, l'enfant, en s'appuyant sur cette relation, est capable d'intégrer les informations qu'il reçoit dans un processus de comodalités.

L'intégration psychomotrice passe par différents niveaux : le niveau tonique, le niveau sensoriel, le niveau affectif, et le niveau représentatif. A la naissance, chaque niveau est perçu par l'enfant sur des couples opposés (hypotonique/hypertonique, dur/mou, plaisir/déplaisir, bon objet/mauvais objet). C'est quatre niveaux sont interdépendants et progressent de manière concomitante. Ils sont en lien avec l'environnement maternel, notamment en fonction de son absence ou présence, de son propre tonus et des représentations que la mère a de son enfant, qui vont lui permettre de prêter des affects à

celui-ci. L'évolution de ces niveaux permet ainsi la transformation des stimulations brutes en représentations.

Par ailleurs, la temporalité se construit grâce à l'enchaînement de différents stimuli, modifiant l'état tonique de l'enfant. Grâce au rythme alternatif du plaisir/déplaisir ou tendu/détendu, l'intégration psychomotrice est possible. La périodicité et l'organisation assurent ainsi un sentiment de continuité de vie, permettant de créer l'attente et le désir car l'enfant souhaite retrouver la satisfaction. Il fait ainsi le lien avec l'absence ou la présence de la mère. C'est le début de la différenciation soi/non-soi.

Par conséquent, l'unité psychocorporelle se fonde sur un rapport précoce entre l'organisation motrice et le psychisme naissant, dans la relation à un Autre différencié. Cela assure la cohésion et la cohérence de notre identité psychomotrice.

II. Le sentiment de continuité d'existence et la subjectivité

1. *Le rythme*(Marcelli, 1992)

Dès la naissance, l'enfant vit uniquement dans la discontinuité. Chaque expérience, chaque temps, est vécu de manière fragmentée. Pour pallier ce vécu angoissant à l'origine de menaces d'effondrement, l'enfant développe sa capacité à penser. Le développement de la pensée se fonde sur l'équipement neuro-moteur de l'enfant, ses compétences propres et dépend de la relation qu'il entretient avec son environnement. Le développement cognitif est également en lien avec l'investissement du temps. Le temps se définit par le passé (aspect rétrojectif) qui concerne la mémorisation et le futur (aspect projectif), en lien avec l'anticipation. Ainsi, cet investissement du temps organise le rythme qui détermine la capacité du sujet à investir les temps d'attente mais également la pensée.

Marcelli définit les macrorhythmes comme des temps circulaires, donnant lieu à des répétitions, à une ritualisation. Ceci permet à l'enfant de donner du sens aux événements et au temps, lorsqu'il est partagé avec son environnement. Les répétitions sont également la base du processus de mémorisation ainsi que de la capacité d'anticipation.

Les microrhythmes, sont des moments brefs marquant la surprise pour l'enfant et sont également essentiels au développement de la pensée. Ils sont une modification du rythme propre de l'enfant qui témoigne de sa capacité à interagir avec son environnement. En effet, les microrhythmes permettent de rendre tolérables puis pensables les écarts entre la

réalité interne de l'enfant (son anticipation, ce à quoi il s'attendait dans la régularité des répétitions) et la réalité externe (marquée par la surprise).

Par le rythme, l'enfant crée de la continuité là où au départ il y a discontinuité. La pensée naît de la régularité, qui assure un sentiment de sécurité, et des surprises. Ces dernières ponctuent la régularité du rythme de l'enfant, maintenant ainsi son attention à l'environnement. Les expériences se suivent et se lient afin que l'enfant se construise une unité psychocorporelle, lui donnant ainsi son sentiment d'existence.

2. *Le sentiment de continuité d'existence*

Selon Winnicott, le Self ou le noyau identitaire de chacun se construit à partir des expériences sensori-motrices de l'enfant, en lien avec son environnement maternel. Il a pour but d'assurer le sentiment de continuité d'existence afin de lutter contre les angoisses d'annihilation ou d'effondrement. Ainsi, ce sentiment consiste à se sentir le même que la veille et le même que le lendemain malgré une possible évolution. Il assure la stabilité du Self de l'enfant et il dépend de l'étayage de son environnement maternel qui lui permet de se différencier et de s'individuer comme sujet dans une continuité identitaire.

Ces différents appuis théoriques montrent l'importance de l'expérience sensorimotrice en lien avec l'environnement dans la construction de l'unité psychocorporelle. Le sentiment de continuité permet par ailleurs d'assurer cette unité comme base de notre identité et de notre subjectivité, donc de se sentir sujet individué. Comment alors l'ESPT vient-il menacer l'identité du sujet et son unité psychocorporelle ?

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

I. Quand le sujet n'est plus sujet

Ainsi, le sentiment de soi n'est pas inné. Il s'agit d'une construction dépendant des facteurs précédemment cités. Il me semble que l'ESPT met en difficulté la subjectivité du sujet et son sentiment de continuité d'existence. En effet, l'investissement corporel est mis à mal par les reviviscences, les conduites d'évitements et l'hyperactivation du système nerveux végétatif. Giromini et Lesage (2013) définissent la fonction psychosomatique comme le fondement de la corporéité. Cette dernière s'appuie sur l'engagement corporel qui est fortement lié aux émotions et peut, par conséquent, entraîner des désordres neurovégétatifs atteignant les fonctions organiques.

Le traumatisme vient marquer une rupture dans le sentiment de continuité d'existence. Le sujet ne se sent plus le même qu'avant, surtout lorsqu'il présente un état de dépersonnalisation. Le sentiment de continuité d'existence est menacé. Marcelli précise que « si cette menace se fait envahissante, la psyché doit alors trouver un scénario même factice. [...] Tuer le corps, tuer la pensée peuvent être deux stratégies pour survivre dans l'illusion »(citée par Matkovic, 2015, p15). Ainsi, la dépersonnalisation peut être perçue comme un moyen de défense que le corps met en place face à une menace d'anéantissement. Cependant, dans ce clivage, le sujet ne se sent plus lui-même. Par conséquent, cet état de dépersonnalisation maintient le sujet dans une discontinuité et met en difficulté son sentiment de continuité d'existence. Il est possible de percevoir ce phénomène chez M C. comme chez M J. La dissociation leur permet de se couper de leur corps pour éviter les phénomènes de répétitions. Or, elle fait également naître un sentiment d'étrangeté qui les empêche de se sentir sujet.

Par ailleurs, le sentiment d'identité se constitue par une entité, un noyau stable dans le temps et l'espace. Ainsi, l'organisation spatio-temporelle se construit en premier lieu à partir du sujet pour ensuite permettre la perception spatio-temporelle de l'environnement. Or, le traumatisme marque une rupture dans la temporalité du sujet. Dans le cas de l'ESPT, il ne s'agit pas d'une simple rupture mais d'un retour du passé dans le présent. Selon Lesage (2012), cette désorganisation temporelle peut faire perdre le sens des limites corporelles et donc l'unité psychocorporelle permettant la subjectivité et la pensée. De plus, cela désorganise également le rapport à la réalité du sujet. En effet, M J. signifie ce retour du passé dans le présent lors de ses reviviscences qui l'obligent à se laver pour

enlever la poussière sur son corps. Le futur n'est pas envisageable car le présent n'est pas vécu. De la même manière, M C. semble figé dans son corps, inanimé. Le temps paraît s'être arrêté pour ces deux personnes.

La personne atteinte d'un ESPT ne pourrait prendre appui sur son corps et sur ses sensations pour subjectiver, se sentir sujet. En effet, les sensations provoquant des reviviscences font naître à nouveau de l'effroi, des angoisses de mort, empêchant la base d'un sentiment d'unité psychocorporelle. Pour Lesage (2012), lorsque la personne ne peut prendre appui sur son corps, la pensée se déstructure. Quand le corps n'est plus perçu par le sujet comme un système cohérent, son identité ainsi que la perception du monde sont affectées. L'hypervigilance serait un bon indicateur de la distorsion de la réalité. Le besoin de M C. de regarder par la fenêtre et de ne pas pouvoir fermer les yeux me fait penser à cette angoisse qui rend l'environnement menaçant pour le sentiment d'unité du sujet. Il en est de même pour M J, lorsqu'il m'explique sa perception de l'environnement derrière la fenêtre de la salle de psychomotricité. M J. y voit un espace menaçant qui peut potentiellement attaquer l'hôpital et surtout l'attaquer lui-même.

Par ailleurs, le sentiment d'identité naît du fait de sentir son corps mais il est également en lien avec l'affectivation du corps. Ainsi, Damasio montre comment les émotions naissent des sensations corporelles grâce au système limbique du cerveau et permettent la subjectivité (cité par Lesage, 2012). Éprouver une émotion liée à une situation implique donc de la vivre corporellement. Cependant, lors des reviviscences de M C. et de M J., nous constatons que les émotions naissent dans l'ici et maintenant mais à partir d'un événement passé qu'ils perçoivent comme réel et présent. Il me semble que cette hypersensibilité aux stimuli oblige quelque peu le sujet à se replier sur lui-même. Ainsi, il est possible de percevoir comment M C se coupe de ses émotions. Cela lui permet de s'investir dans un corps uniquement technique, fonctionnel et moteur. Cependant, cela l'éloigne d'un vécu de sujet dans un corps vivant, le privant de son sentiment d'appartenir à la condition humaine. L'ESPT modifie l'identité et les capacités relationnelles du sujet (Montean & Mèle, 2013).

Dans ce suivi, de nombreux éléments m'ont interpellée, questionnée. Tout d'abord, ces personnes me paraissent figées, atemporelles. En effet, le temps ne semble pas les toucher et les faire évoluer. Le traumatisme marque un avant et un après qui modifie l'organisation

spatio-temporelle et par conséquent l'identité du sujet. Ainsi, M J. se présente toujours comme un ancien militaire rescapé. De la même manière, M C. serait, au début du suivi, figé dans l'après-diagnostic. Les projets sont impossibles à construire et les soins sont difficiles à investir. De même, mes premières pensées sont orientées par un désir de mettre de la vie, du rythme dans leur corps. Defontaine précise que le traumatisme est marqué par l'effraction de l'événement dans la corporéité du sujet et sa perception : « l'intégrité corporelle est frappée, la perception et la conscience du corps propre violentées » (Defontaine, 2013, p44).

De plus, je m'interroge sur la notion de plaisir qui me paraît inexistante chez ces patients. Le vécu de la peur dans les cauchemars et les reviviscences me semblent très violent. Je comprends ainsi le besoin que ces patients ont d'éviter certaines situations et de se replier sur eux-mêmes. Je m'intéresse au corps plaisir à travers une expérience corporelle partagée et ludique. Même si M C. et M J. ont des reviviscences, il serait intéressant de leur montrer que leur corps n'est pas uniquement associé à un vécu d'effroi, de peur, d'inhumanité. En effet, quand l'unité psychocorporelle n'est plus cohérente, l'identité du sujet et sa perception de son environnement sont atteintes. Grâce à l'expérience corporelle, les patients peuvent éprouver des vécus agréables qui me semblent pertinents dans l'étayage d'un processus de subjectivation. Le fait que l'expérience corporelle soit partagée permet de leur faire éprouver une certaine humanité par laquelle l'échange et le partage d'affect sont possibles.

« Les destructions concomitantes de l'identité, de l'unité et de la dynamique corporelle et de la spatio-temporalité, de l'intersubjectivité, soulignent par défaut le travail accompli pour maintenir et engager l'unité du corps » (Lesage, 2012, p62). **Ainsi, mon processus d'élaboration s'oriente autour de cette question : Comment les médiations corporelles permettent-elles d'accompagner une personne atteinte d'ESPT vers un investissement corporel ?**

II. Le rôle de la psychomotricité

1. Définition de la psychomotricité

Le sentiment d'unité psychocorporelle et donc l'identité psychomotrice se construisent à partir de l'expérience sensori-motrice. Par la relation à l'environnement, il

s'agit pour le sujet d'être en capacité de vivre cette expérience mais également de se l'approprier et de la symboliser.

La psychomotricité vise à soutenir ces processus. Selon Potel, elle s'appuie sur la sensorialité pour « renforcer le sentiment d'exister et être en relation avec un autre » (Potel, 2010, p168).

Le soin psychomoteur me paraît intéressant car il mobilise le corps dans toutes ses modalités : expressive, praxique, instrumentale ou encore relationnelle. Il s'agit, comme le précise Joly (2013), d'un travail corporel ludique, adapté et médiatisé par la relation, permettant au sujet un investissement du corps. Celui-ci découvre ou redécouvre le plaisir de se sentir être dans son corps, de se sentir fonctionner, dans une relation favorisant l'identification avec le thérapeute. Le soin psychomoteur comme expérience corporelle intersubjective soutient ainsi plusieurs processus thérapeutiques. Il contribue à la transformation des souffrances et à un remaniement psychique par des processus de symbolisation et de subjectivation. Le soin psychomoteur permet également l'ouverture à l'environnement en favorisant les liens à l'Autre.

2. *Les Médiations corporelles*

Roussillon (2010) définit les médiations thérapeutiques comme l'utilisation d'un médium permettant de matérialiser le processus de symbolisation. Il s'agit pour le sujet de pouvoir intégrer cette « matière première psychique » laissée par l'expérience. La médiation met ce processus psychique au dehors du sujet et le rejoue dans la relation avec le thérapeute. Le médium malléable, cet objet médiateur suffisamment souple, adaptable, est transformé en représentation. Roussillon précise que ce n'est pas l'objet médiateur qui fait médiation mais bien le processus mis en place autour de cet objet et dans la relation.

Joly (2013) définit les médiations corporelles par ce qu'il nomme le médiatif et le travail du médium. Le premier correspond à l'expérience corporelle intersubjective. Le médiatif utilise le corps et ses éprouvés pour fabriquer de la matière première psychique dans l'espace-temps de la séance de psychomotricité. Le corps en relation permet d'investir le lien corps-psyché.

Le travail du médium symbolise ces premières matières psychiques qui sont co-crées dans la relation d'ici et maintenant, mais également celles qui n'ont pu être symbolisées

auparavant. Le sujet s'approprie l'expérience pour la symboliser, en s'appuyant sur l'objet médiateur et sa fonction de médium malléable.

Par conséquent, les médiations corporelles ont différents buts. Elles sont une thérapie du présent qui met en jeu des expériences corporelles et leurs éprouvés ainsi que des processus d'identification avec le psychomotricien. Elles favorisent la remédiation de certains désordres fonctionnels et/instrumentaux mais contribuent également à un apaisement des souffrances psychiques. Les médiations corporelles soutiennent l'expérience du corps propre en relation permettant de travailler sur des comportements d'inhibition ou d'instabilité. Elles portent aussi sur la capacité du sujet à habiter son corps, à s'investir corporellement pour ainsi devenir sujet. Elles favorisent la découverte d'un corps plaisir et étayent le travail de liaison et de symbolisation.

Les médiations corporelles visent à donner du sens aux éprouvés corporels grâce au partage des affects ; la sensation se transforme en émotion.

Rodriguez (2013) précise la notion de médiation corporelle et l'envisage comme un travail de figuration, d'appropriation et de mise en sens. Il en existe plusieurs types : la sensorialité telle que le massage ou la relaxation, l'expressivité du corps par le théâtre ou le mime, et la sensori-motricité au travers d'activités ludiques ou perceptivo-motrices. Il s'agit dans la médiation thérapeutique, de trouver un espace psychocorporel commun au patient et au psychomotricien. Ainsi, les éprouvés sont partagés pour être symbolisés. La manière d'approcher le patient dans la médiation corporelle diffère en fonction du médium utilisé.

Concernant le suivi de M C., nous commençons à travailler sur les trois axes présentés ci-dessus. Cela lui permet de s'engager corporellement, de travailler sur son expressivité et ses vécus corporels. Au fil des séances, il est plus facile pour M C. de s'engager. Même si l'expressivité est encore difficile, nous avons axé le projet thérapeutique autour de ses vécus corporels.

M J. ne nous montre pas de réelles difficultés dans son engagement ni dans son expressivité. Par conséquent, nous lui proposons de la relaxation psychomotrice pour qu'il s'intéresse à ses vécus corporels et puisse faire des liens avec son histoire.

III. L'engagement du corps, les corps en relation, l'expression du corps

1. L'investissement du psychomotricien comme soutenant celui du sujet

Une des spécificités de la psychomotricité se trouve dans l'engagement corporel du psychomotricien. Nous devons nous investir corporellement et nous engager dans le soin pour favoriser une expérience relationnelle. Le psychomotricien agit dans l'expérience et est également un objet qui permet au sujet de symboliser. Nous prêtons notre corporéité pour soutenir celle du patient. Ainsi, l'expérience vécue est partagée et favorise un processus d'élaboration intersubjective et subjectivante pour le sujet.

Il est important pour le psychomotricien d'être attentif au choix de la médiation. L'aisance du psychomotricien me semble nécessaire pour accompagner l'appropriation du médium par le sujet. Ainsi, le soignant est support de la relation et favorise la communication. Giromini et Lesage (2013) précisent la fonction miroir de la médiation. Il s'agit pour le psychomotricien de refléter les ressentis du sujet pour les représenter. Notre corporéité est l'instrument qui permet la relation. Nous éprouvons et nous avons une conscience du corps avec, par et pour l'autre au travers de la fonction miroir et du dialogue tonico-émotionnel. Les vécus sont ainsi exprimés, partagés pour étayer la symbolisation.

L'évolution de M C. montre de quelle manière il s'engage progressivement dans la relation et dans son corps. Il me semble que cette évolution est en lien avec ma propre corporéité. Dans son ouvrage, Lesage indique que « nous percevons et lisons autrui à travers notre structure » (Lesage, 2012, p234). Au début du suivi, je suis quelque peu figée, bloquée dans mon corps. Il m'est difficile de m'engager dans l'échange de ballons et je ressens une inquiétante étrangeté. En ce qui concerne M C., j'observe des difficultés de coordinations, un corps figé, un repli corporel important et une incapacité à faire varier les temps. Ma volonté de mettre de la vie dans le soin, de ne plus être bloquée et de ne plus sentir M C figé, me permet de m'ouvrir progressivement. En parallèle, j'observe que M C. s'engage davantage. Il ose, prend plaisir et fait quelques démonstrations d'humour. Durant les échanges, il est souriant, il peut maintenant faire varier la vitesse et les coordinations sont fluides et précises. Il semble éprouver du plaisir dans ces échanges et se permet également de nous faire des « feintes » avec les ballons.

Lors des situations de mimes, je n'ose pas m'engager par peur du regard de l'Autre. Il en est de même pour M C., qui expédie très vite ses mimes. Pour les éviter, il nous donne même des indices verbaux. A travers la relation que nous avons construite, je me sens davantage investie dans les situations. Il est difficile de demander à M C. de s'exprimer corporellement si je suis aussi dans une fermeture corporelle. Cela semble permettre à M C. de percevoir chez l'Autre l'expressivité du corps et de l'expérimenter. M C. cherche alors à me faire mimer les situations avec de plus en plus de précisions pour qu'il puisse les deviner. Cela me demande de m'engager davantage et de mettre en avant mon expressivité corporelle. Par la suite, M C. se montre plus engagé dans ses mimes. Ceux-ci sont plus longs, plus précis mais surtout plus expressifs. Je m'interroge sur son besoin de percevoir chez l'Autre l'expressivité corporelle et l'engagement que les mimes nécessitent pour lui. Les mimes lui permettraient d'investir son corps du côté de l'expressivité. Giromini et Lesage (2013) indiquent que la modulation corporelle du psychomotricien permet au patient de s'adapter et de jouer également des modifications corporelles. Le sujet perçoit qu'il peut s'impliquer différemment et peut symboliser l'expérience.

2. L'expérience de plaisir

En psychomotricité, il est intéressant de favoriser des expériences ludiques mais également des expériences de plaisir. Un des axes de travail que je souhaite mettre en place avec M C. est la redécouverte d'un corps plaisir dans la relation. Allouch définit les médiations comme des « supports d'étayage des pulsions sexuelles sur les fonctions du corps et les objets du monde via un autre » (Allouch, 2013, p60). Il est question pour le sujet de faire des expériences de plaisir qui permettent un travail de liaison étayant le processus de symbolisation. Rodriguez (2013) précise que la fonction motrice est la première fonction de la relation. Il s'agit pour le sujet de sentir son corps dans la relation. Par cette proposition, j'imagine que cela lui permettrait de découvrir son corps du côté d'une pulsion de vie, d'une expérience de plaisir qui favorise l'unité psychocorporelle. Selon moi, retrouver une cohérence dans son corps et un équilibre entre pulsions de vie et pulsions de mort participent à la construction d'une identité psychomotrice. Cette dernière permettrait alors au sujet de retrouver une part d'humanité qu'il aurait perdu suite à l'événement traumatique. Il est possible que M C. fasse part de cette difficulté lorsqu'il dit être « sauvage » en présence de plusieurs personnes.

M C. se présente comme une personne sportive. Il nous paraît alors intéressant de lui proposer une activité perceptivo-motrice comme les échanges de ballon. Cette activité permet à M C. de s'ouvrir à la relation, de s'engager corporellement. Je repère dans l'évolution du suivi que M C. se montre davantage ouvert dans les séances et ce, dès son arrivée à celles-ci. Il sourit et paraît moins figé, plus vivant. Après quelques séances, il s'autorise à faire de l'humour ce qui l'humanise à mes yeux. Dans ces moments, je ne le ressens plus comme un bloc de pierre, il est dans la communication avec Autrui. Ces échanges permettent également l'instauration de la relation. M C. me semble ouvert et peut mettre en mots certains vécus ou ressentis.

Le suivi de M J. évoque cette importance d'une expérience de plaisir pour être sujet. Le toucher permettrait à M J. de se sentir dans son corps. Ainsi, lors de la première séance avec la psychomotricienne, les images de corps morcelés disparaissent avec le toucher qu'il vit comme « doux et agréable ». M J. est très surpris par ces sensations. Treussard (1997) évoque un étonnement du toucher qui fait trace, étayant un travail d'élaboration. Ainsi, lors de la séance suivante, M J. évoque cette surprise du toucher qui lui permet de se sentir à nouveau et de ressentir un vide à l'intérieur de lui. Il associe ce sentiment de vide à son vécu de solitude lors de l'attentat. Il se questionne alors sur l'agréabilité du toucher : « est-ce que je dois me défendre et refuser ce toucher ? ». L'expérience de plaisir favoriserait l'émergence de la subjectivation par l'accès à son monde interne. Dans son questionnement, c'est comme s'il n'est plus possible pour M J. de vivre une expérience de plaisir, de sentir un vécu agréable dans son corps. Or, il me semble que l'expérience de plaisir est de l'ordre de la pulsion de vie et est associée à l'humanité. Je m'interroge sur la difficulté de M J. à retourner dans le monde des vivants.

3. L'engagement corporel pour construire son identité dans la relation

L'engagement corporel du psychomotricien permet de soutenir l'investissement corporel et le sentiment d'identité du sujet. Cette relation en miroir lui permet d'élaborer son vécu dans un dialogue infra-verbal informant et structurant (Giromini & Lesage, 2013). Ainsi, le sujet se construit sa subjectivité par sa conscience de lui-même et par celle de l'Autre. Lesage précise que l'expérience corporelle proposée en psychomotricité favorise le sujet à se sentir, à habiter pleinement son corps. En effet, par le mouvement, la perception que l'on en a et la représentation qui en naît, la mobilisation du corps impacte la

psyché. Cette construction corporelle participe à celle de l'identité. Ainsi, cette dernière est constamment remaniée par les différentes expériences vécues dans la relation. Lesage précise que « le travail sur les structures du corps, sur l'édification du corps [...], est aussi un travail d'instauration psychique, relationnel, tant il est vrai que le corps est indissolublement lié au sujet et n'existe pas en dehors de l'intersubjectivité » (Lesage, 2012, p65).

D'une manière générale, M C., semble se découvrir de plus en plus et s'éprouver plus finement. Sa mise en mots très dichotomique progresse. La conscience corporelle peut ainsi modifier sa perception de lui-même et participer à son sentiment d'identité. Cette évolution se retrouve dans les dessins de M C. qui ont eu lieu à quatre mois d'écart. Le premier ne représente qu'un ovale et ses commentaires autour de sa réalisation sont très pauvres. Il commence le second par l'ovale et peut ajouter, pendant le temps où nous l'interrogeons sur ce qu'il est en train de réaliser, la tête, les bras et les jambes. Cela indiquerait une évolution dans l'investissement de son corps. M C. qui se percevait uniquement à travers l'aspect militaire par le buste qui représente le corps dans son ensemble, modifie quelque peu sa perception de lui-même. Il n'est plus uniquement un tronc mais un ensemble de segments reliés. Son identité semble s'étoffer et devient plus fine, plus précise. En effet, le dessin permet de renseigner sur l'intégration corporelle du sujet (Lesage, 2012). Je m'interroge également sur la signification du premier dessin qui signifierait son repli corporel au début du suivi et le deuxième, représentant le travail qu'il a effectué sur son investissement corporel.

Même si je note une évolution dans son engagement et son investissement corporel ainsi que dans sa capacité de mise en mots, je perçois encore son unité psychocorporelle fragile. Les arrêts réguliers des suivis montreraient ses difficultés à éprouver la continuité du sentiment d'existence. Mon envie première de rendre ce suivi vivant signifie peut-être la difficulté de M C. à se sentir vivant dans son corps.

Le dessin de M J. m'évoque une meilleure intégrité corporelle malgré le fait que ce soit également un ovale. En effet, celui-ci est assez gros et se situe au milieu de la feuille. Le corps paraît ouvert et morcelé. Je crois pouvoir mettre en lien ce dessin avec la difficulté de M J. à se sentir unifier. M J. dit ne pas percevoir son bras comme étant le sien et ne sait pas comment ce membre est accroché au reste du corps. Par ce dessin, M J. signifierait son vécu de morcellement qui impacterait sa capacité à se sentir sujet.

IV. Le rythme : organisateur de l'identité

D'après Ciccone (2005), le rythme permet au sujet d'accéder au sentiment de sécurité et à sa subjectivité car il est propre à chacun. Ainsi, quand le sentiment de sécurité n'est plus présent, il semble intéressant d'accompagner le sujet dans une recherche de sa structure rythmique. D'après Puijarinet (2013), les émotions peuvent provoquer des distorsions temporelles qui permettent au sujet de s'adapter aux stimulations de l'environnement.

1. La trace de l'expérience

Nous nous intéressons à faire naître du rythme dans le corps figé de M C.. Puijarinet explique que la temporalité est d'abord vécue, éprouvée du dedans avant d'être représentée. Ainsi, la temporalité est indissociable de la motricité. Nous tentons d'instaurer des séquences temporelles pour que M C. puisse se les approprier. Les rendez-vous ont lieu le même jour et à la même heure. De plus, les séances s'organisent de la même manière : le réveil corporel, l'activité perceptivo-motrice, l'expression corporelle et la relaxation. Nous savons par la psychologue que son organisation temporelle est un indicateur de son équilibre psychique. Ainsi, lorsqu'il ne sent pas bien, M C. est incapable de s'organiser pour aller au rendez-vous.

Nous cherchons à ce que l'expérience vécue dans la séance fasse trace. Ainsi, les expériences corporelles que nous proposons nécessitent le mouvement. Or, le mouvement est la caractéristique principale associée à la vie ; il est également à la base de la naissance du rythme et donc de la temporalité. Au début du suivi, les expériences ne semblent pas faire trace chez M C.. Il ne se souvient pas des séances et lorsque nous lui demandons comment ses journées s'organisent dans la semaine, il est incapable de répondre. Montean et Thomas (2010) expliquent que les difficultés du sujet à pouvoir se remémorer certains événements entraînent un déficit dans l'élaboration de ceux-ci. Quelques séances plus tard, M C. m'informe avoir refait du sport pour la première fois. J'interprète cette information comme un événement qui a fait trace dans son organisation temporelle.

2. Lier le passé au présent

Le rapport au rythme est différent pour M J.. Je ne le perçois pas comme figé dans son corps mais figé dans le passé. Il ne semble pas avoir investi l'après-traumatisme. Il est

donc question de lui faire éprouver son corps dans le présent pour ensuite relier le passé au présent.

Les séances de relaxations permettent à M. J. de s'éprouver dans l'ici et maintenant. Il s'agit « ensuite de décaler le sujet d'une perception immédiate pour l'amener à convoquer son passé afin de réinterpréter le présent autrement que par la répétition » (Thomas & Montean, 2010, p594). Cette médiation me semble être adaptée au patient qui n'a pas de difficulté à verbaliser ses éprouvés. Il est en capacité de les lier à ces vécus concernant l'attentat mais je me questionne sur sa capacité à les associer à des événements antérieurs au traumatisme.

Le rythme, propre à chacun, permet ainsi de faire émerger le sentiment de continuité d'existence. Ainsi, nous pouvons imaginer qu'il atténue le vécu de dissociation. De plus, selon Lesage (2012), le travail psychocorporel se fonde sur le corps et l'expérience qui se mettent en forme réciproquement. Cela vient soutenir l'organisation spatio-temporelle du sujet qui lui donne ce sentiment de continuité d'expérience.

L'organisation du dispositif de soin me semble importante au vu des difficultés des patients. Il s'agit de favoriser une intégration temporelle par un dispositif fixe : les suivis ont lieu aux mêmes heures et le même jour. Je crois pouvoir rapprocher le dispositif aux macrorhythmes (Marcelli, 1992) qui favorisent le sentiment de continuité d'existence car l'organisation de la séance est constante. Cependant, chaque séance est unique et il ne s'agit pas de répétitions. Les microrhythmes se retrouvent dans les variations que nous proposons au sein des médiations.

Il s'agit de favoriser un sentiment de continuité d'existence tout en soutenant leur capacité à penser.

V. La relaxation : le sentiment de soi par l'éprouvé corporel

La relaxation favorise la conscience de soi-même en prêtant attention aux éprouvés corporels. Cette médiation permet au sujet d'être autant en relation avec lui-même qu'avec Autrui. Cette écoute du corps propre tend à diminuer la souffrance psychique, elle favorise le narcissisme et l'identité par l'étayage du processus de subjectivation (Joly, 2013). Ainsi, le sujet peut éprouver son corps comme lui appartenant grâce à ses ressentis. Il lie ses sensations à des affects pour les intégrer par le processus de symbolisation. La relaxation fait appel à la globalité du sujet pour lui permettre d'exister par la prise de conscience

corporelle (Thiveaud, 1997). Cette dernière modifie la fonction tonique et favorise l'émergence d'affects. Progressivement, la relation du sujet avec le psychomotricien lui permet de prendre conscience de son corps sous forme de tensions.

Soulignac-Morreno (1997) reprend les différents temps de la relaxation. Tout d'abord, le sujet s'installe le plus confortablement possible. Il s'en suit une phase d'approfondissement pendant laquelle le psychomotricien propose des inductions verbales. Ce dernier est attentif à sa voix qui doit être mesurée, adaptée et bienveillante. De même, le regard n'est pas intrusif. Sami-Ali souligne que « ce qui se passe dans le corps se passe en définitive dans la relation à l'Autre » (Soulignac-Moreno, 1997, p13). Le psychomotricien vient également toucher le sujet et lui renvoie les informations qu'il perçoit à travers le dialogue tonico-émotionnel. L'auteure définit différents types de toucher : le contact, la pression qui informe de l'état tonique et des enveloppes musculaires, ou l'enveloppe qui donne des perceptions du volume, de la longueur et de la masse. Le toucher n'est pas ambigu, il est sûr et doux. Ainsi, le sujet enrichit ses vécus corporels. Le temps de reprise a pour but de retrouver un tonus de soutien et de reprendre contact avec l'environnement. Enfin, le temps de verbalisation consiste à faire un travail d'élaboration. Le sujet prend conscience de lui-même dans l'ici et maintenant mais fait des liens avec son histoire.

Caut (2012) s'intéresse à la relaxation psychomotrice avec des patients atteints d'ESPT. Il s'agit de proposer une situation au sein de laquelle le sujet se sent protégé, reconnu et accompagné dans ses perceptions émotionnelles et toniques. Le psychomotricien accompagne le sujet dans l'accueil de ses sensations et dans leur élaboration. Le sujet ne doit pas être envahi pour qu'il se sente de nouveau capable de ressentir. Selon Montean et Mèle (2013), il s'agit d'offrir au sujet un cadre thérapeutique pour favoriser la reconnaissance et l'expression du sujet. Ils évoquent pour certains sujets une désintégration du lien corps/psyché et du lien entre l'individu et le groupe. L'objectif de la relaxation est alors que le sujet sente et nomme ses sensations pour faire trace. Cette dernière est considérée comme un processus de changement permettant d'inscrire le traumatisme dans l'histoire du patient.

Tout au long des suivis de M C. et M J., nous axons les séances autour de la globalité du corps pour favoriser l'émergence d'une unité corporelle. Nous proposons

beaucoup de mobilisations actives ou passives pour M C. ainsi que des séances autour de la fermeture/ouverture des yeux.

En ce qui concerne M J., il est question de l'unité corporelle, de se sentir entièrement relié. Nous travaillons ainsi autour de l'enveloppe corporelle, de l'axe par des toucher globalisants et par des mobilisations actives.

1. Ma découverte de la relaxation

Ce stage m'a permis de découvrir la relaxation, que je n'avais jamais pratiqué ni observé. La psychomotricienne m'a alors accompagnée dans une initiation. Les débuts m'ont été difficiles car j'ai dû travailler sur l'ajustement de ma voix et de ma posture à travers mon état tonique, mon toucher ainsi que des différents temps de la relaxation. Cette découverte a été pour moi riche en vécus et en enseignements.

Je m'aperçois que la relaxation, pour le psychomotricien comme pour le sujet, consiste en une recherche d'accordage permettant de faire émerger les vécus corporels et leur verbalisation.

Les séances de relaxation pour M C. me questionnent. En effet, lorsque je suis en position d'observatrice, ces moments paraissent difficiles à vivre pour M C.. Je le perçois hypertonique, figé sur le matelas et incapable de fermer les yeux. En ce qui concerne M C., la mise en mots de ses sensations est pauvre voire inexistante. C'est comme s'il fuit la séance de relaxation par son regard accroché au plafond. Au fil des séances, il peut cependant nommer quelques sensations, évoquer sa difficulté à fermer les yeux et son besoin de regarder la psychomotricienne s'approcher de lui pendant le temps du toucher. Cela fait percevoir l'intérêt de ce temps pour M C.. Nous étendons par la suite le temps de relaxation puisque cela semble être sa principale difficulté.

C'est avec M C. que je réalise ma première séance de relaxation. Ainsi, je ne suis pas certaine de mon positionnement et cette séance me paraît difficile pour lui comme pour moi. La perception que j'ai de lui allongé sur le matelas me rend tonique et je ne parviens pas à adapter ma voix pour créer à un bain sonore suffisamment contenant. De plus, M C. me met difficulté car il intervient verbalement pendant le temps d'approfondissement et sursaute lors du premier contact tactile. Cela m'évoque son sentiment d'insécurité. Treussard (1997) souligne la fonction contenante, définit par Anzieu, qui permet la prise de conscience de soi et d'une continuité de l'enveloppe corporelle grâce à l'expérience tactile et aux mobilisations.

Pendant ce temps de relaxation, je n'ai pas su être suffisamment contenante pour M C. car je n'étais moi-même pas sûre dans mon positionnement interne. Cela me permet de m'interroger sur les objectifs des séances de relaxation de M C.. Je souhaite également qu'il vive une expérience corporelle sûre et apaisante qui lui permette de ressentir son corps, de faire émerger des affects à partir de ses éprouvés corporels pour les mettre en lien avec son histoire. Avoir en tête cet objectif m'aide à construire mon positionnement et à ajuster ma posture vocale et corporelle. Ainsi, la dernière séance que nous faisons avec la psychomotricienne marque pour moi un temps nouveau dans le suivi. En effet, il me semble mener cette séance avec beaucoup de plaisir, de calme et de contenance. Selon moi, cela favorise la capacité de M C. à mettre en mot son dessin et à faire des liens avec l'événement traumatique. Cette séance de relaxation me laisse à penser que nous trouvons un accordage. M C. parvient à fermer les yeux quelques instants. Au toucher, il ne sursaute pas et je le sens détendu. Sa verbalisation est plus riche et il transpire moins.

Les séances de relaxation avec M J. ne me procure pas le même vécu. Tout d'abord, nous ressentons que M J. a déjà expérimenté ce type de médiation. Il connaît le principe de la relaxation et recherche à faire émerger des sensations dans son corps. Il s'installe confortablement, semble présent dans la séance et je ne perçois pas d'hypertonie. Lorsque j'ai proposé de la relaxation à M J., j'en avais déjà pratiqué quelques-unes. Je pense que cela m'a permis de m'accorder plus rapidement à M J.. Je perçois ce suivi comme plus facile à mettre en place car M J. est réceptif à cette médiation corporelle. Les objectifs de soins me paraissent plus clairs pour M J. et je me sens moins intrusée par sa corporéité. Il met beaucoup de mots sur ses sensations et fait des liens avec son histoire rapidement. Je pense que cela me rassure dans ma posture ce qui me permet de lui offrir un cadre sécurisant pour qu'il accède à son corps. Selon Tordjman , « on peut imaginer le patient tel un spéléologue qui s'aventure parce qu'il se sait relié à la surface et qu'il peut remonter à tout instant » (Tordjman, 1993,p139). Cette métaphore me rappelle tout à fait M J. dans sa manière d'aller « à la rencontre de son corps » mais également dans sa peur faire surgir dans la conscience des éléments de son histoire.

2. *Eprouver son corps*

Reinalter Ponsin (2002) indique que la relaxation permet au sujet d'éprouver son corps propre dans un cadre spatio-temporelle de l'ici et maintenant. Cette concentration sur le

corps favorise un « lâcher-prise » permettant au sujet de diminuer ses défenses pour accéder à des sensations plus fines et des affects plus profonds. Ainsi, les modifications toniques que procure la relaxation amènent à un changement de conscience de soi. « Grâce à ce retour sur soi, on est plus disponible aux messages corporels, des tensions se libèrent, les retrouvailles avec son corps propre se font » (Tordjman, 1993, p134). Selon Sarda (2002), il s'agit de faire émerger les vécus corporels pour permettre la différenciation dedans/dehors. Cela permet de travailler sur l'image du corps en mobilisant l'investissement libidinal du corps, expression des conflits psychiques (Tordjman, 1993). L'état corporel du sujet exprime son histoire qui est actualisée dans la relation avec le psychomotricien. Ce lien entre le passé et le présent permet le sentiment de continuité d'existence, base de l'unité psychocorporelle et de l'identité du sujet.

Je perçois bien qu'accéder à l'intérieur de soi n'est pas chose facile pour M C.. Son hypervigilance, marquée par son hypertonie et les sursauts lors du toucher, semble l'empêcher de se concentrer sur son corps. Il en est de même pour sa transpiration. Selon moi, celle-ci vient signifier sa difficulté à accéder à ce « lâcher-prise » dont parle Tordjman. De plus, je me questionne sur la manière de se concentrer sur son corps quand nous ressentons une telle gêne. Par ailleurs, l'alexithymie de M C. rend difficile sa capacité à mettre en mots ses vécus. Il peut cependant évoquer par moment le fait de se sentir « mou » ou de s'être senti détendu mais il ne peut les associer à son histoire. Je remarque que le peu d'association qu'il fait est toujours en lien avec l'armée. Par exemple, il explique que le côté droit est musclé par le port de son arme. Il me semble que pour M C., le travail en psychomotricité l'aide à prendre contact avec son corps et la relaxation lui permet de faire émerger des vécus corporels qu'il peut saisir. Il paraît fuir ce moment, comme s'il en avait peur mais il ne semble pas pouvoir évoquer ses inquiétudes. Pour faciliter ce temps de verbalisation, je lui propose alors des mots renvoyant à des sensations comme dur/mou, chaud/froid etc. Il peut parfois s'en saisir mais sans les préciser davantage. Je mets en lien mon besoin de lui mettre des mots à disposition sous forme de dualité à ce que l'enfant peut éprouver à la naissance comme l'explique Suzanne Robert-Ouvray. Je pense que mettre des mots à sa disposition permet à M C. de choisir ceux qui se rapprochent le plus de ses vécus corporels. Ainsi, cela facilite le processus d'appropriation et de représentation.

Au début du suivi, la difficulté pour M J. réside principalement à pouvoir éprouver son corps. La psychomotricienne nomme les parties du corps ce qui, comme le précise Reinalter Ponsin (2002), renforce le schéma corporel et ainsi le sentiment de globalité du corps. M J. ne perçoit pas son corps mais a des reminiscences de corps démembrés vus lors de l'attentat. De plus, son hypervigilance l'empêche de se concentrer sur son corps, M J. montrant un tonus élevé. Il lui est difficile de sentir son corps sans le toucher de la psychomotricienne. Lors de la première séance, beaucoup d'émotions sont venues après le temps de reprise et M J. ajoute « [qu']elles sont liées à tout ça, toute cette histoire ».

Progressivement, il semble que M J. peut développer un sentiment de sécurité car dans les dernières séances, il ne souffre plus de réminiscences ni de son hypervigilance. Ainsi, il peut se concentrer sur son corps, l'éprouver et faire des liens avec son histoire. Lors des séances que je lui propose, M J. entre rapidement dans la relaxation, la respiration est plus profonde et son état tonique diminue. Au cours des deux premières séances que j'axe sur l'enveloppe corporelle, M J. parvient à sentir chaque partie de son corps reliée, comme « formant un tout », ce qu'il trouve très agréable. Il m'indique cependant ne pas se sentir vraiment dans son corps et évoque un besoin d'être plus actif pour se sentir. La séance suivante, je lui propose alors de travailler autour de l'axialité, avec des mobilisations actives. M J. sent son corps comme coupé en deux. Son côté droit ne lui appartient pas, « c'est accroché je sais pas comment ». Il le ressent comme mort, ne voulant plus bouger. Son côté gauche est bien rattaché à son corps, il lui appartient et M J. le sent plus actif que le côté droit : « c'est impressionnant ». Il rapproche ce vécu à l'attentat, le côté droit représentant l'effondrement du bâtiment, « c'est l'apocalypse », alors que le côté gauche est marqué par l'arrivée des sauveteurs. Il associe également ce vécu à la séance d'EMDR pendant laquelle il souhaite attraper « quelque chose à droite ».

Il me semble qu'une des difficultés de M J. réside dans le fait qu'il n'habite pas son corps. Il peut facilement associer les vécus corporels qui émergent des séances de relaxation à l'événement traumatique sans que cela ne fasse trace. Il me paraît difficile en effet d'intégrer de nouvelles expériences corporelles lorsque l'on n'habite pas son corps. Il parle également d'une envie de vouloir aller plus loin dans ses associations mais fait part néanmoins d'une peur. Je mets ceci en lien avec l'image traumatique qui angoisse et fascine à la fois. Entrer dans un processus d'intégration de l'événement traumatique paraît nécessiter une sécurité interne suffisamment stable. Cette dernière s'étaye sur un sentiment d'unité corporelle et de continuité d'existence que M J. ne semble pas avoir.

Ce processus est également en lien avec un remaniement de son identité. Pour M J. il est question de trente ans de vie pendant lesquelles il s'identifie comme un rescapé de l'attentat atteint d'ESPT. Je me questionne ainsi sur ce qui lui « resterait » de ses repères narcissiques et identitaires s'il ne se définissait plus comme tel.

3. *Le toucher facilitant l'éprouver corporel*

Le toucher permet de rencontrer et d'échanger avec le sujet. Par le dialogue tonique, celui-ci ressent l'état corporel du psychomotricien mais également le sien. Selon Lesage, « la main du thérapeute fait office de miroir, donnant au patient à se voir lui-même » (Lesage, 2012, p249). Il s'agit d'un geste qui accompagne le sujet dans cette épreuve de réalité, à travers ce qui se vit au sein de la relation. Le toucher diminue l'écart des vécus des protagonistes au vu d'une co-construction des ressentis (Sarda, 2002). Ainsi, il atténue les distorsions possibles entre ce que le sujet sent par lui-même et ce qu'il sent de lui-même par le toucher.

Le toucher permet l'émergence d'éprouvés corporels, nouveaux ou qui font retour, et d'émotions qui permettent la pensée. Par la diminution des tensions psychocorporelles, le toucher donne un accès à l'intériorité du sujet (Sarda, 2002). Ainsi d'après Tordjman (1993), le toucher favorise un réinvestissement libidinal avec une délimitation des frontières du Moi. En effet, il soutient le travail de différenciation du dedans et du dehors lorsque l'enveloppe corporelle est défaillante.

Par ailleurs, Sarda souligne que la relaxation ne peut être un toucher, celui-ci étant « au contraire un passage de transition vers penser, inventer rêver ... » (Sarda, 2002, p95). Il me semble que cela a été mon cas au cours de mes premières séances. J'avais tendance à passer beaucoup de temps sur le toucher, comme si je m'accrochais à celui-ci. J'associe ce besoin de toucher à mon insécurité dans ma pratique de la relaxation. Lorsque je me suis sentie plus à l'aise avec cette médiation, j'ai pu davantage l'envisager comme une étape de la relaxation mais non comme une entité.

Dans le suivi de M C., je me sens tonique dans le toucher que je propose. Je perçois M C. comme un corps figé, raide, avec les yeux ouverts. Il m'est difficile de mettre à distance cette vision quelque peu mortifère. En comprenant mieux l'intérêt du suivi en relaxation, je peux travailler sur ma posture et sur mon état corporel. Cela me permet de me « décoller » de ce vécu qui me semble être le sien. Même s'il me reste encore à

travailler sur mes difficultés, je pense avoir pu améliorer mon positionnement, notamment lors de la dernière séance avec la psychomotricienne. Je ne perçois plus M C. comme un corps figé mais comme un corps en demande de vie. Je le sens pour la première fois plus apaisé et réceptif. Je me sens plus contenante et M C. n'a pas sursauté.

Lors des séances que je lui propose, M J. évoque le toucher comme un moment « hyperagréable » qui « permet de se sentir moins seul » car il « marque une présence ». Le toucher paraît mobiliser chez M J. son existence propre de sujet. Il touche ici à l'importance et au besoin de sentir l'Autre pour se sentir soi-même dans son corps. Pour reprendre le concept de corps propre de Wallon, il me semble que ce moment rappelle la capacité de l'enfant à percevoir ses éprouvés corporels à partir de ses états toniques en lien avec son environnement pour se constituer son unité psychocorporelle. En effet, lorsque M J. évoque son envie que « cinquante mains se posent partout pour sentir [s]on corps », il semble signifier son incapacité à maintenir son enveloppe corporelle et la défaillance de son sentiment de continuité d'existence. M J. est constamment en hypervigilance et montre un tonus assez haut. Lors de cette séance de relaxation, M J. semble calme, apaisé. Le toucher me confirme qu'il est détendu. De plus, il associe ce toucher à son sentiment d'existence. Je m'interroge alors sur le fait que le toucher lui ait permis d'avoir un retour de sa corporéité, de l'intégrer afin de construire sa subjectivité.

Son besoin d'être touché m'évoque également son sentiment d'abandon. Il peut d'ailleurs dire « j'ai été abandonné par l'armée, par mon travail et maintenant c'est ma femme ». Je mets en lien ce sentiment avec son unité psychocorporelle défaillante. Le sentiment d'existence, d'être sujet n'est possible que par la présence d'un Autre. Cependant, par le sentiment de continuité d'existence, nous pouvons continuer à nous sentir sujet et à nous sentir exister malgré l'absence de l'Autre. L'absence serait très angoissante pour M J. Ainsi, il évoque la peur que sa femme disparaisse dès qu'elle s'absente ce qui l'oblige à lui téléphoner très rapidement après son départ. En séance de relaxation, le toucher permet à M J. de se sentir exister par ma présence. Cela me renvoie au besoin de contenance du jeune enfant et comment le dialogue tonico-émotionnel lui renvoie ses vécus corporels. J'associe ce processus à la fonction alpha de Bion. Il s'agit pour la mère de recevoir des éléments brutes (éléments bêta) de son enfant, de les transformer en éléments plus élaborés, plus construits (éléments alpha). Cela soutient le processus de subjectivation et de représentation de l'enfant.

Conclusion

Au cours de ce mémoire, j'espère avoir pu retranscrire la mise en place et l'évolution des suivis psychomoteurs avec des personnes souffrant d'ESPT. Cette pathologie, par les différents symptômes qu'elle entraîne, oblige le sujet à subir d'importants remaniements de son unité psychocorporelle. Par conséquent, elle modifie l'identité propre du sujet qui doit se reconstruire suite à l'événement traumatique.

Lors de ma rencontre avec M C. et avec M J. leur corporéité et leur problématique du lien m'ont touchée. Il semble qu'ils se rejoignent autour de la problématique abandonnique. Selon moi, elle convoquerait une nécessité de sentir son corps sur un niveau plus primaire.

Il s'agit alors en psychomotricité de favoriser des expériences corporelles de l'ordre du plaisir et du ludique. Par son engagement dans la séance et dans son corps, le psychomotricien accompagne le sujet à (ré)apprivoiser le sien. L'importance d'éprouver son corps est ainsi indispensable pour la construction de son unité psychocorporelle.

Les médiations corporelles semblent bénéfiques pour les patients que j'ai rencontrés. Elles permettent un cadre de confiance et la construction de la relation. Elles favorisent également l'investissement corporel du sujet par la mise en place d'un rythme qu'il peut appréhender, anticiper.

Ces suivis soulignent également l'importance d'une réflexion transdisciplinaire. Chaque suivi est complémentaire ce qui permet une prise en soin globale. L'alliance thérapeutique maintient le lien lorsque celui-ci est rejoué dans la problématique abandonnique de ces sujets.

Ces deux personnes m'ont beaucoup interpellée, tant dans leur investissement corporel que dans le mien. Leurs suivis m'ont mise au travail quant à ma corporéité, principal outil du psychomotricien. Grâce à eux et à la réflexion qu'ils m'ont amenée, j'ai pu m'interroger et évoluer dans ma posture de future professionnelle.

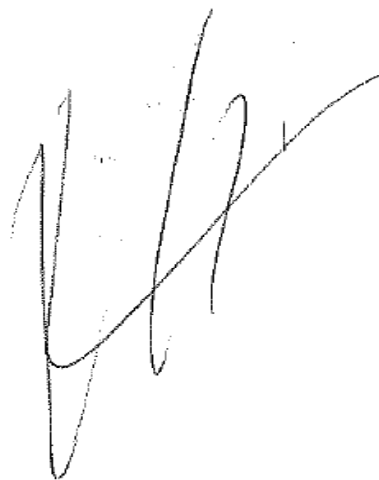
A Julie et Salomé pour leur soutien...

A ma mère et Nicolas, ils m'ont portée et supportée...

A mes maîtres de stage pour leurs accompagnements dans ces années de formation...

Un grand merci.

Vu par Régis Montean, maître de mémoire :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Montean', written over a horizontal line.

Références Bibliographiques

Livres :

American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (Éd.). (2015). *DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Bullinger, A., & Delion, P. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Ramonville Saint-Agne, France : Éditions Érès.

Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2008). *Psycho-traumatologie : l'aide-mémoire*. Paris, France : Dunod.

Lebigot, F., & Daligand, L. (2011). *Traiter les traumatismes psychiques : clinique et prise en charge*. Paris, France : Dunod, DL 2011.

Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : structure, étayage, mouvement et relation*. Toulouse, France : Éres.

Robert-Ouvray, S. B. (2010). *Intégration motrice et développement psychique : une théorie de la psychomotricité* (2e édition révisée). Paris : Desclée de Brouwer.

Rothschild, B. (2008). *Le corps se souvient : mémoire somatique et traitement du trauma*. Bruxelles, Belgique : de Broeck.

Articles :

Allouch, E. (2013). Du choix psychothérapeutique des techniques du corps et des autres médiations. Une esthétique d'orientation économique. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (173), 58-63.

- Caut, I. (2012). Revenir sur ses traces : vécu traumatique et relaxation psychomotrice. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (169), 98-106.
- Giromini, F., & Lesage, B. (2013). Quand le corps parle de soi-même... et à l'autre. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (174), 114-126.
- Joly, F. (2013). Psychomotricité & médiations corporelles thérapeutiques : Le médiatif et le travail du médium malléable. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (173), 38-51.
- Marcelli, D. (1992). Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson - ProQuest. Consulté à l'adresse <http://search.proquest.com/openview/fd2e67b02f58381977af72efeb9b9020/1?pq-origsite=gscholar>
- Montean, R., & Mèle, É. (2013). *L'apport de la psychothérapie de relaxation*. Consulté à l'adresse http://its-tours.centredoc.fr/opac/index.php?lvl=notice_display&id=42001
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20(4), 86. <http://doi.org/10.3917/ep.020.0086>
- Soulinac-Moreno, H. (1997). L'approche de l'autre. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (111), 12-14.
- Thiveaud, M. (1997). Relaxation psychomotrice, *Thérapie psychomotrice et recherches*, (111), 6-11.
- Thomas, G., & Montean, R. (2010). Du faire au dire : à propos de la temporalité chez le patient alexithymique. *L'information psychiatrique*, me 86(7), 591-595.
- Tordjman, M. (1993). La détorsion des images tordues ou le toucher en psychothérapie de relaxation dans la constitution de l'image du corps. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (99), 132-139.

Wallon, H. (1963). Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre.

Enfance, 16(1), 121-150. <http://doi.org/10.3406/enfan.1963.2318>

Mémoires :

Matkovic, L. (2015). *Je sens donc je suis : la médiation par les sens au soutien du sentiment d'identité chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer*. Lyon, France.

Annexes

Annexe 1 : premier dessin de M C.

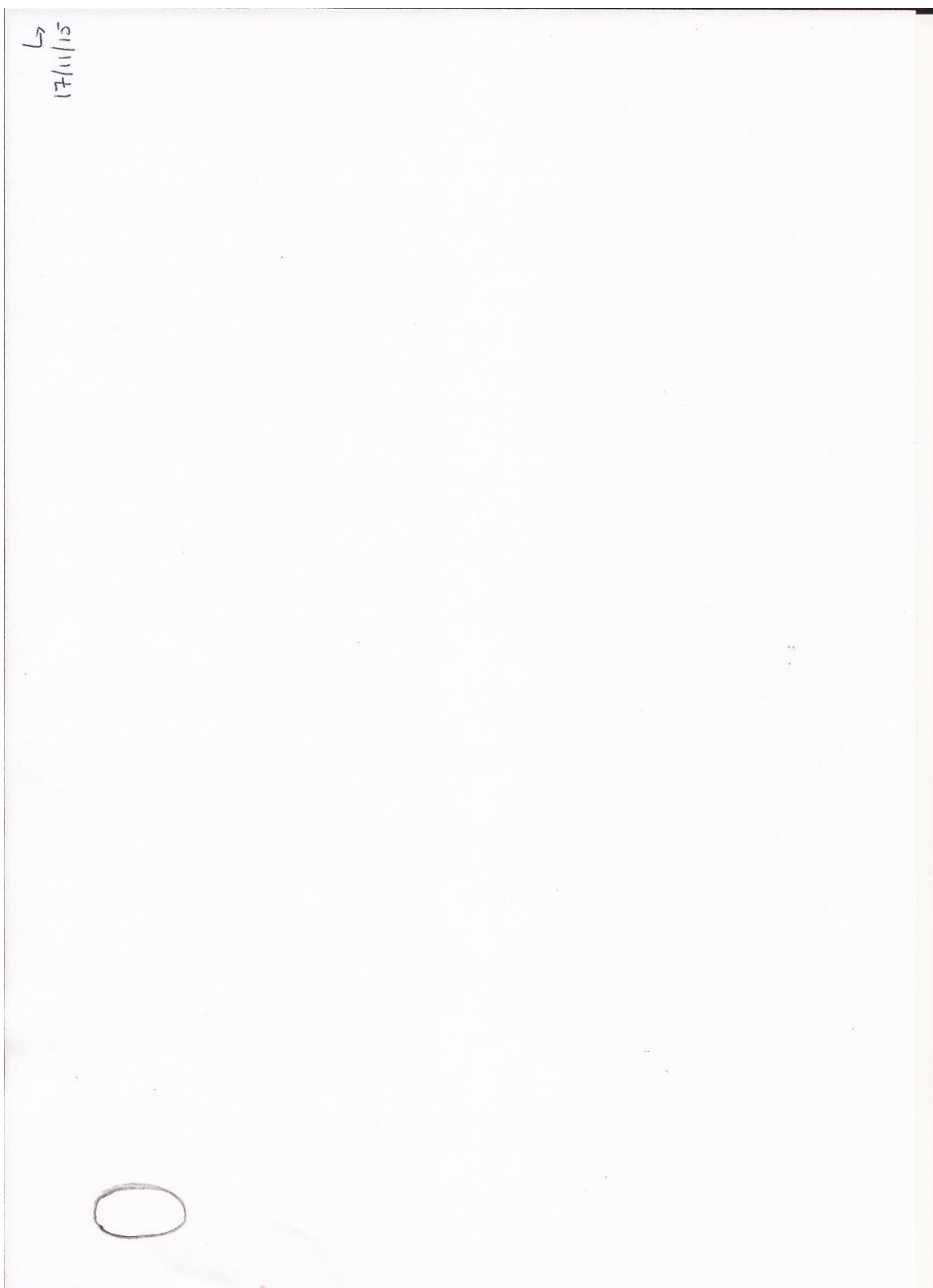
Annexe 2 : second dessin de M C.

Annexe 3 : dessin de M J.

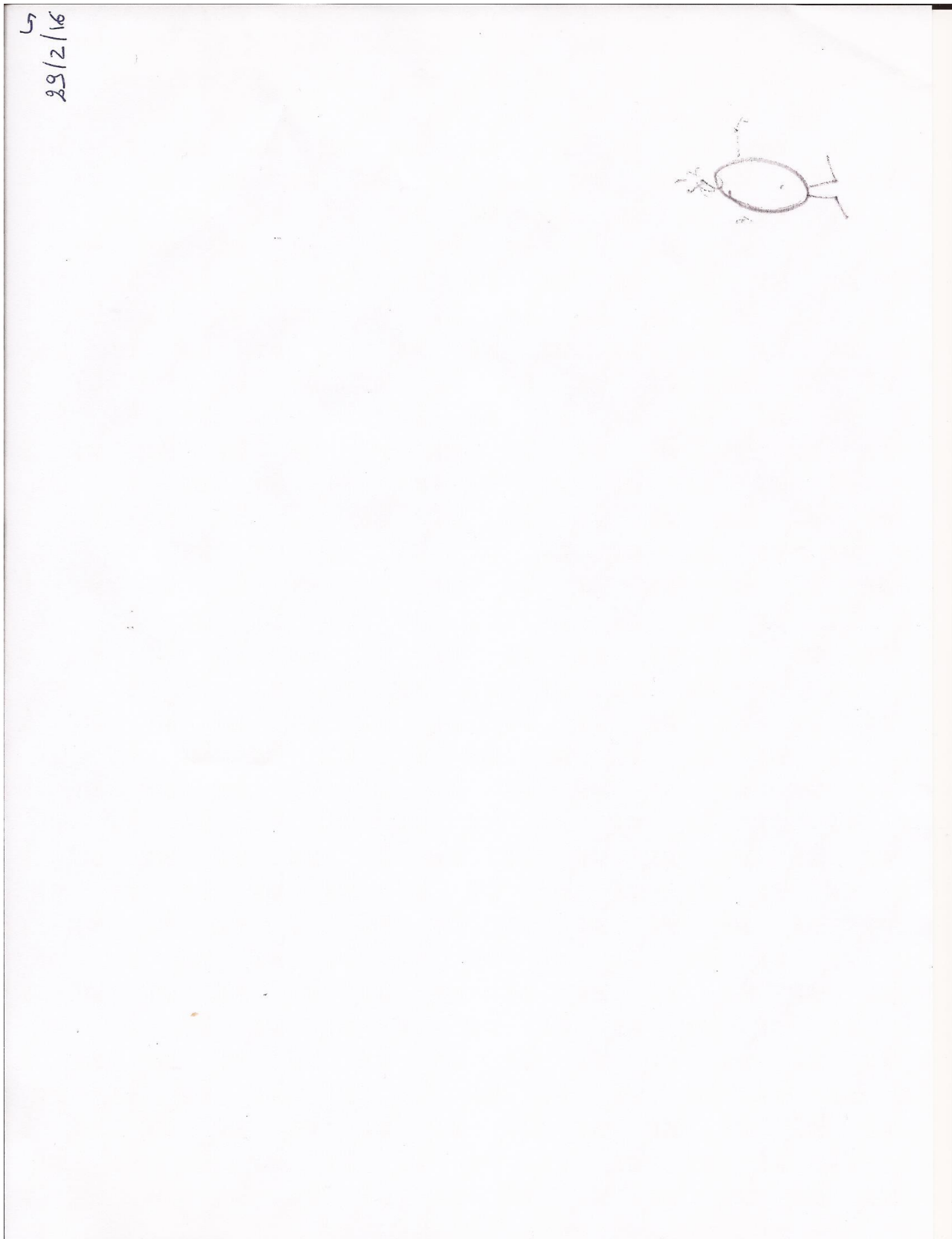
Annexe 4 : schémas de Lebigot (2011, p10-11) sur l'impact du stress et du traumatisme psychique sur l'appareil psychique.

Annexe 5 : critères de diagnostic de l'ESPT dans le DSM-V (2015, p320-321)

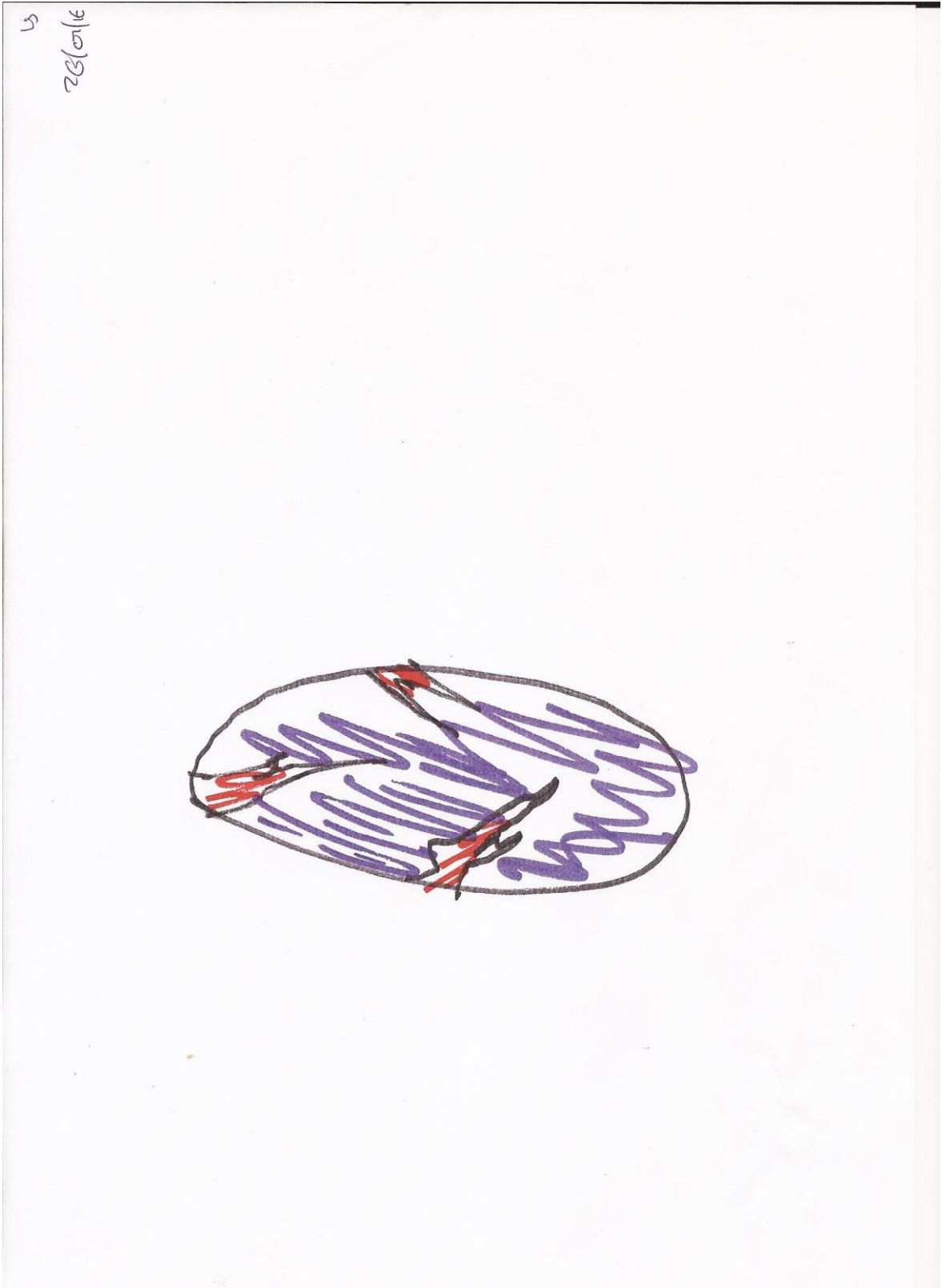
Annexe 1 : dessin de M C.



Annexe 2 : dessin de M C.



Annexe 3 : dessin de M J.



Annexe 4 : schémas de Lebigot.

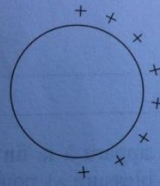


Figure 1.1. L'appareil psychique

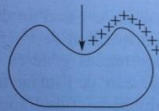


Figure 1.2. Le stress

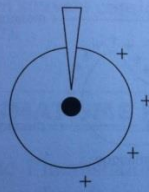


Figure 1.3. Le trauma

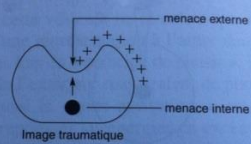


Figure 1.4. Stress traumatique

Annexe 5 : critères de diagnostic de l'ESPT dans le DSM-V.

« A : exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles [...]

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

C : Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événement traumatiques, débutant après la survenue du ou des événement traumatiques [...]

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 [...]

E : altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques [...]

F : la perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois [...]

G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants [...]

H : La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance [...] ou à une autre affection médicale. [...] »

Résumé

Dans ce mémoire, il s'agit de présenter une réflexion autour de l'accompagnement psychomoteur dans l'investissement corporel de personnes atteintes d'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT). Cette pathologie se caractérise par un événement traumatique provoquant divers symptômes : un phénomène de répétitions, des conduites d'évitement et une hyperactivation du système nerveux végétatif. Elle peut également s'associer à une dissociation péri-traumatique. Ces remaniements corporels subis par le sujet mobilisent son identité psychocorporelle.

A partir de leurs difficultés, nous pouvons penser comment les médiations corporelles accompagnent le sujet dans une redécouverte de son corps, de son identité à travers son investissement corporel.

Mots-clés :

Médiation corporelle, ESPT, traumatisme psychique, éprouvé corporel, investissement corporel, continuité d'existence, identité, engagement corporel, relaxation.