Réflexion sur la pertinence d'une intervention psychomotrice auprès de femmes victimes de viol

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Alicia BELOUCIF

Maître de mémoire : Philippe SCIALOM

Session de Juin 2015

REFLEXION SUR LA PERTINENCE D'UNE INTERVENTION PSYCHOMOTRICE AUPRES DE FEMMES VICTIMES DE VIOL

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Alicia BELOUCIF

Maître de mémoire : Philippe SCIALOM

Session de Juin 2015

« De l'esprit et du corps fuis la double paresse, car où l'esprit languit, le corps aussi s'affaisse. »

Citation de Publilius Syrus ; Sentences - Ier s. av. J.-C.

REMERCIEMENTS

Je remercie …

...Philippe SCIALOM pour son écoute et son aide. Je le remercie également de m'avoir permis de terminer ce mémoire en toute sérénité.

…Fabrice DE SAINTE MAREVILLE pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

… Sonia de m'avoir épaulée tout au long de cette année.

… Laura pour sa confiance, ses relectures, sa disponibilité, ...

...Mireille et Nathalie pour avoir contribué à la réalisation de ce mémoire.

… mes camarades Wendy, Chloé, Morgane, Aude, Magalie, Elodie, Laura, Alicia pour leur bonne humeur, leurs paroles rassurantes, leur motivation ...

Je remercie ma famille pour leurs encouragements et leur soutien.

Un grand merci à Gérald BILLET pour son soutien inconditionnel.

SOMMAIRE

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

I. DE L'AGRESSION AU VIOL ... 3
A. QU'EST-CE QU'UNE AGRESSION SEXUELLE ? ... 3
1. Selon le Code Pénal ... 3
B. QU'EST-CE QUE LE VIOL ? ... 5
1. Histoire du viol ... 5
2. Définitions ... 6
3. Déroulement de la procédure judiciaire ... 10
4. Approche pluridisciplinaire de la victime de viol ... 12
II. LES VICTIMES D'ABUS SEXUEL ... 16
A. DIFFERENTS PROFIL DE LA VICTIME ... 16
1. Victime aigüe ... 16
2. Victime chronique ... 17
B. TRAUMATISME ... 18
1. Sidération, quand notre corps nous protège ... 18
2. La mémoire traumatique ... 22
3. Conséquences comportementales du traumatisme ... 23
III. LECTURE PSYCHOMOTRICE DE LA FEMME VICTIME DE VIOL ... 26
A. Présentation de cas ... 26
1. Mme B. ... 26
2. Mme H ... 29
B. De l'entretien aux observations psychomotrices ... 31
1. Trouble du tonus ... 31
2. Trouble de l'Image du corps ... 35
3. Trouble de la relation ... 38
4. Trouble du comportement ... 41
5. Trouble de l'alimentation : Anorexie ... 42
6. Toucher ... 43
IV. COMMENT PERMETTRE LE REINVESTISSEMENT CORPORELLE EN PSYCHOMOTRICITE ? ... 46
A. CADRE ... 46

1. Temporalité 46
2. Statut de l'individu 47
3. Relation thérapeutique 48
B. OBJECTIFS 49
1. DEFINITION DES LIMITES DU CORPS 49
2. SIGNIFIER QUE CE CORPS VIT 50
3. VARIER LES AFFERENCES SENSORIELLES 51
4. DONNER DU MOUVEMENT A CE CORPS 51
5. IDENTIFIER LES EMOTIONS, ASSOCIER AU VECU CORPORELLE 52
6. CONSCIENCE DE L'AXE CORPORELLE 53
C. MOYENS 53
1. LES DIFFERENTS TYPES DE RELAXATION DANS LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE 54
2. KINOMICHI 57
3. RYTHME ET VOIX 58
4. BALNEOTHERAPIE 59
5. LA RESPIRATION 60
6. L'IMPORTANCE DE L'OBJET MEDIATEUR 61
7. LA VERBALISATION 61

PARTIE DISCUSSION

I. L'IMPORTANCE DU CADRE 63
A. CADRE LIBERAL 63
B. CADRE INSTITUTIONNEL 64
II. ENTRETIEN 65
A. L'ENTRETIEN SELON LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS 65
1. L'entretien psychologique 65
2. L'entretien psychiatrique 66
3. L'entretien médical 67
4. L'entretien infirmier 67
B. L'ENTRETIEN PSYCHOMOTEUR 68
1. Quel est le rôle de l'entretien psychomoteur ? 68
2. Mon vécu 70
III. PLACE DU THERAPEUTE 71
A. EMPATHIE 71
B. TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT 72

C. SEXE DU THERAPEUTE 73
IV. CORPS, UNE HISTOIRE DE CULTURE 74
A. CULTURE MAHGREBINE 74
B. CULTURE AFRICAINE 75
C. CULTURE INDIENNE 76
V. AUTRES THEMES A ABORDER 76
A. FEMINITE 76
B. DE LA MAITRISE DU CORPS A L'ABORD DE LA SEXUALITE 77
C. PLAISIR 78
Conclusion 79
Bibliographie 80
Annexe 94

INTRODUCTION

Selon le Haut Conseil de l'Égalité entre les femmes et les hommes, 83 000 femmes, par an, auraient été victimes de viol ou tentative de viol entre 2010 et 2012. Le viol est un crime qui frappe, en très grande majorité, les femmes. Il touche toutes les catégories sociales mais également toutes les tranches d'âge. Il s'agit d'un crime où, dans 8 cas sur 10, le violeur est connu de sa victime. C'est un père, un mari, un ex-amant, un patron et, contrairement aux stéréotypes, beaucoup plus rarement un marginal qui sévit au hasard dans une rue déserte.

Suite à cet acte, la victime bénéficie d'interventions judiciaires, médicales, sociales et psychologiques. Les interventions proposées sont centrées autour de l'acte en tant que tel. Il s'agit de constater et de juger le viol dans le domaine médico-judiciaire. D'autre part, il est question de reconnaître le viol, de se reconstruire par la création de nouveaux repères identificatoires dans un suivi psychologique. Quant au soutien social, il fait référence à l'accompagnement et à l'orientation de la victime après le viol. Qu'en est-il du corps de la victime? Ce traumatisme ne constitue pas seulement un bouleversement psychique mais également une atteinte corporelle. Ce corps, qui est vécu comme une souffrance, un objet de mal-être, de dégoût, qui ne supporte plus d'être touché, dont les marques de violences sont inscrites. Or, le corps occupe une place fondamentale dans la relation avec autrui mais, surtout, avec soi-même.

Après une recherche personnelle, je constate que la proposition d'un suivi psychomoteur est rare. Face à cette problématique corporelle, la psychomotricité ne pourrait-elle pas avoir une place dans la prise en charge de la femme victime d'un viol ?

Cette réflexion m'est venue lors de mon stage long. Dans le cadre d'un entretien de pré-admission, j'ai fait la rencontre d'une femme qui a été violée à plusieurs reprises. De cet entretien, s'en ai suivi un long questionnement. J'ai alors poursuivi ma recherche. Ainsi, j'ai assisté à l'entretien psychomoteur d'une autre femme victime de viol qui, elle, a consulté en libéral. J'ai également enquêté auprès d'autres femmes, au sein d'associations, afin de compléter ma recherche.

La rencontre de ces femmes et les connaissances que j'ai acquises tout au long de ma formation m'ont permises de m'interroger et d'approfondir la nécessité d'une intervention psychomotrice. La difficulté est telle qu'il y a peu d'écrits sur le sujet. Les ouvrages faisant référence à cette population relèvent du domaine psychiatrique, du médico-légal ou ils relatent des témoignages. A ma connaissance, il y a peu voire pas de psychomotriciens ayant écrit sur le sujet, d'où la difficulté quant aux liens théoriques avec la psychomotricité. Cependant, si les ouvrages psychomoteurs se font rares, la problématique psychomotrice chez les femmes qui ont subi un viol est bien présente. Ainsi, mes éléments cliniques se basent sur les deux entretiens psychomoteurs évoqués ci-dessus. A partir des informations récoltées lors de ceux-ci, une réflexion psychomotrice s'est mise en place afin de penser le corps de la femme violée. Dans une perspective de prise en charge auprès de cette population, comment notre discipline se révèle-t-elle être un outil particulièrement adapté. En effet, la psychomotricité a pour fonction de restaurer l'équilibre psychocorporel de la personne afin de l'aider à s'adapter au mieux aux exigences de l'environnement, en fonction de ses capacités, de ses envies, ceci grâce à des médiations corporelles et à la verbalisation. Dans le cas de la victime de viol cet équilibre est rompu, allant même jusqu'à une scission défensive réactionnelle entre le corps et l'esprit. L'enjeu thérapeutique est tel que, rétablir l'unité psychocorporelle.

Quel est l'impact de ce type d'agression sur le lien corps-esprit ? La psychomotricité peut-elle être opérante auprès de ces sujets ? Si la psychomotricité permet de réinvestir positivement son corps, comment peut-elle le permettre auprès de la femme victime de viol ?

Tout d'abord, il est nécessaire de comprendre ce qu'est le viol et son contexte. Ce viol fait naître la notion de victime et de traumatisme que j'aborderai dans un second temps. Ensuite, il est question de construire une lecture psychomotrice propre à la victime de viol à partir des deux entretiens. Nous traiterons également de l'intérêt de la psychomotricité dans la prise en charge de celles-ci à travers la place du psychomotricien et les outils que l'on peut proposer. Enfin, ma recherche sur le sujet m’a permis de soulever différents points notamment, le cadre, la position du thérapeute, l’impact de la culture sur le corps et d’autres thèmes, qui serviront à argumenter ma discussion.

Partie théorico-clinique

I. DE L'AGRESSION AU VIOL

En France, si la définition de la violence sexuelle est répertoriée dans le domaine de l'agression sexuelle, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle se démarque de par la notion de pénétration. Avant que cette intrusion corporelle soit considérée en tant que viol, l'histoire nous montre une évolution relativement lente mais qui tend vers une reconnaissance en faveur de la victime. Ainsi, se développe une procédure judiciaire relative à ce fait et une intervention pluridisciplinaire encadrant la victime.

A. QU'EST-CE QU'UNE AGRESSION SEXUELLE ?

Selon le Ministère de la Justice française, « Une agression sexuelle est une atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Quiconque se rend coupable d'actes de nature sexuelle sur une personne sans son consentement et même, dans certains cas, notamment celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage, commet une agression sexuelle (...) Les atteintes sexuelles (attouchements, caresses, pénétration…) sont l'expression d'un abus de pouvoir. L'auteur d'une agression sexuelle veut assujettir une personne (majeure ou mineure, homme ou femme) à ses propres désirs (…) Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux de la personne, notamment à son intégrité physique et psychologique ».[1]

Les abus sexuels prennent différentes formes décrites dans le Code Pénal (1994).

1. Selon le Code Pénal

Dans le code pénal ancien de 1810, les agressions sexuelles étaient qualifiées d' « outrage à la pudeur » avec ou sans violence. Ce n'est qu'à partir de 1994, année de mise en vigueur du Code Pénal actuel, qu'entre la notion d'atteinte sexuelle et que sont détaillés les différents types d'agressions sexuelles à travers des lois spécifiques. On note ainsi, une mise

[1] . Extrait de la Fiche Pratique concernant l'Agression Sexuelle publiée par le Ministère de la Justice

en place tardive de ces lois qui relèvent d'un réel tabou. Cette pudeur dans l'expression des lois, relatives aux agressions sexuelles, dans l'ancien code pénal reflète une opinion publique assez réservée qui ne facilite pas l'expression libre de la victime, la justice étant elle-même sur une certaine retenue.

a) Les « autres agressions sexuelles »

Autrefois nommées « attentats à la pudeur avec violence » dans le code pénal ancien de 1810, réprimées dans l'article 333, les autres agressions sexuelles sont caractérisées par "*tout acte contraire à la pudeur de la victime et mettant directement en cause le corps de celle-ci, à l'exception toutefois des actes de pénétration sexuelle commis avec violence*". Elles concernent notamment les attouchements.

b) Exhibition sexuelle

« *L'exhibition sexuelle, imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public.* » Article 222-32 du Code Pénal (1994)

c) Harcèlement sexuel

« *Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.* » Article 222-33 du Code Pénal (1994)

d) Inceste commis sur les mineurs

« *Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.* » Article 222-31-1 du Code Pénal (1994)

e) Viol

« *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol.* » Article 222-23 du Code Pénal (1994)

B. QU'EST-CE QUE LE VIOL ?

1. Histoire du viol

Vigarello (1998) retrace l'histoire du viol : A l'époque classique, entre le Vème et IVème siècle avant Jésus Christ, le viol est sévèrement puni, d'autant plus si la victime est vierge, allant de la torture jusqu'à la mort. Cependant, si cet acte est sérieusement réprimandé, il n'en demeure pas moins vrai qu'il donne rarement lieu à des poursuites. En effet, l'opinion est telle qu'un homme seul ne peut violer une femme si elle est vraiment déterminée. Ainsi, pour déterminer un viol, il faut des témoignages affirmant que la victime ait crié, qu'elle se soit défendue et qu'elle ait vigoureusement résisté. S'il n'y a pas de témoins, on examine la réputation de la victime. Cependant, la loi comprend des références à la religion et aux lois divines par conséquent, une victime d'un viol par sodomie est coupable au même titre que l'auteur de l'agression. De la même manière, l'enfant qui cède à la violence est considéré comme perdu.

A la fin du XVIIème siècle, la violence des tribunaux comme la torture est nettement moins bien acceptée. On commence à dissocier la faute religieuse de l'atteinte aux personnes. La vision sur le viol ne change pas mais certains sont perçus comme plus odieux et les victimes comme plus innocentes.

Pendant la période révolutionnaire, apparaît la Déclaration des Droit de l'Homme, le 20 juillet 1789, dans laquelle l'Homme est considéré comme propriétaire de son corps. Dans le code de 1791, il n'y a plus de références religieuses, on juge les actes nuisibles à la société. Les victimes ne peuvent donc plus être poursuivies. Ce code tend à définir des seuils de violences, fixe leur degré de gravité par âge et prend en considération la présence de complices.

Au XIXème siècle, le code de 1810 fait naître l'article 331 qui définit l'attentat à la pudeur et la violence sexuelle. Puis, cet article est approfondi en faisant apparaître la notion d'intention criminelle à travers la tentative de viol. Par ailleurs, la médecine progresse en ce qui concerne les techniques d'expertise médicale. On enquête de façon plus fine et constate donc les

blessures, les ecchymoses, les traces d'ongles, les hématomes. De même concernant la présence de sang, de sperme … Fin des années 1880, on débat sur l'hypnose et on incite les femmes à prêter attention aux hommes qui les fixent dans la rue. De là, naît la réflexion sur les conséquences psychiques du viol.

En 1978, a lieu le procès d'Aix-en-Provence. Au-delà des auteurs de viols, il est question d'éclaircir la notion de viol et de souligner le rapport de force qui pèse sur les femmes grâce à l'action de groupes féministes. Ce procès a une logique culturelle notamment en ce qui concerne le rapport entre les hommes et les femmes, psychologique faisant ainsi référence à la présence d'un traumatisme et judiciaire par la définition des faits, de la violence et du non-consentement. L'évolution du rapport entre les hommes et les femmes influence la perception du viol. Dans les années 1990, de nouveaux termes apparaissent dans le Code Pénal tels que : agression sexuelle, violence, harcèlement sexuel et exhibitionnisme. Outre cela, la parole des victimes est davantage prise en compte et on a la certitude d'un traumatisme des suites d'un viol.

En somme, la définition de l'étendue des conséquences d'une victime de viol, n'est que très récente. De ce fait, la prise en charge reste encore imparfaite à ce jour, notamment lorsqu'il s'agit des difficultés qu'ont les victimes à s'exprimer, la position des différents thérapeutes ...

2. Définitions

a) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S)

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme suit : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail

La coercition peut inclure :

- le recours à la force à divers degrés
- l'intimidation psychologique
- le chantage
- les menaces (de blessures corporelles ou de ne pas obtenir un emploi/une bonne note à un

examen, etc.).

La violence sexuelle peut également survenir lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou atteinte d'incapacité mentale, par exemple.

La définition de l'OMS est assez large, mais il existe des définitions plus restrictives. Par exemple, aux fins de recherche, certaines définitions de la violence sexuelle sont limitées aux actes qui font intervenir la force ou la menace de violence physique. »

L'Étude multipays de l'OMS a défini la violence sexuelle comme étant des actes par lesquels une femme :

• a été physiquement forcée à avoir des rapports sexuels contre sa volonté ;

• a eu des rapports sexuels contre sa volonté parce qu'elle avait peur de ce que pourrait faire son partenaire ;

• a été contrainte à une pratique sexuelle qu'elle trouvait dégradante ou humiliante. (Garcia-Moreno et al., 2005, p.6)

b) Selon l'approche psychiatrique

D'après l'approche psychiatrique, les classifications, comme le DSM et la CIM, ce sont initialement axés sur le traumatisme. Le viol est un événement traumatique au même titre qu'un accident grave ou encore, qu'une catastrophe naturelle. Bien que ces événements fassent l'objet d'un bouleversement physique et psychique important, ils ne relèvent pas du même registre.

(1) Classification Internationale des Maladies (C.I.M)

D'après la CIM 10, plus précisément le chapitre F43.1, l'état de stress post-traumatique s'explique par « Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (…) Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'évènement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou de

situation pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive.

Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire (…) La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité. » (CIM, 2000, p.134, 133)

(2) Manuel Diagnostique et statistique des Troubles Mentaux (D.S.M)

Le DSM IV consacre le chapitre F.43.1 [309.81] afin de définir l'état de stress post-traumatique :

« A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

(2) rêves répétitifs de l'évènement provoquant un sentiment de détresse.

(3) impression ou agissements soudains «comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (*flash-back*), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours

d'une intoxication).

(4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'évènement traumatique en cause

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois manifestations suivantes

(1) effort pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées aux traumatismes

(2) effort pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme

(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme

(4) réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités

(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)

(7) sentiments d'avenir « bouché » (p.ex., pense ne pas pouvoir faire carrière se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu

(2) irritabilité ou accès de colère

(3) difficultés de concentration

(4) hypervigilance

(5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes de critères B, C, et D) dure plus d'un mois

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du

fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Spécifier si :
Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois
Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus
Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. » (MINI DSM IV-TR, 2004, p.214 à 218)

Dans cette approche psychiatrique, il est intéressant de constater la limite évoquée précédemment, lorsqu'il s'agit de l'indifférenciation entre les différents traumatismes. Ainsi, dans le cas du viol, le bouleversement sur le plan corporel n'est peu voire pas évoqué alors que ce traumatisme en est la cause. On parle de « sentiment » et non de ressenti.

3. Déroulement de la procédure judiciaire

Afin d'informer les victimes, l'association Collectif Féministe Contre le Viol (C.F.C.V) renseigne sur le déroulement de la procédure judiciaire. Tout d'abord, la victime doit déposer une plainte afin d'informer le procureur de la République qui ordonnera une enquête de la police ou de la gendarmerie. Dans ce cadre, elle est convoquée, à plusieurs reprises, pour répondre aux questions destinées à clarifier les circonstances du viol. Ensuite, elle doit identifier l'agresseur. Dans le cas où les faits sont niés, une confrontation auprès de l'auteur du viol sera proposée.

Outre cela, la police ou la gendarmerie doit informer du droit à se constituer comme partie civile et à obtenir réparation du préjudice subi, ainsi que de la possibilité d'être aidée et conseillée par une association locale d'aide aux victimes, dont les coordonnées doivent être communiquées au moment du dépôt de plainte. Si une procédure judiciaire est souvent indispensable dans la reconstruction de la victime, il est nécessaire que celle-ci ne soit pas vécue péniblement pouvant ainsi, alimenter un sentiment de faiblesse, amenant donc à une « survictimation ».

En ce qui concerne le dépôt de plainte, certaines victimes l'effectuent à la suite des faits. D'autres, après plusieurs années, dans une période qui entre dans le cadre du délai de prescription, soit 20 à 30 ans pour les victimes majeures et 10 à 20 ans pour les mineures. Il

arrive que des victimes ne portent pas plainte. Or, cette étape est très importante. Cependant, elle demande à ces femmes, de faire preuve d'un effort considérable. En effet, il s'agit de reconnaître, tout d'abord, que ces femmes ne sont pas coupable des faits. Dans un sentiment de culpabilité, les victimes peuvent penser qu'elles seront responsables d'avoir condamné leur agresseur. Outre cela, grâce à cette plainte, ces femmes peuvent endosser le statut de victime et être reconnue comme telle. Cette position implique que ces femmes ne sont pas coupables et elle est nécessaire dans une logique de reconstruction. Selon le site planetoscope, l'Enquête National sur les Violences Envers les Femmes en France (E.N.V.E.F.F) estime que, seule, une victime sur onze porte plainte.

L'enquête est, ensuite, transmise au procureur de la République ou à son substitut. C'est le magistrat qui va qualifier juridiquement les agressions et décider ou non des poursuites. A la vue du dossier, le procureur peut décider :

- De classer l'affaire sans suite

- D'une instruction : Cette étape est particulièrement éprouvante pour la victime, car la procédure prend davantage de temps et demande un investissement supplémentaire. En effet, le juge peut ordonner une confrontation, une audition de témoins, une reconstitution des faits, une expertise psychiatrique ou psychologique, une enquête de personnalité ou encore une expertise médicale.

- De renvoyer le dossier au Tribunal Correctionnel s'il s'agit d'un délit, soit une agression sexuelle. S'il s'agit d'un viol, il est question de la Cour d' Assise.

Lors du procès, qui se déroule à la Cour d'Assise, la sanction encourue par l'auteur d'un viol peut atteindre les plafonds maximum de 15 ans, 20 ans, 30 ans ou perpétuité, suivant les circonstances et les conséquences de l'agression pour la victime. Cette peine d'emprisonnement peut être assortie d'un sursis simple, d'une mise à l'épreuve ou de peines complémentaires. Si une des parties n'est pas en accord avec la décision rendue, la victime ou l'agresseur peuvent faire appel. Si la décision ne leur convient toujours pas, un pourvoi en cassation est alors possible.

L'engagement dans une procédure est long et éprouvant. Durant cette période, la victime est prise dans une spirale juridique et pénale où elle est alors amenée à être examinée, témoignée

et à revivre les faits dans le cadre de l'enquête. Le seul soutien proposé est réduit à des coordonnées qui lui sont communiquées lors du dépôt de plainte. C'est donc à elle seule de chercher du soutien malgré l'investissement important auquel elle doit faire face.

4. Approche pluridisciplinaire de la victime de viol

La prise en charge des victimes de viol concerne différentes sphères qui sont développées par Lopez et Sabouraud-Seguin (1998).

a) Médico-légale

Dans un délai relativement court, la victime est présentée à une cellule médico-légale afin de récolter des éléments de preuves nécessaires à la constitution du dossier. Cette étape constitue une épreuve supplémentaire à laquelle elle doit faire face. En effet, la victime doit subir des examens gynécologiques et, par conséquent une nouvelle intrusion corporelle.
Dans le cadre d'une investigation médicale, le corps de la victime n'est pas subjectivé car il fait office d'objet d'enquête. Son corps ne lui appartient pas, elle est contrainte de s'exposer et de se faire manipuler par l'expert afin de répondre aux exigences d'une instruction judiciaire. Par ailleurs, la notion de confiance fait également surface lorsqu'il s'agit de se laisser toucher par un nouvel inconnu. De ce fait, une **alliance thérapeutique** doit se créer afin que la victime, en plein tourment, puisse s'exprimer permettant ainsi de créer un dialogue et donc d'accéder aux soins nécessaires. Afin que la victime accède à une intervention de quelque nature qu'il soit, il est primordial d'instaurer un **cadre sécurisant et de confiance**.

b) Psychologique

(1) Urgence

Suite à l'événement traumatique, la victime est orientée vers une cellule médico-psychologique dans laquelle elle va non-seulement avoir recours à des soins médicaux mais également à une thérapie de l'immédiat. Au cours de cette thérapie, les objectifs sont tels que, un travail psychique autour de la réalité de l'événement traumatique, de l'ici et maintenant. Le psychothérapeute tente donc de parer au refoulement, à la fixation des événements violents.

Par ailleurs, afin de travailler sur le traumatisme de l'ici et maintenant, il est question d'agir autour de l'abréaction. Il s'agit de réduire une tension émotive lorsque l'affect et la verbalisation du souvenir du traumatisme font irruption simultanément à la conscience. Cela permet donc d'éclaircir le souvenir assombri voire flouté par les émotions et d'y mettre des mots. Cependant, cette intervention veut travailler sur le rappel des faits par la persévérance dans l'immédiateté ce qui peut aboutir à un syndrome du faux souvenir. Pour que cela puisse se faire, la victime doit donc coopérer et accepter une approche thérapeutique.

Un travail de débriefing est alors proposé. Il peut s'agir de sessions individuelles ou collectives dans lesquelles les victimes verbalisent les faits. Les principaux desseins sont de dédramatiser et de normaliser les réponses initiales au traumatisme, prévenir ou atténuer l'apparition de troubles psycho-traumatiques et offrir la possibilité d'une prise en charge thérapeutique. Dans le cadre de séances collectives, la question de l'individualisation de la victime se pose. Si ce travail est important dans l'apaisement de la charge émotionnelle de l'événement, il n'en demeure pas moins vrai que la victime recherche une écoute et une reconnaissance personnelle à l'heure où elle est prise dans un ébranlement narcissique. De ce fait, la prise en charge en séance individuelle de la victime de viol est fondamentale.

Une thérapie psychanalytique individuelle, est alors proposée. Durant ce temps, la victime peut s'exprimer dans l'idée d'en savoir davantage sur ses faits et ses dires et donc de maîtriser les comportements estimés nuisibles à son fonctionnement global.

Une thérapie de soutien est également suggérée durant laquelle il est question de se centrer sur ce que le patient attend de son traitement et de son rapport au thérapeute. Ce type de psychothérapie travaille sur la définition des objectifs et comment parvenir à les atteindre.

Ces différentes thérapies proposées aux victimes de viol répondent à une procédure que la victime doit suivre. Ce travail psychothérapeutique est néanmoins nécessaire dans la reconnaissance, l'écoute, la définition de soins. Outre cela, ce travail souligne certains points qui font écho avec **le travail du psychomotricien** et qu'il est indispensable de penser quant à la construction d'une prise en charge. En effet, dans une logique d'acceptation d'une prise en charge sur-le-champ, une relation thérapeutique précoce s'impose. Une fois encore, afin qu'un travail soit permis par la victime, une alliance thérapeutique doit se créer. Elle se développe

principalement au cours du premier entretien. C'est lors de ce premier entretien que tout se joue, car le cadre doit être clair et définit soit contenant pour la victime qui vit un bouleversement. D'autre part, il est question de la nécessité d'une prise en charge individuelle afin que la victime se sente libre de s'exprimer, contenue et reconnue. Par ailleurs, il est important de travailler au rythme de la personne, sur ce qu'elle souhaite aborder et non sur ce qu'il est nécessaire d'évoquer sur le moment, ce qui est peu possible dans le travail de l'immédiat. Enfin, la définition des objectifs ne doit pas être imposée mais doit provenir d'un accord mutuel. Le thérapeute ne doit pas oublier ses objectifs thérapeutiques néanmoins, la demande, le besoin émane du patient et le travail se fait avec le patient.

(2) Thérapie

La psychothérapie consiste en un travail d'analyse critique de la stratégie mise en place par l'auteur du viol. De ce fait, il s'agit de rompre le processus de déshumanisation et d'effectuer un désassemblage des trois praxis[2] développés par l'abuseur, faisant référence à la théorie de l'emprise définit par Perrone (1996), soit l'effraction, la captation et la programmation. De plus, cette psychothérapie consiste également à renverser l'idée sous-jacente qui vise à laisser penser que la victime est responsable. De cette manière, la victime prend conscience des conséquences du trauma sur les différentes formes de son existence. La démarche lui permet également une actualisation du regard qu'elle porte sur elle-même et de rejeter les projections et déformations de son agresseur. Tout cela contribue à la construction d'une meilleure image d'elle-même, la patiente sort progressivement de l'isolement et se reconstruit une vie sociale. Ce cheminement permet donc de restaurer l'intégrité de la victime, ce qui lui permet de redevenir actrice de son histoire.

Effectivement, la patiente se dégage petit à petit de l'emprise de l'agresseur sur sa personne et parallèlement, son existence reprend forme. **Le travail du psychomotricien** peut agir en complémentarité lorsqu'il s'agit de l'existence du corps qui n'a pas été évoquée. Si Descartes (2011) confirme la réelle distinction entre le corps et l'âme il n'en demeure pas moins vrai

[2] L'effraction: correspond à la pénétration dans une propriété privée par la force et avec rupture des limites du territoire.
La captation: en utilisant les trois voies sensorielles telles que le regard, le toucher et la parole, l'abuseur s'empare de l'autonomie de l'enfant et le rend vulnérable.
La programmation: consiste à ancrer, dans la mémoire de l'enfant, des instructions en vue de conditionner des comportements pré-définis destinés à être activés ultérieurement.

qu'une corrélation entre ces deux éléments subsistent d'où la notion de psychosomatique à laquelle la victime est confrontée dans un contexte de traumatisme.

c) Services sociaux

Le rôle des services sociaux est fondamental dans l'accompagnement des victimes. En effet, les assistantes sociales présentent des connaissances concernant la législation sociale et des réseaux utiles à la victime. Elles constituent un relai entre les établissements de soins et les autres structures. Les victimes peuvent faire appel à leur compétence sur consultation.

d) Associations

Après l'agression, les victimes peuvent entrer en contact auprès des associations. Ce mouvement associatif constitue un réel soutien à la personne car elle agit sur différents champs. Tout d'abord, ces associations peuvent intervenir dans la procédure d'obtention des indemnités. Elles participent également à la mise en place de groupes de parole qui permettent à ces femmes de trouver un lieu où s'exprimer, briser le silence auprès de personnes qui ont vécu la même expérience. Les paroles d'une personne ayant vécues la même histoire que la victime, sont parfois plus aisément accueillies et font plus facilement écho que la réponse d'un spécialiste. Au sein de ces associations, tout est pensé autour du viol qu'il s'agisse de débat, de manifestations, de mise en place d'activités, de sensibilisations, de stages, de sessions de formations. Elles ont vocation à véhiculer un message de solidarité, de soutien qui est nécessaire pour ces victimes.

Ainsi, la victime de viol est, dès les faits, prise dans un tourment traumatique. Malgré cela, elle doit affronter la procédure médico-judiciaire. La présence d'une aide pluridisciplinaire agit sur ce traumatisme même, ce remaniement psychique mais il n'aborde toujours pas cette atteinte corporelle qui bouleverse la notion d'existence de la victime et la perturbation des fonctions psychomotrices. Avant d'aborder les conséquences psychomotrices relatives à la victime de viol, il est nécessaire de positionner le statut de victime et d'évoquer la présence du traumatisme qui a été abordée dans cette première partie.

II. LES VICTIMES D'ABUS SEXUEL

On distingue deux types de victimation : aigüe ou chronique. Quel que soit la durée du processus de victimation, qui illustre le fait de subir une atteinte matérielle, corporelle ou physique, la victime bénéficiera de soins concernant ces blessures physiques. Ce type de soins entre dans le cadre de la médecine d'urgence. Cependant, ce type de médecine ne se préoccupe pas des possibles complications psychologiques et par conséquent, ne différencie pas les particularités cliniques selon la durée du processus de victimation. Pourtant, il est important de l'identifier afin d'agir de manière précoce et ne pas laisser se développer ces complications qui ont un impact dévastateur sur la victime.

Malgré la distinction entre les deux profils de victime, le traumatisme est commun. Il est à l'origine de comportements que nous allons développer.

A. DIFFERENTS PROFIL DE LA VICTIME

Lopez et Sabouraud-Seguin (1998) distingue la victime aigüe de la victime chronique.

1. Victime aigüe

a) Définition

Une victime aigüe subit une agression isolée, limitée en termes de durée. Dans cette limite de temps, la victime est brusquement confrontée à une détresse intense, un désespoir et à la mort.

b) Clinique

La clinique relative aux victimes aigües fait état d'un stress aigu en raison de la soudaineté de l'acte. On parle également de dépression dans le cadre d'un état de stress post-traumatique. Il est également question de décompensation psychologique à l'origine de troubles psychotraumatiques. Cette clinique fait également référence à des maladies psychosomatiques. La victime engage une lutte stérile contre elle-même, les autres, son environnement, son corps cède à cette tentative de résistance.

c) *Prise en charge*

La prise en charge recommandée est un débriefing précoce, un encadrement médico-psychologique, social et judiciaire. Le débriefing précoce est fondamental dans ce cas. Comme le décrit Bessoles (2006), docteur en psychopathologie clinique, ce débriefing va constituer un espace de parole contenant et rassurant, qui se définit comme un « soin psychique immédiat » et qui a pour objectif de contenir et de réguler les décharges émotionnelles. Par ailleurs, il est question d'une « *une mobilisation active des ressources physiques et psychiques de la personne victime* » (Bessoles, 2006, p.233). Cette mobilisation permet à la victime de ne pas se laisser envahir par une charge émotionnelle trop importante. La notion de mobilisation fait donc référence à une mise en mouvement bénéfique qu'il sera nécessaire d'approfondir notamment dans la prise en charge en **psychomotricité**.

2. Victime chronique

a) *Définition*

Une victime chronique a subi des agressions à long terme et de manière répétée. Ces agressions sont d'intensités variables, multiples et prolongés. Dans une perspective comportementale, la psychiatre Terr (1991) affirme que ce type de victime apprend, progressivement, à anticiper la répétition par la mise en place de mécanismes de défense psychologiques tels que le déni et la dissociation.

b) *Clinique*

La clinique de la victime chronique de viol, tel que le définit Lopez (1998), fait intervenir la notion d'exclusion symbolique en premier lieu. Ce type d'exclusion fait référence à un mécanisme victimogénétique qui banni petit à petit une personne de la communauté humaine. Le statut de la victime étant profondément bousculé, des troubles identitaires font également surface. Ceci s'accompagne généralement d'une carence des apports narcissique d'où l'apparition de troubles psychiatriques. Il est également question d'une exclusion sociale qui s'est construite tout au long du processus de victimation.

c) Prise en charge

Dans le cadre d'une victimation chronique, la prise en charge médico-psychologique est davantage nécessaire. En effet, la restructuration de la victime est plus longue car les mécanismes psychologiques qui lui ont permis de subir des agressions sexuelles à répétition, ont été intégrés et inscrits dans un phénomène d'habituation. Bien évidemment, le soutien social et judiciaire est important dans une perspective de réinscription symbolique.

B. TRAUMATISME

Selon Crocq et al. (2007), le psychotraumatisme se définit comme un «*phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur*». (Crocq et al, 2007, p.7)

Suite à un événement traumatique, portant atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique, tel que le viol, on constate la présence de réactions. En, effet, cette menace constitue un stress important amenant à une activité hormonale intense. Le corps va se protéger face à ce "survoltage" grâce à ce que l'on appelle la sidération. Il s'agit d'un phénomène psychologique voire physiologique à l'origine d'une dissociation. C'est un mécanisme de défense qui se traduit par une anesthésie émotionnelle caractérisée par une étrangeté, une irréalité. Si cette sidération est à l'origine d'une protection mise en place par la victime, il n'en demeure pas moins vrai qu'une mémoire traumatique se créée de par la violence des faits, la mise en scène, la stratégie de l'agresseur. Cette mémoire traumatique est à l'origine de réminiscences et des conduites constituant des mécanismes de défenses.

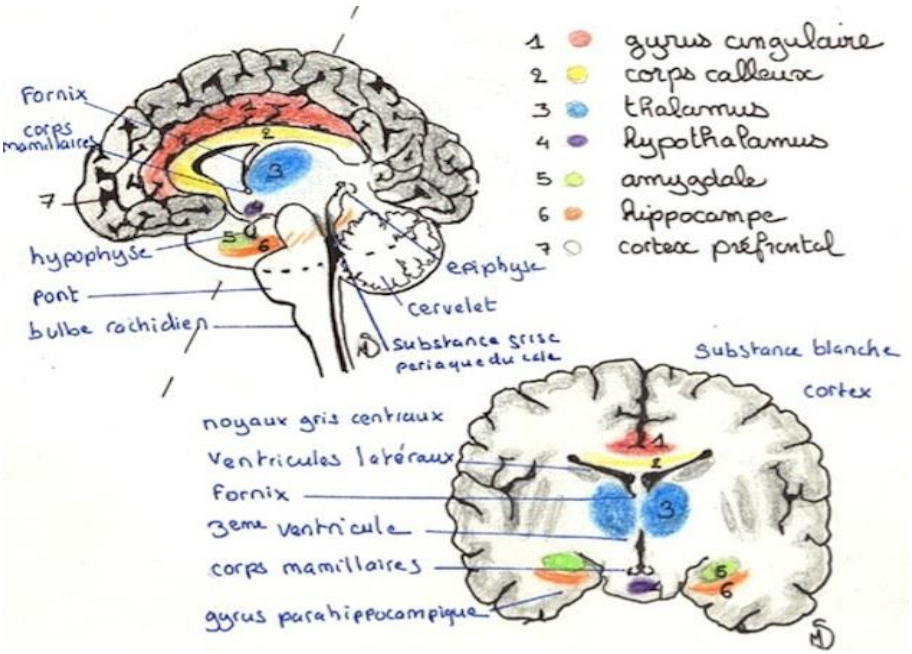
1. Sidération, quand notre corps nous protège

Lors d'un traumatisme, son caractère brusque et violent inscrit la victime dans une impuissance totale. Mme B, dont j'approfondirai le cas ultérieurement, dit « Ce soir-là, j'ai fermé les yeux et j'ai attendu qu'il fasse ce qu'il avait à faire ». Cette impuissance résulte d'un dysfonctionnement psychique que l'on appelle sidération. Comment s'organise la sidération du

point de vue physiologique ?

a) Organisme qui contrôle l'émotion

La réponse émotionnelle est régit par le système limbique. Il joue une fonction essentielle en ce qui concerne les émotions et la mémoire. Ce système est formé de : la région septale, le fornix, les hippocampes, les amygdales cérébrales ainsi que les zones corticales suivantes : le cortex pré-frontal, cingulaire, parahippocampique. Parmi ses composantes, l'amygdale est l'élément principal en ce qui concerne le contrôle de l'expression des réponses émotionnelles. Elle fait également office de siège de la mémoire émotionnelle, autrement dit, de la mémoire implicite. (Sherwood, 2006)



Système limbique

(schéma issu du site mémoiretraumatique.org)

b) Réponse émotionnelle face au danger

Lorsqu'un individu est confronté à un danger arrivant de manière soudaine, la stimulation sensorielle atteint le thalamus sensoriel grâce à des fibres nerveuses sensitives ascendantes formant des synapses sur celui-ci. A partir de ce thalamus sensoriel, les informations vont être véhiculées par deux voies distinctes :

- La première voie correspond au relai thalamo-amygdalienne : elle est courte, rapide et simple. Ainsi, l'amygdale s'active, reconnaissant la situation de stress, avant que le cortex sensoriel la perçoive et que le cortex associatif la reconnaisse.

La deuxième voie fait référence au relais thalamo-cortico-amygdalienne : elle est longue, lente et complexe. L'information sensorielle arrive jusqu'à l'amygdale par le cortex sensoriel et sensitif puis par le cortex associatif limbique et l'hippocampe. L'analyse de la situation est permise de cette manière :

◦ Par traitement des informations sensorielles, en les intégrant et en les transformant en représentations et en concepts à l'aide du cortex associatif

◦ Par comparaison de la situation au souvenir antérieur formant un stockage de données. Ces souvenirs proviennent d'expériences affectives et d'apprentissages où se situe l'hippocampe. Cette voie va permettre d'affiner, de moduler et d'atténuer l'activation de l'amygdale et des réponses émotionnelles.

La réponse émotionnelle déclenchée par l'amygdale pour faire face au danger s'organise de cette manière :

1. Réponse comportementale par action sur la substance grise péri-aqueducale à l' origine d'un comportement de sursaut, d'évitement, de fuite ou au contraire d'immobilisation.

2. Réponse végétative immédiate par action sur la formation réticulée du tronc cérébral, qui active le système nerveux autonome sympathique innervant les médullo-surrénales. Cette activation va ainsi stimuler la libération de noradrénaline et d'adrénaline. L'adrénaline a pour fonction d'augmenter la fréquence cardiaque, la pression artérielle, entraîne une vasoconstriction périphérique, augmente la fréquence respiratoire donc augmente l'apport d'oxygène aux niveaux des organes, et participe à la glycogénolyse.

3. Réponse endocrinienne, par action sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui par sécrétion de CRH et d'ACTH aboutit à la sécrétion de cortisol par les cortico-surrénales, contribuant à la néoglucogénèse hépatique.

4. Réponse motivationnelle par action sur le striatum et le nucleus accumbens qui active le circuit récompense/renforcement par libération de dopamine.

(Kedia & al., 2008)

Ainsi, la situation stressante a entraîné une réponse émotionnelle. Cette réponse a la possibilité d'être réorganisée voire désactivée lorsque le danger prend fin grâce à l'analyse cortico-hypocampique et à la réponse psychomotrice.

c) Réponse émotionnelle face au traumatisme

Un traumatisme balaye nos certitudes, soulève une incompréhension totale tout en nous confrontant à la menace de mort. Lebigot (2005), parle d' « *expérience de néantisation* ». La victime est alors emportée par un profond bouleversement l'amenant à un état stérile, d'impuissance. Comment se constitue-t-il ?

Dans le cas d'un événement traumatique, l'amygdale reste active amenant donc à une réponse émotionnelle intense. L'absence d'extinction de l'amygdale va entraîner une stimulation continue du relais hypothalamo-hypophyso-surrénalien résultant d'une production conséquente de cortisol. Il en est de même pour la stimulation permanente du système nerveux autonome par la production importante d'adrénaline.

La production importante de ces hormones aboutit à un survoltage qui se traduit par une tachycardie, dyspnée, vertiges...pouvant être dangereux pour l'organisme. C'est alors qu'une voie de secours se met en place. Cette voie va permettre une déconnexion des composantes qui constituent le circuit, à l'aide d'endorphine, afin de protéger l'organisme. De ce fait, la déconnexion va entraîner la désactivation de l'amygdale. Ce qui va en résulter, sont les réponses suivantes :

-Absence de stimulation du système nerveux sympathique et du relais hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui absout la souffrance psychique et physique.

-La déconnexion entre l'amygdale et le cortex associatif amène à un sentiment d'irréalité de par le fait que le traitement de l'information sensorielle du traumatisme par le cortex associatif est exempt de la connotation émotionnelle apportée par l'amygdale. A partir de là, se forme la dissociation.

- La déconnexion entre l'amygdale et l'hyppocampe. De cette manière, le traumatisme ne peut s'inscrire dans la mémoire déclarative d'où la présence de troubles de la mémoire allant parfois jusqu'à l'amnésie. Cette mémoire émotionnelle se retrouve inscrit dans un circuit de peur conditionnée permanent dont l'extinction ne peut pas se faire, le cortex associatif et l'hippocampe ne pouvant plus moduler. Cette déconnexion de l'amygdale est à l'origine d'une mémoire traumatique.

(Kedia & al., 2008)

La déconnexion de l'amygdale est une réaction de protection face à ce survoltage hormonal dangereux pour l'organisme. Cependant, il est à l'origine d'une dissociation importante qui a des conséquences dévastatrices chez la victime en termes de rupture entre le corps et l'esprit. Cette déconnexion fait également partie de troubles de la mémoire et plus particulièrement de la formation d'une mémoire traumatique. Cette mémoire traumatique, elle aussi, a des effets conséquents sur la victime par son caractère non maîtrisable.

2. La mémoire traumatique

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la mémoire traumatique résulte de la mise en place d'une voie de secours afin de protéger l'organisme. Néanmoins, cette protection est à l'origine d'une mémoire traumatique qui s'inscrit dans un circuit de peur conditionné.
Mais qu'est-ce que la mémoire traumatique ?

Dans *Aide-Mémoire de psychotraumatologie* (Kedia & al., 2008), le Dr Salmona développe la notion de mémoire traumatique. Elle constitue un trouble de la mémoire implicite émotionnelle. Elle se caractérise par des réminiscences intrusives qui s'emparent de la conscience à travers des *flash-back*, illusions sensorielles, cauchemars. Ces réminiscences raniment le vécu psychologique et physique de l'événement traumatique. Elles peuvent être déclenchées par des sensations, des affects, des situations qui rappellent consciemment ou non les faits. Elles sont à l'origine de troubles psychotraumatiques tels que des troubles du comportement, troubles de l'humeur, troubles addictifs...
La mémoire traumatique est déstabilisante car, quand elle est ravivée, celle-ci n'est pas rattachée à l'événement traumatique. Effectivement, elle se manifeste par des impressions, des

sensations de danger laissant la victime dans une hypervigilance permanente. Il s'agit d'être attentif au moindre bruit, d'anticiper toute situation imprévue. Cette hypervigilance a des conséquences physiques qui se traduisent par des céphalées, troubles de la concentration insomnies. De ce fait, l'intervention de la **psychomotricité** sur l'abaissement de la vigilance liée au traumatisme se pose afin de réduire les conséquences psychosomatiques. Cependant, ce travail ne peut se faire qu'à la suite voire par complémentarité au travail psychothérapeutique. Effectivement, il est important que le traumatisme soit identifié afin de constater.

La mémoire traumatique peut également être accompagnée de stratégies comportementales visant se protéger face à ses réminiscences. Il s'agit de conduites d'évitement et dissociantes.

Ainsi, on constate que la mémoire traumatique contribue à cette dissociation. En effet, le contenu psychique de la victime peut être difficilement relié aux manifestations physiques. Ceci caractérise encore la rupture entre le corps et l'esprit. Par ailleurs, l'aspect non maîtrisable de ces réminiscences pousse la victime à des comportements, perçus comme « protecteurs » mais qui, en réalité, ne font qu'entretenir cette dissociation.

3. Conséquences comportementales du traumatisme

Les conséquences comportementales, présentées ci-dessous, sont développées par le Dr Salmona. (Kedia & al., 2006)
Des extraits d'entretiens de deux femmes ayant subi un viol, Mme.B et Mme H., me permettront d'illustrer mes propos. Les cas de ces deux femmes seront plus amplement explicités dans le troisième chapitre.

a) Conduite d'évitement

Afin d'éviter toutes réminiscences pouvant aboutir à un vécu douloureux, la victime peut adopter une conduite d'évitement. De quoi s'agit-il? La conduite d'évitement peut se différencier en deux points :
-Évitement de la pensée par des comportements de somnolences, des obsessions,..
-Évitement de contact de type corporel, de rapprochement amoureux par un laisser-aller, l'isolement. Cet évitement peut être à l'origine du refus de consultations auprès de

professionnels comme le gynécologue ou encore le dentiste dont les manipulations peuvent être vécues comme intrusives.

En ce qui concerne l'évitement du rapport avec les hommes, on peut l'illustrer par deux manières évoquées précédemment :

Laisser aller : Mme B. est vêtue d'un manteau, un gros pull et un jean, larges ainsi que des baskets à l'allure masculine.

Évitement du contact corporel : Au lycée, Mme H. aborde le fait que son corps changeait, notamment lorsqu'il s'agit du développement des glandes mammaires. Elle s'est progressivement mise à se « coiffer et se maquiller ». Le rapport au garçon était différent, ils avaient de l'attirance pour elle. C'est à ce moment-là qu'elle évoque des complications. Des jeunes hommes s'intéressaient à elle mais elle ne pouvait pas aller plus loin. Elle se dit « bloqué ». Sa pensée est telle que « les hommes veulent tous la même chose », cette « chose » qu'il n'est pas envisageable de donner. Elle ne peut se lancer dans des relations sérieuses car cela implique, selon ses dires, « des relations sexuelles ».

b) Conduite dissociante

Les conduites dissociantes correspondent à l'exposition de la victime à une situation à risque. Elles permettent d'obtenir une anesthésie tant sur le plan émotionnel que physique par la création d'un stress intense contribuant au dysfonctionnement organique abordé antérieurement. Cette anesthésie va pallier aux réminiscences violentes et brutales de la mémoire traumatique. Ces conduites peuvent être de nature sexuelle, toxique,...Elles peuvent être addictives par leurs caractères immédiats. Cependant l'addiction aboutit à un phénomène d'accoutumance et de dépendance qui pousse la victime vers des situations plus graves. Ainsi, la victime nourrit la dissociation entre le corps et l'esprit, de par cette mise en danger.

Mme B : Dans son dossier, il est à noter qu'elle a subi deux Interruptions Volontaires de Grossesse suite à une conduite sexuelle à risque et qu'elle a effectué six tentatives de suicide par voie médicamenteuse. D'après le compte-rendu de l'infirmière qui l'a reçue en entretien, Mme B consomme quotidiennement du cannabis et de l'alcool (bière) depuis son adolescence.

Par ailleurs, la dissociation ne concerne pas seulement le corps et l'esprit. En effet, on distingue également une dissociation entre affect et représentation. Autrement dit, il est possible d'observer une indifférence totale à l'évocation de l'agression.

Ainsi, nous pouvons constater qu'une victime de viol est également victime d'une désorganisation psychique qui amène des manifestations physiques. De cette manière, se crée la rupture du lien entre le corps et l'esprit est rompu. Des comportements visant à une insensibilité psychique, face à la réminiscence, peuvent entraîner la mise en danger de ce corps. D'où la nécessité de poser, identifier le traumatisme comprendre les mécanismes mis en jeu et de constater les effets notamment sur le plan corporel. Il ne s'agit pas seulement de redonner une fonction au corps mais de le conscientiser afin d'y prendre davantage soin. Dans cette logique, il est important, **en tant que psychomotricien**, de situer les différentes manifestations psychomotrices afin de créer du lien, comprendre, dans le but d'expliciter le fonctionnement de l'individu.
Ainsi, nous allons constater comment ces manifestations psychomotrices s'opèrent chez Mme B. et Mme H..

III. LECTURE PSYCHOMOTRICE DE LA FEMME VICTIME DE VIOL

Comme nous avons pu l'observer précédemment, le corps de la femme victime de viol n'est que matériel, un objet qui subit sur différents plans. Effectivement, dans un premier temps, il est l'objet d'une agression sexuelle. Puis, il est l'objet d'une investigation médico-judiciaire. Enfin, il est le siège de manifestations physiques résultant de la faible résistance aux mécanismes psychiques. Le corps est donc dissocié. Cette dissociation est présente dans la mesure où il subsiste un trouble du sentiment d'appartenance au corps.

En psychomotricité, le corps occupe une place centrale. En effet, il renvoie une image de nous-même. A partir de cette image, nous développons la relation avec l'autre. Par ailleurs, le corps est animé par des émotions et des sensations. Il est également porteur de l'expression d'un comportement, d'une humeur. Chez la victime de viol, le bouleversement que provoque cette agression au niveau corporel perturbe ce qui se construit autour de ce corps. Il est négligé voire laissé à l'abandon. De ce fait, en tant que psychomotricien, nous devons être attentif à ce qui se passe dans le corps de notre patient et ce qui se transmet à l'autre. Par le biais de l'observation et d'une écoute, outils fondamentaux du psychomotricien, nous pouvons alors échanger, partager, avec la patiente sur ce qu'elle perçoit et sur ce qui est perçu de son interlocuteur, l'amenant à une réalité corporelle, un enrichissement de la conscience de soi. Ne s'agit-il pas de restaurer la relation de confiance en l'autre et en soi, en présence bienveillante de l'autre ?

Dans un premier temps, je présenterai les cas de deux femmes ayant subi un ou plusieurs viols que j'ai rencontrés en entretien. A travers ces entrevues, de par mon observation et une écoute attentive, j'ai pu construire une lecture psychomotrice. Ainsi, avant de développer les fonctions psychomotrices altérées, j'illustrerai mes propos par des extraits de ces deux entretiens.

A. Présentation de cas

1. Mme B.

a) Présentation de l'institution

Le Centre de Réhabilitation Cognitive et Sociale (C.R.C.S) est un lieu de prise en charge accueillant des patients souffrants de pathologies psychiatriques. Le psychiatre traitant, avec

l'accord du patient, adresse un courrier détaillant l'histoire de la maladie et motivant la demande de prise en charge. Le patient prend, ensuite, lui-même rendez-vous avec le psychiatre responsable et est reçu pour une évaluation globale, auprès de l'équipe pluridisciplinaire, en consultation libre. L'équipe est constituée d'un psychiatre, d'infirmiers, d'un ergothérapeute, d'une psychomotricienne, de psychologues, de neuropsychologues, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

L'évaluation pluridisciplinaire s'organise de telle manière :

- Des entretiens médicaux
- Des entretiens infirmiers visant à évaluer l'autonomie du patient dans sa vie quotidienne
- Une évaluation psychomotrice relative à l'engagement du corps dans l'action et dans la relation à l'autre
- Une évaluation ergothérapeutique visant à évaluer la relation à l'autre et à l'environnement, la volition, les ressentis émotionnels, l'autonomie et les fonctions exécutives lors de mise en situation d'activité et écologique.
- Un bilan psychologique évaluant la conscience de la maladie, les stratégies d'adaptation au stress, l'anxiété sociale, les éventuels éléments dépressifs et l'estime de soi
- Un bilan neuropsychologique visant à évaluer les capacités cognitives telles que la mémoire, l'attention, les capacités d'organisation et de planification
- Une évaluation de la situation sociale : statut, finances et projets

Après une synthèse de l'ensemble des résultats des évaluations effectuées, une prise en charge peut être proposée en fonction des besoins du patient. Celle-ci se déroule à temps partiel avec des objectifs fixés au départ et régulièrement réévalués avec le patient et en équipe. Les soins se déroulent habituellement sur une période de 6 à 24 mois et ont les objectifs suivants:

-Informer et échanger sur la maladie et les traitements, favoriser la conscience des troubles

-Créer un espace d'échanges soutenant et ouvert

-Développer les habilités psycho-sociales, favoriser les échanges interpersonnelles

-Accroître ou consolider l'estime de soi

-Repérer les situations stressantes et aider à mieux les gérer

-Accroitre les habiletés méta-cognitives

-Faire émerger la motivation, le désir, l'envie au sein des projets personnels

-Adapter et réadapter la personne aux activités scolaires et professionnelles

-Adapter ou réadapter la personne aux activités de loisirs

-Aider à développer l'autonomie au quotidien en identifiant les besoins et en proposant des solutions appropriées aux demandes et aux possibilités de chacun

-Améliorer et restructurer l'identité corporelle

-Améliorer les compétences cognitives (attention, mémoire, organisation, raisonnement, expression) en développant les stratégies compensatoires et en améliorant l'hygiène cognitive au quotidien

-Proposer un accompagnement social

L'objectif est tel que, favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des patients en évaluant leurs compétences et besoins, en proposant un programme individualisé de réhabilitation par le biais d'activités individuel ou groupal.

b) Contexte de la rencontre

Tout au long de l'année 2014-2015, j'ai effectué mon stage long au sein du C.R.C.S. Ce stage de troisième année entre dans le cadre d'une initiation thérapeutique. De ce fait, ma maître de stage m'a permis de mener l'évaluation psychomotrice d'un ou d'une patient(e).
Ainsi, dans le cadre d'un bilan de pré-admission, Mme B. se présente à un premier entretien, que j'ai mené sous le regard de ma maître de stage.
Ce fut ma première expérience d'entretien.
Nous avons été les derniers à l'avoir reçu pour démarrer un bilan.

c) Anamnèse

Mme B. est une femme brune, d'origine française, d'une quarantaine d'années.
En ce qui concerne le contexte familial, elle entretient de bonne relation avec sa mère, ce qui n'est pas le cas avec son père et son frère. Pour cause, une tentative d'inceste de la part de son

père lorsque Mme B. avait 15 ans qu'elle a évoqué lors de ses premières hospitalisations.

A l'âge de 27 ans, date des premiers épisodes psychotiques et troubles de l'humeur dans un versant dépressif, Mme B. a été hospitalisée onze fois. Au cours de ces premiers séjours à l'hôpital, le diagnostic de Schizophrénie affective a été posé. Dans son dossier, il est à noter qu'elle a subi deux Interruptions Volontaires de Grossesse suite à une conduite sexuelle à risque et qu'elle a effectué six tentatives de suicide par voie médicamenteuse. D'après le compte-rendu de l'infirmière qui l'a reçue en entretien, Mme B consomme quotidiennement du cannabis et de l'alcool (bière) depuis son adolescence. Elle évoque également des angoisses qui s'accompagnent d'idées suicidaires.

Lorsqu'il s'agit de son parcours professionnel, ayant travaillé dans le milieu du bâtiment, Mlle B. est actuellement sans emploi et subvient à ses besoins grâce à l'Allocation aux Adultes Handicapés. Elle vit dans une résidence, au sein d'un appartement dans lequel elle a été violé une première fois, par un homme qui s'est introduit chez elle. Elle a été violée une seconde fois par son patron lorsqu' elle travaillait comme secrétaire dans une entreprise de Bâtiments Travaux Publiques (B.T.P).

Lorsque l'on parle de ses projets, Mme B. parle de ses études et de son goût pour l'art. Anciennement étudiante aux Beaux-Arts, elle évoque l'envie de participer à des séances d'ergothérapie où est proposé un atelier mosaïque.

Il est important de signifier que, suite à cet entretien, Mme B. ne s'est plus présentée aux rendez-vous fixés. A la lecture de son dossier, il est noté « un vécu douloureux de certains rendez-vous où elle a dû revenir sur des événements passés ».

2. Mme H

a) Présentation du cabinet libéral

Le cabinet libéral est tenu par une psychomotricienne qui accueille des patients de tout âge et de toutes pathologies. C'est la seule professionnelle présente dans ce cabinet.

Les locaux sont spacieux, comprenant une salle d'attente et une salle de psychomotricité. Cette salle de psychomotricité a été aménagée en deux espaces : l'un permet de recevoir les patients en entretien tandis que l'autre, plus grand, est réservé aux activités. Autour de la salle, se situent des étagères où est rangé le matériel.

b) Contexte de la rencontre

Dans le cadre de ma recherche de mémoire, je me suis présentée auprès d'une psychomotricienne ayant travaillé auprès de femmes qui ont subi une agression. Ainsi, j'ai pu assister à l'entretien et observer la première séance de relaxation de Mme H.

c) Anamnèse

Mme H. a été adressée par son médecin traitant, à la demande de celle-ci.
Il s'agit d' une jeune femme brune de 27 ans ayant un rapport au corps compliqué. C'est une femme à l'allure coquette, se maquillant, portant des talons.
Mme H. a subi des attouchements de son beau-père à l'âge de 9 ans. Suite à cela, sa mère a quitté cet homme. L'affaire n'a pas été rapportée à la police. Durant son enfance, Mme H. se décrit comme une jeune fille « simple » sans signes féminins apparents, avait très peu de contacts avec les garçons jusqu'au collège. Durant cette période, elle oscillait entre un embonpoint et des épisodes d'anorexie mais elle n'explique pas les raisons de ces phases. Au lycée, Mme H. aborde le fait que son corps changeait, notamment lorsqu'il s'agit du développement des glandes mammaires. Elle s'est progressivement mise à se « coiffer et se maquiller ». Le rapport au garçon était différent, ils avaient de l'attirance pour elle. Elle dit aimer plaire. C'est à ce moment-là qu'elle évoque des complications. Des jeunes hommes s'intéressaient à elle mais elle ne pouvait pas aller plus loin. Elle se dit « bloquée ». Sa pensée est telle que « les hommes veulent tous la même chose », cette chose qu'il n'est pas envisageable de donner. Elle supporte difficilement qu'on la touche et plus particulièrement quand on l'effleure. Elle ne peut se lancer dans des relations sérieuses car cela implique, selon ses dires, des « relations sexuelles ». Lorsqu'elle évoque des opportunités, Mme H. évoque des contractions musculaires qui se manifestent dans tous le corps. Ces contractions sont également présentent à l'idée de repenser à ce qui pourrait se passer. Elle attend que la relaxation l'apaise, l'aide à une meilleure aisance corporelle.

B. De l'entretien aux observations psychomotrices

A partir de ces entretiens, nous pouvons construire une lecture psychomotrice. En effet, on peut constater que, des fonctions psychomotrices sont touchées. Essayons, à partir d'extraits de ces deux entretiens, de comprendre comment.

1. Trouble du tonus

L'étude de la fonction tonique est essentielle dans l'approche psychomotrice de l'individu en tant que toile de fond du mouvement et des postures mais également comme moyen d'expression des affects et des émotions.

a) Tonus

Pour Foix et Rondo, le tonus se définit comme un état de tension permanent des muscles, active et involontaire, variable dans son intensité selon les diverses actions syncinétiques ou réflexes qui le renforcent ou l'inhibent. On discerne trois types de tonus : le tonus de fond qui est le degré de contraction musculaire toujours présent chez les vertébrés, même au repos, point de départ de toute activité statique ou dynamique. Il prépare, oriente et soutient l'efficacité du mouvement. Le tonus d'action correspond à tous les degrés de tension d'un muscle appelé à participer directement ou indirectement à une activité motrice. Il est en principe intentionnel et sous contrôle volontaire. Il permet lors d'une action, la régulation de l'effort musculaire. Enfin, le tonus postural qui représente l'activité tonique minimale permettant le maintien de la posture et des équilibres statiques et dynamiques par contraction des muscles antérieurs gravitaires et antigravitaires. Il garantit un niveau de contraction optimum pour l'action. Il est sous contrôle réflexe mais peut aussi être contrôlé volontairement.

Cet état tonique peut subir des modifications physiologiques transitoires du tonus : l'anxiété, le stress, de gros efforts musculaires peuvent accroître le tonus normal tandis que la détente, le calme le réduisent.

Lors d'un viol, qui s'apparente à une situation de stress aiguë, la victime peut se trouver dans une « immobilité tonique ». Dans *Le corps se souvient: Mémoire somatique et traitement du*

trauma, Rotshild (2008) explique cet état tonique. Elle développe l'idée qu'il est typique que le corps de la victime de viol, en situation de péritraumatisme, cède. Il devient incapable de résister à cette agression, il est alors flasque. A ce moment-là, l'esprit, lui, est amené à un état de conscience modifié. D'après les travaux Perry (1999), les femmes sont davantage sujettes à ce type de réaction. En effet, ce réflexe résulte de l'instinct et des ressources physiques et psychiques. Ainsi, les manifestations toniques résultent de notre vécu personnel. Il part du principe que les hommes et les femmes sont différemment conditionnés face au danger. Ainsi, un homme aurait un comportement de lutte ou de fuite alors qu'une femme « ferait la morte » d'où l'immobilité tonique. Si cette réaction tonique a pour but de « protéger » la victime, il n'en demeure pas moins vrai que la culpabilité et la honte provienne de ce réflexe. Il s'agit de notions que l'on abordera plus tard.

L'immobilité tonique, qui est corrélée à une déconnexion de la conscience, ne met pas en jeu une émotion. Autrement dit, cette réaction est un réflexe de protection face au danger et non le produit d'une émotion. Dans le cas de Mme H., celle-ci évoque une variation de tension involontaire qui est liée à une émotion, on parle de dialogue tonico-émotionnel.

b) Tonus et posture

Mme B. : Au cours de cette entrevue, Mlle B. fait preuve d'anhédonie et affiche une humeur dépressive. Sa position est assise, le dos courbé prenant appui sur la table à l'aide de ses avant-bras, les jambes sont croisées.

Parmi les différents types de tonus on distingue le tonus postural. Comme évoqué précédemment, il aide au maintien de la posture. Cela est permis grâce à l'organisation tonico-posturale, au cours de la maturation, régit selon trois lois :

- La loi de différenciation : la motricité se développe dans le sens de la maturation neurologique, en suivant la myélinisation. Au départ, le bébé a une motricité globale dont les décharges sont généralisées à tout le corps. L'activité motrice s'affine pour devenir de plus en plus fine, plus élaborée et plus localisée. Le bébé passe d'une motricité involontaire à une motricité volontaire.

- La loi de la variabilité : L'évolution du développement psychomoteur se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif. Ces progrès ne sont pas uniformes et continus.

Cette maturation se réalise par des progressions rapides mais également par des stagnations, des arrêts, voire même des régressions puis le développement peut repartir.

- La loi de succession :

-Céphalo-caudale : Les muscles de l'axe du corps sont d'autant plus tôt sous le contrôle de la volonté qu'ils sont plus proches de la partie céphalique (SNC). Cette loi descendante est marquée par une série d'étapes dans la coordination statique. Le contrôle musculaire s'achemine de la tête aux pieds.

-Proximo-distale : Les muscles des membres sont d'autant plus tôt sous le contrôle de la volonté qu'ils sont plus proches de l'axe du corps. Cette loi est marquée par une série d'étapes dans la coordination fine.Le contrôle s'achemine du centre du corps à la périphérie.

Si ce type de tonus permet le maintien de la posture et de l'équilibre statique et dynamique, il peut être également perçu sous l'angle émotionnel. En effet, la posture devient alors, le reflet d'une attitude. Damasio (1999) explique que « La variété des réponses émotionnelles est responsable de profonds changements dans le paysage corporel comme dans le paysage cérébral. ».(ibid., p.59) Il dit également que « Nous détectons des émotions d'arrière-plan par de subtils détails dans la posture, .. » (ibid., p.60). Dans le cas de Mme B., son dos est voûté, elle prend appui sur la table ce qui correspond à l'humeur dépressive qu'elle affiche. Elle présente une fatigue psychique propre à l'aspect dépressif qui est en relation avec l'affaissement postural que nous montre Mme B. Dans une perspective de bien-être, la psychomotricité a son rôle dans l'amélioration posturo-émotionnel. Il ne s'agit pas seulement d'agir uniquement sur ce point-là.

A partir de plusieurs études, Feldenkrais suit l'idée qu'un changement de posture suscite une modification émotionnelle. Par exemple, des étudiants ont été divisés en deux groupes. Un groupe est assis dans une posture expansive tandis que dans l'autre groupe, les étudiants adoptent une posture renfermée. Après avoir participé à diverses tâches dans lesquelles ils étaient un directeur ou un subalterne, et répondu à diverses questions, les étudiants dans les positions expansives se révélaient être plus confiants et puissants.

Ainsi, il s'agit d'expérimenter différentes postures d'ouverture, qui conviendraient le mieux à la patiente. Progressivement, elle s'approprierait son corps par la prise de décision et l'adoption de cette posture.

c) Dialogue tonico-émotionnel

Mme H : Elle ne peut se lancer dans des relations sérieuses car cela impliquent, selon ses dires, des relations sexuelles. Lorsqu'elle évoque des opportunités, Mme H. évoque des contractions musculaires qui se manifestent dans tous le corps. Ces contractions sont également présentent à l'idée de repenser à ce qui pourrait se passer.

Lorsqu'il s'agit de dialogue tonico-émotionnel, Wallon (1942) met en évidence la corrélation entre le tonus et l'émotion. Il pose également le rôle des émotions dans le développement de l'enfant : la fonction tonique sous-tend toute communication chez le nouveau-né, même s'il ne s'en rend pas compte tels que par les gestes, les mimiques. Il décrit un espace de fusion où l'émotion joue un rôle premier parce qu'elle influe à la fois sur les états internes de l'organisme et sur les interactions sociales. D'autre part, Ajuriaguerra (1970, cité par Scialom, Giromini & Albaret, 2011) parle de « *dialogue tonique* ». Il s'agit de l'interaction entre le bébé et la personne qui le porte, où les échanges physiques entraînent une modulation tonique qui est ressentie par l'enfant et partagée par l'adulte. C'est lui qui va donner sens à ces variations.

Le rapport entre le tonus et les émotions ne peuvent se réduire aux interactions mère-enfant durant les premiers temps de la vie. Le tonus est le réceptacle de la vie émotionnelle. En effet, Wallon nous dit « *L'émotion, quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique* » (Wallon, 1954, cité par Pireyre, 2015, p.129). Ainsi, des variations toniques accompagnent notre vécu affectif. Nous pouvons même, d'après nos propres variations toniques, prendre conscience de la situation émotionnelle dans laquelle on vit. Cependant, il se peut que certains soient dans l'incapacité d'établir le lien entre leurs sensations corporelles et leurs émotions. Ces deux éléments sont clivés de telle sorte que, ce que le corps exprime est dissimulé à la psyché. Ainsi, la psyché n'a pas connaissance de ce qui ne va pas. Dans d'autre cas, ces variations toniques sont inadaptées voire inexistantes face à ce que vit l'individu.

Dans le cas de Mme H, cette femme est coquette, elle aime plaire. Cette attitude amène à ce que les hommes soient attirés par elle. Des relations peu sérieuses débutent mais prennent fin lorsqu'il s'agit du potentiel acte sexuel avec ceux-ci. C'est alors que la confrontation à l'acte de manière physique ou psychique, met Mme H. dans un état de tension important. L'intensité de

cet état tonique a été ressentie plusieurs fois, néanmoins, la multiplicité de ces relations montre que la psyché n'est pas atteinte par ce que le corps vit. Si on observe un clivage entre ces tensions et la psyché, ces contractions musculaires seraient un élément positif. En effet, elles correspondraient à une manifestation sur laquelle elle peut s'appuyer dans une perspective de sentiment d'existence.

La psychomotricité se pose ici dans, l'approfondissement du vécu corporel. Autrement dit, affiner le ressenti corporel afin de réduire le clivage entre les manifestations physiques et la psyché. Il s'agit d'un travail de prise de conscience de ce qui anime le patient sous la forme tonique, sensitive et émotionnelle.

2. Trouble de l'Image du corps

Mme B : A ce premier entretien, Mme B est vêtue d'un manteau, un gros pull et un jean, larges ainsi que des baskets à l'allure masculine.

a) Image du corps

Selon Schilder (1968), l'Image du Corps désigne les perceptions et représentations mentales que nous avons de notre corps, comme objet physique mais aussi chargé d'affects. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif. L'image du corps est la première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors.
Face à traumatisme tel que le viol, l'effraction sur le plan physique mais également psychique, ébranle l'inconscient. C'est pourquoi, se crée une certaine vision du monde, réduite, déformée par le prisme des pensées extrêmes constituées par le traumatisme. Parmi ses pensées, on retrouve « je n'ai pas de valeur », « je ne mérite pas d'être aimé »,« je serais jamais heureux »,« les hommes sont violents »,... Ces idées viennent ternir la conscience corporelle, la représentation corporelle et l'estime de soi, de son corps. De la même manière, Nasio nous dit « *Les images inconscientes du corps sont l'inconscient lui-même, les jeunes pousses de l'inconscient issues du corps. C'est pourquoi nous pouvons d'ores et déjà avancer que l'image inconsciente du corps est l'inconscient embryonnaire et que la matrice de l'inconscient c'est le corps* » (Nasio, 2007, cité par Pireyre, 2015, p.16). L'inconscient, blessée dans le cas de la

victime de viol, est porté par un corps à l'image de ce premier.

b) Conscience corporelle

Si la blessure est « davantage » psychique, il est question de la menace de l'intégrité corporelle, de la perception et la conscience du corps propre. En effet, le plus souvent, le corps est perçu comme un objet de dégoût, de mal-être, porteur d'un vécu douloureux. Pourquoi prêter attention à ce vécu pénible ? Par ailleurs, on a pu constater que, par protection, l'esprit était dissocié du corps. Ce clivage ne facilite donc par la perception du corps. Or, cette conscience corporelle est importante à plusieurs égards. En effet, comme l'explique Anzieu (1995), c'est à partir de la sensation que s'organisent les fonctions suivantes, relatives au corps :

1. La maintenance, cette « fonction sac » contient et retient le bon et permet l'érection du penser. Ainsi, l'apport d'expérience positive pendant, et après la construction de la conscience corporelle peut amener à stimuler la victime.
2. La contenance, ayant pour fonction la définition des limites dedans/dehors. La perception des limites va constituer un espace où la victime peut se recentrer. Il ne s'agit pas de s'éparpiller dans ses pensées mais de se rassembler vers un corps qui est présent, qui vit et qui doit s'offrir de nouvelles expériences.
3. La constance joue un rôle de protection des agressions de l'autre et des stimuli du monde externe que Freud nomme pare-excitation. Dans une logique de constitution d'une enveloppe protectrice nécessaire à la reconstruction de la victime.
4. L'individuation. Le Moi-peau permet l'émergence du soi et l'unicité de l'individu. En effet, afin que la victime évolue positivement, l'individuation est importante. Il est question de retrouver comment est fait la femme qui se cache derrière la victime.
5. La correspondance. L'inter-sensorialité donne sens. C'est au contact d'une relation fonctionnelle sensorielle que le corps prend forme. Le corps répond à ses stimulations par une représentation des limites, la discrimination sensorielle.
6. La sexualisation. En effet, le corps de la victime est un corps sexualisé. Frappé sur ce point-là, il est question de renouer avec ce qui a été atteint involontairement. Ces parties intimes sont encore présentes. Il s'agit de reprendre conscience de celle-ci dans une perspective de maîtrise et de possibles utilités.
7. L'énergisation. Le Moi-peau sert de recharge libidinale qui nourrit le fonctionnement

psychique.

8. La signifiance. Le Moi-peau est inscrit par les expériences personnelles mais il ne doit pas se réduire au seuls vécus négatifs.

La perception et la conscience du corps permet donc d'informer la victime que ce corps est présent. A partir de cela, le thérapeute tel que le psychomotricien doit, accompagné de la patiente, donné un sens à celui-ci.

c) Représentation corporelle

La représentation de notre corps passe d'abord par la perception d'où l'importance des expériences sensitives positives. La représentation corporelle est nourrit des affects de l'individu. En tant que psychomotricien, il est important d'étayer, par la verbalisation, ce que la victime nous dit de ce corps. Cela va donc nous permettre de distinguer ce qui relève d'une réalité et ce qui fait partie de la pensée construite autour du traumatisme. Ainsi, le travail en psychothérapie, qui consiste à se défaire de l'idéologie établit par le traumatisme, vient s'inscrire dans la correspondance au travail du psychomotricien. Le traumatisme a été et sera là mais il peut être appréhendé tant sur le plan psychique que sur le plan corporel. Cette représentation corporelle s'établie par le biais de la pensée de l'individu mais également par l'aspect relationnel. Autrement dit, ce que nous renvoie l'autre.

Dans le cas de Mme B. le rapport à l'autre notamment le rapport aux hommes est perturbé. Il vient modifier la représentation corporelle. Avant Mme B. se décrivait comme quelqu'un qui prenait soin d'elle, assez féminine d'après les notes de son dossier. Aujourd'hui, elle porte des vêtements amples, assez masculin. On peut alors émettre l'hypothèse que dorénavant elle cache ce qu'il y a de féminin en elle, ce qui pourrait potentiellement être vécu comme la cause de ses agressions. A-t-elle une représentation corporelle féminine de ce corps ? Dans une perspective de renouer avec son corps, tous les aspects doivent être évoqués notamment en ce qui concerne l'identité sexuée.

d) Estime de soi

L'estime de soi peut se définir comme l'évaluation subjective de ses attributs. Après le viol, cette estime est galvaudée par l'inconscient blessé. En effet, les pensées énoncées plus haut

montrent que la personne n'a pas de valeur, donc le corps également. Elle est d'autant plus perturbée qu'elle s'accompagne d'un sentiment de honte et de culpabilité. En effet, de par l'immobilité tonique, évoqué précédemment, l'impuissance de la femme face à la menace anime des sentiments qui viennent ternir la perception d'elles-mêmes. Par ailleurs, le poids de la culpabilité est très important quant à l'estime de la victime. Dans divers témoignages de femmes qui ont subi un viol, la culpabilité est souvent au premier plan. Effectivement, lors de ce traumatisme, ce sentiment peut être nourrit en divers lieux. Comme l'explique le Dr Salmona (2013), elle peut provenir de l'agresseur, de ses dires : « c'est de ta faute », « c'est pour te punir », « tu n'es rien » ... Il émane également de la victime, qui se reproche cet état de sidération, d'immobilité tonique lors du viol. A ce moment-là, la culpabilité né d'une incompréhension : « pourquoi je ne me suis pas débattue ? » d'où l'importance d'approfondir et d'étayer sur ce qui se passe dans le corps. Enfin, le poids de la société pèse sur ce sentiment. E. Piet (interview de Hullot-Guiot, 2012), présidente du Collectif Féministe Contre le Viol (C.F.C.V), lutte contre les clichés sexistes tels que « Une femme ne s'habille pas sexy pour rien » qui restent ancrés dans certaines mentalités à ce jour.

La verbalisation avec le psychomotricien prend un sens lorsqu'il s'agit d'identifier le mode d'expression de l'image du corps de la victime. Ce mode d'expression fait référence à ce que l'interlocuteur est capable de percevoir autrement dit les dires, l'allure, l'attitude.. A partir de cela, nous pouvons établir un travail sur ce que renvoie la victime et comment, suivant la réaction, le vécu, les conséquences corporelles, nous pouvons agir.

L'image du corps doit être abordée par le psychomotricien selon cinq canaux : affectif, sensoriel, relationnel, conscient et inconscient.

3. Trouble de la relation

Mme H : Des jeunes hommes s'intéressaient à elle mais elle ne pouvait pas aller plus loin. Elle se dit « bloqué ».

a) Méfiance, le corps réagit

A la suite d'une agression sexuelle, la victime vit dans la crainte. En effet, elle est effrayée par les autres et notamment, par les hommes. Ainsi, on peut dire qu'elle considère le mâle, le plus souvent, comme le mal. La notion de confiance existe peu voire plus. Face à cette méfiance,

la victime est plongée dans une hypervigilance, une grande tension psychique et musculaire. Elle surinvestit l'environnement. Le Dr. Salmona (2013), parle de contrôle de l'environnement : le moindre bruit, une ombre, un effleurement... peut raviver la mémoire traumatique. Dans la crainte que le viol se renouvelle, son corps réagit de manière excessive d'où le blocage de Mme H. Cette hypervigilance est responsable de nombreux troubles psychosomatiques notamment des céphalées, insomnies, douleurs chroniques, asthénie, trouble de la concentration...Là encore, le corps est le réceptacle d'un surplus de stimulations qui, dans une extrême tension, ne sont pas traitées, analysées, intégrées mais seulement associées à des réminiscences.

La psychomotricité, par la relaxation, invite à l'abaissement de la vigilance. Dans quel but ? Réduire le surinvestissement environnemental et amener à comprendre nos tensions, d'où elles proviennent afin de mieux les appréhender.

b) Evitement relationnel, la sexualité s'exprime

Mme H : Elle ne peut se lancer dans des relations sérieuses car cela impliquent, selon ses dires, des relations sexuelles. Elle refuse lorsqu'il s'agit de relations sérieuses.

L'évitement relationnel se constate lorsqu'il est question d'un approfondissement de la relation. La relation avec l'homme est modifiée car elle est assimilée aux relations sexuelles, dont la victime porte encore les marques psychiques. Sa première et sa dernière expérience sexuelle se résume à ce seul acte violent. Or, comme l'affirme G. Lopez « *Le viol n'est pas la caricature monstrueuse d'un rapport sexuel, mais l'expression d'une volonté de domination sexiste, un déni d'altérité qui atteint dans sa plus stricte intimité la personne violée.* »(cité par Pick et Brenot, 2012). Ainsi dans ce travail de prise de conscience, la victime doit distinguer le viol d'un rapport sexuel. Ainsi s'élabore un axe de travail en psychothérapie.

En psychomotricité, la relaxation travail autour de la sexualité. D'après Kepes et Brenot (2004), la relaxation est une voie de compréhension, de réparation et d'épanouissement du corps, du sexe et de soi-même. Ce que nous approfondirons plus tard.

c) Modification de la distance relationnelle

Étudié par Hall (1971), sous le nom de proxémie, il s'agit de la manière d'occuper l'espace en

présence d'autrui. Il distingue quatre types de distance :

- La distance intime (estimée entre 15 et 45 cm) : zone qui s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé.
- La distance personnelle (estimée entre 45 et 135 cm) : est utilisée dans les conversations.
- La distance sociale (estimée entre 1,20 et 3,70 m) : est utilisée au cours de l'interaction avec des amis et des collègues de travail
- La distance publique (estimée supérieure à 3,70 m) : est utilisée lorsqu'on parle à des groupes.

Après un viol, la notion de distance est perturbée. Effectivement, le contact proche qui s'apparente à la distance intime est favorise l'activation de la mémoire traumatique. Comme il est expliqué plus haut, il s'agit d'un échange sensoriel qui est perçu comme intrusif. Un travail autour du corps, définir et percevoir ses limites corporelles pourrait aider à prendre conscience de la réalité de ces flux sensoriels qui sont considéré comme une effraction. Si cet échange peut parfois être le fruit d'un hasard, une situation qui est propice notamment dans le métro à l'heure de pointe, il n'en reste pas moins vrai que certains actes médicaux amènent à cette proxémie. Généralement, ces actes relèvent du soin et sont considéré comme un acte bienveillant. Cependant, chez la femme qui a subi un viol, les professionnels médicaux tels que le gynécologue ou encore le dentiste sont jugés trop intrusifs car les soins nécessitent une manipulation des parties intimes ou buccale.

Par ailleurs, la distance peut être également considérée suivant l'angle vertical. En effet, durant le viol, l'agresseur exerce une domination à laquelle la victime reste impuissante. Face à cette impuissance, la notion de culpabilité et de honte prime sur la victime. On le voit notamment dans une attitude posturo-tonique, à travers une hypotonie axiale, qui peut être symbolisé par le poids de cette domination. Un rapport d'altérité entre l'homme et la femme peut s'envisager lorsque la victime commence à se défaire de cette emprise, que ce corps ne porte plus le poids de cette domination, cette impuissance. Il est donc important de signifier, de stimuler l'énergie corporelle de la victime.

La question est telle que, Comment réinvestir l'autre lorsque la patiente n'investit pas son propre corps ? Ainsi, le travail en psychomotricité doit aider la victime, par différentes étapes,

à réapprendre à connaître son corps. Il ne faut pas oublier l'aspect sexuel qui est profondément atteint.

4. Trouble du comportement

a) Altération de l'humeur : Dépression

Mme B : troubles de l'humeur dans un versant dépressif.

Comme nous l'avons évoqué dans la clinique psychologique des victimes de viols aigüe, ces femmes souffrent de dépression. La dépression est marquée par une perte de l'élan vital. Outre cela, elle se caractérise par une inhibition et un ralentissement de la pensée, de la volonté, de l'affectivité. Effectivement, la pensée est lente ralentie laborieuse, fatigable. La production verbale est ralentie. Les représentations sont négatives allant jusqu'à des idées suicidaires. On note une dévalorisation de soi, un renforcement du sentiment de culpabilité, d'abandon, d'isolement. On constate un trouble de la concentration qui perturbe les schémas de pensée et l'efficience cognitive. En ce qui concerne la volonté, le sujet est marqué par l'indécision et un sentiment d'impuissance. Les actes de la vie quotidienne demandent un effort important. Les soins corporels et l'habillement sont négligés. L'affectivité, elle, est marquée par une profonde tristesse, une incapacité à s'émouvoir.
Par ailleurs, la dépression s'illustre également par un ralentissement psychomoteur :
-Motricité : on observe un ralentissement. Cela se traduit par la rareté des mouvements, leur lenteur, une faible amplitude. On note également un retard dans l'initiation du mouvement, un manque de précision. Cet engagement moteur se fait au prix d'un effort conséquent et donc on constate une grande fatigabilité.

-Expression : La mimique est réduite, le visage est figé. Le ton est monotone.

-L'image du corps : Le corps est vécu comme lourd, encombrant, laid. L'émoussement du désir et l'anhédonie contribuent à la dégradation de l'estime de soi. Le corps est sans vitalité avec la diminution du tonus postural.

-Espace : L'espace est désinvesti, clos.

-Temps : il semble long et pesant. Sa structuration est faible.

L'investissement du corps est compliqué et se surajoute au phénomène de dissociation auquel fait preuve la victime. Dans ce cas, il est important d'apporter des expériences positives à se

corps qui est péniblement vécu. Ces expériences ont une fonction stimulante afin de permettre d'animer, par, le plaisir, un corps désinvesti.

(Troussard, 2015).

b) Comportement ordalique

> Mme B : Dans son dossier, il est à noter qu'elle a subi deux Interruptions Volontaires de Grossesse suite à une conduite sexuelle à risque ... D'après le compte-rendu de l'infirmière qui l'a reçue en entretien, Mme B consomme quotidiennement du cannabis et de l'alcool (de type bière) depuis son adolescence.

Selon Santé-Médecine, un comportement ordalique désigne les actions hautement risquées pratiquées par un individu qui aime jouer avec la mort afin de se sentir vivant. Dans le domaine psychologique, ce type de comportement est qualifié d' « appétence traumatophilique ». La recherche perpétuelle de sensations fortes, d'une vie intense et bien remplie définit un comportement ordalique. Dans le cas du viol, le comportement ordalique s'apparente aux conduites dissociantes. Effectivement, face au vide, à l'impuissance sur le plan corporel, la victime pousse le corps dans ses retranchements. Elle l'expose à des situations à risque. Dans ce comportement, on note une ambivalence. Effectivement, le corps est exposé à des situations à risque afin de créer une anesthésie émotionnelle, une anesthésie psychogène des violences subies. L'exposition amène donc à un rapport passif au corps. D'autre part, il est également engager dans une action, dans un processus dans une perspective d'affirmation du sentiment d'existence. Cet engagement invite le corps à un rapport à actif. Le corps est perdu dans un schèma actif/passif. Il est alors important de prendre conscience que ce corps existe autrement que par la mise en situation à risque.

5. Trouble de l'alimentation : Anorexie

> Mme H : Durant cette période, elle oscillait entre un embonpoint et des épisodes d'anorexie mais n'explique pas les raisons de ces phases.... Elle avait de très bonnes notes durant cette période.

Dans le cas de Mme H, on note un trouble de l'alimentation notamment sur le versant anorexique. Le caractère émanant de ce trouble réside dans cette volonté de contrôle. A la peur de grossir, gravite autour, une maîtrise mentale et physique. Un désir de reprendre le pas sur ce corps dont l'appartenance est floue. Ce contrôle psychique se traduit par une volonté de lutter contre la sensation de faim et dont le contre-investissement se caractérise par une hyperactivité intellectuelle et physique. La maîtrise physique se caractérise par un contrôle alimentaire, d'un surinvestissement concernant l'activité sportive. Si ce corps est alors sous le contrôle de sa propriétaire il n'en demeure pas moins vrai que ce trouble renforce la perturbation de l'image du corps. En effet, la perception de celui-ci s'affaiblit, les exigences deviennent de plus en plus importantes et un sentiment de satisfaction ne peut être atteint. Le corps est atteint dans sa perception et marqué par une absence de plaisir, ce que l'on note chez la victime de viol.

6. Toucher

Mme H : Elle supporte difficilement qu'on la touche et plus particulièrement l'effleurement, depuis les fait.

a) La peau, organe du toucher

La peau est un organe sensoriel qui assure le sens tactile. C'est est une enveloppe épidermique qui délimite l'individu de l'extérieur. La peau est l'organe le plus sensible de notre corps. Cette sensibilité s'exprime à travers le toucher.

La peau perçoit et traite la signification de divers stimuli tactiles. De ce fait, nous pouvons sentir et reconnaître ce que l'on touche. On distingue plusieurs types de récepteurs tactiles : thermiques, mécaniques, chimiques ou électriques. Ainsi, nous percevons des sensations telles que la pression, la vibration, la douleur et la température.

Si nous percevons des sensations, nous explorons également celle-ci. C'est à travers, cette exploration que nous découvrons, appréhendons, aménageons notre environnement.

Il est nécessaire de connaître les composants physiques de la peau et de comprendre comment les signaux de stimulation sont envoyés de la peau au système nerveux afin d'en comprendre les réactions.

b) Du toucher au cerveau

La stimulation tactile donne suite à la transmission de l'information jusqu'au système nerveux qui, à son tour va réguler l'ensemble du corps. Autrement dit, suivant le type de toucher que nous percevons, nous pouvons être dans un état d'apaisement ou encore d'excitation. Ainsi, on constate l'interaction entre la peau et le psychisme dans l'organisation du fonctionnement de cet organe sensoriel.

Comment se fait la transmission jusqu'au cerveau ? Le récepteur sensoriel sensible à la stimulation va par la suite transmettre l'information selon deux supports : électrique (influx nerveux) et chimique (neuromédiateurs). Les informations sensorielles reçues par les récepteurs sensoriels sont véhiculées par les fibres nerveuses centripètes qui se réunissent d'abord en deux réseaux dermiques : un réseau profond et un réseau superficiel, avant de rejoindre la moelle épinière, puis de traverser plusieurs structures cérébrales, pour atteindre le cortex cérébral, au niveau de l'aire sensitive. Les informations arrive de manière controlatéral au côté du corps concerné, soit le cortex de l'hémisphère cérébral gauche pour le côté droit du corps et inversement. Le cerveau répond aux informations sensitives en envoyant, par des fibres nerveuses centrifuges, des informations aux cellules cutanées. Cela permet à ces cellules, constituant la peau, de s'adapter aux modifications de l'environnement.
Concernant, l'aire pariétale du cortex cérébral. L'aire sensitive constitue une zone cérébrale où se projettent toutes les parties du corps. Ainsi, à chaque partie du corps correspond une zone précise de l'aire sensitive du cortex cérébral : c'est ce que l'on nomme la somatotopie. On désigne par le terme homonculus, « petit homme », cette surface corticale de projection des différentes parties du corps. Il ne s'agit pas d'une projection proportionnelle. La surface, concernant la partie du corps, est plus ou moins grande selon sa sensibilité.

c) Toucher et émotion

"*Rien dans notre cerveau n'est véritablement objectif … Notre perception est profondément et complètement modelée par la façon dont nous ressentons les choses que nous percevons.* " affirme Keysers, scientifique allemand.(2012)
De par une étude, le chercheur Spezio (ibid.) ainsi que ses collaborateurs démontrent que le cortex somato-sensoriel primaire, région cérébral qui encode les propriétés basiques du

toucher est aussi sensible à sa signification sociale. Cette étude met en situation, un homme hétérosexuel assis dans le noir devant un écran. Dans une première expérience, il regarde une vidéo qui le pousse à croire qu'il va être touché par une femme et dans une autre expérience, une vidéo l'amenant à penser qu'il va être touché par un homme. Dans les deux cas, le visionnage de la vidéo va être succédé par le contact tactile d'une femme. Lorsque l'on observe les résultats du scanner cérébral visant à enregistrer la réaction de l'homme, les chercheurs ont découvert que ce cortex somato-sensoriel primaire, dont on pensait qu'il ne réagissait qu'au toucher physique, réagissait davantage au toucher féminin qu'au toucher masculin. Le toucher était plus apprécié lorsqu'il était pensé comme féminin. Ainsi, la manière dont nous appréhendons le toucher influence sa tolérance.

Mme H dit ne plus supporter qu'on la touche des suites de son viol. En effet, son cerveau a été conditionné de tel sorte que le toucher, notamment lorsqu'il est léger, est assimilé à ce fait marquant, à l'insupportable comme si la peau constituait la mémoire des émotions. Effectivement, Anzieu(1995) soutient l'idée que les expériences sensorielles s'inscrivent dans la mémoire dermique. De ce fait, l'apport d'expériences positives variés est indispensable afin que le contact ne soit par vécu comme une réminiscence de souvenirs pénibles mais comme la création de nouvelles expériences centrées sur un ressenti agréable.

L'observation psychomotrice situe le corps et le mouvement dans la propre conscience et dans le propre psychisme. Aussi, à travers des manifestations corporelles, la patiente révèle un état psychique. Dans le cas de l'entretien, l'observation sera intéressante car il est question de considérer la posture, le regard, la voix. L'écoute, du discours que tient la patiente, permet de la situer dans son environnement, comment elle se vit, comment elle vit les interactions, de connaître ses attentes. Ces informations constituent un point de départ dans la prise en charge car elles visent à mieux connaître la patiente, lui proposer un suivi individuel. En proposant une prise en charge adaptée et individualisée, l'acceptation de celle-ci sera d'autant plus aisée.

De ce fait, suite à la construction de cette lecture psychomotrice, il est question de soulever des axes de travail qui permettraient à ces femmes de renouer avec leur corps.

IV. COMMENT PERMETTRE LE REINVESTISSEMENT CORPORELLE EN PSYCHOMOTRICITE ?

Suite à ce traumatisme qu'est le viol, nous avons pu constater comment le rapport au corps peut être atteint chez ces femmes. En effet, le corps est devenu un objet assimilé à un mal-être, un vécu pénible. Dans le cadre d'une prise en charge en psychomotricité, il existe des moyens qui permettraient de pouvoir rétablir voire reconstruire un lien positif/agréable avec ce corps. Avant de pouvoir utiliser ces moyens, il est important de définir dans quel cadre le psychomotricien est en mesure de les proposer et de comprendre quels sont les objectifs.

A. CADRE

1. Temporalité

Avant toute prise en charge, il est important de se questionner sur la notion de temporalité. A quel moment, est-il judicieux de proposer une intervention psychomotrice? Une jeune femme victime d'un viol nous explique « Personnellement, j'ai eu beaucoup de ces symptômes mais il est dur d'établir un ordre et j'ai eu du mal à lier mes problèmes de santé avec les abus sexuels dont j'ai été victime, mais le jour où je me suis aperçue que tout était lié les choses ont commencé à s'améliorer. Je ne dis pas que d'admettre que les choses sont liées produit des miracles, je pense que pour avancer il faut avoir conscience que nos problèmes sont les conséquences des abus sexuels. » Ainsi, un travail est alors possible lorsque la victime prend conscience des changements qui se sont opérés. En établissant des liens entre ce qui se passe dans son corps et l'abus sexuel qu'elle a subit, cette jeune femme y trouve une voie de guérison. La mise en relation de ces deux éléments tend à réduire la dissociation. Une prise de conscience des troubles est alors nécessaire.

Dans son livre « La Puissance d'exister » le philosophe Onfray (2006) écrit : « Pour guérir, il faut d'abord un diagnostic auquel consentir ». De ce fait, cela sous-entend deux axes :

- La conscience d'exister et la perception de nos capacités et de nos limites
- Connaître et accepter son état afin de permettre une évolution

Cette prise de conscience peut être permise par un travail psychothérapeutique. En effet, comme nous avons pu l'évoqué précédemment dans la partie Prise en charge psychologique, le travail du thérapeute consiste à travailler autour des faits. Autrement dit, il s'agit notamment de se défaire de l'emprise de l'agresseur et donc de briser le processus de déshumanisation, de

dépersonnalisation. Sur cette logique, la victime, détachée voire affranchie de cette domination, peut prendre progressivement conscience de son existence et de là constater des changements. Le psychomotricien pourrait alors agir par complémentarité au travail effectué par le psychothérapeute. En effet, le travail autour du corps, l'attention que l'on prête à celui-ci peut favoriser cette prise de conscience. Grâce à différentes médiations et à la verbalisation, nous proposons diverses expériences corporelles qui pourrait amener la patiente à poser un regard sur ses sensations, à affiner ses perceptions, à déterminer ce qu'elle aime ou non et pourquoi. Ces outils thérapeutiques auxquels nous disposons nous permettent ainsi d'amener cette prise de conscience, de pouvoir l'évoquer, l'approfondir et créer du lien avec le processus de reconstruction psychique établit par le psychothérapeute.

Dans une thérapie psychocorporelle, la prise de conscience de ses troubles est importante dans une logique d'engagement et d'évolution. Cet engagement dans la prise en charge amène également à penser le statut de l'individu que l'on accueille.

2. Statut de l'individu

Les sévices sexuels, subis par le sujet, amènent à un profond bouleversement de son statut. Elle devient une victime aux yeux de la loi. Or, dans le livre Déjouer les pièges de la manipulation et de la mauvaise foi, « Victime est un état provisoire, parfois long, certes, mais provisoire » (Agnese, Lefeuvre & Karpman, 2004, p.29). Cet état provisoire est nécessaire quant à la notion de résilience selon le psychiatre Cyrulnik (2012). La résilience est, selon lui, « *la reprise d'un bon développement après un traumatisme, sans retour à l'état initial*. ». La reconnaissance du statut provisoire de victime dans ce processus occupe une place importante. En effet, il s'agit de la reconnaissance de sa souffrance et, parallèlement, le rôle de l'agresseur par rapport à celle-ci. De plus, il est important de noter que le statut ne constitue pas l'identité de la personne mais un statut social. En effet, le caractère provisoire réside dans la volonté de dépasser cela et de l'environnement sécure et dynamique qui pousse à recourir à un soutien, une aide.

Ces individus ont également le statut de patiente. En effet, elles ont recours à des examens de santé afin de prévenir de certaines infections ou maladies des suites des faits. Selon Santé Médecine, le patient désigne l'individu qui est examiné médicalement ou qui se voit administrer un traitement, un soin. Cette définition implique le caractère passif du sujet. Dans

le cadre d'une prise en charge en psychomotricité, la personne est acteur. Tout d'abord, nous accueillons une personne en souffrance. Lorsque nous rencontrons celle-ci, nous ne nous intéressons pas seulement à ce qui a pu se passer mais à son histoire, son parcours de vie. Nous prenons la personne dans sa globalité. Par ailleurs, les séances s'organisent à partir, non seulement des éléments recueillis lors de l'entretien, des objectifs soulevés à partir de l'évaluation psychomotrice mais surtout sur les besoins de la personne.

En effet, les séances ne peuvent réellement prendre sens que si l'individu adhère à ce qui est proposé. Le psychomotricien doit alors, de par son adaptabilité, allier ce qui lui semble nécessaire d'aborder et sa demande. Par ailleurs, la personne est actif lorsqu'il s'agit de prendre des décisions quant aux séances. En effet, il n'est pas question de contraindre mais de proposer, la personne a le droit de refuser ou de pouvoir s'orienter sur une autre médiation, un autre médiateur … De ce fait, la personne peut exprimer ce qui lui plaît ou ce qui lui est désagréable lorsque l'on aborde le corps notamment. On assiste alors à une reprise progressive du contrôle du corps. On note également l'importance du rythme propre de l'individu.

Ainsi, le psychomotricien ne prodigue pas des soins à une patiente mais construit, avec le patient, un projet individualisé.

3. Relation thérapeutique

Nous avons vu que la victime de viol est prise en charge tant sur le plan judiciaire que sur le plan médical, psychologique ou encore associatif. Dans une période de bouleversement, elle est confrontée à des examens gynécologiques. De plus, dans le cadre d'une prise en charge psychologique immédiate, il est question de travailler autour de l'agression. Tout cela, amène la victime à soulever des points sensibles nécessaires à la reconstruction de la victime. Afin que la victime accepte ces prises en charge délicates, l'alliance thérapeutique est alors nécessaire. Il en va de même lorsqu'il s'agit d'une thérapie psychocorporelle. Effectivement, nous accueillons une femme en souffrance qui porte le poids d'une histoire pénible et qui est à la recherche d'une aide. Dès l'entretien, il est fondamental qu'une alliance thérapeutique se créer. La victime, qui tend à devenir patiente, doit pouvoir ressentir un climat de confiance afin de pouvoir se livrer sereinement. L'enjeu de cet entretien est également important car il sera compliqué pour la victime de renouveler sa demande auprès de plusieurs professionnelles.

Dans Réflexions et recherches sur l'analysabilité et l'alliance thérapeutique psychanalyse

et/ou psychothérapie, Braconnier (2003) nous explique quels sont les éléments essentiels à la collaboration entre le thérapeute et son patient. Pour cela, il distingue quatre aspects :
- La négociation : consentir au cadre thérapeutique puis construire une signification partagée.
- La mutualité, autrement dit l'échange, la coopération. Si les objectifs sont énoncés par le thérapeute, le patient énonce également une demande. Le travail s'établit autour d'un échange réciproque et non seulement par ce qui a été indiqué par le thérapeute.
-La confiance
- L'acceptation
Ainsi, dès l'entretien, s'établit une alliance amenant une issue thérapeutique.
Par ailleurs, comme, nous l'indique Braconnier, le cadre thérapeutique a également son importance. Anzieu (1985) compare ce cadre à un « contenant maternel ». Il s'agit d'une enveloppe protectrice, élaborée et garantie par le thérapeute. Sa fonction est telle qu' « une seconde peau psychique, les pensées du sujet peuvent se déployer ». Ainsi, l'excitation, qu'elle soit d'origine interne ou externe, est limitée dans ses effets désorganisateurs.

L'alliance thérapeutique et le cadre structurant et contenant initié par le thérapeute est alors nécessaire à l'issue thérapeutique.

Cette première rencontre a une importance car, elle permet d'établir un premier contact, de récolter des informations, créer du lien avec nos observations. Elle nous permet également de penser le projet thérapeutique. Effectivement, ces entretiens m'ont permis de construire une lecture psychomotrice en vue d'élaborer un projet thérapeutique.

B. OBJECTIFS

1. DEFINITION DES LIMITES DU CORPS

De par la dissociation, ce corps n'est plus subjectivé, il est devenu matériel voire déconnecté de l'esprit. Par ailleurs, dans certains discours nous pouvons entendre « Je suis transparente», « Je n'existe plus »... Or, Anzieu explique, « *Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son*

expérience de la surface du corps » (Anzieu, 1985, cité par Pireyre, 2015, p.79). Ainsi, le Moi construit prend la forme d'une enveloppe qui délimite et lie le dedans et le dehors. Le Moi-peau permet alors de se protéger des pulsions internes ou encore des agressions externes. Cette fonction contenante se construit alors par l'expérience de la surface du corps.

En psychomotricité, la fonction contenante serait permise par la perception des limites. Effectivement, cette approche contribue à prendre conscience de ses limites. Dans la logique d'Anzieu, elle contribue à la notion de contenance, à l'unification. Elle permettrait d'éviter l'éparpillement des objets internes dans un espace sans frontières, poreux mais également de lier ces objets en un ensemble cohérent. Elle permettra également d'empêcher l'effraction du psychisme par des excitations intenses issues du monde extérieur.

Si la perception des limites est importante dans sa fonction contenante il n'en demeure pas moins vrai que la conscience de l'existence du corps passe également par l'écoute de ce dernier.

2. SIGNIFIER QUE CE CORPS VIT

Réinvestir son corps signifie qu'il est présent et qu'il vit. Comment ? Chaque individu possède un système organique qui est le moteur de notre corps. Lorsque la femme se sent dépossédé de son corps et « transparente », il n'est pas question de sensations, de sentiment d'être. Il serait alors nécessaire de lui faire prendre conscience de cette intériorité. La relaxation, par une attention portée sur les différents aspects de notre corps permet d'être présent dans l'ici et maintenant. Effectivement, la relaxation permet de prêter attention à notre respiration notamment : le trajet de l'air, la sensation de froideur à l'inspiration et de chaleur à l'expiration … Il ne s'agit pas seulement d'apaiser des tensions mais de prendre conscience que, malgré le traumatisme, ce corps vit encore et qu'il existe.

Par ailleurs, Marie-René Noir, dans *Bien respirer c'est vivre mieux* (2013, p.39), cite un texte taoïste introduit en Occident en 1929 par Wilhelm et Jung, « *Le souffle est guidé par la pensée, et la pensée est guidée par le souffle* ». Ainsi, il est non seulement question d'une présence dans le sens organique du terme mais également d'un lien corps-esprit. Ce corps est animé par une respiration que l'on peut contrôler, régulé. Inversement, le rythme de la respiration influence notre état de manière anxiogène ou apaisée.

3. VARIER LES AFFERENCES SENSORIELLES

Les afférences sensorielles chez les femmes violées peuvent souvent être à l'origine de réminiscence. Comme l'explique le Dr Salmona lors du colloque « Violences et Soins ». Ainsi, un effleurement, une caresse, peuvent amener l'apparition de *flash-backs* autour du traumatisme. En psychomotricité, l'apport de nouvelles expériences sensorielles permettent d'aborder les points suivants :

- Le choix : en effet, il n'est pas question d'imposer mais d'explorer diverses sensations corporelles. Cette exploration permet de savoir quelle type de sensations l'individu préfère et pour quelle raison. Cette préférence permettra d'aborder le réinvestissement corporel de manière plus positive et plus importante. De ce fait, ces afférences ne seront pas subites mais maîtrisé car il s'agit de son corps.

- Le contrôle : comme nous l'avons vu, le choix de cette afférence émane d'un avis auquel la personne aura consentis. Elle reprend le contrôle de son corps lorsqu'il s'agit de décider quel type de sensations peut être ressenti.

- Le lien : effectivement, il ne s'agit pas seulement de décider un type de sensations mais de comprendre la raison de son choix. De ce fait, la verbalisation est un outil indispensable et idéal quant à l'évocation du traumatisme. Il ne sera pas évoqué de manière frontal mais à partir d'une réaction corporelle. Cela permettra alors, d'établir des liens et progressivement trouver des moyens de régulation de ces réactions.

4. DONNER DU MOUVEMENT A CE CORPS

Le réinvestissement corporel passe par l'exploration sensorielle mais également par la proprioception qui désigne la perception, consciente ou non, de la position des différentes parties du corps. En psychomotricité, il serait intéressant de travailler à partir de mouvements actifs. En effet, chez les femmes violées, nous préfèrerons briser ces schèmes actif (thérapeute)/passif (patient). Ainsi, de par cet engagement, il est question d'amener à ce qu'elles soient actrices de leur corps et non un objet que l'on manipule à travers des mobilisations passives. Ainsi, par le mouvement, l'individu ne serait pas conscient de son corps mais il aurait une conscience à travers son corps.

Par ailleurs, Lauzon (1990, p.8) nous dit « *Le mouvement, peut-on dire, c'est la vie ; et lui*

accorder sa place, c'est assurer le développement du corps, de la pensée et des émotions, de façon à permettre des relations sociales harmonieuses. Le mouvement constitue une source d'énergie indispensable à la santé, de même qu'un moyen d'exprimer l'être dans toute sa profondeur ». Ainsi, le mouvement ne permet pas seulement la perception de soi mais également l'expression notamment des émotions. Le mouvement traduit des émotions.

5. IDENTIFIER LES EMOTIONS, ASSOCIER AU VECU CORPORELLE

Chez Mme B., nous avons pu constater une dissociation de type affective quant à l'évocation des faits. Outre cela, sa posture affaissée, prenant appui sur la table, lors de l'entretien, traduisait une émotion. Le corps s'exprime. Selon Damasio (1999, p.72), « toutes les émotions utilisent le corps comme leur théâtre ». Elles s'expriment à travers les expressions du visage, la gestuelle, la posture mais également par des manifestations physiologiques. La fonction tonique véhicule ainsi l'expression des émotions : il s'agit du « dialogue tonico-émotionnel ». D'après Wallon (1942), en assurant la régulation émotionnelle, la fonction tonique permet à la fois son extériorisation, son expression et donc son action sur autrui.

Dans la logique d'un réinvestissement corporel, il est nécessaire d'aborder ce qu'il s'y passe. En effet, il est question de prendre conscience des diverses manifestations corporelles et d'y mettre des mots. Au cours de l'expérience émotionnelle, les changements corporels prennent place et nous informent de leur existence. Selon Damasio (1995, p. 201), « la perception de ce que manifeste notre corps amène au ressenti des émotions. La capacité d'exprimer et de ressentir des émotions dépend de deux processus fondamentaux :

- « la perception d'un certain état du corps » (ibid, p. 225), autrement dit la prise de conscience des changements corporels.
- « un mode particulier et un niveau d'efficacité donné des processus cognitifs qui accompagnent les phénomènes décrits en (1), mais se déroulent en parallèle » (ibid., p. 225). En effet, en plus de la perception, l'état émotionnel « correspond en partie à des variations de modes cognitifs sous lesquels se déroulent les pensées » (ibid., p. 222) et des changements induits par des substances neurochimiques.

Ainsi, la verbalisation permet d'établir un lien entre le vécu corporel et l'émotion. Cette identification tend à réduire la dissociation.

6. CONSCIENCE DE L'AXE CORPORELLE

Lors de l'entretien Mme B. présente une posture voûtée. En effet, son dos est courbée, ses avant-bras prennent appuis sur la table et sa tête est légèrement baissée. Nous avons également vu qu'elle présentait une humeur dépressive. Son corps exprime alors un état de fatigue. Ainsi, comme l'explique Ballouard (2003), «*Nous faisons l'hypothèse que l'attribution d'une expression spécifique à une attitude corporelle globale procède d'un consensus de base sociale, d'une identification à un produit culturel, mais aussi de la reconnaissance d'un vécu* ». Par ailleurs, James (1932, cité par Corraze 1980) aborde une approche objective de la posture chez l'homme. Ainsi, il distingua quatre postures « fondamentales » :

- Attitude d'approche avec inclinaison du corps: autrement dit une attitude attentive.
- Attitude de rejet, avec le corps qui se détourne d'autrui, signifiant le refus, la répulsion
- Attitude d'expansion, où la tête, le tronc et les épaules sont en expansion, correspondant à l'orgueil, l'arrogance.
- Attitude de contraction, avec la tête fléchie sur le tronc et les épaules tombantes, associé à la dépression, l'abattement s'apparentant à la posture de Mme B.

La prise de conscience de l'axe corporel permettrait d'adopter une nouvelle posture. Autrement dit, il serait question de se libérer de cette « attitude de contraction » qui, selon Ballouard (ibid.) trouverait son origine dans l'histoire de l'individu. De la même façon, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'attitude voûtée de Mme B. résulte d'une histoire de vie douloureuse qui s'explique notamment par les nombreux viols qu'elle a subi. Ce changement de posture signifierait, se détacher de ce vécu ou encore de le percevoir autrement, à travers l'axe corporel. Ainsi, le psychomotricien pourrait amener à changer la perception de ce vécu et sa manière d'être au monde, car cet axe corporel traduit une attitude, c'est à dire une forme de communication non-verbale, perçu par l'autre.

C. MOYENS

La psychomotricité propose une approche corporelle qui amène à enrichir notre éprouvé et notre présence corporelle. Ainsi, de par la respiration, le mouvement, les sensations, ces femmes peuvent reprendre, progressivement, possession de leur corps de manière positive.

Autrement dit, il s'agit d'un réinvestissement corporel aux travers d'expériences agréables.

1. LES DIFFERENTS TYPES DE RELAXATION DANS LA PRATIQUE PSYCHOMOTRICE

a) Relaxation psychosensorielle de R.Vittoz

Vittoz est un médecin suisse qui a mis au point une thérapie psychosensorielle dont la spécificité est la rééducation du "contrôle cérébral". Elle vise à développer la« *faculté destinée à équilibrer le cerveau inconscient et le cerveau conscient*». (Mingant, 2007, p.23). De ce fait, l'équilibre est rétabli lorsque chaque idée, impression ou sensation peut être contrôlée par la raison, le jugement, la volonté, autrement dit qu'elle peut être jugée, modifiée ou écartée.

Cette méthode est basée sur le fait que le cerveau ne peut simultanément recevoir et émettre. Il suffit alors d'être dans la réceptivité pour mettre au repos l'autre fonction du cerveau: l'émissivité :

- La réceptivité est la capacité de recevoir, par nos cinq sens, les vibrations du monde extérieur, sans interprétation intellectuelle ou réaction personnelle de notre part. Il ne s'agit pas de penser mais de ressentir. Il est question d'une présence corporelle dans l'ici et maintenant, une attention sensorielle exempt de tout jugement.

-L'émissivité, c'est la pensée, le raisonnement. La qualité de l'émissivité est inhérente à celle de la réceptivité. Effectivement, plus la réceptivité est importante plus l'émissivité le sera également.

Le cheminement entre la réceptivité et l'émissivité s'explique par un contrôle de flux de la pensée. Effectivement, il s'agit de créer mentalement un objet, le faire durer puis d'y mettre fin. Ensuite, il est question d'y introduire une émotion. Enfin, créer du lien entre l'émotion ressentie et les manifestations corporelles.

Selon R.Vittoz, la vie psychique s'inscrit dans le corps ; il existe une interrelation entre le corps, les pensées et les émotions. La « mémoire du corps » constitue donc un langage ; le corps devient un moyen d'accéder à la vie psychique et de la mobiliser par des mises en situation au travers d'exercices.

Chez la femme violée, cette méthode est intéressante car, en rétablissant un état de présence, une disponibilité permettant de prendre conscience de nos sensations et de les accueillir

sereinement, on stoppe la « rumination » mentale, la dispersion des idées, et on met à distance les émotions, l'angoisse, tout ce qui rompt l'équilibre. Ce recul conduit à accepter et à comprendre les manifestations de notre inconscient.

b) Training autogène de J.H. Schultz

La méthode du training autogène, qui est également appelée par Schultz « méthode de relaxation par auto-décontraction concentrative » est issue de recherches sur le sommeil et l'hypnose. En effet, il s'inspire d'un mouvement qui « *présume un pouvoir non conscient de l'esprit sur la matière* » (Heller, 2008, p.306). Cette méthode réside dans l'idée qu'une personne ne peut savoir, par introspection, comment ses pensées influencent son corps, mais elle peut apprendre des techniques qui permettent de contrôler des pensées sur le corps.

Deux éléments sont à la base de cette méthode :

- La pesanteur: Plus la main porte un objet lourd, plus les muscles extenseurs du bras s'allongent. A partir de cela, Schultz suppose que lorsqu'un individu ressent une sensation de lourdeur dans une partie du corps, les muscles extenseurs se sont allongés en se détendant.

- La chaleur: qui amène une modification musculaire par la vaso-dilatation.

Cette méthode présente une induction verbale qui va permettre une représentation mentale du corps puis d'y associer les sensations présentées ci-dessus. Cette technique vise à l'autonomie et fait donc appel à la mémoire des consignes et du ressenti.

L'émergence des sensations ne conduit pas seulement à amener une détente mais également à signifier que ce corps est présent qu'il perçoit. Par ailleurs, il est possible que les femmes violées soient victime de réminiscences. Celles-ci font donc appel à la mémoire traumatique et créent un état de bouleversement total. Mme H, quand il s'agit d'évoquer le domaine de la sexualité, des tensions apparaissent. La méthode de Schultz doit alors être intégrée afin de supplanter ces souvenirs et amener un état de détente.

c) Relaxation dynamique de M. Feldenkreis

Feldenkrais est un physicien israélien qui a élaboré une méthode de prise de conscience du

corps et de contrôle harmonieux et global de toute l'activité corporelle. Après un temps de repos au sol avec prise de conscience des appuis, la méthode consiste à s'imaginer mentalement et en temps réel un mouvement donné puis à le réaliser: grâce à la mise en jeu successive des muscles agonistes et antagonistes nous obtenons un étirement passif des segments musculaires et donc une détente profonde. Les mouvements peuvent être par exemple: étendu sur le sol relever doucement les jambes ou les bras, rotation de la tête, élévation du bassin, bascule du tronc d'un côté et de l'autre...

Cette méthode amène donc à une conscience de soi par l'activité corporelle. Cette mise en mouvement conduit à la représentation mentale du corps alliée aux sensations perçues.

d) Relaxation neuromusculaire de E. Jacobson

La relaxation neuromusculaire, ou relaxation progressive, théorisée par le médecin américain Jacobson, repose sur le principe de l'influence du contrôle somatique sur la réponse psychique, le relâchement musculaire aboutissant à la détente mentale.

Les exercices consistent à se concentrer sur la différence entre la tension musculaire, obtenue par la forte contraction d'un segment musculaire, et le relâchement. Entre chaque contactions, dites « de repérage », le temps est suffisamment long pour ressentir l'état de bien-être qui s'installe. Une progression a lieu durant la séance et, d'une séance à l'autre, puisque le sujet appréciera des degrés de tensions de plus en plus faibles.

e) Relaxation psychosomatique de G.B. Soubiran

La multiplicité des démarches justifie la diversité des méthodes, des approches, des réponses qui ne peut être ni rigide ni univoque pour être efficace, car il ne s'agit pas d'amener le patient à supporter notre méthode à tout prix mais de le comprendre, de s'adapter à lui et de lui adapter notre méthode.

Ainsi, le principal caractère qui définit la méthode de relaxation Soubiran est l'adaptation. Effectivement, les étapes de la relaxation se réfèrent au propre vécu du patient. C'est pourquoi, le thérapeute doit faire preuve d'une grande écoute et d'une fine observation afin de proposer au patient une méthode qui lui permettra, au mieux, d'évoluer.

Par ailleurs, cette méthode est non- inductive. Le patient est invité à s'installer dans la position qu'il souhaite c'est à dire sur le dos, le ventre ou encore assis. Ensuite, une mobilisation passive est effectuée suivant la position adoptée. Durant celle-ci le thérapeute se rend compte de l'état de tension investi dans le corps du patient et va donc appliquer des mouvements qui vont induire une détente. Cependant, cette relaxation adaptative peut, dans un premier temps, et suivant le vécu du patient, proposer patient de s'intéresser à sa posture du moment, ses points d'appuis, sa respiration (sa fréquence respiratoire, le passage de l'air à l'intérieur et à l'extérieur, lieux de la respiration), à sa perception (sa place dans l'espace, les bruits qui l'entourent) dans le but d'approfondir le niveau de détente avant la mobilisation passive.

Elle est également non-directive. Il ne s'agit pas d'imposer au patient de ressentir un type de sensation particulière telle que l'exige la sophrologie mais de l'amener à prendre conscience de la réalité de son corps sur l'instant.

D'autre part, cette technique est non-interprétative. Autrement dit, le psychomotricien invite le patient à verbaliser sans une analyse psychanalytique de celle-ci. Ainsi, le patient réalise, grâce aux sensations vécues, une prise de conscience de son corps, de son schéma corporel, de son état tonique, une différenciation d'un état de tension et de ce qui peut l'amener à se détendre.

Le but de cette méthode est d'amener, progressivement, le patient à une autonomie qui lui permettra une utilisation de la relaxation au sein de la vie quotidienne.

Qu'elle soit à point de départ psychologique ou physiologique, la relaxation propose diverses manières d'être présent dans notre corps, développer notre perception sensorielle et de créer du lien entre nos pensées et ses manifestations corporelles. Ainsi, il existe plusieurs méthodes de réinvestissement corporel qui peuvent être proposées aux femmes violées permettant ainsi une meilleure appropriation des exercices demandés.

2. KINOMICHI

« C'est justement à redécouvrir notre corps que nous invite le Kinomichi, à exploiter son potentiel de sensations, de jouissance et d'équilibre, en prenant simplement conscience de sa totalité. Nous y redessinons un schéma corporel complet où sont inscrites des possibilités d'expression, des sensations revitalisant un corps moribond qui se met en mouvement. ».

Ainsi, Hévin ne présente pas le Kinomochi comme un art martial mais comme une approche corporelle. L'approche corporelle propre au Kinomichi se construit autour des sensations et de la perception du mouvement. Le but est d'atteindre l'harmonie avec soi-même et parvenir à l'harmonie avec l'autre. L'individu va pouvoir développer la prise de conscience de sa « corporation » à travers l'exploration sensorielle que proposent certains exercices.

Cette discipline permet également d'acquérir le contrôle du geste et la confiance nécessaire pour se l'approprier.

Le Kinomichi se pratique à deux au contact des mains nues, ou bien à l'aide du jo (canne de bois) et du bokken (sabre de bois). Ces objets médiateurs permettent de créer un lien avec l'autre, notamment, avec le psychomotricien. En effet, certains exercices consistent à effectuer des mouvements en harmonie, on parle alors d'accordage. L'accent est mis sur le plaisir de la découverte du mouvement au travers de l'apprentissage de la technique. Ces repères kinesthésiques sont l'ébauche de la réappropriation corporelle qui se développera par l'habileté progressive dans la pratique. Il n'est pas question de performances mais d'aller vers ses possibilités, son rythme juste, son « KI ».

Les premières initiations permettent la découverte de ses possibilités corporelles et de leur libération : équilibre, souplesse, force interne, perceptions, ouvertures. Le contact harmonieux au partenaire est recherché, les fondamentaux sont transmis.

De ce fait, par cette médiation, ces femmes pourront aborder la réappropriation corporelle à travers le mouvement. Ces mouvements font appel à la prise de conscience de l'axe corporel, de par les appuis, le positionnement de la tête, des épaules et du tronc. Cette pratique amène à se repositionner selon l'axe « Terre-Ciel ». Enfin, cette médiation aborde la relation à l'autre par le mouvement qui est aussi, un moyen de réappropriation corporelle. Autrement dit, le mouvement lie le réinvestissement corporel et la relation à l'autre.

3. RYTHME ET VOIX

La médiation Rythme et Voix n'est pas seulement un art, c'est aussi un véritable outil thérapeutique. En effet, cette médiation, basée sur l'intégration corporelle et le développement de la spiritualité, est le fondement même de la psychomotricité.

Dans une logique d'intégration corporelle, cette pratique permet la prise de conscience du corps à travers le mouvement rythmique mais également, vocal. En ce qui concerne le rythme, celui-ci accomplit une fonction précieuse. Il est à la fois matrice contenante et loi qui régule et

canalise les affects et pulsions. De lui découle, en partie, la coordination, la musicalité et l'énergie du mouvement. Cette médiation propose un exerce qui consiste à reproduire des rythmes à l'aide de nos mains et nos pieds. Suivant la mesure, on doit toucher, manuellement, différentes parties de notre corps. Dans une approche corporelle, cet exercice est intéressant car il permet, de manière segmentée, de structurer notre corps. Cette structuration corporelle s'effectue également par la prise de conscience des vibrations que provoque ce toucher, suivant la pression qui est exercée. Cette vibration se diffuse sur le membre touché et est limitée par l'enveloppe corporelle. De là, nous pouvions nous représenter, à travers la sensation, le membre de manière tridimensionnelle. Par ailleurs, la voix permet, elle aussi, de structurer notre corps. En effet, lorsque nous émettons des sons, des vibrations se diffusent dans tout le corps. Cependant, ces sons peuvent être d'origines différentes : nasale, ventrale, … Selon la provenance, la vibration sera concentrer dans cette zone et renforcera cette prise de conscience corporelle dans sa dimension interne.

Outre cela, cette médiation aborde le corps de manière plus spirituelle tel que sur le plan cognitif, sensoriel, émotionnel et psychologique. En effet, dans cet aspect cognitif, cette pratique fait appel à la notion de néoténie. De par notre plasticité corticale, l'être humain est capable de s'adapter à une nouvelle situation. Autrement dit, à la suite d'un travail soutenu et régulier, le cortex établit de nouvelles connexions afin de permettre à l'individu de s'ajuster ou de créer un phénomène de compensation. En ce qui concerne l'aspect psychologique, la notion d'individualité est abordée. En effet, le travail en groupe permet d'approfondir notre réflexion sur la place de l'individu. Il est différent de reproduire le même rythme en groupe et de produire un cycle rythmique en groupe. Dans le premier cas, la question de l'individualité est assez floue car il est question de créer une dynamique de groupe, une homogénéité, une harmonie. Tandis que dans le second cas, il s'agit de réaliser sa propre figure rythmique, différenciée de celles des autres, et de l'intégrer à celle des autres. Par ailleurs, la reproduction et la réalisation de rythme pose la question de la limite. En effet, l'individu peut réagir différemment selon l'exercice. L'imposition d'un rythme peut être contraignante pour un sujet impulsif par exemple, ou bien contenant pour une personne anxieuse.

4. BALNEOTHERAPIE

Anzieu (1995) établit le lien entre les fonctions de la peau et celles du Moi. De ce fait, il met en évidence la corrélation entre corps et psyché. L'individualisation du corps, la définition

claire de ses limites, aboutit à la formation d'une enveloppe psychique individuelle et différenciée mais en relation avec l'autre.

La balnéothérapie permet d'aborder ce concept de Moi-Peau. En effet, le contact du corps dans l'eau, de par son aspect contenant, enveloppe les contenus physiques mais également psychiques.

« Le corps s'éprouve alors comme un solide, limité et imperméable ».

De la même manière, Potel (2009, p54) explique que « l'eau est contenante pour le corps, porteuse maternelle, vectrice d'illusions et de transitionnel ». Ainsi, cette propriété de l'eau amène à aborder le concept de phénomène transitionnel évoqué par Wallon. Il s'agit d'un espace intermédiaire entre l'enfant et sa mère, entre le moi et le non moi, entre le dehors et le dedans.

« Dans cet espace, deux types d'expériences se vivent, qui mettent en jeu d'une part les sensations du corps propre, d'autre part la perception par le sujet de ce qui l'entoure, et plus particulièrement des mouvements de l'autre » (ibid., p.52). C'est alors que l'eau constitue cet espace transitionnel où ces femmes vont pouvoir expérimenter et s'individualiser tout en restant en relation notamment avec le psychomotricien. L'eau, paradoxalement, permet donc de séparer et lier l'individu et le psychomotricien.

Chez la femme violée, il est question de perception des limites à travers les sensations que propose l'eau : par la température, la pression, la mise en mouvement tout en assurant un milieu contenant dans lequel elle pourra exercer cette exploration.

Outre cela, l'eau permet de travailler l'axe corporel, la verticalité notamment à travers la poussée d'Archimède. Il s'agit d'une poussée verticale, orientée vers le haut, qui s'exerce sur tout corps immergé. L'eau porte notre corps, le rend plus léger mais nous amène également à une modification des repères. Le maintien de l'équilibre suppose donc une adaptation sensorielle et motrice. La légèreté et la contenance que propose l'eau favorise la libération d'une posture voûtée.

5. LA RESPIRATION

Quelle que soit l'outil proposé, le psychomotricien observe la respiration. En effet, elle possède plusieurs fonctions afin de permettre une meilleure prise de conscience corporelle (Serrat, 2014, p.43):

- Elle participe à la régulation du système nerveux

- Un cerveau mieux oxygéné permet une meilleure maîtrise de nos émotions

-Elle régule les fonctions neurovégétatives dont dépendent le rythme cardiaque, la digestion ..

- Elle permet de réduire le stress

Ainsi le psychomotricien, lors de l'induction, propose de se concentrer sur sa respiration naturelle à travers son rythme, son amplitude et sa localisation. Cette attention portée sur la respiration permettra de la réguler et de réduire un état de tension en vue d'un meilleur approfondissement.

6. L'IMPORTANCE DE L'OBJET MEDIATEUR

Certains types de médiations notamment en relaxation fait parfois appel à des mobilisations. Or, chez les femmes violées, la représentation du toucher peut prendre une toute autre signification après un tel traumatisme. C'est alors, que le psychomotricien peut proposer un objet médiateur. En effet, il permet la continuité du lien entre le thérapeute et son patient tout en gardant un certain contrôle. Chouvier (2003) nous explique que l'utilisation des objets médiateurs est en constante correspondance avec le processus de création, que ce soit sous une forme limitée ou sous une forme complète. C'est d'abord la créativité qui est ici mobilisée, aussi bien celle des thérapeutes que celle des patients. La créativité primaire, telle que la définit Winnicott, constitue la trame psychique de l'investissement. Elle se prolonge par la persévérance de l'insistance sur la dimension ludique de la relation au monde de l'altérité et au monde de l'extériorité. Sans la capacité créative primaire et la tonalité affective spécifique du jeu, le travail du médiateur perd toute efficience.

Ainsi, l'objet médiateur permet d'accéder à la relation à son environnement dans le cadre de la médiation. Elle permet également d'aborder autrui d'une différente manière. En effet, le rapport à l'autre n'est pas subit de façon frontal mais consentis et de manière indirect à travers cet objet.

7. LA VERBALISATION

Selon le Petit Larousse, verbaliser signifie formuler de vive voix ce qui est intériorisé.

En psychomotricité, le thérapeute utilise la verbalisation pendant ou après une pratique. En

effet, comme nous l'avons vu la psychomotricité est une approche corporelle qui propose de nouvelles expériences. La verbalisation permet de mettre des mots sur son vécu, son ressenti. Il permet d'affiner sa perception. Par ailleurs, elle ne permet pas seulement d'exprimer son propre vécu corporel mais également ses réactions à l'instant t. Comme l'explique Pireyre (2015), dans *Cas pratique en psychomotricité*, la verbalisation, par le choix précis des mots, permet de donner du sens à ce qui s'est produit. Il s'agit d'un lien symbolique entre les affects et les actes. Le rôle du thérapeute est de structurer et de stimuler, dans la relation thérapeutique, les prises d'initiatives tant sur le plan verbal que sur le plan moteur. Cela permet de rassurer et mettre en confiance ce qui permet au patient d'aller plus loin dans son expression.

Durant celle-ci, il est important que le patient s'exprime à la première personne car il s'agit de s'approprier son vécu. Ainsi Delco (2000) exprime dans son titre « Des mots pour être ».

De par son approche corporelle, la psychomotricité pourrait apporter à ces femmes un mieux-être, un vécu harmonieux, qui puisse leur permettre d'ajuster ou de réajuster la relation à soi et à leur environnement. Ainsi, cela leur permettrait de meilleures possibilités d'adaptation.
Il existe d'autres approches thérapeutiques pouvant compléter le travail du psychomotricien. (Cf. Annexes I,II,III)

Partie discussion

La rencontre de femmes violées m'a permis de construire une réflexion sur la pertinence d'une proposition de prise en charge en psychomotricité. Il reste, toutefois, d'autres axes à aborder. Ainsi, dans un premier temps, je vais développer l'importance du cadre institutionnel. Puis, à partir de ces rencontres, je me suis posée plusieurs questions concernant la place du thérapeute et la fonction de l'entretien psychomoteur. Ensuite, je traiterai de l'aspect culturel autour du corps. Enfin, nous aborderons d'autres thèmes qu'il serait intéressant d'approcher dans une perspective de prise en charge.

I. L'IMPORTANCE DU CADRE

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai fait la rencontre de plusieurs femmes. Ces rencontres se sont déroulées suivant des contextes différents. En effet, j'ai pu m'entretenir avec elles en milieu associatif, institutionnel ou encore en milieu libéral. Ainsi, je me suis interrogée sur l'importance d'une équipe pluridisciplinaire encadrante.

A. CADRE LIBERAL

Un des entretiens, que je développe dans le mémoire, s'est déroulé au sein d'un cabinet libéral. Il s'agit de Mme H. qui a rencontré, pour la première fois, une psychomotricienne. Elle a été adressée par son médecin traitant, à la demande de celle-ci. Ainsi, la psychomotricienne ne connaissait aucun élément concernant Mme H. L'entretien psychomoteur a éclairci certains points au sujet de son histoire de vie et de ses suivis en parallèle, notamment un suivi psychologique. Lorsqu'elle évoque ses consultations externes, elle reste brève, c'est à dire qu'elle ne développe pas ce qu'elle fait. Par conséquent, la psychomotricienne ne savait pas où elle en était dans ce travail psychologique.
La psychomotricité et par conséquent, le psychomotricien tient compte de la globalité et de la complexité de l'être humain. Ainsi, dans une approche globale de la personne, et surtout, dans une perspective de prise en charge, il est important de pouvoir échanger avec les professionnels qui entourent la patiente. Cela est peu permis dans l'exercice libéral. Bien sûr,

nous pouvons nous renseigner auprès de la patiente. Cependant, il est possible qu'elle refuse de communiquer les coordonnées des professionnels qu'elle suit.

Autrement dit, en cabinet libéral, malgré un travail en réseau, l'équipe est à reconstituer pour chaque patient. De ce fait, les professionnels intervenant dans la prise en charge d'une patiente ne se connaissent pas. Les liens doivent s'établir, ce qui n'est pas toujours évident. Dans le cas où ce travail en réseau ne peut se faire, la prise en charge peut s'avérer désuète. En ce qui concerne cette population, il est très important de créer du lien pour une meilleure compréhension et adhérence. Par ailleurs, la création d'une liaison permet de créer une sphère thérapeutique contenante.

B. CADRE INSTITUTIONNEL

Lors de ces rencontres, je ne me suis pas seulement intéressée aux femmes violées mais également au cadre. En effet, que ce soit à mon stage au C.R.C.S ou au sein d'associations, je constate l'importance d'une équipe pluridisciplinaire.

Pour cela, je me suis intéressée à la notion d'équipe. C'est le professeur Robert Lafon qui s'y est intéressé le premier ; dans un article publié en 1962, il évoque l'étymologie du mot : « Équipe viendrait du vieux français esquif, qui désignait à l'origine une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes ou des chevaux, en attendant l'époque des remorqueurs. Est-ce l'image des bateliers tirant sur la même corde ou celle des bateaux attachés ensemble...Toujours est-il qu'on a parlé un jour d'équipe de travailleurs pour réaliser une œuvre commune (...) ». De la même manière, il est fondamental de faire preuve d'esprit d'équipe, de coopération, de participation afin que les manœuvres d'un équipage permettent à un navire de voguer, sans chavirer. Ainsi, travailler en équipe implique une collaboration entre les différents professionnels afin d'établir des objectifs communs et adaptés autour du patient. Cela nécessite une organisation cohérente et la transmission d'un certain nombre d'indications essentielles.

Ce travail pluridisciplinaire est riche de par sa capacité d'échange, de communication. Ainsi, que ce soit en milieu associatif ou bien institutionnel, une équipe pluridisciplinaire est composée de plusieurs individus de formations différentes. Cette diversité apporte un autre regard sur le patient et permet d'agir de manière complémentaire. Par ailleurs, il s'agit également de pouvoir réorienter plus facilement la patiente.

Une équipe pluridisciplinaire est un organisme où chacun est un individu singulier, ayant sa propre identité et sa propre histoire. De ce fait, cette population amène à aborder un vécu délicat, bouleversant qui peuvent renvoyer certaines choses au thérapeute.

II. ENTRETIEN

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéressons à deux entretiens menés par des psychomotriciens au sein d'institutions différentes. Un entretien a été effectué dans un Centre de Réhabilitation Cognitive et Sociale où exerce une équipe pluridisciplinaire tandis que l'autre a été mené dans un cabinet libéral. Ainsi, il s'agit de contextes différents. A partir de cela, se pose les questions suivantes : Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, un entretien mené par un psychomotricien a-t-il une légitimité ? Quelle est la spécificité d'un entretien psychomoteur ?
Avant d'aborder l'entretien en psychomotricité, il est donc important de le distinguer de celui d'autres professions.

A. L'ENTRETIEN SELON LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS

Selon le Petit Robert, l'entretien se définit comme « action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes ». On distingue le thérapeute et le patient. Ce thérapeute, suivant sa spécificité, mènera un entretien répondant à sa visée thérapeutique.

1. L'entretien psychologique

L'entretien clinique est décrit par Chouvier (2012) selon trois points :
- Trois concepts : L'intériorité, autrement dit le point de vue du sujet
L'unicité, chaque humain a son histoire et sa manière de vivre, penser
La totalité, « *il ne s'agit pas d'épuiser tous les aspects de la vie psychique, l'identité professionnelle, l'identité relationnelle, l'appartenance familiale ou autre mais de chercher intuitivement ce qui fait lien entre toutes ses dimensions* » (ibid., p.18).

- Deux attitudes : - La présence, c'est à dire être attentif à ce qui se dit et ce qui se passe dans

l'infraverbal, le regard, la gestuelle, la mimique mais également en ce qui concerne les mouvements psychiques.

- La compréhension : « *saisir dans son ensemble la complexité de l'autre* » (ibid., p.19)

- Un paradoxe : il est question d'une opposition entre la reconnaissance de l'autre et de son impossibilité à communiquer totalement avec lui créant ainsi une distance irréductible.

A partir de cela, l'entretien clinique se définit alors comme une rencontre intersubjective, au cours de laquelle s'établit la rencontre entre la subjectivité du thérapeute et celle du patient. Si l'entretien donne lieu à une rencontre intersubjective il n'en demeure pas moins vrai que la relation se décrit comme asymétrique. En effet, Chiland (1983) explique cette asymétrie par la position que prend le clinicien. Il s'agit d'un thérapeute ayant suivi une formation qui lui a permis d'acquérir des connaissances. Ces connaissances doivent être complétées par un travail sur soi. La maîtrise de soi est alors importante quant à l'investissement/le recrutement psychique du thérapeute. La formation et le travail sur soi positionnent le thérapeute dans cet entretien. Ce dernier s'inspire du modèle psychanalytique par son caractère non-directif. Ce terme a été introduit par Rogers et consiste à laisser s'exprimer le « client » en vue de faire émerger des réticences conscientes (il ne veut pas) et des résistances inconscientes (il ne peut pas). Le clinicien interfère le moins possible dans un climat de neutralité bienveillante. En psychomotricité, l'entretien est semi-directif. Il « *mêle une attitude d'enquête et d'exploration dès qu'apparaît un point important* ». (Ballouard, 2008, p.116).

2. L'entretien psychiatrique

L'examen psychiatrique repose essentiellement sur l'entretien. Il permet de recueillir plusieurs informations notamment sur les troubles du patient, sa personnalité, son histoire personnelle et familiale. Ainsi, cet entretien permet de poser un diagnostic qui orientera la nature de la prise en charge. Au cours de celui-ci, le patient parle librement de ses plaintes auxquels le psychiatre oriente l'analyse sémiologique de manière plus structurée. Comme l'explique Rouillon (2005, p.9), « *l'entretien retrace l'anamnèse des troubles, les éléments essentiels de la biographie du sujet et analyse les principaux symptômes nécessaires à l'orientation diagnostique et à la proposition thérapeutique* ».

Le psychiatre peut effectuer ce premier entretien dans divers contextes : urgence, consultation programmée, sur demande, sur la demande d'un tiers, expertise. Ces différentes situations orienteront la manière dont l'entretien sera mené.

L'évaluation mentale du patient s'évalue également à travers l'observation. Il s'agit de prendre en compte le discours, l'expression faciale, la gestuelle, le comportement social, l'état de conscience, le fonctionnement intellectuel, la présence ou non de trouble de jugement, la capacité de jugement, l'humeur, la motivation... Ces éléments sont sujets à une analyse sémiologique en vue d'orienter le diagnostic et donc la prescription et la prise en charge. Le psychomotricien, lui, crée du lien. Effectivement, il ne s'agit pas de catégoriser un individu selon sa pathologie. On accueille un patient unique qui a sa propre histoire, maladie, manière de se comporter, se mouvoir, communiquer, percevoir,… La prise en charge psychomotrice ne dépend donc pas de la pathologie car elle prend en compte la personne dans sa globalité. Les éléments pathologiques permettent, en psychomotricité, de poser un cadre sécure, stable, accessible qui permettent aux patients de pouvoir bénéficier de la prise en charge.

3. L'entretien médical

L'entretien s'organise selon trois points :

- Déterminer la nature du problème : Autrement dit, il s'agit de permettre au clinicien d'établir un diagnostic. Il est donc question de recueillir des informations nécessaire, de proposer des tests complémentaires.
- Établir et maintenir une relation thérapeutique afin que le patient coopère et accèpte le projet et le traitement.
- Communiquer l'information et mettre en place un projet thérapeutique.

Cet entretien s'organise également selon le diagnostic posé.

4. L'entretien infirmier

Les infirmiers reçoivent les patients en entretien. Cependant, le premier entretien, contrairement, aux autres professions, n'a pas de visée thérapeutique. Il s'agit d'un entretien d'accueil durant lequel il est question de faire connaissance, de se présenter et de recueillir

des informations administratives, personnelles. Il s'agit d'un support à la relation en vue des prochains entretiens ayant parfois des motifs délicats tels que la prise de traitement, un conflit avec l'équipe soignante, un vécu douloureux par rapport à la prise en charge, un déni des troubles.

Quel que soit le domaine, la relation, la parole et l'écoute sont les trois points importants lors d'un premier entretien. Le regard du thérapeute diffère de celui d'un autre car sa formation est différente Selon le domaine, le thérapeute n'aura pas la même visée thérapeutique. Qu'en est-il du psychomotricien ?

B. L'ENTRETIEN PSYCHOMOTEUR

La rencontre de ces deux femmes s'est fait dans le cadre d'un entretien. L'entretien de Mme H en cabinet libéral a donné lieu à une prise en charge auquel elle a mis fin au bout de 4 séances. La rencontre avec Mme B, quant à elle, s'est fait dans le cadre d'une évaluation de préadmission au C.R.C.S. Cet entretien n'a pas donné suite à l'évaluation psychomotrice car l'évocation des viols, lors de celui-ci, a été mal vécu. Ces entretiens ont une importance car il s'agit d'un premier contact, le point de départ d'une thérapie. Il nous permet de recueillir des informations tant sur le discours que sur les observations mais il permet d'établir une relation. Ce premier contact a d'autant plus d'importance chez la femme violée. Effectivement, le psychomotricien doit poser un cadre contenant, un climat de confiance lors de celui-ci. Or, ce sentiment à quelque peu été ébranlé.

1. Quel est le rôle de l'entretien psychomoteur ?

Le psychomotricien, de par sa formation, possède une qualité d'écoute, d'observations et d'adaptation. Ces outils vont lui permettre des recueillir, évaluer, lier des informations afin de pouvoir poser un cadre et de penser le projet thérapeutique.
Notre capacité d'écoute permet de récolter des éléments de vie de l'individu que nous recevons. Ces informations sont essentielles pour comprendre dans quel contexte la personne a vécu et vit. Elles nous permettent de connaître ses goûts qui orienteront le choix des médiations afin que l'individu adhère davantage à ce qui peut lui être proposé. Néanmoins, il est important de ne pas se réduire à ses seules préférences afin d'apporter de nouvelles

expériences. Par ailleurs, il s'agit d'une écoute active. Il s'agit d'un terme définit par Rogers qui se distingue de la reformulation. En effet, cette écoute ne se limite pas à dire autrement ce qu'une personne vient d'exprimer, mais de décoder la dimension affective non verbalisée. Ce n'est pas seulement la perception des besoins mais d'abord un comportement à ajuster de la part du thérapeute. On parle alors de l'empathie. Ainsi, cela permet au psychomotricien de se comporter d'une manière à ressentir les sentiments de la personne sans se mettre à sa place.

L'observation, quant à elle, permet de prendre sa personne dans sa globalité. Effectivement, il ne s'agit pas seulement de s'intéresser aux discours de l'individu mais de prendre en considération la manière dont elle se meut ou non. Elle permet de créer du lien avec ce qui a été dit et d'objectiver l'état mental du patient suivant sa posture, sa gestuelle, son regard et ses réactions mimico-faciales.

L'adaptation, quant à elle, est extrêmement importante lorsqu'il s'agit de poser un cadre. Suivant l'âge, la demande, les observations, le discours nous poserons un cadre qui se décline en plusieurs aspects. On distingue :

- Les règles qui vont border, limiter, contenir, maintenir un climat de sécurité. On note la présence d'interdictions comme on ne doit pas se faire mal et faire mal à autrui.
- Le projet tel que donner l'occasion au patient d'exprimer ce qui, intérieurement, l'envahit trop. Autrement dit, les affects non représentables qui ne peuvent se symboliser, qui empêche de mettre à profit l'intelligence, la pensée et la motricité.

-Le cadre de soins. Le psychomotricien intervient dans les champs suivants: rééducatif, éducatif et thérapeutique. Comme l'explique Potel (2010), la pratique psychomotrice implique et engage vivement le praticien ainsi que son patient dans une relation unique et singulière. Le cadre thérapeutique vient entourer dans un espace-temps particulier en posant des limites, des libertés et des invariants. De même que, ce dispositif est personnalisé et adapté à l'identité du psychomotricien. Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.

Comme l'explique Ballouard (2008, p.89), « *l'entretien est une co-construction. L'information qui circule connaît un traitement et c'est un processus qui s'appuie sur les deux interlocuteurs* ». Ainsi, il s'agit d'un processus entre deux personnes soit le thérapeute et la patiente. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, un processus se définit comme une «*suite continue de faits, de phénomènes présentant une certaine unité ou une certaine régularité dans leur déroulement*». De ce fait, ce processus implique deux

interlocuteurs auxquels l'instauration d'une relation est importante pour qu'il y ait une suite. Concernant la femme violée, cette relation est nécessaire quant à l'engagement dans une prise en charge.

2. Mon vécu

Tout au long de ma formation, j'ai appris comment préparer et mener un entretien. Il était question de créer un climat de confiance dans lequel les patients pourraient se livrer afin que je puisse recueillir des informations nécessaires à la construction individualisée et adaptée du projet thérapeutique. Ainsi je me sentais prête pour mener un entretien.

Lorsque j'ai rencontré Mme B., j'ai été rapidement rattrapée par la réalité. En effet, cet entretien étant mis en place dans le cadre d'une pré-admission au C.R.C.S, je ne m'attendais pas à entendre de telles informations. Quand elle a évoqué son premier viol, j'en ai pris note et, ne sachant pas quoi répondre, j'ai poursuivi l'entretien. Nous abordons alors sa situation professionnelle puis elle évoque un second viol, je réfléchissais à une réponse adaptée mais ce temps me parut long. Afin de ne pas laisser ce temps de silence en suspens, je lui ai conseillé de consulter la psychologue du centre afin qu'elle puisse recevoir l'écoute dont elle aurait besoin. Sur le moment, cela me parut une réponse appropriée. Après l'entretien, je me suis interrogée sur quelle aurait été la bonne réponse en tant que psychomotricienne ? J'ai alors fait part de mon malaise auprès de ma maître de stage qui était présente lors de cet entretien. Suite à cela, elle m'a répondu que Mme B. n'attendait peut-être pas une réponse de ma part. Il me paraissait et me paraît toujours impensable de répondre par un silence.

Cormon (2004, p.52) nous dit «*être entendu dans sa souffrance se pose comme une nécessité absolue pour la victime... Que signifie être entendu? Certains évoquent les deux chemins à parcourir pour une personne traumatisée : d'une part celui de son élaboration personnelle, d'autre part, celui d'une reconnaissance collective*». Après réflexion, l'écoute de ses traumatismes en tant que psychomotricienne est tout aussi légitime que l'écoute que propose la psychologue. Il ne s'agit pas seulement d'évoquer les faits mais également de savoir comment vivent-elles actuellement, les modifications qu'elles perçoivent et qui sont perçues par leur entourage. Il s'agit également de mieux comprendre leur souffrance, comment elle s'opère aussi bien de manière corporelle que de manière relationnelle. Ces questions doivent

être suffisamment large afin, que ces femmes puissent s'exprimer en toute liberté et, d'observer comment elles effectuent des liens entre ce qui s'est passé et ces modifications.

De là se pose un nouveau questionnement sur la pertinence d'un entretien psychomoteur, plus cadré et réfléchis, ciblé à la personne victime de viol. En effet, l'entretien n'ayant donné suite à l'évaluation psychomotrice, je me suis interrogée sur la qualité de mon écoute et la manière dont j'ai mené l'entretien. Si l'écoute était présente je l'ai tout de même renvoyé auprès de la psychologue pensant avoir fait le bon choix sur le moment. Cependant, je pense que, si j'avais mené cet entretien dans l'état d'esprit dans lequel je suis aujourd'hui, Mme B. aurait peut-être été présente le rendez-vous suivant. Effectivement, elle aurait sûrement mieux perçue, par un rapport concret, ce que la psychomotricité pourrait lui apporter.

III. PLACE DU THERAPEUTE

Le vécu de ces femmes peut susciter des émotions chez le thérapeute, ce qui amène à s'interroger sur notre positionnement. Par ailleurs, il est important de prendre en compte son traumatisme et les éléments qui pourraient provoquer des réminiscences. C'est pourquoi, il serait intéressant de se questionner sur l'importance du sexe du thérapeute.

A. EMPATHIE

L'empathie, plus particulièrement la compréhension empathique, est une notion introduite par Rogers. Elle fait partie des trois attitudes fondamentales[3] du thérapeute dans la relation thérapeutique : la congruence, la considération positive inconditionnelle et la compréhension

[3] Congruence concerne sa capacité à être correctement en contact avec la complexité des sentiments, des pensées, des attitudes qui sont en train de circuler en lui tandis qu'il cherchera à suivre à la trace les pensées, les sentiments de son client. Il revient au thérapeute de discerner quand et comment communiquer ce qu'il éprouve pour autant que cela puisse être approprié pour le client dans la relation thérapeutique

Considération positive inconditionnelle : acceptation totale et inconditionnelle du client tel qu'il apparaît à lui-même dans le présent. Elle ne dépend en aucune façon de critères moraux, éthiques ou sociaux.

Compréhension empathique est issue de la préoccupation du thérapeute pour le monde perceptif et subjectif du client. Le thérapeute essaie de percevoir le monde du client sans se laisser submerger par celui-ci. Il en accepte toutes les colorations, les contradictions, en faisant abstraction de tous ses préjugés, de toutes ses valeurs. Il aura pour objectif de transmettre au client sa compréhension de ce qui se passe à un moment précis. Le thérapeute vérifie sa compréhension du monde du client à travers les réponses reflet, la synthèse, la reformulation, …

empathique. Selon Rogers (1980, cité par Simon, 2003, p.59), «*Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du «comme si»*». Ainsi, de par cette empathie, le thérapeute participe, le plus finement possible, à l'expérience du «client» tout en demeurant émotionnellement indépendant. De la même manière, pour Rogers, « *l'empathie est un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui, qui permet de devenir sensible aux mouvements d'affects qui se produisent chez ce dernier, tout en gardant la conscience d'être une personne séparée de lui* ».(ibid.)

Lors de ces rencontres, je souhaitais savoir comment la psychomotricité pouvait aider ces femmes. J'ai donc écouté leurs histoires. Il me paraissait impensable de les écouter sans éprouver de l'empathie. En effet, dans une perspective de prise en charge, il est important que le psychomotricien éprouve de l'empathie et qu'elle soit surtout, perçue par le patient. Ce dernier va alors déterminer s'il se sent compris ou non, ce qui va favoriser ou contrarier la création d'une alliance thérapeutique.

Ce concept rogérien m'a permis de soulever certains points en ce qui concerne ma position en tant que future psychomotricienne. En effet, cette capacité empathique sous-entend que la limite entre soi et l'autre doit être clairement définie. Étant une femme, l'identification aux femmes violées est une voie qui peut être facilement empruntée. Par conséquent, il est nécessaire d'effectuer un travail sur soi afin de signifier cette limite, afin de pouvoir être attentif à l'autre tout en ne se laissant pas submerger par des émotions.

B. TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT

Le transfert est un terme psychanalytique, introduit par Freud, désignant « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique* ». (Laplanche et Pontalis, 2007). Cette notion se distingue du contre-transfert qui est « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci*» (ibidem). Il s'agit alors d'un déplacement d'affects entre le patient et le thérapeute.

Si ces échanges d'affects sont présentés dans le cadre psychanalytique, il n'en demeure pas moins vrai qu'ils peuvent être présents dans notre pratique psychomotrice. En effet, au contact

de cette population, le patient peut renvoyer des émotions fortes, des attentes insistantes auprès du psychomotricien. Face à cette souffrance, le psychomotricien peut être amené à adopter une conduite contenante excessive voire maternante. Ainsi, le travail sur soi concernant l'empathie est également d'usage en ce qui concerne la gestion du transfert. Effectivement, le psychomotricien doit pouvoir accueillir, organiser ce transfert afin de ne pas perturber la prise en charge. Dans ce sens, il est important de pouvoir prendre conscience de notre contre-transfert, d'analyser nos réactions, afin de pouvoir se repositionner dans l'axe thérapeutique établi.

Par ailleurs, Ouvray (2010, p.1) dit : « *Nous ne travaillons pas sur l'expression directe du désir mais sur la tension du désir* ». Dans cette logique, elle explique, qu'en psychomotricité, il est question d'un dialogue tonique entre le patient et le thérapeute auquel nous répondrons par un ajustement corporel. Cet ajustement témoignera d'une manière d'être, à la fois semblable et différent d'autrui. Le niveau de compréhension du psychomotricien réside alors dans le niveau de notre ressenti émotionnel.

C. SEXE DU THERAPEUTE

De par une réflexion sur le traumatisme de ces femmes, je me suis interrogée sur l'importance du sexe du thérapeute. En effet, le psychomotricien est un individu sexué qui aborde le corps de la patiente. Comme l'exprime Ouvray, « *nous sommes des thérapeutes du corps* ». Nous travaillons autour de ce corps qui a été violé par un agresseur, lui-même sexué.

Dans la logique où nous travaillons autour de cet objet de souffrance, il est possible que la patiente soit sujette à des réticences. En effet, le travail auprès d'un thérapeute ayant le même sexe que son agresseur pourrait alors favoriser l'apparition de réminiscences et entraver la prise en charge. D'une autre manière, la patiente peut accepter de s'engager dans cette voie . En effet, cela permettrait à la patiente de travailler sur sa position en tant que femme et sur ses a priori concernant la méfiance, le toucher.

Dans ce cheminement de pensée, il est nécessaire d'étayer au maximum en quoi consiste le travail du psychomotricien. En effet, répondre au questionnement et apporter des renseignements éclairés à la patiente permet de mettre en place un cadre sécure, d'instaurer une mise en confiance lui permettant d'adhérer davantage à la proposition de prise en charge.

La question du sexe du thérapeute reste un point essentiel à aborder avant toute prise en

charge. En effet, il ne s'agit pas seulement de la position entre le thérapeute et la patiente, et des réminiscences que cela peuvent engendrer, mais également de la position entre l'homme et la femme.

IV. CORPS, UNE HISTOIRE DE CULTURE

« *Chaque culture comporte un ensemble systématique de techniques du corps dont l'unité profonde dépend de l'existence de représentations culturelles intériorisées par tous les individus d'un même groupe au cours de leur éducation* ». Ainsi, Comeau (2001, p.12), montre que le corps, sa représentation, peut être soumis à une codification culturelle, religieuse et/ou sociale. En psychomotricité, le corps est le support de la médiation. Ce corps appartient à un individu possédant une histoire et une culture, qui a une importance.

A. CULTURE MAHGREBINE

Le plus souvent, au sein de familles maghrébines, les parents transmettent leur culture d'origine à leurs enfants. Ils tentent d'instaurer une éducation en fonction de leurs modèles culturels. Cependant, leurs enfants sont nés dans la société française. Ces derniers sont alors en contact avec d'autres modèles éducatifs dont ils tentent de s'imprégner en même temps qu'ils reçoivent et respectent l'éducation de leurs parents.

De ce fait, ces enfants et notamment ces jeunes femmes sont au cœur d'un conflit de valeurs. Elles se retrouvent entre deux principes de socialisation, occidentale et orientale, qui peuvent se contredire.

Une forte pression familiale pèse sur ces jeunes filles afin qu'elles puissent honorer les valeurs, les traditions culturelles tels que : le patriarcat, le communautarisme, l'endogamie, l'infériorité, la pudeur et la soumission des femmes par rapport aux hommes, et l'honneur masculin fondé sur le contrôle de la sexualité féminine (Tillion, 1974 ; Bouamama & Sad Saoud, 1996 ; Errais, 2002 cité par Duclos, 2006). Or, ces valeurs s'opposent à celles du libre arbitre et de l'égalité des sexes qu'a instauré la société française.

Étant d'origine maghrébine et de nationalité française, j'ai été confronté à un conflit de valeur lors de ma formation. En effet, dès les premiers jours, nous devions choisir un partenaire afin de pratiquer la relaxation. Cela fut très problématique pour ma part car, si mes camarades acceptaient la proxémie qu'induit la relaxation, je le vivais difficilement. Il me paraissait

impensable de pouvoir être touché, à travers des mobilisations passives, par une camarade que je ne connaissais pas et surtout si celles-ci sont effectuées par un homme. Durant les premiers temps, je me mettais en retrait afin d'éviter au maximum que l'on me touche. Puis, progressivement, au fur et à mesure que j'apprenais à connaître mes camarades de classe, cela me semblait moins compliqué de pratiquer. En effet, il était question de connaître mon camarade, d'avoir suffisamment confiance car, selon moi, je remettais mon corps entre ses mains. La confiance était donc un point essentiel afin d'accéder à un lâcher-prise. Ainsi, dans notre pratique, le psychomotricien doit composer avec la complexité culturelle de son patient. Afin, de pouvoir partager, échanger et accéder à certaines médiations, il est fondamentale que la confiance soit instaurée entre le thérapeute et le patient.

B. CULTURE AFRICAINE

Dans le cadre de ma recherche de mémoire, j'ai rencontré plusieurs femmes qui ont été violée. Parmi celles-ci, il y avait Ziba, une jeune femme originaire du Mali qui a particulièrement retenu mon attention. Afin de mieux la comprendre, je me suis intéressée à la culture de l'Afrique de l'Ouest et sa représentation du corps.

En Afrique, « *le corps n'est pas ce qui sépare, isole et se clôt sur lui-même; il est ce qui unit, permet la relation au monde*» (Thomas, 2000, p.232). Ainsi, le corps s'inscrit dans une perspective d'ouverture. Par ailleurs, si le corps investit le monde, le monde investit le corps. De ce fait, ces afférences externes suscitent des réactions ou des modifications qui font l'objet d'une grande écoute de la part de l'individu. Cette écoute permet l'appropriation de son corps. « *Sentir son corps c'est donc l'appréhender, le saisir, le comprendre dans chacune de ses réactions aux modifications extérieures* » (ibid. p.234).

Ziba, est une jeune femme âgée de 32 ans qui a été violée par son mari. Suite à cela, Ziba et ses deux enfants ont quitté le domicile familial. Elle m'a particulièrement touchée par sa force d'esprit. En effet, lorsque j'ai assisté à un groupe de parole, elle a évoqué qu'elle s'interdisait de vivre difficilement à cause de lui. Au contraire, c'était à lui de vivre péniblement. Elle nous a également fait part de son projet de recherche de travail afin de prendre soin de ses enfants. Ainsi, si le corps s'inscrit dans une perspective d'ouverture, le corps de Zinab est alors engagé dans la mise en place de projet d'avenir.

C. CULTURE INDIENNE

Parmi mes recherches, je me suis également intéressée à la culture indienne. En effet, en Inde, la condition de la femme est profondément marquée par une discrimination de genre. Cette attitude discriminatoire fait référence à des croyances selon lesquelles un sexe est inférieur à l'autre, moins compétent ou ayant moins de valeur que l'autre. Ainsi, cet état d'esprit participe à la fragilité de la condition des femmes indiennes dans sa dimension corporelle.
Selon une enquête de la Fondation Reuters, l'Inde est le quatrième endroit le plus dangereux au monde pour les femmes. Ce risque s'explique notamment par la forte présence de cas de violences domestiques et de harcèlement sexuel. En effet, ce n'est qu'en octobre 2007 qu'une loi contre la violence faite aux femmes a été mise en vigueur.
Ainsi, le corps se trouve au cœur d'une problématique. Si je n'ai pas été en contact de ces femmes, il serait alors possible de supposer que ce traumatisme puisse aboutir à un remaniement, à des répercussions sur le plan corporel. Il serait intéressant de s'interroger sur la prise en charge de ces femmes. Outre cela, le statut de victime permet donc une reconnaissance nécessaire à leur reconstruction reste encore confuse à ce jour.

Ainsi, le psychomotricien aborde le corps des femmes victimes de viol qui appartiennent à une culture qui leur est propre. Ce traumatisme n'a pas seulement touché le corps mais d'autres aspects qui me sembleraient important d'aborder dans le cadre de la prise en charge en psychomotricité.

V. AUTRES THEMES A ABORDER

Si le viol provoque un bouleversement des fonctions psychomotrices, il n'en demeure pas moins vrai qu'il touche également d'autres aspects de la femme qu'il semblerait important d'évoquer. Par ailleurs, il me paraît nécessaire de signifier que, les points qui vont être présentés et l'approche psychomotrice proposée précédemment doivent, avant tout, être abordés dans un climat de plaisir.

A. FEMINITE

« *Le viol s'attaque à l'identité d'une femme en tant que telle, à ce qui la définit sexuellement* ». (Cormon, 2004, p.35, 36)

Ainsi, l'identité féminine est donc atteinte. En ce qui concerne les cas évoqué dans le mémoire, on peut opposer Mme B., à l'allure masculine, qui masque sa féminité et la coquetterie de Mme H. De ce fait, Mme B., par des vêtements amples et masculin, tente de dissimuler ses attributs féminins. Ce mode vestimentaire constituerai alors, une protection au regard de l'homme. Cependant, si on note la volonté de cacher ces éléments, ils sont, malgré tout, toujours présents.

Selon Pireyre, l'identité du genre s'inscrit dans la théorie de l'image du corps. De par la théorie de l'image du corps de Dolto (1984), on entend l'image érogène qui est « *associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. Sa représentation est référée à des cercles, ovales, concaves, boules, palpes, traits et trous, imaginés doués d'intentions émissives actives, ou réceptives, à but agréable ou désagréable* » (cité par Pireyre, 2015, p.41). Ainsi, après de tels actes, ces zones corporelles constituent un déplaisir dans la relation à l'autre car elles sont, le plus souvent, pensées comme une cause du viol.

Si les apports de la psychomotricité concernant l'identité sexuée reste pauvre, il est, néanmoins possible d'apporter des pistes de réflexions. Ainsi, la psychomotricienne A-Dupuis de Charrière (cité par Lescher, Boulon & Grabot, 2014, p.10), de par une formation en sexologie, utilise la sensorialité comme outil à la découverte de soi. En effet, il est question de codifier ou de décoder la découverte du corps. Ainsi, il s'agit de redécouvrir son corps par le plaisir et de détacher ce sentiment de honte affilier à ces parties du corps afin de reconnaître sa féminité.

B. DE LA MAITRISE DU CORPS A L'ABORD DE LA SEXUALITE

« La définition du viol s'appuie sur la notion de pénétration et concerne tous les orifices liés au désir. L'une des conséquences psychiques est un sentiment de déchirement du corps, entraînant une réclusion, une fermeture, une réduction de son espace ouvert sur le monde ». (Cormon, 2004, p.35)

De la même manière Salmona (2013), affirme que la féminité et le sexe de la victime sont instrumentalisés ; son intimité et son identité de sujet sont niées. Dans une perspective psychomotrice, il ne s'agit pas de prendre la place du sexologue. En effet, la sexualité fait

partie intégrante du corps. Il est donc question d'aborder la sexualité dans sa dimension corporelle. Autrement dit, nous travaillons autour du concept de réappropriation du corps.
Le viol est un acte de pénétration non consentis. Par conséquent, l'agresseur a pris possession du corps de la femme. De là, ces idéaux autour de la sexualité se sont également envolés en éclat. Ainsi, dans un processus de reconstruction, le psychomotricien arbore une approche corporelle visant à se réapproprier son corps, à reprendre des décisions sur les afférences externes. Ce réinvestissement corporel s'effectue dans un cadre sécure afin de favoriser la maîtrise de soi et l'ouverture vers l'autre.

C. PLAISIR

Lorsque l'on accueille une femme violée, on reçoit un individu en souffrance. Le traumatisme balaye la notion de plaisir. En effet, dans certains témoignages, il est possible qu'il y ait eu une manifestation orgasmique lors de l'acte. Il ne s'agit pas de plaisir mais d'une réaction protectrice destinée à réduire la douleur de la pénétration. Ainsi, la manifestation de plaisir, qu'a exprimé le corps, est alors pensée comme inadaptée et incomprise. De ce fait, l'éprouvé d'un plaisir corporelle est alors compliqué.
En psychomotricité, le plaisir est considéré comme *« la conséquence positive de l'expression et de la mise en actes des différentes capacités psychocorporelles :*
-à s'exprimer, plaisir d'échanger dans le dialogue tonico-émotionnel
-à agir, plaisir du geste, de l'activité qui ouvre à l'initiative motrice
-à apprendre, fonction épistémologique » (Saint-cast & Boscaini, 2012, p53).
L'expression de ces capacités psychocorporelles est permise suivant le cadre thérapeutique instauré par le psychomotricien. Effectivement, ce cadre est délimité dans sa dimension spatiale et temporelle. Il constitue une sphère contenante, des repères stables, reconnus et acceptés par le patient, afin de favoriser le développement de ses potentiels, l'expression de désir positif et réaliste.

CONCLUSION

Tout au long de ce mémoire, j'ai tenté de répondre à mes questionnements concernant la mise en place d'une prise en charge psychomotrice auprès des femmes victimes de viol.

Ma principale réflexion se porte sur la manière dont ses femmes, auquel le traumatisme a causé une dissociation entre le corps et l'esprit, peuvent réinvestir leur corps. Elle s'appuie sur des témoignages et des entretiens qui m'ont permis de soulever une réelle problématique psychomotrice.
Si les écrits psychomoteurs se font rares, en ce qui concerne ce sujet, il n'en demeure pas moins vrai que la souffrance, elle, est bien présente.

Ce traumatisme a des répercussions sur le corps de ces femmes mais également sur leur manière de vivre. En effet, il module l'image du corps, entraîne une perte d'estime de soi, modifie la relation à l'autre. De plus, il amène au remaniement du statut de la femme et la perturbe sur le plan émotionnel. Ainsi, la rupture de l'équilibre psychocorporel témoigne de la discordance dans les relations du sujet par rapport à lui et son environnement.

Face à une époque où le phénomène d'agression est grandissant, il me semblait important de réfléchir à la manière dont nous pouvions intervenir. Le corps est au cœur de la pratique psychomotrice et vient ainsi compléter les approches verbales. Effectivement, la psychomotricité propose un panel de médiations qui pourraient répondre à la problématique soulevée. Cependant, ces médiations ne peuvent être acceptées que, si nous avons préalablement pensé et défini le cadre thérapeutique.

Si la construction de ce mémoire a été bouleversante, de par mes rencontres, il m'a, néanmoins permis d'établir une réflexion psychomotrice autour d'un sujet qui me touche en tant que femme, en référence à ma culture et à mon futur exercice professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- AGNESE P, LEFEUVRE J. & KARPMAN S.(2004). *Déjouer les pièges de la manipulation et de la mauvaise foi*. Paris : InterEditions
- ANZIEU, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod
- BALLOUARD C. (2003). *Le travail du psychomotricien*. Paris : Dunod
- BALLOUARD C. (2008). *Aide-mémoire à la psychomotricité*. Paris: Dunod
- BRACONNIER A. (2003). *Réflexions et Recherches sur l'analysibilité et l'alliance thérapeutique – Psychanalyse ou Psychothérapie*, Le carnet psy n°83, page 30 à 37
- CHILAND C. (1983). *L'entretien Clinique*. Paris: Puf
- CHOUVIER B. (2003). *Objet médiateur et groupalité*. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe.n°41.p.15 à 27. Toulouse: Eres
- CHOUVIER B. & ATTIGUI P. (2012). *L'entretien clinique*. Paris: Armand Colin
- COMEAU G., BAILHACHE G., BEZANCON J-N, CROMBE V., JOURDAN F., RUBEN-HAYOUN M. & SCHEUER J. (2001). *Le corps : Ce que disent les religions*. Paris: Les éditions de l'atelier
- CORMON V. (2004). *Viol et renaissance*. Paris: L'Archipel
- Classification Internationale des Maladies. (2000). Paris :Masson
- CORRAZE J. (1980). Communications non-verbale. Paris : Puf
- CROCQ L. & al. (2007).*Traumatismes psychiques: Prise en charge psychologique des victimes.* Paris: Masson
- DAMASIO, A. (1995). *L'erreur de Descartes.* Paris : Odile Jacob.
- DAMASIO A.R. (1999). *Le sentiment même de soi: Corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob
- DESCARTES R. (2011).*Les Méditations Métaphysiques*. Paris: Flammarion
- DELCO P. (2000). *Des mots pour être : La verbalisation en psychomotricité*. Institut d'études sociales Ecole romande de psychomotricité
- KEDIA M. & al. (2008) *L'aide-mémoire en Psychotraumatologie.2*ème édition, Paris: Dunod
- LEBIGOT F. (2005).*Traiter les traumatismes psychiques*. Paris: Dunod

- MINGANT M. (2007) *Vivre pleinement l'instant: La méthode Vittoz.* Paris: Eyrolles
- MINI DSM-IV-TR. (2004). Paris : Masson
- GARCIA-MORENO, C. et al. (2005). *Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- HALL E.T. (1971). *La dimension cachée.* Paris : Seuil
- HELLER M. (2008).*Les psychothérapies corporelles: Fondements et méthodes*. Bruxelles : De Boeck
- KEPES S. & BRENOT P. (2004). *Relaxation et Sexualité*. Paris: Odile Jacob
- LAPLANCHE J. PONTALIS J-B. & LAGACHE D. (2007) *Vocabulaire de la psychanalyse.* Paris: Presse universitaire de France
- LAUZON F. (1990). *L'éducation Psychomotrice: Source D'Autonomie et de Dynamisme*. Presse de l'Université du Québec
- LOPEZ G., SABOURAUD-SEGUIN A.(1998).*Psychothérapie des victimes*. Paris: Dunod
- NOIR M-R. (2013). Bien respirer c'est vivre mieux.Paris: Société des écrivains
- ONFRAY M. (2006). *La puissance d'exister*. Paris : Grasset & Fasquelle
- PERRONE R. & NANNINI M.(1996). *Violence et abus sexuels dans la famille*. Condé-Sur-Noireau : ESF
- PICK P. ET BRENOT P. (2012). *Le sexe, l'homme et l'évolution*. Paris: Odile Jacob, p.209
- PIREYRE E. (2015) *Cas pratiques en psychomotricité.* Paris : Dunod
- PIREYRE E. (2015) *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept*. 2ème édition. Paris : Dunod
- POTEL C. (2009). *Le corps et l'eau.* Toulouse: Erès.
- POTEL C. (2010). *Être psychomotricien*. Toulouse: Eres
- ROTSHILD B. (2008) *Le corps se souvient: Mémoire somatique et traitement du trauma.* Bruxelles : De Boeck
- ROUILLON F. (2005).*Guide pratique de psychiatrie.* Paris: Masson
- SAINT-CAST A. & BOSCAINI F. (2012).*Glossaire*. Évolution psychomotrice n°95. Paris, p.53, 54
- SALMONA M. (2013). *Le livre noir des violences sexuelles*. Paris: Dunod

- SCHILDER P. (1968). *L'image du corps*. Paris: Gallimard
- SCIALOM P., GIROMINI F. & ALBARET J-M.(2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. Tome 1. Paris : De Boeck-Solal
- SERRAT C. (2014).*La sophrologie c'est malin*. Paris : Quotidien malin
- SHERWOOD L. (2006). *Physiologie humaine*.2ème édition. Bruxelles : De Boeck
- THOMAS L.V. (2000). *Les chairs de la mort : corps, mort, Afrique*. Paris : Sanofi-Synthélabo
- VIGARELLO, G. (1998). *Histoire du viol XVIe-XXe siècle*, Paris: Seuil
- WALLON H. (1942). *De l'acte à la pensée*. Paris : Flammarion

ARTICLES **:**

- BESSOLES P. (2006). *« Les interventions psychiatriques précoces post-traumatiques »*. John Libbey Eurotext, Volume 82
- CYRULNIK B. (2012). *"La résilience dépend beaucoup de l'environnement".* Le Journal Du Dimanche
- DUCLOS K. (2006). « *La symbolisation du féminin à l'épreuve du corps sportif* ». Psychologie clinique et projective. N°12. Toulouse : Eres p.381 à 402
- GALINSKI A.D., GRUENFELD D.H., GUILLORY L.E et HUANG L. (2010). "*Powerful postures versus powerful roles which is the proximate correlate of thought and behavior?"* Association for Psychological Science
- HULLOT-GUIOT, (2012),"*Viol: «En acceptant les clichés sexistes, la société est complice»".* Libération Société
- HEVIN B., "*De la relation à soi à la relation" à l'autre,* Aikido Magazine p.20 à 22

  http://90plan.ovh.net/~kinomich/new/sites/default/files/Media/Articles/2008%20-%20Aikido%20Magazine%20-%20De%20la%20relation%20a%20soi%20a%20la%20relation%20a%20l%27autre.pdf
- LESCHER A., BOULON S. & GRABOT D. (2014). *« Approche psychomotrice de la problématique du sujet transsexuel* ». Les entretiens de psychomotricité. Bichat
- OUVRAY S.R. (2010). "*Le contre transfert émotionnel en thérapie psychomotrice"*

  http://s.robertouvray.free.fr/articles.htm
- SIMON E. (2009). « *Recherche en soins infirmiers* ». N° 98 Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) p.28 à 31

- SPEZIO M., ETZEL J., ADOLPHS R., KEYSERS C. (2012). "*Primary somatosensory cortex discriminates affective significance in social touch"* Proceedings of the National Academy of Sciences
- TERR L.C. (1991). « Childhood traumas: an outline and overview ». American Journal of Psychiatry, n°144
- PERRY B., (1999) « *Memories of Fear: How the Brain Stores and Retrieves Physiologic States, Feelings, Behaviors and Thoughts from Traumatic Events* ». The Child Trauma Academy

***SITES* :**

- Code Pénal Ancien de 1810

http://ledroitcriminel.free.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1994/partie_legislative_3.htm

- Code Pénal de 1994

http://legifrance.gouv.fr/

- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

http://www.cnrtl.fr/

- Collectif Féministe Contre le Viol (C.F.C.V)

http://www.cfcv.asso.fr/index.php

- Haut Conseil de l'Egalité entre les femmes et les hommes :

http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-statistiques-79/

- Ministère de la Justice française

http://www.justice.gouv.fr/publication/fp_agressions_sexuelles.pdf

- Organisation Mondial de la Santé

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86236/1/WHO_RHR_12.37_fre.pdf

- Planetoscope

http://www.planetoscope.com/Criminalite/1497-nombre-de-viols-en-france.html

- Santé Médecine

http://sante-medecine.commentcamarche.net/

<u>Conférence</u> :

- SALMONA M., *Violences et Soins*. 5 novembre 2013

<u>Enseignement théorique</u> :

- TROUSSARD M. (2015). *Les troubles dépressifs*, Cours de troisième année.

ANNEXES

- Annexe I : Eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR)
- Annexe II : Thérapie comportementale et cognitive (TCC)
- Annexe III : Hypnose

Annexe I

EYE-MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING EMDR

La thérapie EMDR est une nouvelle approche de psychothérapie qui utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps, soit par le mouvement des yeux soit par des stimuli auditifs ou cutanés, pour induire une résolution rapide des symptômes liés à des événements du passé. Cette thérapie poursuit le mouvement de recherche clinique et de soins inaugurés par la psychanalyse, la thérapie cognitive comportementale, les traitements par exposition, la médecine humaniste, les thérapies systémiques et les psychothérapies brèves centrées sur la personne.

La thérapie EMDR a été créée à la fin des années 80 dans la Baie de San Francisco. En moins de 10 ans, elle est devenue un des modes de traitement psychothérapeutique du PTSD (ou ESPT : État de Stress Post-Traumatique) ayant donné lieu au plus grand nombre d'études cliniques. Ses initiales viennent de son appellation anglo-saxonne : Eye-Movement Desensitization and Reprocessing, ou Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires, même si la méthode ne se limite désormais plus à l'utilisation des mouvements oculaires.

Le protocole de la thérapie EMDR repose sur un ensemble de principes qui sont essentiels à une approche humaniste et intégrative de la médecine et de la santé : la confiance dans la capacité d'auto-guérison propre à chacun, l'importance de l'histoire personnelle, une approche centrée sur la personne, un pouvoir restauré, l'importance du lien corps-esprit, un bien-être et une amélioration des performances.

Plusieurs études contrôlées ont démontré la remarquable efficacité de la thérapie EMDR pour la résolution les états de stress post-traumatiques (ESPT en français, PTSD dans la littérature anglo-saxonne), autant chez les victimes de traumatismes civils (viols, accidents, deuils) que chez les vétérans de la guerre du Vietnam ou les victimes de conflits dans les pays en voie de développement. De fait, à ce jour, la thérapie EMDR est une des méthodes de traitement des états de stress post-traumatiques (ESPT ou "PTSD") les mieux documentées par la littérature scientifique.

Source : Association EMDR France, http://www.emdr-france.org/spip.php?article5

Annexe II

Thérapies Comportementales et Cognitives (T.C.C)

Les thérapies comportementales et cognitives sont des prises en charge de la souffrance psychique reposant sur une méthodologie directement issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d'une personne. Maintenant, largement connues tant du grand public que des professions de la santé, elles sont préconisées dans le traitement de troubles psychologiques variés. Plus que les techniques qu'elles emploient, elles ont l'avantage de proposer une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories de l'apprentissage. Ainsi, le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement.

La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise ce nouvel apprentissage en construisant une stratégie thérapeutique adaptée.

1. Trois caractéristiques

Les thérapies comportementales et cognitives se distinguent ainsi des autres thérapies par certaines caractéristiques :

- l'accent mis sur les causes actuelles du comportement problème ;
- le changement durable du comportement est évalué, et considéré comme un critère majeur de réussite de la thérapie ;
- les procédures de traitement sont décrites objectivement et sont donc reproductibles par d'autres thérapeutes pour des patients ayant des difficultés similaires.

2. Une efficacité vérifiée

Que les thérapies cognitives et comportementales (TCC) s'adressent aux adultes ou aux enfants, la communauté scientifique reconnaît non seulement leur efficacité supérieure dans la gestion de nombreux troubles psychiatriques mais aussi recommande leur mise en œuvre pour faire face à bon nombre de situations cliniques. Les études montrent une nette efficacité des TCC:

- Dans la prise en charge des troubles anxieux (ESPT, TOC, phobie sociale, phobie spécifique, TAG, agoraphobie et trouble panique), associées ou non à un traitement médicamenteux,
- Dans la prise en charge des troubles de l'humeur, associés aux antidépresseurs pour les formes les plus sévères et plus efficaces seules dans les formes les plus atténuées.
- Dans la prise en charge de la schizophrénie et des TED notamment sur les aspects de remédiation, d'acquisition des habiletés sociales et de la gestion des émotions.

Rappelons que les TCC, ne résolvent pas miraculeusement tous les problèmes, mais qu'elles sont avant tout issues d'une approche transdiagnostique que le thérapeute a pu mener. Cela va lui permettre de proposer les outils les plus adaptés au regard des différents objectifs définis avec à son patient dans le cadre de la relation thérapeutique en vue d'améliorer sa qualité de vie.

3. Des techniques diversifiées

Aujourd'hui, une des spécificités lorsque l'on mène une TCC est l'application de différentes techniques. D'abord comportementales dans les années 50 dans la mesure où le comportement observable seul était suffisant pour comprendre la souffrance psychologique, elles se sont enrichies au fur et à mesure du temps des réflexions cliniques intégrant des approches cognitivo-émotionnelles. Elles s'attachent à considérer dorénavant l'impact que les émotions ressenties ainsi que les pensées qu'un individu a, à propos de lui-même, de son avenir et de son environnement peuvent avoir sur sa manière d'être dans son environnement.

Dans le cadre de sa formation, le thérapeute a appris à utiliser de nombreuses techniques (désensibilisation systématique, techniques d'exposition variées, relaxation, entraînement aux habiletés sociales…) qu'il choisira d'utiliser en fonction du patient et des résultats publiés pour des troubles similaires.

4. Vers de nouvelles perspectives

Un autre domaine en développement est la médecine comportementale qui vise à instaurer et à maintenir des comportements favorables à la santé : gestion du stress, réduction des comportements tabagiques et alcooliques, amélioration de l'observance médicamenteuse et prévention. Par le biais de la relaxation et du biofeedback, la médecine comportementale s'intéresse aussi à d'autres pathologies : céphalées de tension, tics, douleurs chroniques… Soumises aux règles de l'évaluation et des études contrôlées comme d'autres disciplines

scientifiques, les thérapies comportementales et cognitives continuent d'évoluer. De nouveaux domaines d'application sont à venir.

Aujourd'hui, elles constituent un ensemble riche et cohérent qui permet de venir en aide à un nombre important de patients.

Source : Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive

La place de l'hypnose dans le traitement des syndromes psychotraumatiques

D. Smaga

Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève

Summary

Smaga D. [The place of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorders.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2008;159:506–10.

The dissociative quality of trauma is important to understand posttraumatic stress disorders (PTSD). Hypnosis can be used as a supportive technique (for controlling anxiety), an abreactive technique and an integrative technique. This article presents the indications and contraindications of hypnosis and explores the link between hypnosis and posttraumatic stress.

During a traumatic period and a hypnotic state, there occurs a loss of temporality and time estimation leading to a modification in perceptions.

Hypnosis can enforce the therapeutic link, help the patient to control some of his or her symptoms and provides the patient with a tool that can make her or him more self-confident.

Hypnosis can allow the patient to retrieve some funny activities which were until then hidden by the impact of the traumatic horror. He or she can recover a vital aspect of his or her life, where she or he will be able to read and create new realities.

The therapist can then approach the repercussions that a traumatic individual might have and focus on the complexity of possible consequences. The therapist uses hypnosis as a technique taking charge of people who are suffering from psychic troubles following traumatism. The patient also considers the information of hypnosis as a therapy helping him or her control her or his anxiety, as a technique that enables him or her to relive the traumatic event. The indications and contraindications of hypnosis are also taken into consideration.

Keywords: hypnosis; posttraumatic stress disorder; debriefing; acute stress disorder

Correspondance:
Dr Daniel Smaga
Psychiatre psychothérapeute FMH
Président de la Société suisse de psychotraumatologie
Médecin associé au département de psychiatrie
des Hôpitaux universitaires de Genève
15, avenue Krieg
CH-1208 Genève
e-mail: dr.smaga@smaga.ch

En préambule, voici une petite histoire: je me souviens de parents qui avaient offert à leur enfant une belle voiture à pédale, d'un rouge clinquant. Ils ont laissé l'enfant jouer et sont allés, entre adultes, discuter au salon. Une bonne heure après, ils sont revenus voir l'enfant, qui s'était confortablement installé dans la boîte qui contenait la si belle voiture et qui faisait: «broum, broum, attention virage à gauche, et maintenant à droite …»

Pour mieux appréhender la place de l'hypnose dans le traitement du stress post-traumatique, il est nécessaire de revenir d'abord sur certaines caractéristiques du SSPT (syndrome de stress post-traumatique) afin de saisir en quoi l'hypnose peut jouer un rôle thérapeutique sur ces symptômes cibles.

Le traumatisme psychique, c'est avant tout la rencontre avec la mort, sa perception, une proche intimité entre l'être et la mort. Il s'agit d'une perception, d'un vécu, d'une rencontre. C'est l'accident, imprévisible par nature, qui surprend l'être souvent au moment où il s'y attend le moins.

Nous avons tous pu voir ces images de victimes hagardes, perdues, désespérées suite à une catastrophe. Elles ont vu la mort en face et, dans leur regard, on imagine toute l'horreur de leur vécu. Il se dégage de ces instants une sensation d'effroi, de chaos et d'anarchie. Ces victimes ont l'impression que plus rien n'existe, que tout est mort, détruit, annihilé. Tout est désorganisé. La perception du temps, de l'intégrité de leur personne, à la fois psychique et physique, s'estompe pendant un moment. Le temps n'a plus le même sens, une minute peut paraître une heure et vice versa. Les bruits, les odeurs, les images sont d'une intensité toute particulière.

J'ai encore en mémoire le récit de cet accidenté de la route qui racontait que lorsqu'un ambulancier lui a pris la main, il n'a plus ressenti l'horrible douleur qui déchirait son visage ensanglanté. Il a senti la vie passer de la main de cet homme à l'intérieur de lui. Une perception folle, comme il l'a qualifiée, mais d'une intensité et d'une profondeur jamais ressentie jusqu'alors.

Quel rapport entre l'état hypnotique et cet état, quel lien?

Ces deux états, en apparence si éloignés, sont pourtant proches à de multiples égards. Premièrement, ce sont avant tout les perceptions, les sensations qui sont au premier plan bien avant la parole ou la réflexion.

Deuxièmement, ils ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité et du contrôle des mouvements corporels. A l'état normal, on exerce, dans une large mesure, un contrôle conscient des souvenirs et des sensations à sélectionner dans le champ de conscience, ainsi que des mouvements que l'on compte effectuer. Dans les troubles dissociatifs, on admet qu'il existe une altération de ce contrôle conscient et sélectif, l'importance de cette altération peut varier d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre.

Il existe dans le vécu traumatique une intemporalité ou une distorsion de l'appréciation du temps caractéristique du choc psychique. Le trauma réorganise notre rapport au temps et à notre finitude. L'état hypnotique modifie aussi la perception du temps.

Lors de traumatismes psychiques, la peur ou bien plutôt l'effroi, ne peuvent pas être maîtrisés. Cette impossibilité de contenir cette émotion engendre une perte de la confiance en soi et un sentiment de vulnérabilité et de faiblesse permanent.

L'hypnose crée un espace de bien-être, de sérénité, de sécurité. Le sujet peut rêver, se laisser aller dans une atmosphère de sécurité et de bien-être alors que son quotidien est marqué par un état d'hypervigilance, de qui-vive.

Les patients souffrant de stress traumatique ne rêvent plus, ils cauchemardent, ils ne peuvent plus s'extraire de la réalité traumatique. Ils sont collés à la réalité traumatique et ne peuvent plus s'en dégager.

Comme clinicien, j'ai observé que dans le trauma, il y a deux moments. Premièrement, il y a le moment du trauma, soit, le moment où est survenu le trauma. Deuxièmement, il y a le moment traumatique, soit le moment où le sujet prend conscience qu'il s'est confronté à la mort, où il ressent un sentiment d'effroi, d'horreur, d'impuissance. Ces deux moments peuvent être très proches ou distants de plusieurs minutes, heures, jours, mois ou années.

Certaines personnes ont l'impression qu'une partie de leur être est restée liée à l'événement traumatique comme si le temps ne s'écoulait plus. C'est d'ailleurs l'impression que donnent souvent les victimes d'événement(s) dramatique(s). Lorsqu'ils évoquent tout ou partie du trauma, l'événement n'est pas relaté comme un souvenir mais comme un drame toujours présent. En ce sens, la personne vit à la fois dans le temps présent mais aussi dans son vécu traumatique. Les patients parlent souvent d'une partie d'eux-mêmes qui est morte durant le trauma.

Pour le patient souffrant de stress traumatique, le temps du traumatisme est le temps investi alors que le moment présent est partiellement désinvesti. Nous percevons le temps en fonction d'événements particulièrement marquants qui nous permettent de nous orienter temporellement dans notre vécu (comme par exemple la naissance d'un enfant, un mariage, un deuil, etc.).

La violence du traumatisme peut entrer en collusion avec nos instincts les plus primaires, nous ramenant à des émotions violentes et difficiles à maîtriser. Le moi n'arrive plus à jouer son rôle de médiateur.

Le traumatisme peut induire des réactions positives, sous forme d'une remise en question des valeurs fondamentales du sujet en le rapprochant plus de certaines valeurs humaines, comme l'empathie, l'écoute d'autrui.

Malheureusement, dans les cas de stress traumatique particulièrement grave, la vie affective se réduit et la possibilité de ressentir des émotions dans la vie quotidienne est fortement diminuée. Cela peut même aller jusqu'à une froideur émotionnelle et à un sentiment de méfiance vis-à-vis d'autrui. Pour certains, vivre le présent peut avoir comme signification de renoncer à une restitution d'un état antérieur qu'il n'est plus possible de retrouver. Il peut exister une sorte de «fidélité» au trauma, comme si penser ou orienter son regard vers le futur signifiait trahir le vécu traumatique et la douleur ressentie lors du trauma. Le trauma a alors un effet désorganisateur sur la personnalité.

Depuis les études de Spiegel sur l'hypnose, il est démontré que les sujets atteints de syndrome de stress post-traumatique sont plus facilement et plus profondément hypnotisables que les autres. Ces études montrent aussi l'importance de l'aspect dissociatif dans le syndrome de stress post-trau-

matique et dans sa symptomatologie. La littérature sur l'hypnose et le stress post-traumatique met en évidence l'utilité de l'hypnose comme moyen d'exploration des conflits intra-psychiques dans une vision psychodynamique. Certains auteurs pensent que la dissociation est un mécanisme de défense qui sert à lutter contre l'impact psychique du traumatisme.

Dans l'abord des syndromes psychotraumatiques par l'hypnose, plusieurs techniques hypnotiques peuvent être utilisées. L'hypnose peut être utilisée comme une thérapie de soutien, pour le contrôle de l'anxiété, pour la remémoration du traumatisme quand le patient ne se souvient plus de tout ou partie de l'événement traumatique, comme technique pour induire une abréaction, comme technique intégrative pour permettre la cicatrisation de l'aspect dissociatif. Cela va de pair avec une évaluation des troubles qui peuvent être liés au stress post-traumatique, état dépressif, troubles phobiques, toxicomanies et/ou un éventuel trouble de la personnalité préexistant ainsi que des capacités d'introspection et de remise en question.

Dans cette énumération des différentes techniques à disposition dans l'approche hypnothérapeutique, on peut utiliser plusieurs de ces approches en même temps.

Pour le syndrome de stress post-traumatique, l'induction lente par fixation d'un point dessiné sur la main est souvent la mieux indiquée. Elle permet au thérapeute de réconforter le patient sur sa capacité à préserver un contrôle sur ce qui se déroule durant l'induction et de le rassurer en insistant sur le fait qu'il reste conscient, qu'il est dans un cabinet de consultation, qu'il continue à percevoir les bruits venant de l'extérieur tout en pouvant se détendre.

Cette forme d'induction est particulièrement utile chez les patients souffrant d'une forte anxiété se manifestant par un état de perpétuel «qui-vive», d'une plus grande nervosité et de réactions de sursaut exagérées.

L'usage de l'hypnose comme *thérapie de soutien* pour le contrôle de l'anxiété permet au patient d'avoir un meilleur contrôle sur les symptômes anxieux. On peut expliquer au patient que plusieurs des symptômes dont il souffre sont des symptômes dissociatifs, et que l'hypnose utilise la dissociation mais de façon contrôlée et volontaire. On peut suggérer au patient qu'il a un talent pour l'hypnose et pour la dissociation. Il peut utiliser ce talent à son profit. Malgré son anxiété, il peut se détendre et vivre une expérience de relâchement en toute sécurité.

La lévitation du bras comme les expériences d'anesthésie ou d'engourdissement d'un doigt ou de la main peuvent être utilisées comme preuves de cette capacité à contrôler une série de sensations qu'il rencontre au travers de son corps. En résumé, le patient pourra apprendre comment utiliser ce talent pour sa propre guérison.

La base de la technique hypnotique inclut la relaxation, la possibilité d'évoquer un lieu sûr et des suggestions. Durant la première séance, la recherche de ce lieu sûr et relaxant permet d'ouvrir un espace où le patient se sent protégé des pensées intrusives dont il souffre. La première séance sert à expliquer les techniques d'autohypnose qui peuvent aussi aider le patient à mieux contrôler ses symptômes.

Cette utilisation élémentaire de l'hypnose est très souvent utile pour aider les personnes à se relaxer et à retrouver un sentiment de bien-être. Dans cette optique, l'hypnose est considérée comme une thérapie plutôt palliative que curative. Elle aide le patient à se sentir mieux et à pouvoir développer ses relations interpersonnelles.

L'hypnose permet aussi au patient de retrouver un espace psychique ludique dans lequel il peut se mouvoir. J'aime bien dire à mes patients que «l'hypnose c'est l'art de rêver pour faire changer la réalité».

Dans cette même optique, on peut utiliser des images fournies par le thérapeute ou par le patient pour l'aider à se décoller de ce que les patients pensent être la réalité du trauma dont ils ont fait leur manière d'appréhender la réalité, leur vie.

Pour illustrer cette manière de percevoir la réalité, j'aime bien cette phrase: «Tout peut arriver à tout moment. Rien n'arrive habituellement.»

Sous cet angle, l'hypnose est une thérapie palliative prescrite par le thérapeute au patient. Si le contexte le permet, l'hypnose peut être plus conçue comme une collaboration entre le médecin et le patient. Le thérapeute aide alors le patient à développer le talent qu'il possède pour l'hypnose et la dissociation. Son talent pour l'hypnose peut lui permettre de trouver la possibilité de mettre de côté le moment traumatique pour pouvoir continuer sa route. Cette manière de concevoir l'hypnose renforce l'estime de soi.

L'hypnose est particulièrement utile pour permettre au patient d'accroître son sentiment de sécurité, d'estime de lui et de contrôle sur ses symptômes dissociatifs. Cette nouvelle ressource peut devenir un moyen efficace de lutter contre les effets du trauma.

Dès que le patient a bien investi le traitement hypnotique et établi une relation de confiance avec le thérapeute, l'hypnose peut servir à aider le patient à revivre une partie ou tout l'événement traumatique et à retrouver les éléments déniés ou

refoulés. Il est possible de travailler sur le moment du trauma et sur le moment traumatique.

On peut, par exemple, agir spécifiquement sur les pensées ou les douleurs comme symptômes cibles. On peut suggérer à un patient souffrant de cauchemars qu'il fera des rêves différents. En notant le changement survenu lors de la séance suivante, l'on peut insister sur les capacités d'évolution de la situation et présenter comme logique et évident le fait qu'il puisse avoir une influence sur les symptômes gênants dont il souffre. Il s'agit d'un procédé permettant de créer un changement puis d'utiliser ce changement pour induire d'autres changements. Dans ce contexte, revivre l'événement traumatique ou retrouver tout ou partie de la mémoire du trauma sera utile pour aller de l'avant.

Lorsque l'on veut aider le patient à revivre l'événement traumatique, une technique consiste à suggérer au patient particulièrement anxieux qu'il peut revivre le trauma ou se le remémorer par l'intermédiaire d'un écran de télévision où il revoit le film du traumatisme vécu. On peut même lui suggérer qu'il peut à tout moment stopper ce film en arrêtant l'image vidéo. En début de séance, on lui fait tester ce système en lui suggérant qu'il a une télécommande de la vidéo dans la main et qu'il peut à tout moment arrêter l'image et se retrouver dans un lieu sûr et réconfortant. Le patient raconte alors ce qu'il voit sur l'écran. La relation thérapeutique joue un rôle essentiel dans ce type de travail. Le patient doit se sentir particulièrement en confiance pour parvenir à surmonter son anxiété. Il doit être convaincu que le thérapeute joue un rôle à la fois protecteur et bienveillant. Le thérapeute ne cherche pas à tout prix à faire revivre le traumatisme. Il aide le patient à pouvoir maîtriser le vécu traumatique d'impuissance, de terreur et d'effroi qui le hante. Cette technique permet de rassurer suffisamment le patient pour qu'il puisse revivre le trauma.

En hypnose, l'*abréaction* est la technique qui consiste à permettre au patient de revivre le trauma et les affects qui y sont associés. Elle permet de retrouver des éléments oubliés ou réprimés du traumatisme et de les réintégrer dans le vécu du sujet. Il n'est pas suffisant que le patient revive le traumatisme une nouvelle fois. Le succès de la technique d'abréaction doit induire une nouvelle vision de la situation traumatique et du vécu affectif. La relation thérapeutique joue donc un rôle majeur dans cette modification de la perception du vécu traumatique. Le patient n'est plus seul face à son expérience comme lors du trauma. Il doit pouvoir maîtriser les affects qui y sont liés et retrouver le contrôle de ses émotions, en particulier sur la peur, l'effroi et/ou la colère. Cette possibilité de contrôler à nouveau ses émotions redonne au patient une estime de lui-même qu'il avait perdue. La maîtrise de ses émotions entraîne la réintégration du temps du trauma au temps actuel.

Comme exemple, le passager d'un avion ayant vécu un incident de vol particulièrement marquant ne pouvait pas se remémorer l'atterrissage de l'appareil. Durant la transe hypnotique, il a pu revivre l'atterrissage et sa sortie de l'avion ainsi que les émotions qui sont alors apparues. Il a pu les revivre en les maîtrisant.

Il est aussi possible de modifier l'événement traumatique. La technique consiste à permettre au patient d'utiliser l'hypnose pour revivre différemment le traumatisme. On peut lui suggérer, ou il peut lui-même imaginer, sous hypnose, des manœuvres d'évitement ou comment il pourrait sortir de son véhicule. On peut aussi lui suggérer d'exprimer au conducteur de l'autre voiture, la colère qu'il n'a pas pu exprimer sur le moment. On peut l'aider à modifier sa vision en lui permettant de «défocaliser» son attention de l'événement traumatique. Par exemple, lorsqu'un patient a été victime d'un attentat, on peut lui faire revoir la scène en lui permettant de constater que toutes les personnes ne sont pas mortes, que des victimes ont survécu. Il revivra le moment où il s'est senti hors de danger et soulagé.

En résumé, par la technique hypnotique, l'on peut ouvrir une «porte de sortie» où les émotions vécues lors du traumatisme pourront être évacuées. Cette approche par l'hypnose aide à *intégrer le traumatisme* et à le dépasser.

Par l'hypnose, l'on peut permettre au patient, dans un cadre rassurant et chaleureux, de revivre le trauma et de se confronter à nouveau à l'effroi suscité par l'événement en trouvant les ressources pour maîtriser ses émotions. On aide ainsi la personne à diminuer la tendance à la focalisation de l'énergie psychique sur l'événement traumatique, à diversifier ses investissements et à diminuer graduellement l'énergie focalisée sur l'événement traumatique.

L'abord par l'hypnose a pour objectifs d'encourager l'autonomisation du patient, de lui permettre de se détacher du trauma et de retrouver son potentiel à prendre des initiatives et à diversifier ses investissements.

Indications et contre-indications de l'hypnose

Plusieurs paramètres peuvent jouer un rôle dans la pratique de l'hypnose médicale chez un patient atteint de stress post-traumatique:

– L'expérience du thérapeute dans la technique hypnotique joue un rôle majeur, ainsi que la qualité de la relation thérapeutique.
– L'évaluation de la personnalité du patient et de la flexibilité de ses défenses psychiques donne une idée des capacités de changement durant un traitement par l'hypnose.
– Lorsque le thérapeute a des doutes sur l'efficacité de l'hypnose pour un patient, il est préférable de ne pas recourir à ce type de thérapie.
– Pour les personnes présentant une structure de personnalité limitée ou psychotique, l'hypnose doit être utilisée avec circonspection et seulement lorsque l'alliance thérapeutique est déjà bien établie et de bonne qualité.
– En général, les difficultés d'induction sont moindres lorsque l'on utilise des techniques permissives et lorsque l'on rassure le patient sur ses possibilités d'autocontrôle.
– Lorsque le patient est toujours dans une situation d'insécurité actuelle ou potentielle, l'hypnose peut s'avérer inefficace car le patient ne peut pas relâcher son état de vigilance.

En première conclusion, l'hypnose est une technique parmi d'autres pour traiter les personnes souffrant de troubles post-traumatiques. Elle doit être insérée dans un processus thérapeutique qui tient compte de tous les aspects des répercussions du traumatisme sur la victime: aspects personnels, familiaux, médico-légaux, éthiques.

L'hypnose peut donner de très bons résultats si elle fait partie d'une évaluation globale des conséquences du traumatisme dans le contexte d'une réflexion globale concernant les mécanismes psychologiques mis en jeu. Elle demande donc des thérapeutes expérimentés dans le champ de la psychothérapie et la psychopathologie générale pour que son efficacité soit optimale et que ses indications soient correctement établies.

En dernière conclusion et je fais là référence à ma petite histoire du début, l'hypnose peut permettre au patient de retrouver un espace ludique englouti jusque-là par l'impact de l'horreur traumatique, ainsi qu'un espace vital, une boîte dans laquelle il pourra rêver, façonner de nouvelles réalités, échapper à l'enfermement traumatique, retrouver enfin un espace de vie et de liberté.

Bibliographie succinte

Davidson JRT, Foa EB. Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1993.

Erikson MH. L'hypnose thérapeutique: quatre conférences. Paris: ESF; 1990.

Everly GS Jr, Lating JM. Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic Stress. New York, NY: Plenum Press; 1995.

Malarewicz J-A. Cours d'hypnose clinique: études éricksoniennes. Paris: ESF; 1990.

Smaga D, Archinard M, Savary P-A. Les états de stress post-traumatique en médecine. Méd Hyg. 1995;2069:936–42.

Spiegel D, Hunt T, Dondershine HE. Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry. 1988;145:301–5.

Stutman RK, Bliss EL. Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. Am J Psychiatry. 1985;142:741–3.

RESUME

Actuellement, le viol est un phénomène grandissant qui touche un grand nombre de femmes. Il constitue un véritable traumatisme. Il ne s'agit pas seulement d'un remaniement psychique mais également d'un bouleversement sur le plan corporel. Ainsi, se crée un déséquilibre psychocorporel.

Face à la problématique psychomotrice que ce traumatisme soulève, il est question de réfléchir à la manière dont la psychomotricité peut intervenir.

Ce sujet étant peu traité en psychomotricité, il est nécessaire de resituer, le contexte dans lequel ces femmes évoluent. Puis, de manière plus précise, nous aborderons la notion de traumatisme à l'origine du désordre psychomoteur. A partir d'éléments cliniques recueillis lors d'entretiens psychomoteur, nous pourrons élaborer un projet thérapeutique dans une perspective de prise en charge.

Mots clés : Viol – Traumatisme – Dissociation – Thérapie psychocorporelle – Réinvestissement

ABSTRACT

Currently, rape is a growing phenomenon that affects many women. It represents a real trauma. This is not just a mental reshuffle but also an upheaval on body plan. Thus is created a psychophysical imbalance. Faced with psychomotor problems that this trauma raises, it comes to thinking about how psychomotor could intervene.

This subject being not treated very much in psychomotor, it is necessary to situate the context in which these women live. Then, more precisely, we will discuss the concept of trauma causing psychomotor disorder. From clinical evidence obtained in psychomotor interviews, we can develop a therapeutic project from the management perspective.

Key words: Rape - Trauma - Separation - Psychomotor therapy - Reinvestment