

A l'attention de Françoise Rudetzki

## **ESPT ET PSYCHOMOTRICITÉ**

Ces propositions et réflexions sont issues d'un groupe de travail réunissant des professionnels, chercheurs, enseignants, formateurs et praticiens psychomotriciens ou ayant un lien avec la psychomotricité. Les objectifs visent avant tout les gains concrets recherchés et apportés en premier lieu à la victime et à son entourage, à court terme et à long terme, voire pour éviter les effets transgénérationnels, mais aussi à la Société au sens large avec notamment la réduction de la durée des arrêts de travail, une reprise du travail facilitée, une réduction de la prise médicamenteuse.

**Nous présentons dans l'ordre :**

- Les caractéristiques psychomotrices des troubles présents dans les états de stress post-traumatiques (ESPT).
- Les prises en charges en psychomotricité dont les méthodes d'évaluation, les moyens, techniques et médiations thérapeutiques.
- Les perspectives de recherche-action. Nous signalons que la Fondation pour la Recherche en Psychomotricité et Maladies de Civilisation sous l'égide de la Fondation de France, serait tout à fait favorable à soutenir ce type de démarche.
- Trois axes de formation et de prévention.
- Une annexe présentant les membres de ce groupe de travail et leurs principales références en rapport avec l'ESPT.

### **1. CARACTERISTIQUES PSYCHOMOTRICES DES TROUBLES PRESENTS DANS LES ETATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUES.**

→ Hypervigilance :

Troubles d'appréhension de l'espace,

Hyper réactivité aux flux sensoriels (surtout auditifs en lien avec un sentiment d'insécurité corporelle),

Troubles anxieux,

Sentiment d'insécurité corporelle, désinvestissement de certaines zones corporelles ou spatiales (comme le dos et l'arrière du corps vécu comme sources de dangers non contrôlables visuellement).

→ Les reviviscences répétant la scène traumatique :

Dissociation psychocorporelle, perte de l'unité psychocorporelle, clivage corps/psychisme, distorsion de la perception du réel,

Troubles du sommeil,

Troubles de l'attention et de la concentration,

Désorganisation des repères temporo-spatiaux.

→ Evitement de certaines situations :

Troubles relationnels et de la vie sociale,

Troubles de l'humeur,

Emoussement affectif,

Conduites addictives,

Troubles alimentaires.

→ Troubles psychomoteurs spécifiques ou essentiellement retrouvés dans le tableau clinique :

Hypertonie et troubles de la régulation tonique en lien avec les dysphories émotionnelles,

Inhibition/impulsivité,

Discontinuité du sentiment d'exister,

Perturbations des représentations,

Angoisses de morcellement,

Troubles de la représentation corporelle incluant l'image du corps et le schéma corporel,

Douleurs et troubles musculo-squelettiques,

Troubles psychosomatiques.

## **2. PRISES EN CHARGES SPECIFIQUES DANS LE CHAMP DE LA PSYCHOMOTRICITE.**

Toute prise en charge en psychomotricité s'articule avec les autres champs pluridisciplinaires (médical et sciences humaines) et s'appuie sur un bilan psychomoteur préalable (observation, anamnèse, entretien, épreuves spécifiques étalonnées).

### **Indication/contre-indication**

Il n'y a pas de contre-indication absolue aux soins psychomoteurs, mais plutôt des périodes de contre-indication, évaluées par le professionnel, en fonction de la situation psychique de la personne victime. Le bilan psychomoteur permettra d'évaluer la pertinence d'une prise en charge psychomotrice. Si le bilan conclut à une contre-indication, le sujet pourra être réévalué à distance en fonction de l'évolution de la symptomatologie et des raisons de la contre-indication.

- a) Les indications en première intention sont justifiées quand une thérapie verbale est impossible face à l'irreprésentabilité du vécu. La verbalisation à partir du ressenti puis de la représentation du corps amènera dans un second temps une verbalisation associative. De même, quand le sujet ne peut pas parler par crainte de ne pas être cru, compris ou de contaminer les autres avec son propre effroi.
- b) A l'inverse, l'indication en psychomotricité s'effectuera en deuxième intention quand le sujet a une hypervigilance et des perceptions sensorielles prédominantes, de façon à réguler les processus d'inhibition.
- c) Les troubles de l'émotion sont une indication importante : trouble de la conscience émotionnelle, coupure par rapport aux émotions, troubles de la régulation émotionnelle (envahissement, débordement), troubles de l'empathie. Les travaux sur les neurones miroirs, substrat neurologique à l'empathie, démontrent comment nous vivons à travers notre corps ce que l'on voit de la détresse de l'autre.
- d) L'abord psychomoteur est aussi envisageable comme alternative/complément aux traitements médicamenteux (notamment anxiolytiques). Le psychomotricien peut être sollicité, pour évaluer et prendre en charge, dans les cas où les sujets refusent les traitements pharmaceutiques (peur de la dépendance, intolérance, ou même projet de grossesse).
- e) Le stress s'inscrit dans le corps avec de fortes répercussions physiologiques sur lesquelles les thérapies psychomotrices peuvent agir : troubles du sommeil, troubles alimentaires, tachycardie, HTA, hyperventilation, sur stimulation des surrénales...

La psychomotricité agit en effet conjointement sur le corps et sur le vécu pour favoriser l'équilibre psychosomatique de la personne. Incluant les méthodes de relaxation qui agissent directement sur les boucles de régulation périphériques et centrales, son action favorise le réajustement des grandes fonctions métaboliques et psychocorporelles.

**Les prises en charge varient et s'adaptent** selon des critères propres à la personne traitée et à son environnement :

- La durée écoulée depuis les actes de violences ou de terrorisme (immédiate ou après une latence des impacts post traumatiques différés, ESPT aigu ou chronique).
- Le type de traumatisme corporel et/ou psychique (attentats, violences sexuelles, maltraitances).
- L'âge de la victime : enfant, adolescent chez qui les répercussions peuvent même être développementales, adultes et personnes âgées avec d'éventuelles surcharges de réminiscences de traumatismes passés.
- S'il s'agit d'une victime primaire ou secondaire.
- Selon l'histoire, les antécédents, le niveau cognitif, les capacités défensives et l'équipement psychomoteur dont dispose le sujet.
- L'aide peut se faire en prise en charge individuelle ou en groupe.
- Les prises en charge s'adressent évidemment aussi à la famille de la victime (enfants notamment et conjoint) et aux autres intervenants (burnout).

### **3. LES MEDIATIONS DE PRISE EN CHARGE ADAPTÉES À L'ESPT**

La psychomotricité apporte une nouvelle expérience vécue, **réorganise l'image corporelle** ayant subi une effraction. C'est un espace de (re)construction, d'identification et de représentation qui vise l'abaissement des tensions musculaires, la réappropriation d'un corps, même mutilé, pouvant être une source de satisfaction et de plaisir. La psychomotricité s'attache à rétablir la continuité corporopsychique.

Le corps, même s'il a été impacté par l'agression, peut permettre à nouveau d'accéder au plaisir, au contrôle de soi, à la communication et à la relation, quand les processus de vitalité psychocorporelle sont relancés. En psychomotricité, le plaisir est considéré comme la conséquence positive de l'expression et de la mise en actes des différentes capacités

psychocorporelles. **L'approche psychocorporelle étaye les processus psychiques de représentation et donc de résilience.**

**La psychomotricité s'appuie sur la communication non verbale et co-verbale et la mise en relation entre le tonus musculaire, les représentations et les émotions.** Le cadre spatial et temporel sécurisant qu'elle propose permet au sujet de reconnaître ses perceptions et de mobiliser son corps pour modifier son vécu : communiquer et s'exprimer par le regard, la posture, la tonalité de la voix ; décrypter les échanges non verbaux, pour soi et l'autre ; ajuster ses gestes ; s'adapter à nouveau aux environnements changeants.

**Les soins psychomoteurs** sont constitués de techniques d'impression d'une part (différentes méthodes de relaxation dynamique et de conscience corporelle) et d'autre part de techniques expressives (danse thérapie ou art thérapie, etc.) et de médiations. **C'est sur la base des changements des vécus et représentations du corps, que sont rétablies la contenance et la fluidité corporopsychique.**

**Les psychomotriciens sont des spécialistes des méthodes de relaxation thérapeutiques** qui apportent :

- La gestion des manifestations émotionnelles car le patient redevient capable de pouvoir, seul, atteindre l'état de détente profond en cas de reviviscence ;
- L'expression car l'apaisement des tensions d'origine traumatique ouvre vers un processus d'intégration, d'acceptation et de meilleure appréhension des situations quotidiennes ;
- Le réinvestissement narcissique par la réassurance des patients blessés psychiquement, et ayant coupé leur lien à eux-mêmes et par conséquent le lien à autrui ;
- La relation car durant une séance, le temps de relaxation donne une signification à l'instant présent et au ressenti qui l'accompagne par la perception des rythmes biologiques (respiratoire, vasculaire, cardiaque...). Cette relation restaure chez la personne le sentiment d'exister au présent.
- La régulation de la respiration et du souffle et leurs conséquences physiologiques.

Ces approches non médicamenteuses apaisantes et anxiolytiques sont très adaptables aux réactions défensives des personnes et leur pratique est facile à graduer.

Ainsi par la respiration, le mouvement, les perceptions, les personnes peuvent reprendre progressivement possession de leur corps de manière positive. **Autrement dit il s'agit d'un**

**réinvestissement corporel au travers d'expériences agréables.**

#### **4. RECHERCHE ET VALIDATION DES METHODES PSYCHOMOTRICES**

Depuis l'origine de la profession, les travaux et études portant sur la psychomotricité ont été multiples. Depuis 2013 les programmes de recherche en psychomotricité peuvent solliciter un financement auprès de La **Fondation pour la Recherche en Psychomotricité et Maladies de Civilisation** (Fond sous l'égide de la Fondation de France).

**Deux directions de recherche-actions-Collaboratives (RAC)** sont envisageables :

- **Concevoir et évaluer un bilan psychomoteur spécifique** pour les personnes souffrant d'un ESPT, basé sur les travaux de Dorothée Défontaine qui utilise actuellement cliniquement cet outil qui associe des épreuves qualitatives et quantitatives à l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy.
- **Evaluer les impacts des interventions en psychomotricité** en doublant celles-ci de collectes de données systématisées pour évaluer, étape après étape, les résultats sur le terrain et ajuster immédiatement les thérapeutiques et faire évoluer les pratiques.

L'espace d'études et de recherches en psychomotricité et psychologie sera accolé à la Consultation. Son fonctionnement aura pour objectifs deux types de recherches. Source de questionnements cliniques et pratiques, il visera l'émergence de travaux universitaires et des publications de jeunes étudiants du Master International de Psychomotricité et de professionnels chevronnés. Les écrits suivront les normes pour paraître dans des revues reconnues par l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) permettant l'académisation du travail du psychomotricien dans le cadre de l'ESPT.

La Recherche Action - Collaborative (RAC) introduit le processus de recherche au sein même de la résolution de questionnement mettant en jeu le rapport psycho/motricité en permettant aux acteurs concernés, les professionnels de la consultation, avec un coordinateur, de problématiser leurs situations, de les évaluer et de les améliorer. La RAC est une coproduction des acteurs qui dans leur analyse visent la complémentarité. Elle a pour ambition la transmission de ses nouveaux savoirs via notamment des formations.

#### **5. FORMATION & PREVENTION**

**Trois axes de formation ou de transfert des compétences** peuvent être mis en place. Ces formations diffèrent notamment pour les forces armées qui doivent maintenir au cours de

leurs interventions l'état de coupure par rapport aux émotions nécessaire à l'efficacité de leur action.

- **Le corps soignant, les intervenants confrontés aux urgences, aux risques psychosociaux et aux cellules de crise** doivent gérer leur propre coupure par rapport aux émotions au cours et après leurs interventions. Réguler ses propres affects, l'usure de sa résilience, son empathie compassionnelle, nécessite d'utiliser aussi son propre corps et celui de l'autre comme outil d'apaisement pour soi-même et les victimes.
- **Les militaires, policiers et pompiers**, déjà formés à la maîtrise de soi et l'efficacité lors de l'action, doivent aussi traiter psychiquement leur confrontation aux effractions corporelles et psychiques aiguës.
- **Les psychomotriciens** traitant en équipe les victimes atteintes d'ESPT.

## 6. ANNEXE : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL ET PRINCIPALES REFERENCES

### **Séverine Békier**

Psychomotricienne chercheuse, Master international en psychomotricité.

DU de neuropsychologie Pitié-salpêtrière PARIS VI.

DU développement cognitif, René Descartes PARIS V.

Doctorante Uco d'Angers & PhD student at Sherbrooke, Canada.

Responsable pédagogique ISRP (Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice) et enseignante en psychomotricité théorique et pratique.

Consultations à l'ARDP (Association pour la Recherche et le Développement Psychomoteur).

Congrès et enseignement à l'international (Paris, Vérone, Dubai, Zurich, Copenhague, Iguazu, Hanoi, Ho-chi-minh, La réunion).

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- Tonus et émotions, impact du stress dans le développement de l'enfant.
- Alonso-Békier S., 2014, « Quand la phénoménologie de la perception éclaire le psychomotricien », *Evolutions psychomotrices*, 94, 185-190.

### **Alicia Beloucif**

Psychomotricienne.

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- (2015). *Réflexion sur la pertinence d'une intervention psychomotrice auprès de femmes victimes de viol*. Mémoire de DE de psychomotricien non publié, ISRP, Paris.

### **Pascal Bourger**

Psychomotricien DE senior, clinicien, enseignant et formateur, cadre supérieur de santé.

Responsable pédagogique ISRP.

Psychomotricien superviseur de cliniciens (psychomotriciens, orthophonistes, psychologues, médecins, infirmiers, éducateurs, ...).

### **Dorothée Défontaine**

Psychomotricienne D.E.

DU d'initiation à la recherche clinique en psychomotricité, Paris VI.

Exerce à l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy (92).

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- (2011). *Le trauma, c'est du corps Étude sur le vécu corporel suite à un événement traumatique*. Mémoire de DU d'initiation à la recherche clinique en psychomotricité non publié, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI.

- (2013). Psychomotricité et état de stress post-traumatiques : réflexions autour du vécu corporel suite à une blessure psychique. *Les entretiens de Bichat, Entretiens de psychomotricité*. Paris : Expansion Scientifique Française.
- Daudin, M. & Defontaine, D. (2015). Blessure psychique et vécu corporel : prise en charge conjointe psychiatre-psychomotricien. *Annales médico-psychologiques*, 173, 868-871.
- Daudin, M., Defontaine, D. & Coutier, D. (2015). Traumatisme psychique et vacillement des repères identitaires. Illustration d'une prise en charge conjointe par le psychiatre et le psychomotricien. *Thérapie psychomotrice, et recherches*, 179(47), 18-27.

### **Laura Dias Da Silva**

Psychomotricienne

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- (2014) *Quand la douleur s'installe au sein de la conscience corporelle ; Approche psychomotrice et médiatrice du sujet douloureux chronique*. Mémoire de DE de psychomotricien non publié, ISRP, Paris.
- (recherche en cours) *Influence de la prise en soin pluridisciplinaire, dont la psychomotricité par le biais de la relaxation, sur les répercussions socioprofessionnelles de la douleur liée aux troubles musculo-squelettiques chez les pompiers professionnels*. Mémoire de Master International en Psychomotricité ISRP, Paris, Universidad de Murcia.

### **Anne Gatecel**

Psychomotricienne, psychologue clinicienne.

Membre du Centre International de Psychosomatique.

Exerce dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la Pitié-Salpêtrière, Pr David Cohen.

Directrice de L'institut de Formation de Psychomotricité de la Pitié-Salpêtrière, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie.

Auteur de :

- (2009). *Psychosomatique relationnelle et psychomotricité*. Paris : Heures de France.
- (2016). *L'enfant et l'imaginaire*. Paris : Dunod.

### **Aurélié Pain**

Psychomotricienne. Cabinet RHéponses.

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- (2013). Quand la police cherche Charlie. Retour d'expérience à la police de Marseille. *Évolutions psychomotrices*, 25(99), 52-56.
- Animation de formations sur les *braquages à main armée* (magasins Picard, La poste), les *agressions physiques violentes* (agences Pôle Emploi, diverses structures de soin avec un accueil physique), *l'attaque terroriste* (Casinos Partouche)

### **Eric Pireyre**

Psychomotricien.

Ancien directeur de l'Institut de Formation en Psychomotricité, Université Lyon 1 Claude Bernard.

Ancien responsable pédagogique à l'ISRP.

Enseignant à l'ISRP. Auteur d'ouvrages. A exercé en services de pédiatrie et néonatalogie et actuellement en pédopsychiatrie.

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- (2015). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*. Paris : Dunod.

### **Franck Pitteri**

Psychomotricien, master STAPS.

Directeur de l'Institut Régional de Formation en Psychomotricité, Saint Pierre, La Réunion.

Membre du Haut Conseil des Professions Paramédicales auprès du ministre de la santé.

Chargé de mission à l'ISRP Paris.

Délégué général de l'AIRPM laboratoire de recherche en psychomotricité.

A exercé depuis 1988 en psychiatrie adulte, en particulier pendant 10 ans dans la consultation spécialisée pour les auteurs de violences sexuelles du CMP parisien 75G21.

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- (2008). Défaut de mentalisation chez les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AIS) et prise en charge à médiation corporelle. *Congrès International Francophone sur l'Agression Sexuelle (CIFAS)*, Paris.



- (2009). Approche neurocognitive des émotions et de la représentation mentale pour un réaménagement de la représentation de soi. *Evolutions Psychomotrices*, 21(83).

### **Nicolas Raynal**

Psychomotricien.

Enseignant à l'ISRP.

Responsable du Service des stages et des relations institutionnelles et coordinateur des Projets Extra Académiques et Erasmus à l'ISRP.

### **Alexandrine Saint-Cast**

Psychomotricienne PhD

Enseignante Chercheuse à l'ISRP

Coordinatrice Organisation Internationale de Psychomotricité et de Relaxation.

Consultations à l'ARDP (Association pour la Recherche et le Développement Psychomoteur).

Collège de la Fondation pour la Recherche en Psychomotricité et Maladie de Civilisations.

Rédactrice en Chef d'*Evolutions Psychomotrices*.

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- Elle a mené plusieurs recherches dans le domaine du stress, notamment pour le Ministère de l'Environnement mais également pour des entreprises en pilotant des évaluations psychomotrices des postes de travail.

### **Philippe Scialom**

Psychologue Clinicien, Psychomotricien.

Exerce en libéral comme psychothérapeute d'orientation psychanalytique.

Pratique des supervisions de professionnels de la petite enfance.

Art-thérapeute en expression plastique.

A exercé en institutions entre 1980 et 1992 (psychiatrie adulte et CMPP).

Auteur d'ouvrages.

Enseigne la psychologie clinique à l'ISRP (Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice) depuis 1999.

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- Ecrits :

- (1995). *Ecrits de psychanalystes entre la shoah (l'évènement) et "Shoah" (le film) : (1945-1985)*. Mémoire de DEA d'études psychanalytiques dans les champs clinique et social.
- (2000). Compte-rendu de lecture sur l'ouvrage de J. Altounian, *La survivance - Traduire le trauma collectif*, préface de P. Férida, postface de R. Kaës. *Revue du monde arménien moderne et contemporain*, 5, 225-227.
- (2001). Corps et psychisme traumatismes d'aujourd'hui entre irréprésentable et fétiche. *Revue du monde arménien moderne et contemporain*, 6, 185-194.
- (2001). Processus de déshumanisation et image du corps : vers de nouvelles pathologies ? *Evolutions psychomotrices*, 13(51), 26-31.
- (2002). Une humanité à corps perdu ? *Enfances et psy.*, 4(20), 59-64.
- (2008) : Psychomotricité, psychosomatique, corporalité. *Evolutions psychomotrices*, 20(80).

- Conférences :

- (2000). Processus de déshumanisation et image du corps : vers de nouvelles pathologies ? *Psychomotricité et bouleversements de la société à l'aube du IIIème millénaire*, Congrès Mondial de Psychomotricité, Strasbourg.
- (2000). Les effets des génocides du 20<sup>ème</sup> siècle sur la structure psychique. *Journée des Etudes Arméniennes*, Institut National des Langues et Civilisations Orientales, Paris.
- (2001, 2002, 2003). Conférences à Madrid, Beyrouth & Paris sur les nouvelles psychopathologies.
- (2001, 2002 et 2009). Formations et supervisions de psychomotriciens à l'Université Saint-Joseph de Beyrouth (Liban).
- (2007). L'enfant et le stress. Fédération des Parents d'Elèves de l'Enseignement Public, Levallois.
- (2010) Psychothérapie des troubles psychologiques post-traumatiques. Association des Parents d'Enfants ayant subi l'attentat du Caire, Levallois.

### **Gilles Tréhel**

Docteur en psychopathologie fondamentale et psychanalyse.

Chercheur associé au Centre de Recherches Psychanalyse, Médecine et Société - Université Paris-Diderot - Paris VII.

Directeur Adjoint de METABOLE Paris.

Ses recherches et publications visent à contextualiser les concepts de trauma, trauma sexuel, névrose traumatique, psychose de guerre, etc.

Travaux en rapport avec l'ESPT :

- Montfort, E. & Tréhel, G. (2003). Symptômes de stress post-traumatiques au cours du très grand âge. Conséquences du très grand âge. *Revue francophone du stress et du trauma*, 7(4), 257-268.
- Montfort, E. & Tréhel, G. (2011). Implication des processus inhibiteurs dans les manifestations psychotraumatiques. *Évolutions psychomotrices*, 23(93), 135-143. (Recherche soutenue par l'Union des Associations d'Anciens Combattants, Victimes de Guerre).
- Monfort, E. & Tréhel, G. (2012). Classification des styles de coping dans une population d'anciens combattants âgés, *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(9), 636-641.