

Approche psychomotrice des fonctions du corps  
accompagnées dans les cellules d'urgence  
médico-psychologique

Psychomotor approach to the functions of the body  
accompanied in the medical-psychological  
emergency units

Enfoque psicomotor de las funciones corporales  
acompañadas en las celdas de emergencia  
médico-psicológica

MIP – Master Internacional en Psicomotricidad, préparation au Titre d'Expert en  
Psychomotricité (RNCP 28192 Niveau 7)

Option : MIP Recherche

Référente de mémoire : Laura DIAS DA SILVA

Mathilde AKIAN

Session été 2022

## Remerciements

Je souhaite tout naturellement remercier Laura Dias Da Silva, ma référente de mémoire mais pas seulement. Laura et moi-même travaillons ensemble au sein de l'Association Psychomotricité et Psychotraumatisme (APP) depuis 4 ans déjà. Que ce travail perdure et que nos projets professionnels se réalisent.

Je souhaite ensuite remercier Alexandrine Saint-Cast. Notre rencontre s'est faite également grâce à l'APP et nous voilà en 2022 avec de nouveaux projets. J'espère qu'ils se poursuivront encore des années.

Une pensée pour l'ensemble de mes collègues de cette promotion de master et plus particulièrement Sandy, Raphael, Baptiste, Sophie, Nathalie et Zia. Ces deux années ont été ponctuées de très belles rencontres mais avant tout de soutien mutuel. Que chacun et chacune d'entre nous puissent s'épanouir dans nos nouveaux projets.

Je tiens à remercier Marcel Trudel pour son aide précieuse. Il a accepté d'effectuer l'analyse factorielle de cette recherche et m'a permis de mieux comprendre la méthodologie Q.

J'aimerais enfin rendre un hommage à Françoise Rudetzki dont j'ai appris le décès le 17 mai 2022. Cette femme incroyable, que j'ai eu la chance de côtoyer, a œuvré une grande partie de sa vie pour la reconnaissance des victimes des attentats. Françoise est à l'origine de la création de l'APP et de l'insertion des psychomotriciens dans le soin du psychotraumatisme. Un grand merci.

## Table des matières

Résumé .....	5
Summary .....	6
Resumen .....	7
Résumé détaillé .....	8
Detailed summary .....	18
Resumen detallado.....	28
Introduction .....	38
Revue de littérature .....	40
1. Le traumatisme .....	40
1.1. Pourquoi le stress diffère-t-il du trauma ? .....	40
1.2. Le Trauma.....	41
1.3. Les conséquences à la suite d'un évènement à potentiel traumatique .....	42
1.3.1. La réaction de stress aigu ou trouble de stress aigu.....	42
1.3.2. Le trouble de stress post-traumatique.....	43
2. L'accompagnement dans l'urgence du trauma .....	43
2.1. Quels soins dans l'urgence en France ?.....	43
2.2. Les cellules d'urgence médico-psychologique.....	44
2.2.1. Historique .....	44
2.2.2. Buts et fonctionnement .....	45
2.2.3. Dispositifs de soins.....	48
2.3. Et à l'international ?.....	50
3. Le psychomotricien comme vecteur de résilience.....	51
3.1. La résilience.....	51
3.1.1. Définition .....	51
3.1.2. Facteurs de résilience .....	51
3.2. Fonctions psychomotrices et psychotraumatisme.....	52
3.3. Le psychomotricien face au psychotraumatisme.....	54
4. Problématique .....	55
Méthodologie .....	56
1. Cadre de la recherche .....	56
1.1. Choix de la méthodologie.....	56
1.2. Méthodologie Q.....	56
1.2.1. Présentation.....	56
1.2.2. Entretiens .....	58
1.2.3. Théorie des concours : élaboration et validation des énoncés .....	59

1.2.4. Procédure de Qsorting.....	61
1.2.5. Analyse factorielle.....	62
1.3. Elaboration du questionnaire Google Forms®.....	62
1.4. Population.....	63
1.5. Cadre éthique.....	63
2. Recueil de données.....	64
Résultats.....	65
1. Profil des répondants.....	65
2. Identification de facteurs.....	66
3. Analyse des résultats.....	67
3.1. Enoncés.....	67
3.2. Fonctions.....	69
Discussion.....	72
1. Fonctions du corps et CUMP.....	72
2. Réflexions.....	75
2.1. De l'objet de recherche.....	75
2.2. Posture de chercheur.....	77
3. Harmonisation des CUMP.....	78
4. A l'international ?.....	79
Conclusion.....	82
Références bibliographiques.....	83
Annexe 1 : 12 Centres Régionaux de Psychotraumatisme.....	1
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	2
Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement éclairé.....	3
Annexe 4 : Interface administrateur du logiciel Qsoftware®.....	5
Annexe 5 : Interface répondant du logiciel Qsoftware®.....	6
Annexe 6 : Moyennes des énoncés classées selon les fonctions de la CIF.....	7
Annexe 7 : Référentiel national de formation à l'urgence médico-psychologique.....	9
Mots – clés.....	11

## Résumé

Un évènement potentiellement traumatique est défini, selon le DSM-V, comme un évènement menaçant pour l'individu et pouvant amener à la mort (Crocq & Guelfi, 2015). L'évènement traumatogène bouleverse la vie du sujet et l'ensemble de son intégrité psychocorporelle en causant une disjonction corps/esprit (Van der Kolk, 2018). La personne est alors soumise à un ensemble d'éprouvés émotionnels, corporels et sensoriels intenses. Les fonctions psychomotrices du sujet sont impactées dans le présent et le futur entraînant une rupture du lien à soi. Depuis 1995, un dispositif spécifique est mis en place pour l'urgence médico-psychologique. Les cellules médico-psychologique (CUMP), composées de psychiatres, infirmiers et psychologues, interviennent immédiatement après un évènement traumatogène de masse afin de prodiguer des premiers soins spécifiques aux victimes en prévention d'une installation des symptômes post-traumatiques. Le *defusing* et débriefing sont les outils de soins utilisés au sein des CUMP. Quelles sont les fonctions du corps accompagnées dans les dispositifs de soin des cellules d'urgence médico-psychologique ?

La méthodologie Q, créée par Stephenson, étudie et évalue la subjectivité des individus sur un objet d'étude précis au travers d'une méthodologie mixte. Elle renvoie à « l'évaluation subjective faite par un individu d'un ensemble d'énoncés permettant de caractériser [...] son point de vue sur une idée » (Gauzente, 2013, p. 72). Diffusé par le site Qsoftware®, nous avons obtenu 10 réponses. L'analyse factorielle a mis en lumière deux groupes de personnes ayant le même point de vue. Le premier groupe composé de l'ensemble des psychologues répondants, un psychiatre et un infirmier a mis en évidence une importance des fonctions mentales dans les outils de soins des CUMP et considère le corps du sujet dans sa dimension psychique. Le second groupe composé d'un psychomotricien et d'un infirmier considère le corps du sujet à travers les dimensions sensorielles, motrices et mentales.

Cette recherche révèle une grande disparité dans les CUMP aujourd'hui. Une harmonisation semble nécessaire afin que chacune puisse prendre en charge les victimes dans leur globalité et en fonction de l'expression du psychotraumatisme. A l'international, des outils psychomoteurs diagnostiques sont utilisés et diverses techniques tels que les interventions axées sur le corps et le mouvement (BMOI) sont très largement pratiquées dans la prise en charge du TSPT.

### Summary

A potentially traumatic event is defined, according to the DSM-V, as an event that threatens the individual and can lead to death (Crocq & Guelfi, 2015). The traumatic event disrupts the life of the subject and the whole of his or her psycho-corporal integrity by causing a body/mind disjunction (Van der Kolk, 2018). The person is then subjected to a set of intense emotional, bodily and sensory experiences. The psychomotor functions of the subject are impacted in the present and the future, leading to a rupture of the link to the self. Since 1995, a specific system has been set up for medical and psychological emergencies. The medical-psychological units (CUMP), composed of psychiatrists, nurses and psychologists, intervene immediately after a mass traumatic event in order to provide specific first aid to the victims to prevent the onset of post-traumatic symptoms. Defusing and debriefing are the care tools used within the CUMP. What are the functions of the body accompanied in the care devices of the medical-psychological emergency units?

The Q methodology created by Stephenson studies and evaluates the subjectivity of individuals on a specific object of study through a mixed methodology. It refers to "the subjective evaluation made by an individual of a set of statements that characterise [...] his point of view on an idea" (Gauzente, 2013, p. 72). Distributed by the Qsoftware® website, we obtained 10 responses. The factor analysis revealed two groups of people with the same point of view. The first group, composed of all the responding psychologists, a psychiatrist and a nurse, highlighted the importance of mental functions in the CUMP care tools and considered the subject's body in its psychic dimension. The second group, consisting of a psychomot therapist and a nurse, considers the subject's body through the sensory, motor and mental dimensions.

This research reveals a great disparity in the CUMPs today. Harmonisation seems necessary so that each one can take care of the victims in their entirety and according to the expression of their trauma. Internationally, psychomotor diagnostic tools are used and various techniques such as body and movement interventions (BMOI) are widely practised in the management of PTSD.

## Resumen

Un evento potencialmente traumático se define, según el DSM-V, como un evento que amenaza al individuo y puede llevarle a la muerte (Crocq & Guelfi, 2015). El acontecimiento traumático trastoca la vida del sujeto y el conjunto de su integridad psico-corporal provocando una disyunción cuerpo/mente (Van der Kolk, 2018). La persona se ve entonces sometida a un conjunto de intensas experiencias emocionales, corporales y sensoriales. Las funciones psicomotrices del sujeto se ven afectadas en el presente y en el futuro, lo que conduce a una ruptura del vínculo con el yo. Desde 1995, se ha establecido un sistema específico para las emergencias médicas y psicológicas. Las unidades médico-psicológicas, compuestas por psiquiatras, enfermeros y psicólogos, intervienen inmediatamente después de un suceso traumático masivo para prestar primeros auxilios específicos a las víctimas y prevenir la aparición de síntomas postraumáticos. La desactivación y el debriefing son las herramientas de atención utilizadas dentro del CUMP. ¿Cuáles son las funciones del cuerpo acompañado en los dispositivos de atención de las unidades de emergencia médico-psicológica?

La metodología Q creada por Stephenson estudia y evalúa la subjetividad de los individuos sobre un objeto de estudio concreto a través de una metodología mixta. Se refiere a "la evaluación subjetiva que hace un individuo de un conjunto de afirmaciones que caracterizan [...] su punto de vista sobre una idea" (Gauzente, 2013, p. 72). Distribuido por el sitio web de Qsoftware®, obtuvimos 10 respuestas. El análisis factorial reveló dos grupos de personas con el mismo punto de vista. El primer grupo, compuesto por todos los psicólogos que respondieron, un psiquiatra y una enfermera, destacó la importancia de las funciones mentales en las herramientas de atención de la unidad y consideró el cuerpo del sujeto en su dimensión psíquica. El segundo grupo, formado por un psicomotricista y una enfermera, consideró el cuerpo del sujeto a través de sus dimensiones sensoriales, motoras y mentales.

Esta investigación revela una gran disparidad en las unidades actuales. La armonización parece necesaria para que cada uno pueda atender a las víctimas en su totalidad y según la expresión de su trauma. A nivel internacional, se utilizan herramientas de diagnóstico psicomotor y diversas técnicas, como las intervenciones corporales y de movimiento (BMOI), se practican ampliamente en el tratamiento del TEPT.

## Résumé détaillé

### Introduction

Le terme traumatisme provient du grec ancien qui signifie l'action de blesser. Les premiers cas de traumatisme sont issus de la chirurgie qui évoquent une lésion de la moëlle épinière (Pignol, 2014). Ce n'est que des années plus tard avec Oppenheim que le terme passera à la neurologie avec l'hypothèse d'une lésion du système nerveux (Tréhel, 2005). Le diagnostic d'état de stress post-traumatique apparaît dans le DSM-III (APA, 1980). Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), créées en 1995, sont des dispositifs spécifiques mis en place après un évènement traumatogène. Composées de psychiatres, psychologues et infirmiers, ces professionnels utilisent le *defusing* et débriefing comme soins spécifiques face aux réactions post-traumatiques. Par la méthodologie Q, nous analyserons les outils de soins au travers de la subjectivité des volontaires des CUMP. Grâce à une analyse factorielle nous essaierons de répondre à la problématique suivante : Quelles sont les fonctions du corps accompagnées dans les dispositifs de soin des cellules d'urgence médico-psychologique ? Nous présenterons tout d'abord une revue de littérature abordant le traumatisme et son accompagnement dans l'urgence en France ainsi que la place du psychomotricien dans la boucle de soin. Elle sera suivie d'une description de la méthodologie Q et de la présentation et analyse des résultats. Nous clôturerons par une discussion autour des limites de cette recherche, de l'harmonisation des CUMP et des pratiques de soins utilisées à l'international.

### Contexte de l'étude

#### **Le traumatisme**

Le stress post-traumatique est un terme utilisé depuis l'apparition du DSM-III (APA, 1980). Cependant, bien que ce concept soit composé du terme stress, la symptomatologie et les conséquences chez le sujet sont bien différentes. Le stress est la « réponse de l'organisme à toute sollicitation qui lui est faite » (Moisan & Le Moal, 2012, page 612). Il met donc l'organisme en état d'alerte et de défense grâce à des réactions biologiques et psychophysiologiques (Crocq, 2014). A la fin du facteur de stress, l'organisme redeviendra à son état homéostatique. La différence entre le stress et le trauma se situe dans l'effraction. L'effraction traumatique correspond à la pénétration de l'image traumatique dans l'appareil psychique (Freud cité par Lebigot,

2009). L'effroi sera une conséquence directe de cette effraction qui est caractérisé par un vide psychique. L'image traumatique restera dans l'appareil psychique du sujet et engendrera des syndromes de répétition, des flash-backs : c'est l'état de stress post-traumatique.

Après un évènement à potentiel traumatique, chaque victime ne développera pas les mêmes réponses. Des facteurs liés à l'évènement, à la personne et à son environnement entrent en jeu à la suite de cet évènement ce qui déterminera la réponse du sujet (Josse, 2006). Le psychologue américain Georges Bonanno (2004) développe les différentes trajectoires pouvant être prise par les sujets à la suite d'un évènement traumatogène en fonction du temps. Il distingue la résilience, la récupération, l'apparition retardée et le stress post-traumatique chronique.

Selon la CIM-11, les réponses du sujet face à l'évènement traumatogène sont considérées comme une réaction normale à la suite de l'évènement. Le DSM-V définit au contraire l'ensemble de ces réactions comme un trouble de stress aigu (Crocq & Guelfi, 2015). Les critères diagnostiques s'effectuent autour de groupes de symptômes : « intrusion, humeur négative, dissociation, évitement ou hyperactivation » (Josse, 2013, page 5). Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) correspond au diagnostic passé un mois de délai à la suite de l'évènement traumatogène. Le DSM-V et la CIM-11 s'accordent sur les critères diagnostiques qui se composent des reviviscences de l'évènement ; de stratégies d'évitements ; de la perception persistance d'une menace générant une hypervigilance.

### **L'accompagnement dans l'urgence du trauma**

Il existe de nombreuses structures et intervenants de l'urgence en France. Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) apportent une aide médicale, administrent des premiers soins et transportent les blessés graves aux urgences (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022). Le médecin responsable du SAMU déclenche la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) pour prendre en charge spécifiquement les blessés psychiques, après une évaluation de la situation.

Les CUMP sont des dispositifs de soins créées après les attentats du RER B en 1995. Elles ont pour but de réduire les blessures afin de prévenir l'installation de pathologies chroniques (Rerbal & al., 2017). Il existe aujourd'hui une cellule par département

composée d'équipe permanente et de volontaires psychiatres, infirmiers et psychologues. Des soins spécifiques sont organisés au sein de ces cellules. Le *defusing* se déroule durant les premières heures suivant l'évènement et est à destination des victimes en état de stress adapté et accessible à la relation. Le *defusing* est un entretien qui favorise « la décharge émotionnelle par le langage » (Rerbal & al., 2017, p. 417). C'est un outil psychothérapeutique où la verbalisation a une grande place afin d'aider la victime à élaborer pour intégrer l'évènement (Ducrocq, 2009). Le *defusing* est une première approche permettant de désamorcer les réactions post-traumatiques. Le débriefing est généralement proposé en soin post-immédiat, quelques jours après l'évènement. Un des objectifs du débriefing est d'« inciter à la verbalisation de leur expérience singulière de l'évènement traumatique » (Bessoles, 2006, p.234). La verbalisation spontanée sur laquelle s'appuie le débriefing favorise une abréaction cathartique de la victime (Ducrocq, 2009). Ces outils de soins sont les plus communément utilisés dans les CUMP. Ils sont cependant remis en question par un manque de recherche sur leur efficacité clinique préventive de l'installation d'un TSPT (Goujard, 2021).

En Israël, un modèle, nommé SIX C'Model, est élaboré afin de favoriser la résilience auprès de personnes traumatisées. Validé comme le modèle principal d'assistance immédiate en Israël, six principes le composent : communication, cognition, défi, contrôle, engagement et continuité. Par une communication verbale et un engagement corporel et moteur, la désorientation temporelle, l'hyperactivité émotionnelle, le sentiment de solitude et de dépassement seront réduits. (Farchi & al., 2018).

### **Le psychomotricien comme vecteur de résilience**

La résilience est définie comme « un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique » (Cyrulnik & Jorland, 2012, p. 8). Le processus de résilience est dynamique et propre à chacun. Cependant, plusieurs facteurs le favorisent. Le premier facteur porte sur l'affect. La sphère familiale, le soutien apporté permettra à la personne traumatisée de se sentir dans un espace sécurisé. Le second facteur de résilience porte sur le sens. Afin de surpasser cet évènement et pouvoir continuer sa vie, le sujet doit pouvoir donner du sens à ce moment passé afin de l'accepter de le dépasser (Cyrulnik, 2018). Le soutien et le sens peuvent être apportés au travers du soin. Quelle place pourrait alors avoir le psychomotricien dans la résilience de ces victimes ?

Quel regard le psychomotricien peut-il avoir sur l'expression de la souffrance traumatique de l'individu ? C'est lors de l'effraction traumatique que survient la disjonction entre le corps et l'esprit (Van der Kolk, 2018). Le sujet est alors soumis à un ensemble d'éprouvés émotionnels, corporels et sensoriels intenses. Différentes réactions peuvent se poursuivre comme la dissociation, l'effroi ou la dépersonnalisation. Une « discontinuité du sentiment d'exister » (Saint-Cast & Scialom, 2016, p.2) va maintenir le sujet au moment du traumatisme. L'ensemble des fonctions psychomotrices impacté entraîne une rupture du lien à soi et empêche la personne d'être en lien avec son environnement et le monde qui l'entoure.

Qu'en est-il du soin psychomoteur dans la prise en charge du psychotraumatisme en France ? Un rapport sur la résilience (Rudetzki, 2016) concerne plusieurs recommandations sur la prise en charge des victimes d'attentats afin de faciliter leur résilience. Différentes thérapies sont citées dont la psychomotricité comme ayant « toute leur place dans le parcours personnalisé de la résilience » (Rudetzki, 2016, p. 32). Actuellement, en France, il existe spécifiquement des services de prise en charge du psychotraumatisme où le psychomotricien intervient. Plus récemment, douze Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP) ont émergé en France. Les CRP sont des lieux d'orientation et/ou de prises en soins spécialisés pour les patients victimes de psychotraumatisme (CN2R, 2022). Actuellement, seulement une psychomotricienne est salariée dans l'un des douze CRP.

### Problématique

L'évènement traumatogène vient, par son effraction, bouleverser l'unité psychocorporelle et globale du patient. Les dispositifs de soin présentés sont les techniques utilisées dans le cadre des CUMP en prévention de l'installation d'un trouble de stress post-traumatique. Ces soins interviennent par la médiation de la parole et accordent une grande importance à l'espace psychique par un espace de décharge émotionnelle grâce au langage. Cependant, qu'en est-il des autres sphères de l'individu également affecter par le traumatisme ? Notre problématique est la suivante : Quelles sont les fonctions du corps accompagnées dans les dispositifs de soins des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique ?

## Méthodologie

Développé par le physicien et psychologue William Stephenson dans les années 30, la méthodologie Q étudie et évalue la subjectivité des individus sur un objet d'étude précis au travers d'une méthodologie mixte. Selon lui, la subjectivité est « de voir les choses exclusivement par l'intermédiaire de son esprit » (Stephenson cité par Pirou et al., 2009, p.2). Elle renvoie alors à « l'évaluation subjective faite par un individu d'un ensemble d'énoncés permettant de caractériser son vécu d'une situation, son point de vue sur une idée, un objet, sa réaction à un problème » (Gauzente, 2013, p. 72). La méthode Q a donc été choisie afin de recueillir les fonctions concernées par les dispositifs de soin dans les CUMP à partir de réponses de plusieurs professionnels au sein de l'ensemble des CUMP de France et d'Outre-Mer.

La méthodologie Q requiert une mise en œuvre rigoureuse. Il faut tout d'abord déterminer une question de recherche. Le temps suivant se porte sur le travail d'une revue de littérature en lien avec la question de recherche. Des entretiens sont également effectués auprès d'experts sur l'objet d'étude. Ces étapes forment la théorie des concours. Le but est de recueillir l'ensemble des énoncés en lien avec la question de recherche. A la suite de ces étapes, l'échantillon Q est créé et composé d'étiquettes ou appelés aussi énoncés. Ces étiquettes peuvent être sous la forme de mots, d'images ou encore d'expression. Le tri Q s'effectue ensuite auprès des répondants. Ils devront classer l'ensemble des énoncés selon une loi quasi-normale avec un nombre d'énoncés attendu par colonne. Chaque colonne aura un nombre de points qui sera utilisé pour la dernière faisant suite au recueil des données : l'analyse factorielle (Amin, 2000).

Les énoncés doivent être compris par tous peu importe la région d'intervention et la profession du répondant. Pour cela, nous nous sommes basés sur la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). La CIF proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé a pour but de proposer un langage commun dans divers aspects de la santé. A travers ses termes, elle permet de communiquer entre des disciplines sur la santé et ses soins (OMS, 2001). Parmi les différentes composantes de la CIF, nous nous intéresserons uniquement aux fonctions organiques, les autres fonctions ne concernant pas notre objet d'étude. Les fonctions organiques désignent « les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques) » (OMS, 2001, p.10). La CIF développe 75

fonctions organiques. Après un travail de sélection, nous sommes arrivés à 35 fonctions finales correspondant aux énoncés du Qsort. La première version du Qsort a été envoyée à des professionnels de santé spécialisés ou non dans le domaine du psychotraumatisme. A la suite de ces retours, quelques modifications ont été apportées dont de brèves définitions ajoutées pour éclaircir certains énoncés.

Une fois ces énoncés formulés, le recueil des données s'effectue par la procédure du Qsorting. Les énoncés sont triés les uns par rapport aux autres. Chaque colonne représente un degré d'importance en fonction d'une question spécifique, un certain nombre d'énoncés est attendu par colonne. Chaque colonne est notée de -2 (pas du tout concerné) à +2 (très concerné), nécessaire à l'analyse factorielle. La répartition s'effectue selon une loi normale avec une prédisposition établie précédemment (Gauzente, 2005). A la suite du recueil des données, l'ensemble des réponses est soumis à une analyse factorielle représentant la partie quantitative de la méthodologie Q. Cette analyse permet une « mise à jour d'une structure de subjectivité partagée par plusieurs individus » (Gauzente, 2013, p.74). Le but est donc d'identifier plusieurs groupes de participants « ayant réagi de la même façon à la lecture d'énoncés sur un sujet, fournissant au chercheur un moyen systématique et rigoureux d'examiner le point de vue des participants sur un sujet donné. » (Dariel, 2013, p. 55). Les points de vue des participants sont les facteurs mis en lumière lors de la présentation et analyse des résultats. L'analyse factorielle a pu être réalisée grâce à Marcel Trudel, qui a utilisé un logiciel statistique SPSS®.

Le logiciel Qsoftware® a été utilisé pour la création et la diffusion du Qsort. L'échantillon est composé de l'ensemble des volontaires de CUMP quel que soit leur profession. Une question concernant la profession du sujet sera posée afin de connaître les professions des répondants. Le critère d'inclusion à cette recherche est d'être salarié ou volontaire au sein d'une CUMP. Le critère d'exclusion à cette recherche est de ne pas être salarié ou volontaire au sein d'une CUMP.

### Présentation des résultats

#### **Identification de facteurs**

Nous avons obtenu 20 réponses via le Google Forms®. Cependant, seulement 10 personnes ont répondu au Qsort. Sur les 10 personnes ayant répondu au Qsort, 6 répondants sont psychologues, 2 répondants sont infirmiers, l'un est psychiatre et le

dernier est psychomotricien. L'identification des facteurs se fait à partir d'une analyse factorielle qui nous permet de distinguer des groupes d'individus ayant eu le même point de vue. L'analyse factorielle a mis en lumière deux facteurs. Le premier facteur est composé de 8 répondants. Nous remarquons que les points de corrélation entre A7 et A6 sont d'un écart assez important. A6 présente une corrélation plus atténuée comparé aux autres répondants du facteur 1 soit ,40. Concernant le facteur 2, A9 est le répondant le plus significatif de ce facteur.

### **Analyse des résultats**

Nous allons présenter les moyennes des énoncés obtenues par facteur. Les énoncés consensuels sont ceux ayant obtenu la même moyenne auprès des deux facteurs. L'énoncé « fonctions thermorégulatrices » obtient la moyenne de -1,5. Cette fonction ne semble donc peu voire pas du tout concernée dans les soins des CUMP. L'énoncé « fonction temporelle » obtient la moyenne de 0,5. Il se situe donc dans la zone neutre pour l'ensemble des facteurs. Les énoncés non-discriminants représentent ceux situés dans la zone neutre du Qsort, obtenus une moyenne entre 0,0 et 0,9 selon la loi normale allant de -2 à 2 lors du tri Q. Ces énoncés discriminants au nombre de 5 ont été classé par l'ensemble des répondants, peu importe le facteur, dans cette zone neutre. Les énoncés distinctifs sont les énoncés ayant au moins un point d'écart entre le facteur 1 et le facteur 2. L'énoncé le plus distinctif est « sommeil et alimentation » avec une différence de 2,5 points entre les facteurs. Les énoncés « émotion » et « coordination des mouvements volontaires » présentent 2 points d'écart.

Nous allons désormais reprendre les catégories de fonctions comme présentées selon la CIF. Nous remarquons que quatre de ces cinq énoncés non-discriminants se situe dans la catégorie des fonctions mentales selon la CIF. L'ensemble des participants semblent être en accord pour souligner que certaines fonctions mentales ne relèvent pas des soins des CUMP. La plus grande distinction des énoncés se trouve également auprès d'un énoncé concernant les fonctions mentales (sommeil & alimentation). Il est intéressant d'observer l'écart significatif auprès de l'énoncé « émotions ». Cet énoncé qui est central dans les soins des CUMP selon la littérature étudiée précédemment, est classé selon le facteur 1 comme « très concerné » et « neutre » selon le facteur 2. Nous remarquons également que l'énoncé « expérience de soi-même, rapport à son corps » représente une moyenne assez proche à 0,5 près. L'ensemble des répondants place donc l'expérience au corps comme étant concerné à très concerné par les soins

des CUMP. Le facteur 1 présente 3 énoncés avec une moyenne négative, contrairement au facteur 2 qui en présente 5. Le facteur 1 présente 5 énoncés non discriminants contrairement au facteur 2 qui en présente 7. Le facteur 1 présente 5 énoncés ayant obtenu une moyenne supérieure ou égale à 1. Le facteur 2 ne présente qu'un énoncé supérieur à 1. Le facteur 1 prend donc plus en compte les fonctions mentales dans le soin des CUMP que le facteur 2.

Concernant les fonctions de l'appareil locomoteur et liées aux mouvements, un énoncé présente une différence significative de 2 points entre les facteurs. Il y a également trois énoncés dont la différence est de 1,4 point. Le facteur 1 présente 6 énoncés sur 7 ayant une moyenne négative. Le facteur 2 présente 4 énoncés ayant une moyenne supérieure ou égale à 1. Le facteur 2 prend plus en compte les fonctions de l'appareil locomoteur et liées aux mouvements dans le soin des CUMP que le facteur 1.

### Discussion

#### **Fonctions du corps et CUMP**

D'après l'analyse factorielle effectuée dans la méthodologie Q, deux facteurs ont été identifiés. Tous les répondants psychologues présentent le même point de vue sur les fonctions accompagnées dans les dispositifs de soin des CUMP. Concernant le facteur 1, ayant réuni 80% des répondants, nous observons que l'ensemble des moyennes positives, supérieures ou égales à 1, est situé dans la catégorie des fonctions mentales. D'après ce facteur 1, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il correspond au plus grand nombre de professionnels de CUMP. L'analyse factorielle a donc mis en lumière que seules les fonctions mentales apparaissent concernées par les dispositifs de soin. Plus précisément, l'individu semble être perçu selon une dichotomie corps/esprit. Les fonctions du corps concernées par le soin en CUMP sont les fonctions physiques du corps (sommeil et alimentation). La fonction image du corps est également concernée par ces soins qui est représentée par une dimension psychique du corps. Le facteur 2, composé du seul psychomotricien répondant et d'un infirmier, considère le corps dans d'autres dimensions. Le corps est représenté dans une dimension sensorielle, psychique, motrice. L'individu est perçu dans sa globalité.

## **Réflexions**

Les CUMP sont toujours très sollicitées du fait de leurs interventions. Aujourd'hui, nombreuses d'entre elles ont été réquisitionnées face à la situation en Ukraine. Le temps a sûrement manqué pour partager le questionnaire et y répondre. Diffuser le questionnaire en ligne permet d'obtenir plus de répondants. Cependant, le site choisi n'est pas adaptable sur le téléphone. Bien que cela ait été indiqué dans le mail de présentation, certaines personnes ont dû abandonner pensant que le lien ne fonctionnait pas. Nous avons en effet perdu 50% des répondants entre le questionnaire Google Forms® et le site Qsoftware®. Ce travail a questionné la place de chercheur. « Comme dans toute recherche, le chercheur est tenu de rester réflexif et conscient de la façon dont ses préjugés peuvent influencer l'interprétation des facteurs. » (Dariel, 2013, p.58). Il faut donc être vigilant à ne pas biaiser les informations recueillies dans la revue de littérature et les résultats analysés afin d'obtenir les réponses souhaitées.

## **Harmonisation des CUMP**

Un élément récurrent est apparu durant l'ensemble de cette recherche est la disparité entre les CUMP. Le fonctionnement global est régi par le gouvernement, cependant, sur le terrain et dans la réalité de choses, chaque CUMP s'organise comme elle le peut. Des disparités se retrouvent donc en fonction de leurs zones géographiques, de leur budget et de leurs volontaires. Des professionnels experts en psychotraumatisme ont mis en lumière le peu de données scientifiques sur les CUMP ainsi que le manque de clarification des indications en CUMP et de ses recours. De plus, il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques de la CUMP (Rerbal & al., 2017). Il y a donc une nécessité de mettre à jour ses dispositifs par une actualisation régulière des circulaires que par des actions de recherches sur le terrain permettant de nourrir les données scientifiques et reconnaître ou non leur efficacité.

Chaque intervenant doit bénéficier d'une formation initiale et continue sur l'urgence médico-psychologique. Elle s'appuie sur le référentiel pédagogique national. Ce référentiel aurait besoin d'être mis à jour et précisé dans son programme notamment dans les réactions immédiates et post-immédiates et dans les méthodes de prise en soin. Ce projet d'harmonisation sera peut-être inscrit dans les recommandations de la HAS qui sont en cours d'écriture sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes

psychotraumatique chez l'enfant et l'adulte. Des psychomotriciens sont présents dans ces groupes de travail.

### **Et à l'international ?**

Aux Pays-Bas, un outil psychomoteur diagnostique à l'état de stress post-traumatique (PMDI) est créé vers 2004 (cité par Kamp, Emck, Cuijpers & Beek, 2018). Cet outil individuel standardisé repose sur un tableau d'observations avec un cotation d'absence à forte présence autour de quatre activités. Les critères d'observation portent notamment sur le tonus, la position corporelle, le comportement moteur ou encore les expressions faciales. Cet outil est aujourd'hui validé par des recherches (Huizing & Witte, 2015). De nombreux pays abordent des interventions axées sur le corps et sur le mouvement (BMOI) dans la prise en charge du TSPT. Une approche centrée sur le corps serait plus appropriée chez certains patients pour travailler la régulation émotionnelle qui fait défaut dans le TSPT (Van de Kamp & al., 2019). Les thérapies comprises dans les BMOI sont la psychothérapie sensorimotrice, la thérapie axée sur le corps (BOP), l'expérience somatique et la thérapie psychomotrice.

### Conclusion

L'objet de cette recherche est de connaître les fonctions accompagnées dans les soins des CUMP. Au travers d'une méthodologie q, l'analyse factorielle a mis en lumière deux facteurs soit deux groupes de personnes présentant une subjectivité proche. Le premier groupe composé de la plupart de nos répondants, s'accorde sur l'importance des fonctions mentales. Aucune autre fonction n'est relevée comme concerné par les dispositifs de soin. Dans le second groupe, les fonctions concernées sont plus nombreuses. Le sujet est alors pensé dans sa dimension motrice, sensorielle et psychique. Dans cette recherche est apparue une grande disparité auprès des CUMP. Une harmonisation et une actualisation des protocoles permettraient d'aborder et de prendre en charge les conséquences post-traumatiques globales des victimes.

## Detailed summary

### Introduction

The term trauma comes from the ancient Greek word for the action of injuring. The first cases of trauma came from surgery, which evoked a lesion of the spinal cord (Pignol, 2014). It was not until years later with Oppenheim that the term moved to neurology with the hypothesis of a lesion of the nervous system (Tréhel, 2005). The diagnosis of post-traumatic stress disorder appears in the DSM-III (APA, 1980). The medical-psychological emergency units (CUMP), created in 1995, are specific systems set up after a traumatic event. Composed of psychiatrists, psychologists and nurses, these professionals use *defusing* and debriefing as specific care for post-traumatic reactions. Using the Q methodology, we will analyse the care tools through the subjectivity of the CUMP volunteers. Thanks to a factorial analysis we will try to answer the following question: What are the functions of the body accompanied in the care devices of the medical-psychological emergency units? We will first present a review of the literature dealing with trauma and its accompaniment in the emergency room in France as well as the place of the psychomot therapist in the care loop. This will be followed by a description of the Q methodology and the presentation and analysis of the results. We will close with a discussion of the limits of this research, the harmonisation of CUMP and the care practices used internationally.

### Background to the study

#### **The trauma**

Post-traumatic stress is a term that has been used since the appearance of DSM-III (APA, 1980). However, although this concept is composed of the term stress, the symptomatology and consequences for the subject are quite different. Stress is the "response of the organism to any solicitation made to it" (Moisan & Le Moal, 2012, page 612). It therefore puts the body in a state of alert and defence through biological and psychophysiological reactions (Crocq, 2014). At the end of the stressor, the organism will return to its homeostatic state. The difference between stress and trauma lies in the intrusion. The traumatic intrusion corresponds to the penetration of the traumatic image into the psychic apparatus (Freud quoted by Lebigot, 2009). The fright will be a direct consequence of this break-in, which is characterised by a psychic void.

The traumatic image will remain in the subject's psychic system and will generate repetition syndromes and flashbacks: this is the state of post-traumatic stress.

After an event with traumatic potential, each victim will not develop the same responses. Factors related to the event, the person and his or her environment come into play following the event, which will determine the subject's response (Josse, 2006). The American psychologist Georges Bonanno (2004) develops the different trajectories that subjects can take following a traumatic event as a function of time. He distinguishes between resilience, recovery, delayed onset and chronic post-traumatic stress.

According to ICD-11, the subject's responses to the traumatic event are considered a normal reaction to the event. The DSM-V, on the other hand, defines all these reactions as acute stress disorder (Crocq & Guelfi, 2015). The diagnostic criteria are built around clusters of symptoms: 'intrusion, negative mood, dissociation, avoidance or hyperactivation' (Josse, 2013, page 5). Post-traumatic stress disorder (PTSD) is the diagnosis after a one-month delay following the traumatic event. The DSM-V and ICD-11 agree on diagnostic criteria that consist of reliving the event; avoidance strategies; persistent threat perception generating hypervigilance.

### **Accompanying the trauma in an emergency**

There are many emergency structures and actors in France. The Emergency Medical Service (SAMU) and the Mobile Emergency and Resuscitation Service (SMUR) provide medical assistance, administer first aid and transport the seriously injured to the emergency room (Ministry of Solidarity and Health, 2022). The doctor in charge of the SAMU triggers the Medical and Psychological Emergency Unit (CUMP) to specifically take care of the psychologically injured, after an evaluation of the situation.

The CUMP are care facilities created after the RER B attacks in 1995. Their aim is to reduce injuries in order to prevent the development of chronic pathologies (Rerbal & al., 2017). Today, there is one cell per department composed of a permanent team and volunteer psychiatrists, nurses and psychologists. Specific care is organised within these cells. The defusing takes place during the first hours after the event and is intended for victims in a state of stress that is adapted and accessible to the relationship. Defusing is an interview that promotes 'emotional discharge through language' (Rerbal & al., 2017, p. 417). It is a psychotherapeutic tool where

verbalisation has a large place in order to help the victim elaborate in order to integrate the event (Ducrocq, 2009). Defusing is a first approach to defuse post-traumatic reactions. Debriefing is generally offered in post-immediate care, a few days after the event. One of the objectives of debriefing is to 'encourage the verbalisation of their unique experience of the traumatic event' (Bessoles, 2006, p.234). The spontaneous verbalisation on which the debriefing is based promotes a cathartic abreaction by the victim (Ducrocq, 2009). These care tools are the most commonly used in the CUMP. They are, however, called into question by a lack of research on their clinical effectiveness in preventing the onset of PTSD (Goujard, 2021).

In Israel, a model called the SIX C'Model is being developed to promote resilience in traumatised people. Validated as the main model for immediate assistance in Israel, it consists of six principles: communication, cognition, challenge, control, engagement and continuity. Through verbal communication and physical and motor engagement, temporal disorientation, emotional hyperactivity, feelings of loneliness and overwhelm will be reduced. (Farchi & al., 2018).

### **The psychomot therapist as a vector of resilience**

Resilience is therefore defined as 'a biological, psycho-emotional, social and cultural process that allows for new development after psychological trauma' (Cyrułnik & Jorland, 2012, p. 8). The process of resilience is dynamic and specific to each individual. However, there are several factors that promote it. The first factor concerns affect. The family sphere, the support provided will allow the traumatised person to feel in a safe space. The second resilience factor is about meaning. In order to overcome this event and to be able to go on with one's life, the subject must be able to give meaning to this past moment in order to accept it and move on (Cyrułnik, 2018). Support and meaning can be provided through care. What role could the psychomotor therapist play in the resilience of these victims?

What view can the psychomotor therapist take of the expression of traumatic suffering in the individual? It is during the traumatic break-in that the disjunction between body and mind occurs (Van der Kolk, 2018). The subject is then subjected to a series of intense emotional, bodily and sensory experiences. Different reactions can continue such as dissociation, dread or depersonalisation. A 'discontinuity in the feeling of existence' (Saint-Cast & Scialom, 2016, p.2) will maintain the subject at the time of the

trauma. The set of psychomotor functions impacted leads to a rupture of the link to the self and prevents the person from being in connection with their environment and the world around them.

What about psychomotor care in the management of psychotrauma in France? A report on resilience (Rudetzki, 2016) makes several recommendations on the care of victims of terrorist attacks in order to facilitate their resilience. Various therapies are cited, including psychomotricity, as having 'a place in the personalised pathway to resilience' (Rudetzki, 2016, p. 32). Currently, in France, there are specific services for the treatment of psychotrauma where the psychomotor therapist intervenes. More recently, twelve Regional Psychotrauma Centres (CRP) have emerged in France. The CRPs are places of referral and/or specialised care for patients suffering from psychotrauma (CN2R, 2022). Currently, only one psychomotor therapist is employed in one of the twelve CRPs.

### Issue

The traumatogenic event, through its intrusion, disrupts the patient's psychocorporal and global unity. The care systems presented are the techniques used by the CUMP to prevent the onset of post-traumatic stress disorder. This care intervenes through the mediation of speech and gives great importance to the psychic space through a space of emotional discharge thanks to language. However, what about the other spheres of the individual also affected by the trauma? Our problem is the following: What are the functions of the body accompanied in the care devices of the medical-psychological emergency units?

### Methodology

Developed by the physicist and psychologist William Stephenson in the 1930's, the Q methodology studies and evaluates the subjectivity of individuals on a specific object of study through a mixed methodology. According to him, subjectivity is "seeing things exclusively through one's mind" (Stephenson quoted in Pirou et al., 2009, p.2). It then refers to "the subjective evaluation made by an individual of a set of statements that characterise his or her experience of a situation, his or her point of view on an idea, an object, his or her reaction to a problem" (Gauzente, 2013, p. 72). The Q method was therefore chosen in order to collect the functions concerned by the care mechanisms

in the CUMPs from the responses of several professionals in all the CUMP in France and overseas.

The Q methodology requires rigorous implementation. First, a research question must be determined. The next step is to carry out a literature review in relation to the research question. Interviews are also conducted with experts on the subject of study. These steps form the competition theory. The aim is to collect all statements related to the research question. Following these steps, the Q-sample is created and composed of labels or statements. These labels can be in the form of words, images or even expressions. The Q-sorting is then carried out with the respondents. They will have to classify all the statements according to a quasi-normal law with an expected number of statements per column. Each column will have a number of points which will be used for the last step following data collection: factor analysis (Amin, 2000).

The statements must be understood by all regardless of the region of intervention and the respondent's profession. For this purpose, we have based ourselves on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The ICF, proposed by the World Health Organisation, aims to provide a common language for various aspects of health. Through its terms, it allows communication between disciplines about health and health care (WHO, 2001). Of the various components of ICF, we will focus only on the organic functions, as the other functions are not relevant to our study. Body functions refer to "the physiological functions of body systems (including psychological functions)" (WHO, 2001, p.10). ICF develops 75 organ functions. After a selection process, we arrived at 35 final functions corresponding to the statements of the Qsort. The first version of the Qsort was sent to health professionals specialised or not in the field of psychotrauma. Following this feedback, some modifications were made, including brief definitions added to clarify certain statements.

Once these statements have been formulated, the data is collected using the Qsorting procedure. The statements are sorted in relation to each other. Each column represents a degree of importance in relation to a specific question, with a certain number of statements expected per column. Each column is scored from -2 (not at all concerned) to +2 (very concerned), which is necessary for the factor analysis. The distribution follows a normal distribution with a previously established predisposition (Gauzente, 2005). Following the data collection, all the responses are subjected to a

factorial analysis representing the quantitative part of the Q methodology. This analysis allows for the "uncovering of a structure of subjectivity shared by several individuals" (Gauzente, 2013, p.74). The aim is therefore to identify several groups of participants "who reacted in the same way to reading statements on a topic, providing the researcher with a systematic and rigorous way of examining participants' views on a given topic." (Dariel, 2013, p. 55). The participants' views are the factors highlighted in the presentation and analysis of the results. The factor analysis was made possible by Marcel Trudel, who used SPSS® statistical software.

The Qsoftware® software was used to create and distribute the Qsort. The sample is composed of all CUMP volunteers, regardless of their profession. A question about the subject's profession will be asked in order to find out the respondents' professions. The inclusion criterion for this research is to be an employee or volunteer in a CUMP. The exclusion criterion for this research is not to be an employee or volunteer in a CUMP.

### Presentation of results

#### **Identification of factors**

We obtained 20 responses via Google Forms®. However, only 10 people answered the Qsort. Of the 10 respondents, 6 were psychologists, 2 were nurses, one was a psychiatrist and one was a psychomotor therapist. The identification of factors is based on a factor analysis which allows us to distinguish groups of individuals who had the same point of view. The factor analysis revealed two factors. The first factor is composed of 8 respondents. We note that the correlation points between A7 and A6 are quite large. A6 has a more attenuated correlation compared to the other respondents in factor 1, i.e. .40. Concerning factor 2, A9 is the most significant respondent of this factor.

#### **Analysis of the results**

We will present the averages of the statements obtained by factor. Consensus statements are those that have the same average for both factors. The statement "thermoregulatory functions" obtained a mean of -1.5. This function therefore seems to be of little or no relevance to CUMP care. The statement "temporal function" has a mean of 0.5. It is therefore in the neutral zone for all factors. The non-discriminating statements represent those located in the neutral zone of the Qsort, obtaining a mean between 0.0 and 0.9 according to the normal law ranging from -2 to 2 during the Q

sort. These 5 discriminating statements were classified by all respondents, regardless of the factor, in this neutral zone. Distinctive statements are statements with at least one point difference between factor 1 and factor 2. The most distinctive statement was "sleep and nutrition" with a difference of 2.5 points between the factors. The statements "emotion" and "coordination of voluntary movements" have a 2-point difference.

We will now take up the categories of functions as presented according to ICF. We note that four of the five non-discriminatory statements fall into the ICF category of mental functions. There seems to be general agreement among the participants that some mental functions do not fall under the care of the CUMP. The greatest distinction of statements is also found with a statement concerning mental functions (sleep & eating). It is interesting to observe the significant difference in the statement "emotions". This statement, which is central to the care of the CUMPs according to the literature studied previously, is classified by factor 1 as "very concerned" and "neutral" by factor 2. We also note that the statement "experience of oneself, relationship with one's body" represents a mean that is fairly close to 0.5. All the respondents therefore place the experience of the body as being concerned to very concerned by the care of the CUMP. Factor 1 has 3 statements with a negative average, unlike factor 2 which has 5. Factor 1 has 5 non-discriminating statements, while factor 2 has 7. Factor 1 has 5 statements with a mean greater than or equal to 1. Factor 2 has only one statement above 1. Factor 1 therefore takes more account of mental functions in the care of CUMP than factor 2.

For the functions of the musculoskeletal system and movement, one statement shows a significant difference of 2 points between the factors. There are also three statements with a difference of 1.4 points. Factor 1 has 6 out of 7 statements with a negative mean. The factor has 4 statements with a mean greater than or equal to 1. Factor 2 takes more account of musculoskeletal and movement-related functions in CUMP care than factor 1.

## Discussion

### **Body functions and CUMP**

According to the factorial analysis carried out in the Q methodology, two factors were identified. All the psychologist respondents have the same point of view on the functions supported in the CUMP care systems. With regard to factor 1, which involved 80% of the respondents, we observe that all the positive averages, greater than or equal to 1, are located in the mental functions category. From this factor 1, we can hypothesise that it corresponds to the greatest number of CUMP professionals. The factorial analysis therefore highlighted that only mental functions appear to be concerned by the care devices. More precisely, the individual seems to be perceived according to a mind/body dichotomy. The body functions concerned by CUMP care are the physical functions of the body (sleep and nutrition). The body image function is also concerned by this care, which is represented by a psychic dimension of the body. Factor 2, consisting of the sole respondent psychomotor therapist and a nurse, considers the body in other dimensions. The body is represented in a sensory, psychic and motor dimension. The individual is perceived as a whole.

### **Reflections**

The CUMP are always in great demand because of their interventions. Today, many of them have been requisitioned to deal with the situation in Ukraine. There was probably not enough time to share the questionnaire and answer it. Disseminating the questionnaire online allows for more respondents. However, the chosen website is not adaptable to the phone. Although this was indicated in the introductory email, some people had to give up thinking that the link did not work. We lost 50% of the respondents between the Google Forms® questionnaire and the Qsoftware® site. This work questioned the place of the researcher. "As in all research, the researcher is required to remain reflexive and aware of how his or her biases may influence the interpretation of factors." (Dariel, 2013, p.58). Care must therefore be taken not to bias the information gathered in the literature review and the results analysed in order to obtain the desired answers.

## **Harmonisation of the CUMP**

A recurrent element that emerged throughout this research was the disparity between the CUMP. The overall operation is governed by the government, however, in the field and in the reality of things, each CUMP organises itself as it can. Disparities are therefore found according to their geographical areas, their budget and their volunteers. Professionals who are experts in psychotrauma have highlighted the lack of scientific data on the CUMP and the lack of clarification of the indications for CUMP and its use. Moreover, there are no recommendations for good CUMP practice (Rerbal & al., 2017). There is therefore a need to update these systems by regularly updating the circulars and by conducting research in the field in order to feed the scientific data and recognise or not their effectiveness.

Each worker must receive initial and ongoing training in medical and psychological emergencies. It is based on the national educational reference system. This reference framework needs to be updated and clarified in its programme, particularly in terms of immediate and post-immediate reactions and care methods. This harmonisation project will perhaps be included in the HAS recommendations currently being written on the assessment and management of psychotraumatic syndromes in children and adults. Psychomotor therapists are present in these working groups.

## **And internationally?**

In the Netherlands, a psychomotor diagnostic tool for post-traumatic stress disorder (PMDI) was created around 2004 (cited in Kamp, Emck, Cuijpers & Beek, 2018). This standardised individual tool is based on an observation table with a rating of absence to high presence around four activities. The observation criteria include tone, body position, motor behaviour and facial expressions. This tool is now validated by research (Huizing & Witte, 2015). Many countries are addressing body and movement-based interventions (BMOIs) in the management of PTSD. A body-centred approach would be more appropriate in some patients to work on the emotional regulation that is lacking in PTSD (Van de Kamp & al., 2019). Therapies included in BMOIs are sensorimotor psychotherapy, body-oriented therapy (BOP), somatic experience and psychomotor therapy.

## Conclusion

The aim of this research is to find out which functions are supported in the care of the CUMP. Through a q methodology, the factorial analysis brought to light two factors, i.e. two groups of people with a similar subjectivity. The first group, consisting of most of our respondents, agreed on the importance of mental functions. No other functions were identified as being affected by the care arrangements. In the second group, the functions concerned are more numerous. The subject is then thought of in its motor, sensory and psychic dimensions. In this research, a great disparity appeared among the CUMPs. Harmonising and updating the protocols would make it possible to address and manage the overall post-traumatic consequences of victims.

## Resumen detallado

### Introducción

El término trauma proviene de la antigua palabra griega que designa la acción de herir. Los primeros casos de traumatismos proceden de una intervención quirúrgica, que evoca una lesión de la médula espinal (Pignol, 2014). No fue hasta años más tarde con Oppenheim que el término se trasladó a la neurología con la hipótesis de una lesión del sistema nervioso (Tréhel, 2005). El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático aparece en el DSM-III (APA, 1980). Las unidades de emergencia médico-psicológicas (CUMP), creadas en 1995, son sistemas específicos que se ponen en marcha tras un suceso traumático. Compuestos por psiquiatras, psicólogos y enfermeros, estos profesionales utilizan la *desactivación* y el *debriefing* como cuidados específicos para las reacciones postraumáticas. Utilizando la metodología Q, analizaremos las herramientas de atención a través de la subjetividad de los voluntarios del CUMP. Gracias a un análisis factorial intentaremos responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las funciones del cuerpo acompañado en los dispositivos de atención de las unidades de emergencia médico-psicológica? En primer lugar, presentaremos una revisión de la literatura que trata del trauma y su acompañamiento en los servicios de urgencias en Francia, así como el lugar del psicomotricista en el circuito asistencial. A continuación, se describirá la metodología del Q y se presentarán y analizarán los resultados. Terminaremos con un debate sobre los límites de esta investigación, la armonización de los CUMP y las prácticas de atención utilizadas internacionalmente.

### Antecedentes del estudio

#### **El trauma**

El estrés postraumático es un término que se utiliza desde la aparición del DSM-III (APA, 1980). Sin embargo, aunque este concepto se compone del término estrés, la sintomatología y las consecuencias para el sujeto son muy diferentes. El estrés es la "respuesta del organismo a cualquier solicitud que se le haga" (Moisan & Le Moal, 2012, página 612). Por lo tanto, pone al organismo en estado de alerta y defensa mediante reacciones biológicas y psicofisiológicas (Crocq, 2014). Al finalizar el estresor, el organismo volverá a su estado homeostático. La diferencia entre el estrés y el trauma radica en la intrusión. La intrusión traumática corresponde a la penetración

de la imagen traumática en el aparato psíquico (Freud citado por Lebigot, 2009). El susto será una consecuencia directa de esta irrupción, que se caracteriza por un vacío psíquico. La imagen traumática permanecerá en el sistema psíquico del sujeto y generará síndromes de repetición y flashbacks: es el estado de estrés postraumático.

Después de un evento con potencial traumático, cada víctima no desarrollará las mismas respuestas. Tras el suceso entran en juego factores relacionados con la persona y su entorno, que determinarán la respuesta del sujeto (Josse, 2006). El psicólogo estadounidense Georges Bonanno (2004) desarrolla las diferentes trayectorias que los sujetos pueden tomar tras un evento traumático en función del tiempo. Distingue entre resiliencia, recuperación, aparición retardada y estrés postraumático crónico.

Según la CIE-11, las respuestas del sujeto al evento traumático se consideran una reacción normal al evento. El DSM-V, en cambio, define todas estas reacciones como trastorno por estrés agudo (Crocq y Guelfi, 2015). Los criterios de diagnóstico se construyen en torno a grupos de síntomas: "intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación o hiperactivación" (Josse, 2013, página 5). El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el diagnóstico tras un mes de retraso después del suceso traumático. El DSM-V y la CIE-11 coinciden en los criterios diagnósticos que consisten en revivir el evento; estrategias de evitación; percepción de amenaza persistente que genera hipervigilancia.

### **Acompañamiento del trauma en una emergencia**

Hay muchas estructuras y actores de emergencia en Francia. El Servicio de Ayuda Médica Urgente (SAMU) y el Servicio Móvil de Urgencia y Reanimación (SMUR) prestan asistencia médica, administran los primeros auxilios y transportan a los heridos graves a la sala de emergencias (Ministerio de Solidaridad y Salud, 2022). El médico responsable del SAMU pone en marcha la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) para atender específicamente a los heridos psicológicos, tras una evaluación de la situación.

Los CUMP son centros de atención creados tras los atentados del RER B en 1995. Su objetivo es reducir las lesiones para prevenir el desarrollo de patologías crónicas (Rerbal & al., 2017). En la actualidad, hay una célula por departamento compuesta por un equipo permanente y por psiquiatras, enfermeras y psicólogos voluntarios. Los

cuidados específicos se organizan dentro de estas células. La desactivación tiene lugar durante las primeras horas después del suceso y está destinada a las víctimas en un estado de estrés adaptado y accesible a la relación. Defusing es una entrevista que promueve la "descarga emocional a través del lenguaje" (Rerbal & al., 2017, p. 417). Se trata de una herramienta psicoterapéutica en la que la verbalización ocupa un lugar importante para ayudar a la víctima a elaborar para integrar el evento (Ducrocq, 2009). La desactivación es un primer enfoque para desactivar las reacciones postraumáticas. El debriefing se ofrece generalmente en la atención postinmediata, unos días después del suceso. Uno de los objetivos del debriefing es "fomentar la verbalización de su experiencia única del acontecimiento traumático" (Bessoles, 2006, p.234). La verbalización espontánea en la que se basa el debriefing promueve una abreacción catártica por parte de la víctima (Ducrocq, 2009). Estas herramientas de atención son las más utilizadas en el CUMP. Sin embargo, se cuestionan por la falta de investigación sobre su eficacia clínica para prevenir la aparición del TEPT (Goujard, 2021).

En Israel, se está desarrollando un modelo llamado SIX C'Model para promover la resiliencia en personas traumatizadas. Validado como el principal modelo de asistencia inmediata en Israel, consta de seis principios: comunicación, cognición, desafío, control, compromiso y continuidad. Mediante la comunicación verbal y el compromiso físico y motor, se reducirá la desorientación temporal, la hiperactividad emocional, los sentimientos de soledad y el agobio. (Farchi & al., 2018).

### **El psicomotricista como vector de resiliencia**

La resiliencia se define como "un proceso biológico, psicoemocional, social y cultural que permite un nuevo desarrollo después de un trauma psicológico" (Cyrułnik y Jorland, 2012, p. 8). El proceso de resiliencia es dinámico y específico de cada individuo. Sin embargo, hay varios factores que la promueven. El primer factor es el afecto. La esfera familiar, el apoyo prestado permitirá a la persona traumatizada sentirse en un espacio seguro. El segundo factor de resiliencia tiene que ver con el significado. Para superar este acontecimiento y poder seguir con la vida, el sujeto debe ser capaz de dar sentido a este momento pasado para aceptarlo y seguir adelante (Cyrułnik, 2018). El apoyo y el significado pueden ser proporcionados a través de la atención. ¿Qué papel podría desempeñar el psicomotricista en la resiliencia de estas víctimas?

¿Qué visión puede tener el psicomotricista de la expresión del sufrimiento traumático en el individuo? Es durante la irrupción traumática cuando se produce la disyunción entre cuerpo y mente (Van der Kolk, 2018). A continuación, se somete al sujeto a una serie de intensas experiencias emocionales, corporales y sensoriales. Pueden continuar diferentes reacciones como la disociación, el pavor o la despersonalización. Una "discontinuidad en el sentimiento de existencia" (Saint-Cast & Scialom, 2016, p.2) mantendrá al sujeto en el momento del trauma. El conjunto de funciones psicomotrices impactadas conduce a una ruptura del vínculo con el yo e impide a la persona estar en conexión con su entorno y el mundo que la rodea.

¿Qué pasa con la atención psicomotriz en la gestión de los psicotraumatismos en Francia? Un informe sobre resiliencia (Rudetzki, 2016) hace varias recomendaciones sobre la atención a las víctimas de atentados terroristas para facilitar su resiliencia. Se citan varias terapias, incluida la psicomotricidad, que tienen "un lugar en el camino personalizado hacia la resiliencia" (Rudetzki, 2016, p. 32). Actualmente, en Francia, existen servicios específicos para el tratamiento de los psicotraumatismos en los que interviene el psicomotricista. Más recientemente, han surgido en Francia doce Centros Regionales de Psicotrauma (CRP). Los PRC son lugares de derivación y/o atención especializada para los pacientes que sufren psicotraumatismos (CN2R, 2022). Actualmente, sólo hay un psicomotricista en uno de los doce CRP.

### Edición

El acontecimiento traumatogénico, por su intrusión, perturba la unidad psico-corporal y global del paciente. Los sistemas de atención que se presentan son las técnicas utilizadas por el CUMP para prevenir la aparición del trastorno de estrés postraumático. Este cuidado interviene a través de la mediación de la palabra y da gran importancia al espacio psíquico a través de un espacio de descarga emocional gracias al lenguaje. Sin embargo, ¿qué pasa con las otras esferas del individuo también afectadas por el trauma? Nuestro problema es el siguiente: ¿Cuáles son las funciones del cuerpo acompañado en los dispositivos de atención de las Células de Urgencia Médico-Psicológica?

## Metodología

Desarrollada por el físico y psicólogo William Stephenson en los años 30, la metodología Q estudia y evalúa la subjetividad de los individuos sobre un objeto de estudio concreto a través de una metodología mixta. Según él, la subjetividad es "ver las cosas exclusivamente a través de la propia mente" (Stephenson citado en Pirou et al., 2009, p.2). Se refiere entonces a "la evaluación subjetiva que hace un individuo de un conjunto de afirmaciones que caracterizan su experiencia de una situación, su punto de vista sobre una idea, un objeto, su reacción ante un problema" (Gauzente, 2013, p. 72). Por lo tanto, se eligió el método Q para recoger las funciones afectadas por los dispositivos de atención en los CUMP a partir de las respuestas de varios profesionales en todos los CUMP de Francia y del extranjero.

La metodología Q requiere una aplicación rigurosa. En primer lugar, hay que determinar una pregunta de investigación. El siguiente paso es realizar una revisión bibliográfica en relación con la pregunta de investigación. También se realizan entrevistas con expertos en el tema de estudio. Estos pasos forman la teoría de la competencia. El objetivo es recoger todas las declaraciones relacionadas con la pregunta de investigación. Siguiendo estos pasos, se crea la muestra Q y se compone de etiquetas o declaraciones. Estas etiquetas pueden ser en forma de palabras, imágenes o incluso expresiones. A continuación, se realiza la clasificación Q con los encuestados. Tendrán que clasificar todos los enunciados según una ley casi normal con un número esperado de enunciados por columna. Cada columna tendrá un número de puntos que se utilizará para el último paso tras la recogida de datos: el análisis factorial (Amin, 2000).

Las declaraciones deben ser entendidas por todos, independientemente de la región de intervención y de la profesión del encuestado. Para ello, nos hemos basado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). La CIF, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, pretende ofrecer un lenguaje común para los distintos aspectos de la salud. A través de sus términos, permite la comunicación entre disciplinas sobre la salud y la atención sanitaria (OMS, 2001). De los distintos componentes de la CIF, nos centraremos únicamente en las funciones orgánicas, ya que las demás funciones no son relevantes para nuestro estudio. Las funciones corporales se refieren a "las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluidas las funciones psicológicas)" (OMS, 2001, p.10). El ICF

desarrolla 75 funciones de órganos. Tras un proceso de selección, llegamos a 35 funciones finales correspondientes a los enunciados del Qsort. La primera versión del Qsort se envió a profesionales sanitarios especializados o no en el ámbito del psicotrauma. A raíz de estos comentarios, se han introducido algunas modificaciones, entre ellas la adición de breves definiciones para aclarar ciertas afirmaciones.

Una vez formuladas estas afirmaciones, los datos se recogen mediante el procedimiento Qsorting. Las declaraciones están ordenadas en relación con las demás. Cada columna representa un grado de importancia en relación con una pregunta específica, con un número determinado de declaraciones previstas por columna. Cada columna se puntúa de -2 (nada preocupado) a +2 (muy preocupado), lo que es necesario para el análisis factorial. La distribución sigue una distribución normal con una predisposición previamente establecida (Gauzente, 2005). Tras la recogida de datos, todas las respuestas se someten a un análisis factorial que representa la parte cuantitativa de la metodología Q. Este análisis permite "descubrir una estructura de subjetividad compartida por varios individuos" (Gauzente, 2013, p.74). El objetivo es, por tanto, identificar varios grupos de participantes "que reaccionaron de la misma manera ante la lectura de declaraciones sobre un tema, lo que proporciona al investigador una forma sistemática y rigurosa de examinar las opiniones de los participantes sobre un tema determinado". (Dariel, 2013, p. 55). Las opiniones de los participantes son los factores que se destacan en la presentación y el análisis de los resultados. El análisis factorial fue posible gracias a Marcel Trudel, que utilizó el programa estadístico SPSS®.

Se utilizó el software Qsoftware® para crear y distribuir el Qsort. La muestra está compuesta por todos los voluntarios del CUMP, independientemente de su profesión. Se formulará una pregunta sobre la profesión del sujeto para conocer la profesión de los encuestados. El criterio de inclusión para esta investigación es ser empleado o voluntario en un CUMP. El criterio de exclusión para esta investigación es no ser empleado o voluntario en un CUMP.

### Presentación de los resultados

#### **Identificación de factores**

Obtuvimos 20 respuestas a través de Google Forms®. Sin embargo, sólo 10 personas respondieron al Qsort. De los 10 encuestados, 6 eran psicólogos, 2 eran enfermeros,

uno era psiquiatra y otro psicomotricista. La identificación de los factores se basa en un análisis factorial que permite distinguir grupos de individuos que tenían el mismo punto de vista. El análisis factorial reveló dos factores. El primer factor está compuesto por 8 encuestados. Observamos que los puntos de correlación entre A7 y A6 son bastante grandes. A6 tiene una correlación más atenuada en comparación con los otros encuestados en el factor 1, es decir, 0,40. En cuanto al factor 2, A9 es el encuestado más significativo de este factor.

### **Análisis de los resultados**

Presentaremos los promedios de las declaraciones obtenidas por factor. Las declaraciones de consenso son las que tienen la misma media para ambos factores. La afirmación "funciones termorreguladoras" obtuvo una media de -1,5. Por lo tanto, esta función parece ser poco o nada relevante para el cuidado de la CUMP. La afirmación "función temporal" tiene una media de 0,5. Por lo tanto, se encuentra en la zona neutra para todos los factores. Los enunciados no discriminantes representan los situados en la zona neutra de la clasificación Q, obteniendo una media entre 0,0 y 0,9 según la ley normal que va de -2 a 2 durante la clasificación Q. Estos 5 enunciados discriminantes fueron clasificados por todos los encuestados, independientemente del factor, en esta zona neutral. Los enunciados distintivos son los enunciados con al menos un punto de diferencia entre el factor 1 y el factor 2. La afirmación más distintiva fue "sueño y nutrición", con una diferencia de 2,5 puntos entre los factores. Las afirmaciones "emoción" y "coordinación de movimientos voluntarios" tienen una diferencia de 2 puntos.

A continuación, retomaremos las categorías de funciones tal y como se presentan según la CIF. Observamos que cuatro de los cinco enunciados no discriminatorios pertenecen a la categoría de funciones mentales de la CIF. Parece haber un acuerdo general entre los participantes en que algunas funciones mentales no son competencia del CUMP. La mayor distinción de declaraciones se encuentra también con una declaración relativa a las funciones mentales (sueño y alimentación). Es interesante observar la diferencia significativa en la afirmación "emociones". Esta afirmación, que es fundamental para el cuidado de los CUMP según la literatura estudiada anteriormente, es clasificada por el factor 1 como "muy preocupada" y "neutral" por el factor 2. También observamos que la afirmación "experiencia de uno mismo, relación con el propio cuerpo" representa una media bastante cercana a 0,5.

Por lo tanto, todos los encuestados sitúan la experiencia del cuerpo entre preocupada y muy preocupada por el cuidado del CUMP. El factor 1 presenta 3 afirmaciones con una media negativa, a diferencia del factor 2 que presenta 5. El factor 1 tiene 5 afirmaciones no discriminatorias, mientras que el factor 2 tiene 7. El factor 1 tiene 5 afirmaciones con una media mayor o igual a 1. El factor 2 sólo tiene una afirmación que es mayor que 1. Por lo tanto, el factor 1 tiene más en cuenta las funciones mentales en el cuidado de la CUMP que el factor 2.

Para las funciones del sistema musculoesquelético y el movimiento, una afirmación muestra una diferencia significativa de 2 puntos entre los factores. También hay tres afirmaciones con una diferencia de 1,4 puntos. El factor 1 tiene 6 de las 7 afirmaciones con una media negativa. El factor 2 tiene 4 afirmaciones con una media mayor o igual a 1. El factor 2 tiene más en cuenta las funciones musculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento en los cuidados de la CUMP que el factor 1.

## Discusión

### **Funciones corporales y CUMP**

Según el análisis factorial realizado en la metodología Q, se identificaron dos factores. Todos los psicólogos encuestados tienen el mismo punto de vista sobre las funciones que se apoyan en los sistemas de atención CUMP. En cuanto al factor 1, en el que participaron el 80% de los encuestados, observamos que todas las medias positivas, mayores o iguales a 1, se sitúan en la categoría de funciones mentales. A partir de este factor 1, se puede plantear la hipótesis de que corresponde al mayor número de profesionales de CUMP. El análisis factorial puso de manifiesto que sólo las funciones mentales parecen verse afectadas por los dispositivos de atención. Más concretamente, el individuo parece ser percibido según una dicotomía mente/cuerpo. Las funciones corporales a las que se refieren los cuidados CUMP son las funciones físicas del cuerpo (sueño y nutrición). La función de la imagen corporal también se ve afectada por estos cuidados, que están representados por una dimensión psíquica del cuerpo. El factor 2, formado por el único psicomotricista encuestado y una enfermera, considera el cuerpo en otras dimensiones. El cuerpo se representa en una dimensión sensorial, psíquica y motriz. El individuo es percibido como un todo.

## **Reflexiones**

Los CUMP están siempre muy solicitados por sus intervenciones. Hoy, muchos de ellos han sido requisados para hacer frente a la situación en Ucrania. Probablemente no hubo tiempo suficiente para compartir el cuestionario y responderlo. La difusión del cuestionario en línea permite que haya más encuestados. Sin embargo, el sitio web elegido no se adapta al teléfono. Aunque esto se indicaba en el correo electrónico de presentación, algunas personas tuvieron que renunciar pensando que el enlace no funcionaba. Perdimos el 50% de los encuestados entre el cuestionario Google Forms® y el sitio Qsoftware®. Este trabajo cuestiona el lugar del investigador. "Como en toda investigación, el investigador debe mantenerse reflexivo y consciente de cómo sus prejuicios pueden influir en la interpretación de los factores". (Dariel, 2013, p.58). Por lo tanto, hay que tener cuidado de no sesgar la información recogida en la revisión de la literatura y los resultados analizados para obtener las respuestas deseadas.

## **Armonización del CUMP**

Un elemento recurrente que surgió a lo largo de esta investigación fue la disparidad entre los CUMP. El funcionamiento global está regido por el gobierno, sin embargo, sobre el terreno y en la realidad de las cosas, cada CUMP se organiza como puede. Por lo tanto, se encuentran disparidades según sus zonas geográficas, su presupuesto y sus voluntarios. Los profesionales expertos en psicotraumatismo han destacado la falta de datos científicos sobre el CUMP y la falta de aclaración de las indicaciones del CUMP y su uso. Además, no existen recomendaciones para una buena práctica de CUMP (Rerbal & al., 2017). Por lo tanto, es necesario poner al día estos sistemas actualizando regularmente las circulares y realizando investigaciones sobre el terreno para alimentar los datos científicos y reconocer o no su eficacia.

Cada trabajador debe recibir una formación inicial y continua sobre emergencias médicas y psicológicas. Se basa en el sistema nacional de referencia educativa. Este marco de referencia debe actualizarse y clarificarse en su programa, sobre todo en lo que se refiere a las reacciones inmediatas y posteriores y a los métodos de atención. Este proyecto de armonización quizá se incluya en las recomendaciones de la HAS que se están redactando actualmente sobre la evaluación y el tratamiento de los síndromes psicotraumáticos en niños y adultos. Los psicomotricistas están presentes en estos grupos de trabajo.

## **¿Y a nivel internacional?**

En los Países Bajos, se creó una herramienta de diagnóstico psicomotor para el trastorno de estrés postraumático (PMDI) alrededor de 2004 (citado en Kamp, Emck, Cuijpers y Beek, 2018). Esta herramienta individual estandarizada se basa en una tabla de observación con una calificación de ausencia a alta presencia en torno a cuatro actividades. Los criterios de observación incluyen el tono, la posición del cuerpo, el comportamiento motor y las expresiones faciales. Esta herramienta está ahora validada por la investigación (Huizing & Witte, 2015). Muchos países están abordando las intervenciones basadas en el cuerpo y el movimiento (BMOI) en el tratamiento del TEPT. Un enfoque centrado en el cuerpo sería más apropiado en algunos pacientes para trabajar la regulación emocional que falta en el TEPT (Van de Kamp & al., 2019). Las terapias incluidas en los BMOI son la psicoterapia sensoriomotriz, la terapia orientada al cuerpo (BOP), la experiencia somática y la terapia psicomotriz.

## Conclusión

El objetivo de esta investigación es averiguar qué funciones se apoyan en el cuidado del CUMP. Mediante una metodología q, el análisis factorial sacó a la luz dos factores, es decir, dos grupos de personas con una subjetividad similar. El primer grupo, formado por la mayoría de nuestros encuestados, está de acuerdo con la importancia de las funciones mentales. No se identificaron otras funciones que se vieran afectadas por los acuerdos de atención. En el segundo grupo, las funciones afectadas son más numerosas. El sujeto es entonces pensado en su dimensión motora, sensorial y psíquica. En esta investigación, apareció una gran disparidad entre los CUMP. La armonización y actualización de los protocolos permitiría abordar y gestionar las consecuencias postraumáticas generales de las víctimas.

## Introduction

Le terme traumatisme provient du grec ancien qui signifie l'action de blesser. Il existe donc depuis des millénaires avant J-C avec des évocations datant de l'Antiquité dans des textes abordant la souffrance morale des soldats et des rêves traumatiques (Pignol, 2014). En 1860, après une catastrophe ferroviaire, des troubles similaires sont décrits et incompris à l'époque. Les premiers chercheurs s'accordent à dire que l'origine du traumatisme se situerait à la suite d'une lésion dans la moëlle épinière (Pignol, 2014). Cependant, ces troubles s'expriment sans lésion apparente, une composante émotionnelle par un dérèglement du système nerveux est plutôt envisagée. C'est en 1888 qu'est introduit par Oppenheim le terme de névrose traumatique décrite à la suite d'une lésion du système nerveux central comme un sentiment d'abandon avec des paralysie temporaires et une dépression (Tréhel, 2005). Au même moment, Janet étudie les phénomènes hystériques qu'il nomme dissociation ou désagrégation mentale (Kédia, 2013). Il est également le premier psychologue à penser un traitement adapté aux réactions de stress post-traumatiques (Van der Hart, Brown & Van der Kolk, 1989). Un peu plus tard, Freud donne une dimension de l'hystérie comme consécutive à un traumatisme survenu dans l'enfance ou non. La pathologie d'état de stress post-traumatique fait son apparition dans le DSM-III (APA, 1980). Des ajouts ont été fait depuis pour distinguer l'état de stress aigu, apparu dans le DSM-IV, et l'état de stress post-traumatique.

L'évènement à potentiel traumatique est aujourd'hui défini dans le DSM-V comme un évènement menaçant pour l'individu et pouvant amener à la mort (Crocq & Guelfi, 2015). Un psychiatre français le décrit dès les années 90 comme « une rencontre avec le réel de la mort » (Lebigot, 2009, p.202). Il bouleverse la vie du sujet et l'ensemble de son intégrité psychocorporelle en causant une disjonction entre le corps et l'esprit (Van der Kolk, 2018). La victime est alors soumise à un ensemble d'éprouvés émotionnels, corporels et sensoriels intenses. En France, une prise en charge médico-psychologique est mise en place pour ces victimes spécifiques après l'attentat du RER Saint – Michel le 25 juillet 1995. En 1997, par l'initiative du Secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence de l'époque, sept Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) sont alors créés localisées à Paris, Lyon, Marseille, Lille, Nancy, Nantes et Toulouse. Elles sont composées de psychiatres, psychologues et infirmiers qui

interviennent dans une temporalité immédiate et post-immédiate. Leur rôle est de prodiguer des premiers soins spécifiques, le defusing et le débriefing, en prévention d'une installation des symptômes post-traumatiques. Nous nous questionnons sur la place des fonctions du corps dans ces outils de soins. Il convient auparavant d'analyser les pratiques professionnelles existantes et de connaître quelles fonctions du sujet elles accompagnent. Nous situant dans le paradigme de la psychomotricité et ayant évoqué une atteinte psychocorporelle et psychomotrice du sujet, notre problématique est la suivante : Quelles sont les fonctions du corps accompagnées dans les dispositifs de soin des cellules d'urgence médico-psychologique ?

Au travers de la méthodologie mixte Q, nous chercherons à recueillir la subjectivité des professionnels intervenant en CUMP. Nous présenterons tout d'abord une revue de littérature abordant le traumatisme et son accompagnement spécifique en France ainsi que la place du psychomotricien dans la prise en charge des sujets à la suite de l'évènement traumatogène. Elle sera suivie d'une description de la méthodologie et de la présentation et analyse des résultats. Nous clôturerons par une discussion autour de l'harmonisations des CUMP et des pratiques de soins utilisées à l'international.

## Revue de littérature

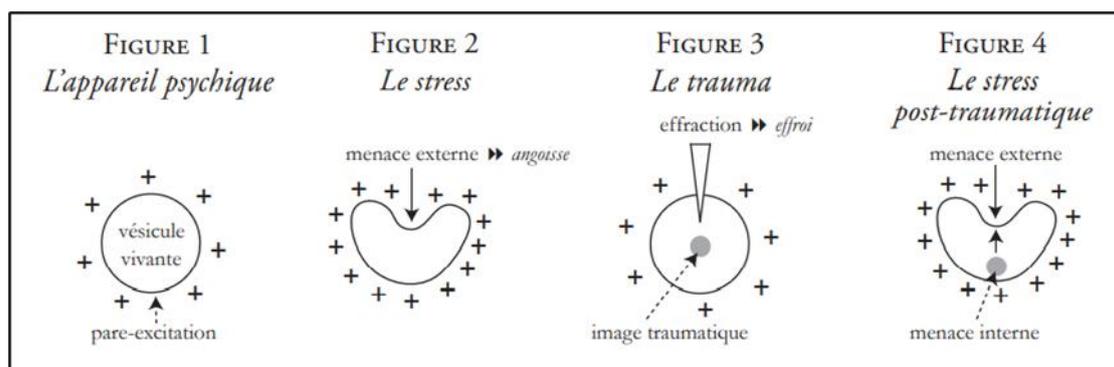
### 1. Le traumatisme

#### 1.1. Pourquoi le stress diffère-t-il du trauma ?

Le stress post-traumatique est un terme utilisé depuis l'apparition du DSM-III (APA, 1980). Cependant, bien que ce concept soit composé du terme stress, la symptomatologie et les conséquences chez le sujet sont différentes du mécanisme du stress tel que nous le connaissons et le définissons. Le stress, défini par Hans Selye, est la « réponse de l'organisme à toute sollicitation qui lui est faite » (Moisan & Le Moal, 2012, page 612). Il met donc l'organisme en état d'alerte et de défense grâce à des réactions biologiques et psychophysiologiques (augmentation du rythme cardiaque et de la température corporelle, accélération de la respiration) (Crocq, 2014).

La différence entre le stress et le trauma se situe dans l'effraction. Nous reprendrons l'explication de Freud qui schématise et diffère le stress du trauma (1920 cité par Lebigot, 2009). L'appareil psychique est une vésicule vivante (figure 1) qui subit des menaces externes durant toute sa vie. La menace externe vient alors effectuer une pression sur la vésicule, que Freud prénomme également la sphère (figure 2). Cette pression engendre du stress et de l'angoisse par la menace externe. Cependant, une fois cette menace partie, la pression se relâche. La sphère reprend alors sa forme initiale et les réponses de stress s'atténuent. Elles ont été présentes pendant un instant précis, le temps de la menace.

Dans le trauma, l'évènement et plus particulièrement l'image traumatique pénètre l'appareil psychique (figure 3). Cette image « va bouleverser le fonctionnement psychique du sujet » (Lebigot, 2009, p.202). La réponse du sujet n'est plus de l'angoisse comme dans le stress mais l'effroi qui correspond à un vide psychique, une incapacité d'activité physique. L'image traumatique restera dans l'appareil psychique du sujet et engendrera des syndromes de répétition, des flash-backs dû à cette menace interne (figure 4) : c'est l'état de stress post-traumatique.

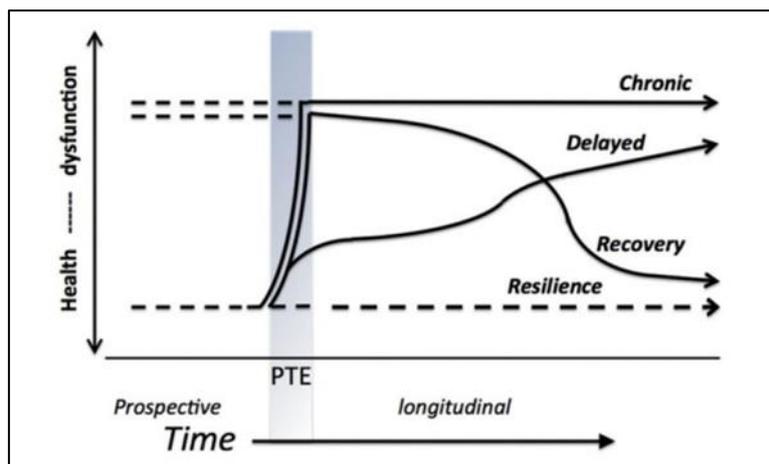


Figuration du stress et du trauma (Freud cité par Lebigot, 2009)

## 1.2. Le Trauma

Le concept du psychotraumatisme repose sur le ou les évènement(s) passé(s). Les termes sont multiples pour désigner le traumatisme : potentiellement traumatique, à risque, critique, traumatogène. Sont-ils tous synonymes ? Quel terme privilégier ? L'ensemble de ces termes est équivalent et repose sur le fait qu'un même évènement n'aura pas la même réponse chez tous les individus. Par exemple, un viol n'aura pas comme conséquence un état de stress post-traumatique chez l'ensemble des victimes. Des facteurs liés à l'évènement, à la personne et à son environnement entrent en jeu à la suite de cet évènement ce qui déterminera la réponse du sujet (Josse, 2013). C'est pourquoi il est aujourd'hui parlé d'évènement potentiellement traumatique (EPT). La potentialité correspond ici aux différentes trajectoires que peut prendre un sujet à la suite d'un évènement traumatogène.

Le psychologue américain Georges Bonanno (2004) développe les différentes trajectoires pouvant être prise par les sujets à la suite d'un évènement traumatogène en fonction du temps. Il distingue la résilience, la récupération, l'apparition retardée et le stress post-traumatique chronique.



Trajectoires prospectives et longitudinales couramment observées de réponse à un traumatisme potentiel. Adapté de « Perte, traumatisme et résilience humaine : Avons-nous sous-estimé la capacité humaine à prospérer après des événements extrêmement aversifs ? » (Bonanno, 2004 cité par Galatzer-Levy, Huang & Bobanno, 2018).

Ces trajectoires incluent donc la capacité de résilience des individus qui se prolongent dans le temps, avec une santé psychologique et physique stable avant et après l'évènement selon l'auteur. Il y a ensuite la récupération progressive, recovery, avec une détresse présente à la suite de l'EPT et prolongée mais qui décroît dans le temps. L'apparition retardée, delayed, concerne une perturbation du fonctionnement du sujet avec l'émergence des symptômes quelques temps après l'EPT. Enfin, le dernier axe, chronic, représente la chronicisation des symptômes de détresse dans le temps.

### 1.3. Les conséquences à la suite d'un évènement à potentiel traumatique

#### 1.3.1. La réaction de stress aigu ou trouble de stress aigu

Selon la CIM-11, les réponses du sujet face à l'évènement à potentiel traumatique ne sont pas considérées comme un trouble mental mais comme une réaction normale à la suite de l'évènement. Ces symptômes, incluant les signes d'anxiété (tachycardie, transpiration), la peur, l'hyperactivité ou l'inactivité, la colère, l'hébétude, la confusion, la stupeur ou encore le retrait social, peuvent survenir quelques heures à un mois après l'évènement (OMS, 2022). Le DSM-V définit au contraire l'ensemble de ces réactions comme un trouble de stress aigu appartenant aux troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (Crocq & Guelfi, 2015). Les critères

diagnostiques s'effectuent autour de groupes de symptômes : « intrusion, humeur négative, dissociation, évitement ou hyperactivation » (Josse, 2013, page 5). Le patient doit présenter au minimum 9 des 14 symptômes possibles durant au moins 3 jours et jusqu'à un mois après l'évènement (Crocq & Guelfi, 2015).

### 1.3.2. Le trouble de stress post-traumatique

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou syndrome de stress post-traumatique (SSPT) correspond au diagnostic passé un mois de délai à la suite de l'évènement traumatogène. Dans la CIM-11, le TSPT fait partie des troubles spécifiquement associés au stress. Il se développe à la suite d'une exposition à un ou plusieurs évènement(s) traumatogène(s). Les critères diagnostiques se composent des reviviscences de l'évènement sous forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars ; de stratégies d'évitements des pensées intrusives, activité et personne rappelant l'évènement ; de la perception persistance d'une menace pouvant prendre la forme d'une hypervigilance ou de réactions de sursaut. Les symptômes persistent pendant au moins un mois et entraînent des altérations chez le sujet dans ses sphères personnelle, familiale, sociale et professionnelle (Crocq & Guelfi, 2015).

Dans le DSM-V, le TSPT fait partie des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. La liste de vingt symptômes sont regroupés selon cinq grandes parties : être exposé à un ou plusieurs évènements traumatique(s), revivre l'évènement, mettre en place des stratégies d'évitement, présence d'une altération négative des cognitions et de l'humeur et présence d'une altération de l'éveil et la réactivité. L'ensemble de ces symptômes entraîne une souffrance significative chez le sujet ainsi qu'une rupture avec son fonctionnement antérieur. Afin de poser le diagnostic de SSPT, la présence d'au moins six symptômes doivent être observés depuis plus d'un mois (Crocq & Guelfi, 2015).

## 2. L'accompagnement dans l'urgence du trauma

### 2.1. Quels soins dans l'urgence en France ?

Il existe de nombreuses structures et intervenants de l'urgence en France. Il sera ici développé les acteurs spécifiques dans le cadre d'un évènement traumatogène. Les premiers intervenants généralement appelés en premier temps sont les policiers ou

gendarmes. Ils sécuriseront les lieux et investigueront de manière pénale si nécessaire. Les équipes médicales vont suivre : le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Ces services apporteront une aide médicale, administreront des premiers soins et transporteront les blessés graves aux urgences (Ministère des solidarités et de la santé, 2022). Ils se joindront au Service Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) plus communément appelés les pompiers ou la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP) en région parisienne. En fonction de la nature de l'évènement (terrorisme, prise d'otages) des groupes spécifiques pourront être appelés. Le Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale (GIGN) intervient en cas de situations à risques (Ministère de l'Intérieur, 2021). L'armée peut également être sollicitée. Selon le lieu de l'évènement (mer, montagnes), des intervenants seront appelés comme les sauveteurs en mer (SNSM) ou le Peloton d'intervention de la Gendarmerie nationale en Haute Montagne (PGHM). Après une évaluation de la situation, le médecin responsable du SAMU déclenchera la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) pour prendre en charge spécifiquement les blessés psychiques.

## 2.2. Les cellules d'urgence médico-psychologique

### 2.2.1. Historique

Après l'attentat du RER Saint – Michel le 25 juillet 1995, le gouvernement établit un organisme spécifique pour la prise en charge des blessés psychiques. La circulaire datant du 28 mai 1997 donne la création des cellules d'urgence médico-psychologique. Ces cellules sont déclenchées pour tout événement « impliquant un grand nombre de victimes et/ou susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent » (Vallet, Armanteras de Saxé & Ricordeau, 2017, p.2). Le but de ces équipes est de réduire les blessures afin de prévenir l'installation de pathologies chroniques (Rerbal & al., 2017). En 1997, sept cellules départementales furent créées à Paris, Lyon, Marseille, Lille, Nancy, Nantes et Toulouse avec chacune composée entre autres, d'un psychiatre, un psychologue et une secrétaire. Dans les autres départements métropolitains et d'outre – mer, un psychiatre référent départemental est nommé et rattaché à une des CUMP départementales selon son secteur. Après un constat porté sur cinq ans de fonctionnement des CUMP, le gouvernement, afin de répondre à l'augmentation du

nombre des interventions des équipes, décide en 2003 de renforcer le dispositif existant. Chaque région est donc désormais équipée d'un ensemble de professionnel permanents à la CUMP. Pour consolider les différentes équipes d'urgence médico – psychologique, il est autorisé l'élargissement du recrutement des professionnels de santé et volontaire afin de répartir les intervenants et répondre le plus efficacement possible aux besoins des victimes. En effet, dû à l'augmentation des évènements traumatiques, les intervenants furent sollicités plus souvent et parfois durant une durée relativement longue (Couty & Abenhaim, 2003).

A partir de 2017, différents types de CUMP se distinguent. Les CUMP départementales sont rattachées aux établissements de santé, siège du SAMU. Elles sont composées chacune d'un psychiatre référent, nommé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de professionnels de santé volontaires. Certaines cellules départementales sont désignées par l'ARS comme étant des CUMP départementales renforcées afin de répondre à une forte activité au sein du département (Vallet & al., 2017). Un autre sous-type de cellule est la CUMP régionale. Elle assure la coordination des cellules départementales de l'ensemble de la région. Leur fonctionnement reste inchangé quant aux autres CUMP, cependant, elles doivent répondre à d'autres missions comme établir une liste de l'ensemble des volontaires de la région, participer à la formation des intervenants, assurer un lien entre l'ensemble des CUMP départementales afin d'assurer une permanence et une continuité des soins. Un dernier sous-type de cellule sont les CUMP zonales. Elles assurent « un appui technique à l'ARS de zone pour l'élaboration du volet médico – psychologique du plan zonal de mobilisations des ressources sanitaires » (Vallet & al., 2017, p.6). En cas de situation sanitaire exceptionnelle (adaptation du dispositif lors d'un évènement ayant une plus grande ampleur, durée et impact), elles coordonnent l'ensemble des CUMP situés dans la zone de l'évènement.

### 2.2.2. Buts et fonctionnement

Les buts des CUMP sont multiples. Il faut tout d'abord assurer la mise en place d'un ou plusieurs postes d'urgence médico-psychologique (PUMP) dans un lieu approprié, à proximité de l'évènement. Un PUMP téléphonique est également organisé afin de répondre aux demandes des victimes et familles. Les victimes arrivant au poste d'urgence sont ensuite tracées afin de suivre le parcours de soin du patient et pouvoir

identifier l'ensemble des victimes. Les victimes accueillies sont ensuite accueillies par un infirmier, un psychologue ou un psychiatre. Le professionnel de santé pourra alors prodiguer les soins médico-psychologiques immédiats. Il est important de spécifier que les CUMP peuvent prendre en charge aussi bien les victimes de l'évènement que toutes les personnes impliquées (sauveteurs, professionnels de l'urgence, témoins). A la suite de ce temps de soin sera délivré « un certificat médical descriptif des lésions médico-psychologiques » (Vallet & al., 2017, p.8). Suivant l'état du patient, des soins post-immédiats pourront lui être proposés ainsi qu'une orientation vers un dispositif plus adapté (Rerbal & al., 2017).

Le SAMU est le premier groupe médical à intervenir sur le lieu de l'évènement traumatique. Le médecin référent décidera ou non de déclencher la CUMP après une « analyse de la situation et des référentiels de bonnes pratiques de l'urgence médico – psychologique » (Vallet & al., 2017, p. 8). Les psychiatres ont diverses missions avec tout d'abord le rôle de coordination de la cellule qu'elle soit départementale, régionale ou zonale. Durant le schéma d'intervention, le psychiatre sera la personne en liaison avec le SAMU et l'ensemble des établissements de santé pour orienter les victimes en fonction de la nécessité de soin. Il rédigera également l'ensemble des certificats médicaux des victimes accueillies au sein du dispositif. En tant que coordinateur, le psychiatre doit constituer une liste de l'ensemble des professionnels susceptible d'intervenir en cas d'urgence médico-psychologique. Il est également responsable des formations des volontaires de la CUMP sur la prise en charge dans l'urgence psychotraumatique. Le psychologue peut être nommé référent de CUMP si un psychiatre ne peut assurer cette fonction. Dans ces cas – là, il assure les missions décrites précédemment. Lors des schémas d'intervention, le psychologue participe aux soins immédiats et post – immédiats. Ces soins peuvent se prodiguer par équipe de deux mais également seul. Le psychologue terminera par un temps de partage des observations avec le psychiatre afin de l'aider à définir si un suivi doit être débuté chez certaines victimes. Il y a enfin l'infirmier qui assure les entretiens d'accueil et d'orientation et ainsi permettre aux victimes de ressentir un premier cadre sécurisant par une attitude et un discours bienveillant. Compte tenu de sa formation, l'infirmier est à même d'observer et repérer les comportements des victimes accueillies (agitation, conduites suicidaires, angoisse).

A partir de ces premiers entretiens, les psychiatres et psychologues auront les informations nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques du patient : réaction au stress aiguë, antécédents médicaux (personne cardiaque par exemple) ou pathologies diagnostiquées, informations connues du patient sur l'événement. Selon l'événement et le nombre de personnes impactées, la durée de l'intervention varie et les intervenants se relaient. A la fin du schéma d'intervention, un temps de débriefing est organisé avec tous les intervenants réquisitionnés. Ce moment est important et primordial car l'équipe, également confrontée à des situations et récits choquants, peuvent développer des états de stress spécifiques aux professionnels de santé comme la fatigue de compassion ou le traumatisme vicariant. Tous deux font suite à une exposition « répétée de degré de souffrance intense » (Brillon, 2013, p.30). La fatigue de compassion correspond à un état d'usure et de détresse. Le soignant est alors hypersensible au discours des patients. Dans le traumatisme vicariant, le soignant va identifier les images traumatiques des victimes comme étant les siennes (Lebel, 2015). Il développera alors des reviviscences, de l'évitement et un état d'alerte permanent (Brillon, 2013).

L'ensemble de ces professionnels de santé est pour la plupart volontaire au sein de la CUMP. Ces volontaires sont des personnes travaillant dans la fonction publique hospitalière pour bon nombre d'entre eux. Après une convention passée entre la CUMP et l'établissement employeur, le volontaire pourra être réquisitionné, sur son temps de travail en cas de déclenchement d'un schéma d'intervention. Des temps de formation sont dispensés aux nouveaux volontaires de la CUMP. Un référentiel national détermine les différentes parties à aborder : la catastrophe et les plans de secours, l'organisation des CUMP, le stress et le psychotraumatisme (épidémiologique, psychopathie et neurobiologie), les formes cliniques spécifiques et les prises en charge CUMP (Vallet & al., 2017).

En dehors des schémas d'intervention, les temps d'organisation de la CUMP ne sont pas régis sous une circulaire gouvernementale. Chaque cellule peut donc effectuer des temps de rassemblements si elle le souhaite en déterminant la fréquence et les sujets abordés. Il est le plus souvent retrouvé des temps de synthèses non obligatoire organisés tous les mois ou les deux mois. Les thèmes abordés sont une partie spécifique du psychotraumatisme sous forme de conférence, des questionnements ou problèmes soulevés par des volontaires et des rappels des dispositifs d'interventions.

Les CUMP sont donc actives en permanence ; avant, en prévention d'un évènement, pendant, avec la prise en charge des victimes et après, avec le soutien des intervenants entre eux. Cela est nécessaire afin d'assurer une continuité et un bon fonctionnement des interventions au fil des différents évènements traumatiques.

### 2.2.3. Dispositifs de soins

#### 2.2.3.1. Le *defusing*

Le soin immédiat se nomme le *defusing*. La traduction littérale de ce terme est désamorçage. Il se déroule durant les premières heures suivant le traumatisme. Le *defusing* est à destination des victimes en état de stress adapté et accessible à la relation. Les victimes étant en état de stress dépassé (sidération, agitation) ne doivent pas être confronté à la répétition de l'évènement par la narration comme utilisé dans le *defusing*. Il faudra patienter afin qu'un contact relationnel soit possible (Rerbal & al., 2017). Selon Louis Crocq (cité par Bessoles, 2006), le *defusing* est un entretien ayant pour but de verbaliser l'évènement passé et les affects de la victime. Ce moment sert à « favoriser la décharge émotionnelle par le langage » (Rerbal & al., 2017, p. 417). Il permet donc un premier accueil des différentes réactions du psychotraumatisme. À la suite d'un entretien, un psychologue intervenant en CUMP considère ce temps comme un accueil de la personne et de l'ensemble de ces réactions ou non réactions. Le but premier est d'assurer une continuité psychique entre l'anté et le post – traumatique ; lui faire comprendre où elle se trouve, ce qu'il s'est passé, ce qu'il va se passer dans les heures qui suivent. Le professionnel doit accueillir la victime avec sa détresse psychique peu importe son expression, mais également assurer la fonction de réassureur. Par sa position et son discours, cette personne va être contenante et étayer la victime dans sa verbalisation. Le *defusing* est un outil psychothérapeutique où la verbalisation a une grande place afin d'aider la victime à élaborer pour intégrer l'évènement (Ducrocq, 2009). Le *defusing* est une première approche permettant de désamorcer les réactions post-traumatiques mais est généralement insuffisant. Le débriefing est donc généralement proposé en soin post-immédiat, de quelques heures à quelques jours après l'évènement.

### 2.2.3.2. Le débriefing

Le terme de débriefing est issu des Etats – Unis pendant la seconde guerre mondiale. Avant chaque opération, les soldats assistaient à un *brief*, un temps d'informations de leurs missions. Une fois revenu de cette opération, les soldats faisaient un compte rendu du déroulé de la mission nommé débriefing (Lebigot, 2016). Aujourd'hui, le débriefing peut s'effectuer en groupe, si plusieurs personnes ont vécu le même traumatisme, mais également en individuel. Le projet Sphère (2011) définit le débriefing psychologique comme « faciliter la décharge en encourageant la personne concernée à raconter brièvement mais de manière systématique les perceptions, pensées et réactions émotionnelles qu'elle a vécues pendant un récent événement stressant » (Le projet Sphère, 2011, p.385). Il a pour but de rassurer les sujets compte tenu de leurs réactions face à cet événement (Tenenbaum, 2017). Un des objectifs principaux du débriefing est d'« inciter à la verbalisation de leur expérience singulière de l'événement traumatique » (Bessoles, 2006 , p.234). La verbalisation spontanée sur laquelle s'appuie le débriefing favorise une abréaction cathartique de la victime (Ducrocq, 2009). Par la suite, le professionnel informe la victime sur les réactions post-traumatiques possibles et prépare le retour auprès de sa famille.

### 2.2.3.3. Aujourd'hui remis en question

Le *defusing* et le débriefing sont les outils cliniques les plus communément utilisés au sein des CUMP depuis les années 80 (Goujard, 2021). Cependant, ils sont aujourd'hui remis en question par un manque de recherche sur leur efficacité clinique préventive de l'installation d'un TSPT (Goujard, 2021). Orner et Avery, psychologues cliniciens, abordent, dès 1997, le manque de preuve cohérente de son efficacité bien qu'ils accordent une utilité au débriefing. Ils recommandent de revoir les objectifs du débriefing psychologique (Orner, 1997 ; Avery & Orner, 1998). L'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) ne recommande pas aujourd'hui l'utilisation du débriefing (ISTSS, 2020). Le projet Sphère le définit comme « au mieux inefficace » (Le projet Sphère, 2011, page 385) et devant être évité. L'ensemble de ces articles pose la question de l'inclusion des personnes à bénéficier ou non d'un débriefing (Goujard, 2021). L'exposition à un événement traumatogène est-elle suffisante ?

### 2.3. Et à l'international ?

Le modèle SIX/C a vu le jour en Israël il y a de cela dix ans. Il est né au sein de l'armée israélienne par l'intervention du professeur Moshe Farchi. Ce protocole est basé sur l'action cognitive et fonctionnelle (Farchi, Cohen & Mosek, 2014). En effet, le DSM – V décrit un sentiment d'impuissance à la suite du traumatisme perçu par l'individu (Crocq et Guelfi, 2015). Le but de ce modèle est d'agir sur ce sentiment afin de le transformer en sentiment d'adaptation par les différentes actions demandées. Les objectifs sont de « faire basculer la personne d'une posture de victime sans défense à une survivante qui s'adapte en réduisant les réactions de stress aigu, réduire le risque de SSPT de l'impliqué et du primo-intervenant et augmentation de la résilience personnelle et globale » (Halioua, 2021). Six principes constituent ce modèle : *commitment* (engagement), communication, cognition, continuité, *challenge* et contrôle. Par une communication cognitive et un engagement corporel et moteur, la désorientation temporelle, le débordement émotionnel, le sentiment de solitude et d'impuissance seront réduits. (Farchi & al., 2018). Ce protocole est perçu comme le Prévention et Secours Civiques (PSC) du soin psychique et à destination de l'ensemble de la population israélienne à partir de 7 ans. Il est donc utilisé par des professionnels de santé ou non (Halioua, 2021).

Ce modèle est aujourd'hui intégré dans de nombreux pays comme l'Angleterre, les armées américaines et allemandes ou encore la Grèce (International central for functional resilience, 2021). Ce protocole commence à se développer en France et en Belgique par un module de formation possible en présentiel ou distanciel. Validé par deux psychiatres spécialistes du psychotraumatisme, cette formation est dispensée par Emmanuelle Houlioua, représentante et instructrice du protocole en France et en Belgique (Haehnsen, 2021).

### 3. Le psychomotricien comme vecteur de résilience

#### 3.1. La résilience

##### 3.1.1. Définition

Le terme de résilience est aujourd'hui utilisé dans toutes les situations. Avoir une grande capacité de résilience, soyons résilients, encore plus dans le contexte sanitaire dans lequel nous vivons. Cependant, la première définition prend son essence du latin *re-salire* qui signifie ressaut et concerne le domaine physique. Elle représente donc la capacité d'un matériau « à résister aux chocs et à reprendre sa forme initiale » (Cyrulnik & Jorland, 2012, p. 8). C'est Emmy Werner, psychologue américaine, qui propose la métaphore de ce concept dans les années 50 à la suite de recherches menées auprès de 698 enfants sur une île hawaïenne (Cyrulnik, 2012). La résilience est donc définie comme « un processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique » (Cyrulnik & Jorland, 2012, p. 8).

##### 3.1.2. Facteurs de résilience

Le processus de résilience est dynamique et propre à chacun. Cependant, plusieurs facteurs le favorisent. Un des premiers facteurs est la résilience affective qui se met en place dès la grossesse. L'attachement sécure, entre une mère et son enfant, permettra ultérieurement se souvenir de ses sentiments d'amour, de savoir que l'on a été aimé et que ses sentiments pourront renaître. La sphère familiale, le soutien apporté permettra à la personne traumatisée de se sentir dans un espace sécurisé. Etre entouré va permettre une sécrétion d'hormones comme l'ocytocine, hormones du plaisir (Cyrulnik, 2012). Le second facteur de résilience porte sur le sens. Afin de surpasser cet évènement et pouvoir continuer sa vie, le sujet doit pouvoir donner du sens à ce moment passé afin de l'accepter de le dépasser (Cyrulnik, 2018). La parole est bien sur utilisée afin d'élaborer sur le traumatisme et ses effets. Cependant, certaines victimes trouvent du sens dans des activités sportives et/ou artistiques. Pour certains, le sport permet de faire face aux difficultés de l'après évènement (Berland, 2017). Pour d'autres, l'art permet la mentalisation par la sublimation de la blessure (Cyrulnik & Jorland, 2012). Le soutien et le sens sont enfin apportés au travers du soin.

Quelle place pourrait alors avoir le psychomotricien dans la résilience de ces victimes ? Pourrait-il être tuteur de résilience ?

### 3.2. Fonctions psychomotrices et psychotraumatisme

« Des réactions physiques, telles que douleur, engourdissement physique dépersonnalisation ou aliénation du corps, augmentation de la tension et de la douleur musculaire, agitation psychomotrice et image négative du corps sont souvent rapportés à la suite d'événements traumatisants. Dans la pratique clinique actuelle, cependant, très peu d'attention est accordée à ces aspects physiques souvent invalidants ». (Ogden & Minton, 2000 ; Pole, 2007 ; Schefers et al., 2017 cité par Van de Kamp et al., 2018, p.34)

Avant d'aborder le trauma sous l'angle de la psychomotricité, nous devons préciser de quel corps nous parlons. De nombreux points de vue du corps peuvent s'opposer, le corps physique fait de chair, d'organes et de muscles, le corps que nous avons, le corps que nous sommes, le corps comme vecteur d'émotions. En phénoménologie, le corps est perçu selon deux modalités : un corps physique et un corps incarné (Merleau-Ponty, 1945). Le corps Körper et le corps Leib sont indissociables afin de créer un être ouvert au monde capable d'expérience (Gennart, 2011). La phénoménologie et la psychomotricité ont des valeurs communes. Toutes deux ne peuvent penser le corps selon la dichotomie corps/esprit. Le corps est donc source d'expériences, de ressentis, vecteur d'émotions et base de la conscience de soi (Saint-Cast, 2021).

Dès l'effraction traumatique, la sphère psychocorporelle et psychomotrice est impactée. C'est à cet instant que le traumatisme va s'inscrire dans le corps par un ensemble de sensations et ressentis corporels (Defontaine, 2018). L'image traumatique étant trop insupportable et dénuée de sens, l'individu met en place des réponses, comme la dissociation et/ou la dépersonnalisation, afin de se protéger. L'esprit va donc se dissocier du corps, avec un sentiment de ne plus être présent dans son corps (Lebigot, 2016). Ces troubles somatoformes pourront se chroniciser et se manifester lors de reviviscences. En fonction de l'évènement et de la manière à chacun d'y faire face, le corps peut être décrit comme pétrifié et soumis à des douleurs intenses (Coq & Le Maléfan, 2015). Afin d'éviter l'effondrement du corps et du sujet,

une dérégulation du dialogue tonico-émotionnel se met en place, certains auteurs parlent de sidération tonique (Daudin, Defontaine & Coutier, 2014). Elle peut alors s'inscrire dans le temps et former une carapace tonique permettant au sujet de se protéger face à de possibles futurs attaques (Boscaini, 2003).

Les réviviscences, qu'elles soient sous forme de flash-backs ou de cauchemars, vont altérer la perception du temps et de l'espace vécu du sujet. Ses repères spatio-temporels sont désorganisés et figés au moment de l'évènement. Crocq parle de bouleversement de la temporalité (Crocq, 2012). Lors des reviviscences, les sensations corporelles et sensorielles seront identiques au moment de l'évènement, d'une intensité toute aussi forte. « Les signes corporels qui ont été, au moment du trauma, des réactions essentielles peuvent désormais être perçus comme dangereux » (Rotschild, 2008, p.20). Ces souvenirs sensoriels, perçus comme dangereux, bouleversent l'intégrité psychocorporelle du sujet (Van der Kolk, 2018). L'ensemble des émotions perçus sera également toujours très intense. Une dysrégulation des affects perdure ainsi que des troubles de la conscience corporelle (Lanius, Bluhm & Frewen, 2011 ; Pole, 2007 ; Schauer & Elbert, 2010 cité par Van de Kamp et al., 2019). Le corps est alors source de douleurs et sensations désagréables qui rappellent à tout moment le traumatisme (Defontaine, 2018). L'expression corporelle en sera réduite jusqu'à être figée. Le schéma corporel et l'image du corps se réorganisent par un surinvestissement de certaines zones corporelles ou au contraire une anesthésie du corps. Des comportements d'hyperactivité, de conduites d'addictions, d'instabilité et de mise en danger de soi peuvent être observés pour contrer et anesthésier les ressentis (Defontaine, 2013 ; 2018). Par l'ensemble des conduites décrites précédemment, le sujet est privé du sentiment d'être maître de soi et est envahi par les répercussions du psychotraumatisme qui rythment et bouleversent sa vie. Les changements d'humeurs causés par la fatigue, la peur, l'hypersensibilité entraînent une incompréhension de soi et progressivement une perte identitaire (Van Der Kolk, 2018).

A la suite de l'évènement traumatogène, des répercussions vont impacter le présent et le futur de la personne. Une « discontinuité du sentiment d'exister » (Saint-Cast & Scialom, 2016, p.2) va maintenir le sujet au moment du traumatisme. L'ensemble des fonctions psychomotrices impacté entraîne une rupture du lien à soi et empêche la personne d'être en lien avec son environnement et le monde qui l'entoure.

### 3.3. Le psychomotricien face au psychotraumatisme

Le psychomotricien intervient-il dans le circuit de soin du psychotraumatisme et à quelle temporalité ? Un rapport sur la résilience (Rudetzki,2016) concerne plusieurs recommandations sur la prise en charge des victimes d'attentats Le but de ces recommandations étant de faciliter la résilience chez ces victimes. Différentes méthodes sont donc citées pour participer à la thérapie de ces sujets dont la psychomotricité comme exemple de thérapie et ayant « toute leur place dans le parcours personnalisé de la résilience » (Rudetzki, 2016, p. 32). Par sa spécificité psychocorporelle, la psychomotricité a, entre autres, pour buts de « réorganiser l'image corporelle qui a subi une effraction et proposer un espace de (re)construction d'identification et de représentation » (Rudetzki, 2016, p. 32). La relaxation est la médiation citée afin de réduire les différentes tensions corporelles et notamment musculaires et ainsi retrouver des sensations agréables et du plaisir dans un corps qui a pu être touché et blessé lors d'un évènement.

Plus récemment, en 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une note de cadrage sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques chez l'enfant et l'adulte. Le psychomotricien fait partie de ce groupe de travail et est cité comme professionnel cible de ces recommandations. Actuellement, en France, le psychomotricien est présent dans les services de psychiatrie ou sont accueillis des patients présentant des psychotraumatismes dont certains un trouble de stress post-traumatique. Il existe plus spécifiquement des services de prise en charge du psychotraumatisme où le psychomotricien intervient. Plus récemment, depuis la création du Centre National de Ressources et de Résilience (CN2R) en 2018, douze Centres Régionaux du Psychotraumatisme (CRP) ont émergé en France (Annexe 1). Les CRP sont des lieux d'orientation et/ou de prises en soins spécialisés pour les patients victimes de psychotraumatisme (CN2R, 2022). Actuellement, seulement une psychomotricienne est salariée dans l'un des douze CRP.

Le psychomotricien est donc un professionnel de santé intervenant dans la boucle de soin du psychotraumatisme une fois le diagnostic posé et la chronicité installée. Dans une temporalité plus prématurée, notamment dans les CUMP, le psychomotricien a du mal à faire sa place dans ce fonctionnement de l'urgence. Cela questionne plus largement l'intervention du psychomotricien dans l'urgence. De nombreux projets ont

été mis en place notamment durant la crise de la COVID-19 ou les psychomotriciens ont agi rapidement, dans l'urgence, en prévention d'un traumatisme et de ses répercussions (Dias Da Silva & Akian, 2021). Il est aujourd'hui difficile de référencer l'ensemble des psychomotriciens volontaires. Selon nos connaissances via nos actions auprès de l'Association Psychomotricité et Psychotraumatisme, les psychomotriciens volontaires en CUMP seraient une dizaine en France Métropolitaine et Outre-Mer.

#### 4. Problématique

À la suite de l'ensemble des données présenté précédemment, l'évènement traumatique vient, par son effraction, bouleverser l'unité psychocorporelle et globale du patient. Des conséquences psychiques, physiques, émotionnelles et cognitives sont immédiates chez la victime. Les dispositifs de soin présentés que sont le defusing et le débriefing sont les techniques utilisées dans le cadre des CUMP en prévention de l'installation d'un trouble de stress post-traumatique. Ces soins interviennent par la médiation de la parole en accédant à l'espace psychique pour accorder un espace de décharge émotionnelle. Cependant, qu'en est-il des autres sphères de l'individu également affecter par le traumatisme ? Notre problématique est la suivante : Quelles sont les fonctions du corps accompagnées dans les dispositifs de soins des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique ? D'autres questions s'ajoutent à savoir : Les CUMP adoptent-elles une vision dichotomique de l'individu ? Les dispositifs de soin des CUMP prennent-ils en charge la détresse psychique au détriment du reste de la victime ?

Afin d'apporter des éléments de réponses à ces questions, nous utiliserons la méthodologie mixte Q. Cette méthodologie est intéressante afin d'explorer des sujets complexes et discutés (Watts & Stenner, 2003 cité par Watts & Stenner, 2005). Le psychologue William Stephenson, créateur de la méthode, souligne que cet outil permet de faire des découvertes sur un sujet précis plutôt que de faire valider ou invalider un raisonnement à partir d'hypothèse. Cette idée a également été reprise par Stainton Rogers qui indique que la méthodologie Q permet d'apporter des réponses à des questions complexes (1954, cité par Watts & Stenner, 2005).

## Méthodologie

### 1. Cadre de la recherche

#### 1.1. Choix de la méthodologie

L'organisation des CUMP, la formation des volontaires et leurs applications sur le terrain sont régies par des circulaires gouvernementales (Vallet, Armanteras de Saxé & Ricordeau, 2017). Cependant, après des entretiens menés auprès de professionnels de différentes CUMP et selon la revue de littérature, chacune semble s'organiser individuellement en fonction de ses moyens et de ses volontaires qui ne sont pas identiques entre elles. Il peut donc y avoir de nombreuses différences entre ces cellules et leurs visions du soin auprès des victimes. En effet, certaines cellules disposent de volontaires utilisant l'hypnose, certaines ont des statisticiens, assistantes sociales et des psychomotriciens comme volontaires. D'autres CUMP seront plus frileuses à accueillir des volontaires psychomotriciens. En effet, ils ne pensent pas que le psychomotricien puisse s'inscrire dans le fonctionnement existant. À la vue du nombre de CUMP en France et de leurs disparités, nous nous questionnons sur les fonctions du corps accompagnées dans les CUMP. En rappelant le paradigme de la psychomotricité dans lequel nous nous situons, nous cherchons donc à obtenir une vision globale des outils de soins. La méthode Q a donc été choisie afin de recueillir les fonctions concernées par les dispositifs de soin dans les CUMP à partir de réponses de plusieurs professionnels des CUMP de France et d'Outre-Mer.

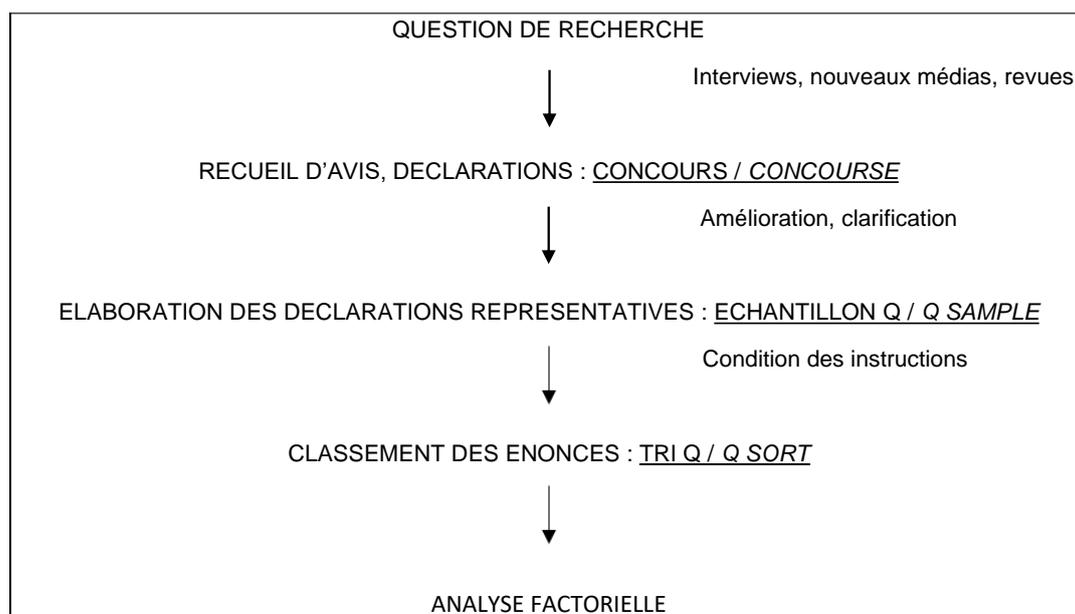
#### 1.2. Méthodologie Q

##### 1.2.1. Présentation

La méthodologie Q a été développée par le psychologue et physicien William Stephenson durant les années 30 (Gauzente, 2013). L'objectif de Stephenson est d'étudier et d'évaluer la subjectivité des individus à travers une méthodologie mixte. Selon lui, la subjectivité renvoie au fait « de voir les choses exclusivement par l'intermédiaire de son esprit » (Stephenson cité par Pirou et al., 2009, p.2). Le premier article abordant cette méthodologie date de 1935, cependant, l'outil final date de 1953 (Stephenson, 1935 ; 1953). La lettre Q vient en opposition à la méthodologie R. Le but de la méthodologie R est d'évaluer les variables alors que la méthodologie se porte

sur le qualitatif et le subjectif, soit une évaluation sur les personnes. Elle renvoie alors à « l'évaluation subjective faite par un individu d'un ensemble d'énoncés permettant de caractériser son vécu d'une situation, son point de vue sur une idée, un objet, sa réaction à un problème » (Gauzente, 2013, p. 72). A travers d'une analyse factorielle, la méthodologie réunit la recherche qualitative et quantitative. Cette méthodologie permet de développer une science de la subjectivité (Gauzente, 2008). Le désir de Stephenson était d'appliquer cette méthodologie à la psychologie. Elle est aujourd'hui utilisée dans de nombreux domaines comme les sciences politiques, la médecine, l'éducation et la psychomotricité. De nombreuses recherches en psychomotricité utilisant la méthode Q ont émergé depuis 2005.

La méthodologie Q requiert une mise en œuvre rigoureuse. Il faut tout d'abord déterminer une question de recherche. Le temps suivant se porte sur le travail d'une revue de littérature en lien avec la question de recherche. Des entretiens sont également effectués auprès d'experts sur l'objet d'étude. Ces étapes forment la théorie des concours. Le but est de recueillir l'ensemble des énoncés en lien avec la question de recherche. A la suite de ces étapes, l'échantillon Q est créé et composé d'étiquettes ou appelés aussi énoncés. Ces étiquettes peuvent être sous la forme de mots, d'images ou encore d'expression. Le tri Q s'effectue ensuite auprès des répondants. Ils devront classer l'ensemble des énoncés selon une loi quasi-normale avec un nombre d'énoncés attendu par colonne. Chaque colonne aura un nombre de points qui sera utilisé pour la dernière faisant suite au recueil des données : l'analyse factorielle. Les différentes étapes sont clarifiées ci-dessous sous la forme d'un schéma (Amin, 2000).



### Etapes de la méthodologie Q (Amin, 2000)

#### 1.2.2. Entretiens

Selon la méthode Q, des entretiens sont nécessaires avant de composer les énoncés. Le but est de recueillir des informations sur l'objet d'étude. Un guide d'entretien a donc été créé au préalable (Annexe 2). Le guide d'entretien est volontairement composé de peu de questions, ouvertes. L'objectif est de recueillir l'expérience du professionnel sans l'influencer. Les entretiens ont été effectués auprès de professionnels de santé expert dans le domaine du psychotraumatisme. Deux entretiens étaient prévus auprès de psychologue. Seulement un entretien a pu s'effectuer. Le second a été annulé faute de créneaux communs. Nous n'avons pas recherché d'autres professionnels. En effet, par notre activité au sein de l'Association Psychomotricité et Psychotraumatisme (APP) depuis 2018, nous nous sommes entretenus, à diverses occasions, avec des psychiatres, psychologues et infirmiers experts dans le domaine du psychotraumatisme. Un journal de bord est tenu à la suite de l'ensemble de ces discussions. Nous avons donc jugé qu'un autre entretien n'était pas nécessaire puisque les informations ont également été collectés à travers la revue de littérature.

### 1.2.3. Théorie des concours : élaboration et validation des énoncés

La théorie des concours s'appuie sur la signification. En effet, un mot peut avoir plusieurs significations en fonction d'un contexte ou d'un individu. Certaines significations peuvent alors être spécifiques à une situation et d'autres communes entre des individus. C'est ce qui crée la communication interpersonnelle sur laquelle s'appuie la méthode Q (Gauzente, 2008). Les significations pourront être représentées par des mots, des phrases, des expressions ou encore des images (Gauzente, 2008). Afin de désigner les significations lors de la suite de la méthode, nous utiliserons le terme d'énoncé.

Les énoncés doivent être clairs pour l'ensemble des répondants et compris de tous. Le choix des énoncés a été fait à partir de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). La CIF proposée par l'OMS a pour but de proposer un langage commun dans divers aspects de la santé. A travers ses termes, elle permet de communiquer entre des disciplinares sur la santé et ses soins (OMS, 2001). Parmi les différentes composantes de la CIF, nous nous intéresserons uniquement aux fonctions organiques. Selon nos recherches effectuées en amont, les autres fonctions de la CIF ne concernent pas notre objet d'étude. Les fonctions organiques désignent « les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques) » (OMS, 2001, p.10). Ces fonctions organiques sont classées en sous-groupes qui sont au nombre de neuf :

- Fonctions mentales
- Fonctions sensorielles et de la douleur
- Fonctions de la voix et de la parole
- Fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire
- Fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien
- Fonctions relatives au métabolisme et au système endocrinien
- Fonctions génito-urinaires et reproductives
- Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement
- Fonctions de la peau et des structures associées

La CIF développe 75 fonctions organiques. Certaines ne concernent pas notre objet d'étude, elles ont donc été supprimés. Certaines sous-fonctions ont été fusionnés afin

de clarifier la réponse et d'éviter les redondances. Nous sommes arrivés à 35 fonctions finales correspondant aux 35 énoncés du Qsort. Les sous-groupes des fonctions ont été gardés pour l'analyse des données. Les énoncés sont les suivants :

Tableau 1  
Fonctions et énoncés associés

Fonctions	Énoncés
Fonctions mentales	Fonction temporelle Fonction spatiale Sommeil & Alimentation Attention Mémoire Fonction émotionnelle Fonction de la conscience Fonctions intellectuelles Fonctions du langage Tempérament et personnalité Fonctions énergie et pulsions Fonction perceptuelle Fonction de la pensée Fonctions exécutives Expérience de soi-même, rapport à son corps
Fonctions sensorielles et de la douleur	Ouïe Fonction vestibulaire Sensations associées à l'oreille interne Goût Odorat Fonctions du toucher Proprioception Douleur
Fonction de la voix et de la parole	Fonctions de la voix et de la parole
Fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	Fonctions cardiaque et respiratoire

Fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien	Sensations associées au système digestif
Fonctions relatives au métabolisme et au système endocrinien	Fonctions thermorégulatrices
Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	Tonus Réactions motrices involontaires Locomotion Coordination des mouvements volontaires Mouvements involontaires Sensations relatives aux muscles et à leurs mouvements Réflexes moteurs
Fonction de la peau et des structures associées	Sensations relatives à la peau

La première version du Qsort a été envoyé à des professionnels de santé (psychologues et psychomotriciens) spécialisés dans le domaine du psychotraumatisme. Il a été également envoyé à des psychomotriciens non sensibilisés au psychotraumatisme. Le but est de recueillir leurs avis concernant la clarté, la pertinence et la répétition des énoncés. A la suite de ces retours, quelques modifications ont été apportés. De brèves définitions ont été ajoutées afin d'éclaircir certains énoncés.

#### 1.2.4. Procédure de Qsorting

Une fois ces énoncés formulés, le recueil des données s'effectue par la procédure du Qsorting. Elle correspond à la passation du Qsort par les répondants. Les énoncés devront être triés les uns par rapport aux autres. Chaque colonne représentera un degré d'importance en fonction d'une question spécifique, un certain nombre d'énoncé sera attendu par colonne. Chaque colonne sera notée de -2 (pas du tout concerné) à +2 (très concerné), nécessaire à l'analyse factorielle. La répartition s'effectuera selon une loi normale avec une prédisposition établie précédemment (Gauzente, 2005). Cette procédure peut être unique à un ou plusieurs sujets. Elle peut également être répétée auprès d'un même sujet avec une question initiale différente.

Tableau 2  
Répartition du Qsort selon 35 énoncés

Pas du tout concerné	Peu concerné	Neutre	Concerné	Très concerné
4				4
	7		7	
		13		

### 1.2.5. Analyse factorielle

A la suite du recueil des données, l'ensemble des réponses est soumis à une analyse factorielle représentant la partie quantitative de la méthodologie Q. Cette analyse permet une « mise à jour d'une structure de subjectivité partagée par plusieurs individus » (Gauzente, 2013, p.74). Pour rappel, la méthodologie Q s'intéresse aux points de vue et non aux individus. Le but est donc d'identifier plusieurs groupes de participants « ayant réagi de la même façon à la lecture d'énoncés sur un sujet, fournissant au chercheur un moyen systématique et rigoureux d'examiner le point de vue des participants sur un sujet donné. » (Dariel, 2013, p. 55). Les points de vue des participants seront les facteurs mis en lumière lors de la présentation et analyse des résultats. L'analyse factorielle a pu être réalisée grâce à Marcel Trudel, chercheur canadien expert de la méthode Q et intervenant au Master International en Psicomotricidad (MIP), qui a utilisé un logiciel statistique SPSS® communément utilisé dans les sciences sociales et la psychologie.

### 1.3. Elaboration du questionnaire Google Forms®

Le logiciel Qsortware® utilisé ne permet pas de recueillir la profession, le lieu de volontariat et la durée des répondants. Nous avons donc décider de créer un questionnaire Google Forms® afin de recueillir ses informations. Après avoir été

informé de l'objet d'étude, du traitement et du stockage des données, les questions obligatoires posées sont les suivantes :

- Quelle est votre profession ?
- Dans quelle CUMP intervenez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous volontaires dans la CUMP ?

Un espace est ensuite proposé pour indiquer son adresse électronique si le répondant souhaite recevoir les résultats de cette recherche. Enfin, le lien du Qsort clôture ce questionnaire Google Forms®.

#### 1.4. Population

L'échantillon est composé de l'ensemble des volontaires de CUMP. Ces cellules sont composées de psychologues, psychiatres et infirmiers. Dans certaines CUMP sont également présent des assistantes sociales ou encore des logisticiens. Une question concernant la profession du sujet sera posée afin de se représenter les professions présentes et le pourcentage de répondants. En fonction du nombre de répondants par profession, nous pourrons effectuer une analyse des réponses par profession. Un minimum de deux réponses par profession sera nécessaire pour effectuer cette analyse.

Le critère d'inclusion à cette recherche est d'être salarié ou volontaire au sein d'une CUMP en France métropolitaine ou en Outre-Mer. Le critère d'exclusion à cette recherche est de ne pas être salarié ou volontaire au sein d'une CUMP en France métropolitaine ou en Outre-Mer.

#### 1.5. Cadre éthique

Cette recherche porte sur l'analyse des pratiques professionnelles non interventionnelle, elle ne dépend donc pas de la loi Jardé de 2012 concernant la recherche impliquant la personne humaine (Legifrance, 2021). Afin de respecter le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) selon la Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, un formulaire de recueil du consentement libre et éclairé (Annexe 3) est transmis au professionnel dont l'entretien a été effectué au préalable de la création des énoncés du Qsort. Les sujets répondants au questionnaire Google

Forms® et Qsort sont informés de l'objet de l'étude, du caractère anonyme des données recueillies ainsi que leurs stockages et leurs droits d'accès.

## 2. Recueil de données

La procédure de Qsort est effectuée en ligne. Il est préférable de se rendre physiquement auprès des répondants afin de recueillir des avis et commentaires pendant la procédure. Cependant, par l'instabilité du contexte sanitaire et la complexité de réunir les volontaires d'une CUMP, nous avons préféré passer à une version dématérialisée. Cela permet aussi de viser l'ensemble des CUMP de France et d'Outre-Mer, ce qui n'aurait pas été possible en déplacement physique. Le logiciel Qsortware® a été utilisé pour le recueil des données (Annexes 4 & 5).

Le Qsort sera également envoyé au référent national des CUMP, François Ducrocq, rencontré lors d'un congrès. Il pourra, avec son accord obtenu précédemment, le diffuser à l'ensemble des CUMP.

## Résultats

### 1. Profil des répondants

Nous avons obtenu 20 réponses via le Google Forms®. Cependant, seulement 10 personnes ont répondu au Qsort. Sur les 10 personnes ayant répondu au Qsort, 6 répondants sont psychologues, 2 répondants sont infirmiers, l'un est psychiatre et le dernier est psychomotricien. Les répondants ont entre 10 mois et 27 ans de volontariats au sein d'une CUMP. Les répondants proviennent de 9 départements différents qui sont représentés dans le tableau suivant. Il est suivi du pourcentage des professions des répondants.

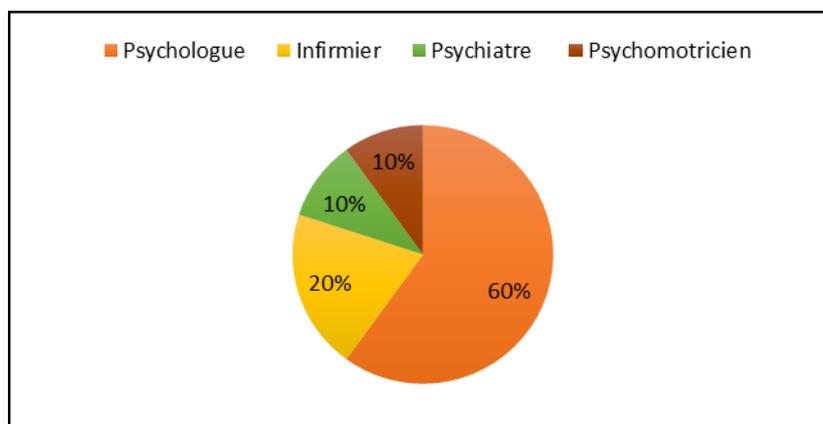
Figure 1

Régions des répondants au Qsort



Figure 2

Professions des répondants au Qsort



## 2. Identification de facteurs

L'identification des facteurs se fait donc à partir d'une analyse factorielle représentation la partie quantitative de la méthodologie Q. « La première étape de l'analyse est la constitution d'une matrice de corrélation des tris. Le rang de chacun des items d'un tri est comparé au rang du même item pour chacun des autres tris » (Khune et. al, 2008, p. 49). Cette étape nous permet de distinguer des facteurs c'est-à-dire des groupes d'individus ayant eu le même point de vue. A partir des résultats des répondants, l'analyse a tout d'abord permis d'identifier trois facteurs. Cependant, le répondant A8 corrèle négativement avec le premier facteur. De plus, le troisième facteur n'est composé qu'à partir d'un seul répondant ce qui n'est pas très intéressant. Nous nous sommes donc limités à deux facteurs. Le premier facteur se compose de 8 répondants : 6 psychologues, 1 psychiatre et 1 infirmier. Le second facteur est composé de 2 répondants : 1 psychomotricien et 1 infirmier.

Tableau 3

Facteurs identifiés par la corrélation des tri Q

Répondant	Facteur 1	Facteur 2
A7	<b>,80</b>	,11
A5	<b>,79</b>	-,15
A1	<b>,74</b>	,10
A4	<b>,71</b>	-,24
A3	<b>,70</b>	,54
A2	<b>,70</b>	-,14
A10	<b>,69</b>	,15
A6	<b>,40</b>	,17
A9	,20	<b>,81</b>
A8	-,25	<b>,74</b>

Au travers de cette première étape, concernant le facteur 1, le répondant A7 est le plus significatif parmi ce facteur. Nous remarquons que les points de corrélation entre A7 et A6 sont d'un écart assez important. A6 présente une corrélation plus atténuée comparé aux autres répondants du facteur 1 soit ,40. A6 était associé à un autre facteur lors de notre première analyse. Par notre limitation à deux facteurs et cette nouvelle analyse, elle s'est associée au facteur 1. Cependant, à la vue de cette corrélation, nous pouvons émettre l'hypothèse que A6 aurait été dans un autre facteur

si nous avons obtenu un plus grand nombre de répondants. Concernant le facteur 2, A9 est le répondant le plus significatif de ce facteur.

### 3. Analyse des résultats

#### 3.1. Énoncés

A la suite de l'identification de ces deux facteurs, nous allons présenter la moyenne obtenue par énoncé pour chacun des facteurs. Afin d'assurer une clarté dans le tableau suivant, les définitions et explications entre parenthèses ont été supprimés.

Tableau 4  
Énoncés ayant généré un consensus

<b>Énoncé</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Fonction temporelle	0,5	0,5
Fonction thermorégulatrice	-1,5	-1,5

Les énoncés consensuels représentent les énoncés ayant obtenu la même moyenne auprès des deux facteurs. L'énoncé « fonctions thermorégulatrice » obtient la moyenne de -1,5 auprès des deux facteurs. Cette fonction ne semble donc peu voire pas du tout concernée dans les soins des CUMP. L'énoncé « fonction temporelle » obtient la moyenne de 0,5. Il se situe donc dans la zone neutre pour l'ensemble des facteurs.

Tableau 5  
Énoncés non discriminants

<b>Énoncé</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Fonctions exécutives	0,8	0,5
Fonctions de la voix et de la parole	0,4	0,0
Fonction temporelle	0,5	0,5
Mémoire	0,9	0,0
Attention	0,5	0,0

Les énoncés non-discriminants représentent les énoncés situés dans la zone neutre du Qsort, obtenus une moyenne entre 0,0 et 0,9 selon la loi normale allant de -2 à 2 lors du tri Q. Ces énoncés discriminants au nombre de 5 ont été classé par l'ensemble des répondants, peu importe le facteur, dans cette zone neutre.

Tableau 6  
Enoncés distinctifs

<b>Enoncé</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Emotions	2,0	0,0
Fonction spatiale	-0,5	0,5
Ouïe	0,0	-1,0
Sommeil & Alimentation	1,0	-1,5
Fonction du toucher	-0,5	0,5
Tonus	0,1	1,5
Sensations relatives à la peau	-0,6	0,5
Douleur	0,8	-1,5
Fonction de la conscience	1,3	0,0
Fonction vestibulaire	-0,8	0,5
Tempérament et personnalité	0,0	-1,0
Mouvements involontaires	-0,4	1,0
Proprioception	-0,8	2,0
Coordination des mouvements volontaires	-1,0	1,0
Fonction de la pensée	1,1	-0,5
Sensations relatives aux muscles et à leurs mouvements	-0,4	1,0

Les énoncés distinctifs sont ceux ayant au moins un point d'écart entre le facteur 1 et le facteur 2. L'énoncé le plus distinctif est « sommeil et alimentation » avec une différence de 2,5 points entre les facteurs. Les énoncés « émotion » et « coordination des mouvements volontaires » présentent 2 points d'écart.

### 3.2. Fonctions

Nous allons désormais reprendre les catégories de fonctions comme présenté selon la CIF. Un code couleur a été choisi pour les prochaines données afin d'assurer une meilleure compréhension des éléments présentés. Les énoncés ayant obtenu une moyenne négative sont représentés en rouge. Les énoncés ayant obtenu une moyenne supérieure ou égale à 1 sont représentés en vert. Les énoncés non-discriminants ne sont pas colorés.

Nous remarquons que quatre de ces cinq énoncés non-discriminants se situe dans la catégorie des fonctions mentales selon la CIF. L'ensemble des participants semblent être en accord pour souligner que certaines fonctions mentales ne relèvent pas des soins des CUMP. La plus grande distinction des énoncés se trouve également auprès d'un énoncé concernant les fonctions mentales (sommeil & alimentation). Il est intéressant d'observer l'écart significatif auprès de l'énoncé « émotions ». Cet énoncé qui est central dans les soins des CUMP selon la littérature étudiée précédemment, est classé selon le facteur 1 comme « très concerné » et « neutre » selon le facteur 2. Nous remarquons également que l'énoncé « expérience de soi-même, rapport à son corps » représente une moyenne assez proche à 0,5 près. L'ensemble des répondants place donc l'expérience au corps comme étant concerné à très concerné par les soins des CUMP.

Le facteur 1 présente 3 énoncés avec une moyenne négative, contrairement au facteur 2 qui en présente 5. Le facteur 1 présente 5 énoncés non discriminants contrairement au facteur 2 qui en présente 7. Le facteur 1 présente 5 énoncés ayant obtenu une moyenne supérieure ou égale à 1. Le facteur 2 ne présente qu'un énoncé supérieur à 1. Le facteur 1 prend donc plus en compte les fonctions mentales dans le soin des CUMP que le facteur 2. Dans les tableaux suivants, les énoncés supérieurs ou égal à 1 ont été surligné en rouge. Les énoncés non discriminants ont été laissé en blanc.

Tableau 7

Moyenne des énoncés des fonctions mentales

<b>Enoncés des fonctions mentales</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Fonction temporelle	0,5	0,5
Fonction spatiale	-0,5	0,5

Sommeil & Alimentation	1,0	-1,5
Attention	0,5	0,0
Mémoire	0,9	0,0
Emotions	2,0	0,0
Fonction de la conscience	1,3	0,0
Fonctions intellectuelles	-0,4	0,5
Fonctions du langage	0,3	-0,5
Tempérament et personnalité	0,0	-1,0
Fonctions énergie et pulsions	0,3	-0,5
Fonction perceptuelle	-0,1	0,0
Fonction de la pensée	1,1	-0,5
Fonctions exécutives	0,8	0,5
Expérience de soi-même, rapport à son corps	1,5	2,0

Concernant les fonctions de l'appareil locomoteur et liées aux mouvements, un énoncé présente une différence significative de 2 points entre les facteurs. Il y a également trois énoncés dont la différence est de 1,4 point. Le facteur 1 présente 6 énoncés sur 7 ayant une moyenne négative. Le facteur 2 présente 4 énoncés ayant une moyenne supérieure ou égale à 1. Le facteur 2 prend donc plus en compte les fonctions de l'appareil locomoteur et liées aux mouvements dans le soin des CUMP que le facteur 1.

Tableau 8

Moyenne des énoncés des fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement

<b>Énoncés des fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Tonus	0,1	1,5
Réactions motrices involontaires	-0,8	0,0
Locomotion	-0,5	0,0

Coordination des mouvements volontaires	-1	1
Mouvements involontaires	-0,4	1
Sensations relatives aux muscles et à leurs mouvements	-0,4	1
Réflexes moteurs	-0,1	0,5

Les autres fonctions n'ayant pas révélé de résultats significatifs, leurs tableaux ont été placés en annexe afin de ne pas surcharger le corps de texte (Annexe 6).

Afin de conclure cette partie de présentation et analyse des résultats, nous pouvons rappeler les avantages de la méthodologie Qsort et ce qu'elle met en lumière. L'analyse factorielle, par une analyse statistique, met en évidence des groupes d'individus partageant une subjectivité. Elle est suivie d'une exploration des énoncés qui distinguent ces facteurs. Cette approche est plus qualitative. Cette méthodologie a mis en évidence deux facteurs parmi les dix répondants. Une analyse aurait pu être encore plus précise avec davantage de répondants. Cependant, la méthodologie Qsort ne nécessite pas d'un échantillon important. « Là ou précédemment, un grand nombre de personnes se voyaient présenter un petit nombre de propositions, maintenant, nous soumettons à quelques personnes un grand nombre de propositions » (Stephenson cité par Priou & al., 2009).

## Discussion

### 1. Fonctions du corps et CUMP

Pour rappel, la dernière circulaire gouvernementale indique les professionnels de santé composante que sont les psychiatres, les psychologues et les infirmiers (Valet et al., 2017). Dans la réalité du terrain, les CUMP sont constituées en grande partie de psychologues avec un ou plusieurs psychiatres et quelques infirmiers. En fonction des CUMP, nous pouvons retrouver des psychomotriciens, des assistantes sociales et nous avons obtenu l'information qu'un statisticien était volontaire dans une des CUMP en Ile de France. Nos dix répondants composés de psychologues, infirmiers, psychiatre et psychomotricien sont donc représentatifs des volontaires de CUMP.

D'après l'analyse factorielle effectuée dans la méthodologie Q, deux facteurs ont été identifiés. Nous remarquons que l'ensemble des psychologues ont été corrélé au même facteur. C'est-à-dire que tous les répondants psychologues présentent le même point de vue sur les fonctions accompagnées dans les dispositifs de soin des CUMP. Concernant le facteur 1, ayant réuni le plus de répondants, nous observons que l'ensemble des moyennes positives, supérieures ou égales à 1, est situé dans la catégorie des fonctions mentales. Dans le tableau suivant est présenté les énoncés ayant obtenu une moyenne supérieure ou égale à 1.

Tableau 7  
Moyenne supérieure ou égale à 1 du facteur 1

<b>Fonctions</b>	<b>Enoncé</b>	<b>Moyenne obtenue</b>
Fonction mentale	Emotions	2,0
	Sommeil & Alimentation	1,0
	Fonction de la conscience	1,3
	Fonction de la pensée	1,1
	Expérience de soi-même, rapport à son corps	1,5

Les émotions obtiennent la moyenne de 2, c'est-à-dire que l'ensemble des répondants du facteur 1 considère que cela est « très concerné » par les soins des CUMP. C'est

en effet ce que nous avons relevé dans la littérature. Les fonctions de la conscience et de la pensée renvoient au psychisme du patient, à l'être pensant. Ces informations sont également en accord avec la littérature. L'expérience de soi-même, le rapport à son corps renvoie à l'image du corps. Elle correspond à « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même. » (Schilder, 1968, page 35). La CIF expose la déréalisation et la dépersonnalisation comme exemple de cette fonction « expérience de soi-même » et qui sont toutes deux des troubles de l'image du corps. Ces deux termes sont retrouvés dans la littérature comme réponse possible à l'effraction traumatique. Nous avons indiqué ces deux exemples en énoncé du Qsort. Nous pouvons nous demander si cet énoncé aurait obtenu une aussi forte moyenne si nous ne l'avions pas précisé. Sans ces exemples, nous aurions plus fait appel à la définition de chacun du rapport au corps et ainsi le considérer comme une fonction plutôt mentale ou corporelle. Il reste enfin le sommeil et l'alimentation qui renvoient aux besoins physiques et physiologiques du corps. Concernant les autres catégories de fonctions de la CIF, l'ensemble des moyennes sont négatives, c'est-à-dire « peu concerné » ou « pas du tout concerné » par les dispositifs de soins des CUMP ou alors elles sont comprises entre 0 et 0,99 ce qui les situe dans la zone neutre du Qsort.

L'ensemble de ces informations nous permet d'apporter une première réponse à notre problématique qui est : Quelles sont les fonctions du corps accompagnées dans les dispositifs de soins des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique ?

D'après ce facteur 1 qui est composé de 80% de nos répondants, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il correspond au plus grand nombre de professionnels de CUMP. L'analyse factorielle a donc mis en lumière que seules les fonctions mentales apparaissent concernées par les dispositifs de soin. Plus précisément, l'individu semble être perçu selon une dichotomie corps/esprit. Les fonctions du corps concernées par le soin en CUMP sont les fonctions physiques du corps (sommeil et alimentation). La fonction image du corps est également concernée par ces soins qui est représentée par une dimension psychique du corps. Le corps dans sa conception psychomotrice comme base de la sensorimotricité, siège des émotions, du dialogue tonico-émotionnel, de la communication non verbale et du mouvement n'est pas perçu. Pour autant, des manifestations psychocorporelles et psychomotrices sont bien présentes et décrites par les victimes à la suite de l'effraction traumatique.

Le facteur 2, composé du seul psychomotricien répondant et d'un infirmier, considère le corps dans une autre dimension. Dans le tableau suivant est présenté les énoncés ayant obtenu une moyenne supérieure ou égale à 1 c'est-à-dire considéré comme « concerné » à « très concerné » lors du tri Qsort.

Tableau 8

Moyenne supérieure ou égale à 1 du facteur 2

<b>Fonctions</b>	<b>Enoncé</b>	<b>Moyenne obtenue</b>
Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement	Tonus	1,5
	Mouvements involontaires	1,0
	Sensations relatives aux muscles et à leurs mouvements	1,0
	Coordination des mouvements volontaires	1,0
Fonctions sensorielles et de la douleur	Proprioception	2,0
Fonction mentale	Expérience de soi-même, rapport à son corps	2,0

Nous observons ici que les énoncés distinctifs font partis de différentes fonctions présentées selon la CIF :

- Fonctions mentales
- Fonctions sensorielles et de la douleur
- Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement

D'après ces informations, pour le facteur 2, un ensemble de fonctions est concerné par les soins des CUMP. Plus précisément, l'individu est perçu dans une dimension plus globale. Le corps est représenté dans une dimension sensorielle, psychique, motrice.

## 2. Réflexions

### 2.1. De l'objet de recherche

La population choisie pour cette étude est très spécifique. Les volontaires de CUMP sont comme leur nom l'indique des volontaires. Une convention entre leur employeur (généralement un hôpital) et la CUMP est signée afin que le volontaire soit disponible à tout moment. Chaque intervention est suivie d'un temps de repos avant de reprendre le rythme du travail. Nous pouvons donc dire que ce temps est « en plus » de leur travail quotidien. Généralement, l'ensemble des volontaires se réunit une fois par mois afin de discuter des interventions passées ou aborder un sujet précis. De nombreux volontaires ne peuvent se rendre disponibles faute de temps. Bien que la diffusion du questionnaire Qsort ait été faite par mail, je pense que de nombreux volontaires n'ont pas pris le temps de répondre étant déjà pris par leur rythme quotidien. La période à laquelle le questionnaire a été diffusée est également très spéciale. Elle correspond à la guerre en Ukraine. Beaucoup de CUMP sont sollicitées depuis le début de la guerre en février 2022. Elles interviennent auprès des français rentrés d'Ukraine ou de Russie et des réfugiés ukrainiens. Leur travail est colossal et pour bon nombre d'entre elles en continu depuis plus de trois mois maintenant. Entre les interventions, les journées de formation spécifiquement pour cette situation auprès des volontaires des familles d'accueil et autres, nous doutons que les volontaires aient pris le temps de répondre au questionnaire ou même que les référents de CUMP aient eu le temps de diffuser le lien à l'ensemble des volontaires.

Plaçons maintenant du côté de la méthodologie. La méthodologie Q est une méthodologie mixte. Combiner le qualitatif et le quantitatif est également une partie intégrante du paradigme de notre profession de psychomotricien dans laquelle nous nous situons. Cependant, durant la mise en place de cette méthode et son analyse, nous avons rencontré diverses limites. La première concerne la théorie des concours c'est-à-dire la création des énoncés du Qsort. Ces énoncés doivent représenter l'ensemble des représentations possibles de l'objet d'étude afin d'étudier la subjectivité des répondants. Cependant, cela est-il possible ? Les énoncés étant choisis par le chercheur, les représentations et cette subjectivité sont limitées par le chercheur et par le tri des énoncés à effectuer. Une multitude d'énoncés aurait pu être ajoutée selon un autre professionnel chercheur ou une revue de littérature ainsi que des entretiens

différents. Nous nous sommes également limités au temps de passation pour les répondants. Notre but était d'être en capacité pour les répondants de trier les énoncés en une dizaine de minutes. Nous savons en effet qu'un questionnaire trop long a plus de chance d'être abandonné par les répondants. Une seconde limite a été identifiée lors de la passation après un retour par message d'un des répondants : le tri forcé des énoncés en fonction du nombre d'énoncés obligatoire par colonnes.

« Classer chaque carte par rapport aux autres (plutôt que séparément comme dans un questionnaire utilisant une échelle de Likert) permet de saisir la façon dont les participants perçoivent un phénomène dans sa globalité plutôt que de façon isolée. »  
(Akhtar-Danesh & al., 2008 cité par Dariel, 2013, p. 56)

Le tri est donc un des moyens de recueillir la subjectivité des répondants. Cependant, il peut également être une limite dans la contrainte des répondants à remplir les colonnes.

Afin de maximiser l'obtention du nombre de répondants, nous avons choisi de créer le Qsort et de le diffuser en ligne. Nous avons donc décidé de faire l'impasse sur le retour des répondants en direct si la passation avait été en physique. Les commentaires des répondants sont toujours très intéressants car ils nous donnent des éléments de réflexions sur certains énoncés et plus généralement sur la compréhension de l'objet d'étude. La méthodologie Q est assez méconnue auprès des professionnels de santé que nous avons pu rencontrer dans le cadre de cette recherche. Une explication de l'outil avec une présentation étape par étape du site Qsortware® aurait peut-être été intéressant afin de guider les répondants vers le site et durant le remplissage du questionnaire. Enfin, nous avons identifié deux limites concernant le site Qsortware®. La première est qu'il ne dispose pas de version adaptée sur téléphone. Un ordinateur est donc obligatoirement nécessaire pour remplir le Qsort. Bien que cela ait été indiqué lors de la diffusion, et aux vues du nombre de réponses du questionnaire Google Forms® comparé au nombre de réponses du Qsort, nous pouvons émettre l'hypothèse que la moitié des répondants au Google Forms® l'ont fait depuis un téléphone portable et n'ont pas pu accéder au lien via le site Qsortware®. De plus, ce site ne nous permet pas de questionner les participants. Afin de recueillir leur profession et CUMP

d'intervention, nous avons dû créer un premier questionnaire via Google Forms®. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les répondants se sont arrêtés à ce premier questionnaire sans poursuivre sur le site Qsoftware®. En effet, 20 personnes ont répondu au questionnaire via Google Forms® mais seulement 10 d'entre elles ont rempli le Qsort. Nous avons donc une perte de 50% des répondants entre le questionnaire Google Forms® et le passage sur le site Qsoftware®.

## 2.2. Posture de chercheur

« Comme dans toute recherche, le chercheur est tenu de rester réflexif et conscient de la façon dont ses préjugés peuvent influencer l'interprétation des facteurs. » (Dariel, 2013, p.58). La place du psychomotricien dans les CUMP est un sujet sur lequel nous travaillons depuis maintenant 8 ans. Cette réflexion a débuté durant ma formation initiale en psychomotricité. Elle s'est ensuite poursuivie par nos actions au sein de l'Association Psychomotricité et Psychotraumatisme. C'est par ses actions que le désir d'effectuer une recherche par une méthodologie rigoureuse a émergé. Nous savons que les psychomotriciens peuvent être présent dans les CUMP. Il a fallu cependant être vigilant à ne pas biaiser les informations recueillies dans la revue de littérature et les résultats analysés afin d'obtenir des réponses qui nous conviennent. Notre désir d'intégrer les psychomotriciens au sein des CUMP commence par une recherche des dispositifs de soin actuels. A partir de cela, et en ayant mis en évidence le manque d'une vision globale des victimes, il faudra ultérieurement penser à un protocole d'intervention psychomotrice au sein d'une CUMP avec une méthodologie rigoureuse. C'est par des interventions pensées en amont, tant d'un point de vue méthodologique, éthique et clinique que les psychomotriciens pourront s'inscrire dans l'ensemble des CUMP.

Afin de développer notre posture de chercheur, une grande lecture d'article de méthodologie a dû s'effectuer. Cela nous a permis de considérer la littérature autrement et de se rendre compte de nouvelles compétences acquises durant ces deux années de master. Cependant, des compétences sont encore à acquérir notamment dans l'analyse statistique. Nous avons été limités dans nos

analyses par notre manque de connaissance en statistiques. Nous remercions donc une nouvelle fois Marcel Trudel pour ses explications et son aide.

Dans un contexte plus général que notre étude, nous questionnons la posture du psychomotricien chercheur. Le but d'une recherche est de faire progresser l'étude d'un problème et de valider ou non des interventions de soins. Le psychomotricien DE/TE<sup>1</sup> « élabore des méthodologies d'investigation en psychomotricité » (France compétences, 2022). C'est par des recherches avec une méthodologie rigoureuse que les psychomotriciens peuvent avancer dans le domaine de la santé et faire reconnaître nos compétences auprès des autorités de santé.

### 3. Harmonisation des CUMP

Un élément récurrent est apparu durant l'ensemble de cette recherche et qui est une raison pour laquelle nous avons utilisé la méthodologie Q est la disparité entre les CUMP. Il y a tout d'abord des différences entre les CUMP en fonction de leurs zones géographiques. Pour rappel, certaines sont renforcées dû à leurs nombres importants annuels d'interventions. Leurs budgets sont par conséquent renforcés également. Cependant, ce qui est mis en évidence par les professionnels en entretien et lors de discussions informelles sont les différences d'équipes et d'actions. Selon eux, les circulaires gouvernementales sont publiées et remaniées une fois un évènement traumatogène passé. Nous pouvons pour cela prendre l'exemple des attentats de 2015. Le poste de psychiatre référent a été créé à la suite de ces évènements en 2016 et publié lors de la dernière circulaire datant de 2017 (Abgrall & Neff, 2019). Le fonctionnement global est régi par le gouvernement, cependant, sur le terrain et dans la réalité de choses, chaque CUMP s'organise comme elle le peut. Cela se retrouve notamment dans les volontaires. Pour rappel, les professionnels de santé recommandés sont les psychiatres, psychologues et infirmiers. Aujourd'hui, des psychomotriciens, assistantes sociales, statisticiens sont volontaires. Des professionnels de santé pratiquent même l'hypnose en intervention. Ces disparités sont également évoquées depuis quelques temps

---

<sup>1</sup> Diplômé d'Etat / Titre d'Expert

par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique - Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP). Des professionnels experts dans le champ du psychotraumatisme ont mis en lumière le peu de données scientifiques sur les CUMP ainsi que le manque de clarification des indications en CUMP et de ses recours. De plus, il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques de la CUMP (Rerbal & al., 2017). Il y a donc une nécessité de mettre à jour ses dispositifs tant d'un point de vue gouvernemental, par une actualisation régulière des circulaires, que par des actions de recherches sur le terrain permettant de nourrir les données scientifiques et reconnaître ou non leur efficacité.

Chaque intervenant doit bénéficier d'une formation initiale et continue sur l'urgence médico-psychologique. Elle s'appuie sur le référentiel pédagogique national (Vallet & al., 2017) (Annexe 7). Dans ce référentiel est notamment décrit les réactions immédiates. Nous avons présenté durant la revue de littérature, les répercussions psychocorporelles immédiates à la suite de l'effraction traumatique. Nous pouvons nous poser la question de la prise en charge de ces répercussions, présentées normalement durant cette formation. Les prises en charge CUMP référencés sont le defusing, le débriefing psychologique, l'intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) et le groupe de parole. Nous savons que d'autres méthodes sont aujourd'hui utilisées dans certaines CUMP comme l'hypnose ou l'intervention psychomotrice. Ce référentiel aurait donc besoin d'être mis à jour et précisé dans son programme. Ce projet d'harmonisation sera peut-être inscrit dans les recommandations de la HAS qui sont en cours d'écriture sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatique chez l'enfant et l'adulte. Des psychomotriciens sont présents dans ces groupes de travail.

#### 4. A l'international ?

Le TSPT se diagnostique par des questionnaires d'auto-évaluations et des entretiens cliniques par le médecin. Ils peuvent parfois être insuffisant et inadaptés chez certains patients. En effet, dans ces outils d'évaluation, des informations verbales et écrites sont nécessaires de la part des patients.

Cependant, certains sont en incapacités d'y répondre étant donné leurs symptômes psychotraumatiques. Un outil diagnostique portant sur des informations non verbales, c'est-à-dire plus porté sur le comportement moteur a été élaboré aux Pays-Bas. Un outil psychomoteur diagnostique de l'état de stress post-traumatique (PMDI) est alors créé aux alentours de 2004 par Zwart auprès de réfugiés et exilés traumatisés (cité par Van de Kamp & al., 2018). A l'origine, le PMDI était une évaluation qualitative du comportement moteur du patient. Il s'est ensuite étendu à une démarche plus quantitative. Cet outil a été interrogé sur sa fiabilité et sa validité auprès de trois groupes de patients ayant des caractéristiques distinctes. Passés par neuf psychomotriciens ayant une expérience dans la prise en charge du TSPT, il a été validé et considéré comme acceptable et tolérable pour l'ensemble des groupes de patients (Huizing & Witte, 2015). Cet outil standardisé repose sur un tableau d'observations avec un cotation allant d'absent à sévèrement présent (de 0 à 3). Les critères d'observation portent notamment sur le tonus, la position corporelle, le comportement moteur ou encore les expressions faciales. L'observation s'effectue au travers de quatre activités : lancer et attraper une balle, une adaptation de l'approche contrôlée de Pessio (1988), boxer sur un sac et une version adaptée de la relaxation progressive de Jacobson (1938) (Van de Kamp & al., 2018). Ces quatre activités sont proposées au patient. Le thérapeute se trouve dans une participation active et remplit le formulaire composé de 66 items. Certains items sont spécifiques aux activités, d'autres sont généraux. Un score élevé indique un comportement problématique pour le patient. Le PMDI est actuellement utilisé dans des services de pédopsychiatrie et auprès d'adultes ayant un trouble du développement intellectuel. D'après plusieurs études, le PMDI est décrit comme fiable et pertinent cliniquement et sert de base à une thérapie psychomotrice (Emck & Bosscher, 2010 ; Kay, Clegg, Emck, & Standen, 2016).

De nombreux pays abordent des interventions axées sur le corps et sur le mouvement (BMOI) dans la prise en charge du TSPT. Une approche centrée sur le corps serait plus appropriée chez certains patients pour travailler la régulation émotionnelle qui fait défaut dans le TSPT (Van de Kamp & al., 2019). Les thérapies comprises dans les BMOI sont la psychothérapie sensorimotrice, la

thérapie axée sur le corps (BOP), l'expérience somatique et la thérapie psychomotrice. Centrées sur les expériences corporelles, les BMOI visent à améliorer le bien-être et la conscience corporelle (Probst & al., 2010 cité par Van de Kamp & al., 2019). Ces interventions peuvent également être le point d'entrée dans le traitement du psychotraumatisme afin d'accéder ensuite à un travail verbal et cognitif (Ogden, 2000 ; Ogden, Minton & Pain, 2021). La psychothérapie sensorimotrice est même décrite comme « avantageuse pour les cliniciens qui travaillent avec des états dissociatifs, une hyperréactivité émotionnelle ou des affects plats, des états de sidération ou d'hyperexcitation, et d'autres symptômes d'ESPT » (Ogden, 2000, p.1). Les BMOI utilisent des techniques de relaxation et s'appuient aussi sur des activités plus sportives comme le yoga (Van Der Kolk, 2018 ; Van de Kamp & al., 2019). Une méta-analyse a montré que les BMOI entraînent une diminution significative des symptômes du SSPT, avec des tailles d'effet moyennes à grandes (Van de Kamp & al., 2019).

## Conclusion

L'objet de cette recherche est issu d'un questionnement sur la place du psychomotricien dans les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) et l'apport qu'il pourrait avoir. Il convient de connaître au préalable les outils de soins utilisés dans ce dispositif. Ils s'appuient principalement sur la verbalisation des émotions et abordent l'individu dans une dimension psychologique. Cependant qu'en est-il des répercussions psychocorporelles et psychomotrices de l'effraction traumatique ? Au travers d'une méthodologie Q, nous avons recueilli les fonctions accompagnées ou non dans les dispositifs de soin des CUMP. L'analyse factorielle a mis en lumière deux facteurs soit deux groupes de personnes présentant une subjectivité proche. Le premier groupe, composé de l'ensemble des psychologues répondants, d'un infirmier et d'un psychiatre sont représentatifs d'une CUMP puisque nous savons que ces cellules sont composées en majorité de psychologues. Ils s'accordent sur l'importance des fonctions mentales où se situe l'ensemble des énoncés classés comme concerné et très concerné par les outils de soin des CUMP. Seule la fonction image du corps est relevée comme très concernée par ses dispositifs, ce qui fait appel à une dimension psychologique du corps. Dans le second groupe, composé d'un psychomotricien et d'un infirmier, les fonctions mises en lumière par l'analyse factorielle sont plus nombreuses. Le sujet est alors pensé dans sa dimension motrice, sensorielle et psychique. Selon les informations recueillies durant cette recherche, il est apparu une grande disparité entre les CUMP tant dans la composition des volontaires que dans leurs moyens. Nous pouvons nous questionner si cela est en lien avec leur localisation. Une harmonisation de ces cellules semble aujourd'hui nécessaire pour les intervenants. Une actualisation de la formation permettrait d'aborder les conséquences post-traumatiques globales des victimes. L'Association Psychomotricité et Psychotraumatisme dans laquelle nous faisons partie, va débiter un travail de recension des psychomotriciens actuellement volontaires. L'objectif serait de former un groupe de travail pour protocoliser l'intervention du psychomotricien au sein des CUMP. Le but à long terme est de le présenter à l'ensemble des cellules pour que chacune d'entre elles puisse accueillir un ou plusieurs psychomotriciens dans ces équipes.

## Références bibliographiques

- Abgrall, G. & Neff, E. (2019, 29 avril). *Quels sont les moyens de soutien médico-psychologique après un attentat ?* Santé publique France. <<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/quels-sont-les-moyens-de-soutien-medico-psychologique-apres-un-attentat>>
- Akhtar-Danesh N, Baumann A, Cordingley L. (2008). Q-Methodology in nursing research : A promising method for the study of subjectivity. *Western Journal of Nursing Research*.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III (3e éd.)*. American Psychiatric Publishing.
- Amin, Z. (2000). Q methodology - a journey into the subjectivity of human mind. *Singapore Med* , 41 (8), 410-414.
- Avery, A. & Orner, R. (1998). *ISTSS News*. International Society for Traumatic Stress Studies. < <https://istss.org/home>>
- Berland, L. (2017). *En vie. Paroles d'espoir de rescapés d'attentats*. Hugo Doc.
- Bessoles, P. (2006). Les interventions psychothérapeutiques précoces post-traumatiques : Contribution à une théorisation du defusing et du débriefing psychologique. *L'information psychiatrique*, 82, 231-237.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience : have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events ? *American psychologist*, 59(1), 20-28.
- Boscaini, F. (2003). Spécificité et complémentarité entre la psychomotricité et la relaxation face aux tensions corporelles. *Evolutions psychomotrices*, 15(62), 175-182.
- Brillon, P. (2013). Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. *Psychologie Québec*, 30(03), 30-35.
- Centre National de Ressources et de Résilience (2022, 3 février). *Où se faire soigner ?* CN2R. < <https://cn2r.fr/obtenir-de-laide-pour-soi-ou-pour-un-proche/>>
- Couty, E. & Abenhaim, L. (2003). *Circulaire DHOS/O 2/DGS/6 C n° 2003-235 du 20 mai 2003 relative au renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et annexe*.
- Coq, J-M & Le Maléfan, P (2015). L'instant du traumatisme. *Annales Médico-Psychologiques*, 173, 180-185.

- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob.
- Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Odile Jacob.
- Crocq, L. (2014). *Traumatismes psychiques*. Elsevier Masson.
- Crocq, M-A, & Guelfi, J-D. (2015). *DSM - 5 Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Cyrulnik, B. (2012). *Le principe de résilience. Ou comment guérir de ses traumatismes et de ses blessures*. WeeLearn.
- Cyrulnik, B. (2018). Traumatisme et résilience. *Rhizome*, 69-70(3-4), 28-29.
- Cyrulnik, B. & Jorland, G. (2012). *Résilience, connaissances de base*. Odile Jacob.
- Dariel, O. (2013). La méthode Q, une méthodologie innovante pour la recherche infirmière. *Soins*, 773, 55-61.
- Daudin, M., Defontaine, D., & Coutier, D. (2014). Traumatisme psychique et vacillement des repères identitaires. Illustration d'une prise en charge conjointe par le psychiatre et le psychomotricien. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 47(179), 18-27.
- Defontaine, D. (2018). Manifestations psychomotrices dans les troubles psychiatriques. Troubles psychiques post-traumatiques. Dans J-M. Albaret, F, P. Scialom & F. Giromini, *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographie psychomotrices* (p. 614-618). De Boeck Supérieur.
- Defontaine, D. (2013). Psychomotricité et état de stress post - traumatiques : réflexions autour du vécu corporel suite à une blessure psychique. *Les entretiens de Bichat*.
- Dias Da Silva, L & Akian, M. (2021). Urgences, psychomotricien et traumatisme : approche psychomotrice d'événements à potentiel traumatique. *L'Information Psychiatrique*, 97(7), 559-563.
- Ducrocq, F. (2009). Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. *Stress et trauma*, 9(4), 237-240.
- Emck, C., & Bosscher, R. J. (2010). PsyMot: An instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(3), 244–256.
- Farchi, M., Cohen, A., & Mosek, A. (2014). Developing specific self-efficacy and resilience as first responders among students of social work and stress and trauma studies. *Journal of Teaching in Social Work* 34(2),129-146.

Farchi, M., Hirsch-Gornemann, M-B., Whiteson, A. & Gidron, Y. (2018). The SIX Cs model for Immediate Cognitive Psychological First Aid : From Helplessness to Active Efficient Coping. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 20 (2), 1-12.

France compétences (2022, 21 avril). *Expert en psychomotricité à référentiel européen*. France compétences.  
<<https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/28192/>>

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Petit Bibliothèque Payot.

Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H. & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma : A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41-55.

Gauzente, C. (2005). La méthodologie Q et l'étude de la subjectivité. Dans P, Roussel & F, Wacheux (dir.). *Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. De Boeck Supérieur.

Gauzente, C. (2008). *Mobile marketing : a qualitative and quantitative exploratory study of consumers perceptions* [Communication orale, 7<sup>th</sup> international congress marketing trends, Venise].

Gauzente, C. (2013). Une invitation illustrée à utiliser la Q-method dans les recherches en systèmes d'information. *Systèmes d'information & management*, 18, 69-109.

Gennart, M. (2011). *Corporité et présence : Jalons pour une approche du corps dans la psychose*. Le cercle herméneutique.

Giromini & P, Scialom (dir.). *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 4 : Sémiologie et nosographie psychomotrices*. De Boeck Supérieur

Goujard, S. (2021, octobre). *Nouvelles approches pour la prise en charge précoce du traumatisme psychique*. [Communication orale, congrès international AEPSP API 2021, Seraing].

Goujard, S. (2021, octobre). *Primo-intervenants en situations critiques. Au-delà du stress, le choc de compassion*. [Communication orale, congrès international AEPSP API 2021, Seraing].

Haehnsen, E. (2021, 21 janvier). *Une nouvelle formation psychologique pour les premiers secours*. Info protection. <<https://www.infoprotection.fr/une-nouvelle-formation-psychologique-pour-les-premiers-secours/#:~:text=6C%20est%20un%20protocole%20de,route%2C%20catastrophes%20naturelles%20ou%20industrielles%E2%80%A6>>

- Haliouia, E. (2021, octobre). *Présentation du protocole SIXC/6C* ©. [Communication orale, congrès international AEPSP API 2021, Seraing].
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Note de cadrage. Evaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques*.
- Huizing, D., & Witte, J. (2015). *De betrouwbaarheid en validiteit van het psychomotorisch diagnostisch instrument (PMDI)*. Amsterdam : Vrije Universiteit.
- International central for functional resilience. (2021, 24 mai). *The Six C's Model*. <<https://www.icfr.co.il/the-six-cs-model>>
- International society for traumatic stress studies. (2020). *Adult Prevention and Early Treatment for PTSD. Guidelines Summary*. International society for traumatic stress studies.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Josse, E. (2013). *Le développement des syndromes psychotraumatiques. Quels sont les facteurs de risques ? Résilience psy*.
- Josse E. (2013). *Troubles dissociatifs, quoi de neuf dans le DSM-5 ? Résilience psy*.
- Kay, J. J., Clegg, J. A., Emck, C., & Standen, P. J. (2016). The feasibility of psychomotor therapy in acute mental health services for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41(1), 54–60.
- Kedia, M., Sabouraud-Seguin, A. & al. (2013). *L'aide-mémoire de psychotraumatologie*. Dunod.
- Kuhne, N., Abernot, Y. et Camus, D. (2008). Le Q-sort, un outil pour la recherche en soins : le cas des représentations chez les infirmiers en psychiatrie de l'âge avancé. *Recherche en soins infirmiers*, (95), 46-56.
- Lanius, R. A., Bluhm, R. L., & Frewen, P. A. (2011). How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: A social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 331–348.
- Lebel, G. (2015). Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion. *Santé mentale*, 12(02), 32-34.
- Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Stress et Trauma*, 9(4), 201-204.
- Lebigot, F. (2016). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Dunod.

- Legifrance (2018). *Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles*.  
<<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037085952/>>
- Le projet Sphère. (2011). *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*. Le projet Sphère.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Ministère de l'Intérieur (2021, 12 octobre). *GIGN. Découverte. Structure*.  
<<https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr/gign/decouverte/structure2>>
- Ministère de la transition écologique. (2021). *La mise en place d'un dispositif de formation. CEDIP, au service des compétences*.  
<<http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/la-mise-en-place-d-un-dispositif-de-formation-r44.html>>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2022, 3 mars). *Samu/Smur*.  
<<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/samu-smur>>
- Moisan, J.-P., & Le Moal, M. (2012). Le stress dans tous ses états. *Médecine/sciences*, 28(6-7), 612-617.
- Molenda, S. (2016). *Quelles sont les réactions qu'on peut ressentir le premier jour après un traumatisme ?* Santé publique France.  
<<http://www.santepubliquefrance.fr/>>
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2021). *Le trauma et le corps. Une approche sensorimotrice de la psychothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6(3), 149–173.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (2022, février). *Classification internationale des maladies 11e révision*. <<https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>>
- Orner, R. (1997). Emergency service may abandon critical incident stress debriefing. International Society for Traumatic Stress Studies.  
<<https://istss.org/home>>
- Pesso, A. (1988). *Movement in psychotherapy*. Telles Institute.
- Pignol, P. (2014). Les premiers modèles du traumatisme (1862-1884). *L'information psychiatrique*, 90, 415-425.

- Pole, N. (2007). The psychophysiology of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 133(5), 725–746.
- Priou, O., Le Nedic, T. & Amslem, T. (2009). *Méthodologie Q par analyse factorielle Q*.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What is in a name. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105–113.
- Rerbal, D., Prieto, N., Vaux, J., Gloagen, A., Desclefs, J-P., Dahan, B., Cesareo, E. & Duchenne, J. (2017). Organisation et modalités d'intervention des Cellules d'Urgence Médicopsychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique - Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP). *Annales françaises de médecine d'urgence*, 7(6), 410-424.
- Rogers, C-R. (1954). *Psychotherapy and personality change*. University of Chicago Press.
- Rotschild, B. (2008). *Le corps se souvient - Mémoire somatique et traitement du trauma*. De Boeck.
- Rudetzki, F. (2016). *Pour un centre de ressources et de résilience : réparer et prendre soin de la vie*.
- Saint-Cast, A. (2021). L'accompagnement en psychomotricité est-il un facteur de résilience en période de pandémie ? *L'information psychiatrique*, 97(7), 565-568.
- Saint-Cast, A. & Scialom, P. (2016). *ESPT et psychomotricité*.
- Schauer, M., & Elbert, T. (2010). Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment. *Zeitschrift fur Psychologie/Journal of Psychology*, 218, 109–127.
- Schefers, M., Hoek, M., Bosscher, R. J., van Duijn, M. A., Schoevers, R. A., & Van Busschbach, J. T. (2017). Negative body experience in women with early childhood trauma: Associations with trauma severity and dissociation. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1).
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Gallimard.
- Stephenson, W. (1935). Correlating persons instead of tests. *Character and Personality* (4), 17-24.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior : Q technique and its methodology*. University of Chicago Press.

- Tenenbaum, S. (2017). *Dépasser ses traumatismes. Comprendre le stress post-traumatique, en guérir et retrouver confiance*. Leduc.s Editions
- Tréhel, G. (2005). *Karl Abraham (1877-1925) et Herman Oppenheim (1857-1919) : rencontre autour des névroses traumatiques de paix. L'information psychiatrique*, 81(9), 811-822.
- Vallet, B., Armanteras de Saxé, A-M., & Ricordeau, P. (2017). *Instruction N°DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique*.
- Van de Kamp, M., Emck, C., Cuijpers, P. & Beek, P.J. (2018). A psychomoteur diagnostic instrument for patients with post-traumatic stress disorder. *Body movement and dance in psychotherapy*, 13(1), 33-49.
- Van de Kamp, M., Scheffers, M., Hatzmann, J., Emck, C., Cuijpers, P. & Beek, J-P. (2019). Body- and Movement-Oriented Interventions for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 00, 1-10.
- Van der Hart, O., Brown, P. & Van der Kolk, B. (1989). Le traitement psychologique du stress post-traumatique de Pierre Janet. *Société Médico-Psychologique : Annales Médico-Psychologiques*, 9, 976-980.
- Van der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien*. Albin Michel.
- Watts, S. & Stenner, P. (2003) Q methodology, quantum theory and psychology. *Operant Subjectivity*, 26, 73-155.
- Watts, S. & Stenner, P. (2005). Doing Q methodology: theory, method and Interpretation. *Qualitative Research in Psychology*, 2, 67-91.
- Zwart, M. (2004). *Psychomotorische diagnostiek in de intake van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers*. Mikado.

Annexe 1 : 12 Centres Régionaux de Psychotraumatisme

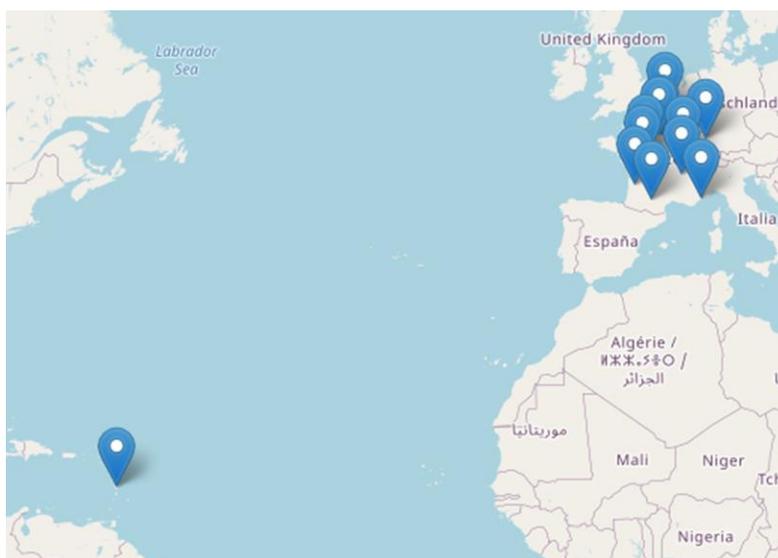
Figure 1

CRP en France métropolitaine



Figure 2

CRP en France et Antille-Guyanne



## Annexe 2 : Guide d'entretien

Type d'entretien : semi dirigé

Introduction et présentation

- Explication du projet de mémoire
- But de l'entretien et ce qu'il doit apporter au projet

Information de la personne interrogée

- Nom prénom
- Profession
- Lien avec le psychotraumatisme
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce milieu ?

Sujets à aborder

- Defusing et débriefing
- Place du psychomotricien dans les CUMP

### Annexe 3: Formulaire d'information et de consentement éclairé

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche en psychomotricité. Le présent document vous informe des différentes modalités du dit projet de recherche.

#### Titre et objectifs du projet

Cette étude se nomme « étude exploratoire de la prise en charge du corps dans son paradigme psychomoteur dans les dispositifs de soin des cellules d'urgence médicopsychologique ». Le but est de déterminer si, dans les outils actuellement utilisés dans les CUMP, le corps dans son paradigme psychomoteur est pris en soin.

#### Personnes responsables du projet

Cette étude de recherche entre dans le cadre d'un mémoire de recherche en psychomotricité (Master International de Psychomotricité) dispensé par l'ISRP de Paris. Le maître de ce mémoire est Laura DIAS DA SILVA, psychomotricienne experte.

#### Droit de retrait

Etant donné que votre participation est volontaire, vous êtes libre de vous retirer de l'étude à tout moment sans avoir à vous justifier.

#### Confidentialité, partage, surveillance et publications

Les données recueillies au cours de cette étude resteront confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche (ladite étude, études ultérieures, publication dans des revues scientifiques, partage avec d'autres professionnels) sans que l'on puisse vous identifier (dans le cas contraire, on vous demandera votre permission). Ces données seront conservées pendant cinq ans puis détruites.

#### Résultats de la recherche et publication

Vous serez informés des résultats de la recherche et des publications qui en découleront. Votre anonymat sera conservé.

Consentement éclairé

Je, ....., déclare avoir pris connaissance et compris ledit document. J'ai pu poser les questions souhaitées auxquelles on m'a répondu. J'accepte donc de participer librement à la recherche.

Fait à ....., le

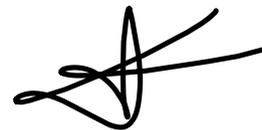
Signature

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, Mathilde Akian, certifie avoir expliqué les différentes modalités du formulaire au participant, certifie lui avoir dit qu'il restait libre d'interrompre à tout moment l'étude et certifie avoir répondu à ces questions.

Fait à ..., le ...

Signature

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

## Annexe 4 : Interface administrateur du logiciel Qsoftware®

29/05/2022 15:00

QSortWare

### Add QSort Test

Master International en Psychomotricité

#### Initial Sort Help

Tahoma

Ceci est un pré triage qui n'est pas définitif. Vous allez répartir les différentes réponses selon les 3 colonnes "pas concerné" / "neutre" / "concerné". Placez les réponses proposées selon leur rapport à l'accompagnement proposé dans la CUMP.

#### Main Sort Help

Tahoma

Ceci est le triage définitif. Vous classez les différentes réponses en fonction des 5 colonnes de "pas du tout concerné" à "très concerné". Le nombre de réponses par colonne est défini à l'avance.

#### Boxes

	Box	Items number	Score	Initial sort
1	Pas concerné	1	0	
2	Neutre	1	0	
3	Concerné	1	0	
4	Pas du tout concerné	4	-2	
5	Peu concerné	7	-1	
6	Neutre	13	0	
7	Concerné	7	1	
8	Très concerné	4	2	

#### Cards

	Card
1	Emotions
2	Fonction spatiale
3	Oùie
4	Sommeil & alimentation
5	Réactions motrices involontaires (ajustements posturaux et équilibration automatisée)
6	Fonction du toucher
7	Fonctions exécutives (prise de décision, abstraction de la pensée, préparation et exécution de plans, flexibilit.
8	Goût
9	Fonctions intellectuelles (capacités intellectuelles)
10	Fonctions de la voix et de la parole
11	Tonus (état de tension permanent des muscles)
12	Sensations relatives à la peau (démangeaisons, brûlures, picotements)
13	Réflexes moteurs (automatiquement provoqués par des stimulus)
14	Odorat

Save Cancel

## Annexe 5 : Interface répondant du logiciel Qsortware®

29/05/2022 15:01

QsortWare

### Recherche MIP / Step 1 of 1...

Ceci est un pré triage qui n'est pas définitif. Vous allez répartir les différentes réponses selon les 3 colonnes "pas concerné" / "neutre" / "concerné". Placez les réponses proposées selon leur rapport à l'accompagnement proposé dans la CUMP.

Drag the following item into one of the boxes below:

Emotions

Pas concerné

Neutre

Concerné

Continue

Annexe 6 : Moyennes des énoncés classées selon les fonctions de la CIF

Tableau 1

Moyenne des énoncés des fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hémato-poïétique, immunitaire et respiratoire

<b>Enoncé</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Fonctions cardiaque et respiratoire	-0,6	-1,0

Tableau 2

Moyenne des énoncés des fonctions relatives au métabolisme et au système endocrinien

<b>Enoncé</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Fonction thermorégulatrice	-1,5	-1,5

Tableau 3

Moyenne des énoncés des fonctions de la voix et de la parole

<b>Enoncé</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Fonctions de la voix et de la parole	0,4	0,0

Tableau 4

Moyenne des énoncés des fonctions sensorielles et de la douleur

<b>Enoncés</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Ouïe	0,0	-1,0
Fonction vestibulaire	-0,8	0,5
Sensations associées à l'oreille interne	-0,5	0,0
Goût	-1,4	-1,5
Odorat	-0,8	-1,5
Fonctions du toucher	-0,5	0,5
Proprioception	-0,8	2,0
Douleur	0,8	-1,5

Tableau 5

Moyenne des énoncés des fonctions des systèmes digestif, métabolique et endocrinien

<b>Enoncé</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Sensations associées au système digestif	0,3	-0,5

Tableau 6

Moyenne des énoncés de la fonction de la peau et des structures associées

<b>Enoncé</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Sensations relatives à la peau	-0,6	0,5

## Annexe 7 : Référentiel national de formation à l'urgence médico-psychologique

### Objectifs

- Connaître l'organisation des secours dans les différents types d'évènements (catastrophe, attentats, évènements à fort retentissement psychologique collectif, etc.) ;
- Connaître le stress et la pathologie psychotraumatique ;
- Savoir intervenir en immédiat et en post-immédiat en tant que professionnel des CUMP ;
- Savoir prendre en charge les victimes, les familles et les proches dès la survenue de l'évènement ;
- Savoir les orienter et être en lien avec d'autres professionnels concernés, y compris hors intervention CUMP.

### Programme

- La catastrophe et les plans de secours
  - Plans d'organisation des secours en cas de catastrophe et d'évènement à fort retentissement psychologique ;
  - Les acteurs de terrain : SAMU, SMUR, SIS, forces de l'ordre, Associations agréées de sécurité civile, etc ;
  - Caractéristique des dispositifs ORSEC et ORSAN, le risque NRBC-E.
- L'organisation des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique
  - Le soin médico-psychologique ;
  - Indications, limites et champ de compétence de la CUMP ;
  - Les CUMP permanentes (zonale, régionale, renforcée)
  - Les CUMP non permanentes départementales
  - Les liens avec le SAMU, l'ARS, le schéma d'intervention, les conventions (volontaires)
  - Les renforts CUMP et le réseau national
  - Les CUMP et le réseau sociétal (médias, autres institutions : Armées, Éducation Nationale, entreprises publiques et privées, etc.)
- Le stress et le psychotraumatisme : épidémiologie, psychopathologie et neurobiologie
  - Historique et évolution des concepts : de la névrose traumatique à l'état de stress post traumatique ou syndrome psychotraumatique ;
  - Épidémiologie, facteurs de risque ;
  - Psychopathologie et neurobiologie du stress et du trauma. Le concept de dissociation ;
  - Réactions immédiates, réactions différées, réactions à long terme.

- Formes cliniques spécifiques
  - Les troubles psychotraumatiques chez l'enfant ;
  - Les réactions collectives ;
  - Les familles impliquées ou endeuillées ;
  - Le stress des soignants et des sauveteurs.
  
- Les prises en charge CUMP
  - L'intervention CUMP : aspects logistiques et organisationnels ;
  - Gestion de crise, organisation sur le terrain, tri des victimes, conseils, gestion des médias ;
  - Prises en charge Immédiate : « defusing » individuel, groupal ;
  - Prises en charge post immédiate : IPPI, débriefing psychologique et groupe de parole ;
  - La consultation spécialisée du psychotraumatisme ;
  - Les outils CUMP harmonisés au plan national (Kit d'intervention, dossier de soin, certificat médical initial, fiche d'information victime).

#### Validation de la fonction d'intervenant CUMP

- La fonction d'intervenant CUMP sera validée par le référent pour chaque nouvel intervenant après une période de pratique sur le terrain.

Mots – clés : méthode Q, psychomotricité, traumatisme psychique, urgence médico-psychologique, psychomotricien

Keywords : Q method, psychomotricity, psychological trauma, medical-psychological emergency, psychomotor therapist

Palabras clave : método Q, psicomotricidad, trauma psicológico, urgencia médico-psicológica, psicomotricista