

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE
Etablissement Privé d'Enseignement Supérieur enregistré auprès de l'Académie de la Réunion sous le N°9741605B

PSYCHOMOTRICITE ET PSYCHOTRAUMATISME

*Vers une sémiologie psychomotrice du syndrome
psychotraumatique chez l'enfant (6-12ans): point de
départ d'un accompagnement en psychomotricité*

Mémoire présenté pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICIEN

par

GONTHIER EVELYNE

Née le 03 / 07 / 1993 à Saint-Pierre (974)

Sous la direction de
KREDER Chantal et MAUVISSEAU Frédéric
(spécialisés en psychotraumatologie)

Année universitaire 2017/2018

Session de juin 2018

REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail à ma famille et à celui qui partage ma vie, Julien. Chacun d'entre eux a su m'encourager et supporter les aléas de mes humeurs au fil de cet écrit. Julien, c'est au quotidien qu'il m'a vu alterner entre rires, espoirs, larmes et dépit ; et c'est avec toute la douceur qui le caractérise qu'il m'a offert une présence simple, chaleureuse, patiente et accueillante.

Je tiens ensuite à remercier ceux qui ont permis que ce travail puisse se faire. Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à mes deux maîtres de mémoire : Mme Kreder et M. Mauvisseau. Ils ont, par leurs remarques pertinentes, guidé ma mise en mots et en idées. Puis, je remercie tout le personnel des deux CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents) et notamment Audrey, Emmanuelle, Aurélie et Olivier ainsi que Dominique et Alexandra. Mon écrit n'aurait pu se faire sans toutes ces personnes.

J'adresse maintenant ma reconnaissance à l'équipe de l'IRFP et notamment Mme Deleurme et Mme Vinard qui m'ont aidée dans mes démarches et qui ont su être présentes et de bons conseils lorsque j'en avais besoin. Je remercie également tous les intervenants qui ont su, sans le savoir, me donner le goût du métier. Plus particulièrement, si je devais citer trois intervenants qui ont mis en lumière mon intérêt pour le psychotraumatisme et l'accompagnement qu'on peut offrir en psychomotricité, ce serait M. Mauvisseau, Mme Lecorvaisier et Mme Laillou.

Je remercie aussi Mme Batista qui m'a aiguillée dans le début de mon écrit.

A mes compagnons de route dans cette formation : « merci ». C'est désormais à eux que je souhaite consacrer ces quelques lignes. J'ai, au fil de ces trois années, partagé des moments précieux à leurs côtés. Avec eux, j'ai construit et déconstruit des idées, j'ai expérimenté des pratiques, j'ai discuté à la fois de tout et de rien. Avec eux, j'ai grandi. Avec eux, je me suis effondrée et relevée. Avec eux, j'ai douté et me suis rassurée. Avec eux, j'ai forgé mon savoir et ma posture professionnelle. Avec eux aussi, j'ai pu avoir des différends. Avec eux enfin, j'ai pensé ce mémoire. Merci à tous ceux qui m'ont apporté leurs idées et de la documentation.

En dernier lieu, je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de mon travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. Le psychotraumatisme, l'état de stress post-traumatique et le syndrome psychotraumatique	5
1.1. Définition du psychotraumatisme.....	5
• Contexte historique.....	5
• Les événements potentiellement traumatiques	5
• Mécanisme d'apparition du psychotraumatisme	6
• Classifications des psychotraumatismes.....	7
1.2. L'état de stress post-traumatique selon la CIM F43	8
1.3. L'état de stress post-traumatique selon le DSM.....	9
1.4. Le syndrome psychotraumatique	11
1.5. Particularités sémiologiques chez l'enfant âgé de 6 à 12ans	12
1.8. Prise en charge du syndrome psychotraumatique	15
2. Psychotraumatisme du point de vue de la psychomotricité	16
2.1. Approche générale.....	16
2.2. De multiples effractions... ..	20
• L'effraction psychique :.....	22
• L'effraction corporelle :.....	23
• L'effraction sensorielle :.....	23
• L'effraction émotionnelle:.....	23
• L'effraction relationnelle :.....	24
• L'effraction spatio-temporelle :.....	25
2.3. Description chez l'enfant.....	25
3. Sémiologie psychomotrice hypothético-déductive du syndrome psychotraumatique	29

• Les atteintes psychiques :	30
• Les atteintes émotionnelles et relationnelles :	31
• Les atteintes spatio-temporelles :	33
• Les atteintes corporelles :	35
• En somme :	36
4. La clinique : la sémiologie du syndrome psychotraumatique chez l'enfant dressée sur le terrain	38
4.1 La méthodologie de recueil de données	38
• Notre procédure adoptée :	38
• Notre bilan proposé :	40
• Notre recherche de compléments d'informations: la lecture de dossiers :	41
• Notre population d'études :	41
4.2 Analyse des résultats	42
• Observations parallèles aux bilans :	42
• Lecture de 10 dossiers et éléments du discours des responsables des enfants (parents biologiques ou familles d'accueil) :	45
• Bilans :	47
• En bref :	62
4.3 Confrontation des données de terrain à celle théoriques	65
5. L'accompagnement en psychomotricité d'un syndrome psychotraumatique : quelques pistes de réflexion.....	66
5.1 Les intérêts d'un suivi en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique chez l'enfant:.....	66
5.2 Les limites d'un suivi en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique :	73
6. Discussion	76
6.1 Partie théorique :	76

6.2 Partie clinique :.....	76
• Notre population d'étude	76
• Nos bilans proposés et notre méthodologie de recherche :	78
• La lecture d'éléments de dossiers en dehors des écrits de bilans psychomoteurs:	79
• Notre analyse et interprétation :.....	80
• Les propositions de prises en charge en psychomotricité.....	81
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	86
Annexe 1 : Les différents degrés d'atteinte suite à un événement traumatique.....	88
Annexe 2 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic de l'ESPT, CIM10.....	89
Annexe 3 : Critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-V	91
Annexe 4 : Le jeu, un véritable outil diagnostique selon, H. Romano, T. Baubet, M.-R. Moro et G. Sturm	95
Annexe 5 : Tableau de sémiologie psychomotrice hypothético-déductive.....	97
Annexe 6 : Tableau de sémiologie psychomotrice suite à l'exploration clinique.....	100

INTRODUCTION

« L'expérience n'est pas ce qui arrive à l'Homme mais c'est ce que l'Homme fait de ce qui lui arrive. » Aldous Huxley (1932, *Le meilleur des mondes*)

L'actualité mondiale est marquée ces temps-ci par des faits de violence : attaques terroristes, violences conjugales, violences faites aux femmes et aux enfants, harcèlements sexuels, harcèlements scolaires, guerres... Ces divers thèmes renvoient tous à un vécu de souffrance physique et psychologique et peuvent ainsi être pourvoyeurs de psychotraumatismes. Mais les médias s'emparent abusivement de ce terme, générant de nombreuses dérives sémantiques entretenant une véritable confusion.

Revenons donc un court instant sur la définition du psychotraumatisme. Étymologiquement, le psycho-traumatisme est une blessure psychique. Les pionniers en ce domaine parlent d'effraction du psychisme par un corps étranger externe. Mais avec l'évolution des pensées et des époques, nous constatons que la signification du terme est passée de phénomène d'effraction aux conséquences générées par lui. En effet, selon les classifications mondiales actuelles (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* et la *Classification Internationale des Maladies (CIM)*), le psychotraumatisme correspond désormais aux troubles psychiques apparaissant suite à un événement traumatique. Enfin, notons que dans le langage courant, le psychotraumatisme est aussi bien employé pour décrire l'événement à l'origine du phénomène d'effraction psychique que pour définir la clinique à laquelle elle peut renvoyer.

La confusion est donc vive. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de distinguer l'événement traumatique du psychotraumatisme lui-même et de sa clinique.

-L'événement traumatisant sera ici pris en compte en tant que contexte de survenue d'un possible traumatisme et lié à divers paramètres : facteurs de risques (liés aux parents, à l'âge, au sexe,...), facteurs prédisposants (personnalité, vécu de l'enfance, ...), facteurs précipitants (consommation de drogues, d'alcool, présence de pathologies psychiatriques des parents, isolement, pauvreté, ...). C'est le possible impact sur l'individu qui fera que cet événement deviendra traumatique (c'est-à-dire générant une blessure psychique) ou non.

-Le terme « psychotraumatisme » sera lui employé pour décrire l'effraction psychique au moment de l'évènement. Lorsqu'une personne est face à un événement traumatisant, elle peut se retrouver dans un état de stress dépassé. Il y a alors blessure psychique et des mécanismes

d'adaptation exceptionnels se mettent en place pour faire y face.

-Ces mécanismes peuvent ou non aboutir à des conséquences cliniques plus ou moins durables. En effet, les sujets confrontés à un événement traumatisant ne développent pas tous des signes post-traumatiques, et durables de surcroît. Certaines personnes sont dotées de capacités de résilience et parviennent à faire face à ce qui leur est arrivé. D'autres, en revanche, présentent des séquelles psychologiques. Peut apparaître alors (au degré le plus élevé des troubles) un état de stress post-traumatique dont le signe pathognomonique est le syndrome de répétition. Sur le plan clinique, il est décrit un syndrome psychotraumatique se traduisant par la triade de signes spécifiques : reviviscences, syndrome d'évitement et hyperactivité neurovégétative. Nous reviendrons plus précisément sur cette clinique au cours de cet écrit.

Les enfants exposés à un événement traumatique peuvent manifester, tout autant que les adultes, des troubles immédiats, limités à quelques heures ou quelques jours, mais ils sont aussi susceptibles de présenter des souffrances psychiques intenses et de développer des troubles post-traumatiques. Les événements les plus pourvoyeurs de tels troubles chez le sujet jeune sont les violences subies (physiques, psychologiques ou sexuelles) qui sont, notons-le, le plus souvent intrafamiliales ou institutionnelles et commises par des personnes censées protéger les enfants. Elles constituent une atteinte très grave à leurs droits, à leur dignité et à leur intégrité physique et psychique. Ces violences sont plus fréquentes que ce que l'on croit.

La maltraitance est " un phénomène de santé publique massif ", estime l'épidémiologiste Anne Tursz, directrice de recherche à l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). Le nombre d'enfants concernés est considérable. Combien exactement ? Cela est difficile à dire. Les spécialistes parlent de "chiffre noir ". Cependant, Anne Tursz propose une estimation : 5 à 10% d'enfants seraient concernés. Muriel Salmona, psychiatre française et présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie, rajoute quant à elle que ces violences restent très rarement identifiées et signalées. Il en découle ainsi que nombre d'enfants psychotraumatisés ne sont pas diagnostiqués. Ce constat nous renvoie aux origines de notre attrait pour le psychotraumatisme. C'est au décours d'une découverte fortuite que l'intérêt pour ce thème nous est venu.

En effet, nous nous sommes intéressés au psychotraumatisme l'année dernière durant un stage en Institut Médico-Pédagogique. C'est au hasard d'une discussion qu'il a été découvert qu'un jeune subissait des violences continues depuis sa naissance par ses proches. Ces agressions n'ont pas pu être prouvées et l'enfant est resté auprès de ces personnes. Il semblerait que son comportement actuel et sa déficience intellectuelle tiennent leur origine pour une

grande part de cette enfance douloureuse. Sa souffrance psychique et relationnelle s'exprime par une violence corporelle auto-infligée et déversée sur autrui. Son unique mode de communication étant les agressions physiques, ses relations avec ses pairs et les encadrants sont extrêmement difficiles. Il ne semble pas avoir les ressources pour tirer du plaisir dans un échange. Nous avons été touchés par ce jeune garçon en errance émotionnelle et relationnelle et surpris qu'aucune mesure (si ce n'est un signalement) n'ait été mise en place pour l'accompagner. Notons également que par la suite, au travers des recherches et rencontres auprès des professionnels formés à la victimologie et au psychotraumatisme, il en est ressorti que la prise en charge du psychotraumatisme en psychomotricité reste encore à développer. Dès leur formation initiale, les psychomotriciens sont sensibilisés aux psychotraumatismes ; rares sont ceux qui y sont spécifiquement formés. Les conséquences pratiques font que les jeunes sont suivis pour les symptômes psychomoteurs qu'ils présentent, dans une volonté de prise en charge globale certes, mais les caractéristiques du psychotraumatisme, en ce qu'elles tiennent dans les manifestations psychocorporelles, ne sont pas spécifiquement décryptées et accompagnées. Ce mémoire s'inscrit donc ici dans une volonté de mieux appréhender les mécanismes du traumatisme psychique du point de vue de la psychomotricité et les manifestations psychocorporelles qui en découlent.

« L'expérience n'est pas ce qui arrive à l'Homme, mais c'est ce que l'Homme fait de ce qui lui arrive. » (Aldous Huxley, 1932).

Par la citation de cet auteur britannique, nous pouvons ici resituer ce qui se joue d'important dans la survenue de troubles post-traumatiques. En effet, lors d'un événement traumatisant, ce qui importe ce n'est pas tant la nature de l'événement mais ce que l'individu confronté à lui peut en faire ou non. C'est pour cela que dans le cadre de ce mémoire nous avons choisi de ne pas spécifier la nature de l'événement traumatique.

Par ailleurs, peu de définitions du psychotraumatisme existent et encore plus rares sont celles qui l'abordent sous l'aspect psychocorporel. Nous pouvons alors nous demander :

Comment, avec le point de vue de la psychomotricité, peut-on comprendre le psychotraumatisme et ses conséquences cliniques ?

Nous tenterons donc ici de définir les mécanismes en jeu dans le psychotraumatisme puis dans ses conséquences cliniques : l'ESPT et le syndrome psychotraumatique. Nous

développerons plus particulièrement ce dernier point chez une population âgée entre 6 et 12 ans. Pour y parvenir, nous mènerons une réflexion de la manière qui suit.

Dans un premier temps, nous décrirons l'état de stress post-traumatique selon les classifications mondiales (CIM 10 et DSM-V). Nous y verrons les définitions admises, les critères diagnostiques, les sémiologies, et plus particulièrement la sémiologie chez l'enfant âgé entre 6 et 12ans. Nous définirons également le syndrome psychotraumatique, qui s'appuie sur l'ESPT et qui vient le compléter sur le plan clinique.

Puis, nous tenterons de décrire ce syndrome du point de vue de la psychomotricité. Nous serons ainsi amenés à répondre à la question suivante : « En quoi le syndrome psychotraumatique peut-il être considéré comme une désorganisation psychomotrice ? ». Par la suite, en extrayant des éléments de sémiologie des définitions communément admises (psychiatriques), nous tenterons d'élaborer, de manière hypothético-déductive, une sémiologie psychomotrice du syndrome psychotraumatique. Nous préciserons davantage cette sémiologie en axant notre regard sur une population âgée entre 6 à 12 ans. En effet, au moyen d'éléments apportés par une clinique psychiatrique, nous nous efforcerons à établir un lien entre les signes cliniques décrits et les conséquences psychomotrices qu'ils peuvent générer.

Nous irons par la suite questionner la clinique sur le terrain. Il ne s'agira pas ici de prouver la sémiologie hypothético-déductive ni même de dresser un profil type. La clinique observée servira plutôt de point de départ à la réflexion d'une prise en charge psychomotrice adaptée. Nous récolterons donc des informations sémiologiques quant à la manifestation du syndrome psychotraumatique chez l'enfant. Nous décrirons nos moyens mis en œuvre pour y parvenir.

Une cinquième partie sera consacrée à un travail réflexif autour de l'accompagnement en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique. Nous y développerons les objectifs de travail possibles pour le psychomotricien mais aussi les limites.

Ensuite, nous analyserons les limites de notre travail. Cette partie « discussion » servira à mettre en exergue les paramètres d'inclusion et d'exclusion considérés dans cet écrit. Nous nous questionnerons quant à la pertinence de leur choix. Nous nous demanderons également : « En quoi serait-il intéressant de modifier ces paramètres et de considérer davantage tel ou tel élément ? » dans le cadre d'une autre enquête.

Nous terminerons notre réflexion par un propos conclusif. Une synthèse des éléments apportés y sera exposée.

1. Le psychotraumatisme, l'état de stress post-traumatique et le syndrome psychotraumatique

1.1. Définition du psychotraumatisme

- *Contexte historique*

Les témoignages de réactions psychotraumatiques dateraient de deux mille ans avant Jésus-Christ avec le récit des sumériens à la suite de la destruction de la ville mésopotamienne de Nippur (Olliac, 2012). Mais l'intérêt porté au psychotraumatisme est plus récent. En effet, c'est le contexte des guerres du XXème siècle (les deux guerres mondiales et celle du Vietnam) qui permet l'essor progressif de l'étude des troubles psychotraumatiques. C'est à cette époque que le terme « traumatisme », provenant du grec ancien et signifiant blessure, a été appliqué aux signes psychiques présentés par les soldats rescapés, donnant ainsi naissance au terme « psychotraumatisme » signifiant blessure du psychisme.

La psychiatrie militaire de l'époque définit cette blessure comme étant une effraction de l'appareil psychique par un élément extérieur au sujet. Intéressons-nous donc ici aux éléments susceptibles de déclencher un psychotraumatisme avant d'en décrire le mécanisme d'apparition.

- *Les événements potentiellement traumatiques*

Les événements potentiellement traumatiques renvoient au contexte de survenue d'un possible traumatisme. Ils peuvent être non intentionnels. Dans ce cas il peut s'agir de catastrophes naturelles ou industrielles, de maladies ou d'accidents. A l'inverse, quand les faits sont intentionnels ils peuvent correspondre à différents types de violences : collectives (comme les guerres), familiales (comme l'inceste) ou encore institutionnelles : nous pensons ici entre autres à la maltraitance institutionnelle (Josse, 2007).

Parfois, ce sont des événements moins perceptibles qui viennent faire effraction. Comme le souligne Hélène Romano (2008), l'impact traumatique n'est pas proportionnel à la gravité des faits. Une situation vécue comme banale pour certains peut s'avérer extrêmement violente pour d'autres, c'est pour cela qu'on les appelle « potentiellement traumatiques ». Pour

rappel, c'est l'impact généré par l'événement et non pas sa nature qui catalysera la réaction du sujet. Cette confrontation sujet-événement est influencée par différents paramètres tels que les facteurs de risques (liés aux parents, à l'âge, au sexe,...), les facteurs prédisposants (personnalité, vécu de l'enfance, ...) ou encore les facteurs précipitants (consommation de drogues, d'alcool, présence de pathologies psychiatriques des parents, isolement, pauvreté, ...). Les exemples ci-dessus ne servent donc que d'illustrations à notre propos et ne sauraient être exhaustifs.

Enfin, rappelons que dans le cadre de ce mémoire, nous n'attachons pas d'importance au type d'événement traumatogène, mais nous nous intéressons d'avantage aux mécanismes d'effraction du psychisme et des impacts subséquents sur l'organisation du sujet. Nous pouvons dès lors nous demander comment survient un psychotraumatisme, et quels en sont les signes ?

- *Mécanisme d'apparition du psychotraumatisme*

Selon le concept lacanien, il y a une effraction du psychisme par un afflux d'excitations violentes et agressantes qui confrontent le sujet au Réel de la mort. Cette survenue est si explosive selon Freud (car elle apparaît de manière « si forte en peu de temps ») qu'elle rend impossible le retour à un équilibre psychique (1915, Conférence d'introduction à la psychanalyse). Il définit donc le psychotraumatisme comme une expérience où le fonctionnement énergétique du psychisme est dépassé (Freud, 1926 in Graindorge, 2005). Ferenczi en dépeint les signes subséquents : « anéantissement de soi, des capacités d'agir et de penser qui sidère le Moi » (Ferenczi, 1934 in Graindorge, 2005).

Apparaissent alors les notions d'effroi et de sidération. Lors d'un événement traumatique, la violence de la situation est si intense et inattendue qu'elle projette le sujet face à la mort et à la néantisation. Il perçoit alors que son intégrité physique et/ou psychique (et possiblement celles des personnes présentes) est (sont) menacée(s). Face à cette situation insoutenable, la personne vit une éclipse de soi, un « blanc », une « panne », un silence, un arrêt de la pensée : c'est ce qui se nomme l'effroi. Cet état de stupeur émotive peut mener à une sidération c'est-à-dire à un anéantissement soudain des fonctions de défense et de survie habituellement efficaces. Les tentatives de réponses mentales échouent également. Le sujet se retrouve alors figé, comme inerte.

Paradoxalement à cet état d'inhibition apparente, les mécanismes hormonaux sont dans une intensité telle que le cœur, le système vasculaire et le cerveau sont menacés. En effet, la

production de cortisol augmente fortement générant avec elle une toxicité neurologique. La noradrénaline et l'adrénaline sont produites en grande quantité entraînant alors une toxicité cardiaque et vasculaire. Le système nerveux végétatif est quant à lui en survoltage : le sujet présente des sueurs, une tachycardie, de possibles vertiges et une angoisse massive. Le risque vital est sérieusement engagé. Alors, pour sauvegarder la vie, des mécanismes neurobiologiques exceptionnels se mettent en place et aboutissent à un court-circuitage de l'amygdale. Ce petit noyau en forme d'amande située à l'intérieur du cerveau est la structure principale contrôlant l'expression émotionnelle. En la bloquant, le sujet coupe court à la menace vitale interne ; et il est à noter que ce mécanisme d'autoprotection se traduit par une anesthésie émotionnelle. Le sujet est à ce moment-là coupé de ses émotions et de ses ressentis.

Le court-circuitage déconnecte l'amygdale du cortex associatif (et notamment des régions préfrontales) qui ne va plus recevoir de réponse émotionnelle, ce qui peut expliquer qu'il n'y ait plus de réactions de fuite ou de combat. L'amygdale est aussi déconnectée de l'hippocampe ce qui explique que l'événement ne puisse être encodée dans la mémoire autobiographique auto-déclarative (Salmona M. , 2013). Nous reviendrons sur ce point plus tard pour en expliquer les conséquences possibles sur l'identité du sujet.

Le phénomène d'effraction généré par le stress intense de l'événement traumatogène n'engendre pas toujours un état de stress post-traumatique (ESPT) ni un syndrome psychotraumatique. Celui-ci est une des conséquences durables de la trace laissée par le trauma et se caractérise par une triade spécifique persistante au-delà d'un mois : reviviscences, évitement des situations considérées comme menaçantes et hyperactivité neurovégétative (cf. Annexe 1).

Avant de décrire plus en détails la sémiologie pouvant apparaître suite à un traumatisme, arrêtons-nous un instant sur les classifications admises.

- *Classifications des psychotraumatismes*

Les traumatismes sont classés en quatre catégories selon Evelyne Josse (2007), psychologue clinicienne. Elle reprend et complète la classification de Leonor Terr (1991) qui entend par :

- psychotraumatisme de type I la réaction du sujet à un événement traumatique unique (exemple : accident),

-et par psychotraumatisme de type II la réaction suite à un événement répété ou durable (exemple : maltraitance).

Evelyne Josse définit deux catégories supplémentaires:

-le psychotraumatisme de type III lorsque les événements sont des événements multiples, envahissants, violents et durables (exemple : camp de concentration),

-et le psychotraumatisme de type IV lorsque l'événement se poursuit dans le présent (ex : violences conjugales).

Dans chacun de ces différents types de psychotraumatismes, l'individu peut réagir, à des degrés divers, par des troubles variés. Pour le traumatisme de type I, le DSM décrit, au plus haut degré des troubles, un état de stress post-traumatique. Les manifestations cliniques de l'ESPT sont définies par les classifications mondiales des troubles psychiques.

1.2. L'état de stress post-traumatique selon la CIM F43

Le Classification Internationale des Maladies (CIM) définit dans sa dixième version l'état de stress post-traumatique comme étant l'ensemble des « symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus » confrontés à « une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique [...] entraînant dans 15 à 35% des cas, un ESPT » (CIM-10). Elle l'intègre parmi les troubles mentaux et du comportement. (Pour plus de détails, cf. Annexe 2)

Les signes décrits sont les suivants :

- reviviscence répétée de l'événement traumatique,
- souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars;
- anesthésie psychique,
- émoussement émotionnel,
- détachement par rapport aux autres,
- insensibilité à l'environnement,
- anhédonie (incapacité à ressentir des émotions positives),
- évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme,
- hyperéveil neuro-végétatif,
- hypervigilance, état de « qui-vive »

- insomnie,
- anxiété,
- dépression,
- idéation suicidaire.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

1.3. L'état de stress post-traumatique selon le DSM

Le DSM-V (Dernière version Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) stipule que l'état de stress post-traumatique correspond aux «troubles [psychiques] présentés par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes ».

Le manuel définit précisément les critères diagnostiques selon deux tranches d'âge : les enfants âgés de moins de six ans et tous les sujets ayants plus de six ans (comprenant donc les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées). Nous n'extrirerons ici des éléments clés que de la dernière tranche d'âge en raison de la population ciblée dans le cadre de ce mémoire. Le contenu plus précis se trouve en annexe (cf. Annexe 3).

Parmi les signes listés par le DSM-V, nous avons choisi de mettre en avant les suivants :

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

-Des réactions psychiques et corporelles : A l'exposition des indices évoquant tout ou partie de l'événement traumatique, des réactions physiologiques marquées apparaissent. Le sujet présente alors des signes neurovégétatifs importants. Cette réactivité corporelle peut s'accompagner de réactions dissociatives au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si le ou les événement(s) traumatique(s) allai(en)t se reproduire.

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

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

NB : Dans certains cas, au contraire, des comportements autodestructeurs apparaissent. Muriel Salmona (2013) l'explique par une tentative d'abaissement de la tension interne devenue insupportable en recréant les conditions traumatiques (à l'identique ou similaires) afin d'atteindre à nouveau un état dissociatif et une anesthésie émotionnelle.

-Des séquelles émotionnelles : La personne victime d'un ESPT présente une altération négative de l'humeur pouvant se traduire par un état émotionnel négatif persistant comme la peur, la culpabilité ou la honte, une estime de soi faible, une incapacité à ressentir des émotions positives ou encore à gérer ses émotions. De par l'état d'hypervigilance, la victime peut se monter irritable, facilement en colère, méfiante.

-Des répercussions cognitives : Des troubles mnésiques se caractérisant par une amnésie partielle de l'événement et des distorsions cognitives portant entre autres sur les causes et conséquences de l'événement surgissent et persistent. Les ruminations participent à ces distorsions cognitives. Toute attachée à trouver un sens, la victime d'un psychotraumatisme ayant développé un ESPT peut présenter une indisponibilité cognitive marquée par des troubles de l'attention et de la concentration. Cet état d'assujettissement psychique, émotionnel et cognitif ne favorise pas la participation du sujet à la vie sociale et des répercussions sur le plan social apparaissent.

-Des conséquences sociales : Le sujet s'isole, présente un intérêt restreint pour les activités importantes, et décrit souvent un sentiment de détachement d'autrui. S'ensuivent généralement une diminution des interactions sociales et des altérations sur le plan socio-professionnel.

A noter enfin que le diagnostic de stress post-traumatique ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Lorsque l'exposition est plus récente (3 jours à 1 mois), un diagnostic de stress aigu est considéré (cf. Annexe 1).

Ces classifications communément admises sont très utiles pour poser un diagnostic. Mais là où le DSM et la CIM sont devenus indispensables pour identifier l'ESPT, ils sont en revanche moins pertinents pour décrire la clinique retrouvée sur le terrain. Les cliniciens francophones préfèrent employer l'expression « syndrome psychotraumatique ». Voyons ensemble à quoi cela correspond.

1.4. Le syndrome psychotraumatique

Le syndrome psychotraumatique est l'association de symptômes que peut présenter une personne à la suite d'un psychotraumatisme. Ce syndrome s'appuie sur les signes décrits par les classifications mondiales pour définir l'ESPT et vient les compléter sur le plan clinique.

En effet, la littérature indique que l'ESPT offre un large terrain comorbide. Selon le DSM-V, « Les individus souffrant d'un ESPT ont 80 % plus de risques que ceux sans ESPT d'avoir des symptômes répondant aux critères diagnostiques d'au moins un autre trouble psychique ». La comorbidité avec un trouble de l'usage d'une substance et un trouble des conduites est fréquente également. Par ailleurs, le manuel rajoute qu'il y a une comorbidité considérable entre ESPT et troubles neurocognitifs majeurs. Enfin, selon le DSM-V, bien que la plupart des jeunes enfants souffrant d'un ESPT aient aussi au moins un autre diagnostic, les patterns de comorbidité sont différents de ceux observés chez les adultes, avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et de l'anxiété de séparation. Mais cette comorbidité est plutôt à appréhender sous l'angle de signes faisant partie intégrante du syndrome psychotraumatique.

Ce syndrome se caractérise par trois signes spécifiques : la reviviscence, l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative. Il est complété par nombre de signes associés qui diffèrent d'une personne à l'autre. Ainsi nous pouvons dire que le syndrome psychotraumatique est spécifique à la personne qui le présente. Il est évolutif : son changement est fonction entre autres de la possibilité d'une prise en charge, de la précocité et de la pertinence de celle-ci, des capacités de résilience de la personne psychotraumatisée, du soutien reçu,...

Chez l'enfant, les signes sont à détecter très tôt pour qu'ils ne puissent pas briser son élan développemental et faire cristalliser les troubles naissants. Mais quels sont les signes présents chez l'enfant ? Détaillons-les maintenant.

1.5. Particularités sémiologiques chez l'enfant âgé de 6 à 12ans

Muriel Salmona (2012- 2013) décrit les symptômes du syndrome psychotraumatique prépondérants chez l'enfant de plus de six ans. Selon elle, l'enfant présente :

-des difficultés (voire des échecs) scolaires, des troubles de l'apprentissage, de la concentration et de l'attention, des absentéismes, des amnésies,

NB : Ces difficultés scolaires sont sous-tendues par une indisponibilité psycho-affective et des troubles cognitifs.

-des troubles dissociatifs, avec troubles de la vigilance, absences, vie imaginaire très importante ou à l'inverse inhibée, compagnon imaginaire avec qui l'enfant communique, anesthésie affective, sentiment d'étrangeté particulièrement par rapport à son propre corps,

NB : Chez l'adolescent, il est observé des conduites à risque dissociantes : mises en danger, sports extrêmes, jeux dangereux (risque d'accidents très important) voire ordaliques, comportements auto- et hétéro-agressifs, conduites addictives (tabac, alcool, drogue), sexualité à risque, délinquance.

-des troubles de l'alimentation : anorexie, boulimie, prise de poids,

-des symptômes neurovégétatifs : troubles du sommeil (difficultés à aller au lit, cauchemars, réveils nocturnes, somnambulisme), irritabilité, colères, hypervigilance,

-des troubles relationnels et du comportement : hyperactivité, comportement agressif, opposition, retrait (relationnel, intellectuel, émotionnel), trouble obsessionnel compulsif, mise en danger, fugues, violences, retrait et phobie sociale, irritabilité, colères,

-des troubles anxieux et dépressifs fréquents : idées obsédantes, peurs spécifiques liés au traumatisme, peur du noir, peur d'objet, peur d'aller seul aux toilettes, différentes phobies, attaques de panique et idées suicidaires (particulièrement chez l'adolescent).

Muriel Salmona liste également les troubles psychomoteurs et de la personnalité dans les conséquences psychotraumatiques. Nous émettons ici l'hypothèse que ces troubles ne

peuvent être confondus à ceux cités plus haut puisqu'ils en seraient à la fois un résultat et une cause. En effet, selon nous, les troubles psychomoteurs et ceux de la personnalité sont en interactions dynamiques avec les troubles listés ci-dessus, s'influençant mutuellement. De notre point de vue, d'une part, l'organisation psychomotrice et la construction de la personnalité du sujet sont concomitantes entre elles et en interactions. Cela signifie qu'elles se nourrissent l'une l'autre et que le bon développement de l'une conditionne le bon développement de l'autre. D'autre part, elles sont toutes les deux liées aux conditions de vie du sujet. C'est donc par le jeu d'influences mutuelles entre psychomotricité, personnalité et environnement que le sujet présente tels types de troubles et non d'autres. Voilà pourquoi selon nous les troubles de la psychomotricité et de la personnalité ne peuvent être situés sur le même plan que les autres troubles décrits jusqu'ici. Cette précision étant faite, poursuivons la description sémiologique.

Chez l'enfant, on trouve également des régressions avec perte des acquisitions récentes qui peuvent transparaître au travers de la (ré)apparition d'une énurésie ou encore d'une augmentation de l'angoisse de séparation (F. Ghika-Schmid, 2001). Liliane Daligand (2009) l'explique par un « engourdissement de la sensibilité » qui interfère avec l'élan de développement.

Par ailleurs, dans son article « Le jeu chez l'enfant victime d'événements traumatiques », Hélène Romano (2008) rajoute aux signes psychotraumatiques de l'enfant une :

-désorganisation psychique : survenant « d'autant plus facilement que les défenses psychiques de l'enfant ne sont pas encore bien instaurées et que l'événement n'en reste que plus incompréhensible ». Cette déflagration psychique est à contraster avec une hyper-maturité, que l'on pourrait appeler « prématurité psychique ». (2008) « On pense aux fruits qui deviennent trop vite mûrs et savoureux, quand le bec d'un oiseau les a meurtris » (Ferenczi 1908 in H. Romano, 2008)

Elle ajoute également la présence :

- de troubles psychosomatiques (que Daligand (2009) énumère : « douleurs, eczéma, asthme, pelade,... »)

-de jeu traumatique, c'est-à-dire un jeu où l'enfant remet en scène ce qui lui est arrivé et/ou présente des comportements de manipulation des jouets (il les range et les aligne) en ne manifestant aucunement du plaisir. Il peut même présenter un « masque de tristesse et de douleur ». Une autre caractéristique de ce jeu traumatique tient en la « déliaison des interactions

subjectives » : l'enfant ne s'inscrit plus dans le champ du symbolique et de l'imaginaire, il n'est pas plus capable d'interagir avec les Autres. Romano parle même d' « impasse intersubjective ». L'auteure décrit trois degrés de manifestations du jeu post-traumatique (cf. Annexe 4).

Daligand (2009) spécifie d'autres signes présents chez l'enfant : la dépression, les idées suicidaires et le suicide, les douleurs chroniques, les addictions, l'isolement, l'errance, la délinquance, la marginalisation et des difficultés d'acquisition scolaire et professionnelle.

La figure suivante présente le syndrome psychotraumatique chez l'enfant.

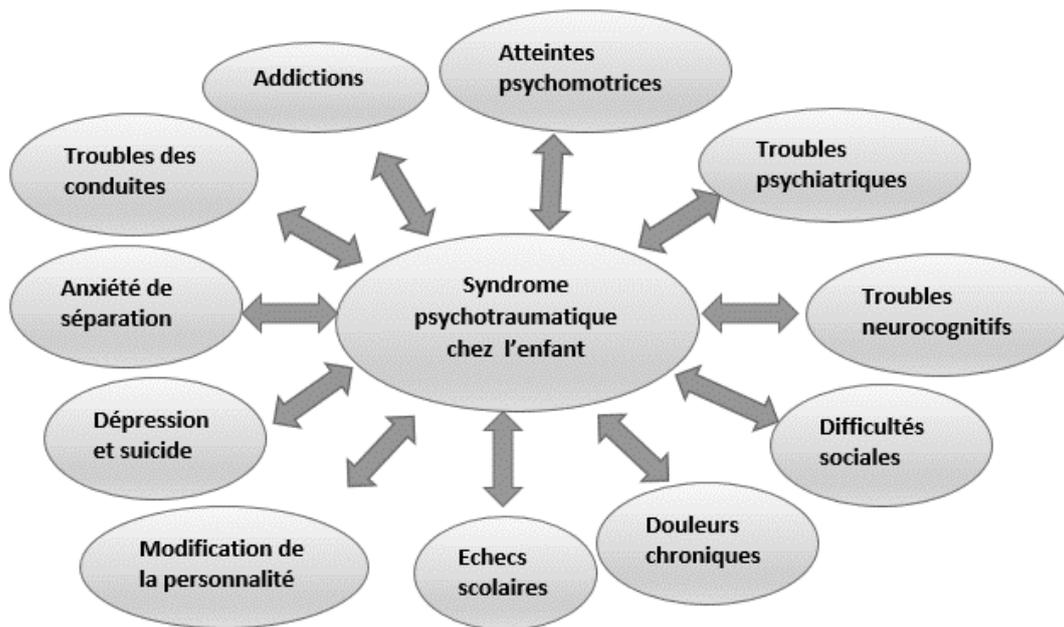


Figure 1: Syndrome psychotraumatique chez l'enfant (production personnelle)

Enfin, ce qu'il est essentiel de retenir dans la symptomatologie de l'enfant, c'est un changement de comportement brusque. Liliane Daligand (2009) l'évoque dans sa description de la clinique du psychotraumatisme chez l'enfant au travers de l'expression « symptômes non présents antérieurement ». En effet, la modification du comportement de l'enfant vient signer un malaise qu'il paraît essentiel de repérer, et ce, le plus tôt possible afin d'en favoriser une évolution positive. Et il est important de noter que l'évolution des signes du psychotraumatisme est fluctuante. Selon Sophie B.P. Gachons (2017), la guérison est souvent spontanée après la phase aiguë. Mais Liliane Daligand (2009) rajoute que chez l'enfant l'intensité et la nature de la réaction immédiate peuvent être prédictives des symptômes psychotraumatiques durables. Selon elle, ils peuvent se chroniciser et provoquer à long terme une persistance des signes

cliniques (parfois jusqu'à l'âge adulte) entraînant avec eux des séquelles invalidantes. Cette auteure replace toute l'importance d'un suivi précoce et adapté.

1.8. Prise en charge du syndrome psychotraumatique

La littérature indique que l'accompagnement des sujets présentant un syndrome psychotraumatique se décline en :

- psychothérapies telles que les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) ou encore l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, couramment appelée EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, soit en français Mouvement des yeux, Désensibilisation et Retraitement de l'information),

-et en pharmacothérapies.

Parmi les accompagnements classiquement proposés, la prise en charge en psychomotricité n'apparaît pas. Pourtant, un tel suivi existe (et notamment chez l'enfant)! En effet, les personnes victimes d'un psychotraumatisme sont quelques fois orientées en psychomotricité. Mais force est de constater que malgré une volonté d'accompagnement holistique, la psychomotricité offre une prise en charge globale qui ne tient pas compte des spécificités du syndrome psychotraumatique. Les conséquences pratiques font que les sujets sont suivis pour les symptômes psychomoteurs qu'ils présentent sans que les caractéristiques du psychotraumatisme, en ce qu'elles tiennent dans les manifestations psychocorporelles, ne soient spécifiquement décryptées et accompagnées.

Nous comprenons donc bien que la psychomotricité n'est actuellement pas spécialisée dans l'accompagnement des victimes psychotraumatisées.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous interrogeons sur la place de l'accompagnement en psychomotricité dans le suivi d'une personne présentant un syndrome psychotraumatique. Autrement-dit, nous pouvons nous poser dans un premier temps la question suivante : « Comment peut-on comprendre le psychotraumatisme et ses conséquences cliniques avec le point de vue de la psychomotricité ? ».

2. Psychotraumatisme du point de vue de la psychomotricité

2.1. Approche générale

Selon Muriel Salmona (2012), les troubles psychotraumatiques « représentent un risque pour la santé physique et psychique ». Or, nous savons que du point de vue de la psychomotricité, physique et psychisme sont indissociables. Nous pouvons donc simplement conclure ici que lorsqu'il y a un psychotraumatisme, il y a un risque d'atteinte voire de désorganisation psychomotrice dont il faut pouvoir cerner la sémiologie.

Mais avant de décrire les signes psychomoteurs du syndrome psychotraumatique, prenons le temps d'en comprendre les mécanismes à l'œuvre sous le prisme de la psychomotricité.

Revenons un instant sur les mécanismes neurobiologiques du psychotraumatisme. En dehors de toute situation traumatogène, l'amygdale, productrice de catécholamines (noradrénaline, adrénaline et dopamine), permet la formation d'associations entre stimuli et émotions. L'hippocampe a une influence prépondérante dans les processus mnésiques sémantiques, déclaratifs et les capacités d'apprentissages. Cette structure détient notamment un rôle majeur dans la mémoire épisodique par la contextualisation des informations sensorielles. Enfin, les régions préfrontales permettent l'activation et le fonctionnement de la mémoire de travail et inhibent les réponses motrices inappropriées (F. Ghika-Schmid, 2001). Dans le cadre d'une apparition d'un traumatisme psychique, l'individu réagit par l'activation de l'amygdale qui produit de manière excessive des catécholamines. Cette flambée de la production est toxique et menace la vie du sujet. L'organisme met alors en place un mécanisme de protection exceptionnel : le court-circuitage de l'amygdale. L'activité de celle-ci se voit alors entravée : le sujet ne peut plus faire de lien entre émotions et sensations et une anesthésie émotionnelle apparaît. Par sa déconnexion d'avec les régions préfrontales, les réponses motrices sont inhibées. La victime du psychotraumatisme n'est alors plus en mesure de se défendre si ce n'est par immobilisation. Nous comprenons donc bien ici que lors d'un stress intense, émotions, sensations et motricité sont dissociées. C'est donc l'organisation psychomotrice de l'individu qui vole en éclats. C'est sur la base de ce support neurobiologique que nous émettons le postulat suivant : « Le psychotraumatisme (en tant qu'effraction du psychisme) engendre une désorganisation psychomotrice. ».

Poursuivons notre réflexion. Lors du court-circuitage, l'amygdale est aussi déconnectée de l'hippocampe. Cela se traduit par une impossibilité pour le sujet d'encoder l'événement dans sa mémoire déclarative autobiographique. Celle-ci fait référence à la mémoire que nous avons de nous-même, de notre histoire de vie et des événements personnels passés. C'est une mémoire à long terme, déclarative. Cela implique que le sujet puisse faire un rappel conscient, intentionnel et verbalisable d'expériences antérieures (Gachons, 2017). Des études plus poussées sur la mémoire autobiographique distinguent deux états de conscience rattachés à cette mémoire : la conscience autonéotique (incluant des éléments de contextualisation des faits encodés) et la conscience néotique (qui à l'inverse ne présente pas d'éléments contextuels aux faits encodés). Dans le cas où survient un traumatisme, selon la littérature, ce serait la conscience autonéotique de la mémoire autobiographique qui serait (la plus) atteinte. Dépossédée des éléments contextuels des événements vécus si intimement, la victime d'un psychotraumatisme peut avoir la sensation qu'il lui manque un bout de son histoire voire même perdre son authenticité. C'est là que surviennent généralement des sensations de déréalisation. Cette perte de contact avec la réalité à la fois passée et présente amène à une perte de contact avec soi-même.

De plus, il a été démontré à quel point la mémoire autobiographique est liée à la construction et à la solidité de l'identité de l'individu. Contenant les souvenirs de vie, elle inscrit le sujet dans son histoire. Cette inscription l'affilie au monde dans une dimension spatio-temporelle suffisamment claire et intégrée pour lui permettre de se situer en tant que sujet ayant un vécu et une identité reconnus. Or, lors d'une effraction psychique, le temps est interrompu et l'histoire est arrêtée au traumatisme : cette intrusion psychique vient donc briser la continuité d'existence du sujet et, par là-même, sa continuité d'être. Il ne se reconnaît plus : ni lui, ni son histoire.

Du point de vue psychomoteur, cette perte du lien à soi vient questionner les multiples facettes de l'organisation du sujet. Diverses interrogations apparaissent alors. Parmi elles, les suivantes : Qu'en est-il de la qualité des enveloppes (psychiques et corporelles) ?, Les représentations corporelles ont-elles encore la possibilité de se réactualiser ?, Persiste-t-il une congruence entre corps vécu, corps perçu et corps représenté ?, La sensation d'individualité et de singularité a-t-elle été agressée ?, Y a-t-il toujours une unité psychocorporelle ?. Prenons le temps de répondre à ces questions.

L'unité psychocorporelle fait référence, de manière holistique, à ce qu'est le sujet. Cette liaison des différents aspects d'une personne permet de lui créer une identité unique. Cette

personne est donc singulière dans ce qu'elle est; et son unicité transparaît dans un Moi éminemment subjectif et personnel. Lors d'une effraction, le Moi est fragmenté, selon Onno Van der Hart (2017), en une partie apparemment normale (PAN) et une (ou plusieurs) partie(s) émotionnelle(s) (PE). Cette dissociation, qui rappelons-le, correspond à une déconnexion de l'individu au temps présent et à lui-même ; survient généralement lors de reviviscences. Elle permet d'escamoter la peur au prix d'une atteinte (voire d'un trouble dissociatif) de l'identité. Nous retrouvons-là le phénomène de non-contact à soi et nous nous apercevons de sa résurgence voire persistance au fil du temps.

Le temps. C'est désormais cette notion qui nous interpelle. Il y a une rupture temporelle qui apparaît au moment du psychotraumatisme et qui se fige (plus ou moins longtemps selon les personnes). La ligne du temps est rompue et le lien entre passé, présent et futur s'évanouit sous l'effet à la fois d'écamnésies (émergence de souvenirs anciens revécus comme une expérience actuelle), d'amnésies partielles (où la mémoire autobiographique en porte les stigmates), de dissociations et de craintes anticipatoires. Aucune portion du temps ne semble apaiser les signes du syndrome psychotraumatique. En effet, la personne psychotraumatisée ne trouve pas de « paix » si elle se remémore son passé douloureux, si elle pense au futur incertain ou si elle est dans un présent qui lui échappe. Chaque instant est donc perturbé par cette intrusion de l'événement traumatique qui revient sans cesse. Le sujet ne peut trouver de sens à sa vie.

Et c'est bel et bien le sens qui manque à la victime d'un psychotraumatisme. Le sens, c'est la ligne directrice du temps qui permet de se souvenir, d'être et de se projeter. C'est aussi la signification d'une chose ou d'un objet. La violence de l'événement traumatisant est telle que la personne qui la vit directement ou en tant que témoin ne peut s'expliquer ce qui se joue et d'où provient une telle intensité. Il y a une rupture dans le bain du langage (pour les plus petits) et un abandon par le langage (pour les plus grands). Alors, plus aucun mot ne peut refléter le degré d'intrusion subie. Celle-ci reste donc dans l'état, innommable et sans possibilités de représentation mentale avec un risque de se cristalliser si aucun suivi n'est proposé. Et l'approche en psychomotricité a ceci d'original qu'elle peut se détourner du langage verbal pour dialoguer. Quand les mots laissent place aux maux, le psychomotricien a toute sa place pour les décrypter. En effet, il s'appuie sur ce que le corps nous raconte ; ce corps témoin des diverses effractions subies. Nous les détaillerons un peu plus loin. Mais revenons au terme « sens ». Le sens c'est aussi la sensorialité. Les modalités sensorielles permettent de recueillir du milieu environnant des informations qui sont au départ dépourvus de sens (Bekier Séverine, 2011). Ce

n'est qu'après traitement par le cortex que la sensation de départ devient perception puis représentation. Au départ donc, les stimuli sont traités par les récepteurs sensoriels des différents organes des sens. Mais dans le cas d'un psychotraumatisme, ces stimuli (par leur quantité, intensité, soudaineté, imprévisibilité, violence) renvoient à des informations intraitables par le sujet. Il y a alors, sans jeu de mots, un « non-sens ». Dans cet état d'hyperexcitabilité des récepteurs des organes des sens, peuvent se nicher des distorsions perceptivo-sensorielles. Il est largement connu le silence majestueux qu'entendent les soldats au cœur des bombardements ou encore le fracas d'un rien qui raisonne si fort à l'intérieur de la victime au moment du psychotraumatisme. Ces exemples auditifs peuvent être mis en corrélation avec tous les autres sens du sujet qui, de la même manière, peuvent être faussés au moment de l'événement traumatisant. En bref, selon François Lebigot (2005), le trauma résulte toujours d'une perception ou d'une sensation. Ces « anomalies » sensorielles persistent-elles s'il y a un syndrome psychotraumatique ?

Tout porte à croire que oui. En effet, la victime présentant un tel syndrome n'a plus d'ancrage au présent, à elle-même et à ses sens. Elle est dans une indisponibilité psycho-affective qui ne lui permet pas de traiter correctement les informations, tant sur le plan cognitif que corporel. L'indisponibilité psychique engendre une indisponibilité corporelle. Si l'on prend comme exemple le tact, c'est par les récepteurs sensoriels de la peau que le sujet reçoit les informations. Mais la personne portant les séquelles du psychotraumatisme a subi une profonde intrusion qui a blessé son psychisme et ses enveloppes psychocorporelles. A ce sujet, Anzieu (1974 cité par Bekier Séverine, 2011) décrit la notion de « moi-peau ». Selon lui, il s'agit d'une surface qui relie les diverses sensations tactiles en les inscrivant telles des traces sur l'enveloppe tactile. L'auteur met en lien la peau (l'enveloppe corporelle) et l'identité du sujet (le Moi). Si l'un est intrusé, l'autre est malmené. Si nous reprenons la définition du psychotraumatisme, le psychisme est pénétré par un élément étranger externe ; ce qui signifie que le Moi est atteint et parallèlement, l'enveloppe qui le contient, constituée par la peau, est impactée également.

Par-delà la superficie corporelle, c'est aussi tout ce qui constitue le sujet de l'intérieur qui est blessé. Si nous reprenons la triade spécifique de signes présents dans le syndrome psychotraumatique, nous nous apercevons là encore que les conséquences à long terme du psychotraumatisme renvoient à des désordres psychomoteurs. En effet, si nous prenons la reviviscence : du point de vue de la psychomotricité, c'est le souvenir traumatique qui prend corps. Le rappel de l'événement dépasse la simple ré-évoation mentale du passé. Le sujet est bouleversé dans sa chair et son fonctionnement l'est tout autant. La perturbation du sommeil

par le cauchemar ou encore celle de l'état de veille par la réminiscence en sont des témoins. Ce rappel place le corps dans un fonctionnement neurobiologique intense marqué par des dérèglements végétatifs ; c'est ce que l'on entend par hyperactivité neurovégétative. Enfin, l'évitement pourrait se définir comme une fuite de tous éléments menaçants car potentiellement déclencheurs de reviviscences. Cette stratégie de protection place le sujet dans un état d'hypervigilance donc dans une tension psychique forte. Celle-ci peut prendre corps par une hypertonie et une modification de la respiration. C'est par l'un des rares écrits portant sur les signes psychomoteurs faisant suite à un psychotraumatisme que nous pouvons illustrer nos propos. M. Daudin et D.Defontaine (2015), décrivant une situation clinique d'un gendarme confronté à plusieurs événements traumatiques successifs, listent les signes suivants : une sidération tonique se traduisant par une hypertonie « rempart contre un éclatement et une désorganisation possibles » et par une respiration hachée donnant l'impression d'un souffle coupé, d'une enveloppe corporelle fissurée, des repères identitaires fragilisés, etc.

Nous voyons donc ici les multiples réciprocités des signes du syndrome psychotraumatique à la psychomotricité du sujet. Pour tenter d'éclairer d'avantage ce concept, voyons maintenant le syndrome psychotraumatique sous l'angle d'une intrusion plurielle.

2.2. De multiples effractions...

Dans un souci de clarté et de démonstration solide des liens existant entre psychomotricité et clinique du psychotraumatisme, nous avons choisi ici de proposer une définition ainsi qu'une modélisation de la psychomotricité.

Avant d'être un métier, la psychomotricité est avant tout une organisation dynamique propre à chacun à un temps donné. Elle correspond à l'intrication des diverses composantes de l'être humain (le corps, la psyché et l'affect) qui interagissent perpétuellement entre elles et avec l'environnement (son histoire, les Autres, le monde).

L'organisation psychomotrice d'un sujet est donc une constellation de divers éléments. Nous avons tenté ici de la modéliser sous forme d'étoile pour en offrir une lecture plus aisée.

Ici, le sujet est représenté par une étoile à 5 branches. L'étoile en elle-même représente son corps, et chacune des branches représente un aspect de son organisation psychomotrice. Le corps est situé au centre et comme matrice puisque, du point de vue de la psychomotricité, il est un outil de lecture essentiel pour tenter de comprendre la logique fonctionnelle du sujet. Le

sommet symbolise les pensées. Les deux branches supérieures renvoient aux émotions et aux qualités de relation. Les deux branches inférieures enfin, tels deux piliers grâce auquel l'individu avance, sont représentatifs des notions d'espace et de temps.

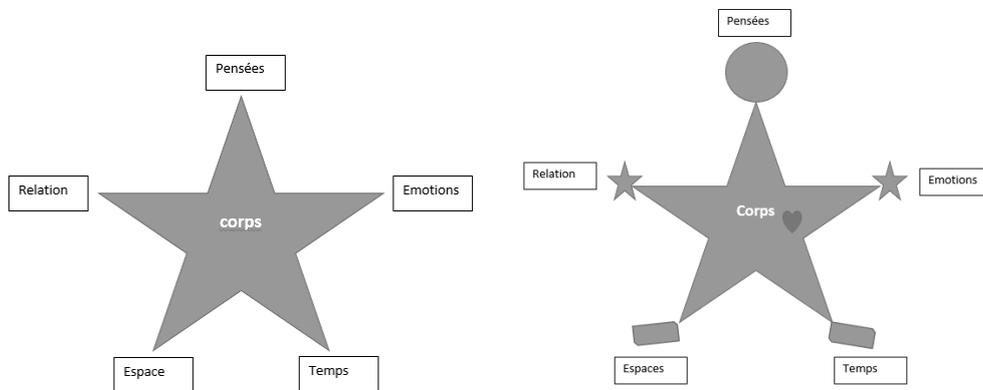


Figure 2: Représentations stellaires de la psychomotricité d'un sujet (production personnelle)

Ces diverses composantes psychomotrices interagissent entre elles de façon continue. A un instant t, cette intrication donne accès à une organisation unique et singulière dont un des buts est de permettre au sujet de s'adapter à son environnement, c'est-à-dire d'y fournir une réponse adaptée.

Lorsqu'il y a confrontation du psychisme au Réel de la mort, il y a une dissociation entre pensées, émotions et perceptions sensorimotrices. Le sujet, dépassé, peut alors ne plus être capable de fournir une réponse adéquate à son environnement. Les définitions actuelles donnent une explication à cette possible sidération : l'effraction du psychisme par un élément extérieur. Nous nous proposons ici d'élargir cette définition et de penser ensemble aux différents types d'effractions possibles.

Nous poursuivons notre réflexion par le biais de notre symbolisation de l'organisation psychomotrice sous forme d'étoile. Reprenons l'image.

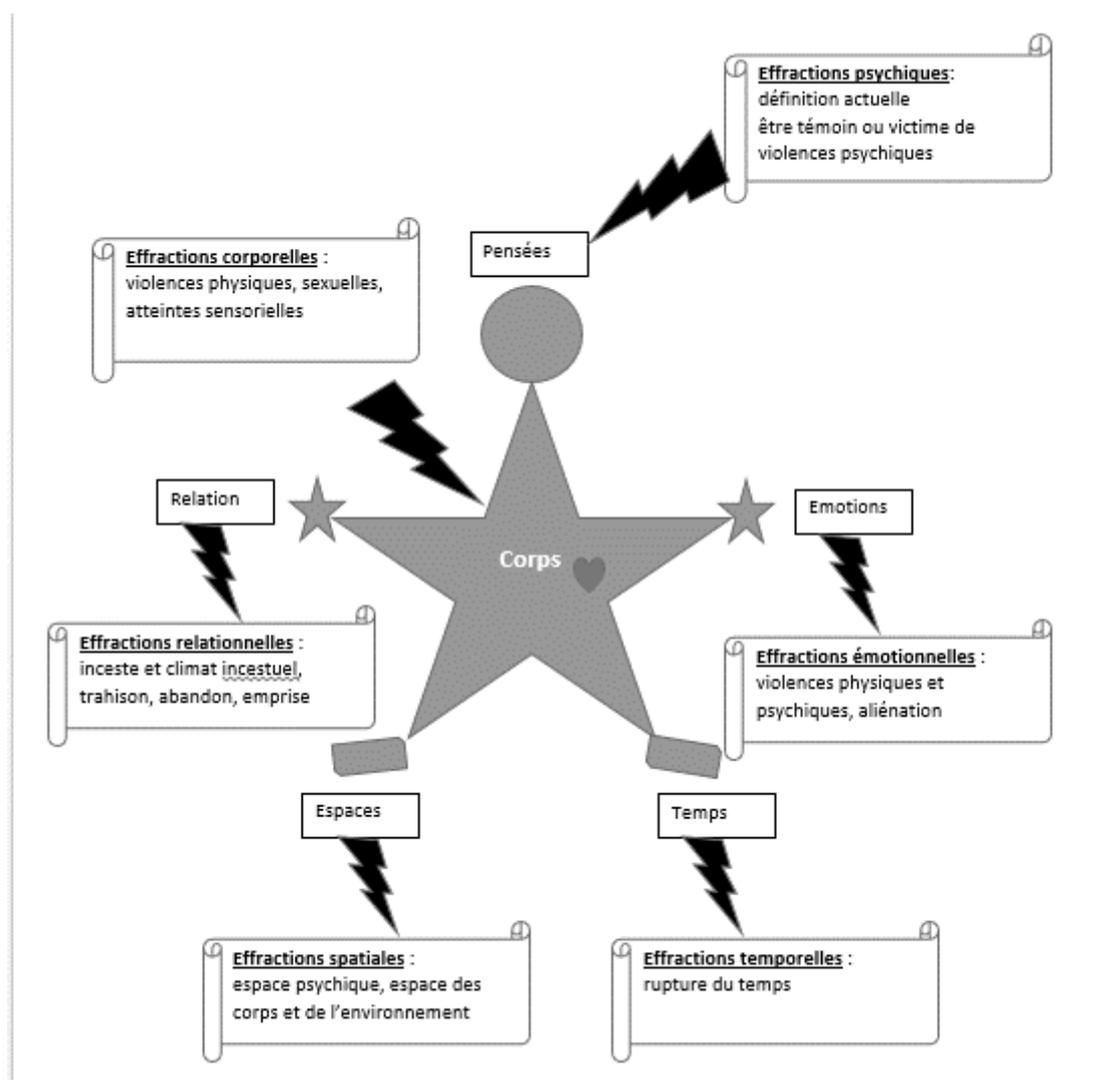


Figure 3: Les différentes possibilités d'effraction (production personnelle)

Le schéma ci-dessus illustre quelques exemples d'effractions possibles. Détaillons-les.

- *L'effraction psychique :*

Elle correspond à la définition actuelle du psychotraumatisme. Dans le psychisme de l'individu, l'innommable, l'irreprésentable fait brutalement irruption et vient créer une blessure. Elle peut être due à différentes situations dont les violences physiques, psychiques et sexuelles. Nous l'avons dit, être témoin de violence sur autrui peut aussi faire trauma. Nous nous posons ici la question de la part d'introjection de la menace portée sur autrui. L'individu a-t-il une ligne de démarcation entre lui et l'Autre suffisamment définie pour qu'il s'en distingue ou présente-t-il une individualité à renforcer ? Dans le dernier cas, nous le savons, c'est un facteur de vulnérabilité.

- *L'effraction corporelle :*

« Le traumatisme psychique, en ayant un point d'ancrage corporel, fige la corporéité d'un individu au risque de la sédimenter, voire de la désagréger. » (Peccia-Galletto, 2009). Au travers de cette citation, nous comprenons ici que le corps est le réceptacle de toutes les violences et donc des possibles traumatismes engendrés par elles. Par ailleurs, il en garde la trace aux travers de stigmates multiples et variés.

L'attaque au corps peut être directe (maltraitance, actes de barbarie, viols,...) ou indirecte. En effet, être spectateur de la souffrance infligée à l'Autre vient générer, par mécanismes d'empathie et de sympathie (mettant en jeu les neurones miroirs), une souffrance personnelle qui, même si elle n'est pas vécue physiquement peut prendre chair.

Par ailleurs, le corps est un organisme doté de sens. Nous comprenons que s'il y a une effraction corporelle, il y a également une effraction des sens. Dans le cadre du psychotraumatisme, elle est systématique et y tient une place toute particulière puisque jouant un rôle massif dans le phénomène de traumatisation et dans les reviviscences. Abordons-la maintenant.

- *L'effraction sensorielle :*

« Le percept sensoriel brut serait en quelque sorte le fer de lance par lequel l'événement pénètre dans le psychisme. » (Nebout-Lénès, 2001). Par cette citation, nous apercevons le rôle prépondérant des sens dans le mécanisme du traumatisme psychique. C'est par ses sens que le sujet perçoit un événement. Et c'est sur la base de cette perception sensorielle que l'hippocampe (entre autres) enregistre le souvenir. Mais dans le psychotraumatisme, il y a effraction sensorielle. L'événement, d'une violence extrême vient heurter entièrement le sujet notamment dans sa sensorialité. Nebout-Lénès (2001) ajoute même : « La trace sensorielle serait en quelque sorte la signature du trauma. ». Le non-sens engendré vient créer une incompréhension et une sorte de vide émotionnel.

- *L'effraction émotionnelle:*

La confrontation inopinée à la mort génère une émotion vive, si abyssale, qu'elle plonge le sujet dans une menace interne de mort imminente. Nous voyons ici qu'il y a bel et bien une effraction émotionnelle.

La simple exposition à l'événement traumatique est capable de générer une réponse émotionnelle intense. Mais d'autres mécanismes telles l'aliénation ou encore l'emprise produites par le bourreau engendrent de façon insidieuse une fragilité émotionnelle qui préparent le terrain à la soumission aux nouvelles attaques. La qualité négative du lien à l'agresseur peut être pronostic d'effraction.

- *L'effraction relationnelle :*

La relation est pensée ici au sens de lien dynamique de deux personnes (au moins) entre elles ou avec leur environnement. Nous pensons entre autres à la communication, aux échanges et aux interactions entre plusieurs individus entre eux et avec le milieu.

Dans le cadre de la relation interhumaine, nous considérons qu'il y a un phénomène à double sens : à la fois une projection d'une partie interne de soi et une introjection de ce que l'Autre donne dans l'échange. Ce va-et-vient entre soi et l'Autre amène à la notion d'intersubjectivité. Comme son nom l'indique, l'intersubjectivité peut se définir comme le lien entre plusieurs subjectivités : la sienne et celle de son interlocuteur. Plus précisément : c'est la prise en considération de la subjectivité de l'Autre dans la sienne. Mais avec le psychotraumatisme, comment avoir accès à cet échange puisque sa propre subjectivité est atteinte ?

Par ailleurs, la relation avec le monde environnant est aussi impactée lors de l'événement traumatisant. En effet, par ses sens, le sujet est réceptif aux données du milieu qu'il peut assimiler dans le cas d'une effraction psychique, comme des éléments menaçants qu'il va tenter d'éviter par la suite. La façon d'être au monde peut donc se voir profondément modifiée.

Enfin et non des moindres, abordons la relation de soi à soi. Lorsqu'une personne voit son intégrité physique menacée, elle se sent mourir et cela peut générer une souffrance psychique importante. Mais cela va même plus loin, elle est renvoyée à un « questionnement identitaire plus profond, la confrontant à la fragilité de ses limites psychiques et corporelles » (M. Daudin, 2015). La personne est comme « coupée » de ce qu'elle est, de son unité psychocorporelle. Elle ne peut plus (ou difficilement) se rendre présente à elle-même.

- *L'effraction spatio-temporelle :*

Des récits de victimes psychotraumatisées, il ressort une perception du temps modifiée : on parle de distorsions chronologiques. Tandis que les uns rapportent un sentiment d'éternité, d'autres disent que les faits se sont passés très vite. Parfois même, certains ressentent cette longueur et cette rapidité du temps simultanément. Quoiqu'il en soit, le temps s'arrête, se fige à cet instant traumatique qui par la suite revient sans cesse, partout et tout le temps.

Le rythme de vie est alors dicté par le métronome des reviviscences. Et chaque espace est intrusé par elles. L'espace intracorporel, en ce qu'il constitue la pensée et le fonctionnement interne du sujet, est impacté. L'espace péricorporel, faisant référence aux relations que le sujet entretient avec son environnement, peut être marqué par la méfiance. L'espace extracorporel enfin, le monde, l'Univers, ne devient qu'un lieu d'errance, spectateur d'une souffrance qui ne cesse pas.

Nous pouvons donc admettre que le psychotraumatisme ne se résume pas à une simple effraction psychique mais qu'il est en fait un phénomène d'effraction multiple. Le syndrome psychotraumatique, conséquence sémiologique (possible) du psychotraumatisme, pourrait quant à lui se définir comme une effraction psychique qui prend corps. Comment cela s'appréhende-t-il chez le sujet jeune ? Tentons de comprendre les mécanismes psychotraumatiques chez l'enfant au travers de l'éclairage de la psychomotricité.

2.3. Description chez l'enfant

Pris dans une dynamique développementale, l'enfant voit sa croissance et son évolution modulées par différents mécanismes : psychologiques, biologiques, hormonaux, neurologiques, affectifs, relationnels, etc. Si l'un d'entre eux est atteint, c'est toute l'organisation psychomotrice qui se voit impactée. Dans le cas d'un psychotraumatisme, nous pouvons aisément imaginer le désordre psychomoteur engendré.

La population ciblée ici est constituée d'enfants âgés entre 6 et 12 ans. Pourquoi avons-nous fixé cette tranche d'âge ? Nous avons fait le choix d'axer notre écrit sur une population qui se situe entre une maturité intellectuelle grandissante et un bouleversement global induit par les processus pubertaires. Selon Freud, cette période de vie correspond à une période de latence où le jeune individu en développement élabore des mécanismes de défense. Ses moyens de protéger son Moi peuvent lui faire adopter des stratégies inadaptées dont il faut pouvoir

porter attention. Selon Piaget, le jeune est capable d'abstraction et de raisonnement inductif. Il nomme cette période : « stade des opérations concrètes ». Elle renvoie à la possibilité d'accès à la logique et à la réversibilité. Wallon, enfin, place cette population dans un stade dit catégoriel, ce qui correspond à une période d'activités intellectuelles. L'enfant est ainsi de plus en plus capable de mettre du sens et donc de développer un potentiel de résilience.

Notons que l'impact du psychotraumatisme est variable selon l'âge de l'enfant, son niveau développemental et par conséquent, sa compréhension du monde. Plus il est jeune, plus sa compréhension du monde est à développer parce que ses capacités cognitives sont en développement. Etant donné cette « immaturité psycho-cognitive », s'il y a une effraction psychique, l'enfant est alors plus vulnérable et risque d'autant plus d'être traumatisé. Nous voyons donc ici que le développement de l'enfant intervient dans sa prise dans l'événement et que plus il est jeune, plus il risque d'être impacté par un événement potentiellement traumatique.

Allons plus loin. Des facteurs jouent un rôle sur cette perception : la maturité des organes des sens, le développement des capacités motrices et langagières (Daligand, 2009). C'est grâce à son équipement psychomoteur et sensoriel que l'enfant appréhende le monde environnant et les événements de vie. Si, à l'origine, la psychomotricité du sujet ne s'est pas encore suffisamment développée ou si elle s'est mal développée, cela constitue un facteur de vulnérabilité qui augmente le risque que l'enfant soit traumatisé et développe un syndrome psychotraumatique.

Nous apercevons donc ici une dynamique à double sens : l'organisation psychomotrice est à la fois garante de résilience face à l'événement traumatique et à la fois menacée par lui.

Allons encore plus loin. Si la maturation psychomotrice de l'enfant n'est pas, au moment de l'événement traumatique, suffisamment établie, l'effraction du psychisme sera plus délétère et impactera négativement le processus développemental ; pouvant générer ainsi de plus grandes difficultés psychomotrices. Le schéma suivant résume les interactions délétères entre traumatisme et développement de la psychomotricité chez l'enfant.

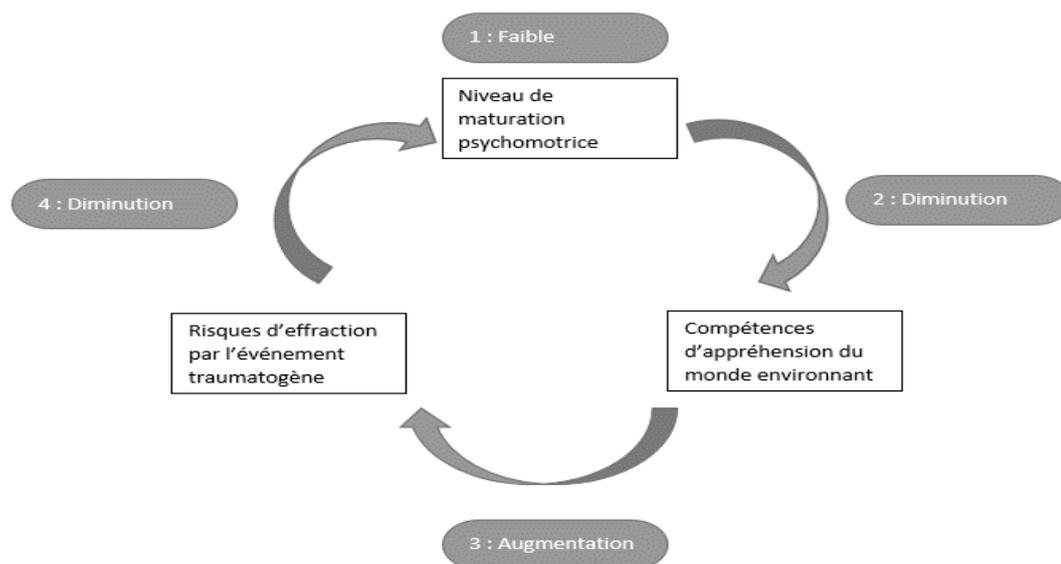


Figure 4: Cercle vicieux du psychotraumatisme sur le développement psychomoteur (production personnelle)

Afin de mieux appréhender la sémiologie psychomotrice pouvant faire suite à un psychotraumatisme, revenons un instant sur les compétences psychomotrices des enfants âgés entre 6 et 12 ans.

Les habiletés motrices fondamentales (marcher, courir, sauter à pieds joints et à cloche-pied, lancer et rattraper un ballon, l'habillage et la toilette) sont acquises dès 6ans. Passé cet âge, l'enfant adopte souvent un esprit de compétition et affine ses compétences. Ses capacités motrices (globales et fines), de manipulation, d'ajustement tonico-postural, de dissociation et de coordination se perfectionnent. Le développement psychomoteur amène alors à des mouvements spécialisés autrement appelés habiletés motrices composites. Le jeune devient de plus en plus performant dans l'utilisation de son corps. Ce corps, il le connaît de mieux en mieux et son schéma corporel se précise. Ainsi, la somatognosie se développe et le dessin du bonhomme contient de plus en plus de détails et devient de plus en plus réaliste.

Par ailleurs, le processus de latéralisation, établi dès 7/8 ans, permet à l'enfant de déterminer un côté fonctionnel préférentiel. La réversibilité, la décentration et la projection des repères égocentrés dans l'environnement (et par là-même l'acquisition de repères exocentrés) lui permettent de se situer, de s'orienter et de s'inscrire dans un monde mieux appréhendé. Les composantes spatiales et temporelles de l'environnement sont de plus en plus connues et mieux perçues en un tout cohérent et représentable.

Au niveau relationnel, l'enfant noue ses premières relations d'amitiés importantes qui ont un rôle majeur dans le développement personnel. L'image du corps, ou plutôt l'image des corps, se déploie dans les interactions avec les pairs. Les expériences sensorimotrices viennent nourrir la construction d'une image de soi teintée émotionnellement et chargée des substrats relationnels. La qualité de cette élaboration colorera de manière toute particulière la confiance en soi et en ses capacités.

Nous le voyons, la période de vie comprise entre 6 et 12 ans est baignée par l'essor des multiples compétences du sujet. La psychomotricité faisant partie intégrante de l'enfant, de son identité et de son développement, nous comprenons ici qu'elle tient une place majeure dans la compréhension du syndrome psychotraumatique et des signes qui en découlent.

Voyons ensemble une sémiologie psychomotrice possible du syndrome psychotraumatique.

3. Sémiologie psychomotrice hypothético-déductive du syndrome psychotraumatique

Cette partie du mémoire consiste en une lecture et interprétation d'une sémiologie psychiatrique reconnue. L'objectif est ici une constitution déductive et hypothétique d'une sémiologie psychomotrice.

Si nous reprenons notre modélisation de l'organisation psychomotrice sous forme d'étoile détaillée plus haut, nous pouvons nous apercevoir que chaque branche de l'étoile peut être atteinte. Observons ceci ensemble.

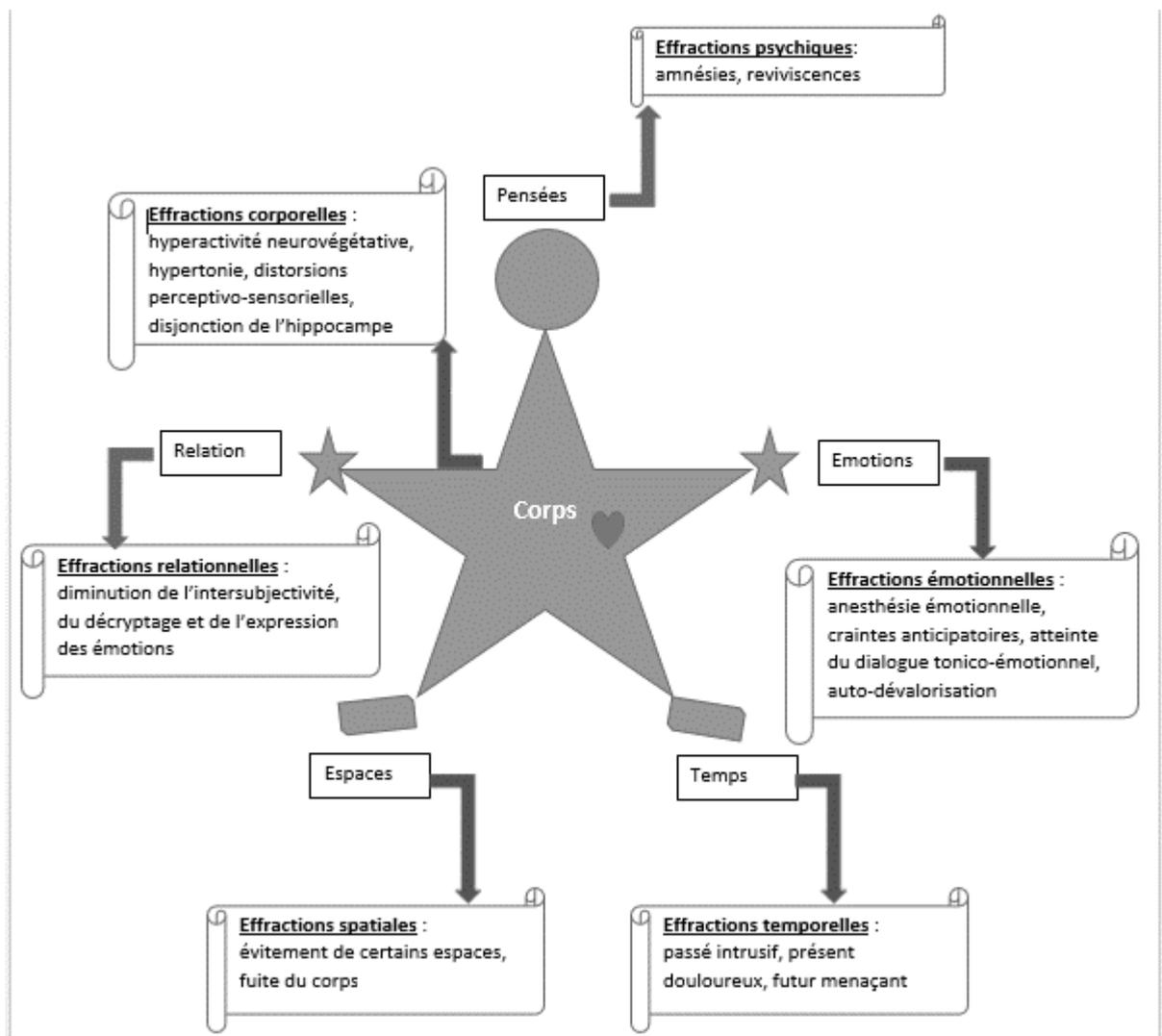


Figure 5: Conséquences possibles des effractions, production personnelle

Comme montré sur le schéma plus haut, à l'instar de la multiplicité des effractions survenant lors d'un psychotraumatisme, les conséquences cliniques que le sujet peut présenter par la suite sont multiples également. Ce que nous cherchons à montrer ici c'est que s'il présente un syndrome psychotraumatique, c'est toute son organisation psychomotrice qui se retrouve impactée.

Pour mieux comprendre, nous allons reprendre le schéma ci-dessus et le détailler ensemble. Mais avant, précisons un point important. La psychomotricité d'un sujet est à penser en terme d'organisation dynamique où tous les domaines psychomoteurs qui la composent ont des liens entre eux et s'influencent mutuellement. Il ne serait alors pas judicieux d'envisager les signes psychomoteurs du syndrome psychotraumatique comme un listing de signes indépendants les uns des autres. Mais pour plus de clarté et de visibilité, nous avons fait le choix de proposer les différentes atteintes possibles en reprenant chaque pôle de l'étoile.

- *Les atteintes psychiques :*

L'intrusion de l'événement traumatisant est tellement soudaine, imprévue et d'une violence inouïe que le sujet peut en garder des séquelles durables. Dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, la personne est dans une indisponibilité psycho-affective entraînant différents impacts ; entre autres, des impacts relationnels et de participation à la vie sociale. Toute occupée à survivre à l'événement traumatisant, elle n'a plus (ou peu) la possibilité de mener à bien une réflexion, une discussion ou un projet. Chez elle, l'amnésie se mêle à l'écamnésie. En effet, d'une part, elle peut oublier des éléments de la vie quotidienne, le nom des personnes, des lieux, etc. puisque le processus de mémorisation est empêché par des préoccupations diverses qui sont un véritable héritage du psychotraumatisme. D'autre part, des souvenirs envahissants prennent le devant de la scène. Ils brouillent les capacités à penser et génèrent un malaise corporel. Ni le corps, ni le psychisme ne sont alors un appui pour que la personne puisse s'en extraire. Elle redevient victime de l'événement, de façon interne et incontrôlable. Paralysée, elle n'a plus accès à la logique, aux données d'analyse de la situation, à ses capacités de compréhension et de mise en lien des éléments environnementaux, à ses capacités d'interprétation à ses capacités cognitives, etc. Distracte par ses pensées intrusives, apparaissent chez elle des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire.

Chez l'enfant, les troubles de l'attention et de la compréhension se matérialisent, selon Muriel Salmona (2013), par une pensée imaginaire sécurisante et contrôlée où des personnages

et scénarii fictifs y prennent vie. L'enfant se recrée un autre univers, plus tolérable, plus sécuritaire. Parfois à l'inverse, il n'a plus accès à l'imaginaire, il se coupe de tout esprit créatif. Ses jeux sont alors teintés du manque d'élaboration et de richesse inventive et son discours est plaqué sur les activités de la vie quotidienne. Ses préoccupations le sont tout autant et elles empêchent sa liberté créative. Condamine (2009) parle d'un désinvestissement de soi, tant intellectuel que psychique qui, selon elle, serait un moyen d'échapper à la menace d'anéantissement ressentie.

Dans le premier cas, lorsque l'imaginaire est utilisé par l'enfant comme tentative de survie, il lui est à la fois bénéfique (puisque'il constitue un recours pour surmonter le traumatisme) et à la fois il se met au service d'une désocialisation qui place l'enfant dans une marginalisation, une errance relationnelle et souffrance augmentée. L'enfant peut alors se retrouver seul face à lui-même. Pire encore, des diagnostics erronés peuvent être posés. En effet, cette tentative de survie peut être confondue à un délire, entraînant un diagnostic ou une suspicion de psychose. Il est donc important de pouvoir repérer cette construction imaginaire et d'en saisir ses mécanismes de mise en place et son utilité. Elle est énergivore et distrayante. L'enfant n'est ainsi plus en mesure ni d'être attentif, ni de se concentrer. Dans le deuxième cas, le manque d'accès au symbolique et à l'imaginaire aboutit parfois à un diagnostic de déficience intellectuelle, étiquette qui peut lui coller à la peau de nombreuses années. L'enfant peut se laisser convaincre que son potentiel intellectuel est véritablement limité, il perd confiance en ses capacités et son potentiel de développement. Dans les deux cas, ses résultats scolaires en pâtissent. Son attitude est qualifiée de « rêveuse » et son comportement d'« absent ». À noter que de tels commentaires placent l'enfant dans une posture de personne non pertinente et performante, ce qui a pour effet d'augmenter son manque de confiance et son auto-dévalorisation. Et nous savons qu'émotions et psychisme sont liés. Voyons désormais ce qu'il en est sur le plan émotionnel.

- *Les atteintes émotionnelles et relationnelles :*

Pour supporter l'insupportable, la victime se dissocie : elle se coupe de son corps, de ses pensées et de ses émotions. Son anesthésie affective lui donne un air détaché, de lassitude ou de désintérêt à ce qu'il peut bien se passer. L'entourage, pas toujours au courant de ce qui se joue chez elle, peut mal interpréter son comportement. Les relations sont alors impactées par le vide émotionnel apparent. La personne ayant un syndrome psychotraumatique présente aussi des difficultés de reconnaissance, d'expression et de gestion des émotions. Elle n'est plus en

mesure de décrypter ce qui l'affecte elle et ce qui affecte l'Autre. Nous comprenons bien ici qu'il en découle des difficultés d'accès à l'intersubjectivité entraînant des difficultés relationnelles importantes. Ces dernières sont majorées par le manque de confiance en soi, en l'Autre et en l'environnement que le sujet acquière à la suite du traumatisme psychique. Notons également que cette perte du sentiment de sécurité de base génère un état de vigilance important qui s'accompagne de craintes anticipatoires et de manifestations toniques tels des sursauts exagérés. Par ailleurs, les activités scolaires ou professionnelles, les loisirs et tous les actes de la vie quotidienne sont désinvestis. La victime ne semble plus en mesure de pouvoir prendre du plaisir dans la moindre activité.

Chez l'enfant, ces particularités émotionnelles peuvent entraîner une déstructuration psycho-affective. De nombreux auteurs, tels Wallon et Ajuriaguerra, soulignent l'importance chez l'être en développement de s'épanouir émotionnellement afin de se construire en tant que sujet individualisé et sujet parlant et de développer ses compétences psychiques, motrices et relationnelles. Selon Codamin (2009), « L'oubli et le secret, dans lequel est plongé l'enfant victime, tendent à renforcer une constitution d'une poche traumatique encryptée qui condamne l'enfant à la solitude et perturbe l'organisation du Moi verbal ». L'auteure met aussi ces particularités émotionnelles en lien avec un ressenti quotidien de déshumanisation où l'enfant peut ne jamais acquérir la capacité affective permettant de s'identifier à l'Autre. Nous comprenons alors ici que dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, les conséquences sur le développement peuvent être importantes.

Notons par ailleurs que la croissance staturopondérale est dépendante en partie de l'affection et du sentiment de sécurité que l'enfant peut ressentir. Cette nourriture affective, si elle n'est pas présente ou s'il y a eu une brisure du fait du traumatisme, peut amener à un nanisme ou un retard de développement physique.

La maturation de l'enfant concerne aussi sa maturation neurologique. Celle-ci, même si elle est programmée via le code génétique, est dépendante des conditions environnementales. Ainsi, si un élément extérieur au sujet, par sa violence, vient briser son élan développemental, c'est aussi sa maturation neurologique qui est impactée. Le processus de câblage subit les conséquences des stimulations environnementales inadaptées générant des difficultés de développement postural et locomoteur, sous-tendu par la régulation tonique. Nous pouvons émettre qu'à la suite de l'imprévu traumatisant, l'enfant peut se construire une carapace tonique qui joue le rôle d'un véritable haubanage de protection à un environnement perçu comme menaçant, d'un substitut d'une enveloppe psychocorporelle fragilisée et d'un contenant d'une

sécurité de base défaillante. Le tonus n'est alors plus un support de découverte du monde, de l'Autre et de soi. Il sert essentiellement de protection. Cette rigidité tonique laisse peu de place à la modulation notamment dans les interactions à l'Autre. Le dialogue tonico-émotionnel, qui est à la base de tous les échanges verbaux et qui est un support de communication infraverbal, permet de véhiculer des informations toniques et émotionnelles importantes à prendre en compte pour comprendre ce qui se joue dans la relation. L'enfant psychotraumatisé a des difficultés à réguler son tonus et à émettre et décrypter les informations d'ordre émotionnel. Son dialogue tonico-émotionnel est donc entravé.

Enfin, comme nous le soulignons plus haut, les résultats scolaires peuvent être en baisse. L'enfant se dévalorise alors. Il ne sent pas ou plus capable de réussir. Jeté hors du monde des humains (Nebout-Lénès, 2000) par l'effraction traumatique, il ne parvient plus à accéder au sentiment d'appartenance, il se sent diminué, fautif. Ce sont là qu'apparaissent les sentiments de honte et de culpabilité. L'image de soi, qui fait référence à qui nous sommes et au jugement que nous portons sur nous et sur nos actes, est abîmée. La subjectivité du sujet est marquée par une baisse de l'estime de soi. Nous pouvons alors nous demander comment parvient-il tout de même à s'inscrire dans la relation et les interactions à l'Autre et qu'est-ce que cela engage? Nous pouvons supposer que l'enfant psychotraumatisé, qui n'a pas encore acquis les codes de proxémie, peut se retrouver en difficultés pour se situer face à l'Autre. Il ne respecte pas les codes sociaux et peut : soit avoir une grande proximité, soit au contraire avoir besoin d'une assez grande distance pour ne pas se sentir intrusé. Nous pouvons supposer également que pour parvenir à adapter ses distances corporelles et relationnelles, il doit avoir recours à un effort d'ajustement important.

- *Les atteintes spatio-temporelles :*

La personne ayant un syndrome psychotraumatique est désorientée (comme nous venons de le voir) tant sur les plans psycho-affectif et relationnel que sur les plans spatiaux et temporels. Muriel Salmona (2013) parle d'inadaptation psychomotrice pour évoquer l'inadaptation du sujet psychotraumatisé à son environnement. Ce dernier peut fuir les dangers par des conduites d'évitement qui peuvent le mener jusqu'à un isolement social. A l'inverse, il peut chercher les dangers au travers de conduites à risques ayant pour fonction de lui faire atteindre à nouveau un état dissociatif et une anesthésie émotionnelle tant la souffrance au quotidien est intense.

Sa façon d'être au monde est donc profondément modifiée.

Sur le plan temporel, il est noté chez l'enfant des difficultés à se repérer dans le temps et dans la chronologie des événements. Le temps est totalement perturbé, confus. Le passé est intrusif puisqu'il réapparaît par phénomènes de reviviscences ; le présent est douloureux puisqu'il est marqué par le traumatisme et ses conséquences multiples ; enfin, le futur est menaçant puisque le sujet craint que l'événement traumatisant ne se reproduise. Les temps connus et perçus sont donc marqués par les stigmates du traumatisme psychique. Le temps est la toile de fond de toute présence et de toute activité psychique et motrice. C'est sur la base d'un temps connu et perçu que l'enfant construit sa motricité et ses logiques de pensées, d'hypothèses et de déduction. Puis, c'est sur ces compétences psychomotrices acquises qu'il peut se représenter le temps et s'y repérer. S'il ne peut appréhender un aspect temporel, comme la chronologie par exemple, ce n'est pas uniquement un processus psychique qui est engagé mais aussi toutes les potentialités motrices. Le séquençage du geste n'est alors pas appréhendé et la motricité, tant globale que fine, peut être atteinte. Les notions de succession, de rythme et de durée sont également impliquées. Plus largement, c'est l'exploration du monde, sa découverte et sa compréhension qui peuvent être empêchées. Sans cette appréciation du monde et sans l'expérimentation qui permet de l'atteindre, l'enfant ne peut se sentir appartenir à notre planète. Il se sent hors de notre temps et hors de notre espace.

Sur le plan spatial, l'enfant peut aussi présenter des confusions avec des distorsions de distances, de volumes et de grandeurs. Ses difficultés concernent les espaces en deux et trois dimensions. Le plan de la table, l'espace et l'organisation de la feuille, la géométrie peuvent poser problème à l'enfant. Il a aussi du mal à se repérer ou encore à se remémorer un trajet. Tentons de comprendre pourquoi.

L'enfant peut rencontrer des difficultés à construire ses repères spatiaux. Cette élaboration débute par l'acquisition de références par rapport à son propre corps : ce sont les repères égo-centrés. Ceux-ci sont impactés par les difficultés de latéralisation de l'enfant qui dépendent de la construction de son axe, elle-même dépendante de sa maturation neuromotrice (c'est-à-dire tonique, motrice et sensorielle) et de la maturation psychoaffective et cognitive. Et nous le savons, ces maturations sont mises à mal chez l'enfant ayant un syndrome psychotraumatique. Les conséquences sont plus larges car si les repères égo-centrés ne sont pas suffisamment élaborés, ils ne donnent pas accès à l'enfant à l'acquisition de repères exocentrés. Ceux-là sont acquis par la projection d'un référentiel corporel à l'environnement. C'est par ce processus que l'enfant peut se situer et s'orienter dans l'espace. C'est par ce processus également que sa motricité s'enrichit puisque, entre autres, l'enfant acquiert la réversibilité.

Enfin, l'espace, du point de vue de la psychomotricité, peut être scindé en trois grandes unités. Tout d'abord, l'espace extracorporel correspond à l'espace environnemental. Nous venons de le détailler plus haut, il est le lieu d'expression des conséquences psychotraumatiques et engage avec lui des enjeux développementaux. Ensuite, l'espace péricorporel renvoie à l'espace de communication à l'Autre. Nous l'avons décrit également, les relations sont gravement perturbées et sont coûteuses à l'enfant. Pour finir, l'espace intracorporel est l'espace de son corps en tant que contenu et contenant d'une organisation psychomotrice. Quelles séquelles le corps nous donne-t-il à voir ?

- *Les atteintes corporelles :*

En dehors de toute trace physique, le corps témoigne de souffrances psychiques. L'enfant psychotraumatisé peut avoir des plaintes somatiques résistantes à tout traitement, des maladies psychosomatiques, des dérèglements neurovégétatifs, endocriniens, cardiovasculaires, circulatoires, respiratoires, etc. Selon Peccia-Galletto (2009), le corps devient une préoccupation centrale et excessive aux expressions pathologiques ou reste oublié, inexistant, désaffectivé, voire « désensitivé ». Et même en dehors de tout dysfonctionnement corporel apparent, l'enfant ayant un syndrome psychotraumatique peut donner à voir (malgré lui), un langage corporel qui raconte son état de mal-être.

Au départ, au moment de l'événement traumatisant, il y a la déconnexion amygdalienne. Pour rappel, c'est elle qui permet la survie malgré des dommages importants. Par la suite, elle peut réapparaître involontairement ou être recherchée. Dans les deux cas, cet état de déconnexion se matérialise aussi par une fuite de son propre corps. Le sujet n'a plus accès consciemment à ses sensations, à ses réactions corporelles internes et à ses ressentis affectifs. Il ne parvient plus à mettre du sens ni à faire du lien entre ses pensées, les conditions situationnelles et ses manifestations corporelles subséquentes. Le contenu du corps ne sert plus que de matrice à la survie. Le corps n'est plus investi comme un corps plaisir.

Le sujet présente un état d'hyperactivité neurovégétative en lien avec un état d'hypervigilance. Cet état d'alerte permanent engendre des perturbations du fonctionnement interne et des distorsions perceptivo-sensorielles.

Même s'il n'y a pas une désafférentation, la sensibilité est modifiée. Le sujet présente une hyposensibilité à soi, à son fonctionnement interne : il se fuit. Et il a une hypersensibilité aux éléments en lien avec l'événement traumatisant ou pouvant l'évoquer. Le corps n'est alors pas

un lieu de sécurité et ne donne pas accès à de l'apaisement. Nous pouvons supposer que cette décorporalisation s'accompagne d'un défaut d'ancrage corporel et d'une porosité de l'enveloppe psychocorporelle. Sur ce dernier point, nous pouvons émettre l'hypothèse que chez l'enfant, la construction du Moi-Peau peut être défaillante et générer des difficultés d'individuation, relationnelles et tactiles. Nous pouvons supposer que le toucher peut devenir rapidement intrusif du fait de la perméabilité de l'enveloppe et peut même mener à un état de dissociation. Autrement dit, le sujet psychotraumatisé n'est plus retenu à son corps et de manière imagée nous pourrions dire qu'il n'y a plus de port d'amarrage ni de filet anti-fuite.

Sortie de soi-même, la personne présentant un syndrome psychotraumatique n'a plus d'individualité propre. Elle devient le témoin de sa propre vie, sans en tenir les commandes. Là, un paradoxe apparaît : à la fois, elle n'est plus ancrée et en même temps elle est prisonnière d'elle-même. En effet, elle ne peut s'extraire des craintes qui l'assaillent, elle ne peut fuir les reviviscences et sort à grand peine d'un état dissociatif. Cet entre-deux génère une position insoutenable, usante au quotidien.

La fatigue et l'épuisement s'installent et génèrent une fragilité psychique et émotionnelle. C'est là que peuvent survenir l'apathie, la dépression et les idées suicidaires. C'est là aussi que peuvent se majorer les manifestations psychosomatiques et les troubles anxieux. Le sujet peut développer des idées obsédantes et des peurs spécifiques qui peuvent être en lien avec la santé. Les peurs chez l'enfant peuvent être les suivantes : peur du noir, d'aller seul aux toilettes, peur d'aller à l'école, ce qui explique les absentéismes et les chutes des résultats scolaires (Salmona M. , 2013). A rajouter à cela les difficultés d'être et d'agir sous le regard d'autrui, en lien avec le manque de confiance en soi et qui peuvent expliquer une inhibition motrice, intellectuelle et relationnelle. Du point de vue psychomoteur, le ralentissement voire l'empêchement d'un domaine de l'organisation psychomotrice est indissociable d'un réaménagement global de la psychomotricité du sujet. Dans ce cercle vicieux, similaire à une descente aux enfers, l'enfant ne peut bien évidemment pas déployer ses potentialités psychomotrices. Voilà pourquoi il est si important d'intervenir tôt. Cela permet d'offrir à l'enfant un potentiel de résilience le plus élevé possible.

- *En somme :*

Nous venons de décrire, par une logique hypothético-déductive, les conséquences durables du psychotraumatisme en termes d'organisations psychocorporelles et de

conséquences sur la participation du sujet à la vie sociale. Une annexe sous forme de tableau récapitulatif est disponible en fin de document pour une lecture plus rapide de la sémiologie hypothétique dressée (cf. Annexe5).

Le point de vue de la psychomotricité nous permet d'appréhender le syndrome psychotraumatique comme un ensemble de symptômes touchant à l'organisation psychomotrice du sujet. Mais la littérature ne décrit pas cela et d'autant moins chez l'enfant. C'est face à un vide littéraire que nous nous sommes confrontés. Nous avons alors tenté de rechercher des signes cliniques sur le terrain. Nous nous intéressons particulièrement aux enfants âgés entre 6 et 12 ans.

Nous pouvons alors nous poser la question suivante :

<p style="text-align: center;">Quelles sont, en clinique, les particularités psychomotrices des enfants psychotraumatisés âgés entre six et douze ans ?</p>
--

Nous nous intéresserons donc ici aux impacts du psychotraumatisme sur le développement psychomoteur de l'enfant et nous tenterons de mettre en exergue de possibles particularités psychomotrices pouvant apparaître dans ce cadre.

Entre les apports théoriques et la pratique, que nous raconte l'organisation psychomotrice du jeune psychotraumatisé ? C'est ce que nous allons voir ici.

4. La clinique : la sémiologie du syndrome psychotraumatique chez l'enfant dressée sur le terrain

« La clinique et la psychopathologie sont le point de départ de toute action thérapeutique, si l'on veut soigner, non pas des symptômes post-traumatiques, mais des sujets traumatisés. » (Lebigot, 2006)

4.1 La méthodologie de recueil de données

Certains écrits citent dans les conséquences sémiologiques du syndrome psychotraumatique : un « retard voire trouble du développement psychomoteur ». D'autres publications listent des signes divers laissant entendre un retentissement sur le développement psychomoteur. Il y a aussi quelques études de cas rédigées par des psychomotriciens. Mais aucune publication n'évoque de manière approfondie la sémiologie psychomotrice dans le cas d'un syndrome psychotraumatique. Notre travail consiste ici à relever, dans une population cible, des symptômes psychomoteurs en lien avec le psychotraumatisme.

- *Notre procédure adoptée :*

Afin de recenser ces signes, nous avons été amenés à recueillir des données sur le plan clinique. Nous avons fait un stage dans deux CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents) du sud de l'île sur une période de six mois afin d'être en contact avec des jeunes psychotraumatisés. C'est au travers : de rencontres directes avec les jeunes, de passation et d'interprétation de bilans, de discussion avec l'équipe (et notamment avec du personnel formé au psychotrauma) et de la lecture de dossiers que nous avons pu nous enrichir de savoirs à propos du psychotraumatisme et de ses conséquences.

Notre travail a consisté dans un premier temps, en coordination avec les médecins et les équipes, à réfléchir à quels enfants pourraient être bilantés en psychomotricité. Nous avons lu les dossiers et contacté les familles. Cette première prise d'informations et de contacts nous a permis de contextualiser le parcours de chaque enfant retenu. Nous avons bilanté en tout 5 enfants âgés entre 6 et 12 ans et présentant un syndrome psychotraumatique. Pour tous

l'événement traumatique a été répétitif et intervenu tôt. Pour 2 d'entre eux, il est probable que les violences aient été encore présentes au moment de la passation du bilan.

Dans un second temps, nous avons constitué une trame de bilan qui se voulait à la fois commune et adaptée à l'âge des enfants. Il a été nécessaire également que les épreuves proposées soit suffisamment variées pour pouvoir explorer les différents domaines psychomoteurs mais sans que le bilan ne soit trop long non plus en raison des contraintes temporelles existant pour chacun des enfants. En effet, pour pouvoir être bilanté, il a fallu que chaque enfant soit présent sur le site du CMPEA. Cela signifie qu'il a fallu que chacun d'entre eux puisse s'absenter de son école, être véhiculé à l'aller et au retour, et que ce temps de psychomotricité ne chevauche pas un autre temps de prise en charge. Cette seconde étape a donc été essentiellement de l'ordre de l'organisationnel.

A suivi un temps de rencontre avec chaque jeune et dans la plupart des cas avec les familles. Pour certains d'entre eux, des séances ont précédé la passation de tests en raison de leur inhibition ou crainte relationnelle marquée.

Puis, les enfants ont été bilantés en institution sur quatre séances d'une durée chacune de 45 minutes à une heure. La passation des tests a été menée de sorte à varier les temps dynamiques et les temps à table pour ne pas générer un biais attentionnel. La succession des épreuves a été globalement la même pour tous les enfants. Entre autres, l'évaluation du tonus, des émotions et des sens a été réalisée en fin de bilan. Cette démarche a été mise en place dans le but d'éviter que les résultats obtenus ne soient impactés par un facteur relationnel. Ce point a été important à examiner tout au long des séances. En effet, le bilan psychomoteur est fait à un instant t. Il reflète ce que le patient veut bien nous montrer ou non. Les enjeux émotionnels et de la relation peuvent venir entraver les performances. Dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, nous pouvons supposer qu'avec la perte de confiance en soi et en l'Autre, une passation de tests qui se décharge de l'impact relationnel peut venir inhiber les compétences et majorer les difficultés. Nous avons donc porté une attention toute particulière aux éléments de la relation.

Suite à cela, nous avons interprété les données obtenues et croisé les résultats entre eux. Nous détaillerons cette partie un peu plus loin.

Face au petit échantillon de la population retenue, nous avons fait le choix de rechercher des données supplémentaires au travers de la lecture de dossiers d'enfants psychotraumatisés ayant été reçus en CMPEA. L'arrêt ou la continuité du suivi n'a pas été pour nous un élément

déterminant. En effet, nous avons opté pour le recueil de données qu'elles soient passées ou présentes. Cette considération élargie, qui ôte la contrainte temporelle, veut permettre d'ouvrir notre regard et d'augmenter les possibilités de repérer des éléments importants. Nous avons retenu 10 dossiers d'enfants ayant subi des maltraitements psychologiques, physiques et/ou sexuelles et pour 5 d'entre eux, ils ont été témoins de violences conjugales.

- *Notre bilan proposé :*

Comme souligné plus haut, nous avons tenté de proposer des tests psychomoteurs qui puissent refléter l'organisation du sujet de façon la plus complète possible. Nous avons donc proposé des exercices évaluant et/ou permettant d'apprécier la motricité globale, la motricité fine, le schéma corporel et l'image du corps, la latéralité, l'appropriation de l'espace et du temps, les sens, le tonus et les émotions.

Le tableau suivant reprend les tests proposés en fonction des domaines psychomoteurs évalués.

Domaine évalué	Tests proposés
Identité et participation à la vie sociale	-Questionnaire (Nom, Prénom, Age, Classe, Situation familiale, Intérêts, Rapports : à l'école, au CMPEA)
Motricité globale	-M-ABC et observation des coordinations dynamiques générales (marche, course, saut, équilibre)
Coordinations- Dissociations	-marcher+ taper dans ses mains simultanément puis en alterné -épreuves inspirées de l'échelle de coordination motrice de Charlop-Atwell : pantin et saut en demi-tour -épreuves proposées avec le gros ballon : <u>assis</u> : bascules-rebonds, venir toucher ses pieds + mettre des cerceaux sur des plots placés tout autour <u>allongé</u> :venir s'allonger sur le ballon <u>debout</u> : avancer contre un mur en tournant sur soi sans laisser tomber le ballon (maintenu qu'avec torse puis qu'avec bassin)
Motricité fine	-Mabc -test d'imitation de doigts de la Nepsy et de gestes de l'EMG -Kwint + mimogestuel des émotions
Schéma corporel	-corps connu : somatognosies -corps perçu: items inspirés du test de sens musculaire de Fabienne Leplat et items en lien avec la proprioception : poser des sacs lestés sur différentes parties du corps -corps représenté: dessin du bonhomme de Royer

Espace	-Planche de structuration spatiale de Piaget -Figure de Rey -Naville
Temps	-épreuve d'adaptation rythmique de Marthe Vyl -épreuve de reproduction de structures de rythmes de Stamback
Latéralité	-épreuves inspirées de test de latéralité de Harris et celui de Agostini
Sensorialité	Questionnaire
Tonus	De fond, d'action et postural

- *Notre recherche de compléments d'informations: la lecture de dossiers :*

Nous avons également cherché, dans les écrits de l'équipe, des éléments de répercussions du psychotraumatisme sur l'organisation psychomotrice des jeunes. Nous avons donc lu les dossiers d'enfants âgés entre 6 ans et 12 ans et ayant un syndrome psychotraumatique. Nous ne les avons pas bilantés nous-mêmes mais il est à noter que les 10 enfants retenus ont bénéficié d'un bilan psychomoteur proposé par les psychomotriciennes des services. L'intérêt ici a été de pouvoir relever des informations clés pour pouvoir appréhender les dommages psychomoteurs en lien avec un syndrome psychotraumatique.

Pour rappel, nous n'avons pas tenu compte ni du type de trauma, ni de la continuité ou de l'arrêt du suivi au CMPEA. Ce qui nous a semblé important ici ont été la présence de signes psychotraumatiques, l'âge de la population et les descriptions de l'équipe. Nous avons donc examiné les traces écrites des différents professionnels et tenter d'appréhender, sous l'angle de la psychomotricité et en tenant compte de la présence d'un psychotraumatisme, le fonctionnement des jeunes. Ici, il ne s'agit pas d'interpréter les éléments retenus mais de les relever et de les traduire via la psychomotricité comme étant des signes psychomoteurs.

- *Notre population d'études :*

La population totale d'étude est composée de 15 enfants : 6 filles et 9 garçons. Parmi eux, 9 ont entre 6 et 7 ans et 6 ont entre 9 et 12ans. Pour 9 des 15 enfants retenus, le climat traumatique est récent et pour 3 d'entre eux, il n'est pas à exclure que les maltraitances ne soient plus d'actualité. Pour 2 enfants, les violences remontent à la toute petite enfance.

Toutes les violences ont été répétitives.

Tous les enfants ont été bilantés en psychomotricité.

4.2 Analyse des résultats

Dans le cadre de ce mémoire portant sur la sémiologie psychomotrice, nous avons choisi de mettre en avant les difficultés et potentiels à développer. Bien évidemment, nous n'oublions pas que les enfants de la population étudiée ne se réduisent pas aux lacunes psychomotrices présentées et qu'ils sont doués de compétences. Celles-ci ne sont pas soulignées ici pour des raisons pratiques : elles ne constituent pas l'objet de notre étude et de plus, nous sommes contraints de respecter un nombre de pages donnés et d'être succincts.

Par ailleurs, il est à noter que parmi les points de difficultés, certains peuvent s'apparenter à des stratégies d'adaptation. Si nous les mettons en exergue ici, c'est qu'ils ne sont pas adaptés et/ou pas ergonomiques.

- *Observations parallèles aux bilans :*

➤ La qualité relationnelle des jeunes :

La rencontre avec les jeunes a été riche d'informations. Plusieurs éléments ont pu être relevés (directement ou via la lecture des bilans psychomoteurs).

Ce qui nous a intéressés en premier lieu ont été la présentation des jeunes et leur investissement relationnel. Nous avons fait le constat que les enfants les plus jeunes, ceux âgés entre 6 et 7 ans, ne présentent pas de difficultés d'inscription dans la relation. Ils cherchent le contact et échangent de façon naturelle. En revanche, la proxémie n'est pas respectée. En effet, les plus jeunes enfants rencontrés ne semblent pas en mesure d'apprécier les codes sociaux de proxémie et adoptent alternativement des attitudes dites de « collage » et des éloignements corporels importants. Cette non appréciation de la distance relationnelle qu'il y a à adopter vient questionner la constitution des enveloppes psychocorporelles, l'appropriation d'un Soi et d'un Non-Soi, la construction d'une axialité et la qualité de l'attachement. En effet, c'est en ayant un Moi-Peau qui permet de se distinguer de l'Autre et en ayant une solidité interne (marquée par un axe solide) que le sujet peut se positionner face à l'Autre. De plus, notons que c'est le

jeu des distanciations/rapprochements des corps qui vient nourrir la communication infraverbale et teinter la qualité de relation à l'Autre. Ici, nous pouvons supposer une faille relationnelle malgré, de prime abord, une apparente aisance.

Les plus âgés ont montré quant à eux des signes de réserve. Il a pu être observé des réactions tonico-émotionnelles sous le regard de l'Autre. Entre autres, ce sont les difficultés d'échanges visuels qui nous ont interpellés. En effet, les enfants âgés de plus de 7 ans que nous avons rencontrés montraient de la peine à croiser le regard et à le maintenir. Pourtant, pour tous, malgré la furtivité des contacts visuels, le regard a été chargé, à un temps t des rencontres, d'une intensité émotionnelle importante. Le célèbre adage : « Les yeux sont le miroir de l'âme » s'est alors révélé ici bouleversant de vérité. Il nous a semblé que la fuite des échanges visuels a permis de ne pas laisser transparaître, malgré soi, une part de subjectivité. Nous pouvons mettre cette hypothèse en lien avec le sentiment de honte décrit chez les victimes psychotraumatisées. Souvent associée à la culpabilité, la honte vient ternir l'investissement émotionnel de l'image que le sujet peut avoir de lui-même. L'image du corps et l'image de soi sont des éléments fondamentaux de l'organisation psychomotrice. La qualité de leur élaboration et de leur investissement colorent, de manière toute particulière, la façon qu'ont les sujets d'être au monde et aux Autres. Nous pouvons supposer ici qu'il puisse exister une faille narcissique. Le Moi, l'intime, si sauvagement attaqués, ont été blessés. Nous pouvons supposer (sans trop prendre de risques !) que les sujets rencontrés ont subi une effraction au cœur de leur identité ; voilà pourquoi maintenant les attitudes corporelles adoptées laissent transparaître un malaise. Comment projeter une part de subjectivité dans la relation quand on ne peut même pas s'en saisir soi-même ? Comment le faire quand on ressent de la honte à être soi ? Comment introduire dans l'échange, l'image d'un Moi, qui parce qu'il a été malmené, n'a pas pu s'étoffer ? Nous mettons ainsi les difficultés relationnelles en lien avec ces hypothèses. Leurs origines restent des questions en suspens. Ce dont nous avons pu en revanche nous saisir ont été leurs conséquences. Abordons-les maintenant.

Nous venons de le voir, le regard est parfois parlant. D'autres éléments corporels apparaissent dans la relation et sont porteurs de sens également. Ils constituent une somme d'éléments de la communication non verbale, autrement-dit une communication ne passant pas par de la verbalisation mais par le langage du corps. Ils viennent traduire ce que les jeunes peuvent laisser transparaître de leur être. Tous ces signes corporels échappent généralement à la conscience du sujet et viennent révéler son état interne malgré lui. Les gestes, les mimiques, le recrutement tonique, les postures ont été autant de points à observer. Ce qui ressort ici de ces

éléments de communication non verbale est essentiellement un manque de confiance en soi. Il a pu être observé des postures en fermeture (bras croisés sur le torse en signe de refus, orientation de la tête de profil pour signifier une non volonté, etc.), des positions d'enroulement de la colonne, des recrutements toniques massifs et des syncinésies, etc. Nous avons noté que ces attitudes tonico-posturales et motrices sont amplifiées sous le regard d'Autrui et face à des questions ou exercices jugés difficiles. Dans le cadre de cette étude, ces mouvements de repli sur soi et ces signes corporels de malaise viennent poser la question de la sécurité interne.

Qu'en reste-t-il après un psychotraumatisme? L'enfant parvient-il à en garder une petite quantité, même infime ? Nous faisons l'hypothèse ici que dans le cas où le sujet jeune présente un syndrome psychotraumatique, la sécurité interne se voit démolie. Ce sont les interactions précoces et le sentiment de sécurité de base apporté par les conditions environnementales (au sens large) qui permettent au sujet le déploiement de son narcissisme et ainsi la construction d'une solidité interne. C'est elle qui conditionne la confiance en soi et en ses potentiels ainsi que la confiance en l'Autre et au monde. C'est elle qui autorise l'exploration du monde, les apprentissages et le développement psychomoteur. C'est elle enfin qui assure le développement identitaire de l'individu. Si un événement traumatisant intervient dans l'enfance, nous pouvons aisément comprendre qu'il peut venir entraver les processus développementaux. Pire encore, de par sa soudaineté et sa violence, l'événement traumatisant peut venir blesser à jamais le sentiment de sécurité interne. Ici, nous avons fait le constat que la totalité des enfants rencontrés a témoigné d'un manque de solidité interne. Ceci a pu transparaître dans les éléments de communication non verbale mais aussi dans des discours négatifs à leur sujet. En effet, il a été relevé dans le discours de 8 enfants sur 15, des autodépréciations verbalisées au travers d'expressions comme : « Je ne suis pas capable. » ou encore « Je n'y arriverai pas parce que je ne suis pas assez doué. » ; chez 4 enfants, c'est davantage la communication non verbale qui a laissé transparaître des signes de dévalorisation de soi et enfin, 3 autres enfants ont montré un masque « d'hyperconfiance » pouvant laisser croire de prime abord à une assurance démesurée. Mais leurs réactions face à l'échec sont venues contraster l'aisance affichée. Ces 3 enfants ont montré une intolérance à l'échec pouvant prendre corps par un air larmoyant, des tremblements, la majoration de syncinésies, un retrait relationnel voire des attitudes colériques. Ces comportements viennent traduire la souffrance débordante et non canalisée face à l'échec. Si l'atteinte est d'une telle intensité, nous pouvons supposer qu'elle renvoie directement à une douleur narcissique et qu'ainsi elle se réfère à un manque de confiance en soi et un manque de sécurité interne.

Nous venons de le voir, ce manque de sécurité interne vient se nicher dans l'espace intracorporel et se révéler dans l'espace péricorporel. Nous pouvons alors nous demander comment s'exprime-t-il dans l'espace extracorporel ? Comment l'enfant blessé appréhende-t-il le monde qui l'entoure ? Comment évolue-t-il dans son milieu ? Quelle est la qualité de son inscription psychocorporelle dans l'espace ? Quelle est l'utilisation spatialisée de son corps ? Nous répondrons plus précisément à ces questions au travers de l'analyse des résultats de bilans. Mais d'ores-et-déjà nous pouvons noter que, lors de la rencontre, les enfants ont montré un investissement spatial très pauvre ou à l'inverse très riche voire trop riche. Alors que pour certains il est à noter une kinesphère réduite avec une faible exploration du lieu, d'autres en revanche (les plus jeunes) explorent l'espace dans une agitation motrice et une mise en danger. Dans ce dernier cas, s'agit-il ici d'une non appréciation de la dangerosité de la situation ou d'une recherche délibérée (bien qu'inconsciente) du danger ? De par leur jeune âge et de par l'existence de conduites dissociantes dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, le doute persiste. Quoiqu'il en soit, l'investissement du milieu environnant est impacté et reflète là encore un manque de sécurité interne.

Quels autres points pouvons-nous mettre en exergue ? Nous proposons à cette étape de l'analyse de réduire notre population de 15 à 10 enfants en nous penchant sur l'analyse des éléments de dossiers. Pour rappel, ces 10 enfants n'ont pas été vus directement et nous nous inspirons ici des informations des membres de l'équipe les ayant rencontrés. Ce travail a été mené pour venir compléter notre lecture et notre quête d'informations.

- *Lecture de 10 dossiers et éléments du discours des responsables des enfants (parents biologiques ou familles d'accueil) :*

Les écrits des différents professionnels et le discours des responsables légaux nous ont offert la possibilité de voir les enfants sous plusieurs prismes. De multiples éléments sont ressortis de cette collecte d'informations et nous semble important ici d'être soulignés ici.

D'une part, sur le plan corporel, il a été décrit chez 6 des 10 enfants une problématique liée au corps et à la motricité. De façon générale, il ressort des commentaires : une notion de gêne avec le corps et un sentiment de « bizarrerie » voire d' « immaturité » en lien avec la façon de se mouvoir. En termes psychomoteurs, nous pourrions traduire ces constats par un manque d'investissement corporel se répercutant sur l'appropriation spatialisée du corps et sur la proprioception, générant ainsi des particularités motrices. Nous pouvons émettre l'hypothèse

que ce manque de fluidité motrice est en lien avec la décorporalisation survenant lors de l'événement psychotraumatisant et se prolongeant par la suite.

Cette fuite du corps se retranscrit dans un manque d'investissement des jeux où le comportement ressemble plus à une manipulation d'objet qu'à une élaboration psychique d'une activité amenant à du plaisir. Ce point a déjà été souligné plus en amont dans la description des signes du syndrome psychotraumatique chez l'enfant. Il n'est donc pas étonnant de le retrouver ici. Nous pouvons faire l'hypothèse que c'est parce que le sujet jeune a subi une intrusion plurielle qu'il n'a plus accès au symbolique et à l'imaginaire. En effet, coupé de son corps, de ses pensées et de ses affects, il n'a plus (ou moins) la possibilité d'être présent au jeu et d'être créatif. L'impulsion inventive est comme un mouvement, une vague, qui anime le sujet par le biais de ses sens et de ses affects. Comment être inventif quand le psychotraumatisme vient couper les liens entre pensées, sens et émotions ? Nous l'avons vu, à l'inverse, certains enfants fuient dans l'imaginaire. Mais même ceux-là ne sont pas créatifs dans le jeu. Selon les écrits et le discours des professionnels, cette exaltation de l'imaginaire se situe plus dans le discours que dans l'élaboration du jeu (Je). Parfois même, la question de la limite entre le réel et l'imaginaire se pose. Ainsi donc, qu'il y ait ou non un imaginaire débordant, le jeu reste pauvre malgré tout. Nous le verrons plus loin, la stimulation sensori-motrice nous semble être un levier pour venir créer des sensations, des perceptions, du sens et du symbolique.

Dans les dossiers, nous avons retrouvé également d'autres signes du syndrome psychotraumatique comme la sélection alimentaire (pouvant aller jusqu'à une anorexie), des troubles du sommeil (avec des difficultés d'endormissement et des cauchemars), des troubles du comportement se matérialisant systématiquement quand ils se présentent par des comportements agressifs associés dans quelques cas à des comportements sexualisés et une chute des résultats scolaires. Nous faisons l'hypothèse sur ce dernier point que cela relève d'une indisponibilité psychique, cognitive et attentionnelle.

Enfin, dans 4 des 10 dossiers analysés, nous avons pu relever une logorrhée avec dans 75% des cas une verbalisation répétitive et importante des événements passés et/ou de la souffrance actuelle (pouvant devenir inapproprié car envahissant dans le discours). Dans 3 autres dossiers, il a été noté un mutisme quasi-exclusif ; et enfin dans les 3 dossiers restants, nous avons noté un flux verbal correct mais un contenu incohérent.

Nous le voyons, avant même la passation de tests normés et cotés et avant même l'appréciation d'un professionnel en psychomotricité, des éléments de l'organisation

psychomotrice peuvent attirer l'attention de chacun et montrer le malaise de l'enfant. Pour rappel, le syndrome psychotraumatique est une constellation de difficultés qui viennent traduire la multi-effraction de l'événement traumatisant. Savoir repérer ces éléments précocement, c'est aussi offrir au jeune la possibilité de déployer son potentiel de résilience au mieux. C'est dans cette volonté que nous allons exposer plus précisément les éléments psychomoteurs qui nous ont semblé ici les plus pertinents à l'issue de l'analyse des résultats de bilans.

Ré-élargissons notre population à 15 enfants. Pour rappel, l'ensemble du groupe a bénéficié à titre individuel d'un bilan psychomoteur. Nous en avons mené 5 et les 10 autres ont été proposés par les psychomotriciennes des deux CMPEA.

- **Bilans :**

Les résultats seront ici dans un premier temps exposés par domaine psychomoteur afin d'en offrir une lecture plus aisée. Puis nous synthétiserons les données afin de proposer une interprétation plus fonctionnelle et qui souhaite traduire une organisation plus globale.

- **Comportement et relation :**

Parmi les 9 enfants plus jeunes (âgés entre 6 et 7 ans), 8 se sont montrés dans des comportements de fuite. Parmi eux, 6 se sont présentés dans une agitation psychomotrice se matérialisant par un éparpillement de la pensée et de l'investissement spatial ; et les 2 autres enfants sur 8 ont montré une pudeur se matérialisant pour l'un par un manque d'authenticité et pour l'autre par crainte relationnelle importante. Nous le voyons donc ici, la quasi-exclusivité des enfants les plus jeunes ont des difficultés, dans une situation de test, à s'inscrire de façon sécurisée dans la relation. Nous avons pu observer parallèlement des réactions émotives d'une intensité importante lors de situations de difficulté ou d'échec pouvant aller jusqu'à un retrait relationnel. Cette intolérance à l'échec vient poser la question du sentiment de sécurité interne et de confiance en soi. Nous examinerons ces points un peu plus loin dans la partie traitant des représentations corporelles.

Notons également pour les plus jeunes que la majorité s'est montrée dans une dynamique de négociation lors de la passation de bilan. Ces enfants ont tenté, à plusieurs reprises et à

chaque séance, d'obtenir l'accord de l'examineur pour changer d'activité. Ce manque de stabilité vient questionner la capacité de l'enfant à investir un temps de façon stable sans chercher à le modifier ou à le remplir par une variété excédante d'activités hétéroclites. Ce comportement vient interroger la construction de l'enveloppe psychocorporelle du jeune. En effet, la nécessité de l'enfant de remplir l'espace-temps de la séance de façon presque compulsive renvoie au besoin de se remplir comme si la peau ne jouait pas son rôle de contenance et comme si le volume interne du corps était mal appréhendé. Nous pouvons nous demander ce qu'il en est pour les plus âgés.

Parmi les 6 enfants plus âgés, 4 se sont montrés dans des mécanismes de fuite lors de la situation de bilan. Ainsi, il a pu être observé chez 2 d'entre eux une inhibition psychomotrice, chez 1 enfant une verbalisation importante et pour 1 autre une agitation psychomotrice. Enfin, les 2 autres enfants les plus âgés ne se plaçant pas dans des comportements de fuite ont montré une résistance marquée par de l'agressivité et de l'opposition. Nous comprenons donc ici que même les enfants les plus âgés de notre population d'étude présentent des particularités relationnelles venant traduire une difficulté face aux situations de tests. De même que pour les plus jeunes, les enfants les plus âgés ont montré des réactions vives face à l'échec. La particularité ici est qu'il a été noté de surcroît pour la plupart d'entre eux une pression auto-induite de réussite. Selon la théorie freudienne, les enfants de cette tranche d'âge se placent dans une période de latence où ils développent des mécanismes de défenses. Ces derniers ont pour fonction de protéger le Moi. Ici, la sensibilité face à une auto-pression de performance et l'émotion vive face à l'échec soulignent la fragilité de l'assurance en soi et en ses possibilités. De surcroît, des réactions tonico-émotionnelles sont apparues et ont été d'autant plus présentes que les enfants ont jugé les difficultés importantes. Le niveau de performance lorsqu'il est estimé trop élevé s'accompagne pour la quasi-exclusivité des enfants d'un discours auto-dépréciatif. Nous voyons ici un double mouvement qui vient plonger en abîme la confiance en soi avec d'une part, un manque de confiance en ses potentialités et d'autre part une auto-dévalorisation.

➤ **Représentations corporelles : Schéma corporel et Image du corps :**

Les représentations corporelles renvoient à la manière dont le sujet se représente son corps. Elles se déclinent en : schéma corporel, image du corps, image de soi et représentation de l'image du corps. Définissons brièvement chacune de ces notions.

Le schéma corporel peut se définir comme étant la façon dont l'individu perçoit et se représente son corps dans l'espace et dans le temps.

L'image du corps désigne, selon Paul SCHILDER (1968), « les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affect. »

L'image de soi fait référence à qui nous sommes et au jugement que nous portons sur nous et sur nos actes. C'est une image construite en partie grâce à l'image du corps et sur ce que nous renvoie notre entourage.

Enfin, la représentation de l'image du corps se construit à travers la pensée de soi, contrairement à l'image du corps selon Dolto. Elle est un vrai matériel à penser puisqu'elle est composée d'éléments divers (réalité extérieure renvoyée, fantasmes, émotions,...) articulés entre eux.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéressons au schéma corporel et à l'image du corps. Nous excluons l'image de soi puisque les bilans ne nous ont pas donné accès à ce que l'entourage des enfants bilantés leur renvoie. Enfin, en ce qui concerne la représentation de l'image du corps, selon nous, elle constitue un objectif de prise en charge en psychomotricité ; objectif posé à partir de l'évaluation du schéma corporel et de l'image du corps.

Qu'avons-nous pu extraire comme données à propos de ces deux dernières notions ? Voyons-le maintenant. Nous avons choisi de scinder cette partie en quatre sous-parties : le corps connu, le corps perçu, le corps représenté et le corps chargé d'affects.

1- Le corps connu a été évalué au moyen d'un test de somatognosie (qui apprécie le niveau de connaissances des parties du corps). Ce test a révélé que 12 enfants sur 15 ont un niveau de connaissances inférieur à leur âge. Parmi eux, 75 % (soit 9 enfants) montrent une moindre qualité de leur coordination dynamique générale. Nous faisons ici le parallèle entre le niveau de connaissances du corps et le niveau de motricité globale car selon les théories psychomotrices, c'est l'appropriation d'un schéma corporel constitué qui permet le soutènement d'une motricité développée. Et dans une dynamique inverse et complémentaire, c'est par les expériences sensori-motrices que le schéma corporel se constitue.

Que ce soit dans l'un ou l'autre des deux sens, nous comprenons ici que les enfants ayant un syndrome psychotraumatique peuvent avoir des difficultés à constituer leur schéma corporel. Malgré des connaissances moindres pour la plupart des enfants bilantés, qu'en est-il de leur perception corporelle ?

2- Le corps perçu : Nous avons relevés chez 8 enfants, des difficultés de perception du corps dans l'espace et en mouvement. Pour la totalité d'entre eux, le niveau de connaissances des parties du corps est inférieur à leur âge. Il n'y a rien d'étonnant ici puisque c'est parce que l'on perçoit son corps qu'on le connaît. Ainsi, s'il y a un défaut de perception corporelle, il peut en découler logiquement un défaut de connaissance du corps. En revanche, ce qui attire notre attention ici ce sont les pourcentages d'enfants ayant des difficultés de coordinations sachant qu'ils présentent un défaut de perception corporelle. C'est parce que l'on perçoit son corps que l'on peut le mouvoir aisément. Nous devrions donc nous attendre à 100% d'échec aux épreuves de coordinations dynamiques générales et aux épreuves de coordinations-dissociations. Pourtant, notre étude nous révèle que pour seulement 87.5 % de ces enfants (soit 7 enfants sur 8), le niveau de coordination dynamique général est de faible niveau, et que pour 75 % d'entre eux (soit 6 enfants sur 8), le niveau de coordination-dissociation est faible. Nous sommes ici surpris que ce ne soit pas la totalité des 8 enfants qui ait des difficultés de coordinations. Nous pouvons supposer que ceux qui réussissent ces tests malgré un faible niveau de corps perçu sont doués de stratégies adaptatives et qu'ils ont réussi à compenser leur manque d'appropriation spatialisée de leur corps par des adaptations psychomotrices autres. Nous émettons l'hypothèse ici, sans trop de certitude, que le support visuel combiné à la rapidité de réponse peut venir pallier à un défaut de perception corporelle.

Nous l'avons vu, la perception et la connaissance du corps sont liées à la qualité de la motricité globale (de façon non exclusive certes, mais pour une grande part). Elles permettent également au sujet de se créer une image de son corps, chargée d'affect. La motricité, la proprioception, la sensorialité et l'intersubjectivité viennent nourrir cette représentation du corps que le sujet se fait. Nous avons ici choisi d'évaluer le corps représenté au moyen du dessin du bonhomme de Royer. Observons ensemble ce qu'il en ressort.

3- Le corps représenté : Parmi les 15 enfants de la population étudiée, 10 réalisent un dessin du bonhomme d'un niveau inférieur aux critères attendus pour leur âge. Parmi eux, 90% (soit 9 enfants sur 10) présentent un faible niveau de coordination dynamique générale et 70% (soit 7 enfants sur 10) présentent un faible niveau de perception et de connaissance du corps. Le paradigme de base de la psychomotricité : « je bouge, je sens, je me représente » prend alors ici tout son sens. Nous le voyons, la quasi-totalité des enfants qui montrent des difficultés de motricité globale montrent aussi des difficultés de représentation corporelle. Nous l'avons vu plus haut, c'est aussi parce que l'enfant se représente son corps qu'il peut augmenter ses potentialités motrices et les enrichir. Dans cette dynamique à double sens, nous pouvons nous

demander, dans le cas d'un syndrome psychotraumatique : qu'est-ce qui inhibe la métabolisation de la représentation corporelle ? Nous le savons, il y a d'une part la non mise en sens par la brisure langagière et d'autre part, le phénomène d'effraction multiple qui dissocie corps, sens, motricité et émotion. S'agit-il alors d'un manque de sens, d'un manque de lien, d'un manque de perception motrice et de soi ? Quoiqu'il en soit, ce test de projection de l'image que l'on a de son corps vient ici montrer que dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, la représentation corporelle est impactée. Allons plus loin, même lorsque le dessin est côté dans la norme, cela n'exclue pas des particularités.

En effet, les 5 dessins d'enfants correspondant aux critères attendus selon l'âge présentent tout de même des caractéristiques particulières. Ainsi, il a pu être noté des couleurs sombres (qui posent la question de la possibilité d'un investissement émotionnel positif lié au corps), la réalisation d'un dessin qui semble être appris par cœur (qui pose la question là aussi de la qualité de l'investissement subjectif du corps), l'absence de mains (qui symbolisent la relation à l'Autre), un tracé peu appuyé ou caché (qui vient poser la question de la gêne face à la trace et qui plus est une trace qui représente son propre corps). Nous le voyons ici, même lorsque le dessin répond aux normes attendues, la réalisation vient signer une faille dans l'élaboration de l'image du corps.

Celle-ci est intimement liée au narcissisme et à la qualité des relations précoces et actuelles. Le plaisir sensorimoteur vient étoffer cette représentation dynamique de soi et les émotions viennent la colorer de manière toute particulière. Voyons désormais ce qu'il en est du corps « affectivé » chez ces jeunes.

4- Le corps chargé d'affects : Des éléments émotionnels de l'image du corps nous ont semblé importants à être soulignés ici puisqu'ils impactent la façon des sujets d'être au monde. Entre autres, il a pu être relevé chez 10 enfants : un sentiment de honte et de malaise vis-à-vis de leur corps, chez 8 : une autodépréciation s'inspirant grandement du discours des bourreaux (tel que « tu es une enfant de malheur » ou encore « tu es une malédiction »)¹. Sur les 15 enfants, 9 ont montré un manque de spontanéité (caractérisé majoritairement par de l'inhibition) et 6 autres, un manque d'authenticité (se matérialisant majoritairement par des troubles du

¹ Nous tenons à resituer le chiffre obtenu : seuls 8 enfants sur 15 ont fait part verbalement d'autodépréciations. Nous pouvons supposer que par les comportements relevés, la totalité des enfants bilantés ait une appréciation de soi relativement négative au moins à un moment du bilan.

comportement ou des attitudes dites de « façade »). Arrêtons-nous un instant sur ce dernier point. Nous émettons l'hypothèse que le masque porté par ces enfants sert de mécanisme de défense du Moi. Telle une carapace, un déguisement, le jeune psychotraumatisé se cache derrière cette figure qu'il affiche au monde afin de rendre l'Intime inaccessible. Ce masque social peut venir creuser l'écart entre ce que la personne est, ce qu'elle ressent et ce qu'elle se représente d'elle. Il nous semble donc important de relever cette particularité de fonctionnement et dans l'accompagnement, de progressivement la désamorcer en apportant une sécurité interne.

Nous l'avons vu plus haut, ce sentiment de sécurité interne fait défaut chez le sujet jeune ayant un syndrome psychotraumatique. Cela se retranscrit dans les éléments de l'image du corps au travers d'un manque de constitution des enveloppes. Ce qu'Anzieu appelle le Moi-Peau, Geneviève Haag l'appelle première contenance. Nous pouvons entendre par là que la peau vient créer les limites du corps, vient contenir le soi et créer une frontière entre soi et l'Autre. Intrusée, la victime de maltraitance a vu, au moment du psychotraumatisme, son intégrité voler en éclat. Il y a donc eu effraction de son enveloppe psychocorporelle. Lorsque l'individu est jeune et que son enveloppe, encore fragile, est en cours de construction, nous comprenons que les impacts peuvent être extrêmement délétères. Le sentiment d'être soi peut vaciller, provoquant l'impression de devenir fou ou venant brouiller la limite entre le réel et l'imaginaire. Cette non-distinction a été retrouvée chez 8 enfants. Cela explique que le sentiment de sécurité interne puisse s'écrouler. En effet, puisque rien ne contient, comment se sentir stable et solide ? Puisque l'enveloppe a été percée, comment être sûre que rien ne filtre ? Le sujet peut ressentir à la fois la crainte de perdre une part de soi (à chaque instant, à chaque rencontre) et de se remplir malgré soi des stimuli environnementaux. Le corps n'est alors plus investi comme lieu sûr et de plaisir. Chez 10 enfants il a été retrouvé des angoisses corporelles, chez 8 des craintes relationnelles plus ou moins marquées, chez tous enfin un manque de constitution des enveloppes.

➤ **Motricité globale :**

Sur les 15 enfants bilantés, 8 ont présenté un manque de fluidité corporelle dans les déplacements spontanés. Pour ces enfants, la marche et la course sont marquées par un manque de coordinations de ceintures avec une bonne mobilité de la ceinture scapulaire contrairement à une certaine rigidité de la ceinture pelvienne.

Nous relevons par ailleurs que 87% de notre population d'étude (soit 13 enfants sur 15) montrent des difficultés aux épreuves des sauts. Parmi eux, 77 % (soit 10 enfants sur 13) présentent un manque de tonicité axiale se matérialisant par un manque de tenue du buste et un manque d'impulsion.

Les épreuves d'équilibre révèlent que 11 des 15 enfants ne parviennent pas à maintenir leur équilibre les yeux fermés ; et 7 enfants sur 15 les yeux ouverts. Parmi ces derniers, 86 % (soit 6 enfants sur 7) montrent de nettes difficultés de régulation tonique en statique et 71 % (soit 5 enfants sur 7) des difficultés de régulation tonique en dynamique. Nous faisons ici le parallèle entre tonus et équilibre puisque c'est par le jeu de contrastes toniques adapté que la musculature du sujet lui permet de se tenir droit.

Enfin, de façon globale, 80% de notre population d'étude (soit 12 enfants sur 15) présentent un faible niveau de coordination dynamique générale dont 67% (soit 8 enfants sur 12) ont des difficultés aux épreuves de coordinations-dissociations.

Nous le voyons ici, la motricité globale chez ces jeunes manque de fluidité ; et cela, que ce soit spontanément ou sur consigne. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que ce manque d'investissement corporel dans le mouvement se maintient en dehors de situation de tests. Ici, nous n'avons pas relevé de dyspraxie mais nous pouvons aisément imaginer les difficultés quotidiennes que peuvent rencontrer ces jeunes. Notons par ailleurs que les activités sportives à l'école sont génératrices de stress et de mal-être par appréhension du jugement des autres élèves.

D'autre part, nous savons que la maturation motrice suit le sens proximo-distale avec dans un premier temps le développement de la motricité globale qui laisse la possibilité ensuite à la motricité fine de se développer. Voyons ce qu'il en est chez notre population d'étude.

➤ **Motricité fine :**

Les épreuves proposées montrent, à notre étonnement, que peu d'enfants ont des difficultés de motricité fine. En effet, seuls 27% (soit 4 enfants sur 15) ont un faible niveau de déliement digital. Ceux-là sont tous âgés de moins de 7 ans, ce qui laisse supposer que le développement de cette compétence est en cours. Par ailleurs, seulement dans 34 % des cas, ce qui représente 5 enfants sur 15, des difficultés de coordinations oculo-manuelles sont relevées.

En revanche, plus de la moitié des enfants bilantés (8 enfants sur 15) montrent des difficultés de coordinations bimanuelles. Au vu de leurs performances aux tests de déliement digital et de coordination oculo-manuelle, nous supposons que ce qui entrave les performances ici c'est la synchronisation des deux hémicorps du sujet. Coordonner ces deux mains, c'est aussi prendre en référentiel d'action son axe corporel. Nous le verrons un peu plus loin, à l'instar de la construction des enveloppes, le développement de l'axe fait défaut chez les sujets jeunes ayant un syndrome psychotraumatique.

La motricité fine, c'est aussi la motricité du visage. Ici deux résultats différents se font face. Seuls 4 enfants sur 15 montrent quelques difficultés de mobilisation du visage contre 11 enfants sur 15 montrant une faible expression spontanée de leurs états émotionnels. Nous comprenons que la majorité des enfants ne présentent pas de difficultés motrices du visage mais que ce qui leur fait défaut c'est l'expression d'une part subjective dans la relation à l'Autre. Sont ainsi retenus les constats suivants : « expression lisse, visage figé, sourire de façade, enfant pas très expressif ». Pour pouvoir exprimer une émotion, il faut pouvoir la ressentir, l'accepter et s'autoriser à la partager. Dans le cas d'un syndrome psychotraumatique (d'autant plus chez l'enfant et de surcroît chez l'enfant dont les maltraitances ont été faites par les personnes en charge de l'éducation), nous comprenons que chaque étape précédant l'expression des émotions peut être perturbée. De plus, cette expression, si elle soumise à l'appréhension de conséquences négatives, peut se retrouver inhibée. Il nous semble ainsi évident que dans la sémiologie psychomotrice du syndrome psychotraumatique chez l'enfant, il puisse y avoir des difficultés d'expression voire de reconnaissance des émotions. Nous développerons ce point un peu plus loin.

➤ **Latéralité :**

Parmi les 9 enfants les plus jeunes (âgés entre 6 et 7 ans), plus de la moitié (soit 5 enfants sur 9) ont une latéralité usuelle qui n'est pas encore fixée. Ceci n'a rien d'anormal en sachant que la latéralité ne se consolide que vers 7-8 ans pour ensuite se fixer à 12 ans.

Pour les plus âgés, la latéralité est fixée pour tous.

➤ **Espace et Temps** :

Espace :

Parmi les 15 enfants, seuls 4 ont de faibles connaissances concernant les termes spatiaux. En revanche, 12 enfants sur 15 montrent (soit 80%) ont des difficultés d'organisation et de structuration spatiale que ce soit en 2 D (Dimensions) ou en 3 D. Parmi les tests proposés, celui de la planche de structuration spatiale de Piaget montre des connaissances de relations topologiques et des capacités d'appréhension de grandeur et de profondeur à stimuler chez ces jeunes. Le test de la Figure de Rey vient entre autres souligner le fait qu'ils n'arrivent pas à retirer des éléments clés d'une structure. La plupart réalise une construction en pièce à pièce. Le test de Naville nous renseigne sur une plus grande capacité à organiser l'espace sur consigne, notamment chez les plus âgés. Mais, lorsqu'il s'agit d'une exploration spontanée ou du moins qui ne soit pas soutenue par des consignes spatiales, nous nous apercevons que les 12 enfants paraissent désorientés. Leur progression dans l'espace est désorganisée.

De plus, notons que l'espace est une donnée fondamentale de l'adaptation de l'être à son milieu, lui permettant de se repérer dans son environnement et d'organiser ses mouvements dans un cadre spatialisé de référence (Anne-Claire Galliano, 2001). L'appropriation de l'espace passe d'abord par la construction de repères égocentrés (donc en référence à son propre corps) puis par la projection de ces repères dans le milieu environnant, aboutissant à l'acquisition de repères exocentrés. Parmi les 12 enfants ayant des difficultés d'utilisation des données spatiales, 11 ont un faible niveau de somatognosie et 9 ont une hypotonie axiale dont 4 ont une latéralité non fixée. Ce bas niveau de connaissances des différentes parties du corps et ce manque de tonicité de la ligne axiale ne permettent pas de soutenir la construction d'un référentiel égocentré, la distinction des hémicorps gauche et droite et le processus de latéralisation. De plus, 75% (soit 9 enfants sur 12), montrent des difficultés de coordinations dynamiques.

Nous le voyons donc ici, l'espace est une composante psychomotrice centrale, fortement intriquée à d'autres composantes telles que le schéma corporel, l'axe, le tonus, la motricité, etc. L'espace est aussi indissociable du temps. Voyons maintenant ce que nous avons pu relever concernant l'appropriation du temps chez notre population d'étude.

Temps :

Nous avons comptabilisé 8 enfants sur 15 ayant des difficultés de connaissances temporelles et 13 enfants sur 15 ayant des difficultés dans leur utilisation. Cet écart vient

montrer ici que 5 jeunes parviennent intellectuellement à s'orienter dans le temps mais que parallèlement ils peinent à percevoir un rythme, à le modifier ou à s'y adapter.

Le temps est une notion objectivée dont la perception est subjective. Sa structuration permet au sujet de comprendre l'environnement et de s'y adapter. Elle se construit au fil des expériences sensorielles, motrices et relationnelles vécues. (Anne-Claire Galliano, 2001) La perception des micro-rythmes et des macro-rythmes permet à l'enfant dans son évolution (et plus tard à l'adulte) de percevoir une rythmicité, une périodicité, des intervalles et des contrastes de vitesses. Le sujet peut aussi percevoir l'irréversibilité du temps qui s'écoule et qui vient modeler la construction d'une histoire de vie personnelle, unique, au gré d'expériences vécues. De cette perception naît le sentiment d'unicité permise par et qui permet la construction de l'enveloppe psychocorporelle. Celle-là assure la différenciation Soi-Non Soi ; et de là naît le sentiment « d'une id-entité qui perdure dans l'espace et le temps. » (Ibid.) Dans le cas d'un psychotraumatisme, il y a une rupture du temps. Dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, cette rupture peut se prolonger de façon plus ou moins durable et entraîner avec elle une rupture de soi et du sentiment de continuité d'existence. Dans cette temporalité flottante, comme suspendue, nous comprenons que le sujet ayant un syndrome psychotraumatique puisse être désorienté, désaxé de lui-même. Ce manque de continuité du sentiment de soi se répercute dans une désorganisation motrice où les gestes et les déplacements sont marqués par un défaut de synchronisation. Ici, nous avons repéré que ce manque de coordination dans le temps concerne notamment le mouvement des ceintures scapulaire et pelvienne.

➤ **Sensorialité :**

Dans cette partie, nous avons tenté d'apprécier les connaissances et la (ou les) sensibilité(s) sensorielle(s) des jeunes.

Concernant les connaissances autour des 5 sens, nous notons que 8 enfants sur 15 (soit 53%) sont en difficultés dans le listing des sens et/ou dans la connaissance des organes qui y sont associés et/ou dans un exemple personnel d'utilisation des sens. Parmi eux, 62,5% sont des enfants âgés de moins de 7 ans.

Par ailleurs, nous tenions à souligner, dans le cadre de cet écrit, les particularités sensorielles des jeunes. Il a pu être relevé des sensibilités au toucher chez 8 des 15 enfants bilantés. Parmi eux, un enfant a pu expliquer que pour elle le toucher pouvait s'apparenter à une « irradiation

se propageant dans tout le corps ». Cela laisse supposer la constitution d'une enveloppe poreuse où des éléments peuvent entrer et d'autres sortir contre son gré ; et générant au passage une réaction corporelle et émotionnelle vive. Ici, il s'agit d'une réactivité face au contact peau à peau où l'enjeu relationnel et le dialogue tonico-émotionnel y tiennent une place importante. Lorsque le toucher passe par un médiateur, telle une balle à picot, la majorité des réactions est d'une moindre intensité et les autres réponses de gêne semblent davantage reliées à la proximité des corps qu'aux stimulations tactiles en elle-même. Dans le cas de maltraitances physiques, d'abus sexuels et de violences conjugales, il est facile de faire le lien entre résistance au toucher et vécu traumatique. Lorsqu'il s'agit de maltraitances psychologiques, le toucher vient faire écho à une résonance intérieure. Nous avons tous déjà entendu ces expressions : « être touché par les paroles de quelqu'un, avoir l'effet de caresses à l'écoute de certains mots, avoir les poils qui se hérissent face au comportement de quelqu'un, avoir des frissons de plaisir à entendre, par exemple, une personne chanter ». Plus que de simples métaphores, les éléments de relation (se situant à la fois dans le verbal et l'infraverbal) viennent laisser une trace. Ils viennent toucher de l'intérieur. Voilà pourquoi même les violences psychologiques peuvent être aussi génératrices de sensibilité au toucher.

D'autre part, à de multiples reprises, il nous a semblé que la vue a servi de support sécuritaire. Nous avons tous fait l'expérience d'une perte de repères les yeux fermés. Ne plus voir son environnement, c'est en perdre, en partie, la maîtrise. Les non-voyants compensent avec d'autres sens. Les voyants eux, font de la vue un sens privilégié de l'analyse de l'environnement. C'est par le traitement cortical que le sujet peut apprécier les éléments environnementaux et y réagir. Dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, ici chez des enfants tous voyants, nous pouvons aisément imaginer à quel point la vue est importante. Fermer les yeux est synonyme de désorientation, de retour à soi, de plongée en abîme au cœur de soi-même, de noir : qui peut renvoyer à un vide étourdissant ou à la possibilité que s'allume sous ses yeux clos les flash-backs.

De plus, il a été noté pour 2 enfants un désinvestissement de la zone orale : marqué pour l'un, par l'ouverture continue de la bouche ; et pour l'autre, par une émotion forte accompagnée d'un retrait relationnel à la simple évocation de cette zone. Dans le premier cas, cela vient poser la question de la construction de l'axe puisque la bouche est un élément central. Cela vient questionner également la limite entre le dehors et le dedans, entre le Soi et le Non-Soi. Dans le second cas, cela nous renvoie au premier investissement libidinal décrit par la théorie freudienne. Selon elle, la zone orale est la première partie corporelle où le sujet y place une

libido, autrement-dit, du plaisir. Dans le développement d'un sujet donné, nous pouvons nous demander si le désinvestissement d'une zone libidinale ne vient pas générer un manque d'expériences psychocorporelles qui fait que la construction identitaire soit entravée. Quoiqu'il en soit, nous pouvons imaginer qu'il ne soit pas confortable d'être et d'agir avec une zone du corps qui provoque une telle réaction de retrait. Notons que chez cet enfant il a été relevé une sélectivité alimentaire et un mutisme importants.

Ici, rien de particulier n'a été noté concernant l'olfaction et l'audition. Cependant, nous pensons qu'il n'est pas à exclure que sur une population d'étude plus large il aurait pu être relevé une sensibilité particulière à certaines odeurs et/ou certains bruits, avec des réactions neurovégétatives marquées et des comportements d'évitement des stimulations sensorielles en jeu.

Nous le voyons clairement ici, la sensorialité est un ensemble de particularités fonctionnelles à explorer lorsqu'il y a présence ou suspicion d'un syndrome psychotraumatique chez l'enfant.

➤ **Emotions, tonus :**

Emotions :

Chez quasiment tous, malgré une mobilité du visage suffisante pour exprimer les émotions, il a pu être relevé une difficulté à inscrire sur leur faciès une expression à valeur émotive. Sur les 15 enfants, 5 ont présenté un retrait relationnel massif à ce test dont 2 ont refusé de le faire. Parmi les 13 qui s'expriment :

- 3 n'arrivent pas à mimer l'ensemble des émotions,
- 2 autres, ont compensé leur apparent malaise par une stratégie de verbalisation,
- 1 par une stratégie d'exagération,
- 5 enfants ont eu une expression manquant nettement d'intensité,
- et 2 n'ont pas montré de difficultés particulières.

Nous voyons ici une difficulté partagée à inscrire corporellement une émotion pour la quasi-totalité du groupe étudié.

Par ailleurs, le mimogestuel des émotions est un test qui offre l'opportunité à l'enfant d'exprimer, bien plus que par une expression faciale, une émotion donnée. En effet, ce test laisse libre court à l'enfant de mimer avec tout son corps. Ici, il n'a pas été observé d'engagement corporel. Autrement dit, les participants ont tous montré une immobilité. Nous n'excluons pas ici les conditions de la situation de bilan laissant moins de place à la spontanéité et à la libre expression ; mais nous mettons là cette faible valeur expressive et ce défaut de mise en corps en parallèle aux séquelles directes du psychotraumatisme chez ces jeunes. Nous le savons, la victime se retrouve face à des sensations brutes, des émotions brutes et une motricité brute. Il n'y a plus de lien entre ces 3 pôles, plus de sens ni de symbolisation. Nous comprenons donc que l'enfant psychotraumatisé ne puisse plus avoir accès à une expression émotionnelle spontanée. Ce qui nous questionne ici c'est aussi l'impossibilité à le faire sur consigne, autrement dit sur un mime que se décolle d'une situation réelle pouvant engager avec elle des processus défensifs. Même lorsqu'il s'agit d'exprimer une émotion dans une situation fictive, les enfants se trouvent en difficultés. Là aussi se reposent les questions de la construction d'une enveloppe psychocorporelle protectrice, de la présence d'une solidité interne et du sentiment d'individualité. Reste aussi à savoir si ces éléments peuvent prendre chair dans un corps qui ne soit pas réduit à l'état d'Objet et dont on en a la maîtrise. Ces éléments constituent la condition sine qua non pour pouvoir introjecter dans la relation une part subjective.

Enfin, si les émotions sont atteintes, nous pouvons aisément deviner l'impact tonique engendré.

Tonus :

Le tonus est « un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité » (Vulpian, 1874 in Suzanne Robert-Ouvray, 2011). Il correspond à l'état de tension musculaire. Il est le support corporel de toute action (y compris des intentions) et est intimement intriqué aux émotions. Il vient, par le jeu du dialogue tonico-émotionnel, la modulation tonico-posturale, les contrastes toniques eux-mêmes, les réactions tonico-émotionnelles, etc., traduire par l'intermédiaire du corps, l'état interne du sujet. Il est un révélateur fiable des processus à l'œuvre.

Dans l'ensemble de la population d'étude, il a été noté des syncinésies qui sont encore normales à cet âge car elles disparaissent vers 12 ans. Leur présence a été soulignée ici car elle vient montrer l'impact émotionnel et l'effort recruté pour réaliser le geste. Des parties du corps

non concernées par le mouvement ou le corps tout entier entrent en action même si cela n'est pas nécessaire.

Que ce soit le désir de bien faire, la gêne à agir sous le regard de l'Autre, une difficulté motrice ou immaturité neurologique, les syncinésies viennent parler d'un corps en difficulté dans l'action. Il nous semble important de pouvoir les repérer, garder en tête qu'elles ont pour finalité de disparaître et que si elles ne sont pas reliées à un enjeu émotionnel, elles peuvent être d'ordre neuromoteur. L'une ou l'autre des 2 causes n'entraînera pas les mêmes accompagnements.

Concernant la résolution tonique en statique, 67 % des enfants (soit 10 enfants sur 15) montrent des difficultés qui se répercutent dans le maintien de l'équilibre immobile. Notons que pour 80% d'entre eux (soit 8 enfants sur 10), le niveau de perception du corps est faible. La sensibilité proprioceptive permet de recueillir des données propres au corps qu'il soit immobile ou en mouvement sous l'effet de la pesanteur. Cette sensibilité joue un rôle fondamental dans l'ajustement postural car elle contrôle le tonus de nos muscles et la position de nos membres. Il n'est donc pas étonnant, ici, de retrouver parallèlement des difficultés de proprioception et d'équilibre statique. Qu'en est-il lorsque le corps est en mouvement ? En situation dynamique, 8 enfants sur 15 sont en difficultés (soit 54 %). Parmi eux, les 3 quarts (soit 6 enfants sur 8) ont aussi des difficultés en situation statique. Nous pouvons supposer que si l'ajustement tonique n'est pas efficient en situation d'immobilité, il ne peut pas l'être davantage dans le mouvement.

➤ **Axe** :

L'axe est une réalité matérielle, fonctionnelle, physiologique et psychique. Selon Benoit Lesage (2012), il s'agit d'une ligne virtuelle qui est soutenue par le rachis. Celui-ci a à la fois une fonction de mobilité et une fonction de stabilité. La première permet aux 3 sphères du corps (le crâne, le thorax et le bassin) d'être orientées dans les 3 plans de l'espace pour permettre au sujet d'agir. La seconde assure un rôle de pilier interne et d'ancrage. La tonicité rachidienne évolue d'un état hypotonique à un état de forte tonicité dans le développement de l'enfant. Ce passage s'accompagne au niveau psychique de la fortification du Moi qui s'érige dans l'espace intérieur de l'enfant et qui lui permet de sortir d'un « mou sensoriel » jusqu'alors nécessaire devant son impuissance à la dureté de la réalité (Suzanne Robert-Ouvray, 2011).

Dans notre groupe d'étude, 11 enfants sur 15 ont une hypotonie axiale. Cette grande proportion vient faire écho à l'organisation tonique du tout petit qui, impuissant face à la dureté de la vie, présente un faible tonus au niveau de l'axe. Ce manque de tonus chez 74% de notre population d'étude vient mettre en exergue une blessure du Moi qui prend corps. Parmi ces 11 enfants, 10 présentent des difficultés de coordinations dynamiques générales, 8 présentent des difficultés de coordination-dissociation et 10 présentent des difficultés de régulation tonique en statique. Nous voyons donc ici l'importance d'une tonicité axiale suffisante pour permettre une motricité adaptée.

Parmi les 11 enfants présentant une hypotonie axiale, 10 compensent par un tonus pneumatique. (Cela se révèle notamment à l'épreuve des sauts.) Cette stratégie adaptative permet, certes, de compenser à un instant t sur le plan moteur mais ne permet pas l'étayage de l'axe psychocorporel. En effet, le tonus pneumatique peut se définir comme étant un blocage de la respiration, une rigidification, faisant office d'un véritable haubanage, qui compense l'absence d'équilibre et qui est fréquemment utilisé lorsque les coordinations entre les deux hémicorps ne peuvent s'opérer. Nous comprenons que cette apnée ne peut pas se mettre au service d'expériences sensorimotrices constructives.

➤ **Attention :**

Chez 12 des 15 enfants bilantés, nous notons une difficulté de maintien de l'attention. Parmi ceux qui sont le plus à l'aise avec la verbalisation, ils décrivent des schémas de pensées brouillées par des interférences du passé. Les commentaires du (des) bourreau(x), les éléments sensoriels de situations traumatiques vécues, des autodépréciations et la crainte du recommencement de situations similaires viennent entraver les processus de réflexion et d'analyse. Le sujet n'est plus entièrement présent à lui et à ce qui se passe. L'indisponibilité attentionnelle se répercute alors sur les possibilités de mise en sens, de compréhension et d'action. Parmi ces 12 enfants, le tiers (soit 4 enfants) montre des difficultés cognitives et de compréhension.

De plus, parmi les 12 enfants, 7 présentent parallèlement une agitation psychomotrice et 86% d'entre eux (soit 6 enfants sur 7) sont âgés entre 6 et 7 ans. L'occupation spatio-temporelle est marquée par un éparpillement ; éparpillement qui renvoie, nous le supposons, à la nécessité pour l'enfant de combler l'espace-temps menaçant. Nous émettons l'hypothèse ici qu'à la fois l'enfant est envahi par des reviviscences et des réminiscences et que parallèlement

il s'en défend par une stratégie adaptative : occuper l'espace et le temps pour en maîtriser l'évolution.

➤ **Communication :**

Dans notre population d'étude, 8 enfants sur 15 présentent une logorrhée. Ce flot de paroles incessants (et dans certains cas incohérent) vient poser la question de la construction d'une enveloppe sonore pour pallier à l'enveloppe corporelle. En effet, nous pouvons nous demander si ces jeunes adoptent ce comportement pour pouvoir créer autour d'eux une bulle sonore qui leur permette de se sentir exister. De plus, la parole permet de faire l'expérience maîtrisée du dedans et du dehors que l'enveloppe psychocorporelle ne permet plus. L'émission du son est permise par la vibration des cordes vocales (qui sont situées sur la ligne centrale du corps, notons-le et qui donc renvoient aussi à une expérience étayant la construction de l'axe). Ce sont là des phénomènes intracorporels qui, par mécanismes de résonance et d'ondulation, peuvent se propager à l'ensemble du corps et faire sentir le volume interne. La propagation du son émis remplit les unités spatiales autour du sujet. C'est ce processus, entre autres, qui permet de faire du lien dans les espaces vides séparant deux sujets qui parlent entre eux. Il y a donc bel et bien une diffusion en dehors du corps qui remplit l'espace péricorporel voire extracorporel. Hormis la sonorisation, ce qui est saillant dans la logorrhée c'est l'importance du débit verbal. L'ininterruption de la parole permet-elle ici la création d'une continuité pour pallier à la rupture provoquée par le psychotraumatisme ? S'agit-il de l'élaboration d'une perpétuité pour fuir le silence lourd et menaçant car laissant la place à la mémoire traumatique de se révéler ?

A l'inverse, notons que 4 enfants sur 15 présentent un comportement mutique. Pour eux, nous pouvons nous demander si la fuite de la parole ne renvoie pas aussi à une fuite de la communication et par là-même du contact à l'Autre ? Notons que pour ces 4 enfants nous avons aussi relevé une sensibilité au toucher. Il semble donc que pour ces enfants le « con-tact » soit difficilement appréhendé dans sa dimension communicationnelle qu'il y ait du peau à peau ou non.

• *En bref :*

Dans cette partie, nous allons tenter de synthétiser les éléments exposés ci-dessus. Mais attention, cette synthèse veut ici s'extraire d'une généralisation abusive qui viendrait globaliser

le fonctionnement des enfants ayant un syndrome psychotraumatique ! Pour rappel, un des principes forts de la psychomotricité est de considérer le sujet comme étant un individu unique. Ce récapitulatif vient donc plutôt ici s'inscrire dans une démarche de simplification et de regroupement des informations.

Sur la base des données collectées dans le cadre de cette étude, nous allons tenter d'en extraire une compréhension logique et fonctionnelle de l'apparition de certains symptômes psychomoteurs.

Le corps :

Le syndrome psychotraumatique, en créant une blessure identitaire et une faille narcissique, vient déshumaniser la corporéité du sujet. Le corps devient alors corps Objet et insécure. L'espace interne est marquée par une axialité fragilisée (qui se retranscrit dans un manque de solidité interne, une hypotonie axiale, des postures d'enroulements, des autodépréciations et des difficultés à agir sous le regard d'autrui). Elle est à peine contenue dans une enveloppe psychocorporelle abîmée, devenue poreuse. L'espace péricorporel est alors teinté de difficultés relationnelles et communicationnelles (à la fois verbales et infraverbales). Ces difficultés font poser la question des possibilités d'appropriation et de projection d'une part de subjectivité dans l'échange. L'enfant ayant un syndrome psychotraumatique est-il encore capable de se saisir d'une part de soi et de la laisser transparaître à l'Autre ? Cela va plus loin car l'espace extracorporel, n'est plus exploré de manière constructive. L'investissement spatial est inadapté et on note une kinesphère réduite, une agitation et quelques fois une mise en danger.

Organisation motrice et appropriation spatiotemporelle :

Dans cette étude, nous avons pu relever un manque de fluidité corporelle marqué entre autres par un manque de coordinations entre le haut du corps (: mobile) et le bas du corps (: figé). A ce manque de synchronisation dans le temps des deux ceintures s'ajoute un manque de tonus axial qui dans la plupart des cas est compensé par un tonus pneumatique. Cette organisation dynamique des différentes parties du corps, dans ses aspects posturaux et toniques, vient entraver la qualité des coordinations dynamiques générales et des coordinations-dissociations. Les tests de motricité fine, en revanche, ne révèlent pas de difficultés particulières sauf quand il s'agit d'organiser le geste autour de l'axe. Chez les plus jeunes, cela est d'autant plus prononcé que le processus de latéralisation est en cours et que, par conséquent, la ligne

centrale du corps n'est pas encore complètement une référence spatiale pour l'organisation des praxies.

En ce qui concerne l'appropriation spatiotemporelle, nous notons des difficultés de perception et d'adaptation qui viennent entraver l'exploration du milieu. D'une part, l'appréciation du temps est entravée. Ce que nous retenons ici entre autres c'est une brisure du sentiment de continuité d'existence. Celle-là entache ainsi les possibilités et la fluidité motrices. D'autre part, intéressons-nous à la qualité de l'occupation spatiale. Qu'il y ait une inhibition ou une agitation motrice, nous notons un défaut d'organisation et de structuration spatiales. L'espace environnant n'est plus espace d'exploration et cela nous renvoie directement à la qualité de l'image du corps et de l'image de soi. Comment expérimenter l'espace alentour quand l'espace de son propre corps est un lieu insécure ? Ainsi, aux différents tests, « les réponses floues et pauvres témoignent d'une incapacité à élaborer une enveloppe suffisamment bien organisée et à s'approprier des limites contenantantes et unifiantes du soi » (Condamine, 2009).

Subjectivité, émotions et relation:

Notre population d'étude a montré des difficultés d'expression des émotions ; que ce soit spontanément ou sur consignes. Elles peuvent s'expliquer par les mécanismes à l'œuvre dans le syndrome psychotraumatique que sont : la décorporalisation et la dissociation « corps-sens-émotions-motricité ». Le sujet est ainsi coupé de son corps et de ce qu'il ressent. Ici, le défaut d'expressivité et de mise en corps est donc à relier à un déficit de perception corporelle mais aussi à un manque d'ancrage et de constitution de l'enveloppe : qui engendrent un manque de confiance en soi et en l'Autre. Ensemble, ils briment l'intégrité corporeo-psychique et l'identité. Ils entravent la qualité communicationnelle et relationnelle. Ils brouillent les éléments subjectifs et intersubjectifs.

Malgré tout, les émotions restent vives et débordantes chez les sujets ayant un syndrome psychotraumatique. Dans ce travail de recherche, nous avons pu nous apercevoir d'une expression passant par des réactions sensori-toniques qui échappent au contrôle du sujet et qui viennent témoigner du mal-être dans lequel il se trouve. Citons une expression de Condamine (2009) pour décrire cette gêne massive en lien avec les ressentis corporels et émotionnels : « Son mal-être est manifeste ; il vit l'épreuve dans un profond sentiment d'insécurité. »

Disponibilité psychique :

Le psychotraumatisme est une blessure psychique. Il n'est donc pas étonnant de retrouver ici une indisponibilité cognitive et attentionnelle. Dans certains cas, elle prend corps dans une agitation psychomotrice. Dans d'autres cas, elle renvoie à des préoccupations psycho-affectives massives. Lorsque cette indisponibilité psychique est verbalisée, elle est mise en lien avec des interférences du passé et des craintes anticipatoires. L'intrusion du vécu traumatique (à travers l'ensemble des éléments sensoriels et les commentaires des agresseurs) et la projection dans le futur d'une possible répétition traumatique viennent souligner encore une fois un manque d'ancrage au corps et au présent.

4.3 Confrontation des données de terrain à celle théoriques

En annexe, nous avons repris le tableau que nous avons dressé de façon hypothéticodéductive concernant la sémiologie psychomotrice du syndrome psychotraumatique chez l'enfant. Nous l'avons complété en fonction des données apportées par la clinique auprès de notre population d'étude (Cf. Annexe 6). Nous y avons stipulé les points de concordance, de discordance, les parties supplémentaires et celles inexplorées.

Concluons cette partie par une citation de B. Rothschild (2008) : « De la même manière qu'un raz-de-marée suit parfois un tremblement de terre, les événements qui suivent un trauma peuvent provoquer encore plus de dégâts que le trauma lui-même. » Nous replaçons ici toute l'importance du suivi des personnes traumatisées et nous nous interrogeons notamment sur la place de l'accompagnement en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique.

Diverses questions émergent alors : Quelles prises en charge psychomotrices spécifiquement axées sur le syndrome psychotraumatique sont possibles ? Est-ce qu'en soutenant la constitution d'une enveloppe psychocorporelle non trouée, la psychomotricité permet au sujet de se réappropriier sa subjectivité et son identité ? Est-ce que venir étayer la construction de l'axe psychocorporel permet à la victime de s'ériger en tant que sujet et de sortir du trauma ? Plus spécifiquement, dans cette construction de l'axe, en quoi la prise en charge psychomotrice centrée sur l'intégration du bassin au schéma corporel est-elle pertinente ?

Dans la partie suivante, nous tenterons de répondre à ces questions et nous viendrons nuancer les apports possibles de la psychomotricité en voyant les limites qui s'imposent au psychomotricien.

5. L'accompagnement en psychomotricité d'un syndrome psychotraumatique : quelques pistes de réflexion

Dans le silence des maux, le sujet nous hurle son malaise. Dans sa tête raisonne la sirène amygdalienne, étouffant sa raison, ses pensées et ses émotions, le faisant sortir de lui-même et du temps. Ses sens, mis à vif, ne lui servent plus qu'à sur-interpréter son espace, le désinscrivant de toutes possibilités interactionnelles sécurisées. Son toit, ou devrions-nous dire son Moi, n'est qu'une demeure en ruines où son intégrité ne subsiste plus. Qui est-il vraiment ? Qui est-il devenu ? Que reste-t-il de ce sujet traumatisé ? Est-il encore sujet ou simple témoin de lui-même ?

Les retours à lui et à son corps ainsi que l'ancrage sont en théorie assurément bénéfiques et nécessaires à une évolution résiliente. Mais comment faire en pratique ? Voici quelques pistes de réflexion...

5.1 Les intérêts d'un suivi en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique chez l'enfant:

Commençons par une règle d'or. La priorité de toute prise en charge est de s'assurer que l'enfant victime soit en sécurité et en sûreté car « quand un enfant n'est pas sécurisé et n'a pas la possibilité de mettre en place des conduites d'évitement efficaces, sa mémoire traumatique va exploser et le plonger dans une grande détresse jusqu'à ce qu'il se dissocie et s'anesthésie par disjonction » (Salmona M. , 2012). Cette fragilité, repérée facilement par les agresseurs, peut faire de lui une proie plus facilement attaquable. C'est ainsi qu'un cercle vicieux s'installe : la victime est revictimisée et ne peut sortir de son statut.

Poursuivons par un constat actuel : les signes d'un syndrome psychotraumatique ne sont pas spécifiquement pris en charge par la psychomotricité. Nous émettons l'hypothèse que cela se justifie par un manque de connaissances globales autour du psychotraumatisme, à la fois du côté des prescripteurs et des psychomotriciens. Il en découle, en pratique, que le parcours de soins du sujet victime ne lui permet que rarement d'avoir accès à une prise en charge psychomotrice de façon précoce. L'orientation se fait souvent en seconde intention, tardivement voire en dernier recours. Les motifs d'orientation en psychomotricité sont variés mais regroupent pour la plupart du temps des signes cliniques considérés comme étant concomitants

voire non liés au psychotraumatisme. De façon générale, il est noté une gêne (dans la motricité, les interactions, le comportement), une souffrance ressentie et une diminution de la participation active du sujet à la vie sociale (retrait relationnel, isolement social, inhibition psychomotrice, ralentissement psychomoteur, ralentissement voire trouble du développement psychomoteur, chutes des résultats scolaires, ...). Nous pensons que les intérêts du suivi psychomoteur dans le cas d'un syndrome psychotraumatique sont à faire connaître. Abordons-les ensemble.

Voici notre hypothèse : La psychomotricité revêt un caractère primordial dans l'accompagnement des enfants victimes d'un psychotraumatisme. Nous avons pu montrer plus tôt que le regard expert du psychomotricien peut venir mettre en exergue des signes spécifiques de la sémiologie du syndrome psychotraumatique chez l'enfant. En effet, le psychomotricien est expert du langage du corps. Il peut offrir une grille de lecture riche. Nous l'avons vu dans les parties précédentes : le corps s'avère être un témoin et révélateur des signes psychotraumatiques. Selon Nebout-Lénès (2000), « le corps est la mémoire du sujet ». Ainsi, nous savons que le langage corporel peut dévoiler des maux que le discours verbal ne peut plus expliciter à cause de la « brisure langagière » survenue au moment du traumatisme psychique. Le psychomotricien a donc toute sa place pour décrypter le malaise du sujet ; et ce faisant, pour l'accompagner au mieux. Voyons désormais ensemble ce que le psychomotricien peut mettre en œuvre pour accompagner le jeune sujet psychotraumatisé.

Selon nous, la prise en charge psychomotrice offre une approche originale puisqu'elle passe par le corps. Selon Minton (2015), « la psychothérapie sensorimotrice appréhende le corps comme étant central pour les processus thérapeutiques permettant la prise de conscience ». La psychomotricité s'appuie sur cette conception. D'ailleurs, elle a comme origine la mission de faire du lien entre corps et esprit. Ainsi, elle pourrait être un levier intéressant dans une prise en charge du syndrome psychotraumatique.

Offrant une prise en charge holistique, le psychomotricien peut approcher le syndrome de différentes façons et mettre du lien entre les différents pôles de l'organisation psychomotrice du sujet (corps, pensée, émotions, espace, temps, relation). Nous l'avons vu dans la sémiologie psychomotrice hypothéticodéductive et celle dressée sur le terrain, le psychotraumatisme (et a fortiori le syndrome psychotraumatique) vient créer une désorganisation psychomotrice. Ainsi, les possibilités d'aborder le syndrome sont multiples pour le psychomotricien.

Nous pouvons ici citer quelques objectifs de prise en charge :

- faire s'approprier une conscience corporelle, et le sentiment d'une unité corporelle,
- développer la proprioception et la perception des volumes du corps et des volumes des corps,
- consolider l'enveloppe en travaillant sur les limites, le dedans et le dehors, l'intérieur et l'extérieur,
- accompagner à l'expérimentation, la structuration et l'intériorisation des limites corporelles,
- étayer les représentations corporelles et la représentation de soi,
- consolider et expérimenter l'axe psychocorporel,
- soutenir la construction identitaire,
- étoffer l'estime de soi et permettre un travail de valorisation,
- amener à une sécurité interne et un travail sur la contenance,
- exploiter les potentiels psychomoteurs,
- soutenir les compétences motrices et spatio-temporelles,
- proposer un travail sensoriel,
- aider à un ajustement tonique,
- amener à du plaisir sensori-moteur,
- permettre un travail relationnel,
- aider à la perception, reconnaissance, acceptation, expression et gestion émotionnelles,
- autoriser une expression active (corporelle et verbale),
- etc.

Par ailleurs, l'accompagnement en psychomotricité apporte avec lui la notion de dynamique développementale dont il est important d'en tenir compte ; notamment avec le public ciblé ici. En effet, les mécanismes de plasticité cérébrale permettent de moduler les connexions synaptiques et les représentations mentales ; ce qui laisse supposer la possibilité de remodeler les constructions défailantes. De plus, il peut s'agir d'intervenir en prévention de la fixation d'un trouble, de faire développer des stratégies adaptatives adaptées,... et enfin, de faire reconquérir à l'enfant son potentiel latent.

Les enfants sont des êtres en devenir qu'il convient d'accompagner le plus précocement possible. En plein processus de développement et de construction de leur identité, il paraît

évident que s'ils reçoivent une aide à ce moment-là, les effets de la thérapie seront d'autant plus efficaces.

Nous avons ici choisi de reprendre et de développer 4 points principaux.

- **La construction d'une enveloppe psychocorporelle protectrice** : avec un travail sensoriel et de conscience corporelle.

Le concept d'enveloppe psychocorporelle nous renvoie au concept de Moi-Peau développé par Anzieu (1985). Selon lui, le corps est le premier objet épistémique (de connaissance), premier objet pensé et premier objet de pensée. Il distingue trois logiques d'élaboration du Moi-Peau : le vécu (premier palier : être), le perçu (second palier : sentir) et le conçu (troisième palier : connaître). (Lesage, 2012) Le psychomotricien peut intervenir à chaque étape.

Le vécu : La peau est le premier lieu en tant qu'organe frontière (Ibid.), en tant que séparateur du dedans et du dehors. Dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, nous avons pu voir que la sensibilité au toucher avec l'Autre est accrue. Le psychomotricien peut entamer un travail de « con-tact » au travers de médiations diverses. L'objectif n'est pas de toucher la peau du sujet mais de lui faire ressentir qu'il a une enveloppe physique. Ainsi, le psychomotricien peut avoir recours à des médiations telles que la médiation eau, la balle à picots, l'enveloppement via des tissus, etc. Par ailleurs, la peau est perméable. Via ses pores, elle communique avec l'extérieur. Mais elle n'est pas poreuse en ce sens où elle n'est pas trouée ni fissurée et qu'elle ne joue plus son rôle de filtre. Il est essentiel de pouvoir faire sentir à l'enfant que son intégrité n'est pas atteinte par sa perméabilité peaucière. De plus, pour sentir son enveloppe, l'enfant peut aussi prêter attention au toucher de l'intérieur : le tonus. En effet, le jeu de contrastes toniques permet d'étayer, de l'intérieur, la perception de l'enveloppe.

Le perçu : La sensibilité intéroceptive et celle extéroceptive permettent conjointement de faire l'expérience du dedans et du dehors. Là, le psychomotricien peut jouer avec l'enfant sur les sensations apportées par les 6 sens : la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe, le toucher et la proprioception. Ce professionnel peut aussi proposer d'expérimenter le contraste des textures, d'élasticité, de températures, etc. La richesse des expériences sensorielles est un support essentiel pour percevoir le corps dans sa composition et ses limites et donc percevoir le contenu et le contenant du corps.

Le conçu : Anzieu (1985 in Lesage, 2012) attribue à la structure du corps une fonction d'étayage à la structure psychique. Selon lui, « toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique ». Le psychomotricien s'appuie sur la motricité et la sensorialité pour permettre de remettre le corps en mouvement et de remettre en mouvement également l'histoire du corps. Il fait du langage symbolique du corps un support à la mise en sens, à la symbolisation et à la construction d'une pensée de soi. Ce travail permet ainsi un soutien à l'élaboration des représentations corporelles.

Enfin, étayer la construction d'une enveloppe psychocorporelle protectrice c'est permettre au sujet de se réapproprier son corps comme sien, de l'habiter sereinement. En d'autres termes, il s'agit là de rendre son corps à son propriétaire. Selon nous, dans le cas du syndrome psychotraumatique, l'accompagnement à l'élaboration d'une enveloppe psychocorporelle sécurisée ne peut se dissocier d'un accompagnement à l'ancrage. En effet, comment contenir un corps qui s'échappe ?

- **L'ancrage corporel (et temporel)** : avec un travail sur l'axe et le tonus axial, et un travail d'intégration du bassin au schéma corporel.

S'ancrer à son corps c'est aussi s'ancrer à une réalité organique à un instant t, ce qui revient à s'ancrer au présent. C'est peut-être alors une voie d'accès plus simple à emprunter pour être présent au présent ; car, les efforts cognitifs pour y parvenir peuvent être entravés par des mécanismes de réflexion erronés du fait de l'empreinte psychique du psychotraumatisme. Par ailleurs, passer par le corps peut permettre de réinvestir ce lieu si intime avec plaisir, prendre conscience de son individualité et s'ériger en tant qu'individu.

Cela est possible au travers de la construction (ou de la consolidation) de l'axe. Pour rappel, l'axe psychocorporel peut être considéré comme la ligne unificatrice de l'individu : passant par le sommet du crâne, le centre du corps, le centre de gravité, et ayant sa projection entre les deux pieds. S'il est suffisamment étoffé, l'axe permet de ressentir une unité corporelle, de s'ériger physiquement et psychologiquement. Il permet aussi une sécurité interne. En effet, la verticalisation en lien avec la marche permet d'agir sur le monde et donc ne plus être passif d'un environnement potentiellement menaçant. C'est aussi devenir sujet. Cela permet de construire son individualité et son identité. Enfin, les expressions : « être droit », « être solide », « être fidèle à soi-même » renvoient au sentiment de solidité interne. Mais attention, l'axe n'est pas rigide ! Il est dynamique. Par des phénomènes d'enroulement/ extension de l'axe, par

exemple, c'est aussi percevoir son corps vivant, en mouvement et actif, à la fois déformable et identique.

Enfin, nous tenions ici à souligner l'importance de la perception du bassin. Son intégration au schéma corporel nous semble primordiale. En effet, le bassin fait le lien entre le haut et le bas du corps. Il permet à la fois la mobilité des membres inférieurs [et a donc une place éminemment importante pour les bipèdes que nous sommes !] ; et à la fois, il permet une stabilité. L'ancrage passe par la possibilité que cette zone du corps soit fixe et suffisamment solide. S'asseoir dans son bassin offre un appui stable, un confort notable et permet de se center. Un travail centré autour du bassin permet une disponibilité à soi-même et la perception d'une unité corporelle.

Dans un corps solide aux limites structurées, comment l'enfant peut-il se saisir de cette corporéité (re)naissante, agir dans son milieu et jouer (Et oui, le sujet reste un enfant !) ?

- **La motricité globale et le plaisir sensori-moteur** : par un travail de stimulation sensorimotrice, de perception du corps en mouvement et de l'appropriation (ou de la réappropriation) d'un corps plaisir.

Ici, plusieurs objectifs peuvent être visés : stimuler la motricité pour la rendre plus fluide, travailler autour de la respiration et de la circulation de l'air dans le corps, permettre un travail de régulation tonico-posturale, favoriser la proprioception, travailler autour de la sensorialité, multiplier et enrichir les schèmes psychomoteurs, etc.

La stimulation sensori-motrice nous semble être un levier pour venir créer des sensations, des perceptions, du sens et du symbolique. Le travail sensoriel permet de mettre du sens (sensorialité) pour donner du sens (représentations) en passant par le corps. Grâce au soutien du psychomotricien, s'appuyant sur le dialogue tonico-émotionnel et sur la verbalisation, le sujet peut passer des éprouvés à la symbolisation.

Par ailleurs, selon Peccia-Galletto (2009), la perception du corps en mouvement est un « élément mobilisateur et structurant ». Selon elle, « l'expérience contrastée » du corps permet à l'enfant d'identifier les concepts spatio-temporels et d'y associer tout naturellement des éléments psychoaffectifs et expressifs. De plus, s'appuyer sur le répertoire des potentialités psychomotrices de l'enfant et l'enrichir, c'est lui donner les outils pour qu'il puisse tendre vers une évolution résiliente. Lui faire découvrir que sa force est en lui, c'est l'autoriser à découvrir

l'aire de son corps comme étant un lieu de sécurité. C'est aussi orienter son regard et sa conscience vers ses potentiels et sa possibilité d'en acquérir d'autres. Pour y être convaincu, il faut que l'enfant puisse faire confiance au thérapeute qui l'accompagne et se faire confiance à lui-même. Selon nous, cela est permis par l'alliance thérapeutique.

- **Les éléments de la relation thérapeutique en psychomotricité** : avec un travail sur la relation et l'accordage tonique, un travail sur l'expression et les émotions et un travail de (re)narcissisation.

L'alliance thérapeutique est permise par l'accordage affectif et tonique entre le patient et le thérapeute. L'accordage est un acte d'intersubjectivité où l'un répond à une expression affective et tonique de l'autre. Ici, la particularité de la réponse du psychomotricien tient dans le remaniement qu'il offre. Cela permet d'une part, de montrer au patient qu'il a partagé son expérience subjective interne (Anne Gatecel, 2011) ; et d'autre part, de lui donner accès à la possibilité de mise en sens. Ce va-et-vient entre subjectivités différentes, avec parallèlement une tentative d'élaboration psychique et de mise en sens, permet de créer du lien. Par ailleurs, c'est la qualité de la communication infraverbale qui va teinter la qualité de l'accordage. Les éléments non verbaux (et notamment posturaux et toniques) sont perçus et interprétés d'une certaine manière et c'est cette appropriation qui permet ou non l'accordage.

Ainsi, le psychomotricien, dans sa présentation et dans sa posture, va donner à voir une certaine disponibilité et une bienveillance qui vont permettre au patient de s'engager sereinement dans un travail corporel. En effet, la psychomotricité amène à une implication corporelle (même dans l'immobilité). Le corps est l'outil du psychomotricien. Moyano (1991 in Anne Gatecel, 2011) a nommé « implication corporelle » la relation partagée entre l'enfant et le psychomotricien dans le cadre des séances. Cette mise en jeu du corps conditionne les séances psychomotrices. Cependant, elle doit se dégager des risques de dérives d'interprétation et de projection qui ne sont pas éthiques et qui ne se réfèrent pas au contenu de séances. Le psychomotricien est à la fois activement impliqué dans la relation et en même temps il en est le médiateur. C'est pour cette raison qu'il doit pouvoir amener une distanciation entre son corps propre et son corps dans la relation thérapeutique. Cela lui permet d'avoir et d'exposer un cadre interne clair et lisible pour le patient. Cette distanciation s'éprouve dans le travail d'expressivité du corps.

Et c'est là où veut en venir ce professionnel : permettre l'expressivité du corps. Dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, mettre le corps en mouvement c'est mettre en mouvement la mémoire traumatique du corps, avec comme particularité de le faire dans l'immédiateté des sensations corporelles. Aux afférences sensorielles est ajoutée une valeur émotionnelle. Il y a une remise en lien du sens et des émotions au travers de la motricité. Il y a également un travail de contextualisation qui permet de différencier le vécu traumatique passé et les sensations corporelles présentes. Selon Rothschild (2008), « l'objectif principal d'une thérapie des traumatismes consiste, en fin de compte, à reléguer le trauma à sa vraie place : le passé du patient ».

Enfin, selon nous, le travail de (re)narcissisation est important. En effet, un travail sur la valorisation et la déculpabilisation peuvent permettre de restaurer l'estime de soi et par là-même de redorer les couleurs de l'image du corps et de soi. Sur cette belle touche, n'oublions pas qu'il peut s'agir d'un accompagnement long avec une évolution lente et que des limites à l'accompagnement en psychomotricité existent. Décrivons-les ensemble.

5.2 Les limites d'un suivi en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique :

Dans certains cas, passer par le corps peut s'avérer difficile voire à proscrire ! En effet, si la victime n'est pas en sécurité et si elle n'est pas prête pour un travail psychocorporel, la prise en charge psychomotrice risque de venir détruire une défense élaborée pour survivre. La fuite de son propre corps, la dissociation et l'amnésie, ainsi que l'anesthésie émotionnelle sont des stratégies adaptatives. La victime souffrant d'un syndrome psychotraumatique trouve des solutions pour s'adapter à son environnement même au prix d'une souffrance s'entretenant en un cercle vicieux. Il paraît donc judicieux dans certains cas, au moins dans un premier temps, de ne pas aborder le corps de manière frontale.

De plus, le travail d'accompagnement sensoriel et de mise en sens peut générer un phénomène de « victimisation secondaire » (Nebout-Lénès, 2001). En effet, proposer une expérimentation sensorielle et un travail sensorimoteur peuvent entraîner des effets délétères puisque le sujet peut ne pas être prêt à cela. C'est un travail d'équilibriste qui nécessite un ajustement constant au patient (M. Daudin, 2015). Si le niveau de stimulations augmente trop ou trop vite, peuvent apparaître la dissociation, le figement et/ou la submersion (Rothschild, 2008). Nous émettons l'hypothèse qu'offrir un accompagnement à un ancrage psychocorporel permettrait d'atténuer de telles réactions. Cependant, le travail d'ancrage passe généralement

par une réappropriation corporelle. Nous nous retrouvons de nouveau face à la subtilité à avoir face au corps dans la thérapie.

Finalement, cela reviendrait à dire que la prise en charge en psychomotricité est à indiquer en seconde intention ? Faut-il nécessairement désamorcer la problématique par une approche moins corporelle avant de s'autoriser un tel accompagnement ? Nous supposons que, quelques fois, un abord autre puisse être une condition préalable à un travail psychocorporel. Dans d'autres cas de figures en revanche, nous pouvons penser que l'impossibilité à verbaliser l'irreprésentable puisse être compensée par un corps qui parle. Quoiqu'il en soit, l'accompagnement psychomoteur seul n'est pas optimal. Il est préférable que le travail puisse se faire en interdisciplinarité. Cela permet de créer une continuité autour du patient ; continuité qu'il a lui-même perdue. Dans leur article *Blessure psychique et vécu corporel: prise en charge conjointe psychiatre-psychomotricien*, M. Daudin et de D. Defontaine (2015) montrent que cette collaboration permet d'une part un travail sur limites corporelles et psychiques, et d'autre part, une mise en corps et en parole. Ce type de binôme peut mêler ainsi plusieurs professions différentes auxquels le psychomotricien se doit d'être attentif pour offrir un accompagnement le plus ajusté possible.

Collaborer c'est aussi entamer un travail avec l'entourage du sujet jeune puisque « la question du traumatisme n'engage pas que l'enfant. Les parents, la famille sont eux aussi au premier plan et doivent être considérés comme partenaires à part entière de la cure. » (Peccia-Galletto, 2009). Mais en pratique, il est parfois extrêmement difficile de mettre en place ce type de partenariat.

Là, apparaît un autre point de difficulté supplémentaire : la relation thérapeutique. En psychomotricité la place du corps est importante. Avec elle, de multiples questions peuvent émerger et générer un flou. Il s'agit d'un travail quelques fois sensible. Il paraît alors important de pouvoir porter attention à la frontière interpersonnelle que B. Rothschild (2008) définit comme le point où la distance entre une personne et quelqu'un d'autre passe de confortable à inconfortable. Il faut absolument éviter d'intruser encore une fois l'enfant victime. Pour cela, le psychomotricien a à se connaître, s'approprier son corps, se saisir des éléments transférentiels et contre-transférentiels. Cela permet d'éviter de projeter dans la relation quelque chose qui n'appartient pas au patient et de mal-interpréter ce qui se joue. C'est un véritable travail d'investigation personnel de soi. Il s'agit aussi de respecter le rythme de l'enfant. Il est essentiel de toujours travailler sur ce qui est mobilisable et ne pas introjecter dans l'évolution du suivi ses objectifs personnels. C'est pour cela qu'il est nécessaire, si ce n'est primordial, que le

psychomotricien puisse se situer par rapport à ses intentions et être au clair avec son cadre interne.

Enfin, il convient que le psychomotricien puisse porter attention à ce que sa personne et son rôle sont dans l'idéal du sujet et dans ses représentations. Entre autres, ce professionnel doit pouvoir s'extraire de la représentation suivante : « L'instance qui sait » et « qui peut guérir certaines blessures » (Nebout-Lénès, 2001) Notre postulat est le suivant: l'instance qui sait, c'est soi-même plus que quiconque. Ici, il s'agit donc de la victime elle-même. Et quant à la guérison des blessures, elle ne peut s'envisager que par une dynamique interactive dans le duo thérapeute-patient ; où le premier joue un rôle de soutien et d'invitation à la mise en sens pour permettre au second de « s'en sortir ». Mais c'est bel et bien parce que le patient s'inscrit activement dans ces échanges thérapeutiques que le travail peut être mis à l'œuvre.

La résilience est un potentiel interne que le thérapeute ne fait que mettre en lumière.

6. Discussion

6.1 Partie théorique :

Face au vide littéraire concernant la sémiologie psychomotrice et le suivi en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, nous nous sommes proposé de créer une « réflexion théorique » hypothético-déductive. En effet, le manque de formalisation ne nous a pas laissé le choix que d'interpréter les données existantes (principalement psychologiques) en données psychomotrices. Notre travail se fonde donc sur une réflexion longue, menée avec attention, mais qui n'est pas soutenue par les écrits des professionnels en psychomotricité. Il est original car nouveau. Il serait intéressant de confronter notre point de vue à celui d'autres psychomotriciens ayant une expérience de prise en charge du syndrome psychotraumatique et plus particulièrement auprès de notre population d'étude.

6.2 Partie clinique :

- *Notre population d'étude :*

Pour rappel, notre population d'étude est composée de 15 enfants (âgés entre 6 et 12 ans) ayant subi des maltraitances et ayant développé un syndrome psychotraumatique. Plusieurs biais sont à relever ici.

1 : Au vu du nombre des membres de notre groupe d'étude, nous comprenons aisément que notre échantillon n'est pas représentatif de la population ciblée. Les résultats présentés ici constituent donc un ensemble de données qu'il serait intéressant de confronter aux résultats d'une autre étude où l'échantillon comprendrait un effectif plus important. Cela permettrait de confirmer ou d'infirmer les tendances psychomotrices relevées ici.

2 : Par ailleurs, nous n'avons aucun enfant âgé de 8 ans. La tranche d'âge étudiée n'est donc pas représentée entièrement. Il serait intéressant de pouvoir reprendre cette étude avec un nombre équivalent d'enfants par âge et par sexe.

3 : Sur ce dernier point, notons que notre population d'étude ne comprend pas un nombre équivalent de garçons et de filles. Nous n'avons pas tenu compte également des particularités

psychomotrices en fonction du sexe. Dans le cadre d'une autre étude, il nous paraîtrait pertinent de pouvoir intégrer la variable sexe à l'analyse des résultats.

4 : De plus, nous n'avons pas rencontré tous les enfants de notre population d'étude. Nous pouvons nous demander si les résultats considérés ici auraient pu être différents en fonction de ce que ces jeunes auraient pu nous montrer ou non si nous les avons bilanté nous-mêmes. Le bilan psychomoteur est indissociable des éléments transférentiels et contre-transférentiels. En effet, au-delà de la cotation de performances, le bilan est aussi une histoire de rencontre, de communication infraverbale, de cadre (interne et interpersonnel) et d'échanges entre deux individus dans le cadre d'une séance. Nous pouvons donc supposer ici que ce que les jeunes auraient pu nous donner à voir, aurait été différent. Cependant, nous tenons à nuancer ce propos. En effet, le bilan psychomoteur est fait à un instant t et reflète une organisation psychomotrice particulière. Ici, ce n'est pas l'influence de l'examineur sur les performances qui fait l'objet de notre étude mais la façon dont le bilanté s'adapte aux exercices proposés. La psychomotricité du sujet est ce qui le constitue en tant qu'individu, c'est aussi ce qui lui permet de s'adapter aux Autres et au monde. Nous pouvons nous demander comment ces jeunes s'adaptent-ils à une situation de test d'une profession qu'ils n'ont pas expérimenté avant ?

5 : Tous n'avaient jamais eu de psychomotricité auparavant. Est-ce que le fait d'appréhender la psychomotricité en passant par l'expérience d'un suivi psychomoteur aurait modifié les résultats des bilans ? Il serait pertinent dans le cadre d'une autre étude, de bilanter d'autres enfants ayant eu en amont (pour un motif x) un suivi psychomoteur.

Nous le voyons, les conditions de bilans sont des facteurs influents. Nous le savons également, la situation de vie d'une personne évaluée a une influence sur son organisation psychomotrice et, ainsi, sur ses performances psychomotrices. Abordons maintenant ce qu'il en est concernant notre population d'étude.

6 : Parmi l'ensemble des enfants bilantés, quelques-uns ont encore des contacts avec les agresseurs. Comme nous l'avons vu dans notre partie 5 (exposant des pistes de réflexion sur l'accompagnement en psychomotricité d'un syndrome psychotraumatique), un des prérequis indispensable avant toute prise en charge est de s'assurer que l'enfant soit en sécurité. Pour les jeunes ayant toujours des contacts avec leurs agresseurs, il n'est pas à exclure que leurs performances aient été modifiées par ce fait. Ne pouvant déterminer précisément l'influence de cette variable, nous n'avons pas pu pondérer nos résultats.

7 : Dans le cadre de notre étude, nous avons fait le choix de ne pas distinguer les types de psychotraumatismes: tant dans leur nature que dans leur durée. Nous émettons l'hypothèse qu'il s'agit là de variables influentes. Mais, pour rappel, l'élément déterminant de notre recherche a été la présence d'un syndrome psychotraumatique. L'événement traumatisant, nous l'avons vu, peu importe sa nature et peu importe le fait d'en avoir été témoin ou directement impacté, vient générer une désorganisation psychomotrice. Voilà pourquoi volontairement nous nous sommes détachés de ces variables.

8 : Nous tenons à souligner ici notre non prise en compte des spécificités de la culture réunionnaise. L'inter-culturalité, les croyances, les religions et les coutumes réunionnaises influent de manière toute particulière l'appréhension, et par voie de conséquences, l'observance et l'adhésion aux traitements, des pathologies psychiatriques. L'état de stress post-traumatique et le syndrome psychotraumatique sont des affections psychiques dont la compréhension des signes et de leurs origines est fortement marquée par les particularités de vision des réunionnais. Là aussi, ne pouvant déterminer avec précision l'influence de cette variable, nous n'avons pas pu pondérer nos résultats.

Nous l'avons vu jusqu'ici, les biais exposés viennent mettre en exergue les variables en lien avec les paramètres de bilans et les conditions de vie des bilantés. Un dernier point nous semble important à être souligner ici concernant notre population d'étude.

9 : Notre analyse des résultats de tests a souvent mis face à face les plus jeunes (âgés de moins de 7 ans) et les plus âgés (âgés entre 9 et 12 ans). Notre groupe que nous pensions homogène (car se situant dans une tranche d'âge où les compétences psychomotrices sont globalement analogues) s'est retrouvé scindé en deux à plusieurs reprises. Ne serait-il pas alors intéressant dans ce cas, dans le cadre d'une autre étude, de faire deux groupes distincts ? La nécessité de distinguer les plus jeunes des plus âgés ne vient-elle pas démontrer ici que selon l'âge, la désorganisation psychomotrice n'est pas la même ?

- *Nos bilans proposés et notre méthodologie de recherche :*

Sur l'ensemble de notre population d'étude, quelques enfants ont bénéficié de séances en amont du bilan pour permettre la rencontre compte tenu de leur insécurité relationnelle. A l'inverse, d'autres enfants ont commencé le bilan directement. L'alliance thérapeutique a donc pour certains pu être mise en place préalablement (en respectant la carapace tonico-émotionnelle et l'inhibition relationnelle consécutives au psychotraumatisme) alors que pour

d'autres, elle s'est mise en place durant les séances de bilans. Cette différence d'accueil est une variable qui vient hypothétiquement influencer l'ouverture relationnelle et ainsi l'exposition de ses performances par le jeune bilanté.

Par ailleurs, les horaires de passation n'ont pas été les mêmes tout le long du bilan : par exemple, une petite fille a été reçue systématiquement en fin de journée alors qu'un garçon a été vu entre midi et deux. Cette différence de plage horaire vient moduler la qualité de la disponibilité et vient donc modifier les performances. Est-ce qu'un autre créneau aurait permis de meilleures performances ?

Allons plus loin : de par les contraintes organisationnelles et temporelles, certains enfants n'ont pas eu les mêmes conditions de passation : certains enfants ont enchaîné plusieurs rendez-vous la même semaine à des heures différentes tandis que d'autres ont eu des rencontres régulières à des horaires similaires. Là aussi nous pouvons nous poser la question de la qualité de la disponibilité et de son influence sur les performances psychomotrices. Il serait intéressant dans une autre étude de pouvoir établir des séances à horaires et fréquences régulières pour chacun des enfants.

Toujours concernant les contraintes organisationnelles, nous nous sommes confrontés à différents types de biais tels que des salles aléatoires et du matériel différent (feutres, cerceaux, etc.). Certaines fois, la passation de tests a été menée de manière individuelle ; d'autres fois, elle s'est faite sous le regard d'une tierce personne (membre de l'équipe des CMPEA). Le premier point vient interroger la fiabilité des résultats en ce sens où tous n'ont pas bénéficié des conditions exactement identiques (bien que similaires). Le second point questionne la qualité de la participation de l'enfant selon qu'il y ait ou non une troisième paire d'yeux. Etre évalué, nous l'avons vu, dans le cas d'un syndrome psychotraumatique, renvoie pour certains enfants à une auto-pression de réussite, et pour tous les enfants de notre groupe d'étude, à un manque de sécurité interne et de confiance en soi. La présence d'une personne supplémentaire, nous le supposons, vient générer un facteur de pression en plus. La difficulté d'agir sous le regard de l'Autre est ainsi amplifiée et vient certainement inhiber la démonstration par le jeune de son potentiel psychomoteur.

- *La lecture d'éléments de dossiers en dehors des écrits de bilans psychomoteurs:*

Des dossiers que nous avons consultés, les éléments qui nous ont semblé les plus pertinents ne provenaient pas tous d'un psychomotricien mais d'un autre professionnel. Nous

pouvons alors nous demander : quelle part d'interprétation subjective avons-nous eu dans la transcription des termes recueillis en termes psychomoteurs ?

Cette part de subjectivité est une variable incontournable et bel et bien présente ici. Elle l'est à la fois chez nous qui traduisions les écrits, et à la fois chez les membres de l'équipe qui ont retranscrit leurs observations. Quelle est la part de projection et d'introjection qui a eu lieu et qui a coloré l'interprétation des observations en fonction des professionnels ? Nous ne pouvons le quantifier. Cependant, ce dont nous sommes certains ici, c'est que notre recueil de données est un regroupement d'interprétations subjectives. Pour pallier à ce biais, nous avons, dans la mesure du possible, tenté de traduire objectivement les écrits en termes psychomoteurs. De surcroît, un autre biais est venu complexifier notre analyse de données.

En effet, chaque professionnel détecte et relève des informations qui lui semblent importantes en fonction de la formation qu'il a eue, de son expérience et de sa sensibilité. Sachant que ce n'étaient pas, dans la plupart des cas, des psychomotriciens, nous émettons l'hypothèse que leur traces écrites ne reflètent pas (ou du moins pas entièrement) ce qui a pu se jouer d'important au niveau psychomoteur. Ce manque a cependant été ici compensé par la richesse des éléments apportés dans les bilans psychomoteurs réalisés par les deux psychomotriciennes des CMPEA.

Enfin, un dernier point et non des moindres, les professionnels qui ont laissé une trace écrite dans les dossiers étudiés n'étaient pas nécessairement non plus des personnes formées au psychotraumatisme. Nous pouvons donc noter ici un biais puisque nous pouvons supposer que des éléments ont soit pu être confondus à d'autres signes, soit non relevés.

- *Notre analyse et interprétation :*

Comme nous le soulignons plus haut, nous avons fait part d'une subjectivité inévitable dans notre analyse et interprétation des données et bilans. Dans la mesure du possible, nous nous sommes référés à des cotations, c'est-à-dire à des mesures chiffrées et chronométrées. Mais dans l'observation de l'organisation psychomotrice d'un sujet, des éléments ne sont pas quantifiables. Leur interprétation relève donc d'une appréciation qualitative et est dépendante également d'éléments transférentiels et contre-transférentiels.

Par ailleurs, notre travail d'analyse s'est extrait de certaines données tels que :

- les particularités de l'agresseur et de ses liens avec l'enfant (Par exemple : L'enfant

est-il dans un cocon familial contenant et sécurisant ou est-ce que l'agresseur est le parent ?),

- la générativité (Dans le cas où l'agresseur est un membre de la famille : est-il le parent, un frère ou une sœur, un oncle, les grands-parents ?),

- le niveau social et le fonctionnement comportemental et psychique des agresseurs (Ont-ils une pathologie psychiatrique ? Ont-ils commis des récidives ? Ont-ils eux-mêmes subis des maltraitements ? Dans le cas où les agresseurs sont les parents, y a-t-il eu des carences ou des distorsions d'investissement libidinal de leur part ? Si c'est le cas, nous pouvons supposer que les enfants n'ont pas pu créer d'images parentales sécurées.)

Là aussi, nous nous sommes déchargés volontairement de ces éléments puisqu'encore une fois, l'objet de notre étude concerne la présence d'un syndrome psychotraumatique et ses effets sur l'organisation psychomotrice de l'enfant.

- *Les propositions de prises en charge en psychomotricité*

Un psychomotricien seul ne peut se saisir de tous les éléments d'une situation donnée. Il ne peut pas non plus, à lui seul, comprendre la complexité des réactions qui peuvent apparaître et les conséquences psychomotrices générées. La compréhension de la réaction d'une personne psychotraumatisée (comme tout patient) dépend d'éléments variés : ils sont à la fois de l'ordre du personnel (vécu intime de la personne, sa personnalité, son comportement, ses croyances, etc.), de l'ordre situationnel (éléments hic et nunc de la séance) et de l'ordre environnemental (cadre de la séance, cadre institutionnel, etc.) Il nous paraît donc essentiel que le suivi en psychomotricité puisse s'inscrire dans un accompagnement pluri-professionnel et qu'il y ait une analyse et un ajustement interprofessionnels de l'évolution du sujet.

De plus, il est important que ceux qui ont la charge de l'enfant puissent être soutenant voire être des tuteurs de résilience. Un suivi qui n'est pas porté par tous, est un suivi qui est fortement voué à l'échec. Afin de maximiser le déploiement du potentiel de résilience de l'enfant, il nous semble primordial que le psychomotricien (et ses collègues) puisse(nt) s'entretenir voire entamer un travail avec l'entourage de l'enfant.

Enfin, les éléments de prise en charge exposés dans cet écrit ne constituent que des pistes de réflexion. Il serait intéressant, dans une autre étude, de pouvoir observer sur le terrain les effets et limites de l'accompagnement en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique chez l'enfant.

CONCLUSION

Le psychotraumatisme est une effraction du psychisme par un élément extérieur au sujet.

Du moins, c'est la définition actuelle mondialement admise...

Concernant la psychomotricité, il n'existe pas, de nos jours, une définition unique. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons choisi de proposer une modélisation de ce que représente pour nous la psychomotricité. Elle peut être envisagée comme une organisation dynamique entre plusieurs pôles qui interagissent entre eux et qui sont interdépendants. La psychomotricité d'un sujet est donc une organisation composite qui intègre les pensées, les émotions, les éléments spatio-temporels et relationnels prenant corps dans un organisme sensible et doué de compétences.

De par l'interdépendance des différents éléments psychomoteurs entre eux, s'il y a une intrusion psychique (et par là-même, l'atteinte du pôle des pensées), nous comprenons que les autres pôles peuvent être atteints également.

Du fait de cette considération, nous avons dès lors questionné la définition actuelle du psychotraumatisme. Nous nous sommes ainsi demandés : « Comment, avec le point de vue de la psychomotricité, peut-on comprendre le psychotraumatisme et ses conséquences cliniques ? ».

A l'issue de notre réflexion, nous avons envisagé le psychotraumatisme comme un phénomène d'effraction plurielle qui génère des conséquences psychomotrices multiples où le corps est considéré comme témoin et révélateur de la souffrance du sujet. Nous avons soutenu notre réflexion du fait de la décorporalisation et de la dissociation sens-émotions-motricité survenant au moment de l'événement traumatique. Ces manifestations signent pour nous une désorganisation psychomotrice.

Concernant la sémiologie, nous avons choisi d'axer notre regard sur celle du syndrome psychotraumatique chez l'enfant âgé entre 6 et 12 ans. Pour rappel, le syndrome psychotraumatique est une association de symptômes que peut présenter une personne à la suite d'un psychotraumatisme. Elle est employée par les cliniciens français. Elle s'appuie sur la définition de l'état de stress post-traumatique et vient la compléter.

Pourquoi les enfants âgés entre 6 et 12 ans ? Nous avons choisi de retenir cette tranche d'âge en raison du déploiement exponentiel du potentiel psychomoteur du sujet à cette période de la vie. En transition de la petite enfance vers l'adolescence, l'enfant perfectionne sa motricité et développe ses compétences cognitives et relationnelles. Il nous a donc semblé intéressant de pouvoir montrer les impacts du psychotraumatisme chez cette population. Par ailleurs, l'objectif est aussi ici de repérer le malaise et le mal-être de l'enfant avant que la puberté ne vienne générer de plus grandes déstabilisations.

Dans un premier temps, nous avons dressé, de manière hypothético-déductive, une sémiologie psychomotrice. En effet, la littérature ne fait pas mention explicitement des séquelles psychomotrices. Nous avons donc, de manière logique, déduit les symptômes psychomoteurs possibles des descriptions admises. Dans un second temps, nous avons confronté nos hypothèses à la clinique. C'est au travers d'évaluations psychomotrices que nous avons collecté des données sémiologiques. Cette démarche a été initiée pour répondre à la question suivante : « Quels sont les particularités psychomotrices chez l'enfant âgé entre 6 et 12 ans ayant un syndrome psychotraumatique ? »

En effet, quels sont ces signes ? Notre travail de recherche a mis en avant un manque de construction de l'axe psychocorporel avec, entre autres, une hypotonie axiale et un manque d'intégration du bassin au schéma corporel. Cela renvoie à un défaut d'ancrage faisant écho à une fuite du corps. Nous avons également relevé une fragilisation de l'enveloppe psychocorporelle. Celle-ci devient poreuse et aboutit à un « Moi-Peau passoire ». Ces particularités sémiologiques autour de l'axe et de l'enveloppe renvoient à une faille du développement de l'identité, du narcissisme, de l'image du corps et du sentiment de sécurité interne qui viennent se cristalliser dans une motricité détériorée et qui viennent également fragiliser l'inscription du sujet dans la relation à l'Autre et au monde. L'espace-temps est colorée par une intégrité corporéopsychique bafouée. Les échanges et le vécu sont teintés d'une subjectivité devenue inaccessible et qui empêche l'accès à l'intersubjectivité.

Ces blessures identitaire et psychomotrices peuvent venir changer radicalement le comportement de l'enfant. Certains d'entre eux se présentent ainsi dans une agitation psychomotrice alors que d'autres s'inscrivent dans une inhibition psychomotrice. L'un et l'autre de ces comportements traduisent en réalité une grande souffrance et une impossibilité à symboliser le vécu traumatique. Ce manque d'accès au symbolique se retranscrit également dans le jeu traumatique.

Les enfants donnent donc à voir, via leurs expressions psychocorporelles et leur comportement, une déshumanisation de leur corporéité où le corps est devenu Objet et lieu insécuré.

En psychomotricité, un travail sensoriel pourrait permettre d'étayer la constitution d'une enveloppe psychocorporelle protectrice. Un travail d'ancrage, au travers d'exercices toniques notamment, pourrait permettre un retour à soi et à son corps devenant un lieu de sécurité et de plaisir. L'accompagnement pourrait aussi permettre un enrichissement de la sensori-motricité, la construction de l'axe psychocorporel et le développement de l'identité. Retrouver le fil de l'existence ne serait-il pas permis par le fait de retrouver le fil de linéarité qui dresse le sujet en tant qu'individu ? C'est là où tout le travail d'accompagnement autour de l'appropriation de son axe (à la fois psychique et corporelle) est intéressant. Il permet de créer une ligne interne solide qui permet à son tour de « tenir debout » malgré l'horreur vécue, de « rester droit » en revisitant son histoire, en étant présent dans l'actuel d'un corps qui se souvient, qui soutient et qui contient une identité retrouvée.

De plus, un accompagnement à l'expression et la gestion émotionnelles semble aussi ici tout indiqué. Un travail d'expression corporel pourrait permettre une affirmation de soi marquée par l'augmentation de la confiance en soi et le réaménagement de l'image du corps et de l'image de soi. Enfin, le psychomotricien, par son rôle d'expert du langage du corps, en remettant en mouvement le corps et l'histoire du sujet, peut venir mettre du lien, du sens et du symbolique. La déliaison des différents pôles de l'organisation psychomotrice pourrait ainsi être accompagnée. Mais...

... « Bien que la plupart des thérapeutes aient appris à étudier l'apparence du corps du patient et à noter ses mouvements corporels, le travail direct sur l'expérience du patient, telle qu'il l'incarne au niveau de son corps, est très largement considéré comme étant accessoire par rapport à la formulation thérapeutique, au plan de traitement et aux interventions traditionnelles indiquées. » (Minton, 2015) Les intérêts du suivi en psychomotricité dans le cas d'un syndrome psychotraumatique sont donc à faire connaître.

Par ailleurs, la place primordiale du corps en psychomotricité pose la question de l'éthique du thérapeute psychocorporel. Celui-ci interroge sans cesse sa propre corporéité. « Affronter des corps souffrants, réactualiser les modalités de dialogue archaïque quand c'est nécessaire, susciter un plaisir à être et une jouissance du corps propre, implique de la part du professionnel, un travail d'affinement et un strict respect du cadre. » (Lesage, 2012)

De plus, il est illusoire de penser qu'une prise en charge psychomotrice seule puisse aboutir à une résilience complète. C'est l'association des apports interprofessionnels et la collaboration avec l'entourage de l'enfant qui lui permettent de tendre au plus possible vers une évolution résiliente. Celle-ci est aussi dépendante de la participation active du jeune et de sa volonté de sortir du trauma (et de ne pas en tirer des bénéfices secondaires).

Ici, notre étude est basée sur la recherche d'une sémiologie psychomotrice du syndrome psychotraumatique. Nous avons donc mis en avant les difficultés des jeunes afin de pouvoir déterminer les objectifs à travailler avec eux. Dans le cadre de ce mémoire, nous parlons de désorganisation psychomotrice et non pas de déstructuration psychomotrice (chez les jeunes âgés entre 6 et 12 ans). Nous supposons donc implicitement que l'enfant ayant un tel syndrome reste malgré tout doué de compétences. En effet, tout sujet ne peut se réduire à une liste de symptômes ! Est-ce qu'une étude basée sur les compétences ne permettrait-elle pas de mettre en exergue le pouvoir de résilience de l'enfant ?

Développons cette idée ensemble. Le syndrome psychotraumatique permet de survivre à la mort psychique (vécue au moment du psychotraumatisme). Le sujet développe donc des compétences d'adaptation. Certes, elles sont délétères sur certains points. Nous nous sommes d'ailleurs efforcés à les mettre en lumière dans cet écrit. Mais, il ne faut pas oublier que ces compétences d'adaptation ont pour finalité de maintenir l'inscription du sujet dans son milieu. Elles lui permettent d'y évoluer et de continuer le cours de son existence (sans quoi il sombrerait dans la folie ou se laisserait mourir). Nous pouvons alors nous demander si ce syndrome ne vient pas mettre en action une certaine force de résilience ? Si c'est le cas, il serait intéressant de pouvoir s'y appuyer dans l'accompagnement.

ATTENTION : Nous n'irons pas jusqu'à nous demander quels sont les avantages d'un syndrome psychotraumatique ! Cependant, nous nous interrogeons sur la présence de processus qui agissent parallèlement à ce syndrome. Il nous semble donc ici qu'il serait intéressant dans le cadre d'une autre étude de pouvoir les examiner.

C'est ainsi que s'achève cet écrit, nous vous remercions de votre lecture attentive et de l'intérêt que vous y avez porté.

BIBLIOGRAPHIE

- Etat de stress post traumatique.* (s.d.). Consulté le novembre 2017, sur Institut de Victimologie:
http://www.institutdevictimologie.fr/trouble-psychotraumatique/espt_21.html
- FRANCAIS, G. (s.d.). PLAN INTERMINISTERIEL DE MOBILISATION ET DE LUTTE
CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS 2017-2019. France. Consulté
le novembre 2017, sur [http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-
content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf](http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf)
- François, L. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques: clinique et prise en charge.* (Dunod,
Éd.) Dunod.
- LOUVILLE, P., & SALMONA, M. (2013, mars). Traumatismes psychiques: conséquences
cliniques et approche neurobiologique. *Santé mentale: le traumatisme du viol*, p. 176.
- Olliac, B. (2012). Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. (E. Masson,
Éd.) *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, pp. 307-314.
- Romano, H., T. M., & M.R., & S. (2008, novembre). Le jeu chez l'enfant victime d'événements
traumatiques. (E. Masson, Éd.) *Annales médico-psychologiques, Revue psychiatrique*,
166(9), pp. 702-710.
- Rothschild, B. (2008). *Le corps se souvient. Mémoire traumatique et traitement du trauma.*
Boeck Supérieur.
- Salmona, M. (2012, janvier-février). L'impact du psychotraumatisme de la violence sur les
enfants: la mémoire traumatique à l'oeuvre. (E. M. SAS, Éd.) *La revue de santé scolaire
& universitaire*(19).
- Salmona, M. (s.d.). *La mémoire traumatique en bref.* Consulté le août 2017, sur Mémoire
Traumatique et Victimologie:
<https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/introduction.html>

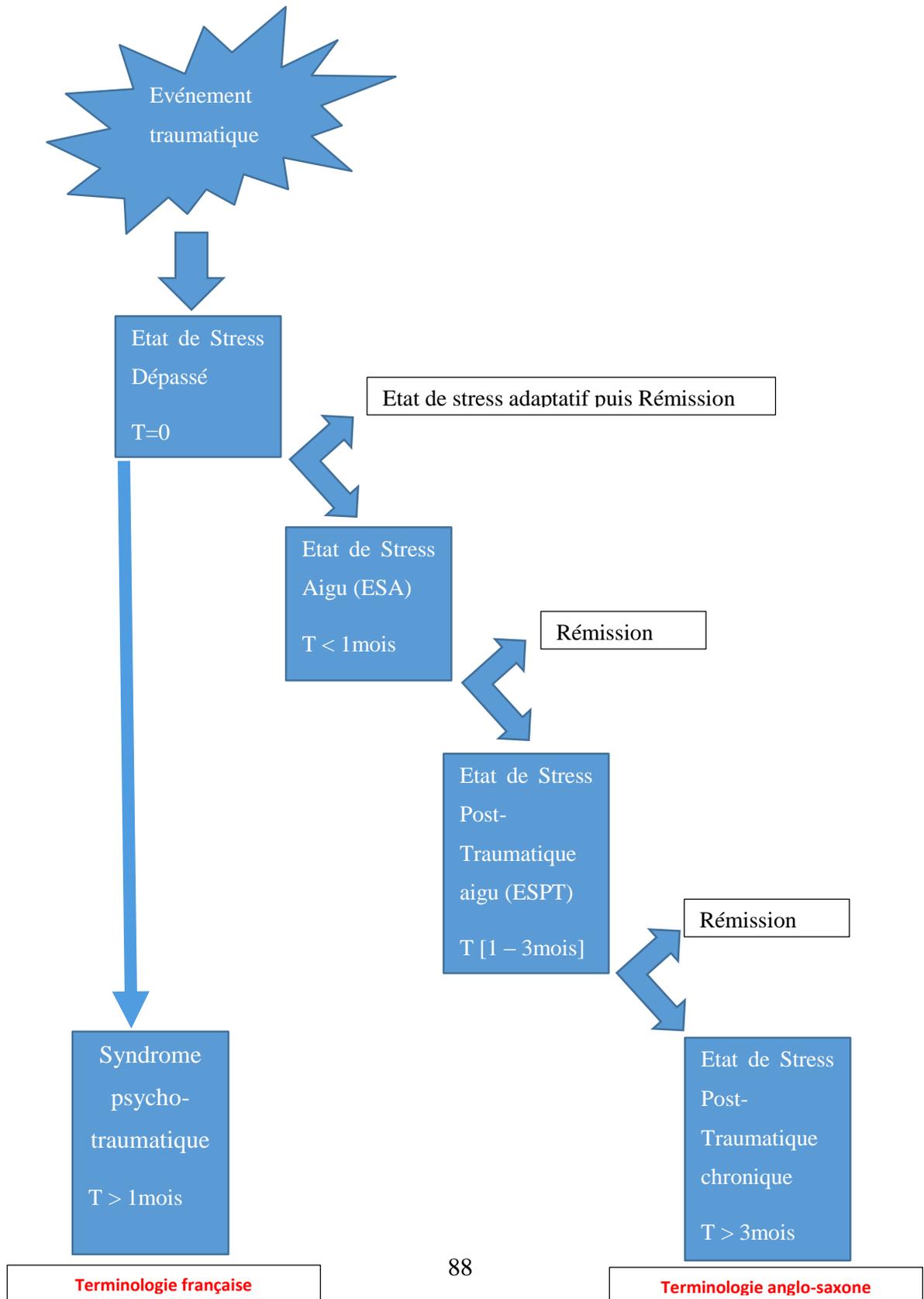
[Tursz, A. \(2006\). *Violence et Santé*. Rapport officiel, INSERM. Consulté le novembre 2017](#)

[UNICEF & Peden, M. \(2008\). *Rapport Mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant*. OMS: UNICEF. Suisse: Service de Presse de l'OMS. Consulté le novembre 2017](#)

[Vaiva, G. J. \(2012\). Prévalence des troubles psychotraumatiques en France Métropolitaine. \(ScienceDirect, Éd.\) *L'encéphale*\(34\), pp. 577-583.](#)

[Van Der Hart, O. N. \(2017\). *Le soi hanté: Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Boeck Supérieur.](#)

Annexe 1 : Les différents degrés d'atteinte suite à un événement traumatique



Annexe 2 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic de l'ESPT, CIM10

État de stress post-traumatique – CIM-10 :(OMS, 1992)

Descriptions cliniques :

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (p. ex. catastrophe naturelle ou d'origine humaine, guerre, accident grave, mort violente en présence du sujet, torture, terrorisme, viol, et autres crimes).

Des facteurs prédisposants, comme certains traits de personnalité (p. ex. compulsive ou sthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flash-back »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'« anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme.

Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive.

Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire.

Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une autre substance psychoactive.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois (mais il est rare qu'elle dépasse six mois). L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité (voir F62.0).

Directives pour le diagnostic :

Temporalité :

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun.

Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic «probable» reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent pas être attribuées à un autre trouble (p. ex. un trouble anxieux, un trouble obsessionnel-compulsif, ou un trouble dépressif).

Signes :

L'événement traumatique doit être constamment remémoré ou revécu, comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes, de souvenirs intenses ou de rêves répétitifs.

Le trouble s'accompagne souvent d'un sentiment de détachement, d'une restriction des affects, et d'un évitement des stimuli qui éveillent des souvenirs du traumatisme, mais ces manifestations ne sont pas indispensables au diagnostic. La présence de perturbations neurovégétatives, de troubles de l'humeur, et de troubles du comportement n'est pas non plus nécessaire au diagnostic.

Comorbidité :

Les séquelles chroniques et irréversibles d'un État de stress post-traumatique doivent être classées sous F62.0 (Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.)

Annexe 3 : Critères diagnostiques de l'ESPT selon le DSM-V

Critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique: 309.81

NB : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6ans. Pour les enfants de 6ans au moins cf. les critères correspondants ci-dessous.

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

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

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

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

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

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

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

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

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

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

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

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

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

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

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
+ État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

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

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hyper vigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

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 (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Annexe 4 : Le jeu, un véritable outil diagnostique selon, H. Romano, T. Baubet, M.-R. Moro et G. Sturm

Lecture et Interprétation de l'article Le jeu chez l'enfant victime d'événements traumatiques.
Présentation des trois types de jeux faisant suite au traumatisme chez l'enfant.

Jeu traumatique	Jeu abréactif	Reenactment play²
L'enfant est encore dans le trauma sans possibilité de s'en dégager.	L'enfant a la possibilité d'un dégagement partiel du trauma.	L'enfant exprime a posteriori les traces traumatiques.
Est un symptôme de reviviscence (Terr)	Témoigne d'une atteinte modérée du psychisme	Témoigne d'un certain équilibre psychique
Jeu : production automatique, répétitive et monotone du trauma	Jeu : possibilité de faire évoluer le scénario jusqu'à une fin	Jeu : répétition de certains aspects (uniquement) du trauma
Activité mortifère dont l'enfant ne peut se libérer	Activité sans compulsion de répétition du trauma	Mise en scène différée de souvenirs traumatiques anciens inconscients
Pétrification émotionnelle	Emotions, pensées, sensations physiques rappelant l'état de détresse mais possibilité de dégagement partiel	Période de souffrance psychique intense dépassée
<u>Signes :</u> -grande agitation -indifférence aux Autres et à l'environnement -pas de verbalisation -pas d'expression de plaisir -répétition d'un même geste (ou d'une même séquence de gestes) relativement longtemps -mise en scène compulsive -tristesse concentrée dans décharge motrice	<u>Signes :</u> -agitation moindre -répétition de mêmes gestes relativement longtemps mais issue possible -assimilations par l'enfant de ses propres réactions et sentiments	<u>Signes :</u> Plus difficiles à repérer ! -pas de rigidité du jeu traumatique -(sur) investissement (quasi obsessionnel) de certains jeux : ex : jouer au pompier systématiquement même si scénarii riches, variables et évolutifs -possibilité de plaisir

² Reconstruction par le jeu

-Atteste de l'incapacité de l'enfant à métaboliser ses angoisses, son excitation, ses pulsions destructrices -Témoigne de l'échec de toute tentative de symbolisation	-Atteste d'une décharge émotionnelle et d'une exorcisation de la souffrance qui permettent la restauration des capacités d'étayage des processus de représentations et de symbolisation	-Atteste de capacités croissantes de symbolisation, d'investissement du jeu, des Autres et de l'environnement et (re)construction de la subjectivité de l'enfant
<u>En sortir :</u> -nécessité d'un tiers qui autorise un dégagement de l'appétence traumatique et facilite la restauration des compétences de symbolisation	<u>En sortir :</u> -nécessité de l'étayage d'un tiers mais le jeu est réparateur en lui-même	<u>En sortir :</u> -nécessité d'un tiers accompagnateur qui enrichit les possibilités autres et verbalise ce qui se joue.
Jeu traumatique	Jeu abréactif	Reenactment play

« Ces différentes modalités d'expression témoignent de l'intensité de l'activité séquellaire du traumatisme et des processus dynamiques sous-jacents. Elles sont à comprendre comme des symptômes attestant de ce qui reste en souffrance de symbolisation de ces traces traumatiques. » (H. Romano, 2008)

Le jeu devient alors un véritable outil diagnostique qui nous renseigne sur l'étendue de la blessure psychique de l'enfant et sur le niveau de restauration de ses capacités psychiques.

Malgré le caractère pathologique que peut revêtir cette mise en scène du traumatisme, le jeu permet à l'enfant de devenir acteur de sa propre histoire. Il est donc à soutenir et étayer. Car, « qu'il s'agisse du jeu traumatique, du jeu abréactif ou du re-enactment, le processus à l'œuvre dans le passage de la passivité de l'expérience traumatique à l'activité du jeu vise à annuler l'effraction subie et à traduire rétroactivement la scène traumatique. » (ibid.)

Annexe 5 : Tableau de sémiologie psychomotrice hypothético-déductive

Domaine	Manifestations cliniques possibles du syndrome psychotraumatique chez l'enfant (6-12ans)
Signes spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> -reviviscences -syndrome d'évitement -hyperactivité neurovégétative
Corps	<ul style="list-style-type: none"> -plaintes somatiques fréquentes, chroniques, résistantes à toute prise en charge -asthénie -douleurs chroniques -retard de croissance -des troubles gastro-intestinaux -des troubles génito-urinaires -des troubles cardio-vasculaires : palpitations, hypertension artérielle -des troubles de la respiration -des troubles endocriniens -allergies -des troubles ORL(Oto-rhino-laryngologiques)
Motricité globale	<ul style="list-style-type: none"> -instabilité ou inhibition psychomotrice -manque d'investissement corporel dans la motricité -surinvestissement sportif -peu ou pas d'investissement d'un corps plaisir -manque de fluidité corporelle avec difficultés d'utilisation spatialisée du corps -jeux répétitifs, jeux traumatiques
Motricité fine	<ul style="list-style-type: none"> -difficultés de motricité distale -difficultés de déliement des doigts -mimiques pauvres
Représentations corporelles	<ul style="list-style-type: none"> -atteintes du schéma corporel : difficultés d'appropriation de la somatognosie, des limites corporelles et des volumes -atteintes de l'image du corps, de l'image de soi et de la représentation de soi -sentiment d'étrangeté par rapport à son propre corps -dépersonnalisation, dépossession de son corps -atteinte de l'estime de soi
Espace	<ul style="list-style-type: none"> -impact sur la représentation de l'espace -confusions spatiales : distorsions des distances et des volumes, des grandeurs -difficultés à se repérer, à se remémorer un trajet

	-atteintes de l'espace des corps (intracorporel, péricorporel et extracorporel)
(espace et) Relation	-hypervigilance -réactions de gêne sous le regard de l'Autre, réactions de prestance et tonico-émotionnelles -perturbation du dialogue tonico-émotionnel -diminution de l'intersubjectivité -proxémie inadaptée
Temps	-ligne du temps brisée : passé intrusif, présent douloureux, futur menaçant -difficultés de temps perçu, vécu et représenté -difficultés face au temps social : confusion des dates -difficultés dans le séquençage et la chronologie (→ en lien avec motricité) -confusions temporelles : difficultés à se repérer dans le temps, dans la chronologie des événements, par rapport à l'heure ou la date exacte
Axe, Latéralité	-difficultés de construction de l'axe -difficultés de latéralisation
Tonus	-hypertonie (rare : hypotonie) -mauvaise résolution tonique -difficultés d'ajustement tonique -manifestations tonico-émotionnelles -réactions de sursauts exagérés -raideurs, paratonies, syncinésies
Emotions	-difficultés de reconnaissance des émotions -anesthésie affective -attaque de panique -difficultés de gestion (intolérance à la frustration) -difficultés liées à l'intersubjectivité : l'enfant a du mal à reconnaître, lire, décrire et comprendre les conséquences possibles des émotions chez l'Autre
Attention– Mémoire	-état d'alerte -absences -amnésies et ecmnésies -difficultés de mise en mémoire (entre autres noms et lieux) -difficultés d'attention et de concentration
Discours, verbalisation	-discours plaqué sur les activités de la vie quotidienne -si violences sexuelles → discours anormalement riche par rapport à l'âge
Cognitif	-vie imaginaire riche ou très pauvre (calqué sur quotidien) -difficultés d'accès au symbolique

	-des troubles anxieux et dépressifs fréquents : idées obsédantes, peurs spécifiques liés au traumatisme, peur du noir, peur d'objet, peur d'aller seul aux toilettes
Social, Scolaire	-difficultés voire échecs scolaires ou surinvestissement scolaire -absentéismes : retrait scolaire, phobie scolaire -difficultés de concentration -difficultés de mise en mémoire -réduction nette des intérêts -difficultés sociales
Fonctions instinctuelles	-troubles alimentaires (sélectivité, anorexie, boulimie) -trouble du sommeil (difficultés à aller au lit, difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes, somnambulisme)

Annexe 6 : Tableau de sémiologie psychomotrice suite à l'exploration clinique

Domaine	Manifestations cliniques possibles du syndrome psychotraumatique chez l'enfant (6-12ans)	Manifestations cliniques relevées en pratique
Signes spécifiques	-reviviscences -syndrome d'évitement -hyperactivité neurovégétative	→ Sémiologie concordante
Corps	-plaintes somatiques fréquentes, chroniques, résistantes à toute prise en charge -asthénie -douleurs chroniques -retard de croissance -des troubles gastro-intestinaux -des troubles génito-urinaires -des troubles cardio-vasculaires : palpitations, hypertension artérielle -des troubles de la respiration -des troubles endocriniens -allergies -des troubles ORL(Oto-rhino-laryngologiques)	→ Parties inexplorées dans le cadre de cette étude
Motricité globale	-instabilité ou inhibition psychomotrice -manque d'investissement corporel dans la motricité -surinvestissement sportif -peu ou pas d'investissement d'un corps plaisir -manque de fluidité corporelle avec difficultés d'utilisation spatialisée du corps -jeux répétitifs, jeux traumatiques	→ Sémiologie concordante en partie : <i>-En moins : Nous n'avons pas repéré ici de surinvestissement sportif.</i> <i>-En plus : -dissociation des ceintures - hypotonie axiale</i>
Motricité fine	-difficultés de motricité distale -difficultés de déliement des doigts -mimiques pauvres	→ Sémiologie concordante en partie : <i>-En moins : Nous n'avons pas repéré ici de difficultés de motricité distale ni de déliement des doigts</i>

Représentations corporelles	<ul style="list-style-type: none"> -atteintes du schéma corporel : difficultés d'appropriation de la somatognosie, des limites corporelles et des volumes -atteintes de l'image du corps, de l'image de soi et de la représentation de soi -sentiment d'étrangeté par rapport à son propre corps -dépersonnalisation, dépossession de son corps -atteinte de l'estime de soi 	<p>→ Sémiologie concordante en partie :</p> <p><i>-En plus : -défaut d'ancrage psychocorporel et de constitution d'enveloppe protectrice</i></p>
Espace	<ul style="list-style-type: none"> -impact sur la représentation de l'espace -confusions spatiales : distorsions des distances et des volumes, des grandeurs -difficultés à se repérer, à se remémorer un trajet -atteintes de l'espace des corps (intracorporel, péricorporel et extracorporel) 	<p>→ Sémiologie concordante</p>
(espace Relation et)	<ul style="list-style-type: none"> -hypervigilance -réactions de gêne sous le regard de l'Autre, réactions de prestance et tonico-émotionnelles -perturbation du dialogue tonico-émotionnel -diminution de l'intersubjectivité -proxémie inadaptée 	<p>→ Sémiologie concordante en partie :</p> <p><i>-En plus : -manque de spontanéité -manque d'authenticité</i></p>
Temps	<ul style="list-style-type: none"> -ligne du temps brisée : passé intrusif, présent douloureux, futur menaçant -difficultés de temps perçu, vécu et représenté -difficultés face au temps social : confusion des dates -difficultés dans le séquençage et la chronologie (→ en lien avec motricité) -confusions temporelles : difficultés à se repérer dans le temps, dans la chronologie des événements, par rapport à l'heure ou la date exacte 	<p>→ Sémiologie concordante en partie :</p> <p><i>-En moins : Nous n'avons pas repéré ici de difficultés de séquençage chronologique.</i></p>

Axe, Latéralité	-difficultés de construction de l'axe -difficultés de latéralisation	→ Sémiologie concordante <i>NB : Ici, nous n'avons repéré une latéralité non fixée uniquement pour les plus jeunes (âge < 7 ans)</i>
Tonus	-hypertonie (rare : hypotonie) -mauvaise résolution tonique -difficultés d'ajustement tonique -manifestations tonico-émotionnelles -réactions de sursauts exagérés -raideurs, paratonies, syncinésies	→ Sémiologie concordante en partie : <i>-En plus : -hypotonie axiale</i>
Emotions	-difficultés de reconnaissance des émotions -anesthésie affective -attaque de panique -difficultés de gestion (intolérance à la frustration) -difficultés liées à l'intersubjectivité : l'enfant a du mal à reconnaître, lire, décrire et comprendre les conséquences possibles des émotions chez l'Autre	→ Sémiologie concordante en partie : <i>-En moins : Nous n'avons pas repéré ici d'attaque de panique.</i>
Attention–Mémoire	-état d'alerte -absences -amnésies et ecmnésies -difficultés de mise en mémoire (entre autres noms et lieux) -difficultés d'attention et de concentration	→ Sémiologie concordante
Discours, verbalisation	-discours plaqué sur les activités de la vie quotidienne -si violences sexuelles → discours anormalement riche par rapport à l'âge	→ Sémiologie concordante en partie : <i>-En plus : -logorrhée -niveau sémantique parfois élevé</i>
Cognitif	-vie imaginaire riche ou très pauvre (calqué sur quotidien) -difficultés d'accès au symbolique -des troubles anxieux et dépressifs fréquents : idées obsédantes, peurs spécifiques liés au traumatisme, peur du noir, peur d'objet, peur d'aller seul aux toilettes	→ Sémiologie concordante

Social, Scolaire	<ul style="list-style-type: none"> -difficultés voire échecs scolaires ou surinvestissement scolaire -absentéismes : retrait scolaire, phobie scolaire -difficultés de concentration -difficultés de mise en mémoire -réduction nette des intérêts -difficultés sociales 	→ Sémiologie concordante
Fonctions instinctuelles	<ul style="list-style-type: none"> -troubles alimentaires (sélectivité, anorexie, boulimie) -trouble du sommeil (difficultés à aller au lit, difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes, somnambulisme) 	→ Sémiologie concordante

INSTITUT REGIONAL DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

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

GONTHIER Evelyne Michèle

Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Résumé :

Dans le cadre de ce mémoire, le psychotraumatisme est abordé sous l'angle d'effractions multiples venant toucher à chaque pôle de l'organisation psychomotrice. Les conséquences peuvent être plus ou moins graves et plus ou moins longues selon chaque personne. Nous avons axé notre regard sur le syndrome psychotraumatique chez les enfants âgés entre 6 et 12 ans. Nous avons fait un stage auprès de cette population et nous avons proposé des bilans afin de dresser une sémiologie psychomotrice du syndrome psychotraumatique. Notre travail de recherche a mis en avant un manque de construction de l'axe et des enveloppes psychocorporels. Ce défaut d'élaboration renvoie à une faille du sentiment de sécurité interne. En psychomotricité, le suivi pourrait permettre un travail d'ancrage et d'investissement du corps devenant un lieu de sécurité et de plaisir. Ceci peut aussi mener au réaménagement de l'image du corps et de l'image de soi, un enrichissement de la sensorimotricité et la construction de l'axe psychocorporel.

5 Mots clés : psychotraumatisme, syndrome psychotraumatique, enfant, sémiologie, psychomotricité.

Abstract :

In this thesis, psychotrauma is discussed here in terms of multiple intrusions which affect each pole of the psychomotor organization. The consequences can be more or less serious and more or less long depending on each individual. We focused our attention on the psychotraumatic syndrome in children aged between 6 and 12 years old. We did an internship with this group and we proposed assessments to establish a psychomotor semiotic study of the psychotraumatic syndrome. Our work has highlighted a lack of construction of the psychocorporeal axis and envelope. This lack refers to a flaw in the sense of internal security. In psychomotor treatment and support, this could enable anchoring work and the investment of the body in order to become a place of safety and pleasure. This could also allow for the reorganization of the image of the body and the image of oneself, for an enrichment of sensory-motor skills and the construction of the psychocorporeal axis.

5 Keywords : psychotrauma, psychotraumatic syndrome, children, semiotics, psychomotor

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