

Universidad de Murcia

Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice

## La place de la psychomotricité dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel(s)

## El lugar de la psicomotricidad en la atención a las mujeres víctimas de abuso(s) sexual(es)

Master Internacional en Psicomotricidad

Titre d'Expert en Psychomotricité à Référentiel Européen (RNCP)

Option / MIP R Recherche

Référents de mémoire : Isabelle CARCHON et Jean-Michel COQ

Mémoire soutenu par : Marion LAFON

Session Juillet 2020

*« La méconnaissance des mécanismes psycho-traumatiques et l'absence de soins participent à l'abandon où sont laissées les victimes, et à la non-reconnaissance de ce qu'elles ont subi. » (Salmona, 2017, p. 42)*

## Remerciements

Je remercie en tout premier lieu les femmes concernées par un ou plusieurs abus sexuels qui arrivent à trouver la force de partager leur souffrance, qui se confient, font confiance au professionnels et permettent de faire avancer ce combat qui nous concerne toutes et tous.

De même, il me semble important de remercier profondément les professionnels et chercheurs qui se risquent à ce sujet brûlant, font avancer nos connaissances et nous permettent de réfléchir sur la pertinence de nos prises en charge de ces victimes. Les professionnels qui forment de nouveaux spécialistes dans ce vaste domaine sont également un maillon indispensable de l'évolution de notre regard sur les conséquences des abus sexuels.

Les professionnels qui ont accepté d'accorder du temps à cette étude, de s'entretenir avec moi et de me partager leur expérience ont donné du corps à ma réflexion et m'ont permis d'approfondir ce sujet qui me tient à cœur. Je n'aurais pas pu concrétiser ce projet sans vous, merci !

Je remercie bien évidemment mes référents de mémoire, Madame Carchon et Monsieur Coq, pour leur accompagnement, leurs conseils et leur soutien qui m'ont été d'une grande aide tout au long de ma réflexion.

Enfin, ma famille, mes amis, mes collègues, ceux qui n'ont cessé de soutenir mes idées, projets et réflexions, je vous adresse un grand merci car c'est grâce à votre bienveillance que j'ai su trouver en moi l'énergie nécessaire à la construction de ce mémoire.



# Sommaire

<b>RÉSUMÉ – RESUMEN – SUMMARY .....</b>	<b>1</b>
<b>I. Résumé de l'étude sur la place du corps dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Resumen del estudio sobre el lugar del cuerpo en la atención a mujeres víctimas de abusos sexuales .....</b>	<b>11</b>
<b>III. The place of psychomotricity in the care of women victims of sexual abuse .....</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>30</b>
<b>I. Partie théorique .....</b>	<b>31</b>
<b>1) Les abus sexuels .....</b>	<b>31</b>
a. Définitions et sanctions .....	31
b. Les chiffres en France et dans le monde .....	32
c. Les facteurs de risque.....	34
d. Les différents mouvements médiatiques.....	35
e. L'actualité en France .....	36
f. L'évolution des lois .....	38
<b>2) Les conséquences d'un abus sexuel sur la femme .....</b>	<b>40</b>
a. Sur le plan physique .....	40
b. Sur le plan psychique.....	43
c. Au niveau psychomoteur .....	46
<b>3) La prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel .....</b>	<b>49</b>
a. Les recommandations .....	49
b. Les compétences du psychomotricien .....	51
c. Les différentes méthodes utilisées.....	51
d. La médiation corporelle .....	54
<b>4) Problématique .....</b>	<b>56</b>
<b>II. Méthodologie de l'étude.....</b>	<b>58</b>
<b>1) Les participants et l'éthique.....</b>	<b>58</b>
<b>2) Le guide d'entretien et l'entretien.....</b>	<b>60</b>
<b>3) Préparation des entretiens .....</b>	<b>61</b>
a. Les associations .....	61
b. Évolution du cadre de l'étude .....	62
<b>4) Analyse des données .....</b>	<b>62</b>
<b>III. Données et interprétations.....</b>	<b>64</b>
<b>1) Données du groupe des psychologues.....</b>	<b>64</b>
a. Les praticiens .....	64
b. Les abus sexuels .....	64
c. Les principaux axes de travail.....	66

d.	Les techniques possibles .....	68
e.	La mobilisation du corps, les indications et contre-indications .....	71
<b>2)</b>	<b>Données du groupe des psychologues psychomotriciens .....</b>	<b>72</b>
a.	Les praticiens .....	72
b.	Les abus sexuels .....	72
c.	Les principaux axes de travail .....	74
d.	Les techniques possibles .....	75
e.	La mobilisation du corps, les indications et contre-indications .....	78
<b>3)</b>	<b>Comparaison des deux groupes et interprétations.....</b>	<b>80</b>
a.	Leurs parcours .....	80
b.	Les chiffres donnés et leurs interprétations .....	81
c.	Les items psychomoteurs pris en compte et les potentielles techniques .....	82
d.	La demande, la temporalité et le consentement.....	86
<b>IV.</b>	<b><i>Discussion</i>.....</b>	<b>89</b>
<b>1)</b>	<b>Retour sur les hypothèses.....</b>	<b>89</b>
<b>2)</b>	<b>Une séance psychomotrice .....</b>	<b>91</b>
a.	Le bilan.....	91
b.	La place du toucher .....	92
c.	La relaxation .....	93
d.	La danse.....	93
<b>3)</b>	<b>Les limites de l'étude.....</b>	<b>95</b>
a.	Les participants.....	95
b.	L'entretien .....	96
<b>4)</b>	<b>Et les hommes ? .....</b>	<b>97</b>
	<b><i>CONCLUSION</i> .....</b>	<b>99</b>
	<b><i>Références bibliographiques</i> .....</b>	<b>100</b>
	<b><i>ANNEXES</i> .....</b>	<b>104</b>
	<b><i>Annexe n° 1 : Document de présentation du projet d'étude.....</i></b>	<b>105</b>
	<b><i>Annexe n°2 : Le formulaire de consentement .....</i></b>	<b>106</b>
	<b><i>Annexe n°3 : Le guide d'entretien .....</i></b>	<b>107</b>
	<b><i>Annexe n°4 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue 1 .....</i></b>	<b>109</b>
	<b><i>Annexe n°5 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue 2 .....</i></b>	<b>136</b>
	<b><i>Annexe n°6 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue 3 .....</i></b>	<b>160</b>
	<b><i>Annexe n°7 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue/psychomotricien 1 .....</i></b>	<b>197</b>
	<b><i>Annexe n°8 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue/psychomotricien 2 .....</i></b>	<b>221</b>
	<b><i>Annexe n°9 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue/psychomotricien 3 .....</i></b>	<b>233</b>
	<b><i>Annexe n°10 : Arbres thématiques du psychologue 1 .....</i></b>	<b>251</b>
	<b><i>Annexe 10.1 : Identité de l'interviewé.....</i></b>	<b>251</b>
	<b><i>Annexe 10.2 : Les abus sexuels .....</i></b>	<b>252</b>
	<b><i>Annexe 10.3 : Les principaux axes de travail.....</i></b>	<b>253</b>
	<b><i>Annexe 10.4 : Les techniques .....</i></b>	<b>254</b>

Annexe 10.5 : La mobilisation du corps .....	255
Annexe 10.6 : Les indications .....	255
Annexe 10.7 : Les contre-indications .....	256
<b>Annexe n°11 : Arbres thématiques du psychologue 2 .....</b>	<b>257</b>
Annexe 11.1 : Identité de l'interviewé.....	257
Annexe 11.2 : Les abus sexuels .....	258
Annexe 11.3 : Les principaux axes de travail.....	259
Annexe 11.4 : Les techniques .....	260
Annexe 11.5 : La mobilisation du corps .....	261
Annexe 11.6 : Les indications .....	261
Annexe 11.7 : Les contre-indications .....	262
<b>Annexe n°12 : Arbres thématiques du psychologue 3 .....</b>	<b>263</b>
Annexe 12.1 : Identité de l'interviewé.....	263
Annexe 12.2 : Les abus sexuels .....	264
Annexe 12.3 : Les principaux axes de travail.....	265
Annexe 12.4 : Les techniques .....	266
Annexe 12.5 : La mobilisation du corps .....	267
Annexe 12.6 : Les indications .....	267
Annexe 12.7 : Les contre-indications .....	268
<b>Annexe n°13 : Arbres thématiques du psychologue psychomotricien 1 .....</b>	<b>269</b>
Annexe 13.1 : Identité de l'interviewé.....	269
Annexe 13.2 : Les abus sexuels .....	270
Annexe 13.3 : Les principaux axes de travail.....	271
Annexe 13.4 : Les techniques .....	272
Annexe 13.5 : La mobilisation du corps .....	273
Annexe 13.6 : Les indications .....	274
Annexe 13.7 : Les contre-indications .....	275
<b>Annexe n°14 : Arbres thématiques du psychologue psychomotricien 2 .....</b>	<b>276</b>
Annexe 14.1 : Identité de l'interviewé.....	276
Annexe 14.2 : Les abus sexuels .....	277
Annexe 14.3 : Les principaux axes de travail.....	278
Annexe 14.4 : Les techniques .....	279
Annexe 14.5 : La mobilisation du corps .....	280
Annexe 14.6 : Les indications .....	280
Annexe 14.7 : Les contre-indications .....	281
<b>Annexe n°15 : Arbres thématiques du psychologue psychomotricien 3 .....</b>	<b>282</b>

<b>Annexe 15.1 : Identité de l'interviewé.....</b>	<b>282</b>
<b>Annexe 15.2 : Les abus sexuels .....</b>	<b>283</b>
<b>Annexe 15.3 : Les principaux axes de travail.....</b>	<b>284</b>
<b>Annexe 15.4 : Les techniques .....</b>	<b>285</b>
<b>Annexe 15.5 : La mobilisation du corps .....</b>	<b>286</b>
<b>Annexe : 15.6 : Les indications .....</b>	<b>287</b>
<b>Annexe 15.7 : Les contre-indications .....</b>	<b>287</b>

# RÉSUMÉ – RESUMEN – SUMMARY

## **I. Résumé de l'étude sur la place du corps dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel**

### **INTRODUCTION**

La question des abus sexuels est un sujet dont nous entendons beaucoup parler actuellement dans les médias. La parole des femmes se libère, permettant ainsi de s'interroger sur le devenir des victimes. Ce thème est très peu abordé dans la formation de psychomotricien. Pourtant, il est important de s'interroger sur les conséquences que peut avoir un tel traumatisme dont l'intrusion est tant psychique que corporelle. Dans cette étude, nous allons tenter de mettre en lumière la place qu'a le corps dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels, et en quoi la psychomotricité pourrait être une prise en charge intéressante pour ces femmes.

### **PARTIE THEORIQUE**

#### **Les abus sexuels**

La loi française définit deux catégories d'abus sexuels (Services publiques, 2018) :

- Le viol, caractérisé par un acte de pénétration sur autrui ou sur la personne de l'auteur par le sexe, un objet ou les doigts visant le sexe, l'anus ou la bouche, est un crime entraînant une peine de 15 ans de réclusion criminelle. Il en est de même pour la tentative de viol (Code pénal, 2019, Article 222-24 à 222-26).
- L'agression sexuelle, caractérisée par un contact sexuel sans pénétration, est un délit entraînant 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende. La tentative d'agression sexuelle est punie des mêmes peines (Code pénal, 2019, Articles 222-22 à 222-30-1).

La contrainte, la menace et la surprise définissent ces abus et les peines encourues peuvent être plus importantes lorsqu'il y a des circonstances aggravantes. Ces peines sont variables d'un pays à l'autre (Bariéty, 2017). C'est sur le postulat de base du

contact physique qui constitue une violence sexuelle que cette recherche s'est construite.

En France, selon l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (2015), 83% des viols sont commis sur des femmes, dans 60% des cas par un conjoint ou un membre de la familles (Interstats, 2017). 1 femme sur 6 serait victime de viol ou de tentative de viol au moins une fois au cours de sa vie. 12% des victimes portent plaintes et seulement 10% de ces plaintes aboutissent à une condamnation (Salmona, 2017). Cependant, ces chiffres ne représentent pas la réalité mais seulement les abus qui ont été révélés. De plus, ce fléau touche bien d'autres pays où la domination s'exerce par la violence sexuelle (Boisclair & Durocher, 2014).

Les facteurs de risques de victimisation sexuelle peuvent être de 3 natures différentes selon Boisclair et Durocher (2014) : environnementaux, familiaux, et individuels. Mais le fait d'être de sexe féminin constitue le principal facteur de risque, et les abus sexuels touchent tous les milieux socio-culturels (Poujol, 2011).

Différents mouvements médiatiques prennent forme depuis 2013 en faveur de la libération de la parole des femmes et de la condamnation des agresseurs. Actuellement, c'est le mouvement #Noustoutes qui lutte pour « *passer du témoignage à l'action* » (Agon, 2018, p.1). Les différents mouvements ont permis à nombreuses femmes de se sentir assez soutenues pour témoigner et attaquer des personnalités publiques dans le domaine littéraire, le cinéma, ou le milieu hospitalier.

Concernant les lois françaises, l'abus sexuel au sein du couple marié est considéré depuis 2010. En 2017, le délai de prescription pour les abus sexuels est doublé ; et en 2018, la définition du viol est élargie à l'acte de pénétration sur la personne de l'auteur. Cependant, les associations estiment qu'il existe encore une lacune juridique concernant la définition du consentement (Boucher, 2019).

## **Les conséquences d'un abus sexuel sur la femme**

Concernant leur santé physique, les femmes peuvent subir des traumatismes gynécologiques importants, des grossesses non désirées, des avortements qui ne se font pas toujours de façon sécurisée et qui peuvent dans certains cas mener à une infertilité. Aussi, leur sexualité est mise à mal (Salmona, 2010). De plus, les infections sexuellement transmissibles comme le VIH constituent un fort risque pour la santé de la victime (OMS, 2012). En effet, « *43% des victimes de viol ont des conséquences importantes ou très importantes sur leur santé physique* » (Salmona, 2017, p. 9). De plus, les douleurs chroniques, les troubles fonctionnels et les troubles lésionnels liés à l'évènement peuvent avoir de lourdes conséquences pour les victimes (Thomas, 2015).

Mais un abus sexuel peut également avoir un impact dévastateur sur le psychisme de sa victime. En effet, « *97% des victimes de viol (98% pour les viols incestueux) ont des conséquences sur leur santé mentale* » (Salmona, 2017, p. 9). Les principaux symptômes qui en résultent sont les troubles anxieux dont fait partie le syndrome de stress post-traumatique, les troubles du sommeil, les troubles du comportement alimentaire, les addictions et les troubles de la personnalité (Thomas, 2015).

Ainsi un abus sexuel peut avoir des conséquences tant physiques que psychiques. Mais qu'en est-il d'un point de vue psychomoteur ? Selon Thomas, « *il n'y a pas de barrière étanche entre les dégâts psychologiques engendrés par les violences sexuelles et les désordres somatiques qu'elles entraînent* » (2015, p. 254). En effet, l'enveloppe psycho-corporelle des victimes pourrait être effractée (Poirier Courbet, 2015), mais aussi la confiance et l'estime de soi (Salmona, 2019), l'image du corps (Rwagatare, 2017), le tonus (Saint-Cast & Boscaini, 2016) et la dissociation corps-esprit (Salmona, 2017). On peut ainsi imaginer que les psychomotriciens pourraient faire partie des accompagnants des femmes victimes d'abus sexuel dans une démarche de reconstruction psycho-corporelle et psychomotrice.

## **La prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel**

La Haute Autorité de Santé ne propose pas de recommandations autres que curatives concernant la prise en charge des victimes d'abus sexuel. Les victimes sont orientées vers des psychologues ou des psychiatres formés et spécialistes du psychotraumatisme (Salmona, 2019) et l'OMS recommande deux types de thérapies : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et la Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Le corps médical soutient l'intérêt pour les femmes victimes de faire un travail sur le registre émotionnel (Salmona, 2019). La psychomotricité s'inscrit dans ce champ (SNUP, 2019) et appartient au *care* de la prise en charge (Morvillers, 2015). C'est donc sur le *caring* de la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel que nous allons tenter de faire lumière.

Le décret de compétence du psychomotricien n°88-659 est paru au Journal Officiel le 8 mai 1988 (République française, 1988). Il stipule que les troubles tonico-émotionnels et de régulation tonique, les dysharmonies psychomotrices, les troubles de régulation émotionnelles et relationnelles et les troubles de la représentation du corps d'origine physique ou psychique sont des indications pour une prise en charge en psychomotricité. Ainsi, même si les abus sexuels sur les femmes ne sont pas cités en tant que tels, nous constatons que chacun des troubles qu'ils peuvent engendrés peuvent être des motifs de prise en charge psychomotrice.

Différentes techniques peuvent être proposées aux victimes en thérapie. Les TCC dont l'objectif est de pouvoir modifier la perception faussée de la réalité et des comportements qui y sont associés, et l'EMDR qui désensibilise et reprogramme les informations par des mouvements oculaires (OMS, 2013) sont les techniques les plus utilisées dans le psychotraumatisme et particulièrement pour le syndrome de stress post-traumatique (Van der Kolk, 2018). La méditation pleine conscience qui apprend au sujet à prendre du recul sur ses pensées traumatiques et à s'ancrer dans le présent (Barois, cité par Smith, 2016), et l'hypnose qui permet de dissocier le souvenir de l'événement traumatique des émotions qui y sont associées (Simon, cité par Smith, 2016), sont deux autres techniques très utilisées. Ces techniques semblent toutes impliquer le corps. Pourrait-on en déduire que les techniques qui mobilisent le corps sont plus efficaces ?

La médiation est « *ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » (Potel Baranes, 2007, p. 9). Le corps, lui, est considéré en psychomotricité comme subjectif et support de l'imaginaire (Saint-Cast & Boscaini, 2012). La médiation corporelle en psychomotricité met le corps au cœur de la relation à l'autre et en fait « *le principal objet médiateur d'expression* » (Potel Baranes, 2007, p. 9). Les techniques précédemment citées, à savoir la TCC, l'EMDR, la méditation pleine conscience et l'hypnose, font du corps l'objet médiateur de réception et d'expression de la souffrance. On peut ainsi considérer que ce sont des médiations corporelles, et donc que la psychomotricité pourrait probablement, elle aussi, être bénéfique dans la prise en charge du traumatisme lié à un abus sexuel.

## **Problématique**

Dans quelle mesure prenons-nous soin du corps dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels ? Une prise en charge corporelle est-elle toujours une bonne indication pour ces femmes ? Le corps est-il considéré par les psychologues ? Si ces psychologues ont également la formation de psychomotriciens, sont-ils plus sensibles à cette question du corps ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons interrogé les professionnels directement confrontés à la clinique des abus sexuels : les psychologues. Cette étude est donc exploratoire et analytique.

Nous nous attendons à ce que les psychologues également psychomotriciens considèrent d'autant plus le corps et les items psychomoteurs dans leur pratique que les psychologues n'ayant pas la formation de psychomotricien. Ainsi, nous supposons que les psychologues psychomotriciens proposeront un panel plus important de techniques corporelles pour la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels.

## **METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

### **Les participants et l'éthique**

Six psychologues cliniciens âgés de 30 à 64 ans et ayant au minimum 6 années d'expérience ont été interrogés : trois psychologues, et trois psychologues également psychomotriciens.

Chez les psychologues, nous avons interviewé une femme et deux hommes, âgés de 30 à 50 ans et ayant entre 6 et 25 années d'expérience, en libéral, en institution ou en association. Chez les psychologues psychomotriciens, deux femmes et un homme, âgés de 30 à 64 ans et ayant entre 6 et 39 années d'expérience, en libéral ou en institution ont répondu à notre entretien. Les données récoltées concernent leur pratique en tant que psychologues, et non en tant que psychomotriciens. La participation est sur la base du volontariat.

Un document expliquant les objectifs de l'étude a été distribué à chaque participant et un formulaire de consentement a été signé avant chaque entretien.

### **Le guide d'entretien et l'entretien**

L'entretien semi-directif est apparu comme la méthode la plus appropriée pour répondre aux objectifs de l'étude. Ainsi, les professionnels sont dans le partage d'expérience et non soumis à un interrogatoire qui peut leur donner un sentiment intrusif et de jugement de leur pratique, et les données peuvent être interprétées tant quantitativement que qualitativement (Imbert, 2010). Le guide d'entretien aborde les six thèmes suivants dans l'ordre, du plus large au plus précis :

- L'identité des psychologues interrogés ;
- Les caractéristiques des abus sexuels ;
- Les principaux axes de travail lors de la prise en charge de ces femmes ;
- Les techniques utilisées ou proposées en complément d'une thérapie ;
- La place du corps dans la prise en charge ;
- Les indications pour un travail corporel ;
- Les contre-indications pour un travail corporel.

Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 1 heure 15 minutes. La passation a été effectuée en face à face pour deux des trois psychologues non psychomotriciens, et via le réseau Skype pour les autres professionnels. Selon Fenneteau (2015), cette passation via un écran d'ordinateur ne provoquerait pas de biais significatif à l'étude. Aucune note n'est prise pendant l'entretien afin de maintenir le lien avec le participant.

## **Analyse des données**

L'analyse qualitative thématique a semblé être la plus pertinente pour cette étude. En effet, elle permet de synthétiser les données sous la forme d'un schéma appelé « *arbre thématique* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.236) avec une intention plus descriptive qu'interprétative. L'arbre thématique est un organigramme hiérarchique horizontal qui permet une représentation « *synthétique et structurée* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.261) de l'essentiel d'un propos. Chaque arbre est fait de branches appelées « *axes thématiques* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.279) permettant l'observation d'un cheminement de pensée. Un arbre a été construit pour chaque thème abordé, de même que pour les données sociodémographiques de chaque participant. Ainsi, 7 arbres thématiques ont été construits par participant, soit 42 arbres en tout. A partir de ces arbres, la construction d'une synthèse de résultats a pu être possible.

## **DONNEES ET INTERPRETATIONS**

Les items psychomoteurs que nous avons choisis de questionner à savoir l'enveloppe, la confiance en soi et l'estime de soi, l'image du corps, le tonus, et la dissociation corps-esprit, sont considérés comme importants voire « *extrêmement importants* » par les six praticiens interrogés. De plus, nous pouvons remarquer que les psychologues psychomotriciens illustrent leurs propos avec plus d'exemples que les autres thérapeutes. Nous pouvons aisément supposer que leur formation psychomotrice a permis un regard thérapeutique plus aguerri quant aux signes corporels.

Globalement, les professionnels seraient plutôt réticents aux thérapies brèves. De nombreuses autres techniques thérapeutiques ou non sont préconisées par les thérapeutes avec comme idée sous-jacente la mise en mouvement du corps qui semble évidente pour tous les participants. L'un d'entre eux cite Freud « *Le moi est avant tout un moi corporel* » (1923). Aussi, nous remarquons que les psychologues proposent un panel de techniques ou médiations corporelles plus important que les psychologues également psychomotriciens. La relaxation a été approuvée par tous les participants à cette étude comme pouvant avoir de nombreux bienfaits sur les femmes

victimes d'abus sexuels. Cependant, beaucoup d'entre eux alertent sur le fait qu'une prise en charge en relaxation peut être vécue comme très intrusive dans le premier temps de la thérapie.

Comme l'ont dit tous les participants, il est important que la patiente puisse avoir le choix concernant le thérapeute et les techniques qu'elle souhaite utiliser afin qu'elle s'en saisisse et que le travail puisse être amorcé. De même, il faut qu'elle se sente prête à utiliser une technique faisant appel au corporel.

## **DISCUSSION**

### **Retour sur les hypothèses**

Contrairement à ce que nous pensions, les psychologues ont proposé un panel plus importants de techniques corporelles et les items psychomoteurs ont plus présents dans leur discours que dans celui des psychologues psychomotriciens. Tous les psychologues interrogés, les deux groupes confondus, sont convaincus de l'importance d'un travail corporel pour les femmes victimes d'abus sexuels. Ainsi, nous pouvons dire que les psychologues sont aussi sensibles quant à la question du corps chez les femmes victimes d'abus sexuels, qu'ils aient ou non la formation de psychomotricien. Cependant, les psychologues non psychomotriciens confirment que malgré leur sensibilité à l'égard du corps, ils ne sont pas formés à le prendre en charge, et que cette spécificité relève entre autres de la psychomotricité.

Une prise en charge psychomotrice est, pour les professionnels interrogés, toujours une bonne indication pour une femme victime d'abus sexuel, si elle en fait la demande ou qu'elle y consent si la proposition vient de son thérapeute, et si elle se sent prête à mobiliser son corps. De ce fait, une prise en charge en psychomotricité arriverait préférentiellement dans un second temps, après un travail d'élaboration en thérapie.

### **Une prise en charge psychomotrice**

Pour une femme victime d'abus sexuel dont la demande porte explicitement sur cette problématique, nous pourrions imaginer une prise en charge psychomotrice dans

laquelle l'accès au toucher est très progressif et suit le rythme de la patiente. L'acceptation du toucher sera ainsi un objectif à long terme qui lui permettra de se réapproprier son corps et son identité corporelle différente sensoriellement des autres (Sarda, 2002). La relaxation et la danse sont deux médiations tout à fait intéressantes pour ces femmes car elles mettent en jeu tous les items psychomoteurs touchés par le traumatisme de l'abus sexuel, à savoir l'enveloppe, la confiance et l'estime de soi, l'image du corps, le tonus, et la dissociation corps-esprit (Jacquet, 2007). De plus, l'OMS reconnaît la danse comme étant particulièrement bénéfique pour la santé physique et mentale (2019). Ces médiations ne seraient en revanche pas automatiquement proposées en début de prise en charge car elles demandent un lâcher prise qui peut être angoissant si le lien thérapeutique n'est pas assez fort.

Bien évidemment, il est nécessaire de rappeler que chaque patiente a son propre vécu, son propre rythme, ses propres envies, donc que chaque prise en charge est bien sûr adaptée en fonction de la personne reçue. De même, il n'est pas question de proposer une alternative à une thérapie psychologique classique, mais bien un apport complémentaire de celle-ci.

### **Les limites de l'étude**

Il est à mon sens important de rappeler que le nombre de participants à cette étude est beaucoup trop faible pour que nous puissions en dégager des conclusions généralisables. De plus, la clinique des abus sexuels n'est pas toujours bien connue des participants interrogés, notamment de deux des trois psychologues psychomotriciens. Ainsi, leurs réponses aux questions sont plutôt basées sur des projections que sur une réelle expérience de terrain.

Les entretiens et les questions qui les composaient ont parfois pu être légèrement modifiés en fonction du déroulé de l'entretien et de l'apport des participants précédents. Certaines questions également pu être anticipées.

Les échanges que j'ai pu avoir avec les différents professionnels ont pu comporter certaines erreurs d'un point de vue méthodologique. Cependant, ils ont été particulièrement riches d'un point de vue humain et professionnel. Ils ont fait avancer ma réflexion psychomotrice quant à la clinique des abus sexuels, et la réflexion des

professionnels quant à leur pratique. Cette étude saura, je l'espère, en faire tout autant pour les personnes qui la liront.

## CONCLUSION

Une prise en charge psychomotrice en parallèle d'une thérapie semble adaptée pour aider les femmes victimes d'abus sexuel à habiter leur corps, déserté lors de l'abus, et à redevenir sujets. Cependant, peu de professionnels orientent leurs patientes vers un psychomotricien. La psychomotricité est une discipline en plein essor mais de nombreux professionnels ignorent encore la diversité que peut avoir notre champ d'intervention et les différents moyens auxquels nous pouvons avoir accès. Notre société évolue, mais est toujours empreinte de stéréotypes et de tabous concernant les abus sexuels. Pour les victimes, « *la grande majorité sont condamnées à survivre exposées aux violences et à leurs très lourdes conséquences psychotraumatiques sans reconnaissance, ni aide, ni protection, ni soins, ni accès à la justice et à des réparations* » (Salmona, 2017, p. 8). Dans une dynamique bienveillante et empathique, pour elles, nous nous devons de nous impliquer dans ce combat.

## **II. Resumen del estudio sobre el lugar del cuerpo en la atención a mujeres víctimas de abusos sexuales**

### **INTRODUCCIÓN**

El tema de los abusos sexuales es un asunto del que se habla mucho actualmente en los medios. La palabra de las mujeres se libera y permite interrogarse sobre el porvenir de las víctimas. Este tema está muy poco abordado en la formación de psicomotricista. Sin embargo, es importante interrogarse sobre las consecuencias que pueden tener tal traumatismo cuyo intrusión es tan psíquica como corporal. En este estudio, vamos a intentar sacar a la luz el lugar que tiene el cuerpo en la atención a mujeres víctimas de abusos sexuales, y ver en qué la psicomotricidad podría ser interesante para estas mujeres.

### **PARTE TEÓRICA**

#### **Los abusos sexuales**

La lei francesa define dos categorías de abusos sexuales (Servicios públicos, 2018) :

- La violación, caracterizada por un acto de penetración sobre terceros o sobre la persona del autor por el sexo, un objeto o los dedos apuntando el sexo, el ano o la boca, es un crimen que puede conllevar a una pena de 15 años de reclusión. Lo mismo vale para la tentativa de violación (Código penal, 2019, Artículos 222-24 hasta 222-26)
- La agresión sexual, caracterizada por un contacto sexual sin penetración, es un delito conllevando a una pena de prisión de 5 años y de una multa de 75 000€. La tentativa de agresión sexual está castigada con las mismas penas (Código penal, 2019, Artículos 222-22 hasta 222-30-1).

La coacción, la amenaza y la sorpresa definen estos abusos y las penas conllevadas pueden ser más importantes cuando hay circunstancias agravantes. Estas penas pueden variar de un país a otro (Bariéty, 2017). Es en este postulado de base del

contacto físico que constituye una violencia sexual que esta búsqueda se ha construido.

En Francia, según el *Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales* (2015), el 83% de las violaciones se cometen sobre mujeres, en el 60% de los casos por una pareja o un miembro de la familia (Interstats, 2017). 1 de cada 6 mujeres sería víctima de violación o de tentativa de violación por lo menos una vez en su vida. El 12% de las víctimas de violación presentan denuncia y solo el 10% de estas denuncias llevan a una condena (Salmona, 2017). Sin embargo, estas cifras no representan la realidad pero solo los abusos que han sido revelados. Además, este flagelo afecta a muchos otros países donde la dominación se ejerce por la violencia sexual (Boisclair & Durocher, 2014).

Los factores de riesgo de victimización sexual pueden ser de 3 naturalezas diferentes según Boisclair y Durocher (2014) : ambientales, familiares y individuales. Pero el hecho de ser de sexo femenino constituye el principal factor de riesgo, y los abusos sexuales afectan todos los medios socio-culturales (Poujol, 2011).

Diferentes movimientos mediáticos se han creado desde el 2013 en favor a la liberación de la palabra de las mujeres y de la condena de los agresores. Actualmente, es el movimiento *#Noustoutes* que lucha para « pasar del testimonio a la acción » (Agon, 2018, p.1). Los diferentes movimientos han permitido a varias mujeres sentirse lo suficientemente apoyadas como para testimoniar y atacar personalidades públicas en el campo literario, el cinema, o el medio hospitalario.

Respecto a las leyes francesas, el abuso sexual en las parejas casadas está considerado desde el 2010. En 2017, el plazo de prescripción para los abusos sexuales se ha doblado ; en 2018, la definición de la violación se amplió al acto de penetración en la persona del autor. No obstante, las asociaciones estiman que siguen existiendo una laguna jurídica respecto a la definición del consentimiento (Boucher, 2019).

## **Las consecuencias de un abuso sexual en la mujer**

Respecto a su salud física, las mujeres pueden sufrir traumatismos ginecólogos importantes, embarazos no deseados, abortos que no siempre se hacen de manera segura y que pueden, en algunos casos, llevar a una infertilidad. De la misma manera, su sexualidad se ve perjudicada (Salmona, 2010). Además, las infecciones sexualmente transmisibles como el VIH constituyen un riesgo importante para la salud de la víctima (OMS, 2012). En efecto, « *el 43% de las víctimas de violación tienen consecuencias importantes o muy importantes en su salud física* » (Salmona, 2017, p. 9). Además, los dolores crónicos, los trastornos funcionales y los trastornos lesionales relacionados con el acontecimiento pueden tener consecuencias serias para las víctimas (Thomas, 2015).

Un abuso sexual puede también tener un impacto devastador en el psiquis de su víctima. En efecto, « *el 97% de las víctimas de violación (98% para las violaciones incestuosas) tienen consecuencias en su salud mental* » (Salmona, 2017, p. 9). Los principales síntomas resultantes son los trastornos de ansiedad del que hace parte el síndrome de estrés postraumático, los trastornos del sueño, los trastornos alimentarios, las adicciones y los trastornos de la personalidad (Thomas, 2015).

En definitiva, un abuso sexual puede tener consecuencias tanto físicas como psíquicas. ¿ Pero qué podemos decir del punto de vista psicomotor ? Según Thomas « *No hay barrera estanca entre los daños psicológicos generados por las violencias sexuales y los trastornos somáticos que generan* » (2015, p. 254). En efecto, la envoltura psíco-corporal de las víctimas podría ser dañada (Poirier Courbet, 2015), pero también la confianza y la autoestima (Salmona, 2019), la imagen del cuerpo (Rwagatare, 2017), la tonicidad (Saint-Cast & Boscaini, 2016) y la disociación cuerpo-mente (Salmona, 2017). De esta manera, podemos imaginar que los psicomotricistas podrían hacer parte de los acompañantes de las mujeres víctimas de abusos sexuales en un proceso de reconstrucción psíco-corporal y psicomotora.

## **La atención a mujeres víctimas de abusos sexuales**

La Alta Autoridad de Salud no propone recomendaciones otras que curativas respecto a la atención de víctimas de abuso sexual. Las víctimas se ven orientadas hacia psicólogos o psiquiatras formados y especialistas del psicotraumatismo (Salmona, 2019) y el OMS recomienda dos tipos de terapias : las terapias cognitivo-comportamentales (TCC) y la Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). El cuerpo médico insiste en el interés para las mujeres víctimas de trabajar sobre el registro emocional (Salmona, 2019). La psicomotricidad se inscribe en este campo (SNUP, 2019) y pertenece al *care* de la atención (Morvillers, 2015). Es sobre el *caring* de la atención a las víctimas de abuso sexual que vamos a intentar arrojar luz.

El decreto de competencia de psicomotricista n°88-659 ha sido publicado en el *Journal Officiel* el 8 de Mayo del 1988 (République française, 1988). Estipula que los trastornos tónico-emocionales y de regulación tónica, las desarmonías psicomotoras, los trastornos de regulación emocionales y relacionales y los trastornos de la representación del cuerpo de origen físico o psíquico son indicaciones para una atención en psicomotricidad. De esta manera, incluso si los abusos sexuales en las mujeres no son citados como tales, constatamos que cada uno de los trastornos que pueden generar pueden ser motivos de atención psicomotora.

Diferentes técnicas pueden ser propuestas a las víctimas en terapia. los TCC cuyo objetivo es de poder modificar la percepción falseada de la realidad y de los comportamientos asociados, y el EMDR que desensibiliza y reprograma las informaciones por movimientos oculares (OMS, 2013) son las técnicas más utilizadas en el psicotraumatismo y particularmente para el síndrome de estrés post-traumático (Van der Kolk, 2018). La meditación plena consciencia que enseña a la persona a tomar distancia sobre sus pensamientos traumáticos y a anclarse en el presente (Barois, citado por Smith, 2016), y el hipnosis que permite disociar el recuerdo del evento traumático de las emociones asociadas (Simon, citado por Smith, 2016), son otros dos de las técnicas muy utilizadas. Todas estas técnicas parecen implicar el cuerpo. ¿Se podría deducir que las técnicas que movilizan el cuerpo son las más eficaces ?

La meditación es « *lo que sirve de intermediario entre si y el otro* » (Potel Baranes, 2007, p. 9). El cuerpo, está considerado en psicomotricidad como subjetivo y soporte del imaginario (Saint-Cast & Boscaini, 2012). La meditación corporal en psicomotricidad pone el cuerpo en el centro de la relación al otro y lo convierte en « *el principal objeto mediador de expresión* » Potel Baranes, 2007, p. 9). Las técnicas anteriormente citadas, a saber la TCC, el EMDR, la meditación plena consciencia y el hipnosis, hacen del cuerpo el objeto mediador de recepción y de expresión del sufrimiento. De esta manera, se puede considerar que son mediaciones corporales y que la psicomotricidad podría probablemente, ella también, ser benéfica en la atención del traumatismo relacionado a un abuso sexual.

## **Problemática**

¿En qué medida cuidamos el cuerpo en la atención de las víctimas de abusos sexuales ? ¿ Una atención corporal siempre es una buena indicación para estas mujeres? ¿ El cuerpo está considerado por los psicólogos ? ¿Si estos psicólogos tienen también una formación de psicomotricistas, se ven más sensibles a la importancia del cuerpo ?

Para contestar a esta problemática, hemos interrogado profesionales directamente confrontados a la clínica de los abusos sexuales : los psicólogos. Este estudio es exploratorio y analítico.

Esperamos que los psicólogos con formación psicomotricista consideren aún más el cuerpo y los items psicomotores en su práctica que los psicólogos sin formación psicomotricista. Así, suponemos que los psicólogos psicomotricistas propondrán un panel más importante de técnicas corporales para la atención a las mujeres víctimas de abusos sexuales.

## **METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

### **Los participantes y la ética**

Seis psicólogos clínicos de 30 hasta 64 años con 6 años de experiencia como mínimo han sido interrogados : tres psicólogos, y tres psicólogos psicomotricistas.

Entre los psicólogos, hemos interrogado una mujer y dos hombre, de 30 hasta 50 años y con entre 6 y 25 años de experiencia, en liberal, en institución o en asociación. Entre los psicólogos psicomotricistas, dos mujeres y un hombre, de 30 hasta 60 años con entre 6 y 39 años de experiencia en liberal o en institución han contestado a nuestra entrevista. Los datos colectados conciernen su práctica como psicólogos y no como psicomotricistas. Su participación está basada en el voluntariado.

Un documento explicando los objetivos del estudio ha sido distribuido a cada participante y un formulario de consentimiento ha sido firmado antes de cada entrevista.

### **La guía de la entrevista y la entrevista**

La entrevista semi-directiva nos ha parecido ser el método más apropiado para contestar a los objetivos del estudio. De esta manera, los profesionales pueden compartir su experiencia y no deben contestar a un interrogatorio que le pueden dar un sentimiento de intrusión y de juicio de su práctica. Los datos pueden ser interpretados tanto cuantitativo como cualitativamente (Imbert, 2010). La guía de entrevista trata los seis siguientes temas en el orden, del más largo al más preciso :

- La identidad de los psicólogos interrogados
- Las características de los abusos sexuales
- Los principales ejes de trabajo en la atención de estas mujeres
- las técnicas utilizadas o propuestas en complemento de una terapia
- El lugar del cuerpo en la atención
- Las indicaciones para un trabajo corporal
- Las contra-indicaciones para un trabajo corporal

Las entrevistas han durado entre 35 minutos y 1 hora y 15 minutos. Han sido realizadas en presencia de dos de los tres psicólogos no psicomotricistas y via la red Skype por los demás profesionales. Según Fenneteau (2015), esta entrevista via una pantalla de ordenador no provocaría cualquier problema significativo para el estudio. Nos se han tomado notas durante esta entrevista para poder mantener el vínculo con el participante.

### **Análisis de los datos**

El análisis cualitativo temático ha parecido más pertinente para este estudio. En efecto, permite sintetizar los datos bajo la forma de un esquema llamado « *árbol temático* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.236) con una intención más descriptiva que interpretativa. El árbol temático es un organigrama jerárquico horizontal que permite una representación «  *sintética y estructurada*  » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.261) de un propósito. Cada árbol está constituido de ramas llamadas «  *ejes temáticos*  » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.279) permitiendo la observación de un proceso de pensamiento. Un árbol ha sido construido para cada tema abordado, al igual que para los datos socio-demográficos de cada participante. Por lo que, se han construido 7 arboles temáticos por cada participante o sea 42 arboles en total. La construcción de una síntesis de resultados ha sido posible a partir de estos arboles.

## **DATOS E INTERPRETACIÓN**

Los items psicomotores que hemos elegido; a saber la envoltura, la confianza en si y la autoestima, la imagen del cuerpo, el tono, y la disociación cuerpo-espíritu están considerados como importantes y hasta «  *extremadamente importantes*  » por los seis practicantes interrogados. Además, podemos notar que los psicólogos psicomotricistas ilustran su propósito con más ejemplos que los demás terapeutas. Podemos fácilmente suponer que su formación de psicomotricista les ha permitido tener una mirada terapéutica más abierta a los signos corporales.

Globalmente, los profesionales serían reticentes a terapias cortas. Numerosas otras técnicas terapéuticas o no, están recomendadas por los terapeutas con la idea subyacente de la puesta en movimiento del cuerpo que parece evidente para todos

los participantes. Uno de ellos cita Freud « *el yo es ante todo un yo corporal* » (1923). De la misma manera, hemos notado que los psicólogos proponen un panel de técnicas o de mediaciones corporales más importante que los psicólogos psicomotricistas. La relajación ha sido aprobada por todos los participantes a este estudio como teniendo varios beneficios para las mujeres víctimas de abusos sexuales. Sin embargo, muchos de ellos alertan sobre el hecho de que este método puede ser vivido como muy intrusivo en los primeros tiempos de la terapia.

Como lo han dicho todos los participantes, es importante que el paciente pueda elegir el terapeuta y las técnicas utilizadas para que el trabajo puede empezar. Igualmente, tiene que sentirse lista para utilizar técnicas corporales.

## **DISCUSIÓN**

### **Balance de las hipótesis**

A diferencia de los que pensábamos, los psicólogos han propuesto un panel más importante de técnicas corporales y los items psicomotores han sido más presentes en su discurso que en el de los psicólogos psicomotricistas. Todos los psicólogos interrogados, de los dos grupos, están convencidos de la importancia de un trabajo corporal para las mujeres víctimas de abusos sexuales. Entonces, podemos decir que los psicólogos son también sensibles a la cuestión del cuerpo para las mujeres víctimas de abusos sexuales, que tengan o no formación de psicomotricista. Sin embargo, los psicólogos no psicomotricistas confirman que a pesar de su sensibilidad hacia el cuerpo, no han sido formados a atenderlo, y que esta especificidad incumbe entre otras cosas de la psicomotricidad.

Una atención psicomotricista es, para los profesionales interrogados, siempre una buena indicación para una mujer víctima de abuso sexual, si lo pide o si lo acepta cuando la propuesta viene de su terapeuta, y si se siente lista a movilizar su cuerpo. De hecho, una atención en psicomotricidad llegaría en un segundo tiempo, después del trabajo de elaboración en terapia.

## **Una atención psicomotora**

Para una mujer víctima de abusos sexuales cuyo demanda es sobre esta problemática, podríamos imaginar una atención psicomotora en la cual el acceso al tacto es muy progresivo y sigue el ritmo de la paciente. La aceptación del tacto sera un objetivo a largo plazo que le permitirá reapropiarse su cuerpo y su identidad corporal diferente sensorialmente de los demás (Sarda, 2002). La relajación y el baile son dos mediaciones muy interesantes para estas mujeres ya que ponen en juego todos los items psicomotores afectados por el traumatismo del abuso sexual, a saber la envoltura, la confianza y la autoestima, la imagen del cuerpo, el tono, y la disociación cuerpo-espíritu (Jacquet, 2007). Además, el OMS reconoce el baile como particularmente benéfico para la salud física y mental (2019). Estas mediaciones no serían automáticamente propuestas al principio de la atención ya que piden entregarse y puede ser angustioso si el vinculo terapéutico no es lo suficientemente fuerte.

Obviamente, es necesario recordar que cada paciente tiene su propia vivencia, su propio ritmo, sus propios deseos, y que cada atención es adaptada a la persona atendida. De la misma manera, el propósito no es de proponer una alternativa a una terapia clásica sino una aportación adicional de esta última.

## **Los límites del estudio**

Me parece importante recordar que el número de participantes a este estudio es demasiado bajo para que podamos sacar conclusiones para poder generalizar. Además, la clínica de abusos sexuales no está siempre conocida por los participantes interrogados, sobre todo por dos de los tres psicólogos psicomotricistas. Sus respuestas a nuestras preguntas están más basadas en proyecciones que en una real experiencia de terreno.

Las entrevistas y las preguntas han podido ser modificadas en función del desarrollo de la entrevista y de la aportación de los participantes anteriores. Algunas preguntas han podido ser anticipadas.

Los intercambios que he podido tener con los diferentes profesionales han podido tener algunos errores del punto de vista metodológico. Sin embargo, han sido particularmente ricos de un punto de vista humano y profesional. Me han ayudado a hacer avanzar mi reflexión psicomotora en cuanto a la clínica de los abusos sexuales, y la reflexión de los profesionales en cuanto a su práctica. Este estudio hará, lo espero, lo mismo para las personas que lo leerán.

## CONCLUSIÓN

Una atención psicomotora en paralelo de una terapia parece adaptada para ayudar a las mujeres víctimas de abusos sexuales a habitar su cuerpo, abandonado durante el abuso, y a volver a ser personas. Sin embargo, pocos profesionales orientan sus pacientes hacia psicomotricistas. La psicomotricidad es una disciplina en pleno desarrollo pero numerosos profesionales siguen ignorando la diversidad de nuestro ámbito de intervención y los diferentes medios a los cuales podemos acudir. Nuestra sociedad evoluciona, pero sigue teniendo estereotipos y tabús respecto a los abusos sexuales. Para las víctimas, « *la gran mayoría están condenada a sobrevivir a las violencias y a sus muy pesadas consecuencias psicotraumaticas sin reconocimiento, ni ayuda, ni proyección, ni cuidado, ni acceso a la justicia y a reparaciones* » (Salmona, 2017, p. 8). En una dinámica benevolencia y empática, para ellas, tenemos que implicarnos en este combate.

### **III. The place of psychomotricity in the care of women victims of sexual abuse**

#### **INTRODUCTION**

We have currently hearing a lot about the subject of sexual abuse in the media. The voice of women is being released, allowing considering the victims outcome. This matter is little discussed in the psychomotrician training. Nevertheless, it is important to consider the consequences of such trauma, which intrusion is both psychic and corporal. In this study, we will try to highlight the place of the body in the care of women victims of sexual abuse, and how psychomotricity could be an interesting care for these women.

#### **THEORETICAL PART**

##### **Sexual abuse**

French law defines two categories of sexual abuse (Services publiques, 2018) :

- The rape, characterized by an act of penetration on someone or on the person of the author by the sex, an object or fingers aiming to the sex, the anus or the mouth, is a crime leading to 15 years of criminal imprisonment. The same applies for rape attempt (Penal code, 2019, Article 222-24 to 222-26).
- Sexual assault, characterized by a sexual contact without penetration, is an infraction leading to 5 years of imprisonment and a fine of 75 000€. The sexual assault attempt is subjected to the same penalties (Penal code, 2019, Articles 222-22 to 222-30-1).

The coercion, the threat or the surprise define these abuses and the associated penalties could be more important when there are aggravating circumstances. These penalties may vary from country to country (Bariéty, 2017). It is based on this basic postulate, that the physical contact represents a sexual violence, that this research was built.

In France, according to the *Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales* (2015), 83% of rapes are committed on women, in 60% of cases by a love partner or a family member (Interstats, 2017). 1 in 6 women should be victim of rape or rape attempt at least once in her life. 12% of the victims files a complaint and only 10% of these complaints lead to a conviction (Salmona, 2017). However, these figures do not represent reality but only revealed abuses. Moreover, this scourge affects various countries where domination is achieved by sexual violence (Boisclair & Durocher, 2014).

Risk factors of sexual victimization can be of 3 different nature according to Boisclair et Durocher (2014) : environmental, familial and individual. But, being a women constitutes the main risk factor. Sexual abuse affect all socio-cultural categories (Poujol, 2011).

Differents media movements take shape since 2013 in favor of the release of women voice and of abusers conviction. Currently, it is the movement #Noustoutes which is fighting for « *moving from testimony to action* » (Agon, 2018, p.1). These movements allowed women to feel supported enough to testify and sue public figures of the filed of literature, cinema or hospital sector.

Regarding french laws, sexual abuse within a married couple is considered since 2010. In 2017, limitation period for sexual abuse was doubled; and in 2018, the definition of rape is expanded to the act of penetration on the person of the author. However, the associations estimate that it still exists a legal gap regarding the definition of consent (Boucher, 2019).

### **The consequences of sexual abuse on the woman**

Regarding their physical health, women may suffer important gynecological trauma, unwanted pregnancies, unsecured abortion that can lead to infertility. Likewise, their sexuality is impacted (Salmona, 2010). Moreover, sexually transmitted infections as HIV constitute a high risk for the victim health (OMS, 2012). Indeed, « *43% of rape victims suffer important or very importante consequences on their*

*health* » (Salmona, 2017, p. 9). Furthermore, chronic pain, functional and lesional disorders linked to the event could have grave consequences for the victims (Thomas, 2015).

A sexual abuse could also have a devastating impact on the psyche of the victim. Actually, « 97% of rape victims (98% for incestuous rape) suffer s consequences on their mental health » (Salmona, 2017, p. 9). The resulting main symptoms are anxiety disorders including post-traumatic stress, sleep disorders, eating disorders, addictions and personality disorders (Thomas, 2015).

This way, a sexual abuse could have consequences both physical and psychological. But what can we say from the psychomotor perspective ? According to Thomas, « *there is no hermetic barrier between the psychological damages created by sexual violence and somatic disorders resulting from it.* » (2015, p. 254). Indeed, the victims psycho-corporal envelope could be affected (Poirier Courbet, 2015), but also confidence and self-worth (Salmona, 2019), the image of the body (Rwagatare, 2017), the tonicity (Saint-Cast & Boscaini, 2016) and the dissociation between body and spirit (Salmona, 2017). Likewise, we could imagine that psychomotrician could accompany women victims of sexual abuse in a process of psycho-corporal and psychomotor reconstruction.

### **The care of women victims of sexual abuse**

The *Haute Autorité de Santé* does not offer recommendation other than curative regarding the care of victims of sexual abuse. Victims are geared towards psychologists or psychiatrist trained and specialized on psychological trauma (Salmona, 2019), the WHO recommends two types of therapy : cognitive-behavioural therapies (TCC) and the Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). The medical profession supports the interest for women victims to work on the emotional aspect (Salmona, 2019).

Psychomotricity fits in this scope (SNUP, 2019) and belongs to the care (Morvillers, 2015). It is on the caring of the victims of sexual abuse that we are going to try to shed light on.

The decree of skills of the psychomotrician n°88-659 was published in the *Journal Officiel* the 08/05/1988 (République française, 1988). It stipulates that the tonic-emotional disorders and from tonic regulation, psychomotric disharmonies, emotional and relational regulation disorders and physical or psychic body image disorders are indications for a care in psychomotricity. Even if sexual abuse on women are not mentioned as such, we notice that each disorder that it can generate could be the reason for a psychomotric care.

Different techniques could be offered to victims in therapy. The TCC which purpose is to modify the distorted perception of reality and associated behaviors, and the EMDR which desensitizes and reprograms the informations by ocular movements (OMS, 2013) are the most used techniques for the psychotrauma and mostly for the post-traumatic stress syndrome (Van der Kolk, 2018). The meditation full awareness which teaches how to step back on the traumatic thoughts and to ink in present (Barois, cited by Smith, 2016), and the hypnosis which allows to dissociate memories from the traumatic event with emotions associated with it (Simon, cited by Smith, 2016), are two others techniques widely used. All these techniques seem to implicate the body. Could we deduce that techniques mobilizing the body are more efficient ?

The mediation is « *what serves as an intermediary between itself and the other* » (Potel Baranes, 2007, p. 9). The body is considered in psychomotricity as subjective and as a support of the imaginary (Saint-Cast & Boscaini, 2012). Corporal mediation in psychomotricity puts the body at the heart of the relation with the other and it becomes « *the main object mediator of expression* » (Potel Baranes, 2007, p. 9). The techniques previously cited, namely the TCC, the EMDR, the meditation full awareness and the hypnosis made the body becoming the object of reception and expression of the pain. We can considerate that those are corporal mediations, and that psychomotricity could be beneficial in the care of the trauma related to a sexual abuse.

## **Questioning**

To what extent are we caring the body in the care of victims of sexual abuse ? Is a corporal care always a good indication for those women ? Is the body considered by

the psychologists ? If these psychologists also have a psychomotric background, are they more sensitive to the body question ?

In order to answer this question, we interviewed professional directly confronted to sexual abuse in the clinic : psychologists. This study is therefore exploratory and analytic.

We expect that the psychologists with a psychomotrician background consider especially the body and the psychomotor items in their practice more than the psychologists with no psychomotrician background. We assume that the psychomotrician psychologists would offer a more important panel of corporal techniques for the care of women victims of sexual abuse.

## **METHODOLOGY OF THE STUDY**

### **The participants and the ethic**

Six clinician psychologists between 30 and 64 old years and with at least 6 years of experience have been interviewed : three psychologists, and three psychomotrician psychologists.

Within the psychologists, we interviewed a woman and two men, between 30 and 50 years old and with between 6 and 25 years of experience, liberal, in institutions or in associations.

Within the psychologist psychomotrician, two women and a man, between 30 and 64 years old and with between 6 and 39 years of experience, as liberal or in institution were interviewed. The collected data concerns their practice as psychologists and not as psychomotricians. Participation was on a voluntary basis.

A document explaining the objectives of the study was gave to each participant and a consent form was signed before each interview.

### **The interview guide and the interview**

The semi-directive interview appeared as the most appropriated method to meet the needs of the study. Thus, professionals are sharing their experience and rather than

getting questioned which can be intrusive and judgmental on their practice, this way the data can be interpreted both quantitatively and qualitatively (Imbert, 2010). The interview guide addresses the six following matters in the order, from the larger to the more accurate :

- The identity of the interviewed psychologists ;
- The characteristics of the sexual abuse ;
- The main areas of work in the care of these women ;
- Used or proposed techniques as a complement of therapy ;
- The place of the body in the care ;
- The indications for bodywork ;
- The contre-indications for bodywork ;

The interviews lasted between 35 minutes and 1 hour and 15 minutes. The dialogue was a face-to-face with two of the three psychologists and via Skype for the other professionals. According to Fenneteau (2015), an interview via a computer screen would not be an issue for the study. No note was taken during the interview in order to maintain a link with the participant.

### **Data analysis**

The qualitative thematic analysis seemed to be the most relevant for this study. Indeed, it allows to synthesize the data in the form of a graphic called « *thematic tree* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.236) with an intention more descriptive than interpretative. The thematic tree is an horizontal hierarchical organigrama which allows a « *synthetic and structured* » representation (Paillé & Mucchielli, 2016, p.261) of the essence of a statement. Each tree is made of branches called « *thematic areas* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.279) allowing the observation of a thought process. A tree was constructed for each theme mentioned, as well as for the sociodemographic datas of each participant. Thus, 7 thematic trees were constructed by participant, for a total of 42 tree. From these trees, the construction of a synthesis of results was made possible.

## DATA AND INTERPRETATIONS

The psychomotor items we chose to question, namely : the envelope, the self-confidence and the self-worth, the body image, the tonus, and the body-spirit dissociation are considered as important and even « *extremely important* » by the six interviewed practitioners. Moreover, we can notice that the psychomotrician psychologists illustrate their statements with more examples than the others therapists. We can suppose that their psychomotrician background allowed a therapeutic perspective more experienced regarding the corporal signs.

Overall, professional are mostly reluctant to brief therapy. Various others therapeutic techniques or not are recommended by therapists with the underlying idea of the body motion which seems obvious for all the participants. One of them cites Freud « *the self is above all a corporal self* » (1923). We also noticed that the psychologists recommend a technique panel or corporal mediation more important than the psychomotrician psychologists. Relaxation was approved by every study participants since it could have many benefits on women victims of sexual abuse. However, many of them warn that a care in relaxation could be intrusive at the beginning of the therapy.

As all the participants said, it is important that the patient could have the choice regarding the therapist and the techniques she would like to use in order to start the therapy. Similarly, she has to feel ready to use a technique using the body.

## DISCUSSION

### The assumptions

Contrarily to what we thought, the psychologists suggested a panel more important of corporal techniques and the psychomotor items are more present in their speech than in the one of the psychomotrician psychologists. All the interviewed psychologists, from both groups, are convinced of the importance of a corporal work for women victims of sexual abuse. Thus, we can say that the psychologists also receptive to the question of the body in the care of women victims of sexual abuse, with or without psychomotrician background. However, psychologists without

psychomotrician background confirm that in spite of their sensitivity regarding the body, they are not trained to take care of it, and that this specificity falls within the responsibility of the psychomotricity.

A psychomotor care, for interviewed professionals, always is a good indication for a woman victim of sexual abuse, if she makes the request or if she consents if the proposal come from her therapist, and if she feels ready to mobilize her body. For this reason, a psychomotor care should preferentially arrive in a second phase, after an elaboration work in therapy.

### **A psychomotor care**

For a woman victim of sexual abuse which request deals with this matter, we could imagine a psychomotor care in which the access to the act of touching is very progressive and follows the rhythm of the patient. The acceptation of the touching would be a long-term goal which will allows her reclaiming her body and her corporal identity different from the others (Sarda, 2002). The relaxation and the dance are two really interesting mediation for these women because they bring into play all the psychomotor items affected by the trauma of the sexual abuse, namely the envelop, the self-confidence and the self-worth, the body image, the tonus, and the body-spirit dissociation (Jacquet, 2007). Moreover, the WHO recognizes the dance as very beneficial for the physic and mental health (2019). These mediation could not be automatically suggested at the beginning of the care because they need to let go and it could be harrowing if the therapeutic link is not strong enough.

Obviously, it is necessary to underline that each patient has her own experience, her own rhythm, her own desires, so each care is adapted to the patient. Likewise, there is no indication in recommending an alternative to a classic psychologic therapy but rather an additional contribution of it.

### **The limitation of the study**

It is, in my view, important to underline that the number of participants to this study is way too small in order to us to draw generalizable conclusions. Moreover, the clinic of sexual abuse is not always well known by the participants, in particular for two of the three psychomotrician psychologists. Their answers to the questions are mostly based on projections rather than in a real field experience.

The interviews and the questions that composed it may have been slightly modified according to the conduct of the interview and to the contribution of the previous participants. Specific questions were anticipated.

These interviews could have contained a few errors from a methodological point of view. However, they were particularly abundant from a human and professional point of view. They further my pshychomotor reflexion regarding to the clinic of sexual abuse, and to profesionals reflexion regarding their practice. This study, I hope, will do the same with the person which will read it.

### **CONCLUSION**

A psychomotor care simultaneously to a therapy seems to be adapted to help women victims of sexual abuse to inhabiting their body, deserted during the abuse, and to become again a subject. Nevertheless, few professionals direct their patients to a psychomotrician. Psychomotricity is a discipline booming but numerous professionals still ignore the diversity of our scope of intervention and the different ways we can have access to. Our society is changing but still marked by stereotypes and taboos regarding sexual abuse. For the victims, « *the large majority is condemned to survive exposed to the violences and to grave psychotraumatic consequences without recognition, nor help, nor protection, nor care, nor access to justice and to reparation* » (Salmona, 2017, p. 8). In a benevolent and empathic dynamic, for them, we have to get involved in this fight.

## INTRODUCTION

Les abus sexuels correspondent à un thème très présent dans les médias ces dernières années. De nombreuses victimes s'autorisent peu à peu à prendre la parole et dévoilent des faits qui font écho aux vécus d'autres victimes. Mais qu'en est-il de la prise en charge de celles-ci ? C'est ainsi que je me suis intéressée à la clinique du psychotraumatisme lié aux abus sexuels.

Ce sujet est très peu abordé dans la formation de psychomotricien. Cependant, il me tenait à cœur de pouvoir avoir une grille de lecture de cette problématique, la rencontrant quelques fois chez certaines de mes patientes. Car de nombreuses personnes, plus que nous voudrions bien le croire, sont concernées. Et la plupart sont des femmes. Ainsi, pour un traumatisme qui touche autant le corps que l'esprit, des questions se sont imposées à moi : Quelles sont les conséquences de ces abus sur l'équilibre psycho-corporel des femmes ? Quel en est l'impact sur leur vie quotidienne ?

La clinique des abus sexuels se trouve de plus en plus dans la recherche, mais pas en psychomotricité. En effet, il s'agit d'un domaine encore très clivé. La prise en charge du traumatisme physique est assurée par les médecins, et les traumatismes psychiques sont travaillés en thérapie avec des psychologues. N'aurions-nous pas, en tant que psychomotriciens, la possibilité de faire avancer ces femmes dans leur reconstruction identitaire en leur permettant une approche globale, faisant lien ?

Ainsi, il était pour moi chargé de sens de choisir un sujet qui s'inscrive dans la réalité et l'actualité, et qui permette de faire évoluer nos pratiques et le regard que nous portons sur notre profession.

Les objectifs de cette étude sont de mettre en évidence l'intérêt de la prise en soin du corps dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels, et ainsi de comprendre si une prise en charge psychomotrice pourrait être pertinente. Nous allons donc commencer par faire un point théorique sur la question des abus sexuels et aborder leur place dans le contexte actuel, puis nous évoquerons les conséquences que ceux-ci peuvent avoir sur les femmes qui en sont victimes. Nous pourrions ainsi évoquer la prise en charge qui leur est proposée actuellement. Ensuite, nous développerons la méthodologie choisie et analyserons les données qui en résultent. Enfin, nous évoquerons les limites de l'étude et inviterons les lecteurs de ce travail à la réflexion.

## I. Partie théorique

### 1) Les abus sexuels

#### a. Définitions et sanctions

La loi française décrit les abus sexuels selon deux modalités : le crime ou le délit (Services publics, 2018), qui se différencient par la présence ou l'absence d'un acte de pénétration. Ainsi, les conséquences pénales peuvent être bien différentes.

En effet, le viol est un crime puni par la loi. Il s'agit d'un acte de pénétration par le sexe ou les doigts visant le vagin, l'anus ou la bouche. Il en est de même au moyen d'un objet quel qu'il soit. Le Code pénal (2019) définit le viol comme « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise* » (Article 222-23). Il est également à noter que le viol et la tentative de viol ne font pas de différence en termes de peines encourues, à savoir 15 ans de réclusion criminelle, ou 20 ans s'il y a la présence de circonstances aggravantes. La peine peut aller jusqu'à 30 ans de réclusion criminelle si le viol a entraîné la mort de la victime. Lorsque le viol est accompagné par des actes de barbaries ou de tortures, la peine encourue est la réclusion criminelle à perpétuité (Articles 222-24 à 222-26).

Lorsque l'atteinte sexuelle ne comporte pas de pénétration nous parlons d'agression sexuelle, par exemple les attouchements. Le Code pénal (2019) définit l'agression sexuelle comme « *Toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* » (Article 222-22). La contrainte peut être physique ou morale, et elle comprend également la surprise ou la menace d'une atteinte sexuelle par un tiers (Articles 222-22-1 et 222-22-2). Il s'agit là d'un délit. Tout comme pour le viol, la victime n'a pas émis un consentement clair et explicite (Services publics, 2019). La tentative d'agression sexuelle est punie des mêmes peines que l'agression sexuelle avérée, à savoir 5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende. Si l'atteinte est accompagnée de circonstances aggravantes la peine peut aller jusqu'à 10 ans et 150 000€ d'amende (Articles 222-27 à 222-30-1).

L'inceste est un viol ou une agression sexuelle commis par un ascendant, un membre de la fratrie, ou un neveu, une nièce, un oncle, une tante ou toute personne

ayant autorité de droit ou de fait sur la victime. Il en est de même pour les conjoints ou concubins de personnes mentionnées (République française, Article 222-31-1, 2019).

Cependant, les peines pour les abus sexuels sont très variables d'un pays à un autre. Elle est moins sévère en Allemagne où elle est de 5 ans lorsque la peine est de 15 ans de prison pour un viol en France, et est de 10 ans au Maroc, en Italie et au Canada. Elle peut également aller jusqu'à 12 ans en Espagne. En revanche, au Royaume-Uni, l'auteur du viol risque la prison à vie, de même que dans certaines régions d'Australie. L'auteur risque même, en cas de récidive, la peine de mort dans l'État du Montana aux États-Unis (Bariéty, 2017).

Qu'il s'agisse d'un viol ou d'une agression sexuelle, le contact physique entre l'auteur et la victime est nécessaire pour définir l'atteinte comme un abus sexuel en France. Le harcèlement sexuel n'est donc pas considéré comme une agression sexuelle mais est une catégorie à part pour la loi française (Services publics, 2018), tout comme le voyeurisme ou l'exhibitionnisme. De même au Québec, Boisclair et Durocher (2014, p. 36) définissent l'abus sexuel comme un « *geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée [...] portant ainsi atteinte à l'intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle* ». C'est donc sur le postulat de base de ce contact physique qui constitue une violence sexuelle que cette recherche s'est construite.

## **b. Les chiffres en France et dans le monde**

En France, le viol ou la tentative de viol est le crime le moins condamné en tant que tel. En effet, seulement 1% d'entre eux sont condamnés en cours d'Assises, ce qui représente 10% des dépôts de plainte. Pour les victimes majeures, 70% des plaintes sont classées sans suite et 20% sont dites « *déqualifiées* », c'est-à-dire qu'ils ne sont pas considérés comme un viol ou une tentative de viol mais plutôt comme une agression sexuelle, ce qui n'engage pas les mêmes conséquences pénales. Il est important de préciser que 81% des victimes qui portent plainte ont le sentiment de ne pas avoir été suffisamment considérées par la justice (Salmona, 2017). De plus, ce

crime n'est rapporté aux autorités via un dépôt de plainte que dans 12% des cas, ce chiffre incluant les plaintes retirées (Institut National d'Études Démographiques - INED, 2016).

Selon l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP, 2015), 83% des viols ou tentatives de viol sont commis sur des femmes ou des filles, et ce par des hommes dans 95% des cas en France (ce dans 90% des cas au Québec selon Boisclair et Durocher, 2014). Dans plus de 90% de ces crimes, les agresseurs sont connus de leurs victimes. Il s'agit du conjoint ou d'un membre de la famille dans la moitié des cas, et le lieu de l'agression est le domicile de la victime pour près de 6 cas sur 10 (Interstats, 2017). En effet, « *plus les espaces sont censés être protecteurs, plus les violences sexuelles y sont fréquentes, et plus les personnes sont censées être protégées comme les personnes handicapées, plus elles en sont victimes* » (Salmona, 2017, p1).

Aussi, 1 femme sur 6 serait victime de viol ou de tentative de viol au moins une fois au cours de sa vie (Salmona, 2017). Cela représenterait environ 184 000 femmes âgées de 18 à 75 ans chaque année en France. De plus, 53% des victimes déclarent avoir vécu plusieurs agressions sexuelles au cours des deux années précédant l'enquête (Interstats, 2017). L'agression sexuelle aurait lieu pendant l'enfance pour 1 québécoise sur 5 selon les faits rapportés. Cependant, moins de 28% d'entre elles font une demande d'aide quelconque (Boisclair & Durocher, 2014).

Certains pays n'ont pas accès aux analyses statistiques de façon aussi détaillée que d'autres pour le prouver, mais l'Organisation des Nations Unies explique que de nombreux congolais rapportent des faits de violences et d'agressions sexuelles dont des viols (Sibiloni, 2018). De plus, et selon Boisclair et Durocher (2014), l'abuseur cherche à satisfaire ses besoins notamment de domination sur sa victime. Cette définition peut prendre pour exemple l'État d'Unité, un des dix États du Soudan du Sud où l'on a recensé plus de 1300 viols par des acteurs étatiques en 2015 sur une période de cinq mois (Rich, 2016).

Cependant, les chiffres recensés ne correspondent pas à ceux des abus. Les raisons qui peuvent pousser les femmes à s'abstenir de dévoiler les faits de violence

dont elles sont victimes sont la honte, la maltraitance ou le rejet de la société, la crainte des représailles, le fait de ne pas être crues et le risque d'être accusées ou blâmées. Les systèmes de soutien proposés ne sont également pas toujours considérés comme adaptés (OMS, 2012). D'autre part, les procédures judiciaires engagées lors d'un dépôt de plainte pour abus sexuel en France sont souvent vécues comme maltraitantes et traumatisantes du fait de réexposer les faits et de se tenir en face de son agresseur. Celles-ci augmenteraient les risques de suicide de façon significative (Salmona, 2017). Ainsi, de nombreux abus sexuels restent dans l'ombre.

### **c. Les facteurs de risque**

Selon l'Institut National de Santé Publique québécoise, les facteurs de risque d'être victime d'abus sexuel peuvent être de différentes natures. Ils représentent les circonstances, les conditions d'une situation, ou les particularités d'une personne, pouvant augmenter la probabilité d'être victime de ces abus. Cependant, il est important de nuancer et de ne pas faire de lien de cause à effet trop direct entre les facteurs de risque et les abus pour ainsi protéger les victimes du sentiment de culpabilité et de responsabilité quant à leur situation. En effet, « *la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque ne peut être la cause d'une agression sexuelle, mais peut en avoir augmenté les risques* » (INSPQ, 2019, p. 1).

Il est important de bien connaître ces risques afin d'améliorer la prévention et le dépistage des abus sexuels (Boisclair & Durocher, 2014).

Les facteurs de risques de victimisation sexuelle peuvent être de 3 natures différentes selon Boisclair et Durocher (2014) :

- Les facteurs environnementaux et communautaires : le sexe de l'agresseur (90% des abuseurs sont des hommes), une attirance sexuelle déviante ou des fantasmes sexuellement excitantes, la pauvreté ou une classe sociale peu élevée. L'Organisation Mondiale de la Santé (2012) évoque également le fait d'avoir des normes sociales et traditionnelles en matières de rôles assignés à un sexe et à l'autre, ainsi que la croyance de la supériorité masculine.

- Les facteurs familiaux : L'environnement familial est important et souvent très en lien avec le risque d'être victime d'abus sexuel. Pour rappel, environ un viol sur deux est commis par un membre de la famille ou par le conjoint. Une longue séparation, une faible estime de soi, de la violence psychique et/ou physique, des conflits ou un manque de disponibilité, des problèmes de santé mentale, des troubles relationnels, ou des confusions sur le plan sexuel peuvent constituer un risque.
- Les facteurs individuels : Être de sexe féminin est le principal facteur de risque individuel d'abus sexuel. De plus, une faible estime de soi ou une personnalité plutôt passive ou effacée, une dépendance affective importante, un comportement sexualisé, un isolement social ou une vulnérabilité particulière constituent également un risque. De même, avoir déjà subi un abus sexuel dans le passé et avoir un handicap physique ou mental sont des facteurs de risque. L'OMS (2012) ajoute le fait d'appartenir à un gang ou de consommer des substances telles que l'alcool ou la drogue, d'avoir un faible niveau intellectuel, ou d'avoir une vision inégalitaire des sexes.

Boisclair et Durocher (2014) parlent également de « facteurs de protection » face aux abus sexuels. Ce sont les facteurs pouvant diminuer la probabilité d'être victime d'abus sexuel. Par exemple, être entouré d'amis et de personnes saines, participer à des activités de loisirs et peu tolérer la violence sont des facteurs de protection environnementaux et communautaires. De même, avoir une bonne communication et une bonne entente familiale ainsi qu'un climat calme et harmonieux, autant qu'avoir un cadre et des limites bien établies favorisent un climat familial protecteur. Concernant les facteurs de protection individuels, être de sexe masculin, avoir confiance en soi et un contact relationnel adapté ainsi qu'avoir des compétences sociales et intellectuelles diminuent la probabilité d'être victime d'abus sexuel.

Il est important de rappeler que, même si appartenir à une classe sociale défavorisée est un facteur de risque, les abus sexuels touchent tous les milieux et toutes les catégories sociales (Poujol, 2011).

#### **d. Les différents mouvements médiatiques**

En 2013, en Allemagne, les internautes ont voulu mettre en avant les violences sexuelles envers les femmes et ont lancé le Hashtag #Aufschrei sur les réseaux sociaux, qui signifie « cri », afin de les pousser à témoigner et révéler les violences subies. Ce mouvement a rencontré un grand succès et a suscité des débats politiques importants. Puis, lors de la nuit du nouvel an 2015-2016, plus de 1000 femmes ont révélé avoir subi des agressions sexuelles dans les villes de Cologne et Hambourg. Cela a entraîné de façon précipitée en Juillet 2016 le principe du « Nein Heisst Nein » (« Non c'est non »). « *Un refus clairement identifiable d'une relation sexuelle suffit désormais pour parler de viol, un crime puni de six mois minimum à cinq ans maximum d'emprisonnement* » (Bariéty, 2017, p. 1).

Par la suite, en 2017, des actrices nord-américaines et européennes ont accusé en nombre un puissant producteur d'Hollywood, Harvey Weinstein, d'agressions sexuelles et de viols. Cette affaire qui a engagé pas moins de 82 actrices, pour la plupart très connues, a permis de mettre à jour des sévices longtemps cachés sous la pression et les menaces. Ce fut une étape importante dans le parcours de la libération de la parole féminine à propos des violences sexuelles. Les semaines qui ont suivi cette révélation ont fait émerger de nombreuses révélations et dénonciations similaires, impliquant d'autres personnalités publiques comme le réalisateur James Toback (Salmona, 2017).

Après ces révélations touchant le domaine du cinéma, le phénomène s'est étendu à d'autres milieux grâce au hashtag #BalanceTonPorc lancé la même année en France par Sandra Muller, une journaliste, sur le réseau Twitter. Celle-ci invite les femmes à dénoncer leur harceleur ou leur agresseur en donnant des détails permettant de l'identifier, et ce principalement dans le domaine professionnel (Guay, 2019). Le hashtag #MeToo, un équivalent anglais lancé par la célèbre actrice américaine Alyssa Milano reçoit le même succès. Grâce à ces personnalités, de nombreuses femmes ont témoigné et se sont senties soutenues dans cette démarche (Marchant, 2017). Ces hashtags ont entraîné une hausse de 23% du nombre de plaintes déposées pour violences sexuelles (Fedouach, 2018).

#### **e. L'actualité en France**

Aujourd'hui, c'est le mouvement #NousToutes, né en Septembre 2018 et soutenu par plusieurs associations, qui prend de l'ampleur et entraîne dans les rues partout en France des milliers d'hommes et de femmes manifestant contre les violences sexistes et l'impunité. Le violet est la couleur sous laquelle le mouvement s'identifie et compte faire progresser les lois à propos des violences sexuelles afin de passer « *du témoignage à l'action* » (Agon, 2018, p. 1). La parole se libère peu à peu et d'autres témoignages voient le jour, notamment sous forme d'œuvres littéraires.

Le 13 Février 2019, le milieu hospitalier est pointé du doigt avec l'ouvrage de la journaliste indépendante Cécile Andrzejewski, *Silence sous la blouse*. Celui-ci relate les témoignages de nombreuses femmes, infirmières, aides-soignantes, médecins, victimes d'agressions sexuelles de la part de leurs collègues ou supérieurs. L'auteure y dénonce l'impunité des blouses blanches concernant des violences sexuelles qui incluent entre autres des baisers ou attouchements forcés, des fessées et des caresses non consenties. Elle y dénonce également le culte du secret et le culte du chef, car les témoignages des victimes évoquent la protection des agresseurs par la hiérarchie qui étouffe consciemment ce type d'affaires afin de préserver l'image de leur établissement (Andrzejewski, 2019).

En Août 2019, c'est un roman de Mazarine Pingeot, la fille longtemps cachée de l'ancien président français François Mitterrand, qui attire l'attention. Celui-ci retrace l'histoire d'une jeune femme violée par un homme qu'elle devait photographier dans un contexte professionnel. Une histoire que les lecteurs ont pu mettre en lien avec la plainte de la petite fille légitime de notre ancien président, Pascale Mitterrand, déposée en 2008 pour viol contre l'ancien ministre de l'écologie Nicolas Hulot. Le monde politique subit donc à nouveau, après l'affaire DSK en 2011, des accusations en matières de violences sexuelles (Laurence, 2019).

De plus, depuis le mois de Novembre 2019, il est difficile de passer à côté de la polémique concernant le cinéaste Roman Polanski dont le film *J'accuse* a reçu le César de la meilleure réalisation. Roman Polanski est accusé aux États-Unis en 1977 d'avoir drogué et violé une jeune fille de 13 ans. Il est alors condamné à 90 jours de prison pour « rapports sexuels illégaux avec un mineur », les accusations de viol n'étant pas retenus pour cette affaire. Il passe ainsi 42 jours en prison puis est relâché pour conduite exemplaire. Mais le juge en charge de l'affaire à l'époque le condamne à nouveau, cette fois pour viol sur mineur et avec une peine indéterminée. Le cinéaste

quitte alors les Etats-Unis et vient s'installer en France dont il a également la nationalité, et où les poursuites s'arrêteront. Depuis, Roman Polanski a été accusé de viols en 2010 par l'actrice Charlotte Lewis pour des faits datant de 1983, en 2017 par Robin M. pour des faits datant de 1973, et également par l'actrice allemande Renate Langer pour des faits datant de son adolescence. L'actrice américaine Marianne Barnard l'accuse des mêmes faits qui se seraient déroulés en 1975, et quelques jours avant la sortie du film *J'accuse*, c'est la photographe française Valentine Monnier qui accuse le cinéaste de l'avoir violée en 1975. Les collectifs féministes s'indignent donc de cette remise de prix au cinéaste du fait des accusations portées contre lui (Bricard, 2020).

Et cette année, en 2020, c'est le domaine littéraire qui est sous le feu des projecteurs. L'écrivain Gabriel Matzneff est accusé de pédophilie sur plusieurs adolescents garçons et filles dont il n'a jamais caché son attirance. Parmi eux, Vanessa Springora a écrit un livre autobiographique racontant sa relation avec cet homme âgé d'environ 50 ans lorsqu'il l'a séduite. Elle était alors âgée de 13 ans. *Le consentement*, titre de son livre, est paru le 2 Janvier 2020 et connaît un immense succès en cette période sociétale de mise en lumière des violences sexuelles. L'auteure y raconte la relation d'emprise qu'elle a vécu avec cet homme dont elle pensait être tombée amoureuse. Dès le lendemain de la sortie de ce livre, le parquet de Paris a ouvert une enquête pour viols sur mineur (Rousseau, 2020).

La France est donc dans une période d'ébullition sur ce sujet. Mais qu'en est-il de l'avancement des lois ?

#### **f. L'évolution des lois**

Concernant les lois sur les violences sexuelles, seulement 3 ont pu être mises en place sur les dix dernières années en France. Ce sont les suivantes :

→ Loi du 9 Juillet 2010 sur les violences faites aux femmes et au sein du couple pouvant avoir une incidence sur les enfants : Cette loi porte surtout sur les violences conjugales. Cependant, elle supprime également la présomption de consentement à l'acte sexuel dans le cadre du couple marié.

Depuis, il est possible de parler de viol conjugal ou d'agression sexuelle au sein du couple marié (Circulaire du ministère de la justice, 2010).

→ Loi du 27 Février 2017 sur le délai de prescription : Celle-ci double le délai de prescription pour toutes les infractions criminelles ou délictuelles dont font partie les abus sexuels, sans modifier leur point de départ qui reste le jour où a été commis l'infraction (Circulaire du ministère de la justice, 2017). Aujourd'hui, concernant les viols, si la victime est majeure lors des faits elle dispose de 20 ans pour déposer plainte. Si la victime est mineure, elle peut déposer plainte jusqu'à 30 ans après sa majorité. En revanche, pour les agressions sexuelles, si la victime est majeure lors des fait la prescription s'étend jusqu'à 6 ans après les faits (Services publiques, 2018).

→ Loi du 3 Août 2018 sur la protection des mineurs (ou loi « Schiappa ») : Selon la circulaire du ministère de la justice (2018), hormis le fait qu'elle facilite les procédures et durcit les condamnations pour les viols commis sur les mineurs, cette loi propose une nouvelle définition du viol qui complète la précédente. Depuis cette loi, le viol se définit par un acte de pénétration sexuelle par l'auteur sur la personne d'autrui, mais il s'agit aussi d'un viol si celui-ci impose un acte de pénétration sur sa propre personne ; faire une fellation par force, contrainte ou surprise, par exemple. Auparavant, une telle pénétration était considérée comme une agression sexuelle et non comme un viol. La loi Schiappa ajoute aussi une extension de la notion d'inceste aux victimes majeures alors que celle-ci ne concernait auparavant que les mineurs.

Cependant, cette dernière loi a été très critiquée et a suscité de nombreux débats. En effet, les associations de protection de l'enfance attendaient de celle-ci qu'elle éclaircisse la question de la présomption du non-consentement chez les mineurs, et qu'elle puisse considérer comme un viol tout acte de pénétration sur un mineur de moins de 15 ans. Or cela n'a pas été le cas contrairement à ce qui avait été avancé. Ainsi, il n'y a pas encore d'âge pour le consentement, c'est-à-dire qu'un mineur, quel que soit son âge, a la possibilité aux yeux de la loi d'avoir un rapport sexuel consenti avec une personne majeure sans que celle-ci ne puisse être poursuivie par la justice (Durand & Laurent, 2018).

Aujourd'hui, en France, les débats se tournent vers ce qui est considéré comme une lacune juridique. Les associations d'aide aux victimes aimeraient que la loi définissent clairement ce qu'est le consentement afin de ne plus rechercher la faute des victimes (Boucher, 2019).

En Inde, les lois ont commencé à doucement évoluer depuis le viol collectif d'une étudiante en 2012, décédée à la suite de la gravité de ses blessures. En 2013, un loi revoit les peines pour viol et les amène à 7 ans de prison minimum. En cas de récidive, l'agresseur risque la prison à vie ou même la condamnation à mort. Puis en 2017, la loi décide de considérer comme un viol un rapport sexuel entre un homme et son épouse mineure. En revanche, le viol conjugal ne figure pas dans les textes lorsque celui-ci concerne une personne majeure (Bariéty, 2017).

L'ONU relève également que d'autres pays comme la République Démocratique du Congo et le Burundi tentent de prévenir les abus sexuels et de durcir les peines qui s'y rattachent (Frechon, 2019). Mais les moyens sont faibles, et il est d'autant plus difficile pour ces pays de faire évoluer les lois car l'état est parfois complice de crimes sexuels, et « *les témoins et observateurs indépendants comme la presse et les organisations non-gouvernementales sont progressivement neutralisés, exclus ou interdits* » (Westergard, 2019, p. 1).

## **2) Les conséquences d'un abus sexuel sur la femme**

Les abus sexuels peuvent avoir de lourdes conséquences. « *Les violences sexuelles sont très traumatisantes, avec un impact grave sur la santé des victimes à long terme* » (Salmona, 2017, p. 1).

### **a. Sur le plan physique**

Concernant leur santé physique, les femmes peuvent subir des traumatismes gynécologiques importants, des grossesses non désirées, des avortements qui ne se font pas toujours de façon sécurisée et qui peuvent dans certains cas mener à une infertilité. De plus, des fistules traumatiques, à savoir une connexion anormale entre

deux organes suite à des infections ou des blessures, peuvent également arriver. Ces risques génésiques sont bien évidemment liés à l'agression et dépendent de l'abus commis. De même, les infections sexuellement transmissibles comme le VIH constituent un fort risque pour la santé de la victime (OMS, 2012). En effet, « 43% des victimes de viol ont des conséquences importantes ou très importantes sur leur santé physique » (Salmona, 2017, p. 9).

De plus, la sexualité des femmes victimes de violences sexuelles porte le poids des abus vécus. En effet, celle-ci garde les traces d'« *une sexualité gravement traumatisée et infectée de symptômes psychotraumatiques non identifiés comme tels* » (Salmona, 2010, p. 1), tout en sachant qu'une victime d'abus sexuel met environ 13 ans pour trouver un professionnel formé pouvant l'aider (Salmona, 2017). Non seulement ces femmes se retrouvent seules avec leur traumatisme, mais elle sont également baignée dans une société qui ne leur apporte pas de repère, et les perd même dans des représentations aliénantes d'elles-mêmes via la pornographie ou la prostitution qui véhiculent une image de la femme soumise et pleine de stéréotypes mystificateurs. Face à cela, les femmes peuvent réagir de deux manières différentes et opposées : « *intégrer cette sexualité traumatisée telle quelle ou la rejeter en bloc* » (Salmona, 2010, p. 1). Leur sexualité est donc elle aussi mise à mal.

Mais concernant la santé physique d'autres conséquences d'un abus sexuel peuvent survenir et entraver le quotidien de la victime. Thomas (2015) les classe en trois grandes catégories :

1. Les douleurs : Elles touchent principalement les organes et ce sont les troubles somatiques les plus fréquents. Les douleurs gastriques, les ballonnements intestinaux et les céphalées, de même que les douleurs musculaires et ostéo-articulaires peuvent s'exprimer de façon chronique. L'expression de ces douleurs serait deux fois plus élevée chez les victimes d'abus sexuel. De même, les douleurs gynécologiques pelviennes chroniques liées au cycle menstruel ou aux rapports sexuels sont, elles, trois fois plus élevées chez les victimes. Aussi, le risque de fibromyalgie, une maladie chronique qui se traduit par des douleurs diffuses, est elle aussi environ trois fois plus importante chez ces victimes.

2. Les troubles fonctionnels : Ils surviennent de façon précoce aux côtés des douleurs. Parmi eux les troubles gastro-intestinaux sont souvent présents avec des désordres digestifs comme la constipation, la diarrhée, la nausée, les vomissements, deux fois plus fréquents que chez les personnes n'ayant pas subi de violence sexuelle. De plus, une pathologie chronique telle que le syndrome du côlon irritable ou colopathie fonctionnelle, entraînant les symptômes décrits, peut s'installer et provoquer une gêne importante. Peuvent également s'exprimer des troubles d'origine plutôt neurologique comme des bourdonnements dans les oreilles, des vertiges ou même des malaises. D'autre part, des troubles métaboliques comme l'obésité, le diabète ou l'hypertension artérielle peuvent aussi impacter les victimes de façon significative, de même que des troubles cardio-vasculaires (infarctus, accidents vasculaires cérébraux ...) liés à l'état de stress vécu du fait de l'abus et dont le risque est multiplié par 8,8.

3. Les troubles lésionnels : Ils apparaissent plus tardivement mais sont souvent plus graves. En effet, les abus sexuels favorisent le développement de l'endométriose et des fibromes utérins. D'autre part, le risque de cancers est augmenté de 21% chez les femmes ayant vécu un abus sexuel, notamment les cancer du sein, du col de l'utérus, et du poumon. Aussi, les victimes d'abus sont plus à risque de développer des maladies infectieuses sexuellement transmissibles, soit parce que la transmission se fait lors de l'abus, soit parce qu'elles développent un comportement sexuel à risque par la suite. Le lien entre violences sexuelles et maladies auto-immunes a également pu être fait, de même que pour les maladies allergiques. Les personnes atteintes de sclérose en plaques feraient plus de poussées si elles ont été victimes d'abus sexuel. Cependant, il ne faut pas oublier que les troubles lésionnels gynécologiques à court terme, avec par exemple une perforation hyménale ou des plaies du vestibule, peuvent aussi avoir des conséquences néfastes pour les victimes (Thomas, 2015).

Salmona (2017) ajoute que certains abus peuvent entraîner ou être accompagnés de blessures physiques qui nécessitent une prise en charge à court terme. Il ne faut également pas oublier qu'un abus sexuel peut avoir des conséquences mortelles sur la victime, du fait : de complications liées à la grossesse

non désirée, d'un avortement fait dans de mauvaises conditions, d'un suicide ou d'une IST comme le SIDA. Parfois, la victime peut même être tuée lors de l'abus ou « *pour l'honneur* » (OMS, 2012, p. 7).

Les conséquences physiques et somatiques d'un abus sexuel peuvent être plus ou moins graves selon cinq facteurs (Thomas, 2015) :

- Les caractéristiques des violences subies : Les conséquences sont plus importantes pour un viol que pour une tentative de viol qui aura elle-même un effet plus destructeur qu'une agression sexuelle. De plus, plus le nombre d'agresseurs et d'agressions sera élevé pour les conséquences seront sévères.
- La coexistence avec d'autres formes de violence : Les conséquences physiques et somatiques d'un abus sexuel sont plus néfastes si la personne subit d'autres formes de violences, physiques ou psychologique pour la majorité des cas.
- L'âge au moment des premières violences : Si la victime est enfant, celle-ci aura plus de risque de développer des comportements à risques ou de tomber dans les addictions, et les conséquences de l'abus seront plus pathogènes.
- Le sexe de la victime : Les études divergent, mais la plupart tendent à prouver que les femmes victimes d'abus sexuels subiraient plus de conséquences physiques et somatiques sur le long terme.
- L'environnement social et familial : Le traumatisme et les conséquences qui se rattachent aux abus subis seront plus importants si l'environnement social et familial de la victime est précaire ou déficitaire.

Les conséquences d'un abus sexuel peuvent donc être nombreuses et lourdes pour les femmes qui en sont victimes. Mais elles ne sont pas uniquement physiques et somatiques.

## **b. Sur le plan psychique**

Un abus sexuel peut avoir un impact dévastateur sur le psychisme de sa victime. En effet, « 97% des victimes de viol (98% pour les viols incestueux) ont des conséquences sur leur santé mentale » (Salmona, 2017, p. 9).

Thomas (2015) explique qu'un abus sexuel ne peut pas laisser sa victime sans conséquence sur sa santé psychique. En effet, pour lui les conséquences sont « constantes, bien connues, et toujours présentes, laissant des séquelles durables, ayant des répercussions dans la vie de tous les jours et gênant l'intégration sociale des victimes » (Thomas, 2015, p. 254). Selon l'auteur, les conséquences psychiques d'un abus sexuel peuvent se classer en cinq catégories (2015) :

Les troubles anxieux : Ils peuvent se traduire par des phobies, des obsessions ou une agoraphobie, mais aussi de l'anxiété, un trouble panique ou un Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT, ou État de Stress Post-Traumatique, ESPT) (OMS, 2012).

L'ESPT est particulièrement conséquent pour la victime car il peut mettre en péril l'intégrité psychique et physique de l'individu. Il s'agit d'un syndrome anxieux sévère qui survient après l'exposition de l'individu à une situation traumatique. Il peut se traduire par trois types de symptômes :

- **Les symptômes intrusifs** : On parle de flash-backs, cauchemars, hallucinations, pensées intrusives qui s'imposent à l'individu et dont celui-ci n'arrive pas à se défaire. Ceux-ci peuvent toucher les cinq sens et non seulement la sphère visuelle (Van der Kolk, 2018).
- **Les symptômes d'évitement** : La victime évite chaque chose, lieu, personne ou situation pouvant lui rappeler l'évènement traumatisant. C'est ce qui peut expliquer en partie le fait que les victimes mettent beaucoup de temps à dévoiler ce qu'elles ont subi.
- **Les symptômes d'hypervigilance** : La crainte de revivre l'évènement traumatique provoque un état d'hypervigilance chez la victime. Celle-ci est en alerte constante ce qui l'empêche d'avoir des activités demandant de l'attention et de la concentration. La victime peut être très irritable car l'état d'hypervigilance entraîne un épuisement nerveux. Des troubles du sommeil comme l'insomnie peuvent également entretenir cet épuisement (Thomas, 2015).

Selon Salmona (2015), on retrouve un ESPT chez 80% des victimes de viol, et chez 60 à 80% des victimes de violences sexuelles contre 24% chez l'ensemble des victimes d'autres traumatismes.

Les troubles du sommeil : Ils peuvent être en lien ou non avec le SSPT. Il peut s'agir d'insomnies, de cauchemars ou de terreurs nocturnes (notamment chez les enfants).

Les troubles du comportement alimentaire : L'anorexie et/ou la boulimie font partie des conséquences psychiques d'un abus sexuel.

Les addictions : L'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie ... Beaucoup d'addictions peuvent se développer suite à un évènement traumatique.

Les troubles de la personnalité : L'irritabilité, l'instabilité, la fugue, les conduites suicidaires, une faible estime de soi et les troubles du comportement font partie des troubles fréquemment observés (Thomas, 2015). De plus, des conduites dissociantes sont particulièrement présentes chez les victimes d'abus sexuel.

Salmona (2015) parle de dissociation traumatique concernant près de 68% des victimes d'abus sexuel. Pour elle, il s'agit d'un mécanisme qui anesthésie et déconnecte les victimes de leurs émotions (Salmona, 2017). Celui-ci peut se traduire par le fait d'avoir des conduites à risques, de ne plus se sentir attaché à rien, de ressentir un grand vide ou de ne plus rien ressentir. Les conduites dissociantes sont fréquentes et souvent méconnues des professionnels. De ce fait, il est fréquent d'interpréter ces symptômes comme de l'indifférence à l'évènement et à la souffrance qu'il a suscité, ou comme une limitation intellectuelle de la victime. Si l'on ne connaît pas cet aspect réactionnel du traumatisme cela peut entraîner une indifférence ou même conduire à une revictimisation de la part de l'entourage ou des accompagnants.

Pour Carlier (selon Smith, 2016, p. 18), les individus présentant un ESPT peuvent se classer en deux catégories : ceux dits « *hyper-réactifs* » qui revivent le traumatisme par le biais de symptômes intrusifs, et ceux ayant un profil dissocié qui ressentent un profond sentiment de dépersonnalisation. Pour l'auteur, la dissociation et les symptômes dissociatifs sont dus à une déafférentation du cortex qui serait « *en quelque sorte coupé des autres structures cérébrales* » (Lanius, 2014, selon Smith, 2016, p. 21). Cela pourrait expliquer la dépersonnalisation voire même la « *décorporéisation* », des sentiments décrits par de nombreuses victimes. Ainsi, le lien fonctionnel entre le corps et le cerveau serait modifié par le traumatisme.

Les conséquences d'un abus sexuel peuvent donc aussi être neurobiologiques avec notamment un impact sur les circuits émotionnels et de la mémoire pouvant se vérifier lors d'une imagerie par résonance magnétique. L'importance de ces conséquences sont en étroite lien avec les circonstances de l'évènement traumatique à savoir l'intentionnalité destructrice de l'agresseur ou la mise en scène humiliante de l'abus (Salmona, 2015).

D'autre part, Josse (2019) souligne l'importance de distinguer deux catégories de traumatismes :

- Le traumatisme simple (ou traumatisme de type I) : L'évènement traumatique est unique, ponctuel et est défini dans le temps. Il a un début et une fin clairs et précis.
- Le traumatisme complexe (ou traumatismes de type II) : Il s'agit là d'un traumatisme lié à la succession réelle ou menaçante des évènements.

Le traumatisme complexe aura bien évidemment des conséquences d'autant plus importantes sur la vie du sujet.

### **c. Au niveau psychomoteur**

Selon Saint-Cast et Boscaini (2012), un trouble psychomoteur est une perturbation de l'harmonie entre le corps et la psyché. Il « *exprime une souffrance psychique par la voie corporelle* » (2012, p. 34) et est lié à un désordre fonctionnel, neurobiologique et expressionnel. Cette souffrance naît dans le dysfonctionnement de la relation de la personne à son environnement et est toujours pluricausale. D'autre part, « *il n'y a pas de barrière étanche entre les dégâts psychologiques engendrés par les violences sexuelles et les désordres somatiques qu'elles entraînent* » (Thomas, 2015, p. 254). On peut donc d'ores et déjà dire que les conséquences d'un abus sexuel comme décrites précédemment peuvent être physiques, psychologiques, neurobiologiques... et psychomotrices. Mais allons plus loin.

L'enveloppe :

Poirier Courbet (2015, p. 45-47) décrit la vie après un viol comme « *une confrontation à la mort* ». Calamote (2014), lui, parle de négatif du trauma. En effet, il

met l'accent sur ce que le traumatisme peut soustraire à sa victime plutôt que sur ce qu'il lui ajoute comme symptômes. Il propose ainsi de penser le traumatisme d'un abus sexuel « *comme produisant du négatif, décomposant le sujet et le fragmentant en parties négativées* » (Calamote, 2014, p. 39). Poirier Courbet ajoute que cela concerne « *la spécificité de l'enveloppe corporelle et son lien avec le moi* » (2015, p. 47). Peccia-Galletto (2009) explique également que l'attaque du corps touche la structure de la personnalité de la victime et en altère son expressivité. Pour elle, l'enveloppe psychocorporelle fait référence au Moi-Peau (Anzieu, 1995) et elle rappelle que chaque individu a besoin d'un étayage tant physique et biologique que psychique pour « *se sentir bien dans sa peau* » et non être « *à fleur de peau* » (2009, p. 147).

De ces symptômes décrits par différents auteurs nous pouvons dire que l'enveloppe psycho-corporelle d'une femme victime d'abus sexuel est mise à mal. Poirier Courbet traduit ces troubles de l'enveloppe par le fait que « *la femme victime de viol déserte son corps* » (2015, p. 46).

#### L'estime de soi et la confiance en soi :

Aussi, Salmona (2019) insiste sur la nécessité pour les accompagnants de victimes notamment psychiatres et psychothérapeutes de travailler l'estime de soi. En effet, pour cette psychiatre il est essentiel pour les victimes d'être revalorisées dans leurs compétences cognitives et intellectuelles. Les accompagner vers une reprise de confiance en elles pourra leur permettre de renouer avec des projets et de retrouver un élan vital essentiel à la prise d'initiatives et à l'insertion sociale.

#### L'image du corps :

D'autre part, un abus sexuel peut avoir un gros impact sur le rapport d'une femme à sa féminité. Rwagatare, docteur en sciences psychologiques et de l'éducation, décrit dans sa thèse la féminité comme « *ce que donne à voir la femme, attirante par sa parure, les fards, tout ce qui la rend belle* » (2017, p. 47). Poirier Courbet ajoute qu'il y a une « *effraction du corps réalisée pendant le viol* » (2015, p. 47). Pour l'auteur, « *ce qui touche au corps est une effraction du moi* » qui serait ainsi morcelé lors de l'abus. « *C'est une mise à mort identitaire* », et « *le moi et le processus identitaire s'inscrivent dans une image du corps* » (Poirier Courbet, 2015, p. 43). Aussi, Salmona (2017) rappelle que des blessures physiques peuvent être affligées à la victime lors de l'abus dans un objectif de mise sous contrainte par la force. Mais concernant la féminité, ce

qui distingue avant tout une femme d'un homme est sa capacité à porter et donner la vie. Concernant les femmes victimes de viol lors du génocide des Tutsi au Rwanda, l'objet de sa thèse, Rwagatare met en évidence que c'est le fait même d'être femme et de pouvoir donner la vie qui est attaqué, violé. En effet, ces femmes ont subi des atrocités telles que l'éventration ou la mutilation génitale aussi appelée excision. Nous rappelons également que le viol peut aboutir à une grossesse non désirée et à un avortement non sécurisé (OMS, 2012). Poirier Courbet confirme ainsi que le viol est « *un meurtre de genre qui touche le féminin en tant que tel* » (2015, p. 43). Ainsi, on comprend que la féminité et la maternité sont touchées et que l'image du corps est mise à mal pour les femmes victimes d'abus sexuel.

#### Le tonus :

L'ESPT, qui touche la plupart des victimes d'abus sexuel, peut se traduire de différentes manières. En effet, il entraîne un sentiment d'insécurité corporelle qui peut même parfois aller jusqu'à un désinvestissement de certaines parties du corps ou de certaines zones. Notamment, l'arrière du corps comme le dos pourrait être désinvesti car il est source d'angoisses du fait de ne pas être visible. Cette hypervigilance, se traduisant également par une hyper-réactivité sensorielle, entraîne de façon réactionnelle des dysphories émotionnelles. Celles-ci étant en étroite relation avec le tonus, l'hypertonie réactionnelle est un des symptômes les plus importants de l'ESPT (Saint-Cast & Scialom, 2016).

#### La dissociation corps-esprit :

Poirier Courbet (2015) exprime un clivage entre les mots et leur sens, entre la victime et ses émotions, tout comme Salmona parle d'anesthésie émotionnelle (2017). Van der Kolk parle, lui, d'« *engourdissement intérieur* » (2018, p. 28). L'auteur le traduit comme une envie désespérée d'aimer ses proches, sa famille, mais sans arriver à éprouver de réels sentiments profonds. On peut ainsi aisément faire le lien avec les conduites dissociantes décrites précédemment qui se traduisent par un clivage entre le corps et l'esprit. En effet, « *cela provoque par la suite des difficultés dans l'intégration corps-psyché* » (Poirier Courbet, 2015, p. 47). Ainsi, selon la définition donnée précédemment par Saint-Cast et Boscaini (2012), on peut dire que les conduites dissociantes expriment des désordres psychomoteurs. De plus, « *les deux termes conjoints de psycho et motricité [...] impliquent une articulation,*

*impossible à ignorer, entre corps et psychisme* » (Potel, 2010, p. 61). Il est donc difficile d'ignorer l'intérêt que pourrait avoir la psychomotricité dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel.

Les items présentés à savoir l'enveloppe, l'estime de soi et la confiance en soi, l'image du corps, le tonus et l'harmonie du corps et du psychisme, sont des items psychomoteurs (Potel, 2010). On peut donc en déduire que le psychomotricien pourrait faire partie des accompagnants de ces femmes victimes dans une démarche de reconstruction psycho-corporelle et psychomotrice.

### **3) La prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel**

Selon Amblard (2003) , les violences sexuelles sont « *comme de la glue : ça vous colle à la peau, au cœur et à l'âme ; et si vous essayez de vous nettoyer tout seul, vous risquez de vous embourber davantage, de vous y noyer* » (2003, p. 9). L'auteur souligne donc ici la nécessité pour les victimes d'être accompagnées dans une démarche de soin.

#### **a. Les recommandations**

Les recommandations pour une prise en charge efficace des victimes sont rares dans la littérature (OMS, 2012). En effet, en 2009 la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge des auteurs d'abus sexuels sur les mineurs de moins de 15 ans, puis en 2011 elle expose les protocoles à suivre concernant le repérage et le signalement des cas d'incestes sur mineurs par les médecins. En revanche, la prise en charge autre que curative des victimes reste une question à laquelle nous ne trouvons pas de réponse claire de sa part.

L'OMS propose en 2013 des recommandations cliniques et politiques pour lutter contre la violence sexuelle à l'encontre des femmes. Celles-ci vont en faveur de l'écoute et du non-jugement des victimes, et encouragent une prise en charge curative

rapide. L'OMS préconise une contraception d'urgence avec une information sur l'avortement sécurisé s'il y a une grossesse non désirée faisant suite à un viol, ainsi qu'un programme de soutien et d'accompagnement visant l'autonomisation des victimes. De même, le risque d'exposition aux infections sexuellement transmissibles telles que le VIH doit être examiné afin de décider d'une prophylaxie post-exposition avec la victime. Bien évidemment, les soins pour les éventuelles blessures causées par l'abus sexuel sont prescrits le plus rapidement possible.

Concernant la prise en charge psychologique, l'OMS recommande deux types de thérapies : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), et la Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), si celles-ci sont pratiquées par un personnel de santé formé, à l'encontre des victimes souffrant de stress post-traumatique, et particulièrement si celles-ci n'arrivent pas à faire face aux activités de la vie quotidienne. Salmona (2019) ajoute que la prise en charge doit se faire par des psychothérapeutes, psychologues et psychiatres formés spécialistes du psychotraumatisme. Pour cette psychiatre, leur rôle se définit en 5 tâches :

- Évaluer le risque de suicide ;
- Sécuriser l'espace de vie du patient et l'accompagner si cela est son souhait vers un hébergement d'urgence ;
- Prendre en charge les conduites addictives séquentielles ;
- Soulager les symptômes anxio-dépressifs et la souffrance psychique éventuellement avec le soutien d'un traitement médicamenteux ;
- Et elle ajoute qu'ils ont pour mission également de soulager la souffrance physique de la victime. Elle souligne cependant que « *la kinésithérapie, la relaxation, l'hypnose et les thérapies corporelles peuvent être d'un apport intéressant* » (Salmona, 2019) pour le traitement antalgique.

Ainsi, on peut voir que le corps médical soutient l'intérêt que peut avoir la thérapie corporelle dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel, au moins du point de vue du traitement de la douleur physique. De plus, le psychomotricien utilise « *des techniques corporelles, sportives, manuelles, ou des médiations telles que le jeu, l'expression artistique, l'éducation gestuelle, la relaxation psychomotrice* » pour mener à bien le projet thérapeutique de son patient (SNUP, 2019). On peut donc dire que la psychomotricité peut être une thérapie corporelle intéressante pour soulager la douleur chez les femmes victimes d'abus sexuel.

D'autre part, « *le psychomotricien évalue les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices* » (SNUP, 2019). Les émotions sont donc une part intégrante de la prise en charge psychomotrice. Aussi, « *le sens premier du care renvoie au registre des émotions et des affects* », « *il s'agit de soin, d'attention ou d'accompagnement* » (Morvillers, 2015, p. 3). L'auteur souligne la distinction entre le *cure* qui se rapporte au médical d'un point de vue technique, et le *care* qui y associe l'humanisation des soins, les affects, les émotions. La définition de la psychomotricité donnée par le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens va ainsi dans le sens du care. On peut donc dire que c'est dans ce champ que s'inscrit la discipline. De ce fait, c'est sur le *caring* de la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel que nous allons tenter de faire lumière.

### **b. Les compétences du psychomotricien**

Le décret de compétence du psychomotricien n°88-659 est paru au Journal Officiel le 8 mai 1988 (République française, 1988). Il stipule que les troubles tonico-émotionnels et de régulation tonique, les dysharmonies psychomotrices, les troubles de régulation émotionnelles et relationnelles et les troubles de la représentation du corps d'origine physique ou psychique sont des indications pour une prise en charge en psychomotricité. Ainsi, même si les abus sexuels sur les femmes ne sont pas cités en tant que tels, nous constatons que chacun des troubles qu'ils peuvent engendrer peuvent être des motifs de prise en charge psychomotrice.

### **c. Les différentes méthodes utilisées**

Pour Salmona (2019), les professionnels pouvant prendre en charge les femmes victimes d'abus sexuel sont les psychothérapeutes qui peuvent être des médecins, des psychologues et des psychiatres. Mais peu d'entre eux sont réellement formés à la psychotraumatologie et à la victimologie concernant ce type de violences. Si l'on s'intéresse au *caring* de la prise en charge, les psychologues et les psychiatres peuvent alors utiliser différentes techniques.

### Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) :

L'Organisation Mondiale de la Santé (2013) décrit la TCC comme une thérapie qui pose ses fondements dans le fait que notre pensée peut modifier nos émotions et notre comportement, contrairement à notre environnement, les personnes qui nous entourent, ou une situation donnée. En TCC, on considère que s'il y a un désordre ou un comportement inadapté c'est que le sujet a une vision déformée de la réalité qui doit être travaillée. Concernant le traumatisme, la prise en charge avec TCC va axer le travail sur l'exposition réelle ou imaginaire du sujet à ce qui a causé le traumatisme afin qu'il puisse comprendre les réactions corporelles inadaptées que celui-ci a pu engendré. L'idée est donc de pouvoir modifier la perception faussée de la réalité et les comportements qui y sont associés.

Les TCC diffèrent selon le type de traumatisme, mais cette technique fait partie des interventions les plus courantes en matière de violence sexuelle.

### La Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) :

Il s'agit d'une technique de « *désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires* » (OMS, 2013, p. 23). En effet, l'objectif de cette technique est que le sujet focalise son attention à la fois sur « *(a) des associations spontanées d'images, de pensées, d'émotions et de sensations corporelles traumatiques, et (b) une stimulation bilatérale, le plus souvent sous la forme de mouvements oculaires répétitifs* » (OMS, 2013, p. 23). L'EMDR n'expose pas le sujet aux stimuli de façon prolongée et ne rentre pas dans les détails du traumatisme contrairement aux TCC. Bouvier et Dellucci précisent que cette thérapie est particulièrement intéressante lorsque la mise en mots de la souffrance trouve ses limites. Elle permet d'atteindre des empreintes précoces qui se sont inscrites dans la mémoire avant l'âge de trois ans. Les auteures ajoutent que ces empreintes existeraient « *dans des structures archaïques du cerveau, en lien avec le corps, sous forme d'empreintes sensorielles* » (Bouvier & Dellucci, cités par Smith, 2016, p. 79). Van der Kolk (2018) soutient particulièrement cette méthode qu'il juge très efficace pour le traitement du stress post-traumatique.

### La méditation pleine conscience :

La méditation pleine conscience développe deux aspects chez le sujet. Le premier est le fait de pouvoir se concentrer sur le moment présent, d'arriver à ressentir

pleinement ce qui lui arrive et de sortir d'un schéma d'enchaînements de pensées. Il s'agit d'« être » et non plus de « faire ». Le deuxième aspect se rapporte à la capacité de pouvoir mettre à distance la pensée pour pouvoir être observateur de sa propre activité psychique. Pour cela, l'attention est portée sur l'environnement sensoriel du sujet comme les sons ou les odeurs, mais aussi et plus souvent sur la respiration ou les différentes parties du corps. L'objectif est de pouvoir s'ancrer dans le présent et de ne plus s'identifier à ses pensées. Lors d'un vécu traumatique et notamment de l'ESPT l'attention se porte sur chaque stimulus rappelant le traumatisme. Avec la méditation pleine conscience, le sujet apprend à prendre du recul sur ses pensées traumatiques et à s'ancrer dans le présent. Il développe également sa concentration et son attention dans le but de faciliter les activités quotidiennes parfois embrumées par les symptômes intrusifs (Barois, cité par Smith, 2016). Van der Kolk (2018) encourage vivement cette médiation. Pour lui, elle est « *à la base de la guérison* » (p. 283). En effet, il rappelle que les victimes de traumatisme(s) vivent avec des sensations liées à l'évènement traumatique parfois insupportables. La méditation pleine conscience permet de comprendre que « *quand on prête attention à ses sensations, on peut reconnaître les fluctuations de ses émotions et, ainsi, mieux les contrôler* » (Van der Kolk, 2018, p. 283).

#### L'hypnose :

« *L'hypnose est un état modifié de conscience, au cours duquel une personne se dissocie temporairement d'une situation, tout en restant en contact avec le monde environnant* » (Simon, cité par Smith, 2016, p. 172). Cette technique est un processus dit actif, c'est-à-dire qu'il agit bien au-delà d'une simple séance et sans que le sujet ne s'en aperçoive obligatoirement. Ce n'est que par la suite que le sujet prend conscience des changements qui se sont opérés. L'entourage est souvent déterminant dans cette prise de conscience. Nous traversons quotidiennement des états hypnotiques lors de moments de rêverie. On parle alors d'autohypnose. L'hypnose, qu'elle soit naturelle ou provoquée, nous permet de mettre à distance les émotions dont nous souffrons de façon provisoire. La durée de cette dissociation peut varier de quelques secondes à quelques jours. Mais concernant les abus sexuels, l'autohypnose n'est pas salvatrice. Au contraire, elle entretient et renforce la souffrance. Le but de l'hypnose dans la prise en charge de ce traumatisme est de décentrer le sujet de ce qui le fait souffrir, de lui permettre cette dissociation afin de mettre au point un travail de reconstruction,

d'apaisement et de pacification de la victime. L'hypnose est très efficace contre l'ESPT qu'elle soit effectuée en prévention ou en traitement de celui-ci (Simon, cité par Smith, 2016).

Ces quatre techniques appelées thérapies brèves sont les plus fréquemment utilisées dans la prise en charge des victimes d'abus sexuel. La psychanalyse, qui vise à explorer le psychisme humain pour l'analyser tout en permettant au patient de s'allonger sur un divan, est également une thérapie très utilisée dans la clinique des abus sexuels. La médiation est dans ce cas la parole. La psychothérapie dynamique ou les thérapies systémiques sont également évoquées par certains auteurs, de même que la thérapie dite émotionnelle, la thérapie de groupe ou la thérapie par le jeu (Salmona, 2019). L'auteure appelle cependant à la vigilance. Pour elle, il faut faire attention à ne pas utiliser uniquement des techniques dissociantes qui mettent à distance les affects traumatiques comme la méditation pleine conscience ou l'hypnose. Il est primordial de pouvoir désamorcer le traumatisme de l'évènement qui s'y rattache et donc de pouvoir à un moment de la prise en charge se confronter aux émotions vécues (Salmona, 2019).

Ces techniques peuvent être utilisées par des psychothérapeutes, psychologues ou psychiatres formés. Mais les psychomotriciens pourraient-ils eux aussi prétendre à être formés à ces techniques qui semblent impliquer le corps ? D'autres part, elles sont dites thérapies « brèves ». Pourrait-on en déduire que les techniques qui incluent le corps sont plus efficaces ?

#### **d. La médiation corporelle**

##### La médiation :

« *La médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » (Potel Baranes, 2007, p. 9). Elle est un objet que l'on peut créer et partager avec l'autre, support des émotions et de la relation de ceux qui la partagent. Elle propose cet espace « entre » les membres d'un groupe qui à la fois distinct et lie.

Giromini ajoute que la médiation permet un passage d'un état psychique à un autre, une transition qui s'autonomise par la suite (selon Lesage, 2012). Les aptitudes

et la personnalité de la personne qui l'emploie, de même que le cadre dans lequel la prise en charge s'inscrit et bien évidemment le patient et sa problématique, vont déterminer le choix de la médiation. Celle-ci doit favoriser l'échange et la relation entre le soignant et le soigné, mais n'a pas pour objectif de transmettre un savoir de façon unilatérale (Giromini, cité par Lesage, 2012). Pour l'auteure, la médiation encourage à se représenter, penser, transformer nos ressentis en comportements ou objets grâce à sa fonction dite « miroir » au cours d'une thérapie.

### Le corps :

Au-delà de sa construction physique et anatomique, le corps est considéré en psychomotricité comme subjectif et support de l'imaginaire. Il s'exprime dans le mouvement, l'émotion et la relation à l'autre et à son environnement. Le corps permet de ressentir, d'échanger, de s'adapter au monde qui l'entoure par des actions ou des réactions. « *Il est le lieu de la réalisation de la personnalité et le médiateur de toutes les actions mais aussi la limite de la liberté individuelle* » (Saint-Cast & Boscaini, 2012, p. 12). Cannon ajoute également que « *nos corps sont les textes qui portent les souvenirs* » (cité par Van der Kolk, 2018, p. 254). En effet, le corps évolue dans le temps et dans l'espace et traduit la santé mentale de l'individu. L'objectif d'une prise en charge psychomotrice est d'harmoniser les ressentis et les comportements en tenant compte de l'entourage et de l'environnement de vie de l'individu, sa personnalité, ses envies (Saint-Cast & Boscaini, 2012). Il est donc le lieu et l'outil fondamental à l'expérience de la vie dont la psychomotricité tente de consolider l'équilibre.

### La médiation corporelle :

La médiation corporelle met le corps au cœur de la relation à l'autre et en fait « *le principal objet médiateur d'expression* » (Potel Baranes, 2007, p. 9). Une médiation est considérée comme corporelle quand elle fait intervenir le corps, que cela soit pour ses performances ou tout aussi bien pour ses capacités de réalisation. Ainsi les sports, le théâtre, le mime, sont des médiations corporelles au même titre que le dessin, la musique, le modelage, etc.

Avec la médiation corporelle, le prise en charge psychomotrice « *tend vers l'équilibre entre ressenti, action et expression, sur la base de stimulations fonctionnelles* » (Saint-Cast & Boscaini, 2012, p. 13).

Les médiations citées précédemment à savoir les TCC, l'EMDR, la méditation pleine conscience et l'hypnose font du corps le principal objet médiateur de réception et d'expression de la souffrance. On peut ainsi considérer que ce sont des médiations corporelles. Les psychomotriciens pourraient donc y avoir accès, d'autant plus que « *c'est sur la base des changements des vécus et représentations du corps, que sont rétablies la contenance et la fluidité corporopsychique* » lors des soins psychomoteurs (Saint-Cast & Scialom, 2016, p. 5). Van der Kolk (2018) insiste également sur le fait que le traumatisme doit être abordé selon trois grands axes : le cerveau, le corps et l'esprit. Autrement dit, la psychomotricité pourrait probablement être bénéfique dans la prise en charge du traumatisme lié à un abus sexuel.

#### **4) Problématique**

Comme nous l'avons vu, et les différentes associations avec lesquelles nous avons été en contact l'ont confirmé, les femmes victimes d'abus sexuel(s) se voient redirigées vers deux catégories de professionnels : des psychologues, et si la prise en charge a besoin d'être soutenue par une prise médicamenteuse, des psychiatres. Il est donc intéressant de poser la problématique suivante : Dans quelle mesure prenons-nous soin du corps dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels ? Une prise en charge corporelle est-elle toujours une bonne indication pour ces femmes ? Le corps est-il considéré par les psychologues ? De quelle façon ? Si ces psychologues ont également la formation de psychomotriciens, sont-ils plus sensibles à cette question du corps ?

La prise en charge des victimes d'abus sexuels est peu abordée dans la recherche, quelle que soit la discipline. Elle est d'autant plus rare du côté de la psychomotricité malgré le lien qui semble évident entre la clinique et une prise en charge tant psychique que corporelle.

Cette étude est donc exploratoire et analytique. Son objectif est de faire un premier sondage sur la prise en charge proposée actuellement aux femmes victimes d'abus sexuel(s). Nous allons pour cela interroger les professionnels directement

confrontés à cette clinique, et le partage de leur expérience nous permettra de comprendre la place accordée au corps dans ce type de prise en charge.

Nous nous attendons à ce que les psychologues également psychomotriciens considèrent d'autant plus le corps et les items psychomoteurs dans leur pratique que les psychologues n'ayant pas la formation de psychomotricien. Ainsi, nous supposons que les psychologues psychomotriciens proposeront un panel plus important de techniques corporelles pour la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels.

## **II. Méthodologie de l'étude**

Potel (2010) décrit le métier de psychomotricien comme un métier de soin et de relation humaine, né avec le professeur Ajuriaguerra en 1988. Cette discipline est riche de la multiplicité des secteurs dans lesquels elle s'exerce, et de ses différents modes d'intervention. En effet, elle peut concerner tous les âges de la vie, du bébé prématuré à la personne âgée, en passant par tous les types de handicaps.

La psychomotricité est une discipline au croisement de beaucoup d'autres. Mais elle fait avant tout partie des sciences humaines, et nous sommes forcés d'admettre que l'humain est en perpétuelle évolution. De ce fait, la recherche en psychomotricité est importante pour permettre aux psychomotriciens d'intégrer des données récentes et ainsi proposer aux patients des prises en charge les plus cohérentes et efficaces possible (Potel, 2010). C'est donc dans cette démarche que l'étude a été menée.

### **1) Les participants et l'éthique**

6 psychologues cliniciens âgés de 30 à 64 ans et ayant au minimum 6 années d'expérience ont été interrogés : trois psychologues, et trois psychologues également psychomotriciens.

Chez les psychologues, nous avons interviewé une femme et deux hommes, âgés de 30 à 50 ans et ayant entre 6 et 25 années d'expérience, en libéral, en institution ou en association.

Chez les psychologues psychomotriciens, deux femmes et un homme, âgés de 30 à 64 ans et ayant entre 6 et 39 années d'expérience, en libéral ou en institution ont répondu à notre entretien. Les données récoltées concernent leur pratique en tant que psychologues, et non en tant que psychomotriciens.

La participation est sur la base du volontariat. Les caractéristiques de la population sont synthétisées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1  
Les données sociodémographiques des participants à l'étude

	Sexe	Âge	Expérience	Lieu de pratique	Formation corporelle	Orientation
<b>Psychologue 1</b>	H	30 ans	6 ans	Association spécialisée	Non	Psychanalytique
<b>Psychologue 2</b>	F	34 ans	10 ans	Libéral	Non	Psychanalytique
<b>Psychologue 3</b>	H	50 ans	25 ans	Libéral + Médecine légale + Association	Hypnose EMDR	Systemicien
<b>Psychologue / Psychomotricien 1</b>	H	64 ans	39 ans	Libéral	Art-thérapie Psychodrame Equithérapie	Psychanalytique
<b>Psychologue / Psychomotricien 2</b>	F	/	7 ans	Libéral Collège	Hypnose	Psychanalytique
<b>Psychologue / Psychomotricien 3</b>	F	30 ans	6 ans	UEMA	Stimulations basales Shiatsu et Reïki	Non renseignée

Un document expliquant les objectifs de cette étude (cf. Annexe n° 1 : Document de présentation du projet d'étude, p. 105) a été distribué à chaque psychologue participant pour qu'il prenne connaissance de façon claire et concise du cadre de celle-ci. Il détaille l'intérêt de cette étude pour la recherche ainsi que la méthodologie choisie et les conditions devant être réunies afin de la mener à bien.

D'autre part, un formulaire de consentement (cf. Annexe n° 2 : Le formulaire de consentement, p. 106) a été signé avant chaque entretien. Celui-ci insiste sur le fait que les entretiens sont soumis à un enregistrement détruit après retranscription, que les données ne sont utilisées que dans le seul but de mener à bien l'étude, et que l'anonymat est garanti.

## 2) Le guide d'entretien et l'entretien

Des entretiens semi-directifs avec ont été menés avec ces six professionnels. L'entretien semi-directif est apparu comme la méthode la plus appropriée pour répondre aux objectifs fixés. De plus, l'interviewer ne devant pas trop intervenir, les professionnels sont dans le partage d'expérience et non soumis à un interrogatoire qui peut leur donner un sentiment intrusif et de jugement de leur pratique. Les réponses des participants pourront permettre une interprétation tant qualitative que quantitative des données, mais elles viseront surtout à développer notre savoir sur le thème abordé (Imbert, 2010).

Selon Imbert (2010), le guide d'entretien regroupe le discours de l'interviewé par thèmes. Pour cela, des questions posées doivent être ouvertes afin de laisser à notre interlocuteur la possibilité et la liberté d'exprimer tout ce dont il a envie, ce qui garantit une information détaillée et donc de qualité. Cela permet également à l'interviewer d'éventuellement découvrir des facettes du phénomène étudié dont il n'avait pas connaissance au préalable (Fenneteau, 2015). Le guide d'entretien sert de point de repère permettant à l'interviewer de vérifier que tous les thèmes ont été abordés (Imbert, 2010). Ici, le guide d'entretien aborde les sept thèmes suivants dans l'ordre, du plus large au plus précis :

- L'identité des psychologues interrogés ;
- Les caractéristiques des abus sexuels ;
- Les principaux axes de travail lors de la prise en charge de ces femmes ;
- Les techniques utilisées ou proposées en complément d'une thérapie ;
- La place du corps dans la prise en charge ;
- Les indications pour un travail corporel ;
- Les contre-indications pour un travail corporel.

Ce guide (cf. Annexe n° 3 : Le guide d'entretien, p. 107) n'induit aucune prise de note ce qui permet de maintenir le plus favorablement possible le contact relationnel lors de la passation de l'entretien.

Les entretiens ont duré entre 35 minutes et 1 heure 15 minutes. La passation a été effectuée en face à face pour deux des trois psychologues non psychomotriciens, et via le réseau Skype pour les autres dont la distance qui nous séparaient était

supérieure à 500 kilomètres. En effet, cela a permis plus de facilité et de flexibilité dans l'organisation des entretiens. Selon Fenneteau (2015), cette passation via un écran d'ordinateur ne provoquerait pas de biais significatif à l'étude. Les verbatim de ces entretiens sont en annexe (Annexes n° 4 à 9, p. 109-250).

### **3) Préparation des entretiens**

Nous cherchions au départ des psychologues cliniciens spécialisés dans la clinique des abus sexuels.

#### **a. Les associations**

Un premier contact par téléphone a pu se faire avec deux associations. Les responsables respectives ont toutes les deux demandé de leur envoyer un mail afin d'avoir une trace écrite de la démarche et des détails concernant ce projet d'étude. Le document de présentation du projet d'étude leur a été joint ainsi qu'un curriculum vitae pour qu'elles puissent avoir une idée de notre parcours et de notre identité professionnelle. Ce mail nous a également permis de demander de fixer un rendez-vous avec les psychologues de chaque association pour que nous puissions leur expliquer de vive voix la démarche et le cadre dans lequel s'inscrit ce projet d'étude.

La première association n'a pas souhaité que nous nous déplaçons pour une rencontre avec les professionnels. La responsable a elle-même présenté le projet et les professionnels étaient libres de nous contacter si celui-ci les intéressait. Cette association se compose, entre autres professionnels, d'environ huit psychologues spécialisés dans la clinique de l'abus sexuel. Seulement un d'entre eux nous a contactés. Celui-ci nous a permis de mener notre premier entretien. Malgré nos relances, la responsable de cette association n'a pas souhaité que l'on organise une rencontre avec les autres professionnels qui ne nous ont finalement pas contactés.

La seconde association, après de nombreuses relances, nous a finalement répondu qu'elle n'était pas intéressée par le projet, de même que d'autres associations un peu moins spécialisées que nous avons contactées entre temps.

## **b. Évolution du cadre de l'étude**

Le second professionnel ayant accepté de participer à cette étude s'est trouvé être psychologue mais également psychomotricien, et non spécialisé dans la clinique des abus sexuels. Nous avons estimé que cela pouvait apporter un biais significatif à l'étude prévue initialement. Nous avons donc décidé de changer un peu le cadre de celle-ci et d'interroger des psychologues non spécialistes mais qui ont déjà eu affaire à la clinique de l'abus sexuel. Ceux-ci formeraient le premier groupe. Le second groupe serait composé de psychologues ayant eu affaire à cette clinique mais ayant aussi une formation de psychomotricien. La comparaison de ces deux groupes nous permettrait de mettre en évidence une éventuelle différence d'orientation vers un professionnel de la médiation corporelle en fonction de si le professionnel est sensibilisé ou non à la thérapie psychomotrice.

Nous avons continué à faire appel à tout notre réseau professionnel et personnel. Cela prenait toujours la même forme : un contact téléphonique puis un envoi par mail des documents nécessaires à la compréhension du cadre de l'étude, moyen par lequel nous pouvions fixer un rendez-vous. Nous faisons également des relances téléphoniques chaque semaine. Cela a fini par porter ses fruits mais plus d'un an s'est écoulé pendant cette recherche de participants.

## **4) Analyse des données**

Pour cette étude, l'analyse qualitative thématique semble pertinente. En effet, elle permet de synthétiser les données sous la forme d'un schéma appelé « *arbre thématique* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.236) avec une intention plus descriptive qu'interprétative, ce qui convient à l'objectif de l'étude. D'autre part, elle apparaît particulièrement pertinente pour l'analyse de données venant d'entretiens, et ce d'autant plus lorsque le nombre de d'entretiens est faible.

Nous avons choisi la thématisation continue, ce qui signifie que les arbres thématiques ont été construits au fur et à mesure de l'étude et n'ont été terminés qu'à la fin de l'analyse de tous les verbatim. Celle-ci demande plus de temps et de rigueur

mais permet « *une analyse vraiment fine et riche du corpus* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.241).

L'arbre thématique est un organigramme hiérarchique horizontal qui permet une représentation « *synthétique et structurée* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.261) de l'essentiel d'un propos. Chaque arbre est fait de branches appelées « *axes thématiques* » (Paillé & Mucchielli, 2016, p.279) permettant l'observation d'un cheminement de pensée. Un arbre a été construit pour chaque thème abordé, de même que pour les données sociodémographiques de chaque participant. Ainsi, 7 arbres thématiques ont été construits par participant, soit 42 arbres en tout. Cette représentation visuelle facilite la recherche d'information de même que la mise en évidence des ressemblances et des dissemblances entre les différents arbres. De ce fait, l'interprétation des données est rendue plus efficace. Les informations qui s'éloignent de la grille d'entretien n'apparaissent pas sur les arbres. Cependant, il ne s'agit pas de les éliminer. Elles sont mises de côté et seront interprétées par la suite.

A partir de ces arbres, la construction de trois synthèses de résultats a pu être possible : la première compare les participants du groupe de psychologues, la seconde compare les psychologues également psychomotriciens, et la dernière propose de mettre en évidence les ressemblances et dissemblances entre ces deux groupes. Étant donné le volume conséquent des arbres thématiques ceux-ci n'apparaissent pas à la suite de ces propos mais en annexe de l'étude (Annexes n°10 à 15, p. 251-287), malgré leur évidente importance dans ce travail.

### **III. Données et interprétations**

Ces données synthétisées découlent de l'analyse des arbres thématiques construits à partir des verbatim de chaque participant. Les synthèses suivent le déroulement du guide d'entretien.

#### **1) Données du groupe des psychologues**

##### **a. Les praticiens**

Les trois psychologues interrogés sont deux hommes et une femme ayant entre 30 et 50 ans et avec 6 à 25 ans d'expérience dans la clinique des abus sexuels. Ils travaillent de façon très variée : en libéral, en institution (médecine légale hospitalière avec un pôle thérapeutique), et en association spécialisée dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels. Deux d'entre eux (psychologues 1 et 2) ont des références essentiellement psychanalytiques, et le troisième est systémicien. Nous avons ainsi une diversité de pratiques très importante. Ce psychologue systémicien (Psychologue 3) est formé à l'hypnose et à l'EMDR mais ne considère pas que ce sont des pratiques corporelles. Cependant, tous les trois disent être sensibilisés à l'approche corporelle par sensibilité personnelle ou ouverture d'esprit. Les psychologues 1 et 2 considèrent également que l'approche corporelle fait partie de leur formation initiale en psychologie, notamment lorsqu'ils abordent les questions de la psychosomatique et du non verbal où le corps du patient mais aussi le corps du thérapeute sont mis en avant.

##### **b. Les abus sexuels**

Selon les entretiens, les victimes d'abus sexuels correspondent à 5 à 8% des prises en charge, et 70 à 90% des victimes sont des femmes. Ces chiffres sont élevés et justifiés par les thérapeutes par le fait que les victimes consultent plus facilement car le tabou autour des abus sexuels est moins important qu'il y a quelques années, et notamment pour les hommes. En revanche, deux des thérapeutes (psychologues 2

et 3) ont évoqué le fait que la honte et la culpabilité sont particulièrement importants chez les hommes et que ces sentiments touchent à des représentations encore peu dépassées, ce qui fait qu'ils consultent moins que les femmes. Adultes, les hommes seraient selon les interviewés moins à risque que les femmes. Cependant, dans l'enfance, selon un des thérapeutes (psychologue 2), un petit garçon peut tout autant subir un abus sexuel qu'une petite fille. D'autre part, la psychologue femme (psychologue 2) va même jusqu'à dire qu'une femme sur deux qui consulte en libéral rapporterait des faits d'abus sexuels. Deux des praticiens (psychologues 2 et 3) expliquent qu'il est préférable pour une femme victime d'abus sexuel d'aller consulter une psychologue femme plutôt qu'un homme.

Les psychologues évaluent que parmi leurs patientes 50 à 90% des abus sexuels sont des viols dont la majorité sont commis par un membre de la famille proche, ce qui induit une répétition parfois sur plusieurs années, souvent pendant l'enfance et l'adolescence lorsque le sujet est le plus vulnérable. En effet, les praticiens le justifient par le fait que l'agresseur connaît les habitudes de l'enfant et peut exercer un chantage affectif car celui-ci a confiance en lui. Le viol sur adulte serait quant à lui plus rare. Les agressions sexuelles seraient beaucoup moins fréquentes que les viols. La plupart du temps l'agresseur serait un inconnu, donc les agressions sexuelles seraient plus ponctuelles et hasardeuses, selon les interviewés.

Le temps passé entre l'abus et le moment où les femmes viennent consulter est très variable. En effet, les praticiens évoquent des cas de femmes qui viennent consulter quelques mois après l'abus, comme plus de soixante ans après. Les psychologues justifient cette grande amplitude par le fait que toutes les victimes ne sont pas égales face à l'impact d'un traumatisme sexuel et que les effets de ce traumatisme peuvent apparaître de façon plus ou moins différée. D'autres part, les thérapeutes nous transmettent leur réticence quant au fait de venir consulter trop vite après un trauma. Pour eux, après un traumatisme la victime va mettre en place des défenses et créer un nouvel équilibre qu'il n'est pas forcément judicieux de bouleverser tout de suite. C'est en général plutôt quand cet équilibre est perturbé car des réminiscences traumatiques sont arrivées à la conscience que la personne consulte. Les femmes qui consultent dans les mois qui suivent l'abus sont principalement celles qui portent plainte tout de suite et qui sont ainsi prises en charge par la médecine légale, selon le praticien concerné (psychologue 3). Il explique que dans ce type de service, les psychologues sont « *des chirurgiens du trauma* » (Annexe n°6, p. 162). Ils

organisent le premier temps de la prise en charge, gèrent « *le feu du trauma* » (Annexe n°6, p. 163), et accompagnent les victimes vers cet équilibre que nous venons d'évoquer. Aussi, il est important de souligner que les praticiens s'accordent pour dire que les agressions sexuelles ont le même impact psychique sur les victimes que les viols ou les climats dits incestuels<sup>1</sup>. De même, ils insistent sur le fait que l'abus subi ne constitue pas le motif de consultation. Celui-ci émerge la plupart du temps au cours de la thérapie.

Concernant les prises en charge de leurs patientes parallèles à leur thérapie, certaines ont une prise en charge psychiatrique avec un traitement médicamenteux à savoir des antidépresseurs ou des anxiolytiques. Cependant, leurs patientes ne seraient que 10 à 20% dans ce cas. La plupart seraient même contre le fait de prendre un médicament car elles ont déjà subi l'abus et ne veulent pas en plus subir un traitement. Certaines disent même qu'il serait plus juste que les séances soient financées par l'agresseur, selon un des participants (psychologue 2). Concernant les autres prises en charge, elles sont variables et dépendent des troubles et plaintes associées, selon les interviewés. Du côté de la thérapie, certaines font de l'hypnose et participent à des groupes de danse ou de shiatsu menés par des psychologues. Sinon, les thérapeutes rapportent également que certaines femmes font aussi du yoga.

### **c. Les principaux axes de travail**

Les psychologues ne parlent pas vraiment d'axes de travail mais partent de ce que leur amène leur patiente. Il s'agit de l'association libre. Cependant, ils sont particulièrement attentifs à la place de l'abus dans le quotidien actuel de la personne, sur sa vie affective et professionnelle. En effet, l'un d'entre eux (psychologue 3) évoque le danger du « *moi-symptôme* » (Annexe n°6, p. 180) qui ferait que la personne a l'impression que tout ce qu'elle fait, dit ou pense, est guidé par ce qui lui est arrivé. Aussi, les psychologues repèrent les effets du syndrome de stress post-traumatique avec les réveils nocturnes, les rêves traumatiques ou cauchemars, les flash, et les impacts de l'angoisse sur leur quotidien. Ils font également une évaluation clinique de la résilience de leurs patientes. Un d'entre eux (psychologue 3) évoque spontanément

<sup>1</sup> Le terme « incestuel » est à différencier du terme « incestueux ». Il s'agit d'un climat incestuel. Il n'y a pas de passage à l'acte révélé.

la prise en compte de la confiance en soi et de l'estime de soi ainsi que de l'image du corps dans ses prises en charge. Cette dernière est la plus repérable pour ces professionnels qui évoquent une façon de s'habiller particulière qui cache les formes de la femme, ou des comportements qui exprimeraient l'envie de cacher ce qui est visible de leur féminité. L'un d'entre eux (psychologue 3) précise que certaines victimes passent directement du statut d'adolescente au statut de mère, sans passer par la « *phase de femme* » (Annexe n°6, p. 174), comme s'il s'agissait d'annuler la féminité.

Lorsque nous avons amené la question de l'enveloppe, ils ont tous évoqué l'importance d'un cadre contenant et sécurisant permettant une pleine écoute pour la victime. Celle-ci peut ainsi se confier plus facilement. Les patientes viendraient en effet éprouver la contenance du thérapeute. Aussi, selon l'un des professionnels (psychologue 1), le dispositif de double-écoute ferait partie de l'enveloppe institutionnelle dans le cadre de sa pratique. Pour lui, la co-thérapie permet de faire tiers dans la thérapie et d'éviter ainsi l'aspect traumatique lié au fait de se retrouver « *seul sans témoin* » (Annexe n°4, p. 122).

D'autre part, le travail de la confiance en soi et de l'estime de soi évoque aux professionnels l'importance pour ces femmes de prendre conscience de tout ce qu'elles sont en dehors de l'abus qu'elles ont subi. Pour eux, il est nécessaire dans la thérapie de faire appel à leur ressources internes et de les faire exister en tant que sujets par le biais de ce qu'elles aiment, les domaines dans lesquels elles sont douées et félicitées, etc. Selon eux, une des principales étapes de la thérapie consiste à ce qu'elles prennent conscience qu'elles ont été victimes à un moment donné mais qu'elles ne le seront pas toute leur vie. L'un des praticiens (psychologue 3) traduit cette positivité avec la phrase suivante : « *je travaille avec le comment je vais mieux plus que sur le pourquoi je vais mal* » (Annexe n°6, p. 181). La confiance et l'estime de soi sont également perceptibles dans la façon dont ces femmes s'expriment verbalement, selon leurs thérapeutes.

Les trois psychologues sont d'accord sur le fait que les femmes victimes d'abus sexuels peuvent exprimer différentes choses par le corps lors d'une thérapie. Certaines vont être « *coincées dans leur corps* » (Annexe n°4, p. 124) et exprimer une rigidité qui s'assouplit avec le temps lorsque qu'elles ont une meilleure confiance en leur thérapeute. Et d'autres, à l'inverse, ne vont pas pouvoir se lever tout de suite à la fin de leur séance car elles ne sentiront pas leurs jambes assez solides pour les porter.

Ces données ne sont pas traduites en termes psychomoteurs par les participants, mais on peut dire qu'il s'agit du tonus avec l'hypertonie ou l'hypotonie. Ces caractéristiques toniques peuvent s'observer dans les postures mais aussi dans la façon de serrer la main en arrivant et en repartant après la séance, d'après les interviewés.

Les praticiens comprennent tous la dissociation comme un mécanisme de défense nécessaire à la survie du psychisme lors de l'abus. En effet, lors d'un abus sexuel le corps est un objet, l'objet d'une pulsion, selon eux. La victime est niée dans son identité, dans sa capacité à être sujet. Ainsi, le psychisme se dissocie du corps pour se préserver. Selon les psychologues, cela serait une façon inconsciente pour les victimes de dire « *tu as mon corps mais tu n'auras pas le reste* » (Annexe n°6, p. 182). Les thérapeutes expliquent que le mécanisme de dissociation peut également s'observer dans la vie sexuelle et amoureuse des patientes. Elles auraient tendance à séparer les deux, à éprouver de l'amour pour une personne mais à ne pas lui accorder sa sexualité, alors qu'elles pourraient avoir une sexualité avec une personne pour laquelle elles n'éprouvent aucun sentiment amoureux. En amour, la sexualité serait restée à un stade plus infantile, comme si le passage au stade érotisé n'était pas possible, selon un des interviewés (psychologue 3). Les praticiens évoquent également l'ambivalence liée à ce mécanisme : la dissociation a permis la survie, mais elle pose aussi problème dans le quotidien des femmes après le traumatisme. Il est pour eux important de pouvoir renvoyer ces éléments à leurs patientes dans la mesure de ce qu'ils perçoivent de leur capacité à l'entendre.

Les professionnels sont tous les trois convaincus de l'importance de la prise en compte des éléments tels que l'enveloppe, la confiance en soi, l'estime de soi, l'image du corps, le tonus et la dissociation, dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels.

#### **d. Les techniques possibles**

Deux des quatre thérapies brèves exposées en introduction sont pratiquées par le psychologue systémicien (psychologue 3) : l'hypnose et l'EMDR. Il soutient l'efficacité et l'utilité de ces techniques notamment pour appréhender « *le feu du trauma* » (Annexe n°6, p. 163). Les deux autres participants à l'étude aux références

psychanalytiques (psychologues 1 et 2) manifestent en revanche des questionnements quant au suivi des victimes après ces thérapies brèves. Ils soutiennent le fait qu'un vrai travail de fond sur le traumatisme ne peut se faire que sur du long terme, et qu'« *il y a toujours un risque à essayer de travailler trop vite* » (Annexe n°4, p. 127). Ainsi, la temporalité de la patiente peut ne pas être respectée et il peut y avoir un déséquilibre potentiellement dangereux dans les défenses mises en place par la victime. Cependant, ils évoquent la possibilité pour leurs patientes de suivre ce type de thérapie en parallèle d'une thérapie plus classique sur le long cours. Les Thérapies Cognitivo-Comportementales seraient particulièrement intéressantes pour apprendre à gérer les crises d'angoisses.

### Nuage de mots 1

Mise en évidence de l'importance des techniques possibles citées par les psychologues



En dehors de ces techniques, les participants gardent en tête des médiations qui peuvent être le jeu de cartes, de rôles, le dessin pour travailler les représentations, le modelage, ou le photolangage (c'est-à-dire un travail à partir de photos) qui semble particulièrement important pour ces professionnels au regard du nuage de mots 1. Pour les praticiens, ces médiations sont particulièrement bénéfiques lorsque la personne présente des difficultés à s'exprimer par le langage oral. Aussi, un des thérapeute (psychologue 2) explique que le divan peut faire partie du dispositif mais que celui-ci est à double tranchant car la position allongée peut faire écho à la position traumatique.

Ces psychologues peuvent également recommander certaines pratiques comme le yoga, le shiatsu, l'aïki taïso, la relaxation, la cohérence cardiaque, le théâtre ou la sophrologie. La danse, individuelle ou en couple, est également recommandée par les trois professionnels. Celle-ci permettrait selon eux, en couple, de travailler sur les enjeux de tonicité entre les partenaires, la présence et l'absence. Un des psychologues (psychologue 3) cite le tango qui mettrait également en jeu les représentations du féminin et du masculin. Le sport en général est fortement recommandé par les professionnels car ils estiment qu'il est important de « *mettre en mouvement le corps dans quelque chose de sécurisé* » (Annexe n°5, p. 144). D'autre part, le professionnel favorable aux thérapies brèves (psychologue 3) explique l'intérêt du sport dont les gestes peuvent être antidépresseurs. En effet, il fait le lien entre l'EMDR et le sport avec les mouvements bilatéraux qui sont utilisés en thérapie pour libérer et « *guérir* » (Annexe n°6, p. 189) l'amygdale (centre cérébral des émotions situé au niveau du lobe frontal) des émotions négatives. Ainsi, il évoque les sports tels que la natation, le vélo, la marche ou la course qui permettraient une action directe sur cette région du cerveau. De même, la production artistique faisant appel à l'imaginaire semble très importante pour les thérapeutes qui évoquent la sculpture, la peinture, le dessin, l'écriture, et la poésie. L'art de façon générale selon les thérapeutes permettrait à l'imaginaire de la personne de prendre « *le relai sur la réalité* » (Annexe n°6, p. 189).

Les psychologues valident tous les trois l'intérêt de la relaxation dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel(s). Un d'entre eux (psychologue 2) émet cependant un questionnement quant au lâcher prise qui peut être angoissant avec cette médiation. D'autre part, il évoque, tout comme pour le divan, le danger de faire revivre la position traumatique à la patiente.

Le point sur lequel ont bien insisté tous les participants de ce groupe est qu'il faut que la patiente ait le choix de la technique qu'elle souhaite aborder. Le thérapeute est là pour la guider, lui faire des propositions, mais il faut que la patiente investisse la médiation pour que celle-ci soit efficace pour elle. Chaque technique a du bon selon les participants à l'étude. L'important est surtout de prendre « *du plaisir* » (Annexe n°5, p. 150). Ils évoquent aussi le fait que la plupart du temps leurs patientes vont chercher d'elles-mêmes ces médiations à l'extérieure de la thérapie afin d'apprendre à maîtriser leurs angoisses.

### **e. La mobilisation du corps, les indications et contre-indications**

Selon les trois participants, le corps est « *toujours en jeu* » (Annexe n°4, p. 129) dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels, car le patient est avant tout un corps et que c'est celui-ci qui se présente en premier lieu. Un des thérapeutes (psychologue 1) rajoute également que le professionnel peut lui-même mobiliser parfois le corps de ses patientes. Cela n'est pas systématique mais possible, et cela dépend du clinicien et de sa façon d'exercer. L'importance de prendre en charge le corps pour ces femmes est évidente et « *éminente* » (Annexe n°6, p. 191) pour nos trois participants. Ils évoquent le fait que nous vivons dans un corps avant tout et que « *si on ne travaille pas autour de ça, on loupe pas mal de choses* » (Annexe n°6, p. 192). Ils expriment ainsi l'importance de s'occuper des patientes dans leur globalité.

La psychologue (psychologue 2) peut dire que, pour elle, tout est sujet à être travaillé corporellement, même au-delà de la clinique des abus sexuels. Ses deux confrères évoquent, eux, plutôt les douleurs chroniques et la souffrance corporelle ainsi qu'une faible confiance en soi et estime de soi comme les principales indications vers un travail plus corporel. Tous sont également attentifs au fait de retrouver le sentiment d'exister et de se réapproprier son corps devenu objet au moment de l'abus. Les participants s'accordent à dire que toutes les patientes peuvent être réorientées vers un travail corporel dès lors qu'elles en manifestent l'intérêt et l'envie.

En revanche, il y aurait certaines contre-indications pour ce type de travail, notamment le non-respect de la temporalité de la personne évoqué par deux des participants (psychologues 2 et 3). Pour eux, le corps s'effondre dans le premier temps de la prise en charge et il est intouchable pendant cette période. Le travail corporel est envisageable plutôt dans un second temps. Et la contre-indication la plus importante et faisant l'unanimité parmi les professionnels est le non-consentement de la patiente. En effet, si l'on n'entend pas le désir et la limite des patientes, le risque est de répéter le trauma en leur imposant une chose à laquelle elles ne consentent pas. Cette question de limite, de frontière entre l'intime, le privé et le public n'aurait que peu de sens pour les femmes victimes d'abus sexuels. Pourtant, elle peut avoir un impact sur la maternité, la parentalité, la relation de couple ou le travail, et il est important pour elles que leur thérapeute soit en capacité de l'entendre.

Analysons maintenant ce que pensent les psychologues ayant également la formation de psychomotriciens, et si leurs connaissances corporelles associées ont un impact sur leurs réponses.

## **2) Données du groupe des psychologues psychomotriciens**

### **a. Les praticiens**

Les trois psychologues également formés en psychomotricité sont deux femmes et un homme ayant entre 30 et 64 ans et avec 6 à 39 ans d'expérience. Ils travaillent en libéral ou en institution, collège privé ou Unité d'Enseignement en Maternelle pour enfants Autistes. Ils ne prennent en charge les femmes victimes d'abus sexuels que dans leur pratique en libéral. Cependant, ils peuvent également côtoyer ce type de problématique en institution et notamment dans le domaine du handicap. En dehors de la psychomotricité, ces professionnels ont suivi de nombreuses formations impliquant le corps : art-thérapie, psychodrame, équithérapie, hypnose, stimulations basales, Shiatsu et Reiki. Deux d'entre eux sont d'orientation psychanalytique.

### **b. Les abus sexuels**

Selon les participants de ce groupe, les abus sexuels concerneraient environ 10% des femmes reçues en cabinet libéral. Il ne s'agit pas toujours de leur demande initiale mais elles viennent la plupart du temps pour l'expression d'un symptôme. Le seul homme de ce groupe (psychologue psychomotricien 1) rajoute également qu'il reçoit beaucoup d'hommes avec cette problématique. De plus, la personne travaillant dans un collège (psychologue psychomotricien 2) explique sa constatation d'une augmentation significative du cyber-harcèlement ces deux dernières années. Elle considère que les effets traumatiques peuvent être assimilables à ceux des suites d'une agression sexuelle. Ce cyber-harcèlement se fait selon elle par les réseaux sociaux et peut notamment être la transmission de photographies intimes. Globalement, les praticiens expliquent que les adolescentes se mettent plus en danger

que les adultes en répétant de façon inconsciente la situation à risque notamment avec une présentation hyper sexualisée et une distance à l'adulte non adaptée, ce qui correspond à des facteurs de risque importants pour les viols ou les agressions sexuelles. Les adultes, eux, seraient plus susceptibles de vivre un viol qu'une agression sexuelle. Les thérapeutes précisent malgré cela que les conséquences seraient similaires entre les deux types d'abus.

Les abus sexuels les plus fréquents parmi leurs patientes sont des viols répétés, qui débutent dans l'enfance et prennent fin au début de l'adolescence. Ces viols sont principalement commis par des membres de la famille proche, des personnes de confiance ou qui ont autorité sur la personne. La répétition peut ainsi s'installer sur plusieurs années. Leurs patientes ayant vécu cela mettraient globalement plus de temps à consulter que les autres, ce qui peut correspondre à plusieurs années. Selon les praticiens, l'auteur peut également être un inconnu ou une connaissance éloignée, ce qui expliquerait le caractère plus ponctuel de certains abus. Les thérapeutes rapportent qu'un abus ponctuel entraîne une consultation plus rapide, parfois dans le mois qui suit l'abus, notamment chez les jeunes. La durée entre le moment de l'abus et la première consultation psychologique est ainsi très variable, d'après les praticiens. Un des thérapeutes (psychologue psychomotricien 1) exprime également son impression que les femmes consultent quand même plus facilement qu'auparavant.

Un des participants (psychologue psychomotricien 2) n'a pas répondu à certaines de ces questions car il n'a pas d'expérience auprès de femmes adultes ayant cette problématique. Concernant les deux autres psychologues psychomotriciens, les avis divergent au niveau des prises en charge parallèles à la thérapie. En effet, un des participants (psychologue psychomotricien 3) peut dire que certaines femmes ont parfois une prise en charge parallèle mais que cela est loin d'être systématique, et que celle-ci serait principalement médicamenteuse avec une prise d'antidépresseurs. Le second (psychologue psychomotricien 1) en revanche, exprime une prise en charge parallèle à la thérapie très fréquente et pouvant suivre différents chemins. Selon lui, les patientes peuvent faire d'elles-mêmes la démarche de voir d'autres praticiens comme des ostéopathes, des guérisseurs ou des acupuncteurs. Le thérapeute peut également proposer à ses patientes une prise en charge psychiatrique en premier lieu avec une prise d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques, mais peut également réorienter ses patientes vers une prise en charge psychomotrice pour diminuer les effets du syndrome de stress post-traumatique, renforcer le lien corps-esprit, et essayer des

techniques de relaxation. Il précise cependant qu'il n'adresse ses patientes qu'à des professionnels envers lesquels il a confiance.

### **c. Les principaux axes de travail**

Tout d'abord, les praticiens psychologues psychomotriciens précisent qu'il ne s'agit pas pour eux d'avoir des axes de travail, mais de partir de ce qu'amènent leurs patientes, de leurs demandes. Ils utilisent ainsi l'association d'idées pour faire émerger les réminiscences du trauma, les rêves traumatiques, les cauchemars, les défenses psychiques mises en place, les lapsus, et les émotions lors de leurs séances, et ce dans un respect maximal de la temporalité de leur patiente afin d'éviter la répétition du trauma.

Ils expliquent et constatent cependant que l'enveloppe est particulièrement observée au cours de la thérapie notamment au niveau du dessin, du vocabulaire utilisé par la patiente, mais aussi dans la façon dont elle décrit son chez elle. L'investissement du chez soi serait pour une des thérapeutes (psychologue psychomotricien 2) une prolongation de l'enveloppe corporelle. Selon elle, le fait qu'elle laisse ou non rentrer les gens chez elle serait entre autres un indice concernant son sentiment de sécurité ou d'insécurité interne. Les praticiens expliquent que les difficultés d'enveloppe peuvent également se percevoir dans la façon de s'habiller des femmes : si elles sont très couvertes ou non, avec de longues manches, etc. Mais elles peuvent également se traduire par un besoin constant de bouger parce que la patiente « *ne supporte pas d'être coincée dans des endroits* » (Annexe n°9, p. 240). De plus, ils rajoutent que cette question de l'enveloppe peut être travaillée avec la mise en place d'un cadre sécurisant permettant à la personne de se « *reconstruire en confiance* » (Annexe n°9, p. 240). Il s'agit là de pouvoir par exemple fermer les portes et respecter l'intimité des victimes.

Aussi, l'estime de soi et la confiance en soi, en l'homme et plus généralement en l'autre, retiennent l'attention de nos praticiens. L'une d'entre eux (psychologue psychomotricien 3) parle de comportements régressifs comme le fait de se mettre en position fœtale lors des séances.

L'image du corps peut également, d'après les thérapeutes, se traduire selon différentes modalités chez les femmes victimes d'abus sexuels. L'hyper contrôle du

corps et la maigreur peuvent être l'expression de difficultés dans ce domaine, expriment-ils. Aussi, les psychologues psychomotriciens estiment qu'un abus sexuel attaque, perturbe et dévalorise l'image du corps des femmes. Ils constatent que les représentations du masculin et du féminin s'en trouvent bouleversées, de même que la capacité pour ces femmes à s'identifier au féminin.

Les difficultés toniques seraient également observables au niveau des postures courbées ou redressées, soient hypertoniques ou hypotoniques, ainsi qu'au niveau de l'hyper vigilance de ces femmes, selon nos trois participants.

Concernant la dissociation, les thérapeutes l'observent principalement dans la dépersonnalisation des victimes dont le sentiment d'exister en tant que sujet est affaibli. Aussi, la personne travaillant dans le domaine du handicap (psychologue psychomotricien 3) précise que c'est le seul point cité qui ne peut pas vraiment s'observer chez les personnes dépourvues de langage oral. Celles-ci font ainsi du corps, et particulièrement des problématiques toniques et d'enveloppe, un outil de communication essentiel.

Une des professionnels (psychologue psychomotricien 2) rajoute également qu'elle est très attentive à la façon dont ces femmes investissent la sexualité. En effet selon elle, les victimes d'abus peuvent avoir des troubles sexuels pouvant s'exprimer par un vaginisme ou une frigidité, ce qui peut ainsi fragiliser leur vie sexuelle et affective et avoir un impact sur leur quotidien.

Les trois praticiens disent être particulièrement attentifs à ces questions et gardent toujours en tête les items de l'enveloppe, la confiance en soi et l'estime de soi, l'image du corps, le tonus et la dissociation dont ils ont de nombreux exemples d'expression. Pour eux, les signes corporels sont essentiels car ce sont eux qui arrivent en premier lors des consultations.

#### **d. Les techniques possibles**

Parmi les deux professionnels aux références psychanalytiques, un (psychologue psychomotricien 2) pratique l'hypnose et juge cette technique comme étant parmi les plus intéressantes pour le trauma. Le second (psychologue psychomotricien 1) a le divan comme possible dispositif de prise en charge. Sur les

trois psychologues psychomotriciens, celui pratiquant l'hypnose est tout à fait favorable aux thérapies brèves comme le sont aussi l'EMDR, la Méditation pleine conscience ou la TCC. Les deux autres thérapeutes (psychologues psychomotriciens 1 et 3) évoquent les thérapies brèves avec plus d'appréhension, et notamment l'EMDR. En effet, ils s'interrogent sur les conditions de suivi des patientes et sur l'effet de ces thérapies à long terme. Ils disent ne pouvoir les recommander que si le suivi est bien fait et sur du long terme, et surtout si telle est la demande de la patiente. L'un d'entre eux (psychologue psychomotricien 1) ne pourrait adresser de lui-même une patiente que pour une TCC afin de traiter les comportements d'évitement. Mais pour lui cela ne résoudrait pas l'angoisse et n'est jamais arrivé. Ils restent vigilants sur le suivi des patientes car ils estiment que quelques séances ne peuvent être efficaces sur le long terme. Les effets et répercussions peuvent en effet selon eux n'apparaître que bien après les séances. Pour nos trois praticiens, si la personne n'est pas suivie, cela serait comme un abandon thérapeutique qui se rajouterait à l'abandon qu'elles ont subi au moment du traumatisme.

La personne favorable aux thérapies brèves (psychologue psychomotricien 2) l'est également pour d'autres thérapies mettant en jeu le corps telles que le psychodrame avec une mise en scène de situations, la sophrologie, l'art-thérapie, le jeu ou la relaxation. Cependant, elle précise que le corps peut être mis en mouvement avec d'autres activités qui ne sont pas nécessairement thérapeutiques, notamment le sport comme la danse ou le yoga, ou les activités d'expression de soi comme le dessin ou l'écriture. En revanche, ce discours contraste avec celui d'un autre participant (psychologue psychomotricien 1) qui considère que la mise en mouvement du corps doit se faire dans un cadre thérapeutique pour que les effets en soient réellement bénéfiques dans la prise en charge du trauma. Pour lui, le meilleur accompagnement de cette problématique est une prise en charge en psychomotricité. Cependant, il peut également réorienter ses patientes vers d'autres professionnels ayant formés ou en tout cas ayant une réflexion sur le traumatisme, comme des psychiatres, des médecins généralistes, des ostéopathes etc. Pour lui, cette spécificité viendrait également de la personnalité des professionnels et de leur intérêt pour une pratique corporelle. Selon lui, celle-ci peut être la danse thérapie, le yoga avec des techniques plus actives, le psychodrame en groupe car cela sécurise les patientes d'autant plus quand il y a une réticence à parler, ou des médiations progressives et souples telles que la relaxation.

Nuage de mots 2  
Mise en évidence des techniques possibles citées par les psychologues  
psychomotriciens



Concernant la relaxation, les thérapeutes s'accordent sur le fait que cette technique n'est peut-être pas adaptée en début de prise en charge car la confiance avec le praticien doit bien s'installer avant. Cependant, elle est fortement recommandée afin de « *les reconnecter avec leur corps* » (Annexe n°9, p. 246), comme l'indique le nuage de mots 2. Elle pourrait effectivement être un objectif à long terme et permettrait de montrer l'acceptation du toucher de l'autre comme bienveillant et sécurisant selon les praticiens.

Aussi, deux des participants (psychologues psychomotriciens 1 et 3) opposent leur point de vue quant à la façon de mener une thérapie avec une femme victime d'abus sexuels. Le premier (psychologue psychomotricien 1) estime qu'avec ce type de vécu les victimes ont besoin d'un cadre assoupli. Cela peut toucher la rythmicité des séances. Pour lui, ces personnes ont particulièrement besoin d'être portées psychiquement. Pour cela, il estime qu'il est important de communiquer ses propres ressentis à la patiente et de ne pas la laisser dans le silence. Le second participant (psychologue psychomotricien 3), au contraire, estime que les silences sont très importants dans ce type de thérapie car ils permettent à la patiente d'élaborer et de vivre les choses corporellement.

En somme, les praticiens ne sont pas tous convaincus par les thérapies brèves mais le sont en revanche par toute forme de mise en mouvement du corps. La psychomotricité est très présente dans leur discours comme le montre le nuage de mots 2. Ils insistent également sur le fait que ces pratiques sont très complémentaires d'une thérapie classique mais qu'elles ne peuvent pas la remplacer si l'on souhaite faire un travail de fond. L'efficacité de chaque technique dépend de la personnalité des patientes qui doivent la choisir et l'investir.

#### **e. La mobilisation du corps, les indications et contre-indications**

Les deux praticiens aux références psychanalytiques (psychologues psychomotriciens 1 et 2) estiment que le corps des patientes ne peut pas être mobilisé par le professionnel lors d'une thérapie. La médiation est la parole, donc « *on ne touche pas le patient* » (Annexe n°7, p. 213). La personne qui pratique l'hypnose (psychologue psychomotricien 2) précise que le corps est engagé avec cette technique mais qu'il n'est pas touché par le thérapeute. Le troisième participant (psychologue psychomotricien 3) dit en revanche que le corps pourrait être mobilisé par le thérapeute si celui-ci y est sensible.

Tous les participants de ce groupe sont d'accord sur le fait que le corps se mobilise de lui-même et traduit des émotions et un vécu. Il se mobiliserait d'autant plus lorsqu'un contenu psychique émerge à la conscience. Ils donnent les exemples du regard, une personne qui se recroqueville ou qui adopte une posture régressive, des mouvements de mains, une voix qui bégaye, la tête qui tourne, ou des larmes, etc. D'autre part, mobiliser le corps de ces femmes est pour eux « *fondamental* » (Annexe n°7, p. 214) et « *essentiel* » (Annexe n°9, p. 246) afin qu'elles puissent se réapproprier leur corps et le reconnecter avec leur psychisme. L'un des participants (psychologue psychomotricien 2) précise même : « *ça commence par là et ça se termine par là* » (Annexe n°8, p. 229).

Les indications pour un travail corporel sont multiples pour les participants de ce groupe. Ils nomment l'état tonique, l'hyper contrôle et la non capacité à lâcher prise, les douleurs, les phénomènes psychosomatiques, les situations phobiques, le désinvestissement du corps au niveau sensoriel, moteur ou sensori-moteur,

l'évitement de la relation comme mécanisme de défense trop envahissant, la confiance en soi perturbée, l'enveloppe psycho-corporelle effractée ou non sécurisante, l'image du corps dégradée, et le fait de ne pas aimer et prendre soin de son corps. Deux d'entre eux (psychologues psychomotriciens 1 et 2) nomment également l'impossibilité de mener une vie amoureuse et les troubles ou le désinvestissement de la sexualité. Une professionnelle (psychologue psychomotricien 2) précise que dans ce cas-là il serait envisageable d'adresser la patiente à un sexothérapeute pour qu'il travaille avec elle sur la reconstruction d'une représentation mentale d'une sexualité adaptée et du fonctionnement du système génital. Pour cette praticienne beaucoup de femmes abusées n'auraient pas une représentation correcte « *de leur appareil génital et de l'intériorité de leur utérus* » (Annexe n°8, p. 230). Les trois participants s'accordent également à dire que ces indications dépendent avant tout de la patiente, où elle en est, si elle est prête ou non au niveau de sa confiance en elle et en l'autre, et de sa demande. La temporalité du trauma dépendra de la distance avec l'évènement, de son caractère potentiellement répétitif et de l'intensité des symptômes. Enfin, l'un des professionnels (psychologue psychomotricien 1) a pu dire qu'il n'est pas toujours bon de travailler le corps d'emblée. Cependant, une consœur (psychologue psychomotricien 3) a exprimé que certaines patientes veulent travailler le corps en premier car elles n'ont pas envie d'élaborer tout de suite alors que d'autres veulent d'abord faire un travail psychique car le corps est trop brûlant. Cela dépend des défenses psychiques inconscientes mises en place, selon la praticienne. Les psychologues psychomotriciens insistent en somme sur l'importance de laisser le choix de la thérapie et du thérapeute à la patiente.

En revanche, il existe également pour eux des contre-indications au travail corporel pour les femmes victimes d'abus sexuels. La première, et celle qui met d'emblée tous les professionnels d'accord, est le non consentement de la patiente à savoir si elle n'est pas prête ou qu'elle n'a pas de demande. Le travail corporel serait vécu comme intrusif. Ils précisent que c'est une contre-indication valable pour toutes les prises en charges mais qu'elle est particulièrement importante pour les femmes qui ont subi un abus sexuel dont le non consentement n'a pas été entendu. Les autres contre-indications à un travail corporel seraient pour les thérapeutes le fait d'être trop près du trauma, l'ampleur trop importante de l'état dissociatif, des troubles somatiques ou de la phobie du contact, de la relation ou de toute médiation, une angoisse trop forte, des maladies somatiques, certaines douleurs, ou encore une structure

psychotique notamment la paranoïa avec des délires de persécution. Pour qu'une prise en charge fonctionne il faudrait donc, selon les dires des participants, demander à la patiente quel âge elle souhaiterait que son thérapeute ait, plus ou moins âgé qu'elle, le sexe du thérapeute et la médiation qu'elle souhaiterait utiliser : plutôt la parole ou plutôt le corps. Les professionnels émettent cependant leur avis sur le sexe du thérapeute : pour une femme abusée, la plupart du temps par un homme, il serait préférable qu'elle soit prise en charge par une femme.

En somme, pour les psychologues psychomotriciens, dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels « *on peut proposer, dire que c'est à disposition et la personne dispose* » (Annexe n°9, p. 250).

### **3) Comparaison des deux groupes et interprétations**

Les praticiens des deux groupes analysés sont à la fois homogènes de par l'âge des participants et leurs référentiels, et complémentaires au niveau du sexe des participants et de leur expérience. En effet, les trois psychologues ont une expérience de plusieurs années dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels, tandis que les psychologues psychomotriciens n'ont pour deux d'entre eux (psychologues psychomotriciens 2 et 3) qu'une expérience indirecte. En effet, ils ont pu côtoyer ce type de problématique mais n'ont pas pris en charge ces patientes. En revanche, une des psychologues psychomotricienne (psychologue psychomotricien 3) a également côtoyé cette problématique dans le domaine du handicap. La diversité des participants apporte une richesse certaine aux données récoltées mais ne permet pas de les généraliser.

#### **a. Leurs parcours**

Nous pouvons tout d'abord observer que les psychologues psychomotriciens font globalement plus de formations complémentaires corporelles que les psychologues, en dehors de la psychomotricité. Nous pouvons penser qu'étant sensibilisés à la dimension corporelle avec leur formation psychomotrice ces psychologues ressentent

davantage que les autres l'importance et le besoin d'exploiter ce versant de la prise en charge.

### **b. Les chiffres donnés et leurs interprétations**

D'autre part, le nombre de prises en charge de femmes victimes d'abus sexuels diffère selon les praticiens. Cela peut s'expliquer par leurs différents lieux de pratique ainsi que la différence des sexes des thérapeutes. Nous pouvons nous demander : les thérapeutes femmes reçoivent-elles plus de femmes victimes d'abus sexuels que les hommes ? Au vu des entretiens avec les thérapeutes hommes et de la comparaison des chiffres avec l'entretien de la psychologue femme (5 à 10% contre 1 femme sur 2 soit 50%) ainsi que de leurs recommandations, nous pouvons supposer que oui, ces femmes iraient plus facilement voir des thérapeutes femmes que des hommes. Et concernant les hommes, iraient-ils plus facilement consulter un thérapeute homme ? En effet, les deux professionnels évoquant le nombre important de prises en charge de victimes hommes sont des hommes, un thérapeute appartenant à chaque groupe (psychologue 3 et psychologue psychomotricien 1). On peut ainsi penser que l'inverse peut également être vrai : les hommes victimes d'abus iraient plus facilement voir des thérapeutes hommes. Mais alors les victimes iraient-elles voir un thérapeute du même sexe qu'elles ? Ou n'iraient-elles pas voir de thérapeute du même sexe que leur agresseur ?

Tous les professionnels sont d'accord sur la nature majoritaire des abus et l'identité de l'agresseur. La majorité des abus sont des viols sur mineurs par un membre de la famille proche induisant un caractère répétitif sur plusieurs années. Pour ces mineurs, les agressions sexuelles sont moins fréquentes que les viols et sont commises par un inconnu. En revanche, concernant les adultes, la plupart des abus sexuels seraient des viols par un inconnu. Les adultes seraient beaucoup moins à risque que les enfants ou adolescents car ils auraient moins de comportements de mise en danger. Aussi, les hommes adultes seraient moins à risque que les femmes, alors qu'ils le seraient tout autant en tant qu'enfants ou adolescents. Ces données vont dans le sens et précisent la partie théorique de ce travail explicitée précédemment.

Le temps passé entre l'abus et le moment où les femmes viennent consulter est très variable selon tous les thérapeutes. Au vu des entretiens, on peut dire que les

femmes, lorsqu'elles portent plainte, vont dans un premier temps consulter un psychologue en service de médecine légale pour « *gérer le feu du trauma* » (Annexe n°6, p. 163), dans l'année qui suit le traumatisme, si le service en question propose ce type de suivi. Ensuite, elles iraient préférentiellement en association spécialisée où, à nouveau, elles seraient reçues dans ce but de gérer les conséquences psychiques liées au traumatisme sexuel. Puis, celles qui « *sont passées à travers toutes les mailles* » (Annexe n°6, p. 169), révéleraient leur vécu au cours d'une thérapie en libéral de nombreuses années après. Mais l'abus ne serait pas leur motif initial de consultation. Les adolescentes consulteraient plus rapidement que les femmes adultes selon les thérapeutes. On peut penser qu'elles sont encouragées à consulter par leurs proches, leurs parents, des adultes référents, dans les cas d'abus extrafamiliaux. Mais cela n'est pas toujours une démarche qui leur est bénéfique d'après les psychologues.

Concernant les prises en charges parallèles à une thérapie, les deux groupes évoquent une variabilité importante allant de la prise en charge psychiatrique et médicamenteuse aux groupes plus ou moins thérapeutiques de danse, shiatsu ou yoga pouvant être une proposition du thérapeute. Ils témoignent aussi de prises en charges ostéopathiques ou d'autres prises en charges médicales en fonctions des plaintes somatiques de la patiente. Cependant, les psychologues psychomotriciens évoquent également des prises en charges telle que l'acupuncture ou le fait de faire appel à un guérisseur. On pourrait interpréter cela comme un intérêt plus grand chez les psychomotriciens pour les prises en charges qui sortent du domaine strictement médical ou thérapeutique, mais le nombre de participants est trop faible pour une telle interprétation.

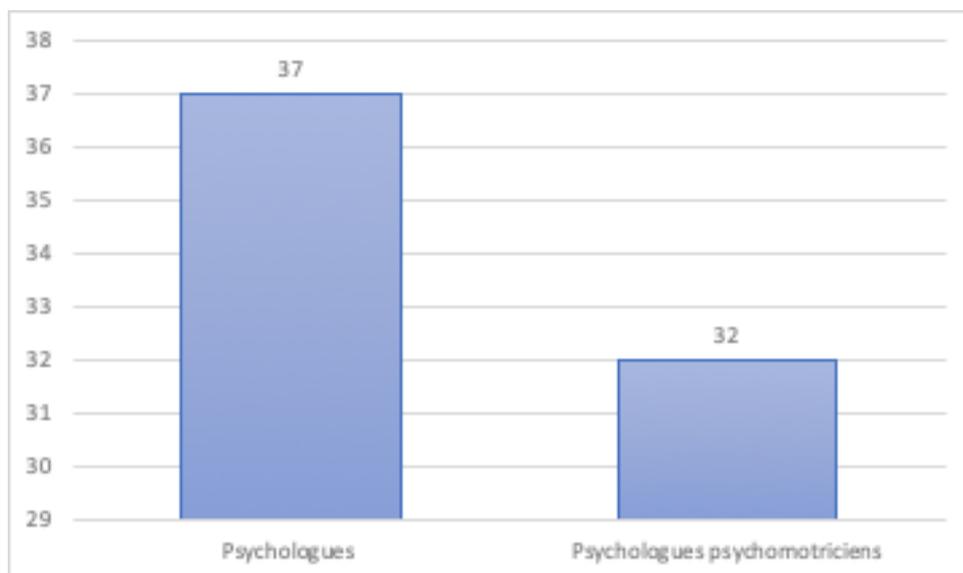
### **c. Les items psychomoteurs pris en compte et les potentielles techniques**

Les items psychomoteurs que nous avons choisis de questionner à savoir l'enveloppe, la confiance en soi et l'estime de soi, l'image du corps, le tonus, et la dissociation corps-esprit, sont considérés comme importants voire « *extrêmement importants* » (Annexe n°6, p. 195) par les psychologues. Les psychologues psychomotriciens ont également validé leur importance. Ces items peuvent s'évaluer

tout au long des séances, de la posture dans la salle d'attente à la façon de dire au revoir, en passant par tout le contenu de la séance, par les phases d'effondrement ou de tension, les postures, les réactions, le discours, et la façon de gérer tout ça par les patientes. Nous pouvons remarquer que les psychologues psychomotriciens illustrent leurs propos avec plus d'exemples que les autres thérapeutes. En effet, nous pouvons aisément supposer que leur formation psychomotrice a permis un regard thérapeutique plus aguerri quant aux signes corporels. Cependant, les psychologues n'ayant pas la formation de psychomotriciens se saisissent facilement des concepts psychomoteurs et font des liens avec leur pratique. En effet, même si les items psychomoteurs ne sont pas évoqués spontanément mais repris, nous pouvons voir sur l'histogramme 1 ci-dessous qu'ils sont plus souvent évoqués chez les psychologues n'ayant pas la formation de psychomotriciens.

Histogramme 1

Nombre de fois où les items psychomoteurs sont évoqués chez les psychologues et chez les psychologues psychomotriciens

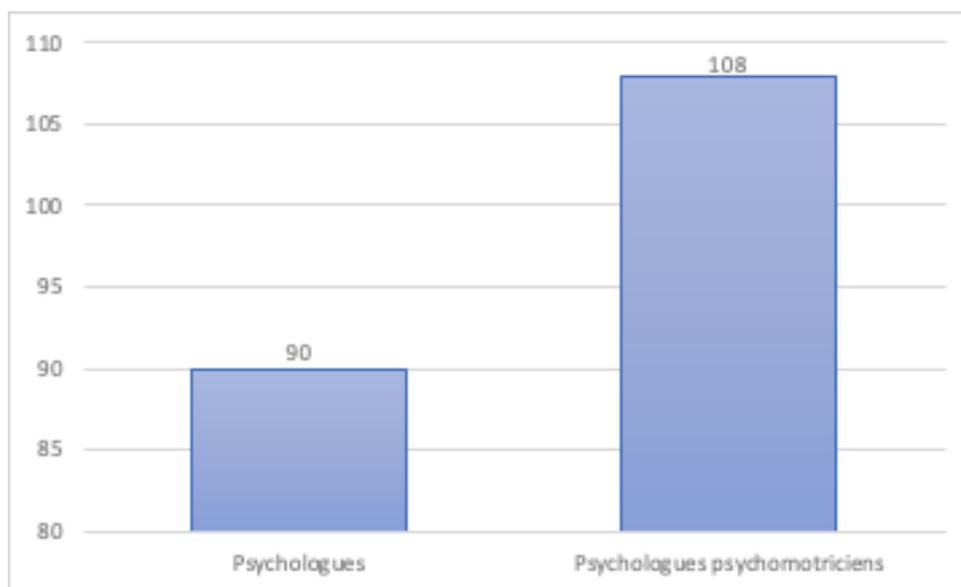


Pour pouvoir les appréhender, les participants ont évoqué différentes techniques (cf Nuage de mots 1 p. 69 et Nuage de mots 2 p. 77). Globalement, ils seraient plutôt réticents aux thérapies brèves mais la moitié d'entre eux valident tout de même l'intérêt que pourrait avoir l'hypnose pour les femmes victimes d'abus sexuels. La TCC est également présentée comme pertinente par la moitié d'entre eux pour la gestion des éventuelles crises d'angoisses. De nombreuses autres techniques thérapeutiques ou

non sont préconisées par les thérapeutes avec comme idée sous-jacente la mise en mouvement du corps qui semble évidente pour tous les participants. Nous remarquons également que les techniques corporelles apparaissent plus souvent dans le discours des psychologues psychomotriciens, comme l'indique l'histogramme 2 ci-dessous.

Histogramme 2

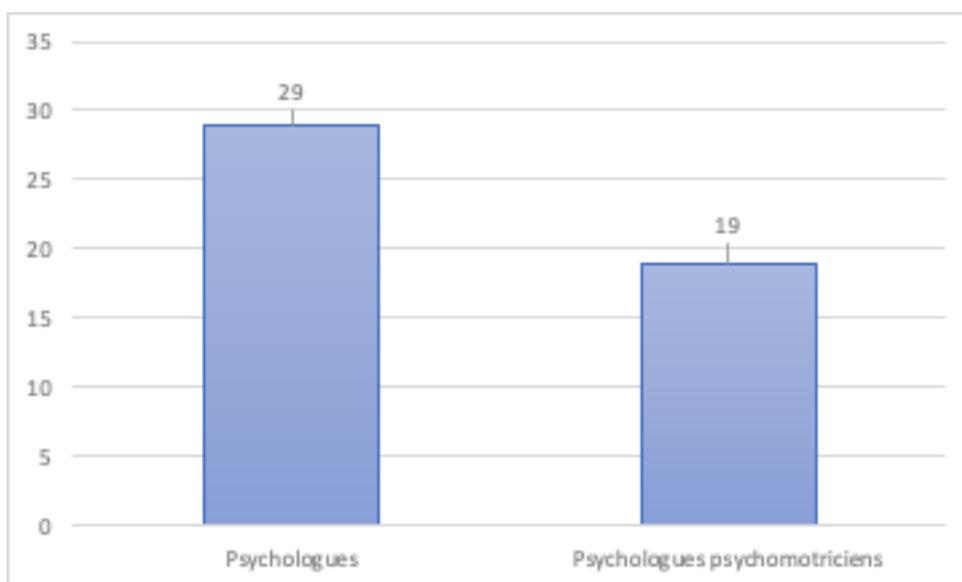
Nombre de fois où les techniques corporelles sont évoquées par les psychologues et par les psychologues psychomotriciens



Cependant, malgré le fait que les techniques corporelles soient plus présentes dans le discours des psychologues psychomotriciens, il n'est pas négligeable de constater que les psychologues qui n'ont pas la formation de psychomotricien proposent un panel de techniques corporelles différentes bien plus important que les psychologues psychomotriciens, comme l'indique l'histogramme 3 ci-dessous.

## Histogramme 3

Nombre de techniques corporelles différentes évoquées par les psychologues et par les psychologues psychomotriciens



Nous pouvons imaginer qu'étant plus spécialisés dans les techniques corporelles que les psychologues n'ayant pas de formation psychomotrice, les psychomotriciens n'évoquent que les médiations ou techniques qui leur semblent les plus efficaces, tandis que les psychologues auraient proposé toutes les médiations corporelles auxquelles ils pouvaient penser.

Le psychologue systémicien (psychologue 3) parle du corps comme du « *grand oublié* » (Annexe n°6, p. 172). Tout comme ses confrères et consœurs, il évoque le corps comme ce qui a été effracté en premier lieu mais aussi ce dont on va se préoccuper en dernier. Tous les professionnels qui connaissent cette problématique s'accordent pour dire que le traumatisme est passé par le corps et que celui-ci doit être pris en considération. Le professionnel évoqué précédemment estime que nous devrions faire évoluer les mentalités à ce sujet dans notre pays.

La relaxation est principalement travaillée avec des psychomotriciens, pouvant être approfondie bien évidemment par d'autres formations complémentaires. Cette technique a été approuvée par tous les participants à cette étude comme pouvant avoir de nombreux bienfaits sur les femmes victimes d'abus sexuels. Cependant, beaucoup d'entre eux alertent sur le fait qu'une prise en charge en relaxation peut être vécue comme très intrusive dans le premier temps de la thérapie. Il nous semble cependant important de pouvoir informer les patientes de sa nature ainsi que de son adaptabilité

si celles-ci nous questionnent au début d'une prise en charge. En effet, la posture prise n'est pas toujours allongée, et il n'y a pas nécessairement de contact direct ou indirect avec des objets médiateurs. L'information aux patientes mais également aux professionnels qui les accueillent nous semble donc particulièrement importante à développer à ce sujet.

D'autre part, un participant de chaque groupe (psychologue 2 et psychologue psychomotricien 3) a pu exprimer le fait que certaines patientes préfèrent travailler d'abord le psychisme et d'autres d'abord le corps. Cela est en effet très personnel selon eux. Aussi, un d'entre eux (psychologue psychomotricien 3) précise qu'il a pu remarquer que pour les patientes il est parfois plus facile de se confier à un psychomotricien plutôt qu'à un psychologue, tout comme il est parfois plus facile de travailler le corps avec un psychologue plutôt qu'avec un psychomotricien. Cette personne pointe ainsi du doigt la question de ce que nous renvoyons aux patientes en tant que thérapeutes. Cela nous fait dire qu'il est important en tant que thérapeute de pouvoir s'adapter, se former, et réorienter les patientes si nous ne pouvons pas répondre à leur demande.

En d'autres termes, et comme l'ont dit tous les participants, il est important que la patiente puisse avoir le choix concernant le thérapeute et les techniques qu'elle souhaite utiliser afin qu'elle s'en saisisse et que le travail puisse être amorcé. D'autre part, un des thérapeute (psychologue 3) précise ce point en disant que la thérapie n'est qu'un « *outil parmi d'autres* » (Annexe n°6, p. 186), et que chacune doit choisir ce qui lui correspond.

#### **d. La demande, la temporalité et le consentement**

Comme nous l'avons vu, tous les professionnels ont exprimé l'importance de prendre en charge le corps pour ce type de traumatisme. Un des psychologues (psychologue 3) a même cité cette phrase de Freud « *Le moi est avant tout un moi corporel* » (1923) (Annexe n°6, p.173). En thérapie avec un psychologue, le corps est toujours mobilisé car il est ce que la personne présente en premier lieu, il vit, et les psychologues non psychomotriciens en ont tout à fait conscience. Mais il peut également être travaillé ou non avec le thérapeute en fonction de la personnalité, l'intérêt et la formation de celui-ci. En revanche, le psychomotricien reste initialement

formé à cette question du corps et donc plus à même de le travailler avec les patientes. Mais la réorientation vers un psychomotricien est encore trop rare. Un seul participant (psychologue psychomotricien 1) dit avoir déjà réorienté ses patientes vers un psychomotricien, ayant lui-même cette formation.

D'autre part, les indications pour un travail corporel sont multiples mais la principale est que la patiente en manifeste la demande. Les plaintes somatiques notamment les douleurs en sont les principaux paramètres, de mêmes que les items psychomoteurs cités précédemment. Au vu des données récoltées, les réminiscences du trauma se manifesteraient sous forme sensorielle et somatique. Une prise en charge psychomotrice semble donc plutôt adaptée pour ce type de problématique. Aussi, la moitié des professionnels citent quand même des difficultés au niveau de la sexualité, un évitement des rapports ou des difficultés telles que le vaginisme ou la frigidité. On peut penser que certaines causes de ces difficultés peuvent être travaillées en thérapie, psychologique ou psychomotrice, mais il nous semble important d'évoquer l'intérêt que pourrait avoir la réorientation de certaines patientes vers un sexologue. C'est ce qu'expriment notamment deux professionnels psychologues et psychomotriciens (psychologues psychomotriciens 2 et 3).

Cependant, deux paramètres s'imposent comme des contre-indications à un travail corporel pour tous les thérapeutes interrogés. Le premier concerne la dynamique temporelle de la patiente. En effet, si celle-ci n'est pas prête ou est trop près du trauma il n'est pas adapté de lui proposer un travail corporel. Plusieurs thérapeutes préconisent un travail psychique d'élaboration avant de pouvoir mettre en jeu le corps. Le second paramètre sur lequel les participants ont particulièrement insisté est le non consentement de la patiente à un travail corporel. Cette idée de non consentement est particulièrement importante dans la clinique des abus sexuels car elle guide toute la prise en charge des femmes. En effet, être attentif au consentement de la patiente est nécessaire pour ne pas rejouer quelque chose du traumatisme qu'elle a subi. Lors de l'abus, le non consentement n'a pas été entendu ce qui fait que la victime s'est dépersonnalisée, est devenue l'objet de l'autre. Dans la prise en charge, chaque décision doit être prise par la patiente et entendue par la personne qui l'accompagne quelle qu'elle soit.

En somme, le corps est important à prendre en charge pour ces femmes mais la thérapie psychomotrice est peu mise en avant par les professionnels qui n'ont pas

suivi cette formation. Cela est probablement dû au fait que les professionnels et le public de façon générale ne connaissent que peu la psychomotricité et l'étendue de ses champs et moyens d'action. Dans toute la gravité que cela représente, les thérapeutes ont trouvé important également de souligner que cette problématique est « *plus fréquente qu'on ne le pense* » (Annexe n°6, p. 161). Elle se trouve en effet sur tous les lieux où les thérapeutes peuvent pratiquer qu'ils soient ou non spécialisés dans les abus sexuels et quelle que soit la population rencontrée. Il semble donc important que nous puissions faire évoluer les pratiques afin d'arriver à mieux prendre en charge les victimes.

## **IV. Discussion**

### **1) Retour sur les hypothèses**

Au début de ce travail, nous avons posé quelques hypothèses que nous allons maintenant vérifier.

Tout d'abord, nous nous attendions à ce que les psychologues psychomotriciens proposent un panel plus important de techniques corporelles pour la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels. L'histogramme 3 (cf p. 85) infirme cette hypothèse. En effet, les psychologues ont proposé 29 techniques corporelles contre 19 pour les psychologues psychomotriciens. Comme nous l'avons évoqué dans l'analyse des données, nous pouvons imaginer que les psychologues psychomotriciens n'ont évoqué que les techniques les plus utiles ou les plus efficaces. Mais nous pouvons aussi supposer que les psychologues n'ayant pas la formation de psychomotriciens ont essayé de s'investir au maximum dans les entretiens et ont fait ressortir toutes les techniques corporelles qu'ils pouvaient imaginer. Cependant, comme nous l'a montré l'histogramme 2 (cf p. 84), les techniques corporelles apparaissent plus souvent dans le discours des psychologues psychomotriciens : 108 fois contre 90 fois dans le discours des psychologues.

Nous nous attendions également à ce que les psychologues psychomotriciens considèrent d'autant plus le corps et les items psychomoteurs dans leur pratique que les psychologues. Les items psychomoteurs considérés étaient l'enveloppe, la confiance en soi et l'estime de soi, l'image du corps, le tonus et la dissociation. A nouveau, l'histogramme 1 (cf p. 83) infirme cette hypothèse. En effet, ces items se retrouvent 37 fois dans le discours des psychologues contre 32 fois dans celui des psychologues psychomotriciens. Il est cependant important de souligner que ces chiffres ne traduisent pas l'évocation spontanée des items psychomoteurs. En effet, ceux-ci sont induits ou traduits de ma part, puis repris dans leur discours.

Au vu de ces résultats, il est difficile de dire si les psychologues ayant la formation de psychomotriciens sont plus sensibles à la question du corps que les psychologues n'ayant pas de formation psychomotrice. En effet, tout au long des entretiens, les psychologues ont montré une considération et un intérêt certains pour le corps et sa prise en charge chez les femmes victimes d'abus sexuels. Ils ont évoqué

de nombreuses techniques corporelles et des indications pour un travail corporel très variées. Tous les psychologues interrogés, les deux groupes confondus, sont convaincus de l'importance d'un travail corporel pour les femmes victimes d'abus sexuels. Ainsi, nous pouvons dire que les psychologues sont aussi sensibles quant à la question du corps chez les femmes victimes d'abus sexuels, qu'ils aient ou non la formation de psychomotricien. Cependant, les psychologues non psychomotriciens confirment que malgré leur sensibilité à l'égard du corps, ils ne sont pas formés à le prendre en charge, et que cette spécificité relève entre autres de la psychomotricité.

Les professionnels s'accordent sur l'importance de prendre en charge le corps de ces victimes. Cependant, nous nous sommes posé la question suivante : Une prise en charge corporelle est-elle toujours une bonne indication pour ces femmes ? Au regard des données récoltées lors de cette étude, trois principaux paramètres sont importants à prendre en compte avant de réorienter une femme victime d'abus sexuel vers une prise en charge corporelle. Ces trois paramètres sont la demande, la temporalité et le consentement. En effet, si la patiente manifeste la demande à son thérapeute ou se questionne sur une prise en charge corporelle il semble intéressant de l'orienter vers un professionnel compétent. Si la demande vient d'elle, la prise en charge corporelle sera d'autant plus investie et donc efficace pour elle. De même, si le thérapeute repère des éléments qui le poussent à penser qu'une prise en charge du corps pourrait être bénéfique, il peut la proposer à sa patiente tout en lui laissant le choix de se lancer ou non dans ce type de thérapie. Le consentement est, nous l'avons vu, particulièrement important dans la prise en charge des victimes d'abus sexuels. Pour finir, la patiente doit se sentir prête à mobiliser son corps, ce qui n'est pas toujours le cas en premier lieu selon les dires des professionnels interrogés. Pour les psychologues, le corps s'effondre et est intouchable dans le premier temps de la prise en charge. On peut ainsi penser qu'une prise en charge psychomotrice pourrait être proposée dans un second temps. Pour les professionnels interrogés, une prise en charge corporelle est toujours une bonne indication pour les femmes victimes d'abus sexuels si ces trois critères sont évalués et respectés.

Les professionnels interrogés sont donc particulièrement attentifs à cette question du corps. Mais dans les faits, comment prennent-ils soin du corps de ces femmes ? Certains ont pu dire que le corps pouvait être mobilisé et travaillé en séance de psychothérapie, tandis que d'autres préfèrent orienter leurs patientes vers des professionnels aguerris quant à cette question. Parmi eux ont été cités les médecins

généralistes ou les ostéopathes. De plus, les pratiques sportives sont également fortement recommandées. Mais finalement, ces femmes arrivent-elles à faire du lien entre toutes ces prises en charge ? Elles peuvent travailler leur psychisme avec un psychologue, et le corps avec une prise en charge curative ou sportive. Mais cette façon de faire n'entretenirait-elle pas une forme de clivage, une dissociation entre le corps et le psychisme ? Un seul des professionnels interrogés évoque spontanément la psychomotricité comme une thérapie envisageable et intéressante pour ces femmes, même si tous les psychologues psychomotriciens sont convaincus de son intérêt pour ce type de prise en charge. Les psychologues n'ayant pas de formation psychomotrice ne pensent, d'après leurs entretiens, pas à ce type d'orientation. Finalement, savent-ils vraiment ce que pourrait être une prise en charge psychomotrice pour ces femmes ? Comment pourrions-nous mieux faire connaître notre pratique ?

## **2) Une séance psychomotrice**

Si nous recevions une femme victime d'abus sexuel, dont la demande se tourne explicitement vers cette problématique, que pourrions-nous imaginer pour sa prise en charge psychomotrice ?

### **a. Le bilan**

Il me semble important d'évoquer tout d'abord la place du bilan pour ce type de prise en charge. Pour Albaret et Soppelsa (2019), le bilan psychomoteur « *se construit autour de diverses situations, standardisées ou non, permettant de recueillir des données quantitatives ou qualitatives sur la mise en action finalisées et ses entraves* » (p. 243). Les psychologues interrogés pour cette étude ont insisté sur la difficulté pour les femmes victimes d'abus sexuels d'avoir confiance en elle et aux autres. Ils ont également souvent évoqué la réticence de leur corps au toucher dans le premier temps de la prise en charge. Au vu du vécu de ces femmes et des retours d'expérience des psychologues, le bilan d'observation me semble être le plus adapté. En effet, il permettrait à la patiente d'aller à son rythme et de montrer d'elle et de ses capacités

psychomotrices seulement ce qu'elle a envie de montrer. Une fois le lien thérapeutique bien établi, certaines épreuves de bilan pourraient éventuellement lui être proposées afin de compléter nos observations, si celle-ci donne est d'accord. Comme l'ont préconisé les psychologues interviewés, il paraîtrait plus judicieux que ce bilan arrive dans le second temps de leur prise en charge thérapeutique, après qu'elles aient pu élaborer leur vécu avec un psychologue. Ce travail d'élaboration psychique dont parlent les psychologues pourrait également être envisagé dans une séance de psychomotricité en l'abordant sous l'angle des ressentis corporels. Bien évidemment il ne s'agit pas ici de remplacer le travail engagé en thérapie psychologique mais bien de proposer un complément thérapeutique.

### **b. La place du toucher**

Toutes les médiations proposées par les professionnels interrogés me semblent pertinentes à exploiter. Cependant, une certaine chronologie me semble importante au vu des entretiens menés. Le contact direct, le toucher, ne semblerait pas possible en premier lieu pour ces femmes. Ainsi, il apparaît comme indispensable de proposer dans un premier temps des médiations qui ne nécessitent pas de contact, puis de proposer des objets médiateurs, pour enfin pouvoir proposer des médiations impliquant le toucher. L'acceptation du toucher est importante car celui-ci permet de se réapproprier son corps, de retrouver une identité corporelle qui nous différencie sensoriellement des autres (Sarda, 2002). De plus, le dialogue tonico-émotionnel peut ainsi prendre tout son sens. Cette progression me semble indispensable et laisse à chaque instant la possibilité à la patiente d'engager elle-même le contact avec le psychomotricien. Bien évidemment, chaque femme a ses propres capacités et difficultés, chacune aura donc un rythme différent concernant l'acceptation du toucher. Il est intéressant de rappeler que, d'après les professionnels interviewés, l'abord corporel renvoyant au sensoriel sans passer par la verbalisation au préalable est parfois moins anxiogène pour certaines femmes victimes.

### **c. La relaxation**

La relaxation est la seule technique évoquée en tant que telle dans le décret de compétence du psychomotricien (République française, 1988). Elle constitue donc une compétence particulièrement fine du psychomotricien. De plus, cette médiation corporelle qui a su convaincre les psychologues interrogés pour cette étude.

Il existe différentes techniques de relaxation : la relaxation dynamique comme l'est la méthode d'Orlic, la relaxation passive comme la méthode Soubiran, ou même des techniques activo-passives avec par exemple la méthode Jacobson (Jacquet, 2007). Pour Jacquet (2007) la relaxation est une technique qui vise le relâchement et la régulation tonique. Mais aussi « *le schéma corporel et l'image du corps de la personne sont fortement impliqués dans le temps de relaxation* » (p. 36). L'auteure ajoute que « *la relaxation est considérée comme la condition de l'équilibre et de l'intégration corps-esprit* » (p. 36) et qu'elle peut « *éveiller des comportements initiateurs de confiance en soi et de maîtrise de ses émotions* » (p. 38). De même, cette auteure explique que cette médiation peut comporter des enveloppements tactiles ou sonores. Autrement dit, « *la relaxation s'adresse au corps du sujet dans sa globalité* » (p. 36) et permet d'aborder tous les items psychomoteurs pouvant être touchés par la problématique de l'abus sexuel, à savoir : l'enveloppe, la confiance en soi ou l'estime de soi, l'image du corps, le tonus, et la dissociation corps-esprit. Elle constitue ainsi une approche intéressante à approfondir dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels, si celles-ci le souhaitent.

Même si cette médiation ne fait pas automatiquement appel au toucher, il est important de rappeler qu'elle demande un lâcher prise auquel nous ne pouvons avoir accès si le lien thérapeutique avec le patient n'est pas assez fort (Jacquet, 2007). C'est pourquoi, et les participants à cette étude l'ont évoqué, cette médiation ne serait pas proposée en tout début de prise en charge psychomotrice.

### **d. La danse**

Depuis le mois de Novembre dernier, l'OMS reconnaît les activités artistiques comme particulièrement bénéfiques pour la santé physique et mentale (2019). Concernant les personnes vulnérables, il a même été prouvé par des études

scientifiques que ces activités pouvaient être plus efficaces et plus rentables que les traitements médicaux classiques. L'OMS fait le constat que ce type de médiation pouvait diminuer les effets secondaires des traitements médicamenteux, diminuer le niveau d'anxiété et apaiser la douleur. Parmi ces médiations, l'OMS cite en particulier la musique et la danse qui permettraient « *d'améliorer de façon cliniquement significative les scores moteurs* » (p. 1) des patients, et précise que les activités de groupes sont particulièrement intéressantes pour développer les compétences sociales des participants. Ainsi, un groupe de danse thérapie pourrait être bénéfique pour les femmes dont la santé physique et mentale a pu être bousculée par un abus sexuel.

Bolewa Sabourin est un danseur professionnel et chorégraphe qui propose des ateliers de danse en musique à des femmes victimes de viols, afin qu'elles se « *réapproprient leur corps et leur esprit* » (Guinard & Haynes, 2019, p. 1). Il travaille actuellement avec des femmes congolaises en milieu associatif, dans le but de libérer la parole grâce au mouvement. Ses séances se composent d'une heure de mouvements sur des rythmes musicaux, suivie d'une heure de verbalisation. Pour cet homme, ces ateliers permettent aux femmes « *dé-rythmées* » (p. 1) d'apprendre à lâcher prise et à prendre du plaisir dans leur corps, de se recentrer sur elles-mêmes, et de libérer la parole sur leur vécu traumatique. Il souhaite développer ce projet thérapeutique qu'il a nommé « *Re-création* » (p. 1) en France mais également au Congo, le pays dont il est originaire.

Nous pouvons donc aisément penser qu'une groupe de danse thérapie pourrait être tout à fait approprié pour les femmes victimes d'abus sexuels, si celles-ci le souhaitent. Aussi, ce type de pratique pourrait être associée à de la relaxation dynamique si aucune chorégraphie n'est imposée, avec les bénéfices que cela peut impliquer.

Bien évidemment, il ne s'agit pas ici de proposer une prise en charge psychomotrice qui puisse convenir à toute femme victime d'abus sexuel. Il est nécessaire de rappeler que chaque patiente a son propre vécu, son propre rythme, ses propres envies, donc que chaque prise en charge est bien sûr adaptée en fonction de la personne reçue.

En somme, les items psychomoteurs tels que questionnés dans cette étude pourraient être ainsi travaillés, par la relaxation, la danse, mais aussi des tas d'autres médiations. Valoriser les femmes dans leur personnalité et leurs compétences tout au long de la prise en charge semble également pertinent pour leur évolution. Ainsi, le psychomotricien pourrait avoir une place importante si ce n'est essentielle dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels, et pourrait proposer une approche psychocorporelle globale de la problématique rencontrée.

Les médiations et la prise en charge décrites ont été imaginées à partir des données récoltées pour l'étude. Cependant, les résultats de cette étude présentent certaines limites.

### **3) Les limites de l'étude**

#### **a. Les participants**

Il est à mon sens important de rappeler que le nombre de participants à cette étude est beaucoup trop faible pour que nous puissions en dégager des conclusions généralisables. En effet, je n'ai pu avoir que 6 participants que j'ai mis beaucoup de temps à trouver. Je me suis beaucoup interrogée sur les nombreux refus que j'ai pu avoir. La plupart me parlaient d'un manque de temps et de beaucoup de travail, ce dont je ne doute pas. Mais je fais également l'hypothèse d'une méconnaissance de la psychomotricité et d'un manque d'intérêt pour la recherche. Je pense également que ce sujet est brûlant et qu'il touche à des tabous sur la sexualité que tout le monde n'a pas encore dépassé. Pourtant, ce sujet est complètement d'actualité et touche tous les milieux socio-économiques. De plus, les psychologues sont les professionnels les plus concernés par cette problématique et donc les plus à même d'en parler.

D'autre part, la clinique des abus sexuels n'était pas toujours bien connue des participants interrogés, notamment chez les psychologues également psychomotriciens. En effet, la psychologue psychomotricienne 2 n'avait d'expérience dans cette clinique que chez les adolescents ce qui sort un peu du cadre de l'étude et peut introduire un biais. De même, la psychologue psychomotricienne 3 avait l'expérience de cette clinique dans le cadre du handicap, mais n'avaient pas

directement pris en charge les femmes concernées. Les entretiens pour ces deux professionnels et leurs réponses aux questions sont donc plutôt basées sur des projections que sur une réelle expérience de terrain.

Malgré ces difficultés, les participants ont été particulièrement attentifs au fait de bien répondre aux questions posées. Ils se sont montrés très intéressés par l'étude et très ouverts à la question d'une prise en charge psychomotrice pour les femmes victimes d'abus sexuels. Ils ont également pu témoigner du fait que cet entretien les avait fait réfléchir sur leur pratique et sur les moyens que ces femmes pouvaient utiliser en dehors de leur thérapie.

## **b. L'entretien**

Les entretiens et les questions qui les composaient ont parfois pu être légèrement modifiés. En effet, en fonction du déroulé de l'entretien, la formulation des questions n'a pas toujours suivi strictement le guide. Aussi, les réponses des professionnels ayant participé à l'étude en premier ont permis de mettre en évidence certaines imprécisions. C'est notamment le cas pour la question : « *Quels sont vos principaux axes de travail ?* ». En effet, il s'agissait dans ma réflexion d'axes de travail d'un point de vue symptomatologique et non méthodologique. Ainsi, j'ai pu préciser ce point pour les participants que j'ai rencontré par la suite.

D'autre part, j'ai parfois pu anticiper certaines réponses en me basant sur ce que j'avais appris des autres participants. C'est le cas par exemple pour l'association libre concernant la question sur les axes de travail à nouveau. De ce fait, les questions ont parfois été arrangées en fonction du déroulé de l'entretien et du participant, ce qui, j'en ai bien conscience, introduit également un biais.

Les échanges que j'ai pu avoir avec les différents professionnels ont pu comporter certaines erreurs d'un point de vue méthodologique. Cependant, ils ont été particulièrement riches d'un point de vue humain et professionnel. Ils ont fait avancer ma réflexion psychomotrice quant à la clinique des abus sexuels. Cette étude saura, je l'espère, en faire tout autant pour les personnes qui la liront.

#### 4) Et les hommes ?

Nous l'avons vu, beaucoup d'auteurs d'abus sexuels sont des hommes. Cependant, et certains psychologues interrogés pour cette étude l'ont souligné, les hommes peuvent aussi être des victimes.

Salmona (2017) évoque le fait qu'un homme français sur 20 subirait au moins un viol ou une tentative de viol au cours de sa vie. Cela correspondrait à 14 000 hommes et 30 000 garçons mineurs chaque année en France. Au Québec, un homme sur 10 révélerait avoir subi un abus sexuel durant l'enfance (Deslauriers, Godbout & Samson, 2020). Ceux-ci attendraient en moyenne 40 ans avant de demander de l'aide, alors que les femmes mettraient en moyenne 13 ans pour trouver un professionnel pouvant les aider (Cf. introduction théorique). De même que pour les femmes, l'agresseur est dans 80 à 90% des cas une personne proche, souvent membre de la famille. Pour les hommes victimes, « les agresseurs ont beaucoup plus recours à la manipulation qu'à la violence physique » (Deslauriers, Godbout & Samson, 2020, p. 1). « *En Suisse, aujourd'hui, 631 112 hommes pourraient être concernés* » (Ripoll, 2013, p. 1).

L'affaire Weinstein (Cf. introduction théorique), lors de son éclatement au grand public, n'a pas permis de libérer uniquement la parole des femmes. En effet, des hommes célèbres ont également pu s'exprimer. Mike Tyson, boxeur professionnel américain et ancien champion du monde des poids lourds, a confié avoir subi un viol par un homme qu'il ne connaissait pas, alors qu'il n'était âgé que de 7 ans (Schaap, 2017). Celui-ci témoigne que cet évènement a fortement entretenu sa rage sur le ring. Il ajoute même « *aujourd'hui, plus personne ne viendra me chercher* » (Schaap, 2017, p.1). De même, Terry Crews, un acteur américain, a pu raconter l'agression sexuelle qu'il a subie étant adulte, devant sa femme, de la part d'un homme de pouvoir face auquel il n'a su ni pu réagir (Mymy, 2017). Brian Scully, producteur et scénariste américain, a lui aussi pu confier le viol dont il a été victime (Mymy, 2017). Ces témoignages arrivent jusqu'à nous car ils sont d'hommes connus. Mais qu'en est-il de tous les autres hommes ? Les viols d'hommes commencent à être mis en lumière dans les prisons et les institutions religieuses, de même que dans les conflits armés en temps de guerre (Le Pape, 2013).

En Suisse, Ripoll en 2013 explique que les conséquences physiques et psychiques d'un abus sexuels sont similaires entre les hommes et les femmes. Cependant, l'auteure précise que les hommes sont d'autant plus touchés par la honte et la culpabilité qu'ils sont sous la pression des normes sociales. Dans les représentations sociales, le cliché de l'homme fort et courageux demeure. Il ne peut ainsi pas s'imaginer être victime, car cela déstructurerait les archétypes sur lesquels il s'est construit. De plus, les représentations sociales de la féminité et de la masculinité nous amènent à penser la sexualité des hommes et des femmes de façon polarisée. Les femmes, étant dépourvues de pénis, seraient douces et tendres, tandis que les hommes seraient emprunts à la pulsion et la violence (Ripoll, 2013). Ces représentations nous empêchent d'imaginer la femme comme une criminelle (Daligand, 2015). Cela fait que l'aveu d'un abus sexuel commis par une femme sur un homme n'est la plupart du temps pas cru, d'autant plus que les hommes témoignent de leur crainte d'être considérés comme de futurs agresseurs sexuels potentiels. Ainsi, les hommes dans cette situation ne parleraient donc pas de ce vécu. (Ripoll, 2013). Mais aujourd'hui, que fait-on pour pallier à cette problématique ?

Depuis 2017, au Québec, un plan d'action ministériel sur cinq ans est paru sur la santé et le bien-être des hommes, dans lequel apparaît la question des abus sexuels (Lavallée, 2017). Celui-ci fait le constat que beaucoup de gens ont encore des difficultés à penser que les hommes puissent être victimes de ce phénomène, du fait de la circulation encore bien présente du stéréotype de la victime. Il souligne également le manque de moyens et de services proposés à ces hommes. Pour y faire face, ce plan d'action a mis en place des services d'accueil et de prise en charge des hommes victimes, mais aussi des hommes auteurs. Les financements y sont plus importants à ce jour, de même que dans le domaine de l'éducation. Ainsi, le ministère de la santé québécois souhaite promouvoir une éducation à la vie affective et sexuelle basée sur l'égalité des sexes et donc dépourvue de pouvoir de domination. En somme, les québécois axent aujourd'hui leurs préoccupations sur la prise en charge des victimes et des auteurs, et les actions de prévention auprès des populations jeunes. Le ministère de la santé s'est également engagé à former le personnel concerné par la clinique de cette problématique (Lavallée, 2017). Pour l'instant en France, aucun plan d'action de ce type n'a vu le jour. Les abus sexuels sur les hommes restent dans l'ombre même si quelques données statistiques très récentes commencent à voir le jour.

## CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons voulu montrer l'intérêt porté au corps des femmes victimes d'abus sexuels dans leur prise en charge. Notre objectif était de mettre en évidence que les professionnels du psychisme remarquent également des difficultés corporelles pour ces femmes. Notre second objectif était de les faire réfléchir sur une éventuelle orientation vers un professionnel psychomotricien. Tous ont pu faire valoir l'intérêt pour ces femmes d'être accompagnées dans la prise en soin de leur corps autant que de leur psyché. Les psychologues interrogés ont pu mettre en évidence différents items psychomoteurs touchés par le vécu psycho-traumatique de ces femmes. Le Moi identitaire est avant tout corporel, disait Freud en 1923, et les psychologues ont particulièrement insisté sur la difficulté pour ces femmes d'habiter leur corps. Une prise en charge psychomotrice en parallèle d'une thérapie psychologique semble donc être adaptée pour aider ces femmes à redevenir sujets, en respectant leur temporalité et leur demande ou consentement dans chaque étape de leur prise en charge. Mais peu de professionnels avaient finalement pensé à orienter leurs patientes vers un psychomotricien.

La psychomotricité est une discipline en plein essor. Malgré cela, de nombreux professionnels ignorent encore la diversité que peut avoir notre champ d'intervention et les différents moyens auxquels nous pouvons avoir accès. De plus, travailler avec le corps implique dans les représentations un rapport direct au toucher. Il est donc important que nous puissions nous investir dans la recherche afin de faire valoir l'intérêt que peut avoir notre pratique, les différentes médiations corporelles que nous pouvons proposer qui n'impliquent pas nécessairement toutes un toucher direct entre le praticien et le patient, et d'informer sur les différents publics pour lesquels elle peut être bénéfique.

Notre société évolue, mais est toujours empreinte de stéréotypes et de tabous concernant les abus sexuels. Pour les victimes, « *la grande majorité sont condamnées à survivre exposées aux violences et à leurs très lourdes conséquences psychotraumatiques sans reconnaissance, ni aide, ni protection, ni soins, ni accès à la justice et à des réparations* » (Salmona, 2017, p. 8). Dans une dynamique bienveillante et empathique, pour elles, nous nous devons de nous impliquer dans ce combat.

## Références bibliographiques

- Agon, X. (2018). #NousToutes : plusieurs dizaines de milliers de personnes manifestent en France contre les violences sexistes. Récupéré sur France Info: [https://www.francetvinfo.fr/societe/violences-faites-aux-femmes/nous-toutes/noustoutes-plusieurs-dizaines-de-milliers-de-personnes-manifestent-en-france-contre-les-violences-sexistes\\_3050003.html](https://www.francetvinfo.fr/societe/violences-faites-aux-femmes/nous-toutes/noustoutes-plusieurs-dizaines-de-milliers-de-personnes-manifestent-en-france-contre-les-violences-sexistes_3050003.html)
- Albaret, J.-M., & Soppelsa, R. (2019). L'examen psychomoteur ou la mesure de l'action. Dans C. Potel-Baranes, Être psychomotricien (p. 243-260). Paris: ERES.
- Amblard, F. (2003). Panser l'impensable. Genève: Jouvence.
- Andrzejewski, C. (2019). Silence sous la blouse. Paris: Fayard.
- Anzieu, D. (1995). Le Moi-peau. Paris: Dunod.
- Bariéty, A. (2017). Viol, agression sexuelle, harcèlement ... Quelles lois à l'étranger ? Le Figaro. Récupéré sur Le Figaro: <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2017/11/24/01016-20171124ARTFIG00305-viol-agression-sexuelle-harcèlement-queelles-lois-a-l-etranger.php>
- Barois, C. (2016). Pleine conscience, trauma et troubles dissociatifs. Dans J. Smith, Psychothérapie de la dissociation et du trauma (p. 180-191). Malakoff: Dunod.
- Boisclair, J., & Durocher, L. (2014). Guide de soutien à la pratique en matière d'abus sexuels et conduites à risque. Montréal: Centre jeunesse de Montréal Institut universitaire.
- Boucher, S. (2019). Quand ce n'est pas oui, c'est non. Femmes ici et ailleurs, 76-77.
- Bouvier, G., & Dellucci, H. (2016). Thérapie EMDR des empreintes précoces dissociatives. Dans J. Smith, Psychothérapie de la dissociation et du trauma (p. 78-93). Malakoff: Dunod.
- Bricard, M. (2020). Roman Polanski : accusations, poursuites ... Le point sur l'affaire. Récupéré sur <https://www.linternaute.fr/cinema/biographie/1773820-roman-polanski-pourquoi-la-sortie-de-j-accuse-fait-elle-polemique/>
- Calamote, E. (2014). L'expérience traumatique, cliniques des violences sexuelles. Paris: Dunod.
- Carluer, L. (2016). Neurobiologie de la dissociation. Dans J. Smith, Psychothérapie de la dissociation et du trauma (p. 16-26). Malakoff: Dunod.
- Daligand, L. (2015). La violence féminine. Paris: Albin Michel.
- Deslauriers, J.-M., Godbout, N., & Samson, A. (2020). L'abus sexuel chez les garçons est un enjeu de santé publique trop souvent absent des politiques gouvernementales. Récupéré sur [policyoptions: https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/february-2020/les-hommes-victimes-dabus-sexuels-durant-lenfance/](https://policyoptions.irpp.org/fr/magazines/february-2020/les-hommes-victimes-dabus-sexuels-durant-lenfance/)
- Durand, A.-A., & Laurent, S. (2018). Non, la loi Schiappa n'a pas "légalisé la pédophilie" ni assoupli les règles de consentement. Le Monde. Récupéré sur Le Monde: [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/08/09/non-la-loi-schiappa-n-a-pas-legalise-la-pedophilie-ni-assoupli-les-regles-de-consentement\\_5340841\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/08/09/non-la-loi-schiappa-n-a-pas-legalise-la-pedophilie-ni-assoupli-les-regles-de-consentement_5340841_4355770.html)
- Fedouach, M. (2018). #NousToutes : un "raz de marée féministe" dans les rues. Récupéré sur L'Express: [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/noustoutes-un-raz-de-maree-feministe-attendu\\_2050193.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/noustoutes-un-raz-de-maree-feministe-attendu_2050193.html)
- Frechon, M. (2019). A Genève, la RDC met en avant ses efforts pour lutter contre les violences sexuelles. ONU Info. Récupéré sur <https://news.un.org/fr/story/2019/07/1047201>

- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. Dans Essais de psychanalyse. Paris: Payot.
- Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. Dans B. Lesage, Jalons pour une pratique psychocorporelle (pp. 253-264). Toulouse: Erès.
- Guay, B. (2019). Sandra Muller, créatrice de #balancetonporc, jugée pour diffamation. Récupéré sur Le Monde: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/05/29/sandra-muller-creatrice-de-balancetonporc-jugee-pour-diffamation\\_5468984\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/05/29/sandra-muller-creatrice-de-balancetonporc-jugee-pour-diffamation_5468984_3224.html)
- Guinard, C., & Haynes, M. (2019). Le chorégraphe qui aide les femmes violées à se reconstruire. Récupéré sur L'Express: [https://www.lexpress.fr/actualite/monde/le-choregraphe-qui-aide-les-femmes-violees-a-se-reconstruire\\_2084031.html](https://www.lexpress.fr/actualite/monde/le-choregraphe-qui-aide-les-femmes-violees-a-se-reconstruire_2084031.html)
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2019). Trousse Média sur les agressions sexuelles. Récupéré sur Institut National de Santé Publique du Québec: <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/comprendre/facteurs-de-risque>
- Institut National d'Etudes Démographique. (2016). Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Population & Sociétés.
- Interstats. (2017). Viols, tentatives de viol et attouchements sexuels. Paris: Ministère de l'intérieur.
- Jacquet, C. (2007). Mon corps ? ... Un nouveau monde ! Une expérience de relaxation-massage. VST - Vie sociale et traitements, 35-44.
- Josse, E. (2019). Le traumatisme psychique chez l'adulte. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- Laurence, J.-C. (2019). Mazarine Pingeot ou l'obsession du silence. Récupéré sur La presse: <https://www.lapresse.ca/arts/litterature/201910/10/01-5244959-mazarine-pingeot-ou-lobsession-du-silence.php>
- Lavallée, M. (2017). Plan d'action ministériel - Santé et bien-être des hommes. Québec: La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Le Pape, M. (2013). Viol d'hommes, masculinités et conflits armés. Cahiers d'études africaines, 201-215.
- Marchant, R. (2017). Harcèlement sexuel : Alyssa Milano lance le hashtag #MeToo (#MoiAussi) en plein scandale Harvey Weinstein. Récupéré sur France Info: [https://www.francetvinfo.fr/culture/cinema/affaire-harvey-weinstein/harcement-sexuel-l-actrice-alyssa-milano-lance-le-hashtag-moiaussi\\_2422407.html](https://www.francetvinfo.fr/culture/cinema/affaire-harvey-weinstein/harcement-sexuel-l-actrice-alyssa-milano-lance-le-hashtag-moiaussi_2422407.html)
- Ministère de la justice. (2010). Circulaire de présentation de la loi du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. Paris: Ministère de la justice.
- Ministère de la justice. (2017). Circulaire de présentation de la loi du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale.
- Ministère de la justice. (2018). Circulaire de présentation de la loi n°2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. Paris: Ministère de la justice.
- Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. Recherche en soins infirmiers, 77-81.
- Mymy. (2017). Deux hommes célèbres racontent les agressions sexuelles dont ils ont été victimes. Récupéré sur Madmoizelle:

- <https://www.madmoizelle.com/hommes-victimes-agressions-sexuelles-temoignages-841589>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. Récupéré sur who.int: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw\\_series/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/)
- Organisation Mondiale de la santé. (2019). Pouvez-vous améliorer votre santé et votre bien-être en dansant ? Pour la première fois, l'OMS étudie le lien entre les arts et la santé. Récupéré sur Who: <http://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2019/can-you-dance-your-way-to-better-health-and-well-being-for-the-first-time,-who-studies-the-link-between-arts-and-health>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). L'analyse thématique. Dans P. Paillé, & A. Mucchielli, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 235-312). Paris: Armand Collin.
- Peccia-Galletto, C. (2009). Le traumatisme psychocorporel : traces et empreintes contrastées. *Enfances & Psy*, 140-149.
- Pénales, O. N. (2015). *La criminalité en France*. Paris: Institut National des Hautes Etudes de la Sécurité et de la Justice.
- Poirier Courbet, L. (2015). *Vivre après un viol, chemins et reconstruction*. Toulouse: Erès.
- Potel Baranes, C. (2007). *Intérêts et risques des médiations corporelles pour les adolescents*. Paris: Université Pierre et Marie Curie.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse: Erès.
- Poujol, J. (2011). *Les abus sexuels*. La Bégude de Mazenc: Empreinte temps présent.
- République française. (1988). Décret relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice. *Journal officiel de la République française*.
- République française. (2019). Code pénal. Récupéré sur Légifrance le service public de la diffusion du droit: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
- Rich, S. (2016). Soudan du Sud : l'ONU choquée par l'utilisation massive du viol par des acteurs étatiques en 2015. Récupéré sur ONU info: <https://news.un.org/fr/story/2016/03/330932-soudan-du-sud-lonu-choquee-par-lutilisation-massive-du-viol-par-des-acteurs>
- Ripoll, E. (2013). Le silence des hommes victimes d'abus sexuels. Récupéré sur REISO REvue d'Information SOciale - Pour partager les savoirs et les expériences en Suisse romande: <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/166-le-silence-des-hommes-victimes-d-abus-sexuels>
- Rousseau, C. (2020). Avec "Le Consentement", Vanessa Springora dépeint les ressorts de l'emprise. Récupéré sur Le Monde: [https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/01/10/avec-le-consentement-vanessa-springora-depeint-les-ressorts-de-l-emprise\\_6025374\\_3232.html](https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/01/10/avec-le-consentement-vanessa-springora-depeint-les-ressorts-de-l-emprise_6025374_3232.html)
- Rwagatare, P. (2017). *Traumatisme et féminité : expériences vécues par les femmes victimes de viol lors du génocide des Tutsi au Rwanda*. Louvain-la Neuve: Université Catholique de Louvain IACCHOS.
- Saint-Cast, A., & Boscaini, F. (2012). *Glossaire International de Psychomotricité. Evolutions psychomotrices*.
- Saint-Cast, A., & Scialom, P. (2016). *ESPT et psychomotricité*. Boulogne Billancourt.

- Salmona, M. (2015). *Violences sexuelles, les 40 questions-réponses incontournables*. Malakoff: Dunod.
- Salmona, M. (2017). Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'oeuvre. Dans C. Tarquinio, M.-J. Brennstul, H. Dellucci, M. Iracane-Coste, J.-A. Rydberg, M. Silvestre, & Z. Eva, *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p. 207-218). Malakoff: Dunod.
- Salmona, M. (2017). La famille, zone de non-droit. *Hommes & Libertés*, 40-42. Récupéré sur *memoiretraumatique*: [www.memoiretraumatique.org](http://www.memoiretraumatique.org)
- Salmona, M. (2017). Le vent tournerait-il en faveur des femmes et des filles victimes de violences sexuelles avec le mouvement #BalanceTonPorc et #MeToo ? Bourg-la-Reine: Association Mémoire Traumatique et Victimologie.
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 86-95.
- Schaap, J. (2017). Mike Tyson revient sur son agression sexuelle. Récupéré sur 20minutes: <https://www.20minutes.fr/people/2108639-20170724-video-mike-tyson-revient-agression-sexuelle>
- Service Public. (2018). Agression sexuelle d'une personne majeure. Récupéré sur le site officiel de l'administration française: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33891>
- Service Public. (2018). Viol commis sur une personne majeure. Récupéré sur le site officiel de l'administration française: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1526>
- Sibiloni, M. (2018). Plus de 57.000 congolais se sont réfugiés en Ouganda depuis le début de l'année (HCR). Récupéré sur ONU info: <https://news.un.org/fr/story/2018/03/1008682>
- Simon, V. (2016). Hypnose médicale ericksonienne et dissociation traumatique dans l'agression sexuelle. Dans J. Smith, *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* (p. 172-179). Malakoff: Dunod.
- Thomas, J.-L. (2015). Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique . *Revue Française du Dommage Corporel*, 253-269.
- Van der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien - Le cerveau l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Paris: Albin Michel.
- Westergard, F. (2019). Burundi : des experts de l'ONU appellent la communauté internationale à la vigilance pour les élections de 2020. ONU Info. Récupéré sur <https://news.un.org/fr/story/2019/07/1046712>

# ANNEXES

# **Annexe n° 1** : Document de présentation du projet d'étude

## Projet de recherche en psychomotricité

---

### **Présentation :**

Je suis psychomotricienne diplômée d'état et je travaille actuellement à l'hôpital de la Charité à Saint-Etienne en service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique. J'ai choisi de poursuivre mes études avec un master international en psychomotricité afin de mener à bien une étude sur la prise en charge des victimes d'abus sexuel(s). Celui-ci m'apporte une prise de recul nécessaire à ma pratique et une perspective internationale intéressante en termes d'ouverture d'esprit concernant la transculturalité et la pratique de mon métier à l'étranger.

Dans le cadre de ce master, je souhaite mener une étude sur la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels. J'ai évidemment bien conscience que cette problématique ne touche pas que les femmes, mais j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement aux femmes car ce sont elles qui sont les plus mises en avant actuellement au travers des différentes vagues médiatiques, en France mais aussi aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et ailleurs. Plusieurs professionnels psychomotriciens confirmés me soutiennent et m'encadrent dans ce projet qui me permettra de construire mon mémoire de fin de cursus.

### **Les objectifs et les moyens :**

Je souhaite faire un premier sondage sur ce à quoi correspond la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel(s), et plus particulièrement dans quelle mesure est prise en compte la dimension corporelle.

#### Pour cela, je souhaite :

Mener des entretiens semi-directifs en face à face ou via une plateforme vidéo (Skype ou WhatsApp) avec des professionnels :

- Psychologues ayant si possible une pratique clinique auprès de cette population ;
- Psychologues ayant si possible une pratique clinique auprès de cette population et une formation de psychomotricien.

Durée estimée de l'entretien : environ 45 minutes.

L'entretien sera enregistré.

Bien évidemment, les données récoltées lors des entretiens seront rendues anonymes et utilisées uniquement dans le but de mener à bien cette étude. Par ailleurs, seuls les professionnels ayant lu cette lettre d'information et signé le consentement de participation pourront y participer. En effet, la participation est sur la base du volontariat.

Je reste à votre disposition si vous souhaitez obtenir plus d'informations concernant le cadre de mon étude ou bien si vous souhaitez me rencontrer afin d'échanger sur l'aspect pratique de sa mise en place.

Veillez agréer Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Marion LAFON  
Psychomotricienne D.E.  
[marion.lafon@psychomot.com](mailto:marion.lafon@psychomot.com)  
06.18.95.92.00

## **Annexe n°2 : Le formulaire de consentement**

### **Formulaire de consentement**

Je soussigné.e ....., accepte de participer à un entretien mené par Marion LAFON, psychomotricienne D.E. sur la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel(s) dans le cadre de son Master International en Psychomotricité (MIP) à l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice de Paris, et accepte que cet entretien soit enregistré.

Bien évidemment, les données récoltées lors de cet entretien seront utilisées uniquement dans le but de mener à bien cette étude. De plus, les enregistrements seront détruits après retranscription anonymisée. La participation est sur la base du volontariat.

Le ..../..../.....,

Signature du participant précédée de la mention « Lu et approuvé » :

## **Annexe n°3 : Le guide d'entretien**

### **Guide d'entretien – La prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel(s)**

Les personnes interrogées sont des psychologues cliniciens. L'objectif de cette étude est de faire un premier sondage sur la place du corps dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuel(s).

<b>Sujet n° :</b>		<b>Âge :</b>	
<b>Sexe</b>	Homme	Femme	
<b>Nombre d'années d'expérience</b>	< 10 ans	Entre 10 et 30 ans	> 30 ans
<b>Lieu de pratique</b>	Libéral	Institution	Association
<b>Formation corporelle</b>	Oui	Laquelle :	Non

<b>Les abus sexuels</b>			
<b>Nombre de PEC en cours</b>			
<b>Nature de l'abus</b>	(viols -isolés/répétés-, agressions sexuelles, ...)		
<b>Date de l'abus</b>	Récent (< 1 an)	Entre 1 et 10 ans	Ancien (> 10 ans)

<b>Auteur de l'abus</b>	Famille proche	Connaissance	Inconnu
<b>PEC parallèle</b>	Médicamenteuse	Autres :	

<b>Quels sont vos principaux axes de travail ?</b>				
Enveloppe	Confiance en soi / Estime de soi	Image du corps	Tonus	Dissociation corps/esprit, émotions
Autres :				

<b>Utilisez-vous des techniques particulières ?</b>			
<b>TCC</b> (exposition au trauma, perception faussée de la réalité)	<b>EMDR</b> (désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires)	<b>Méditation pleine conscience</b> (concentre sur le moment présent / observateur)	<b>Hypnose</b> (état de conscience modifié / dissociation temporaire)
Autres :			
Connaissez-vous d'autres médiations qui pourraient être efficaces ?			
Relaxation	Autres :		

<b>Le corps est-il mobilisé lors de vos prises en charges ?</b>	
Oui	Non
Pensez-vous que le corps est important à prendre en compte dans la prise en charge ?	
Oui	Non
Pourquoi ?	

**Quelles seraient pour vous les indications pour un travail corporel ?**

Selon vous, quels seraient les paramètres qui indiqueraient une prise en charge du corps ?

**Quelles seraient pour vous les contre-indications pour un travail corporel ?**

Selon vous, quels seraient les paramètres qui contre-indiqueraient une prise en charge du corps ?

Marion LAFON, Psychomotricienne D.E.

## **Annexe n°4 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue 1**

MOI :

Alors du coup pour cet entretien j'ai des questions assez précises au départ sur vous, sur votre pratique, et ensuite j'ai des questions un peu plus ouvertes pour lesquelles vous vous sentirez un peu plus libre de répondre comme vous le souhaitez.

PSYCHOLOGUE 1 :

D'accord. Peut-être pour commencer, pouvez-vous me dire un mot sur vous, votre recherche.

MOI :

Bien sûr, alors du coup ma recherche porte sur la place du corps dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels.

PSYCHOLOGUE 1 :

D'accord.

MOI :

Donc par abus sexuel j'entends les viols et les agressions sexuelles, en tout cas tout ce qui concerne un certain contact physique à un moment donné ou à un autre.

PSYCHOLOGUE 1 :

D'accord.

MOI :

Voilà, que vous dire de plus... C'est dans le cadre d'un master en psychomotricité. Donc normalement ce qui donne le titre de psychomotricien c'est simplement le diplôme d'état, en 3 ans. Et moi j'ai fait le choix de continuer sur un master qui on va dire m'ouvre un peu les portes sur l'international ou en tout cas l'Europe, mais surtout m'ouvre les portes de la recherche.

PSYCHOLOGUE 1 :

D'accord d'accord, ok. Donc oui sur la place du corps.

MOI :

Voilà, sur la place du corps. Donc vous allez voir un peu au fur et à mesure des questions, la question principale étant est-ce que le corps est pris en compte, si oui comment, sinon pourquoi, enfin voilà. Dans quelle mesure on prend en compte le corps.

PSYCHOLOGUE 1 :

Hum hum.

MOI :

Alors du coup au départ j'ai des questions assez précises. S'il y a des questions auxquelles vous n'avez pas envie de répondre vous avez le droit aussi. Sentez-vous

libre de ça. Voilà, du coup ma première question c'est votre âge. Une petite question indiscreète dès le départ.

PSYCHOLOGUE 1 :

Alors moi j'ai 30 ans.

MOI :

Ok. Du coup vous travaillez avec cette population depuis combien de temps?

PSYCHOLOGUE 1 :

Et bien là ça va faire un an et demi.

MOI :

D'accord, au sein de l'association A\*\*\*\*\* à S\*\*\*\*\* ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Tout à fait, je travaille depuis un an et demi à l'association A\*\*\*\*\*. Mais après c'est une problématique qu'on rencontre ailleurs en fait. Moi je l'avais rencontrée un peu dans tous les boulots.

MOI :

D'accord du coup vous l'avez rencontrée dans quel contexte?

PSYCHOLOGUE 1 :

Dans des contextes très différents. J'ai travaillé avant en milieu hospitalier, en hôpital général, en équipe mobile de soins palliatifs où j'ai pu rencontrer des personnes qui avait connu des agressions sexuelles, ou qui l'évoquaient un peu dans tous les milieux en fait si vous voulez. C'est quand même une problématique qui touche beaucoup de personnes. Donc voilà, j'en ai rencontrées aussi en EHPAD, en établissement pour personnes âgées. Mais bon, c'est fait exprès ici, chaque patient qu'on reçoit a été victime donc en effet ...

MOI :

C'est plus spécialisé oui.

PSYCHOLOGUE 1 :

Voilà c'est plus spécialisé effectivement.

MOI :

Oui, et peut-être que la demande dans les autres lieux où vous avez pratiqué, la demande première n'était peut-être pas ciblée là-dessus aussi au départ.

PSYCHOLOGUE 1 :

Tout à fait, tout à fait. Ca vient après, mais en effet là la spécificité de l'association c'est que la demande arrive par ce biais de l'agression sexuelle. Alors dit comme ça c'est pas très joli mais on dit en effet que c'est un peu la porte d'entrée pour des soins dans l'association.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE 1 :

Voilà.

MOI :

Bon. Est-ce que vous avez une formation corporelle, une formation complémentaire qui peut vous servir dans votre pratique ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Une formation corporelle... Non.

MOI :

Pas spécialement.

PSYCHOLOGUE 1 :

Pas spécialement, non.

MOI :

Ok ça marche.

PSYCHOLOGUE 1 :

Après je ne sais pas vraiment ce que ça veut dire en fait une formation corporelle pour vous. Du coup je vous réponds un peu non comme ça mais bon en même temps moi je pense à des choses qui peuvent éventuellement en faire partie mais je ne sais pas, qu'est-ce que vous entendez par formation corporelle ?

MOI :

Vous pensez à quoi par exemple?

PSYCHOLOGUE 1 :

J'ai pu par exemple faire du psychodrame où le corps est mis en jeu, est mis en scène. Voilà, et puis bon toute la question de la formation autour du psychosomatique où vraiment il y a aussi la question du corps qui est quand même bien en avant. À la fois du corps du patient et à la fois du corps du thérapeute. Donc en effet voilà toute la formation autour du non-verbal. Ça c'est aussi des choses qu'on apprend quand même et auxquelles on se forme. Donc voilà, mais je n'ai pas eu de formation pour ainsi dire spécifiquement corporelle.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Mais ça nous prépare on peut le dire quand même.

MOI :

Bien sûr. Alors moi du coup mon sujet se porte spécifiquement sur les femmes, et je sais que vous ne recevez pas que les femmes mais voilà, concernant les femmes vous avez à peu près combien de prises en charge en cours ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Euh... Alors ici à l'association ... Je ne veux pas vous dire de bêtise alors ça fait... Une douzaine, ça devrait être une douzaine. Oui ... 13 peut-être.

MOI :

D'accord. Du coup elles représentent quel pourcentage en gros sur le total de vos prises en charge ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Bah là ça représente la grande grande majorité ça doit être ... Actuellement ... il y a eu des moments où c'était moins que ça mais actuellement ça doit être plus de 90%.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

À la louche hein parce que je n'ai pas les pourcentages en tête.

MOI :

Oui bien sûr.

PSYCHOLOGUE 1 :

Mais oui oui c'est énorme.

MOI :

D'accord ok. Du coup sur ces on va dire 13 femmes que vous recevez quelle part d'entre elles sont concernées par des viols ou par des agressions sexuelles ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Euh ... Alors je précise bien pour que ça soit clair quand je dis 13 femmes c'est uniquement pour moi et ma co-thérapeute. Dans l'association il y a beaucoup plus de personnes. Là c'est juste celles que moi je prends en charge dans ma pratique à moi.

MOI :

Oui oui bien sûr.

PSYCHOLOGUE 1 :

Mais alors là comme ça je ne peux pas vraiment vous dire, mais il y a quand même oui bien 7 ou 8 personnes sur la totalité là.

MOI :

Donc 7 ou 8 personnes sur les 13 qui sont concernées par un viol ou une agression sexuelle c'est bien ça ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Alors par un viol ou une agression sexuelle c'est la totalité.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Un viol c'est un petit peu moins.

MOI :

D'accord donc les 8 personnes ce sont celles qui sont concernées par des viols ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Voilà c'est ça tout à fait ça. Mais voilà ça me prendra du temps à exactement passer en revue les chiffres de mes patientes et leurs histoires.

MOI :

Oui bien sûr c'est pour avoir un ordre d'idée on va dire. D'accord et du coup quand il s'agit de viol est-ce qu'il y en a beaucoup pour qui ce sont des viols répétés ou est-ce qu'il s'agit quand même souvent d'un acte isolé ?

PSYCHOLOGUE 1 :

C'est un petit peu difficile de vous répondre comme ça ... Il y a quand même une majorité pour qui c'est un viol répété, pour qui c'est une problématique qui a eu lieu plusieurs fois dans la vie.

MOI :

D'accord. Plusieurs fois par la même personne ou par des personnes différentes ?

PSYCHOLOGUE 1 :

C'est difficile pour moi de vous répondre comme ça. Il faudrait vraiment que je rentre dans les détails un petit peu moi des dossiers de mes patientes. Ca risque de prendre un petit peu de temps et je n'ai pas prévu d'avoir mes dossiers avec moi. Donc je ne peux pas vous répondre plus précisément que ça pour l'instant.

MOI :

Ok, ça marche. Et du coup il s'agit plutôt d'abus récents quand elles viennent vous voir Où est-ce que ce sont des abus qui datent ? De combien de temps datent les abus en moyenne ?

PSYCHOLOGUE 1 :

C'est très très variable. Alors moi j'ai découvert ça aussi un peu à l'association mais je pense que c'est aussi la spécificité de ce qui est proposé dans l'association, mais il y a des personnes qui arrivent vraiment très très rapidement après l'abus, pour un viol, tandis que d'autres personnes arrivent parfois des dizaines d'années après. Ca peut être des agressions vécues dans l'enfance et la personne arrive à 60 ans. Donc c'est très très variable.

MOI :

D'accord, et le plus récent auquel vous avez eu à faire c'était combien de temps après l'abus ? Parce-qu'elles ne viennent pas quand même j'imagine dans la semaine.

PSYCHOLOGUE 1 :

Non ça se compte peut-être plus en mois quand même. D'autant qu'il y a en plus des légers délais d'attente pour la rencontre avec les psychologues. Avant de pouvoir rencontrer des psychologues il y a d'abord une rencontre avec des bénévoles où là il y a déjà une première écoute.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Et durant cette première écoute là ça peut être très rapide. Par contre après avec les psychologues comme ça se fait sur rendez-vous il y a un peu plus de délai donc en général c'est après quelques mois.

MOI :

D'accord, ok. Du coup au niveau de l'auteur des abus est-ce que vous pourriez ... Alors pareil je parle de pourcentage mais est-ce que vous pourriez à peu près me dire si c'est plutôt par la famille proche, par une connaissance, ou par un inconnu ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Je vais peut-être vous donner un peu plus mon impression parce qu'encore une fois c'est quand même difficile pour moi de répondre très précisément à cette question-là. Mais mon impression ça serait plus autour de l'entourage ou de la famille proche en grande majorité par rapport à vraiment des inconnus. C'est quand même moins fréquent.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Oui enfin ce n'est pas juste une impression, je peux le dire c'est moins fréquent en tout cas dans la clinique que j'ai reçue.

MOI :

D'accord. Est-ce que les femmes que vous prenez en charge ont une prise en charge parallèle que ce soit médicamenteuse ou non ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Alors ça c'est très très variable, c'est pareil, ça dépend des cas. Il y a des personnes oui qui ont besoin et qui ont une prise en charge médicamenteuse en parallèle d'une psychothérapie. Il y en a d'autres qui n'ont que la psychothérapie. Ça dépend des personnes et aussi des troubles, des pathologies, des difficultés que les personnes rencontrent.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Donc c'est vraiment très très variable. Et puis même dans une thérapie il peut y avoir Des moments où il y a une prise en charge médicamenteuse et des moments où elle n'a pas lieu.

MOI :

D'accord, ok. Et pour celles qui ont une prise en charge parallèle mais qui n'est pas médicamenteuse qu'est-ce que ça peut être par exemple ?

PSYCHOLOGUE 1 :

On a beaucoup de personnes aussi qui sont douloureuses notamment ou qui ont une problématique autour de la douleur. Certaines ont des prises en charge vraiment au niveau somatique, mais aussi au niveau kiné par exemple, ou des choses comme ça.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Après il y a aussi des personnes qui arrivent à l'association et qui ont déjà un travail avec un psychologue en place. Donc là en général on essaie d'éviter parce-que ce n'est jamais très bon d'avoir deux psychothérapeutes en même temps. Ca peut créer des difficultés. Du coup ça on essaie d'éviter. Mais ça peut arriver pendant un temps, quand la personne arrive, qu'il y ait un petit peu cette double prise en charge psychothérapeutique. Voilà après je n'ai pas vraiment... Du coup comme vous êtes psychomotricienne je pense à la psychomotricité... C'est vrai que ça par contre non.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Pas en tête en tout cas, franchement.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Je ne sais pas après les gens ne me disent pas tout aussi.

MOI :

C'est vrai, d'accord. Du coup avec ces femmes quels sont vos principaux axes de travail ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Alors là encore une fois c'est très personnel parce que peut-être que même ma collègue avec qui je travaille vous répondrait différemment. On va dire que l'objectif ... Je ne sais pas d'ailleurs si on peut vraiment parler d'objectif mais je dirais qu'un des objectifs principaux c'est déjà que la personne puisse trouver un cadre sécurisant pour parler et se confier. Et ce n'est pas forcément que confier ce qu'il y a autour de l'agression ou du viol puisque parfois ça peut arriver au bout de très longtemps. Et on prend vraiment le temps pour en parler. Mais ça vient des personnes, donc nous on ne va pas questionner. Dans notre façon de travailler on ne va pas demander à la personne d'en parler.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 1 :

Ça vient quand la personne se sent prête et ressent le besoin d'en parler. Par contre il faut que la personne puisse trouver un cadre pour se confier, pour confier ses difficultés, parce-que souvent c'est aussi ça qui est très douloureux dans ces problématiques-là, c'est quand même qu'il y a une notion de secret, de honte. Et donc ça rend un peu impossible de parler de ses difficultés, de parler quand même de ces expériences qui sont très traumatiques. Donc tout ça reste à l'intérieur de soi et la personne doit gérer un petit peu seule. Assez souvent, là je fais de grosses grosses

généralités. C'est un petit peu caricatural mais quand même moi je dirais que le principal objectif c'est déjà que la personne qui éprouve ait un cadre dans lequel elle se sente en sécurité et dans lequel elle puisse se confier.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Voilà. Et après le reste pour moi vient de surcroît, c'est-à-dire le soulagement des difficultés, l'amélioration des relations intersubjectives... On peut dire que ce sont des objectifs mais ce sont des objectifs qu'on ne fixe pas en tant qu'objectif. C'est-à-dire que pour moi le principal c'est vraiment qu'il y ait une possibilité de se confier et de parler à quelqu'un en toute sécurité. Et puis ensuite le reste arrive.

MOI :

D'accord. Et du coup dans ce reste sur quel trouble vous pouvez agir entre guillemets ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Oh bah là c'est vraiment très dur de vous répondre. Je ne saurai pas vraiment répondre à ça. Quand même, en général ce sont des personnes qui ont vécu un trauma donc il y a tout la question du stress post-traumatique, avec les réveils nocturnes, les cauchemars, les flash, etc. Toutes ces choses-là qui sont vraiment très très difficiles à vivre et qui empêchent vraiment de vivre, qui génèrent beaucoup de souffrance. Quand même, il y a l'idée de pouvoir agir là-dessus, de pouvoir améliorer en fait la qualité de vie de la personne à ce niveau-là. Après il y a aussi toute la question, vous en parliez tout à l'heure, votre question qui était un petit peu enfin que j'ai entendu un peu orientée de ce côté-là c'est aussi c'est la répétition.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 1 :

La répétition des expériences traumatiques. Donc là on va dire que la psychothérapie agit aussi là-dessus. Ça permet aux personnes peut-être d'améliorer on peut dire leur qualité de relations, d'améliorer aussi leur façon d'être au sein des relations. Voilà, il y a un peu toutes ces notions-là. On pourrait les regrouper peut-être sous le terme des relations intersubjectives entre deux personnes. Voilà et puis après il y a aussi la prise en compte des pensées suicidaires. Il y en a qui disent aussi que la psychothérapie vise aussi à, je ne dirais pas à prendre en charge parce qu'en réalité là quand il y a vraiment trop de risques suicidaires il y a quand même une réorientation vers des psychiatres où il y a des traitements pour le coup du côté médicamenteux, mais par contre la psychothérapie participe grandement à améliorer ces questions-là aussi, et pour permettre à la personne, c'est encore une fois la même chose c'est de se confier, de ne pas rester seul avec ces difficultés. Et donc à partir de là ça génère un soulagement qui rend la vie plus supportable. Et voilà on peut le dire un petit peu comme ça mais ce sont mes mots et c'est un peu insatisfaisant mais voilà globalement je dirais un petit peu ça.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Et j'oublie des choses hein.

MOI :

Oui. Mais ça c'est normal. D'accord, ok. Et du coup est-ce que quand vous faites vos prises en charge vous avez en tête de travailler par exemple l'enveloppe psychique ou psychocorporelle des femmes que vous recevez ? Ou est-ce que c'est pas forcément une chose à laquelle vous pensez ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Et bien je dirais, il faudrait qu'on se mette d'accord sur le terme d'enveloppe, qu'on voit ce que ça signifie pour vous et ce que ça signifie pour moi, mais moi je dirais qu'on y pense automatiquement à la question de l'enveloppe.

MOI :

D'accord. Ca renvoie aussi au cadre dont vous parliez du coup.

### PSYCHOLOGUE 1 :

Tout à fait quand on parlait du cadre on permet une sécurité qui permet de parler, de s'autoriser à se confier, à parler. Donc déjà le cadre, l'association fait enveloppe et après et bien l'écoute des thérapeutes. Alors nous on est en co-thérapie aussi dans cette association. C'est quelque chose qui nous est très particulier, c'est que il n'y a pas un thérapeute seul avec le patient mais il y a toujours deux thérapeutes qui sont toujours les mêmes. Donc ça c'est vraiment une spécificité de l'association qui est quand même quelque chose de vraiment intéressant. Moi j'ai vraiment découvert ça avec A\*\*\*\*\* mais c'est vraiment intéressant parce que justement ça permet à la personne de ne pas se retrouver dans une situation potentiellement traumatisante c'est-à-dire dans une pièce fermée avec une seule personne qu'elle ne connaît pas. Même si on connaît le thérapeute au fur et à mesure mais il y a toujours un tiers. Donc il y a quand même l'idée d'éviter de reproduire une situation qui puisse mettre en difficulté la personne, souvent une situation dans laquelle les abus se sont passés pour une grande majorité des cas : être seul sans témoin. Et on peut dire que là à A\*\*\*\*\* il y a vraiment cette spécificité-là, il y a toujours du tiers du fait qu'on soit trois, le patient et deux thérapeutes. Donc voilà, je crois que ça c'est aussi quelque chose qui est du côté de l'enveloppe. Mais là on n'est pas encore dans la question de l'écoute des thérapeutes mais on est encore dans le cadre on va dire matériel qu'on propose. Et puis après du côté de l'écoute nécessairement on a toujours un petit peu cette question-là puisqu'après ça dépend un petit peu quelle théorie du traumatisme on a mais enfin moi en tout cas j'ai des références plutôt psychanalytiques. Donc la théorie du traumatisme c'est aussi la théorie du trop-plein. Alors pas que, mais quelque chose un petit peu qui vient et effracter ce qu'on appelle les contenants psychiques par du trop-plein. Donc il y a nécessairement un peu cette question-là qui suppose quasiment tout de suite pour les patients la question des enveloppes. Et puis après du côté du corps on est aussi quand même très attentif des personnes qui se présentent avec leur corps. C'est quasiment dans tous les cas que le trauma est passé par le corps pour les personnes victimes de violences sexuelles. Donc nécessairement elles se présentent un peu déjà d'une façon particulière que nous on va mettre au travail dans notre façon d'écouter, d'entendre un peu ce que la personne amène.

MOI :

D'accord

PSYCHOLOGUE 1 :

Après il y a des personnes pour qui c'est plus présent que pour d'autres. Mais voilà je dirais que de ce point de vue-là on est toujours aux prises avec la question des enveloppes.

MOI :

D'accord. D'enveloppe, et du coup dans ce que j'entends aussi il y a un peu de l'image du corps aussi quand vous dites « dans la façon dont elles se présentent » c'est par rapport à ça aussi ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Oui oui, tout à fait. Et bien c'est sûr que déjà dans les situations cliniques quand on est avec un patient on part un peu du principe que tout ce qui se passe est important, dans le verbal mais aussi dans le non-verbal. Donc nécessairement je vous donne un exemple comme ça mais une dame qui va tirer un peu sur sa jupe pour pas trop qu'on voit ses jambes, des choses comme ça ce sont des choses qu'on écoute autant que ce qu'elles nous disent.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 1 :

Là je vous donne un exemple un peu caricatural car c'est celui qui me vient, mais aussi il y a une possibilité de s'asseoir à deux endroits différents dans notre dispositif donc déjà rien que en face de qui elle va s'asseoir, en face de moi qui suis un homme ou plutôt de ma collègue qui est une femme, voilà se pose la question déjà presque tout de suite.

MOI :

D'accord. Et du coup vous travaillez aussi après j'imagine un peu la confiance en soi, l'estime de soi ? Ce sont des choses qui vont un peu de pair avec tout ce que vous avez dit finalement ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Oui tout à fait la confiance en soi, l'estime de soi, mais c'est quand même souvent des points qui touchent vraiment, des femmes qui sont énormément fragilisées par les éléments traumatisants. Donc nécessairement c'est quelque chose qui est mis au travail mais encore une fois vous voyez je ne peux pas vraiment vous dire si c'est un objectif pour moi. Si on ne travaille pas ça on ne travaille pas ça. C'est que la personne avait d'autres choses à travailler avant. Peut-être qu'on la rencontrera plus tard mais voilà on ne va pas partir avec un principe de travailler ça nécessairement.

MOI :

D'accord. Et je rebondis un peu par rapport à ce que vous disiez sur l'image du corps, la façon dont elle se présente, est-ce que vous repérez aussi des choses au niveau tonique, au niveau de la posture ? Est-ce que ce sont des choses aussi que vous pouvez repérer dans vos séances et sur lesquels éventuellement vous pouvez voir une progression aussi au fur et à mesure de la psychothérapie ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Alors oui tout à fait, je pense qu'il y a vraiment des personnes qu'on voit qui sont un peu coincées dans leur corps. Je vous parlais des personnes douloureuses tout à l'heure, que moi j'ai eu l'occasion de rencontrer donc je pense à elles, mais en effet on voit parfois des personnes qui sont très rigides dans leur corps. Et puis souvent ça s'assouplit un petit peu au fur et à mesure des rencontres quand on commence à se connaître un petit peu. Il y a quand même quelque chose aussi au niveau du corps qui montre que la personne est plus à l'aise. Après oui il y a vraiment parfois, alors là je vous fait un truc un peu général dans le sens où en effet c'est assez général que la personne se présente sur les premières rencontres, mais là je dirais que c'est même pas spécifique aux personnes qui ont vécu des abus sexuels. C'est quand même habituel que la personne se présente un petit peu de façon corporelle aussi. Ça montre un peu son anxiété ou en tout cas une réserve, une distance, ou quelque chose d'un petit peu plus rigide qui s'assouplit au fur et à mesure du temps. Après vraiment du

côté de thérapie qu'on fait à A\*\*\*\*\* oui il y a peut-être des personnes en effet pour qui c'est une problématique de fond qui peut s'assouplir avec le temps .

MOI :

D'accord, ok. Et du coup j'imagine aussi que vous en avez parfois qui sont dans des phénomènes de dissociation par rapport à leurs émotions, entre leur corps et leur intellect ? Est-ce que ça vous pouvez l'observer aussi ? Est-ce que c'est une chose sur laquelle vous allez travailler, de ramener en fait, de rassembler un peu les deux ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Oui, vous voulez dire par exemple un corps qui dirait autre chose que ce que dirait la parole par exemple ?

MOI :

Par exemple.

PSYCHOLOGUE 1 :

Alors oui ça arrive. Alors après c'est intéressant aussi quand on perçoit ça, souvent ce sont quand même des moments vraiment très précis comme ça dans lesquels on perçoit, on attrape quelque chose. C'est intéressant si c'est possible de pouvoir le renvoyer aussi au patient pour qu'il puisse faire son chemin. Mais on va le travailler oui.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Et des fois on passe à côté aussi mais oui oui c'est très juste je trouve que c'est très intéressant en général de le renvoyer au patient quand on perçoit ce genre de choses.

MOI :

Hum, d'accord. Bon et du coup dans vos prises en charge est-ce que vous utilisez, donc vous m'avez parlé de la double écoute mais est-ce que vous utilisez parfois des techniques autres un peu particulières ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Et bien oui on utilise les médiations, ce qu'on appelle les médiations, c'est-à-dire ça peut être des jeux, des dessins pour les enfants. Ça peut être de la pâte à modeler avec du modelage aussi pour les enfants, ça peut être des jeux de cartes ou des photos. On a un peu tout une palette de médiations à notre disposition et avec lesquelles on travaille. Après chacun a plus ou moins d'affinité avec telle ou telle médiation on va dire, mais du coup on choisit. Alors en général on propose un petit peu, surtout aux enfants, on en propose plusieurs souvent quand même. On dit ça serait plutôt intéressant de travailler avec le dessin du côté de la représentation, ou alors il y a vraiment quelque chose à faire avec la pâte à modeler, et puis on en discute avec le patient et on voit un petit peu ce qui lui l'intéresse aussi, avec quoi ils se sent à l'aise, et est-ce que c'est le bon matériau pour s'exprimer. Donc ça alors chez les enfants c'est quasiment tout le temps qu'on passe par des médiations. Chez les adultes ça arrive plus quand il y a des difficultés avec la parole.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

S'il y a des difficultés pour parler on va plus utiliser les médiations, alors ça peut être les photos...

MOI :

Les photos c'est au niveau du photolangage ou pas forcément ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Oui c'est ça, ce sont les photos du photolangage qui ont vraiment cet intérêt-là. Ce sont des photos qui ont été choisies et qui marquent un peu une profondeur, qui sont parlantes déjà pour que la personne arrive à s'exprimer un petit peu avec. Mais là encore une fois il faut vraiment aussi que ça parle au patient parce que sinon ça ne sert à rien. Il faut vraiment que le patient puisse se saisir du matériel.

MOI :

D'accord et du coup par rapport aux femmes spécifiquement est-ce qu'il y a des médiations qui marchent mieux que d'autres, qui sont plus attractives que d'autres on va dire ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Non, là comme ça je ne peux pas vous dire. Non je ne sais pas.

MOI :

Ok, ça marche. Et du coup dans les techniques de type TCC, EMDR, méditation, hypnose, toutes ces choses-là, est-ce qu'il y a des choses que vous utilisez ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Non alors on n'utilise pas d'autres méthodes de thérapie que celle que je vous ai décrite, non.

MOI :

D'accord. Et parmi celles que je vous ai citées mais peut-être d'autres aussi est-ce que vous pensez qu'il y en a qui pourraient être efficaces pour cette population-là ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Et bien c'est un peu compliqué à répondre parce-que déjà moi je ne les utilise pas. Je ne suis pas formé. Donc je ne les utilise pas. Donc à partir de là je ne peux pas vraiment savoir. Après je peux dire un peu ce que j'ai pu en lire ou en entendre. Moi de mon point de vue la question du trauma j'aurais tendance à dire que si on veut vraiment dénouer le traumatisme c'est du travail vraiment sur du long terme, c'est-à-dire qu'il y a toujours pour moi, je parle vraiment personnellement, pour moi il y a toujours un risque à essayer de travailler trop vite autour du trauma avec ce qu'on appelle un peu comme ça du déclic. Voilà, pour moi ça doit être du travail avec des personnes qui petit à petit font l'expérience d'une relation dans laquelle ils peuvent se livrer, parler. Et donc qui font aussi l'expérience de penser autour d'elles-mêmes, et ça ça prend vraiment beaucoup de temps pour déjà avoir confiance etc. Donc de ce point

de vue-là moi ces méthodes avec une résolution sur un temps beaucoup plus court je me méfie un petit peu.

MOI :

Oui d'accord, ok. Et du coup est-ce que vous pensez par exemple que la relaxation ça pourrait être une méthode qui pourrait être bénéfique pour les femmes victimes d'abus sexuel ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Alors ça je trouve que c'est autre chose par rapport à la question des méthodes parce que pour moi ça peut être tout à fait complémentaire d'une psychothérapie. Mais après on va dire que c'est un peu la personne qui va le chercher. Il y en a beaucoup d'ailleurs qui vont chercher du côté de la relaxation, ou d'autres formes autour de la méditation etc. Mais il y a beaucoup de personnes qui vont rechercher ça en parallèle, à côté. Là c'est juste une façon de contrôler ses angoisses pour pallier à des moments un petit peu plus difficiles, et là les personnes vont un petit peu rechercher ça par elles-mêmes à côté de la thérapie. La thérapie on va dire qu'elle va plutôt essayer de donner un petit peu forme aux angoisses, d'essayer d'un petit peu les apprendre, alors que la relaxation elle va plutôt être une façon d'essayer de contrôler le niveau d'angoisse, de pouvoir apaiser, etc. Donc là oui je trouve que c'est très intéressant. Les personnes qui font ça y trouvent vraiment un bénéfice.

MOI :

D'accord, ok. Bon et du coup est-ce que pour vous le corps est mobilisé pendant vos prises en charge ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Et bien ça dépend des moments. Alors autant chez les enfants, le corps est tout le temps mobilisé. Après avec les adultes et bien ça peut être plus ponctuel je dirais. Par exemple un peu comme je vous disais tout à l'heure parfois saisir un moment où vraiment il y a une expression corporelle. Mais par contre on ne va pas nécessairement dans notre dispositif, c'est plutôt un dispositif autour de la parole et de la pensée plus que vraiment un lieu où le corps est mis en jeu, à part après rien ne nous empêche de le faire si ça nous semble intéressant pour telle ou telle problématique, ou telle ou

telle personne de le proposer à la personne pouvoir faire des petits jeux de rôles ou des choses comme ça. Ca nous arrive d'ailleurs parfois de le faire aussi. Quand je vous parlais des médiations, des fois ça peut passer par des jeux de rôle. Je pense aussi à des personnes qui par exemple ne parlent pas bien français, ça peut arriver qu'on travaille avec un traducteur. Donc là on voit et on souriait avec ma collègue on se disait que ça serait même rigolo d'être filmé parce-qu'on fait énormément de gestes. La personne en face de nous fait aussi beaucoup de gestes etc. Donc là on est vraiment, le corps est vraiment mobilisé et il est vraiment une aide pour communiquer aussi. Mais par contre je ne dirais pas que dans notre dispositif on propose vraiment ... On amène cette question-là dans la mesure du possible.

MOI :

Ok d'accord. Et du coup est-ce que vous pensez que le corps il est important à prendre en compte justement dans la prise en charge de ces femmes ou est-ce que pour vous... Après ça vient aussi de votre posture de psychologue mais est-ce que pour vous vous êtes plus à distance du corps ou est-ce que c'est quelque chose qui vous semble être intéressant à travailler avec ses femmes ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Et bien vous savez moi je viens quand même, avant d'être à A\*\*\*\*\* j'ai travaillé à l'hôpital général en soins palliatifs. Donc vraiment on est au chevet des patients, ou même en établissement pour personnes âgées, en EHPAD. Donc là le corps est omniprésent oui dans ce lieu-là. Donc pour moi nécessairement on est du côté du corps. J'y ai une attention particulière de par mes expériences passées après je pense que c'est un petit peu quand même toujours le cas. On n'est pas dans un travail de psychanalyse où on essaie d'oublier son corps. Nous on est en thérapie en face à face, donc on se voit, la personne voit le thérapeute et le thérapeute voit la personne. Donc je dirais que le corps il est toujours en jeu quoi qu'il arrive. Après voilà je pense que ça dépend aussi des thérapeutes. Il y en a qui vont peut-être plus être à l'écoute du corps et d'autres un petit peu moins. Je pense que ça dépend vraiment de chaque clinicien, mais pour moi de mon point de vue c'est essentiel.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Et d'autant plus pour les personnes qui arrivent avec une problématique qui est passée par le corps, c'est encore plus important.

MOI :

D'accord. Alors du coup quelles seraient pour vous les indications pour un travail corporel ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Et bien moi je pense aux patients douloureux tout de suite. Ca aussi c'est peut-être une déformation par mon passage en hôpital général et en EHPAD aussi, mais je dirais pour les personnes douloureuses déjà parce-que quand même souvent le trauma et les douleurs chroniques n'ont pas rien à voir en général. Donc je pense que là il y a vraiment à l'intérêt pour ces personnes-là quand elles sont prêtes. Elles ne le sont peut-être pas tout de suite, mais je dirais que là il y a quand même un vrai intérêt. Après je dirais aussi pour les personnes chez qui c'est vraiment une façon, une manière de s'exprimer aussi. Mais là ça va être plutôt au cas par cas avec les personnes. Mais je dirais qu'il y a des personnes qu'on voit qui s'expriment beaucoup avec leur corps, ou ont aussi des expériences dans la danse ou autre. Et du coup on a un peu une facilité d'expression par ce biais-là donc là je trouve que ça a vraiment un intérêt.

MOI :

D'accord. Et est-ce que du coup il y aurait des contre-indications pour un travail corporel ou des critères ou des paramètres on va dire qui contre-indiqueraient ce type de travail ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Bonne question, là comme ça je n'en vois pas. Par contre au cas par cas on peut peut-être en trouver. De façon générale comme ça je ne sais pas. Après les personnes qui vraiment sont contre déjà, ils ne sont pas d'accord. Je pense voilà que c'est la personne qui pose la première contre-indication. Mais bon ce n'est pas toujours si évident que ça. Des fois on a tellement un dispositif en tête, on a tellement envie de le

proposer qu'on oublie un peu parfois. C'est déjà arrivé. Et on est quand même aussi dans une problématique autour des abus sexuels où et bien le refus n'a pas été bien entendu à un moment donné. Il est exprimé d'une façon ou d'une autre mais il n'est pas entendu, il est nié. Donc il y a toujours aussi ce risque avec les personnes. On est toujours avec ça dans la tête, de ne pas forcer la personne. Et c'est la même chose, d'ailleurs on le voit vraiment à A\*\*\*\*\* pour les démarrages de psychothérapie on propose plusieurs fois à la personne de dire non et donc de refuser de faire une psychothérapie. Il y a un premier entretien avec un premier contact au terme duquel, enfin je m'excuse je fais un petit détour mais ça me semble important aussi, voilà il y a plusieurs moments dans les premières rencontres avant de se dire qu'on démarre un travail ensemble il y a plusieurs moments où on propose à la personne de refuser en fait, de dire non et de l'exprimer. Et je pense que ça c'est vraiment une chose à laquelle il faut être attentif parce-que ça peut être très rapide de reproduire quelque chose. Donc voilà je dirais que ça c'est une certitude. Il y a cette contre-indication-là. Après non je ne vois pas comme ça. Par contre je pense qu'au cas par cas on peut trouver, et en discutant avec des personnes, mais là je n'en ai pas en tête comme ça.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 1 :

Mais je me suis moi-même rarement posé la question, donc c'est intéressant je vais pouvoir me la poser mais comme ça j'en ai pas.

MOI :

D'accord ok. Et bien c'était ma dernière question donc voilà. Mais je trouve ça intéressant parce-que du coup moi-même à vous poser des questions ça me fait réfléchir à plein de choses auxquelles je ne m'attendais pas forcément.

PSYCHOLOGUE 1 :

D'accord, très bien.

MOI :

Voilà après je ne sais pas s'il y a des choses que vous avez envie de rajouter ou de partager.

PSYCHOLOGUE 1 :

Non après moi ce que je peux vous dire c'est que je trouve que c'est une clinique emblématique qui est vraiment très enrichissante. C'est difficile de travailler avec ces personnes-là. J'imagine que si vous faites un travail là-dessus c'est que vous avez travaillé ou que vous prévoyez de travailler avec cette problématique-là ?

MOI :

Oui et bien disons qu'en fait ce champ-là ne fait pas partie de notre champ d'application à proprement parler en psychomotricité, et du coup pour moi ce projet de recherche il est certes sur du long terme on va dire de pouvoir travailler dans ce contexte-là, mais c'est aussi de pouvoir ouvrir un peu les champs d'application par rapport à notre décret de compétences, notamment de pouvoir élargir un peu les champs d'action. Et voilà je sais que ça prendra du temps et que je ne pourrai pas le faire tout de suite mais voilà. J'ai déjà pu discuter avec des psychomotriciens qui travaillent auprès notamment de femmes victimes d'abus sexuels mais ce n'est pas décrit comme tel, c'est un peu caché derrière les troubles psychiatriques, derrière d'autres choses, mais ce n'est pas spécifiquement là-dessus.

PSYCHOLOGUE 1 :

Oui d'accord. Mais c'est comme je vous disais un petit peu au début c'est-à-dire que à l'association il y a 100% des personnes qui ont subi des abus sexuels ou des violences sexuelles. Mais après ça se retrouve vraiment partout. Moi j'ai travaillé aussi en cabinet et ce sont des choses, les gens ne viennent pas nécessairement pour ça, ils n'en parlent pas parfois pendant un an ou deux ans, et puis ça arrive. C'est vrai que c'est quand même quelque chose qu'on rencontre de façon très fréquente puisque ça touche beaucoup de monde. Après voilà je trouve que c'est vraiment une clinique qui est intéressante. Alors après qui n'est vraiment pas facile parce-qu'on a quand même affaire à des traumatismes graves. Il y a des personnes qui souffrent aussi énormément. Par contre quand il y a un travail vraiment au long terme qui peut s'engager moi je trouve que c'est très intéressant pour les personnes qui vont évoluer, qui vont aller mieux.

MOI :

Oui, du coup ça me fait rebondir par rapport à ce que vous disiez sur la temporalité qu'il y a des choses pour lesquelles deux patients ne seraient pas prêts au même moment. Donc il faut essayer au maximum de respecter la temporalité parce-que justement il ne faut pas les forcer, en tout cas il ne faut pas qu'ils se sentent forcés dans quelque démarche que ce soit.

PSYCHOLOGUE 1 :

Oui, complètement. Après c'est aussi une vision du soin qui n'est pas trop à la mode aujourd'hui. Il faut le dire les soins sur les temps longs on n'aime pas trop ça dans les institutions, et surtout au niveau des tutelles et des administrations. Mais c'est dommage parce-que c'est quand même ça qui permet vraiment à la personne de trouver du mieux et de le trouver en profondeur. Alors après voilà moi j'ai pu lire des récits autour de l'EMDR comme quoi ça provoque quand même des changements assez spectaculaires avec des changements assez profonds. Après j'ai aussi eu les récits où ça provoque quand même des problèmes aussi par la suite pour les personnes.

MOI :

Par manque d'élaboration, ce genre de chose ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Par manque d'élaboration, par manque d'accompagnement après les séances. Parce-que parfois une personne peut aller mieux immédiatement après et plusieurs mois après ça peut aussi créer des problèmes. Et le symptôme, là encore c'est moi avec mes références, mais le symptôme il n'est jamais là par hasard. Il permet quand même à la personne d'acquérir un équilibre. Et donc à partir du moment où on déséquilibre la personne, donc le symptôme c'est des cauchemars, des insomnies, de l'anorexie ou je ne sais quoi, si on l'enlève assez rapidement il faut bien avoir toujours en tête que ça déséquilibre la personne. Donc il y a besoin d'un accompagnement voilà sur un temps long et c'est pas toujours pensé parce-qu'on en a pas toujours les moyens. Et puis toutes les approches ne proposent pas un accompagnement sur un temps

long. Donc voilà pour moi c'est vraiment quelque chose qui est essentiel. Après un temps long ça peut être de quelques mois à une année à vraiment plusieurs années.

MOI :

Et du coup est-ce que parmi les femmes par exemple qui viennent pour un abus qui a été fait récemment est-ce qu'elles vont globalement évoluer plus vite que celles qui viennent après 20 ans, 30 ans ? Ou est-ce que ça dépend vraiment des ressources de chacune par rapport à ça ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Alors là je ne peux pas vous répondre. Je peux vous répondre uniquement théoriquement parce-que j'ai pas vraiment assez de recul non plus. Ca fait un an et demi que je suis dans l'association donc je n'ai pas vraiment assez de recul pour pouvoir vous dire ça. Par contre ce que je peux dire quand même c'est que c'est certain quand les personnes ont vécu avec un trauma pendant des dizaines d'années et puis viennent élaborer, essayer d'élaborer un peu cet événement-là plusieurs dizaines d'années après ça signifie quand même qu'il y a quelque chose à l'intérieur de la personne qui est resté au fond pendant énormément de temps. Donc ça ça a des effets forcément. Et c'est un grand mot mais on va dire qu'on chronicise. Je ne sais pas si c'est très juste de dire ça mais en tout cas c'est sûr que quand même la personne vit des souffrances très intenses, ou du moins vivent avec pas nécessairement toujours des souffrances parfois la personne se coupe aussi d'une partie d'elle-même.

MOI :

Oui mais ça cristallise un peu les choses.

PSYCHOLOGUE 1 :

Voilà. Mais voilà quand ça arrive je pense que ça fige quelque chose vraiment du trauma à l'intérieur de la personne. Par contre à l'inverse je trouve que ce n'est pas bon non plus. On a eu des cas comme ça, des personnes viennent, alors souvent des enfants ou des adolescents ou même les adultes, parce qu'on leur dit qu'il faut aller faire un travail sur soi, une thérapie, alors que la personne a remis en place immédiatement après le trauma des défenses. Et nous on la voit arriver dans le bureau et on trouve que la personne ne va pas trop mal. Il n'y a pas nécessairement le désir

d'aller gratter ou d'aller un peu remettre en question ce nouvel équilibre qui a été trouvé. Donc à partir de ce moment-là moi je trouve que c'est pas bénéfique non plus d'intervenir absolument. Parce-qu'il y a eu un trauma donc il faut intervenir et il faut proposer une psychothérapie. Si la personne a réussi à se rééquilibrer avec des défenses et avec quelque chose qui tient sans trop souffrir et qu'elle n'a pas envie d'aller voir plus loin il vaut mieux la laisser tranquille, et peut-être que plus tard dans sa vie elle aura une demande pour élaborer parce que ça ne tiendra plus et à ce moment-là elle fera une psychothérapie. Mais voilà je crois que ce n'est pas non plus nécessaire d'aller proposer systématiquement une psychothérapie.

MOI :

D'accord. Et bien merci beaucoup.

PSYCHOLOGUE 1 :

Et bien écoutez c'est normal ça permet aussi de réfléchir sur notre propre pratique. Et ça permet aussi de faire des liens. Là j'ai une collègue en ce moment qui met en place des ateliers de danse pour les victimes de violences. Alors c'est pas uniquement les violences sexuelles mais pour les violences en général.

MOI :

D'accord, qui est psychologue aussi ?

PSYCHOLOGUE 1 :

Oui, donc il y a des choses aussi qui se mettent en place un peu de ce point de vue-là. Mais vous voyez ce que vous évoquez ça me fait aussi penser à ça. Vous parliez tout à l'heure un peu d'autres prises en charge. C'est tout nouveau donc on n'a encore envoyé personne mais ça peut faire partie des dispositifs vers lesquels on peut renvoyer aussi.

MOI :

D'accord ok. C'est chouette. Et bien merci beaucoup en tout cas et je vous souhaite une bonne continuation.

PSYCHOLOGUE 1 :

Merci beaucoup à vous aussi et bon courage.

MOI :

Merci bonne soirée, au revoir.

PSYCHOLOGUE 1 :

Au revoir.

## **Annexe n°5 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue 2**

MOI :

Je vous avais présenté un peu le cadre de mon étude, je fais un Master International en psychomotricité. L'intérêt pour moi de continuer c'était de pouvoir ouvrir mon métier sur l'Europe et il me permet aussi de m'ouvrir sur la recherche. En tout cas moi c'était mon objectif. Et comme j'étais très intéressée par tout ce qui tourne autour du psychotrauma je suis partie un peu dans cette voie-là avec ce mémoire sur les femmes victimes d'abus sexuels. J'avais également fait mon mémoire de diplôme d'état sur la relaxation comme accompagnement de la séparation chez l'enfant placé de moins de 6 ans. Voilà, grosso modo ce sont un peu les thématiques qui m'intéressent.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, d'accord. On est dans tout autre chose avec les abus sexuels par rapport à la séparation et le placement.

MOI :

Oui oui oui complètement, mais ça reste dans le traumatisme des liens je veux dire.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, on reste dans des choses très compliquées.

MOI :

Voilà exactement. Du coup oui, peut-être que vous pouvez vous présenter un petit peu, me dire l'âge que vous avez, le nombre d'années d'expérience, ce que vous avez fait... ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Alors du coup j'ai 34 ans et ça fait 10 ans que je suis psychologue. J'ai fait mon Master 2 à Grenoble avec la spécialité victimo et criminologie. Je me suis formée en psychiatrie en milieu carcéral pendant 2 ans sur mon temps d'étude et après j'ai travaillé. Alors je vais avoir du mal à me remettre dans le temps mais j'ai dû faire 3 ans en centre éducatif renforcé.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

C'étaient des jeunes filles qui étaient placées donc dans la délinquance au féminin. Après j'ai fait un petit passage à l'ADAPEI mais vraiment court, c'est un remplacement. Mais plutôt sur des enjeux institutionnels au niveau de l'équipe sur comment on pouvait penser sa pratique donc je n'étais pas au contact des résidents ou extrêmement peu. Et en parallèle de ça j'ai travaillé au département de R\*\*\*\*\* où là j'étais vraiment avec chaque professionnels donc on peut appeler ça la supervision individuelle avec des travailleurs sociaux.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Ils étaient là un peu pour pallier à l'attente des CMPP, des choses comme ça, ou du CAMSP, pour prendre en charge les enfants. Mais voilà c'était très ponctuel. Ma mission première c'était quand même d'accompagner le travailleur social dans les situations qu'il vivait mais c'était de l'individuel donc extrêmement rare.

MOI :

Ok, oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Voilà et puis maintenant ça n'existe plus. Parce que les financements... Mais ça, ça a duré 7 ans, le temps où je travaillais avec eux. Et puis en parallèle de ça je travaille avec des équipes en APP, l'Analyse de la Pratique Professionnelle, où là c'est assez différent. Ça peut être des CCAS, il y en a pour qui c'est un service jeunesse et médiation où ce sont des éducateurs de rues. Ils sont dans les quartiers et ils vont rencontrer des gens comme ça, des maisons de parents-enfants comme « La petite maison » qu'on a à S\*\*\*\*\*. Moi ça va faire 7 ans que je les accompagne... Oui voilà, je dois en oublier car j'en ai pas mal dans mes équipes mais voilà c'est assez varié. Et puis là, récemment, j'ai fait une vacation pour aider les procédures d'agrément pour assistants familiaux parce qu'ils ont une forte demande. Ils ne pouvaient pas absorber donc du coup j'ai été en tant que vacataire pour donner un avis psycho sur les postulants. Donc c'était plus un travail d'écriture et d'expertise pour le coup.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Et puis le libéral est arrivé aussi, parce qu'il y avait ça en parallèle, en 2013. Donc ça va faire maintenant 7 ans que je travaille toute seule. Enfin toute seule c'est pas tout à fait vrai puisqu'on va dire qu'on choisit ses partenaires aussi quand on est en libéral. C'est peut-être celui-là l'avantage qu'on peut avoir, on choisit avec qui on travaille : les médecins, pédiatres, les autres psycho... Voilà, on se crée notre réseau aussi parce qu'on ne travaille pas tout seul sinon ça ne marche pas.

MOI :

Oui, c'est sûr. D'accord, et du coup est-ce que vous avez une formation corporelle en parallèle ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Non pas quelque chose de spécifique. Après pour moi ça fait partie de ma formation tout court de psychologue de parler du corps. Après je pense que ça doit dépendre aussi des personnalités et des sensibilités des psycho. Moi cette dimension du sensoriel et du corporel elle est tellement là et à chaque fois là qu'on soit tous petits ou qu'on ait 85 ans.

MOI :

D'accord, ok. Et du coup, là pour avoir une idée un peu dans vos prises en charge actuelles est-ce que vous avez des femmes victimes d'abus sexuels ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui. C'est très fréquent.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Alors c'est pas forcément ce qui arrive en premier dans la demande. Ca peut arriver que la personne dise « voilà j'ai vécu ça et j'ai besoin de le déposer, j'ai besoin de travailler », et des fois c'est au cours de la thérapie. Il y a d'autres choses, il y a d'autres symptômes et à un moment donné, au fur et à mesure, on arrive là-dessus, oui.

MOI :

Ok. Et parmi vos prises en charge, ces femmes représentent combien à peu près de vos patients ?

PSYCHOLOGUE 2 :

C'est vraiment beaucoup. C'est vraiment beaucoup... Alors après dans abus sexuel on va dire qu'il y a un passage à l'acte. Il y a l'abus sexuel voilà, qui est d'ailleurs reconnu ou pas après, finalement, et puis il y a aussi tout ce qui est incestuel qui pour moi est sensiblement du même registre quant aux conséquences sur le développement et sur l'image du corps qu'on a, et sur la sexualité qu'on peut se

construire aussi. Donc je ne sais pas, vous, dans ce cadre-là, l'incestuel si ça vous parle ?

MOI :

Alors ça me parle, par contre dans le cadre de cette étude on est plutôt au niveau du passage à l'acte, que ce soit un viol ou une agression sexuelle de type attouchements, mais en tout cas de l'ordre du passage à l'acte.

PSYCHOLOGUE 2 :

D'accord. Alors je regarde sur mon agenda... Déjà là sur une demi-journée j'en ai la moitié... Franchement je dirais une sur deux et je ne sais pas si c'est pas plus.

MOI :

D'accord, donc un patient sur deux ou une femme sur deux ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Une femme sur deux. Les hommes aussi mais alors les hommes c'est beaucoup plus compliqué, il y a beaucoup plus de honte à venir dire ça, peut-être encore plus à une femme, je ne sais pas. Mais les hommes aussi, là je pense à un patient que j'ai dans ma liste qui est un monsieur d'un certain âge qui a pu déposer ça aussi.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Déjà les hommes consultent moins en libéral. Mais il y a aussi beaucoup plus de honte à dire ça. Mais je ne suis pas sûre qu'en termes de chiffres on soit en-dessous.

MOI :

D'accord, oui. Ca se sait peut-être moins.

PSYCHOLOGUE 2 :

Peut-être pas adultes, mais dans l'enfance en tout cas je ne suis pas sûre qu'ils soient moins à risques qu'une petite fille.

MOI :

D'accord, ok. Et du coup dans les personnes que vous recevez qui ont subi des abus sexuels, parmi les femmes, est-ce que vous sauriez dire un peu si c'est plutôt des viols ou plutôt des agressions ? Quand je dis agression c'est des attouchements plutôt. Ou si ce sont des viols isolés, répétés ... ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Ce sont beaucoup d'incestes.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 2 :

C'est ce qu'il va y avoir le plus. L'agression on va dire plus ponctuelle, hasardeuse, une mauvaise rencontre au mauvais moment, elle est vachement rare. Par contre l'inceste c'est on va dire 90 % des histoires que j'entends.

MOI :

D'accord, ok. Oui donc plutôt par de la famille ou par les proches que par une personne plus éloignée, voire même un inconnu.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, et du coup ça peut se répéter.

MOI :

Et oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Ca s'installe sur une période plus ou moins longue.

MOI :

Oui, d'accord. Et du coup, parmi les personnes que vous recevez, quand elles viennent vous voir, alors même si elles ne déposent pas ça en premier lieu, est-ce qu'elles viennent vous voir tout de suite après l'agression ou est-ce qu'il y a un laps de temps plus ou moins grand quand même ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Alors là ... Là, celles que j'ai actuellement ce sont des femmes qui viennent me relater des choses qui se sont passées il y a 10 ans et sinon j'ai des femmes là on est sur 20 ou 30 ans après.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, parce qu'elles n'ont pas consulté avant, parce que c'était pas pleinement conscient avant ..

MOI :

Oui, et que les symptômes ne se sont peut-être pas manifestés avant.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, il y a une difficulté à un moment donné à vivre sa vie, à construire une vie de couple, à rester à s'engager dans un travail, et une sexualité qui est vachement compliquée quoi.

MOI :

Hum, d'accord. Oui il n'y en a pas qui viennent vous voir on va dire dans les trois mois après l'agression ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Non.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Alors après on est en libéral donc il y a peut-être aussi j'imagine le dispositif avec la gendarmerie où il y a aussi des psycho qui récupèrent peut-être plus facilement dans des associations d'aide aux victimes où peut-être on va plus facilement taper sur ces portes-là. Mais non, c'est peu.

MOI :

D'accord. Bon, et du coup toujours parmi les femmes que vous recevez, est-ce qu'elles vous partagent le fait qu'elles ont des prises en charge parallèle par exemple par un psychiatre ... ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Elles n'en n'ont pas forcément en tout cas celles que j'ai. Il n'y a pas de prise en charge psychiatrique.

MOI :

D'accord, donc pas de soutien médicamenteux particulier ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Non. Il y a peut-être même une volonté de ne pas en avoir. Alors après ça va aussi avec la prise en charge de psycho, je pense qu'il y a des choses qui sont liées. On veut parler, on ne veut pas un médicament. On sait que le psycho il ne va pas faire d'ordonnance parce qu'il ne peut pas. Donc du coup ,il y a moins de risques en venant le voir de repartir avec un médicament. C'est sûr qu'il n'y en aura pas.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Après on peut préconiser selon les états dépressifs ou anxieux de dire « là ça serait bien que vous ayez aussi une prise en charge psychiatrique ».

MOI :

D'accord, et c'est peut-être moins stigmatisant aussi du coup le fait de ne pas donner de médicament ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, et puis il y a quelque chose chez ces femmes victimes de « on ne va quand même pas prendre un médicament pour un truc qu'on nous a fait. C'est dégueulasse quand même. On ne va pas payer... ». Déjà il y en a qui disent qu'on devrait faire payer les séances à l'agresseur parce qu'elles doivent se soigner d'un truc qu'on leur a fait. Il y a quelque chose qui n'est pas juste. C'est vrai, il y a un truc qui est inversé, c'est l'agresseur qui devrait se faire soigner. Donc si en plus faut prendre un médicament à cause de ça mais ce serait presque une peine supplémentaire. Il y en a qui peuvent le dire comme ça.

MOI :

D'accord, ok. Il n'y en a pas qui vous parlent de prises en charge à côté de ... Je sais pas, de relaxation, ou ...

PSYCHOLOGUE 2 :

Il peut y avoir l'hypnose. Mais je suis super vigilante sur ces choses-là parce qu'il faut voir qui pratique l'hypnose, comment il le pratique, parce qu'il faut faire gaffe sur les images traumatiques qu'on peut ouvrir et l'état dans lequel on peut laisser son patient après derrière. Faut voir et être très très vigilant. L'hypnose ... Si, il y en a qui font du yoga. La danse, moi je les incite quand même à faire du yoga, de la danse, à mettre leur corps en mouvement dans quelque chose de sécurisé et surtout de prendre plaisir. Parce que ça c'est très compliqué.

MOI :

Oui, ok. Bon, et du coup quand vous prenez alors ces femmes en charge quels sont vos principaux axes de travail ?

PSYCHOLOGUE 2 :

En fait en psychologie on ne travaille pas comme ça, parce qu'on part de son patient, de là où il en est, de ce qu'il a à dire. Il y en a qui vont amener leurs rêves. Moi j'ai une patiente qui me parle beaucoup de ses rêves, des rêves traumatiques. Donc on peut partir des rêves. Il y en a pas mal qui en parlent. Après ce sont des expériences qu'elles ont vécues dans leur quotidien, dans la semaine, avant de venir, qu'est-ce qui a été compliqué pour elles ou dans leur couple. Qu'est-ce qui est compliqué concrètement, quelles sont les angoisses qui sont arrivées, comment on se sent dans son corps là cette semaine, où en est le moral, ... Voilà, on part de ça et on voit. Ou la séance d'avant des fois, mais ce sont elles qui choisissent, la séance d'avant qui les a un peu brassées ou pas brassées, où il a fallu 48 heures pour s'en remettre parce que franchement c'était pas facile. Et puis des fois on en reparle pas du tout, on ne sait même plus ce qui s'est dit la dernière fois, et puis c'est pas grave. On part on va dire du quotidien et puis ça descend en strates au fur et à mesure de la séance. C'est la méthode de l'association libre en fait.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Donc je ne dirige pas du tout.

MOI :

D'accord, ok. Mais peut-être que vous avez en tête quand même des choses... Je ne sais pas peut-être par rapport à la confiance en soi, des choses comme ça que vous repérez en commun chez ces femmes. Vous parliez de l'image du corps tout à l'heure, des choses comme ça.

PSYCHOLOGUE 2 :

Je vois où est-ce qu'elles m'emmènent, si elles m'en parlent ou pas. Et après je vais voir par quoi elles sont préoccupées à ce moment-là, parce que je n'en sais rien. Une femme peut être très préoccupée par une image qu'elle a, ou un souvenir qu'elle a, ou pas du tout. Ca peut être sa sensation actuelle qu'elle a de ne pas pouvoir avoir de relation sexuelle avec son conjoint.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Et bien si c'est ça on part de là. C'est quoi le geste qui est compliqué, à partir de quand ça va pas, et qu'est-ce qu'on ressent... ? Et c'est là qu'après on peut descendre en strates et on associe. On essaie de voir ce qu'il se passe. Mais on ne parle pas toujours de l'abus sexuel non plus.

MOI :

Non, bien sûr.

PSYCHOLOGUE 2 :

Parce qu'il y a quelque chose à dire, c'est qu'elles ne sont pas que ça, et elles ont des ressources. Il y a aussi je pense ça dans la thérapie, parce que sinon on écroule notre patient complètement. Si on le ramène à quel point il n'a été rien, parce-qu'au moment où quand même la patiente réalise qu'elle a été juste un objet d'une pulsion c'est costaud. C'est dur d'exister et d'être sujet. Mais elles sont sujets ailleurs et il faut aller aussi de temps en temps aller chercher ça.

MOI :

Oui, bien sûr. Après c'est peut-être dans mes représentation mais je me dis que vous avez peut-être un regard particulier par rapport à l'enveloppe, à comment elles se sentent sujets justement, la confiance en elles, l'estime d'elles-mêmes, l'image du corps ... Je pensais aussi à tout ce qui est de l'ordre de la dissociation avec les émotions, le corps, l'esprit, par rapport au tonus aussi, par rapport au fait que des fois elles peuvent être soit hypotonique soit complètement hypertonique ça dépend aussi des patientes, mais voilà c'était un peu dans ce...

PSYCHOLOGUE 2 :

Ca va dépendre des séances aussi. Il va y avoir des fois des patientes incapables de se lever à la fin de la séance, qui vont être hypertendus et qui vont le dire. Et puis la séance d'après qui vont complètement s'écrouler dans le fauteuil. C'est jamais pareil,

c'est en fonction de ce qu'on aborde. Mais on peut voir aussi, vous parliez du tonus du corps dans la manière dont la femme se tient. Moi je le vois de la salle d'attente quand je vais chercher mon patient à la manière dont il marche. Et quand il arrive dans le cabinet si ça va ou si ça va pas. Surtout chez ces femmes-là, il y a vraiment quelque chose qui se passe déjà dans la marche, je peux voir si elle est super énervée de venir et qu'elle va déposer sa bombe, qu'elle est très très en colère, ou au contraire là il y a un mouvement de panne et qu'il va falloir porter. On écoute mais ça va être lourd. Et dans la manière d'être dans le fauteuil on le voit aussi, c'est pas toujours pareil .

MOI :

Oui, d'accord. Mais donc tout ce que je vous ai cité ce sont des choses que vous pouvez percevoir ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, et que je peux renvoyer à mon patient. Et puis des fois même il le dit tout seul « oh là là qu'est-ce que je me tiens mal, on dirait un gros sac » ou des patients qui disent « là je ne peux pas me lever, là mes jambes mais j'en ai pas là, si je me lève je tombe ». Donc voilà, parfois les fins de séances on ne peut pas les couper quand on veut, il faut attendre 5 ou 10 minutes parce que le patient n'est pas bien. Il faut qu'il aille boire ou il a envie de vomir, voilà.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Il se passe plein de choses dans le corps.

MOI :

Et bien oui... ok. Et du coup est-ce que vous utilisez des techniques particulières ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Je suis à l'ancienne moi. J'ai mon divan. Voilà, s'il y a une technique dans le dispositif c'est celui-là qui est à double tranchant pour les personnes qui ont vécu une agression sexuelle parce que la position allongée c'est souvent la position traumatique. Mais en

même temps c'est super intéressant de s'allonger pour recréer un espace de sécurité mais il y en a qui en ont horreur.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Il y en a qui disent « non mais jamais je n'irai là c'est pas possible », et d'autres au contraire qui vont se sentir absolument portés dans le corps pour pouvoir vraiment tout déposer sans avoir à porter ce corps.

MOI :

Oui, d'accord. J'ai vu qu'une de vos collègues pratiquer l'hypnose.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui.

MOI :

Vous ne pratiquez pas comme ça des techniques un peu différentes ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Non.

MOI :

Je sais que les TCC des fois sont préconisées aussi dans le cadre des abus sexuels, l'EMDR, vous m'avez parlé de la méditation aussi tout à l'heure, ...

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui.

MOI :

On en trouve pas mal dans les écrits, mais ...

PSYCHOLOGUE 2 :

Moi c'est plus d'un point de vue personnel que ce sont des choses... moi si le patient me demande « est-ce que si je médite ça pourrait être pas mal ? » je lui dis bah oui. Après il ne le fera pas avec moi, il le fera lui comme il veut, il ira trouver des choses. Comme « est-ce que je peux danser, mais j'ose pas, mon corps il est dégueulasse » où là je vais dire bon ben on va peut-être en discuter et puis peut-être qu'il faut essayer, et puis voilà n'hésitez pas, ou du yoga. Mais après oui, même au niveau de l'hypnose je passe la main à quelqu'un d'autre et je pense que c'est intéressant aussi de différencier les deux. Après ce sont des méthodes de travail où là on rentre on va dire dans les grands combats entre les psycho et les psychanalystes. On n'est plus à la mode du divan, de la psychanalyse, et de ce que ça peut apporter. On est dans la TCC où voilà au bout de tant de séances il se passe tels résultats, on fait tels ou tels exercices. C'est intéressant sur des choses. Après, moi je reste persuadée dans le fond que ce sont ces méthodes-là qui fonctionnent (divan, psychanalyse) mais elles prennent du temps. Elles sont lentes, ne sont pas performantes comme on voudrait qu'elles le soient. C'est laborieux c'est clair, mais par contre quand c'est acquis c'est vraiment acquis.

MOI :

D'accord, c'est un travail peut-être plus en profondeur.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, et elle le sentent. Mais ça se mesure en années donc c'est vrai que le patient tu n'as pas envie de dire je pars pour 4 ou 5 ans, donc moi je dis aux patients mais vous verrez où vous aurez envie d'aller, et puis vous arrêtez quand vous voulez. Et en général ça s'installe. Mais le travail il ne faut pas l'imaginer comme un grand chemin de croix.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Mais c'est vrai que celui qui va vraiment en profondeur ça prend du temps on ne va pas taper comme ça d'un coup dans les choses.

MOI :

Oui, d'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Après les TCC sont vachement intéressantes, surtout pour l'anxiété, pour gérer là tout de suite la crise d'angoisse c'est intéressant. Et après on peut faire un travail aussi plus profond ou faire les deux en parallèle.

MOI :

D'accord, oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Mais après ça se déchire et ça se déchirera toujours là-dessus. Ce sont les grands combats ça.

MOI :

C'est sûr. Et est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres médiations qui pourraient être intéressantes ou efficaces dans ce type de problématique ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Je pense que tout ce qui va mettre en jeu le corps va être hyper intéressant, comme toutes les médiations sur l'image du corps, sculpter, peindre, c'est hyper intéressant pour ces gens-là. L'écriture c'est hyper intéressant aussi. Ce sont des gens qui en parlent en plus, ils font tout ça finalement en parallèle, créer et faire sortir d'eux.

MOI :

D'accord, mais ils le font du coup plus d'eux-mêmes, plutôt seuls que vraiment accompagnés.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, c'est ça. Mais on réfléchit ensemble à vers quoi il y aurait du plaisir. Et on pourrait en même temps évacuer des trucs, jeter des choses pas très sympas qu'on a à

l'intérieur. Donc oui, en institution on pourrait se régaler sur du travail de groupe ou en petit groupe, je pense que le petit comité c'est mieux avec ces femmes-là. Le photolangage je pense que ça fonctionnerait hyper bien aussi, toute médiation serait intéressante. La danse, je pense que c'est aussi très très intéressant de faire bouger ces corps-là, le théâtre aussi dans les identifications. Je pense que oui il y aurait plein de choses à faire oui.

MOI :

D'accord. La relaxation vous pensez que ça pourrait ...

PSYCHOLOGUE 2 :

A double tranchant.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Comme le divan, c'est la même chose. Après c'est intéressant aussi mais ça va dépendre de là où en est le patient je pense.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Parce-que ça peut être peut-être trop angoissant, trop inquiétant...

MOI :

Le lâcher prise des fois lève des barrières qu'il ne faut pas trop lever tout de suite.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui. Il y a l'état aussi, ça veut dire aussi laisser toutes ses pensées arriver et parfois on se sent un peu dégueulasse donc si on maîtrise un peu c'est pas mal.

MOI :

D'accord, oui. Et du coup je pose la question quand même, même si je me doute de la réponse au vu de ce que vous avez dit jusqu'à maintenant, mais pour vous le corps il est mobilisé dans vos prises en charge ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Alors, vous savez je suis toujours surprise dans les colocs quand les psychologues remercient les intervenants en disant « oh la la super vous parlez du corps », mais on habite un corps avant tout, la première chose que l'on voit c'est le corps, lors de la marche, etc. Alors moi c'est je pense une sensibilité que j'ai à la base mais le patient est un corps avant tout, même un enfant je vois un corps, je vais déjà décrire un corps avant une parole. Et une parole, après, habite le corps. Moi je vois à quel point un corps peut se liquéfier derrière une parole, ou derrière ma parole, derrière mon interprétation.

MOI :

Oui, d'accord. Et du coup quelles seraient pour vous les indications pour un travail corporel ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Mais tout. On pourrait tout traiter. Le corps il est partout, même quelqu'un qui a une psychose, c'est hyper intéressant de travailler avec eux sur le corps, encore plus parce que leur corps il est complètement éclaté, ils ont une image du corps complètement folle, mais justement c'est super de travailler l'image du corps. Il n'y a pas un endroit où on ne pourrait pas travailler le corps. Même en prison le corps c'est hyper intéressant c'est dans son propre corps, la représentation qu'on a du corps de l'autre.

MOI :

Oui, et du coup pour les femmes victimes d'abus sexuels est-ce qu'il y a des critères, des petites choses qui vous feraient dire et bien tiens il faudrait peut-être faire un travail plus corporel ou que je l'interroge un peu plus là-dessus ?

PSYCHOLOGUE 2 :

L'interroger là-dessus ça arrive très vite parce qu'à un moment donné on parle de sexuel, et le sexuel c'est du corps, c'est surtout du corps. On n'en parle pas, le sexuel par définition ça ne se parle pas ça se fait, donc le corps il est de suite questionné à cet endroit-là, et c'est là qu'elles vont l'amener parce-que c'est problématique.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Après ce sont elles qui vont m'amener leurs interrogations. Il y a un moment donné où le corps il ne faut pas le toucher, il faut les laisser tranquille. Il y en a d'ailleurs qui me disent « moi je suis contente parce-que vous êtes sur le fauteuil et vous n'allez pas me toucher, vous n'allez pas me faire ça ou quoi, vous ne me touchez pas et je ne veux pas que vous me touchiez ». Et puis il y a un moment où elles vont dire et bien là j'aimerais me mettre en mouvement, donc à travers quoi. Alors ça ne va pas être avec moi, ça va être à travers une activité ou autre chose. Et là ça se travaille, ce sont elles qui me le disent.

MOI :

D'accord. Ok. Et est-ce qu'à l'inverse il y aurait pour vous des contre-indications pour un travail corporel pour ces femmes ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Quand elles ne veulent pas. Quand elles le disent clairement, quand elles sont dans une phase peut-être de non acceptation. Je ne sais pas si on accepte complètement ça, je pense qu'il y a aura toujours une partie qui ne peut pas l'accepter. Mais quand c'est trop traumatique, quand c'est trop brûlant, ce n'est peut-être pas le moment.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Je crois qu'il y a vraiment quelque chose à entendre du désir de ces femmes et de leur limite corporelle à ce moment-là, et ça bouge. Ca peut être oui puis ça peut être non.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

Il faut respecter ça. Parce-qu'il y a des choses qui se revivent dans le non qui sont super importantes. La question de la limite corporelle chez ces femmes elle est terrible parce qu'elle va partout. Elle va dans la parentalité, elle va dans le travail, ce sont des gens qui n'ont pas de limite. Quand on est abusé la limite ça ne veut rien dire. Et si alors la loi ne passe pas encore plus. Et ça bouge tous ces trucs-là. Avant vraiment de reconstruire quelque chose il faudra du temps.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Déjà il faut qu'elles en prennent conscience.

MOI :

Est-ce qu'il y en a qui dès le début d'une prise en charge avec vous manifestent le fait qu'elles ont envie justement de bouger leur corps, de s'exprimer par le corps ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Il s'écroule le corps dans un premier temps.

MOI :

Oui, c'est ça.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui. Souvent c'est ça quand même qui se passe. Pour elles, oui, le corps il s'écroule. C'est le corps blessé, c'est le corps meurtri, et après on va essayer de se le réapproprier. Et à nouveau il peut être remeurtri, il peut être retraversé par des

mouvements compliqués. Mais c'est le premier mouvement en tout cas en thérapie. Parce-que je repense aux jeunes filles que je pouvais suivre en CER, il y en avait au moins 5 sur 6 à chaque fois qui avaient été abusées, et on agite le corps. Mais on est dans l'adolescence donc c'est encore autre chose. Donc on sort, on couche avec tout le monde. C'est une manière de montrer que ça va pas non plus, mais surtout de pas le dire. Alors que quand on vient ici on parle. C'est pour ça qu'elles viennent peut-être plus tard aussi.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 2 :

C'est un peu plus compliqué de se poser et de venir dire là tout de suite ce qui se passe. On ne sait pas trop déjà dans la tête à l'adolescence ce qui se passe. Donc ici, le corps il s'écroule dans un premier temps.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 2 :

Mais il peut s'agiter, mais en tout cas pas là dans ma pratique. En libéral il déprime en fait.

MOI :

Oui, il y a de l'effondrement avant de reprendre corps en fait.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui c'est ça. De se le réapproprier, de voir à quel point il est blessé. Il y a peut-être des endroits qui resteront meurtris. Il faut accepter cette part un peu mortifère de soi et c'est compliqué oui.

MOI :

D'accord... Bon et bien j'ai posé toutes mes questions, donc je ne sais pas s'il y a des choses que vous aimeriez rajouter ou que vous auriez envie de compléter ?

PSYCHOLOGUE 2 :

Non non, si ce n'est que c'est spectaculaire cette dimension du corps chez ces femmes qui ont été abusées. Et à quel point ça impacte le travail, la relation de couple, la maternité. Et c'est insidieux. Elles ne s'en rendent pas forcément compte. Mais c'est en venant bosser qu'elles voient tous les impacts que ça peut avoir. Et elles ne sont pas que ça aussi. Je crois que c'est vraiment important dans la thérapie. Certes il y a eu une énorme blessure mais on peut redevenir sujet. Mais c'est clair qu'à un moment donné on n'a pas été sujet, on a été rien.

MOI :

Oui, mais il ne faut pas que ce soit ça qui les définissent c'est ça ?

PSYCHOLOGUE 2 :

C'est ça, elles ne sont pas que ça. Et ça aussi ça fait partie de la thérapie, d'aller voir aussi qu'est-ce qu'elles sont ailleurs. Alors c'est là que selon les histoires c'est plus ou moins compliqué. Des fois elles ont des choses super sympas ailleurs, et des fois il n'y a pas grand-chose parce que la vie n'a pas été très chouette, il n'y a pas eu de support qui ont fait que. Et là c'est un peu plus difficile pour certaines femmes.

MOI :

Oui, d'accord.... Bon, et bien merci beaucoup.

PSYCHOLOGUE 2 :

Et bien de rien je ne sais pas si ça répond ou si c'est dans la lignée de ce que vous avez pu entendre.

MOI :

Et bien si, oui, complètement. Après, de ce qui a pu ressortir en tout cas des autres entretiens que j'ai pu mener, c'est qu'un travail corporel est à faire éventuellement mais à prendre avec des pincettes, et pas dans un premier temps parce qu'il y aurait un

temps d'élaboration quand même important avant de pouvoir mobiliser le corps et de pouvoir vivre sensoriellement plus les choses.

PSYCHOLOGUE 2 :

D'accord.

MOI :

Mais du coup voilà c'est vrai que moi en tant que psychomotricienne c'est un sujet qui me tient à cœur parce-que l'abus sexuel c'est quand même un traumatisme psychocorporel.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, en effet il y aurait de quoi faire. J'ai envie de dire surtout chez les enfants aussi. Parce-que c'est compliqué à mettre en mots ces choses-là, et c'est compliqué d'habiter à nouveau le corps. Le corps de l'enfant va plus souvent s'agiter que se déprimer dans des choses un peu mécaniques, frénétiques.

MOI :

Oui. Effectivement j'avais vu ça justement quand j'avais fait mon mémoire de diplôme d'état sur la séparation avec les enfants placés où il y avait vraiment deux schémas complètement opposés entre l'inhibition et l'excitation. Donc oui, après je ne sais pas si on peut parler de mécanismes de défense mais en tout cas ce sont des réactions post-trauma.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui oui, ça en est. Et en tout cas c'est majeur dans les deux cas. Il y en a un, celui qui s'agite, qui est peut-être un peu plus dans le vivant parce qu'il va alerter. On va plus s'occuper de quelqu'un qui fout le souk que de quelqu'un qui reste dans son coin et qui ne dit rien.

MOI :

C'est vrai.

PSYCHOLOGUE 2 :

Et celui-là il est beaucoup plus difficile à accrocher. Il est beaucoup plus difficile à aider. L'autre il crie quelque part. Il crie, il appelle à l'aide, n'importe comment mais il est plus vivant l'autre qui est vraiment en train de mourir pour le coup.

MOI :

Oui, oui oui. Donc oui, on fait toujours des liens après entre des traumatismes qui sont différents mais qui sont ...

PSYCHOLOGUE 2 :

Alors après des fois les séparations sont liées aussi parce qu'il y a eu des abus.

MOI :

Oui c'est vrai.

PSYCHOLOGUE 2 :

Souvent il y a des choses sur le corps. C'est qu'à un moment donné le parent n'a pas pu prendre soin du corps de l'enfant, soit parce qu'il est inconnu, soit parce qu'il est fou, soit parce qu'il le maltraite. Mais il y a quand même quelque chose sur le corps, soit agi, soit du côté de la négligence. C'est encore autre chose la négligence mais ça a des effets.

MOI :

Oui, complètement.

PSYCHOLOGUE 2 :

Donc ils ont aussi ça à gérer dans la séparation ces enfants.

MOI :

Oui oui. Et là moi pour ce mémoire j'ai pas fait vraiment de différence sur le moment de l'abus, si c'était plutôt dans l'enfance ou à l'âge adulte. Mais en tout cas c'était plus centré sur la prise en charge de la femme adulte, qu'elle ait vécu l'agression dans son

enfance ou pas, mais voilà pour justement aussi aborder la question de la maternité, de la sexualité, toutes ces choses qui ne concernent pas les enfants.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui oui. Après je pense que le libéral aussi peut permettre des choses peut-être différentes. Je pense à l'association A\*\*\*\* qui est clairement une association définie pour les victimes d'agressions sexuelles, je pense que ce n'est pas évident pour ces femmes de passer cette porte là parce-que ça convoque d'emblée cette question-là. Alors qu'en libéral on vient et si on veut mettre des années avant d'en parler mais on mettra des années avant d'en parler. Alors que là-bas même si ils ne posent peut-être pas la question directement on a passé cette porte-là quand-même.

MOI :

Et puis à partir du moment où on passe cette porte on est étiqueté comme une personne qui a vécu un abus.

PSYCHOLOGUE 2 :

Oui, voilà, on peut se dire que celle qui est à côté de nous... Voilà je pense qu'il y a d'autres enjeux aussi dans ces choses-là, que le libéral a un truc plus intime peut-être, ce qui fait que ça demande une histoire peut-être financière. Voilà, aujourd'hui n'étant pas remboursé par la sécurité sociale... Et que ce sont des femmes d'un certain âge avec des capacités intellectuelles qui sont quand-même bien là. Après ça c'est le truc du libéral, donc l'argent ça fait forcément une sélection au moins sur le travail à long terme.

MOI :

Oui tout à fait.

PSYCHOLOGUE 2 :

Quelqu'un qui n'a pas d'argent il ne peut pas s'engager trop longtemps.

MOI :

Oui ... D'accord, bon et bien merci beaucoup pour cet échange.

PSYCHOLOGUE 2 :

De rien.

## **Annexe n°6 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue 3**

MOI :

Alors dans un premier temps est-ce que vous pouvez vous présenter, me donner votre âge, votre expérience ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Je suis psychologue, je travaille à trois endroits donc ici en cabinet à mi-temps et puis à mi-temps aussi en service de médecine légale. Et aussi je suis le président de l'association L\*\*\* dans la prévention du suicide.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Du coup je travaille à trois endroits et dans les trois où j'exerce ce travail je reçois des personnes qui ont été abusées sexuellement ou attouchées sexuellement.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et j'ai 50 ans.

MOI :

D'accord. Et vous avez de l'expérience dans la clinique des abus sexuels depuis longtemps ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui oui, depuis longtemps, depuis le début. Ca doit faire 25 ans à peu près.

MOI :

D'accord. C'est une problématique que vous retrouvez à peu près partout finalement ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, partout très très fréquemment. Alors je dis très fréquemment parce-que soit les abus sexuels sont déclarés, il y a eu un dépôt de plainte etc. Soit ça se révèle au cours de la thérapie.

MOI :

Oui, ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

Donc c'est vraiment quelque chose qui est plus fréquent qu'on ne le pense. Et je ne sais pas si c'est un des objets de l'étude mais je trouve que les gens en parlent plus il me semble. Il y a moins de tabou, peut-être grâce à la médiatisation qui fait que, que ce soit sur les violences conjugales ou bien sur les abus et les attouchements, il y a quand même me semble-t-il plus de connaissances de la part des gens sur cette problématique.

MOI :

D'accord, ok. C'est intéressant. Vous avez une formation corporelle parallèle ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors non, je n'ai pas de formation corporelle, non. Je me suis sensibilisé par ouverture d'esprit.

MOI :

Ok. Dans le cadre de votre travail à la médecine légale vous avez uniquement des personnes victimes d'abus sexuels ou pas forcément ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors on a des personnes victimes d'abus sexuels. On a toutes les violences. Ca va de l'agression, la bagarre de rue, en passant par les problématiques de voisinage ou ce qu'on appelle les coups et blessures volontaires. Ensuite les violences conjugales et puis on a effectivement tout ce qui est abus sexuels sur enfants, sur majeurs etc. On est un passage un peu obligé dans la procédure donc à ce titre-là on a des collègues médecins qui eux observent les hématomes, les lésions etc., et bien entendu d'un point de vue psychologique les gens ne vont pas bien. Et du coup on suggère d'aller en consultation. Et nous psychologues, puisqu'on est trois, il y a deux collègues femmes et moi, et bien on prend la suite.

MOI :

D'accord ok. Du coup quand vous recevez du monde en médecine légale vous faites vraiment un suivi ou est-ce que vous orientez vers d'autres professionnels ensuite ?

PSYCHOLOGUE 3 :

On fait un suivi. Mais il y a deux temps en psychologie. C'est qu'il y a le temps qu'on appelle du traumatisme, parce-qu'un abus sexuel peut potentiellement, majoritairement, se transformer en traumatisme, mais le travail de la médecine légale est très particulier puisque nous on est des chirurgiens du trauma.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est-à-dire qu'on intervient sur le trauma mais pas forcément sur les effets différés dans la vie. C'est-à-dire qu'on ne va pas faire une thérapie au long cours, ce qui d'ailleurs est super important parce-que ça veut dire que la personne a un temps pour traiter ce qui s'est passé. On a plusieurs outils avec nous. Et un second temps où elle quitte ce statut de victime au sens de la vie. C'est important d'avoir dit « je suis victime d'avoir été attouchée par un cousin ou je ne sais qui, ou abusée par un tel à un moment

donné de ma vie » que de dire « je suis une victime à vie ». Et donc c'est important que les gens quittent la médecine légale à un moment donné. Et ce moment c'est quoi ? C'est quand ils ont dépassé l'étape dite traumatique, c'est-à-dire qu'ils arrivent aussi à ne pas être sous une forme d'hypervigilance, de se sentir intrusé à chaque instant, enfin tout ce qui est vraiment le feu du trauma. Nous on intervient juste sur le coup de l'impact psychologique du traumatisme. Ca peut prendre longtemps mais on s'occupe de ça et rien que de ça.

MOI :

D'accord. Donc vous êtes le premier temps en fait de la prise en charge si on peut dire ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, c'est « qu'est-ce qui m'est arrivé », de réaliser, de pouvoir poser des mots, de pouvoir s'émouvoir. Et je parlais des outils, que ce soit l'hypnose que ce soit l'EMDR aussi.

MOI :

Vous les pratiquez ces méthodes ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, dans le suivi traumatique c'est important.

MOI :

Ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

Je suis expert, je ne travaille pas pour la justice mais j'ai le diplôme. Mais du coup ça me permet aussi d'approfondir un certain nombre des questions.

MOI :

D'accord, ok. Là sur la totalité de vos prises en charge vous diriez que les victimes d'abus sexuels représentent quel ratio ?

PSYCHOLOGUE 3 :

5%.

MOI :

5% ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, et en médecine légale j'irais jusqu'à 8 %.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

Ce qui est beaucoup attention, c'est énorme. C'est-à-dire qu'en médecine légale ce par quoi on est concerné c'est principalement les coups et blessures volontaires.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Bagarres de rues, se faire taper à 3h du matin, un coup de couteau, les choses comme ça, les agressions avec violence. Et on a aussi les problématiques de harcèlement moral, les choses comme ça, les violences conjugales. Alors d'abord ce sont les coups et blessures volontaires et puis en second lieu ce sont les violences conjugales qui sont très importantes.

MOI :

D'accord, ok. Et sur les patients victimes d'abus sexuels on dirait qu'il y a quel ratio de femmes adultes qui viennent de vous voir ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Je dirais que ce sont majoritairement des femmes, mais on a aussi des hommes. Je dirais qu'on est à 70-30, mais les hommes aussi existent et ils sont très représentés.

MOI :

D'accord donc là ce sont des adultes dont vous me parlez ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Voilà, des adultes.

MOI :

Ok, d'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Je pense, je dirais ça comme ça, mais oui 7 sur 10 en général.

MOI :

D'accord. Et de façon globale je ne parle pas forcément de votre travail à la médecine légale mais par rapport à la nature des abus, est-ce que ce sont plus souvent des viols, plus souvent des agressions sexuelles, et quand ce sont des viols est-ce que ce sont plus souvent un viol isolé ou plutôt des viols répétés ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors il y a plusieurs configurations dans ma pratique. En général je dirais que c'est 50/50 entre les viols et les attouchements. Mais les impacts peuvent être tout à fait similaires. Ca c'est quelque chose de très intéressant. C'est-à-dire qu'une personne qui a été attouchée et pour qui ensuite ça ressort à l'âge adulte, on ne pourra pas dire qu'elle est moins impactée qu'une femme violée, qu'une jeune fille qui a été violée. Parce-que ce qu'il faut savoir c'est que souvent pour les abus sexuels, principalement, ils se passent dans l'enfance. Et bien souvent un peu moins à l'adolescence et ils arrivent encore moins à l'âge adulte.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et je pense que c'est lié au fait de la vulnérabilité tout simplement.

MOI :

Oui, ok. Quand les personnes viennent vous voir, on va parler de la médecine légale dans premier lieu, les femmes victimes d'abus sexuels qui viennent vous voir elles viennent vous voir après combien de temps passé après l'abus ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Pour les femmes alors en médecine légale c'est souvent dans l'année on va dire. Dans l'année, pourquoi ? Parce-que la médecine légale elle a cette vocation c'est qu'elle est liée à l'actuel, parce qu'on a fait un dépôt de plainte et ensuite on fait une prise en charge en médecine légale. Donc souvent ce sont des victimes dites de l'année. Souvent, après il peut arriver qu'on ait des dépôts de plainte tardifs et c'est bien le cas et c'est tout l'objet. Alors maintenant la loi elle dit 18 + 30, c'est ça qui a changé.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et c'est bien parce que les effets différés...

MOI :

Sont parfois très différés ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Et oui parce-qu'il y a le tabou, il y a la culpabilité, la honte, quel va être l'impact au sein de ma famille etc. Alors souvent les abus les plus complexes ce sont les viols intrafamiliaux. Parce-que c'est encore plus dur, quel va être l'effet sur ma famille si je parle. Donc je trouve que c'est là qu'on trouve les cas les plus difficiles. Quand il s'agit de mon propre père, quand il s'agit de mon frère, de mon papi, etc.

MOI :

Et peut-être souvent comme ce sont des personnes proches qu'ils côtoient peut-être plus souvent ce sont souvent des viols répétés aussi ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Exact, c'est ça. Ce sont rarement des actes isolés, c'est juste. Alors que chez les adultes on va retrouver un viol. Mais un viol dans la rue, soudain. Alors que dans l'enfance ou l'adolescence on va retrouver beaucoup de répétition. Et d'ailleurs on reconnaît très bien les scénarios des auteurs avec une sorte de chantage affectif, donc ça peut durer des années.

MOI :

D'accord ok. Et du coup dans votre pratique en libéral les personnes qui viennent vous voir, sans dire que ce soit forcément leur demande initiale, mais quand elles vous en parlent l'abus date de longtemps ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Exact. Oui de longtemps, oui. Alors très souvent ce que j'ai remarqué dans mon expérience c'est que c'est vrai ce que vous dites, ce n'est pas forcément la demande initiale. Ils viennent. Alors ils ne savent pas trop pourquoi mais ils le savent au fond, ou ils testent le cadre comme on dit. C'est-à-dire qu'ils vont éprouver la gentillesse du thérapeute, la contenance du thérapeute. Et ça même dans votre métier c'est extrêmement important. Ils ne vont pas forcément dire « salut je m'appelle nana j'ai été abusé ». Alors ça arrive mais ce n'est pas comme ça en général. Il y a un autre événement qui peut les faire venir, une réflexion ou une tristesse soudaine. Ils ne savent pas d'où ça vient et petit à petit, c'est un processus inconscient, ils vont tester la psychomot que vous êtes. Bon en plus vous avez ce rapprochement qui est autour du corps, le travail de ce qui a été effracté en premier lieu.

MOI :

C'est ça.

PSYCHOLOGUE 3 :

Avant d'être une effraction psychologique c'est le corps qui a été effracté. Et du coup avec le psychologue, pour peu qu'il s'installe un climat dit de confiance, à un moment

donné ils l'amènent souvent avec beaucoup de tact. Ils vont dire « oui je sais pas, je fais des rêves étranges des fois c'est bizarre, j'aime pas qu'on me touche ». Ils vont nous parsemer comme ça de plein de petits éléments qui vont nous dire que là il y a des questions à soulever. Et du coup mon travail en tant que psychologue ce n'est pas de dire « vous avez vécu ça », c'est plutôt de dire par exemple « ah, bon », il faut quand même du temps. Et à un moment donné je peux dire « parfois vous savez il arrive que des personnes aient vécu des choses très difficiles qui ne leur permettent pas de etc. ». Je balance des petits éléments comme ça, et des fois les gens ils en conviennent. Et là ça fait mal parce-que ce sont des moments où on assiste parfois à un effondrement de la personne. C'est-à-dire qu'ils laissent tomber tout le poids comme ça, c'est une grande tristesse. On doit leur expliquer qu'il est normal qu'ils soient tristes voire déprimés, mais ce qui n'est pas normal c'est ce qui leur est arrivé. Et de commencer à travailler, et de dire « attendez ça ne vient pas de vous, vous n'êtes pas une personne fragile ». Alors elles sont beaucoup empreintes de culpabilité, elles pensent que ça vient d'elles, « est-ce que c'est parce-que »... Du coup elles ont remis en question beaucoup le rapport à l'autre.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Si je suscite l'excitation de l'autre ça veut dire quoi ? Ca veut dire que c'est moi le problème en fait. Et donc ça c'est très compliqué dans leur esprit.

MOI :

Oui, d'accord, ok. Du coup elles viendraient plutôt après une dizaine d'années ou ça peut être encore plus long ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Moi j'ai eu une expérience, il faut que je vous en fasse part pour vous dire que je ne sais pas s'il y a une règle en la matière. Peut-être 15 ans, 10 ou 15 ans. J'ai une expérience en médecine légale où une dame, 74 ans, elle est dans la rue avec ses deux petites filles. Sur le trottoir d'en face il y a une jeune fille de 17-18 ans qui insulte l'une de ses petites filles qui a 9-10 ans. Elle était à moitié bourrée dans la rue, elle disait n'importe quoi. Elle, elle reste un peu médusée, elle n'ose plus bouger et la jeune

fille va vers l'une de ses petites filles et lui dit « qu'est-ce que tu as à me regarder toi » ou je ne sais quoi. Et elle, elle prend ses deux petites filles et elle part en courant. Mais quand la jeune fille du trottoir avait bousculé la petite elle s'était trouvée sans rien faire. Jusque-là c'est une agression, c'est pas bien etc. Donc de là elle se réfugie quelque part puis elle dépose plainte avec ses petites filles pour agression. Et bon ses petites filles sont vues, très rapidement elles vont mieux on va dire, ça se passe plutôt mieux avec elle etc. Et la grand-mère de 74 ans dit « moi je voudrais consulter ». Et puis elle me dit lors de la première séance « ça m'a médusée et j'ai été sidérée, je n'osais plus bouger, donc je viens vous voir parce-que je ne comprends pas ce qui m'arrive, j'aurais dû réagir, envoyer une tarte à cette gamine qui venait nous perturber et ça aurait été terminé, qu'est-ce qui fait que je n'ai pas réagi ». Je l'ai vue trois fois et elle a analysé que cette expérience de sidération elle n'était pas liée qu'à ce qui s'était passé mais ça l'a ramenée à sa propre histoire où elle avait été abusée sexuellement à l'âge de 14 ans. Elle habitait en centre-ville chez ses parents qui étaient un peu démunis mentalement essentiellement. Et c'est un soir où elle s'était engueulée avec ses parents, elle faisait la tête et le soir très tard vers les 23h ou minuit elle sort et s'assoit sur un banc et elle commence à pleurer. Et là il y a un monsieur qui arrive et qui lui dit « et bien qu'est-ce qui se passe etc. » et lui offre un jus d'orange. Et ce monsieur lui a dit « on va faire un tour », il la prend en voiture, il l'emmène dans la campagne et il la viole. Et donc une expérience extrêmement traumatique. Elle est rentrée chez elle et ses parents n'ont pas posé une seule question. C'étaient des gens vraiment démunis et du coup elle a eu un enfant.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et à l'heure où on parle son fils ne sais toujours pas qui est son père. Et elle m'a dit « vous êtes la première personne avec qui j'en parle ». C'est-à-dire qu'elle est passée à travers toutes les mailles. Et donc elle a analysé que cette correspondance de ne rien faire, de rester sidérée, ça lui avait fait remonter quelque chose de beaucoup plus grave où elle-même s'est sentie l'objet de l'autre à l'âge de 14 ans justement. Ce corps passif qui se faisait transporter, qui se faisait ramener, et que enfin elle se permettait à son âge de pouvoir l'analyser.

MOI :

D'accord, donc 60 ans après.

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui. Ca c'est une expérience impressionnante mais on voit combien les effets peuvent être différés.

MOI :

Et oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Pour moulttes raisons, pour protéger, parce qu'on ne veut pas voir, parce que, parce que, parce que... Et je dirais qu'en moyenne c'est oui 15 ans peut-être.

MOI :

D'accord, ok. Et par rapport à l'auteur des abus, est-ce que c'est plus souvent dans la famille proche, une connaissance ou plutôt un inconnu ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors bien souvent c'est un inconnu et fort heureusement, et souvent on retrouve les beaux-pères, les cousins, on retrouve les oncles, les grands oncles, etc.

MOI :

Donc plutôt dans la famille proche alors ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Plutôt dans la famille proche oui.

MOI :

Vous diriez que c'est plus souvent ? Si vous deviez donner un ratio entre famille proche, connaissance et inconnu.

PSYCHOLOGUE 3 :

De mon expérience, famille proche. Je mettrais 55% pour la famille proche, les cousins, parce-que la personne qui abuse ou attouche un enfant connaît l'enfant, c'est-à-dire qu'il connaît les habitudes de l'enfant.

MOI :

Et l'enfant a confiance en lui aussi.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est ça, ça arrive pendant les vacances où l'enfant va chez un grand-oncle ou je ne sais où, chez un ami de la famille, le fameux meilleur ami de la famille. Parce-que le profil de l'auteur ce n'est pas un profil de quelqu'un avec des dents longues et un couteau entre les dents. Non ce n'est pas ça du tout, c'est plutôt quelqu'un qui a une bonne figure socialement, qui est plutôt sympa, adapté à la société. C'est ça qui trouble le jeu, c'est qu'on cherche tous à avoir un Jack l'éventreur, un méchant monsieur qui en veut aux enfants. Mais c'est archifaux. Les trois quarts des auteurs ce sont des gens qui ont des problèmes bien entendu, mais qui ont des problèmes psychologiques par rapport à ça. Et pour une partie, pour un certain nombre, ils ont déjà eux-mêmes été victime.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors ça c'est un truc que parfois on a reproché en disant « oui on ne peut pas dire que les auteurs n'ont été que des victimes, qu'ils agiraient par imitation ». Non, pas par imitation, mais par blessure narcissique personnelle quand ils étaient enfants, et quand ils ont vécu des choses ou assisté à des choses comme ça. Ou alors eux-mêmes ils ont pu vivre dans un climat incestuel.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Et ça c'est autre chose. Ils n'ont pas forcément été dans leur corps, quoique attouché ou abusé, mais ils ont vécu des relations avec leur mère... Qui dorment jusqu'à 13 ans dans le lit de maman etc. donc ils ont une érotisation qui est puérile donc voilà on trouve pas mal de choses comme ça.

MOI :

D'accord, ok. Et les personnes que vous voyez donc parmi les femmes adultes toujours, est-ce qu'elles ont des prises en charge parallèles à la vôtre ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors pour la majorité je dois dire que non.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et c'est là le petit plus, même le grand plus que vous avez par rapport au corps. C'est pour ça que j'ai accepté de vous voir. C'est parce que le corps c'est le grand oublié. C'est le grand oublié, il faut le dire. C'est-à-dire que c'est ce qui est effracté en premier et c'est ce dont s'occupe en dernier.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est impressionnant quand même.

MOI :

Oui complètement, c'est pour ça que ce sujet me tient à cœur aussi.

PSYCHOLOGUE 3 :

Voilà, alors en médecine légale j'avais deux ex-collègues qui maintenant travaillent à la S\*\*\*\*\* et qui étaient en médecine légale avec moi il y a 3 ans jusqu'en 2016 et elles ont mis en place un groupe. Pas avec moi parce que je suis psychologue homme et qu'en terme de corporéité, de rapport au corps, même psychologique c'est délicat.

C'est pour ça qu'en médecine légale on travaille de manière mixte. C'est-à-dire que les personnes victimes ont le choix de venir voir un psychologue homme ou une psychologue femme. Ce qui est logique quand même, parce-que si on ne leur laisse pas le choix... Elles n'ont déjà pas eu le choix de l'auteur, donc si on ne leur laisse pas le choix de la manière dont elles veulent aller mieux c'est quand même un comble.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Donc du coup elles avaient mis en place ça et elles ont fait des groupes qui ont très très bien fonctionné, de shiatsu qui est une des approches.

MOI :

D'accord, oui bien sûr.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et qui a extrêmement bien fonctionné donc pendant l'année elles distillaient 10 séances de shiatsu avec un groupe d'une dizaine de femmes qui avait vécu des choses difficiles. Voilà et je trouve que c'est extrêmement important parce-que ces femmes-là ce qu'elles renvoyaient, alors moi je ne participais pas mais j'avais les comptes rendus parce-qu'on veut bosser derrière, et elles m'expliquaient tout le boulot qu'elles avaient fait, les échanges etc. Mais du coup c'était extrêmement pertinent parce-que elles voyaient que grâce à des techniques corporelles elles trouvaient des améliorations. Ca ça ne sort pas de nous. Freud dans les années 1900 disait « le moi est avant tout corporel ».

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Donc comment peut-on prétendre soigner quelqu'un y compris par les mots si on ne s'occupe pas en même temps du corps ? Parce-que le corps a une mémoire. Ca c'est dur à prouver scientifiquement mais le corps a une mémoire. C'est-à-dire que si je

marche comme ça si je m'émeus comme ça, si mes gestes sont comme ça, si j'ai telle ou telle posture etc. on peut imaginer que le corps parle.

MOI :

Oui, bien sûr.

PSYCHOLOGUE 3 :

Il parle des maux M.A.U.X., mais à sa manière. Donc je pense que vraiment c'est une thématiques extrêmement importante. J'ai entendu parler d'autres approches notamment avec l'aïkido.

MOI :

D'accord ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Dans ce qu'on appelle l'Aïki Taïso qui est une étude des postures corporelles et avec lesquelles on réajuste à travers le corps le psychisme. Donc je pense que c'est extrêmement important bien sûr. Alors les autres techniques sinon ce sont les techniques qui les accompagne parce qu'il y a aussi les troubles de l'image de soi, tout ce qui est perte de confiance et de l'estime de soi. Quand on les attarde sur elles il y a des lacunes immenses sur la manière qu'elles ont de s'estimer. Les troubles de la perception où elles s'imaginent. Elles ont perdu la notion de leur corps, de qui elles sont. Quand on leur dit qu'elles sont mignonnes elles peuvent aller se cacher parce-que sinon c'est limite une agression. Elles n'y croient pas. Donc il y a tout ça. Je pense que tout ce qui est corps, acceptation de la féminité, acceptation d'être une femme tout simplement. Il y en a pour qui c'est difficile, qu'on voit banaliser leur corps, qu'on voit s'habiller « en sac à patates ou sportswear » histoire de cacher les formes. Combien deviennent directement mère en sautant si je peux dire la phase de femme. Elles finissent l'adolescence et bim elles deviennent mère, comme si il fallait absolument annuler la féminité, comme si c'était dangereux. Donc bien sûr que toutes les techniques, il y a de la place pour tout le monde si je peux dire. Et je trouve que là il y a insuffisamment en France par rapport à d'autres pays qui sont en avance comme le Canada, le Danemark, enfin qui font des grosses structures, et là quand on y va il y a tous les corps de métier.

MOI :

D'accord. Je reviens juste à ma question par rapport aux prises en charge parallèles, est-ce que vous en avez qui ont un soutien médicamenteux à côté par un psychiatre ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui oui, avec antidépresseurs, anxiolytiques, ça arrive. Je dirais pas que c'est tout le monde mais ça arrive.

MOI :

Oui ? Vous diriez que ça représente la moitié des patientes ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Non je dirais 1/4 ou 1/5 ce qui est déjà énorme. On est entre 10 et 20%. C'est énorme. Enfin je sais qu'en France on est des sportifs de la médication mais bon.

MOI :

Oui. C'est vrai que moi je suis déformée aussi par ma vision de mon travail avec les personnes âgées où il n'y en a pas un qui n'a pas une ordonnance énorme. Donc je ne me représente pas bien cette partie-là.

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, c'est vrai. Mais même chez les personnes âgées vous devez en avoir qui n'ont jamais rien dit.

MOI :

Ah mais oui, moi j'en ai des fois pour lesquelles ça ressort aussi dans les prises en charge. Alors que c'est pas du tout l'objectif de départ, ils viennent parce qu'ils ont chuté ou pour autre chose, et puis on se rend compte qu'il y a ça aussi.

PSYCHOLOGUE 3 :

Voilà mais on voit que ça. Mais en psy c'est pareil, c'est-à-dire que ça part d'un truc autre qui a priori n'a rien à voir avec le truc initial. Une chute effectivement corporelle qui fait ressurgir des vieux trucs.

MOI :

C'est ça. Surtout quand ce sont des chutes pour lesquelles ils ne comprennent pas les raisons. Mais à un moment donné voilà il y a eu un effondrement justement, et oui en effet j'ai déjà pu en avoir.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et ça comment vous gérez en psychomotricité ?

MOI :

Et bien moi en psychomotricité dans ce cas-là je travaille beaucoup l'enveloppe justement parce que ce sont souvent des patients qui nous rapportent qu'ils sont perdus, ils ne savent plus, ils ne savent pas trop ce qui leur arrive, ils ne savent pas pourquoi ça arrive maintenant. Et du coup et bien on discute beaucoup mais en fait beaucoup d'enveloppement dans des draps assez serrés, avec des techniques qui ressemble un petit peu au packing mais en plus simple. Ce ne sont pas des draps froids, ce ne sont pas des draps mouillés, voilà. Avec de la relaxation, avec des objets médiateurs aussi très souvent, des objets médiateurs en tout cas en premier, justement pour pas que le rapport au corps soit trop direct. Avec des sacs lestés, avec des balles qu'on peut passer sur le corps pour rassembler. En fait l'objectif c'est vraiment de rassembler, unifier le patient.

PSYCHOLOGUE 3 :

Hum, passionnant.

MOI :

Après c'est vraiment en fonction de ce que les patients nous amènent aussi de ce qu'ils aiment, ce qu'ils n'aiment pas. Et si ils nous disent « voilà moi j'adore voyager » ça peut être un enveloppement par exemple où on va plus utiliser la projection mentale : « imaginez-vous dans un lieu que vous aimez, dans lequel vous aimeriez être » etc.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est au carrefour avec la sophro ?

MOI :

Un peu oui. Après voilà on va dire que la sophrologie c'est plus centré sur la respiration, même si je ne connais pas très bien mais c'est un peu l'image que j'en ai. Et nous dans la relaxation ça va être un peu plus de les guider au niveau sensoriel, mais que ce soit un niveau visuel, auditif, au niveau des odeurs, tout ça et voilà. Et qu'ils puissent après s'ils en ont envie raconter un peu ce voyage.

PSYCHOLOGUE 3 :

Hum. Parce que je sais qu'en sophrologie par exemple ce qui les intéresse c'est pas tant la verbalisation, c'est l'aspect effectivement respiration, concentration sur le corps, le corps, le corps, le corps. Est-ce que c'est pareil en psychomotricité ? Est-ce que la place du langage elle est relative ? Est-ce qu'il vaut mieux se concentrer sur les mouvements, les sensations ou est-ce qu'on accorde aussi de l'importance à la verbalisation ? Comment ça se passe ?

MOI :

Alors déjà je pense que c'est très variable selon les professionnels. Moi je sais que j'accorde beaucoup de place à la parole parce-que je trouve que c'est important pour conscientiser corporellement les choses. Et après il y a plusieurs temps dans la relaxation. Un premier temps avec des exercices on va dire corporels pour arriver à s'installer confortablement, à savoir comment on arrive à être bien, un temps de relaxation pendant lequel on les guide, et un temps d'approfondissement pendant lequel la personne est seule et continue un peu dans cette relaxation. Et ensuite vient un temps où elle revient et où elle verbalise ce qu'elle a ressenti. Et après on peut éventuellement dire « pourquoi ça vous a fait penser à ça ». Il y en a qui peuvent me dire quand ils sont enveloppés « et bien moi ça m'a fait penser à un bébé tout emmaillotté ». Voilà, ça peut être des choses plus ou moins comme celle-là. Il y en a qui ne supporte pas du tout d'être mis dans des draps un peu emmaillottés comme ça...

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est ça tout le truc c'est de trouver ce que le patient ou la patiente veut.

MOI :

C'est ça, c'est pour ça que la verbalisation elle est vraiment importante. Moi je leur dis dès le départ qu'il faut qu'ils me disent, que si à un moment donné ils ne sont pas bien, même s'ils ne savent pas pourquoi, qu'ils puissent le dire, et on fait autre chose. Il y a plein de façons différentes d'aborder ça. Moi je suis formée à la relaxation Soubiran qui se veut adaptative, et en fait on peut la faire de 1000 façons différentes. En cours on pouvait la faire par exemple avec des tissus : un tissu sous chaque membre et la personne qui faisait la relaxation soulevait comme ça les parties du corps les unes après les autres pour que le relaxé puisse faire l'expérience du relâchement. Ça peut aussi être avec des balles lourdes, des balles à picots, avec des rouleaux, avec des pressions... Enfin ça peut être vraiment plein de choses mais c'est en fonction voilà de ce que la personne nous a amené, de comment elle se sent dans son corps, de ce qu'elle apprécie, si elle apprécie un contact léger plutôt par une balle, ou un contact plus frontal avec des pressions qui vont un peu plus en profondeur.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et oui il faut savoir doser, préciser ce que chacun et chacune veut.

MOI :

Voilà, C'est pour ça que la verbalisation est super importante du coup. Et puis ça permet de trouver avec le patient c'est qui lui correspond.

PSYCHOLOGUE 3 :

Bien sûr.

MOI :

Et qui évolue parce-que ça bouge aussi pendant la prise en charge.

PSYCHOLOGUE 3 :

Tout à fait. Je pense que c'est hyper important.

MOI :

Voilà, du coup on a pu dévier un petit peu. Vous quand vous prenez en charge du coup les femmes victimes d'abus sexuels, quels sont vos principaux axes de travail, les points sur lesquels vous allez être particulièrement attentif ?

PSYCHOLOGUE 3 :

En méthodologie ou en symptomatologie ?

MOI :

En symptomatologie.

PSYCHOLOGUE 3 :

La première des choses c'est quelle place tient ce qu'elles ont vécu dans la vie.

MOI :

Dans leur vie actuelle ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui. C'est-à-dire est-ce que ce sont des personnes qui ont pu s'épanouir amoureusement, dans leur vie affective, dans leur vie familiale, avec un entourage bon ? Vivent-elles un travail où elle se sentent à l'aise, bien ou pas etc. ? Donc en fait au niveau de la symptomatologie je replace toujours ce qui s'est passé de difficile sur le plan sexuel au milieu de leur vie en me disant voilà quelle place ça a pour cette personne.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Pour pouvoir dans un second temps voir le degré on va dire de résilience de la personne par rapport à ça. C'est-à-dire est-ce que c'est une personne qui a tellement de choses autour de ça que du coup ce qui est arrivé est à sa juste place, ou est-ce que c'est invasif, est-ce que depuis que j'ai vécu ça je ne peux pas travailler je suis complètement en dépression ? Auquel cas je propose un traitement, voilà. Mais il faut comme on dit prendre le problème dans sa globalité.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

On voit bien que la personne chez qui c'est le plus dur c'est quand le symptôme prend toute la place, c'est-à-dire que tout ne revient qu'à ça. Et elles ont l'impression que ça dirige toute leur vie. C'est une sorte de moi-symptôme : si je fais ça c'est parce qu'il m'est arrivé ça, si je décide ça c'est parce qu'il m'est arrivé ça, etc. Du coup c'est un trouble extrêmement important, ce qui fait que dans mon travail j'accorde beaucoup de marge de manœuvre. C'est-à-dire qu'on travaille le symptôme c'est-à-dire ce qui s'est passé, les répercussions, mais on ne parle pas que de ça. Pourquoi ? Parce-que je pense que c'est même contre-indiqué de ne parler que de ça parce que ces personnes-là elles ont envie de dire aussi dans le champ thérapeutique « je ne suis pas que ça ».

MOI :

Oui, du coup faire appel aussi à leurs ressources internes.

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, ça vient même naturellement. C'est-à-dire qu'est-ce que ça veut dire quelqu'un qui va voir une psychomot ou un psychologue pour ne traiter que ça ?

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Ca veut dire que chaque fois j'ai rendez-vous avec l'horreur en fait. Alors que moi j'ai appris, ça je ne sais pas où c'est écrit, mais j'ai appris que voilà les personnes vont s'asseoir et on va leur dire « comment vous allez aujourd'hui ? ». On a besoin d'avoir cette latitude comme ça, et « de quoi vous souhaitez parler aujourd'hui ? ». Ca veut dire « vous existez » en fait. Et que c'est pas parce que vous avez appuyé sur le bouton « bosser le traumatisme » qu'on ne va faire que ça, parce que ça ça fait fuir les gens.

MOI :

Oui bien sûr, puis ils ne sont pas que ça.

PSYCHOLOGUE 3 :

Exactement. C'est tout. Donc je pense que dans ma manière de travailler, on est plusieurs à travailler comme ça, mais c'est de dire la place du symptôme, qui est une réponse adaptée à quelque chose qui n'est pas normal et de travailler avec cette capacité à se sentir normal.

MOI :

Ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

Donc on peut parler de plein de choses en fait. Et quand les personnes font une continuité dans le travail et bien on gagne en efficacité pour eux. C'est-à-dire qu'on s'adapte. Quand vous m'expliquez, vous tout à l'heure, qu'aux personnes on leur permet de s'adapter par rapport aux moyens qu'on va utiliser et la manière dont ils vont faire les choses etc. et bien c'est exactement pareil. Si on n'a pas cette malléabilité psychologique on est concentré que sur un truc, et les gens s'en vont. Elles se disent que si c'est ça bosser psychologiquement alors non, je ne suis pas que ça. Et donc il y a des gens qui utilisent l'espace thérapeutique pour travailler effectivement leur traumatisme. Il y en a qui ont besoin de beaucoup en parler, voire trop, ça arrive, des gens à qui on dit « oui et à part ça ? ». Parce que ça fait 15 séances qu'on les voit et il n'y a que ça donc on peut dire « oui d'accord, et sinon quoi d'autre ? ».

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 3 :

« C'est quoi votre vie ? ». Et du coup, là il commence à dire « ah oui j'ai peut-être d'autres aspects de ma vie qui sont peut-être tout aussi importants ». Donc voilà la manière dont je travaille. Je travaille aussi plus sur le comment je vais mieux plus que sur le pourquoi je vais mal. Ca c'est une particularité, c'est-à-dire que bon une fois

qu'on a fait le tour de pourquoi c'est arrivé on dit que voilà on se sent encore doublement victime parce que l'autre ne porte pas la culpabilité, mais nous on ressent cette culpabilité. Et une fois qu'on a fait le tour du comment et pourquoi, c'est comment je fais dans l'actuel, qu'est-ce que je fais pour aller mieux.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Donc ça c'est une thérapie. Moi je suis ce qu'on appelle systémicien. Donc j'ai une approche systémique, pas simplement une approche clinique classique analytique.

MOI :

D'accord, ok. Et tout à l'heure vous me parliez un peu de l'image du corps, de confiance en soi, d'estime de soi, vous parliez de l'enveloppe aussi tout à l'heure, est-ce que aussi au niveau du tonus, au niveau peut-être de la dissociation entre le corps et l'esprit, est-ce que tout ça vous l'observez aussi ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Ah mais complètement, bien sûr on l'observe aussi.

MOI :

Et est-ce que ce sont des choses sur lesquelles vous pouvez voir une évolution aussi au cours de la prise en charge ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Tout à fait, je pense que c'est même extrêmement important parce que le mécanisme de la dissociation c'est un mécanisme de survie. C'est-à-dire que si je ne l'ai pas, comme j'ai été abusée dans mon corps à ce moment-là, mon esprit est parti. La dissociation c'est ça. C'est-à-dire que je ne peux pas. Si je vis complètement ce que je suis en train de vivre, soit je fais une dépression comme jamais, soit je deviens folle. Donc c'est un peu dire « tu as mon corps mais tu n'auras pas le reste ». Donc le

mécanisme de dissociation on le retrouve fréquemment chez ces personnes-là qui ont dû quitter leur corps parce qu'elles étaient l'objet de l'autre. Ca c'est quelque chose qu'on retrouve très fréquemment. Et on en parle d'ailleurs je trouve aussi dans les conséquences, la problématique des rapports sexuels et amoureux et sentimental. Un certain nombre éprouvent des difficultés à unir les deux. C'est-à-dire la personne avec laquelle je me sens bien et bien elle n'aura pas forcément accès à ma sexualité, et inversement une personne que je ne connais même pas je vais avoir de la sexualité avec. Mais par contre je vais revenir dans mon couple et là ça va être tout beau tout rose, très infantile. Et donc on voit un de ces aspects-là. Et celui-ci, l'aspect dissociatif, sur le plan sentimental, amoureux et sexuel on peut observer des dissociations au sens de perception de son propre corps. Il y a des personnes qui se détestent dans le miroir. Donc qui ont une vision complètement déformée finalement sur le plan physique et de l'image de soi. Des personnes à qui on peut dire « mais arrête tu es très bien » mais la personne détourne la tête du miroir, cache son corps, car pour elle c'est un corps sali. Ou alors un développement avec un côté très infantile par rapport à la question du sexuel et des sentiments de gamine, un peu comme si les personnes n'étaient pas passées à un stade un peu plus érotisé. Donc la dissociation c'est le lieu qui a servi à ne pas devenir folle, et c'est le lieu qui me pose problème aussi. Donc il y a cette double peine.

MOI :

D'accord, et au niveau du tonus vous observez des choses particulières ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors au niveau du tonus, je ne vois pas trop moi dans mon métier qu'est-ce que ça veut dire.

MOI :

Par exemple quelqu'un qui va être très tendu, très crispé, ou quelqu'un qui à la fin de la séance vous dira « et bien je ne peux pas me lever je ne sens plus mes jambes », ce genre de choses.

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors complètement, complètement.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Moi qui touche peu les personnes ce sont des personnes qui dans le dire au revoir, par exemple la manière dont on dit au revoir, dont on serre la main, veut dire beaucoup de choses chez les gens.

MOI :

Et oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est pour ça que des fois je leur dis... Enfin si, quand vous disiez est-ce que vous bossez avec des choses etc. oui bien sûr ça m'est arrivé avec une personne qui était venue ici seule. Elle a fait son travail sur elle-même par rapport à un abus sexuel. Elle était ensuite venue en couple, c'est-à-dire qu'elle avait fini sa thérapie individuelle et elle m'a demandé « mais est-ce que ça vous dérangerait, même si on s'est connu, que je vienne avec mon chéri ». Je lui ai dit « pas de souci ». Et en fait ce qui s'était passé c'est qu'elle avait cette tendance à tout maîtriser dans son couple, dans sa vie. Il fallait que tout soit sous contrôle, maîtrisé, etc. Même si c'était une femme tout à fait sympathique, aucun souci particulier. Et monsieur était plutôt mollasson. Il n'avait pas a priori vécu de choses trop difficiles. Il était un suiveur comme on dit. Elle disait « des fois j'aimerais qu'il soit un peu plus mec quoi, un peu plus présent, que ce ne soit pas un gars qui dise amen à tout ». Et elle, consciente de sa problématique, de toute façon elle m'avait toujours dit « moi il faut que je gère, parce-que si je ne contrôle pas c'est l'inconnu, et je déteste l'inconnu ». Et en même temps elle adorait les surprises mais il fallait qu'elle maîtrise, tout le temps. Bon alors ce qui s'est passé c'est que j'ai laissé errer mon imaginaire sur la tonicité et j'ai trouvé quelque chose. Faut dire que même à l'heure où on parle ils en font encore, et ça remonte à une dizaine d'années que je les avais vus. Et je leur ai dit « vous savez il y a une danse où ces enjeux de tonicité... ». Parce que Monsieur quand il disait au revoir sa main était toute molle, alors que Madame c'était une main très ferme. Et ça changeait beaucoup entre les deux. J'ai dit « vous pouvez mettre ça au travail, je ne sais pas si vous pratiquez la

danse ? ». Ils m'ont dit « on danse de temps en temps dans les soirées », et du coup je les ai mis au tango.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Parce-que le tango ça questionne et l'homme dans son rapport corporel et sa posture à l'autre et sa tonicité, et la femme pareil. Et là du coup il y a un travail sur le genre, un travail sur le corporel, sur la tonicité. Est-ce qu'on est présent, absent etc. Et ils ont tellement aimé que même à l'heure où on parle ils y sont encore.

MOI :

D'accord, c'est chouette.

PSYCHOLOGUE 3 :

Ils ont un gros niveau de tango, et ça a beaucoup amélioré la relation entre eux et leur tonicité. Monsieur la dernière fois que je l'ai vu il avait 3-4 ans de tango, et bien dans son assise, dans sa manière d'être là et de prendre la parole, il était plus affiché. Et Madame avait pris une posture beaucoup plus humble. Et ils venaient dans les dernières séances tous les 1 mois et demi, puis tous les deux mois, juste pour dire que tout va bien en fait. Mais Monsieur avait enfin gagné cette nécessité et moi je la percevais même quand je leur disais au revoir. Et même dans sa posture il y avait un mec quoi. Il y avait quelqu'un qui savait être à sa place, qui savait décider, et Madame qui lâchait aussi prise. Enfin lâcher prise elle n'a jamais bien su faire mais enfin elle lui accordait cette place et ça lui faisait du bien. Elle était contente et tout ça. Donc on voit bien que la tonicité en dit long.

MOI :

Bien sûr.

PSYCHOLOGUE 3 :

Donc alors moi je ne fais pas ça aussi bien qu'une psychomot, ce n'est pas mon boulot, mais on l'observe. Mais moi c'est la danse en duo, je trouve que c'est pas pareil le

tango que la salsa. C'est pas les mêmes danses. Le tango ça joue vraiment la féminité, la masculinité au sens de la construction psychologique. C'est du corps mais pas au sens machiste, c'est pas ça, c'est comment je me positionne.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Donc oui, tonicité. Donc moi aussi je m'en rends compte au travers de cet échange que j'utilise aussi ce qui se passe ailleurs.

MOI :

C'est ça.

PSYCHOLOGUE 3 :

Quand on trouve ce qui émane de la personne, la sophrologie, la relaxation... Oui je n'envisage pas un travail de cheminement thérapeutique sur le trauma qui soit strictement ici. En fait ici les choses qu'on met au travail, qu'on fait bouger mais pour ouvrir la personne ou le système, pas pour le fermer, c'est pas « payez vos séances et venez ici toutes les semaines parce-que c'est ici que ça se passe ». Moi je pars du principe que c'est aussi ailleurs que ça se passe. Donc du coup ici c'est un outil, et ici les femmes travaillent un outil pour dire « comment je peux faire autre chose », ou « tiens, voilà des choses auxquelles j'ai pas pensé ». Et c'est après quand je les revois qu'elles me disent « voilà il y a eu ci, il y a eu ça ».

MOI :

Oui, d'accord. Et du coup dans les techniques que vous utilisez, tout à l'heure vous m'avez parlé de l'hypnose, de l'EMDR aussi, du coup vous les pratiquez en médecine légale ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Aussi oui.

MOI :

Et aussi en libéral alors ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, oui.

MOI :

D'accord, ok. Et on entend aussi parfois l'utilité des TCC ou de la méditation en pleine conscience ...

PSYCHOLOGUE 3 :

Tout à fait, on prend.

MOI :

Ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est très bon ça pour la santé.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

La méditation pleine conscience, les TCC, c'est bon, très bon, on prend.

MOI :

D'accord. Et est-ce que vous connaissez d'autres médiations qui pourraient être intéressantes pour les femmes justement victimes d'abus sexuels ? Vous m'avez parlé de la danse ...

PSYCHOLOGUE 3 :

Le sport.

MOI :

Oui, le sport en général ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Le sport en général, parce que justement on touche au corporel, parce qu'on touche à la respiration, parce qu'on touche à la vie, parce que la natation ça fait du bien. Vous parlez de l'enveloppe, la question de se sentir enveloppé, la question des gestes qui sont des gestes antidépresseurs aussi.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Il y a des gestes qui sont antidépresseurs de par leur fonction et les effets que ça produit sur le cerveau.

MOI :

Vous pensez au yoga par exemple ou à d'autres pratiques ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, alors le yoga ce sont des techniques de bien-être. Mais je pense au sport parce que, ça peut-être que vous connaissez déjà mais il y a des sports qui sont... L'EMDR vous connaissez ?

MOI :

Un petit peu, théoriquement on va dire.

PSYCHOLOGUE 3 :

Voilà, il faut relire David Servan-Schreiber qui est le premier en France à avoir écrit sur l'EMDR. En fait ce qui se passe c'est très intéressant, ça aussi je pense que ça va vous aider vous dans votre cheminement en tant que psychomot. Tous les mouvements qui sont dits bilatéraux montrent une action sur l'amygdale du cerveau, l'amygdale du cerveau étant le siège émotionnel, et sur le lobe dit préfrontal. C'est-à-dire que si je nage la brasse ça n'a pas forcément d'effet, par contre si je nage le crawl ou si je nage le dos crawlé j'active des mouvements qu'on qualifie de bilatéraux

alternatifs et qui ont un retentissement automatique sur l'amygdale du cerveau et les émotions.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est-à-dire que les mouvements que je produis sont des guérisseurs, non pas juste des sensations de bien-être, sérotonine, dopamine etc. Ce n'est pas ça dont je parle. C'est qu'ils ont la faculté de guérir les émotions négatives. Et quand je dis guérir c'est vraiment guérir.

MOI :

D'accord. Est-ce que c'est le principe de l'EFT avec des mouvements comme le papillon ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Tout à fait, le papillon et tout ça. Donc l'EFT vient de l'EMDR.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Ce sont toutes ces études faites sur le cerveau, sa capacité à se guérir seul etc. Donc voilà, ça c'est un truc auquel je pense. Donc bien souvent sur ces personnes-là aussi, quand elles ont besoin d'un équilibre dans leur vie, ils ont un truc dit à portée de main : la marche, la natation, le vélo, tout ce qui demande des mouvements bilatéraux. Et donc je leur donne le choix dans un de ces trucs et ils le font. D'autres techniques puisque c'était la question, et bien développer l'art de l'imaginaire. Pourquoi ? Parce que quand on est dans faire autre chose, une pratique qui me plaît, l'écriture, la poésie, l'art, la peinture, le dessin, et bien à ce moment-là l'imaginaire dont on a peu parlé finalement prend le relai sur une réalité qui est parfois difficile. Et souvent l'imaginaire

ça a été le refuge dans lequel elles se sont mises pour ne pas vivre le traumatisme du viol.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est ça. Parfois on entend des personnes qui disent « quand la personne était en train de me faire ça je pensais à mes enfants ». C'est-à-dire du coup dissociation et l'imaginaire prend le relai. Elle se voyait en train de courir avec ses enfants. Et en fait ce qui se passait là c'est passé au quinzième plan, même si l'impact il y est. Donc on voit bien que tout ce qui est processus imaginaires dits artistiques ça aide fondamentalement. Et c'est tout l'art du travail avec ces personnes-là. C'est de savoir, d'être au plus près psychiquement de leurs besoins. Ce n'est pas tout le monde qui a les mêmes. On ne peut pas faire le pack du bonheur. Mais c'est de se demander de quoi ces personnes ont besoin. Donc c'est pour ça que je disais au départ je suis très curieux, j'apprends des autres. Quand je ne connais pas je me tais et j'écoute. J'apprends de la psychomotricité, j'apprends de ce qui se passe ailleurs, des autres techniques, de la sophrologie, de l'aïki taïso, du shiatsu, j'apprends de l'EFT etc. Je me fais une panoplie, comme plusieurs nuances, et ça et bien parfois ça aide pour avoir cette ouverture d'esprit.

MOI :

D'accord. Donc pour vous la relaxation ça pourrait être une bonne indication pour ces femmes ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui oui tout à fait, la relaxation pourquoi pas. Les femmes violées entre autres mais qui ont une vie professionnelle par ailleurs, elles disent que ça va et quand on est en consultation elles bougent frénétiquement leurs jambes sous le bureau.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE 3 :

On se dit « mais bon sang elle ne va pas arrêter ». Ce sont des anxieuses. Elles peuvent dire « je n'arrête pas, je n'arrête pas ». Donc on leur dit « et bien arrêtez-vous 2 minutes », et elles bougent une autre partie de leur corps, elles regardent partout etc. Elles ne peuvent pas tenir en place. Donc là aussi tout ce qui est relaxation, tout ce qui est cohérence cardiaque, les techniques de cohérence cardiaque, le corps, « posez-vous on va faire un exercice ou sinon vous pouvez aller voir une collègue qui va vous apprendre à mieux respirer ». Et elles vont dire « oh là là ça m'a fait du bien, je l'utilise maintenant ». Donc tout ça on prend.

MOI :

D'accord, oui, ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

Il faut être prudent avec les personnes qui dans leur profession ne voient que leur profession. Parce que non, il y en a pour tout le monde. Et ce sont surtout ces personnes-là qui ont leur clé d'entrée dans leur tête, dans leur cœur. Elles peuvent être nuancées et différentes, ce ne sont pas toutes les mêmes.

MOI :

D'accord, ok. Donc pour vous dans vos prises en charge le corps il est mobilisé même si vous ne travaillez pas dessus ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui bien sûr. Bien sûr, parce que le corps c'est ce qu'on présente en premier lieu. Il y a des postures rigides, des postures où on est mal. Donc ça parle, surtout pour moi en tant que psychologue dit systémicien. Les études qui ont été faites par les grands américains c'est pas comme la psychanalyse, ce n'était pas seulement « dis-moi ce que ton inconscient raconte ». C'était « voilà ton corps, voilà ta posture, tu te tiens comme ci ou comme ça, voilà comment tu te présentes en société, voilà comment tu t'assois, comment tu fais ». Donc on observe ton corps en fait, ton corps, le rapport au monde, quelle distanciation culturelle... Donc c'est éminemment important je pense au

contraire, parce que si on ne voit pas le corps de l'autre, si on ne travaille pas autour de ça, on loupe pas mal de choses.

MOI :

Ok. Du coup qu'est-ce qui pour vous serait une indication pour un travail corporel ?

PSYCHOLOGUE 3 :

La question de l'estime de soi, de la confiance en soi, qui sont des thématiques récurrentes pas que chez les femmes ayant été violées ou abusées, je pense principalement à ça. Les retrouvailles avec soi.

MOI :

Oui, l'idée de se rassembler ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui, de se dire « j'existe » ça veut dire que je ne crains pas de m'arrêter sur ce corps. Si je m'arrête sur ce corps je ne risque pas un viol.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est je m'autorise à m'arrêter sur ce corps pour non seulement le réparer mais aussi pouvoir en profiter, et pouvoir me dire « ah oui je me connais en fait, je sais ce que c'est, comment ça fonctionne au niveau de ma posture, ce que j'aime, ce que je déteste ». On se réapproprie finalement son corps.

MOI :

D'accord, ok. Et du coup quelles seraient pour vous les contre-indications pour un travail corporel ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Comme ça ce qui me vient c'est le non du patient.

MOI :

Si la personne n'est pas d'accord.

PSYCHOLOGUE 3 :

Si la personne dit non et bien c'est non. Surtout que quand on n'écoute pas le non des personnes et bien c'est un deuxième viol quoi. Ca veut dire on y va quand même, tu ne veux pas mais on y va quand même. C'est comme les gens qui disent « moi le psychologue c'est pas la peine de m'en parler », et bien on n'y va pas.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

« Oui mais j'y crois pas, ce sont des gourous », ok ok ok et bien ne viens pas. Tu ne vas quand même pas aller quelque part où tu n'as pas envie d'aller peu importe les raisons il n'y a pas de problème. Je crois qu'une bonne pratique est portée sur le patient et le respect de ce qu'il souhaite ou non.

MOI :

Oui, et le respect de sa temporalité aussi finalement.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et bien oui, de toute sa temporalité, de l'écoute de soi. Et je pense que ça serait une contre-indication de travailler le corporel avec une personne qui n'en n'a pas envie. Le corporelle qui est craint d'ailleurs. Les personnes victimes d'abus parfois le corps non, le contact non. On entend beaucoup parler du contact. Par exemple la question du massage « allez vous faire masser », « pardon ? », « non mais je n'ai pas dit allez vous faire violer, j'ai dit allez vous faire masser, ce n'est pas pareil », « ah mais il en est hors de question, si on me touche je n'existe plus ».

MOI :

Après un travail corporel ce n'est pas forcément un contact direct corps à corps.

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui mais il faut leur expliquer.

MOI :

Oui voilà, c'est sûr.

PSYCHOLOGUE 3 :

Il faut leur dire « non mais voilà, attendez, voilà ce qui va se passer, comment ça marche etc. ». Elles ont besoin d'être rassurées. Mais après c'est la personne dit non pour moi c'est ça la limite. La meilleure façon pour moi de savoir la limite c'est de demander au patient.

MOI :

D'accord. Pour vous il n'y a pas d'autre contre-indication à laquelle vous pensez ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Non pas qui me vienne. Il doit y en avoir d'autres mais ça ne me vient pas. Je pense surtout à ça moi dans mon travail, la question de la pudeur, et de la dignité aussi, que ce ne soit pas des choses qui les exposent etc. Mais en fait on revient au patient.

MOI :

Oui c'est ça, après c'est du cas par cas et de l'adaptation.

PSYCHOLOGUE 3 :

Oui tout à fait. Parce que moi j'utilise un schéma que j'ai toujours à l'esprit comme ça qui m'aide beaucoup. C'est de dire qu'à l'intérieur de nous il y a 3 choses : il y a ce qu'on appelle l'intime. L'intime c'est ce que vous ne saurez jamais sur moi, c'est ce qui m'est profondément intime. Et à côté de ça il y a un autre cercle qu'on pourrait appeler le privé. Le privé ce n'est pas l'intime, ce sont deux choses différentes. Entre l'intime et le privé il pourrait y avoir le secret, la discrétion, qui sont des choses importantes. Et donc on peut rajouter l'intime, le privé, et le public, qui sont les choses qu'on fait en public. Entre l'intime et le privé il y a le secret et la discrétion, entre le privé et le public il y aurait la pudeur, et entre le public et l'intime il y aurait la loi. Et au milieu de tout ça

et bien il y a la conscience de qui nous sommes. Et on n'est pas tous égaux là-dedans. Quand une personne a été violée elle a eu un effrètement de tout ça, c'est-à-dire qu'entre l'intime et le privé il n'y a plus de secret, il n'y a plus de discrétion.

MOI :

Les barrières sont beaucoup plus floues ?

PSYCHOLOGUE 3 :

Alors moi je ne parle pas de barrière, je parle de frontière. Ce sont des zones de transition, ce ne sont pas des limites. Ce sont des zones où ça se négocie. Donc la pudeur et la discrétion tombent, le secret tombe, la loi est effractée, donc on a des personnalités trouées où tous ces milieux se mélangent. Donc ce qu'on retrouve classiquement ce sont des personnes qui ont peur d'une chose qui les met en situation de panique parce-qu'elles se voient comme des moi troués en fait.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Comme si c'était tout perforé, comme si c'était une sorte de moi-passoire donc c'est tout l'intérêt parfois de rétablir avec elles la notion de pudeur, de discrétion, de secret, l'existence de la loi. Ça ce sont des sujets d'un interstice qui sont extrêmement importants pour bosser avec elles et leur dire que non, ça c'est normal. Donc quand on touche pour revenir à la question des contre-indications, oui c'est quand psychiquement je ressens tout comme une effraction. C'est-à-dire que psychiquement est-ce que je suis en phase d'aller vers le corporel ou pas. Et ça je le mets sous forme de question. Il y en a qui vont dire « oui ok on y va, on commence par le corps parce que ça va me rétablir », et puis il y en a qui vont dire « non, avant d'en être là je préfère bosser dans ma tête, tout ranger, pour ensuite y aller ».

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE 3 :

Et je pense que là en la matière, tout le monde a sa petite école.

MOI :

Oui, ok.

PSYCHOLOGUE 3 :

Ca a été ?

MOI :

Oui très bien, c'était très riche. Si vous avez des choses à rajouter ou à partager n'hésitez pas.

PSYCHOLOGUE 3 :

Non non, moi je trouve ça très bien et très important comme question à développer. Alors il faut reprendre cette phrase de Freud qui disait « le moi est avant tout corporel ». Parce que Freud ça a été le grand pont, aussi investigateur quelque part, de la psychomotricité. Lui il était médecin et est devenu psychanalyste. Mais il en est venu à ça en tant que médecin et psychanalyste, c'est-à-dire qu'il a compris ce rapport entre le corps et l'esprit que les grecs ont compris bien avant. Mais que du coup il y avait ce besoin de dire que si on veut soigner l'un il faut soigner l'autre. Mais si on fait les choses dans l'ordre à la Freud il dit « le moi est avant tout corporel » ça veut dire que si on ne prend pas soin du corps les gars on se trompe. C'est une phrase que Freud a dit dans les années 1900, peut-être dans ces trois théories de la sexualité. Mais reprendre cette phrase de Freud ça peut être important pour vous parce que ça veut dire que peut-être que je suis psychomot mais derrière moi il y a Freud.

MOI :

Oui, c'est vrai. Et puis on oublie souvent que la psychomotricité elle est née en partie de la psychanalyse aussi.

PSYCHOLOGUE 3 :

C'est vrai. C'est bien en tout cas. Allez je vais vous laisser.

MOI :

D'accord, et bien merci beaucoup en tout cas.

PSYCHOLOGUE 3 :

Merci à vous, bonne soirée.

MOI :

Bonne soirée, au revoir.

## **Annexe n°7 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue/psychomotricien 1**

MOI :

Alors pour commencer, est-ce que vous pouvez me dire un peu quel âge vous avez et combien d'années d'expérience vous avez derrière vous s'il vous plait ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oh là là, alors j'ai 64 ans et j'ai commencé en 1980 donc il y a 39 ans.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

39 ans d'expérience.

MOI :

D'accord et du coup vous avez travaillé en libéral, en institution, où ça?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Les deux.

MOI :

Les deux ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

En institution adulte, c'est ce qui vous intéresse ?

MOI :

Oui c'est ça.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

J'ai travaillé en dispensaire, enfin c'est ce qu'on appelle un CMP aujourd'hui pour adultes. J'ai travaillé en hôpital psychiatrique pour adultes. Ca c'est principalement pour les adultes, et puis sinon en libéral évidemment je vois des adultes aussi.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et pour les enfants j'ai travaillé en CMPP, j'ai travaillé avec des enfants sourds, j'ai travaillé dans des petites structures, je fais des supervisions de jardins d'enfants ...

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et puis en libéral aussi avec des enfants et des adolescents.

MOI :

D'accord, ok. Et du coup est-ce que vous avez une formation corporelle particulière ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Alors une formation corporelle, alors bah d'abord je suis psychomotricien quand même.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Même si je l'ai peu pratiqué parce que j'ai vite travaillé comme psychologue mais quand même par exemple mes postes en hôpital psychiatrique ça a été au départ d'ouvrir des ateliers d'art-thérapie, sculpture, peinture.

MOI :

D'accord, ok. Mais vous n'avez pas spécialement fait de formation à côté ça, faisait partie de votre pratique c'est ça ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bien c'est-à-dire j'avais une formation d'art-thérapeute.

MOI :

Ah d'accord, ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Voilà c'était notamment avec A\*\*\*\* D\*\*\*\* à l'époque, et puis avec d'autres personnes mais oui oui j'avais fait une formation.

MOI :

D'accord, très bien.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Ah et du psychodrame aussi j'ai fait.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

C'est-à-dire qu'on fait des formations on va dire qui impliquent le corps mais s'il est utilisé en thérapie.

MOI :

Oui, d'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

J'ai fait ça et puis de l'équithérapie, voilà.

MOI :

D'accord, ok. Du coup par rapport à votre clinique dans les abus sexuels, alors ce que j'entends par abus sexuel moi que j'ai défini dans mon mémoire ce sont les viols ou les agressions sexuelles à savoir tout ce qui implique un contact à un moment donné ou un autre de l'agresseur avec la victime. Par rapport à ça par rapport globalement à toutes les prises en charge que vous avez pu avoir vous diriez il y a quelle ratio je dirais qui concerne la clinique de l'abus sexuel ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Ah, c'est-à-dire le pourcentage de patients qui viennent consulter pour ça par rapport à l'ensemble de mes patients adultes ?

MOI :

Voilà, c'est ça. Des femmes même on peut préciser.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Alors vous vous me parlez que des femmes ?

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Parce que je ne sais pas si c'est parce que je suis un homme mais j'ai eu pas mal d'hommes aussi, mais bon donc on se limite aux femmes.

MOI :

Oui pour ce sujet.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

D'accord. C'est très difficile à dire comme ça. A partir de quel âge vous situez les femmes ?

MOI :

A partir de la majorité, 18 ans.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

18 ans, oui donc ça en fait plus... Ecoutez c'est très difficile à dire comme ça mais je dirais quand même pas loin pas loin de 10 %.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Alors quand je dis ça ça veut dire qu'elles ne sont pas venues forcément consulter pour ça parfois ce sont des histoires très anciennes de l'enfance, du début de l'adolescence et ça ressort au cours de la thérapie.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Mais je dirais quand même je pense qu'on est pas loin de 10 % oui.

MOI :

D'accord, ok. Et du coup donc sur ces femmes qui vous apportent ces révélations-là est-ce que vous sauriez dire si ce sont plutôt des agressions sexuelles, plutôt des viols, est-ce que ce sont des viols isolés où est-ce que ce sont des viols répétés... ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Alors celles qui viennent me voir directement pour ça, en général, c'est pas quelque chose de répété, c'est un événement ponctuel qui les a, et ça je dirais que c'est dans les consultations plus récentes parce qu'aujourd'hui quand même les femmes vont plus rapidement consulter ou se plaindre quand il arrive un problème de ce type, et puis des femmes un peu plus âgées je dirais qui ont eu pendant leur enfance soit des attouchements, très souvent c'est quelque chose qui a été répété et qui en général prend fin au moment du début de l'adolescence.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Très souvent, oui. Majoritairement quand c'est répété ça prend fin au début de l'adolescence.

MOI :

D'accord, ok. Et le ratio viols/agressions sexuelles, est-ce que vous sauriez me dire ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bien c'est-à-dire que c'est difficile de différencier les deux c'est-à-dire la pénétration qu'elle soit sexuelle ou avec la main ou autre, enfin moi j'ai du mal à distinguer les deux. Pour moi le degré est aussi grave. Ce qui est un facteur de gravité pour moi c'est plutôt la durée dans le temps, la répétition, le rythme. En nombre de mois ou d'années et peut-être la proximité familiale. Plus la personne est proche dans l'échelle de la famille plus c'est un facteur de gravité je trouve.

MOI :

D'accord. Et du coup sur les personnes que vous avez reçu c'était plus souvent des victimes par de la famille proche, par une connaissance ou par un inconnu ? Ou une inconnue d'ailleurs.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Par une inconnue je n'ai pas rencontré ce cas.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

En tous les cas, ça a été majoritairement famille proche. Mais quand même j'ai vu pas mal de jeunes qui ont subi des viols ou des agressions sexuelles par un inconnu, ou en tout cas pas quelqu'un de la famille, quelqu'un d'étranger à la famille.

MOI :

D'accord. Oui parce-que du coup il y a la personne inconnue qu'on a jamais croisée et puis la connaissance quand-même, un ami de la famille ou des choses comme ça.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Voilà.

MOI :

Ok. Et du coup les personnes qui vous rapportent ces faits, quelle est la durée qui s'est écoulée entre le moment des faits et le moment où elles viennent vous en parler ? Est-ce que c'est inférieur à 1 an, plutôt dans les 10 années d'après, ou peut-être même plus ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Ah ... C'est très variable. Là par exemple, j'ai vu récemment une jeune fille qui est venue dans le mois qui a suivi. C'est fréquent chez des personnes relativement jeunes, en cours d'adolescence ou de fin d'adolescence, autour de 18 ans ça peut être un peu avant 18 ans, très souvent d'ailleurs je parlerais plus de personnes à partir de 16 ans.

MOI :

D'accord ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Parce-qu'ils vont venir consulter pour un prétexte ou un autre et avec lesquels finalement on découvre qu'il y a eu des agressions, mais avant. Et donc là oui si ça s'est passé au collège au lycée ou dans l'environnement avec des jeunes. Donc si la personne a 16 ans c'est que voilà ça peut avoir 3-4 ans ou 2-3 ans.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et sinon les personnes adultes ça peut être dans les années qui suivent, mais c'est rare. Enfin j'en ai vu peu qui sont venues. Enfin il y a peu d'adultes qui subissent des viols proportionnellement par rapport à des jeunes.

MOI :

D'accord ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Du coup les adultes qui viennent me consulter ont déjà un parcours à partager, une histoire, et dans leur souffrance quand elles viennent consulter et bien c'est essentiel.

MOI :

D'accord. Donc si j'ai bien compris quand ce sont des adultes elles mettent plus de temps à venir consulter que quand ce sont des jeunes où ce serait plutôt l'inverse ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bien oui on peut le dire comme ça, en tous les cas aujourd'hui on peut le dire comme ça. Mais aussi parce que les jeunes se mettent beaucoup plus en danger quand-même que les adultes. Il ne faut pas oublier ce facteur. Les jeunes, les adolescents un peu immatures, très souvent se retrouvent dans des situations comme celle-là. Pas toujours évidemment mais il y en a beaucoup qui se mettent en danger par ailleurs, et ils peuvent même le cacher, essayer de se débrouiller avec et puis un jour ça craque.

MOI :

Hum, ok. Et du coup parmi les femmes qui viennent vous voir et qui vous rapportent des faits d'abus sexuels, est-ce que ce sont des femmes qui ont des prises en charge parallèles à la vôtre ou pas ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui, très souvent. Je dirais que la première prise en charge soit que je propose d'aller consulter en parallèle soit qu'ils ont fait par eux-mêmes c'est un psychiatre.

MOI :

D'accord, donc pour un soutien médicamenteux du coup ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui, c'est ça.

MOI :

Ok. Est-ce que vous avez déjà eu affaire à d'autres prises en charge qui se faisaient en parallèle ou pas spécialement ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bien ça m'est arrivé... Très souvent ces femmes vont par elles-mêmes essayer des tas de choses. Ca peut être de l'ostéopathie, ça peut être des guérisseurs, l'acupuncture, et puis il y en a moi que j'ai adressé en psychomotricité.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui, même récemment j'en ai adressé deux en psychomotricité, et une parce que la demande était claire. Sa demande était claire, c'est-à-dire qu'il y avait vraiment un traumatisme qui perdurait auquel la thérapie ne suffisait pas. Et donc il y avait même un syndrome de stress post-traumatique qui s'était installé et il fallait une technique, quelqu'un qui travaille dans la santé et qui puisse s'occuper du lien corps-esprit, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas d'un côté le film, le cauchemar, et puis de l'autre côté les émotions, les angoisses, les manifestations somatiques, psychosomatiques. Il fallait quelqu'un qui aide et notamment par des techniques de relaxation.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Voilà.

MOI :

Et du coup dans vos prises en charge à vous, avec ses femmes quels sont vos principaux axes de travail ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

C'est-à-dire qu'en psychothérapie psychanalytique on ne peut pas parler d'axes de travail. On ne va pas dire on va travailler sur le jeune, on va travailler sur ceci ou cela. La personne va venir à ses séances et elle parle de ce qu'elle veut, de ce qui lui vient à l'esprit, de ses rêves, de ses cauchemars, de ce qui se présente à elle à l'instant présent. Et c'est par ces associations d'idées, par les sujets qu'elle amène que je pourrais l'amener à faire des liens et à interpréter, et faire des liens entre les blocages dans sa vie de tous les jours, dans le relationnel, au niveau du travail, dans des échecs amoureux. Et puis c'est l'histoire ancienne, ou une difficulté à avoir des enfants, ou à rencontrer des personnes, et puis l'histoire passée.

MOI :

D'accord. Il n'y a pas de points en particulier que vous gardez en tête et pour lesquels vous suivez un peu l'évolution au cours de la thérapie ? Ou est-ce que c'est vraiment au fur et à mesure de ce que la personne vous amène ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Non, quand une personne vient me voir semaines après semaines, années après années, j'ai à l'esprit son histoire, tout ce qu'elle m'a dit, ses rêves, ses angoisses. Et donc c'est avec ça que je travaille. C'est-à-dire que même si elle m'a dit quelque chose il y a 2, 3, 4 ans je ferai le lien si quelque chose se présente et que je pourrais interpréter pour l'aider à dénouer les choses. Une psychothérapie analytique ne fonctionne pas comme par exemple une thérapie comportementale où là on dit voilà pour 10 séances on va travailler sur l'inhibition, vos peurs de rencontrer des gens, par exemple.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Ca ne fonctionne pas du tout comme ça, et surtout pas. Parce-que ça isolerait complètement la personnalité totale de la personne, sa manière d'exister, de ses symptômes, de son trauma. Non, on est obligé justement de voir les choses très très globalement.

MOI :

D'accord, ok. Donc je pense par exemple à la question de l'enveloppe, de l'estime de soi, l'image du corps, le tonus, tout ce qui est un peu aussi dissociation avec les émotions... J'imagine que ce sont des choses auxquelles vous faites attention même si ce ne sont pas vos axes de travail mais ce sont des choses que vous gardez un peu en tête comme un fil conducteur quand même ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Ah, mais évidemment. Je vous dis c'est la personne dans sa globalité donc ... Je vais vous donner un exemple concret. C'est une personne qui a vécu plusieurs viols pendant sa préadolescence et le début de son adolescence par des oncles. Des viols où elle devait pour parler crûment faire des fellations etc par deux oncles. Cette personne a des moments où elle est complètement désorganisée. Elle n'arrive plus à planifier son travail, elle remet au lendemain, elle se réveille avec des angoisses en se disant « mais je ne vais pas y arriver à faire tout mon travail » donc elle reste chez elle et elle se retrouve dans des situations invraisemblables. Cette personne me dit « dans mon nouvel appartement je ne supporte pas, je suis au rez-de-chaussée et je ne supporte pas les enfants de la gardienne qui viennent regarder par ma fenêtre, ma porte, ma serrure il faudrait que je la fasse changer » etc. Elle parle de son sentiment d'insécurité et évidemment d'enveloppe. Parce-que l'histoire des rideaux, de la porte, ce sont ses enveloppes qui ont été effractées. Et bon il y a comme ça des tas d'exemples qui vont être associés et que je vais pouvoir lui interpréter en termes d'enveloppe qu'elle a à reconstituer. Cette personne-là par exemple c'est tellement

évident et tellement clair que je lui ai parlé de relaxation et de voir une psychomotricienne.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et ça lui a parlé tout de suite donc elle a démarré.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Donc moi je vais l'interpréter, je vais l'entendre. Parfois ça peut suffir et puis parfois non. Parce-que dans ces traumatismes je pense que la psychothérapie n'est pas toujours suffisante. C'est très très délicat.

MOI :

D'accord, du coup vous utilisez parfois des techniques un peu particulières un peu différentes de seulement l'analytique dans vos séances ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Non, moi je reste sur mon fauteuil. La personne, selon les cas, va être allongée sur le divan. La seule chose c'est que ces personnes-là je dirais nécessitent plus d'être portées. On va dire qu'un névrosé lambda qui vient juste pour des phobies ou une dépression mais qu'il n'y a pas eu de traumatisme de ce genre, et bien une personne comme ça je vais être plus silencieux, je vais lui laisser plus de temps pour associer, je vais encourager la parole. Alors qu'une personne qui a subi un tel traumatisme elle a besoin d'être portée psychiquement. Elle a besoin d'attention, même parfois il faut que je lui dise ce que je ressens. Elle a besoin qu'on sorte un peu de la position analytique classique pour assouplir le cadre, pour assouplir le rythme des séances pour l'accompagner, ne pas la laisser dans le silence et puis communiquer aussi ce que je ressens, ce que je pense un peu plus.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

C'est clair, oui oui on ne peut pas travailler de la même manière, c'est sûr.

MOI :

Oui, toutes les techniques du style l'EMDR, l'hypnose, la méditation, tout ça ce ne sont pas des choses que vous pouvez pratiquer ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Non, moi ce n'est pas ma tasse de thé.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Je ne le pratique pas, ce n'est pas ma formation. Et puis je peux adresser en parallèle en adressant à un thérapeute qui a une formation plus de TCC. Ou si le patient me dit « ah ben je voudrais essayer l'EMDR on m'a dit que c'était bien pour les traumatismes comme j'ai eu » je vais lui dire « et bien essayez » et je vais l'adresser chez des gens qui sont à peu près sérieux. Mais de moi-même je n'adresserais pas, sauf peut-être en TCC mais ça ne m'arrive pas vraiment, pour la personne qui est coincée dans un comportement d'évitement, dans une situation qui lui empoisonne la vie.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Voilà, il faut quand même l'aider sur un comportement précis mais ça ne résout pas l'angoisse, ça ne résout pas les problèmes. Et l'EMDR, chaque fois les patients que j'ai pu envoyer ou qui sont allés consulter ça les a soulagé, l'hypnose, l'EMDR, mais autant que d'autres techniques. Ça les a un peu soulagé mais ça s'est toujours réduit

à quelques séances et ça n'a jamais résolu, pour ceux qui se sont adressés à moi ça n'a jamais résolu tous leurs problèmes.

MOI :

D'accord, ok. Et est-ce qu'il y a d'autres médiations que vous pouvez recommander pour ces femmes qui viennent vous voir ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bien franchement je dirais que le meilleur complément pour moi, à part la nécessité pour certaines d'avoir un traitement antidépresseur ou anxiolytique, le meilleur complément c'est un accompagnement psychocorporel et les mieux formés ce sont les psychomotriciens. Alors pas n'importe quel psychomotricien, il faut quand même des gens qui se sont penchés là-dessus, qui ont réfléchi là-dessus et qui n'abordent pas le traumatisme de front. Enfin voilà, il faut de la délicatesse et sinon il y a certainement d'autres thérapeutes qui sont bien formés qui sauront utiliser une médiation.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Je pense par exemple à J\*\*\*\*\* V\*\*\*\*\* qui est psychiatre de formation. Elle, elle fait de la danse thérapie.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Je ne sais pas si elle a eu ou a forcément croisé dans sa carrière des patientes qui ont eu des problèmes comme ça. Elle ne serait pas psychiatre admettons mais elle a suffisamment de bouteille et travaillé avec des femmes autour de cette médiation. Et elle a une personnalité qui à elle seule suffit pour pouvoir adresser quelqu'un qui aurait un problème de ce genre. Mais il faut vraiment connaître à ce moment-là le thérapeute.

MOI :

C'est ça.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bon ça ne serait pas des thérapeutes ou si c'était des thérapeutes il faudrait les connaître et je dois dire qu'il n'y en a pas beaucoup qui a la fois maîtrisent les techniques psychocorporelles et sauraient prendre en compte tout ça. Je pense à un médecin généraliste qui fait beaucoup de stages. Il travaille dans l'Est de la France, il fait un travail très psychocorporel. Il vient parfois enseigner et surtout à la Salpêtrière.

MOI :

D'accord ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Son nom m'échappe mais voilà, lui j'aurais tout à fait confiance en lui. Je lui adresserais si il consultait à Paris mais je crois qu'il est à Strasbourg ou par là. Ou par exemple il y a P\*\*\*\*\* D\*\*\*\*\* aussi qui est psychomotricien et qui travaille beaucoup sur les troubles alimentaires. Et de ce fait d'ailleurs, il a rejoint notre association Psychomot et Psychotrauma. Donc lui il a des techniques psychocorporelles, il est rodé. Et c'est quelqu'un de très fin. Il a bien constaté qu'il y a une majorité de patientes qui viennent pour les troubles alimentaires avec des TCA et qui ont eu des traumatismes dans l'enfance ou la petite enfance. Sauf que la demande lui vient par le biais du trouble alimentaire. Voilà, donc vous voyez là je vous cite aussi un généraliste et un psychomotricien qui ont des techniques psychocorporelles propres qui sont développées.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui, le médecin dont le nom m'échappe est ostéopathe aussi. Il travaille beaucoup avec les psychomotriciens. Donc vous voyez, ne me vient pas à l'esprit quelqu'un qui serait bon dans un domaine psychocorporel quelconque, ça ne suffit pas.

MOI :

D'accord, il faut quelqu'un qui puisse lire le traumatisme.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui parce qu'il y a un risque de renforcer les défenses, les symptômes, plus qu'autre chose.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Quelqu'un qui n'est pas thérapeute, même si il est très bon dans cette technique ça ne suffira pas. Ce qui peut être parfois pas mal c'est le psychodrame, parce-que c'est une technique de groupe. Alors le psychodrame en groupe, pas en individuel, parce-que ça sécurise beaucoup ces patients. Ils ne sont pas forcément que des gens qui ont eu des soucis du même ordre mais le fait d'être en groupe, de se mettre en situation de demander à d'autres de jouer des situations vécues permet vraiment de mettre en scène le trauma, le corps, qui est très bien encadré par un groupe qui parle, qui contient. Et puis il y a en général deux thérapeutes qui accompagnent donc ça peut être aussi une bonne indication parallèle.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Surtout quand il y a une réticence à parler.

MOI :

D'accord. Oui le groupe va porter finalement la parole aussi.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Il va la faciliter oui.

MOI :

Ok. Et du coup dans vos prises en charge à vous le corps est-ce qu'il est mobilisé ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Non pas du tout, non non moi je ne touche pas mes patients. Enfin je leur serre la main pour leur dire bonjour et au revoir, ça peut m'arriver en partant de poser ma main sur leur épaule en disant quelque chose. Mais je n'ai pas de contact du tout avec eux. Leur corps ils peuvent le mobiliser par eux-mêmes en me tournant le dos parfois, en s'allongeant plus ou moins, en s'installant plus ou moins confortablement. Mais voilà, ce n'est pas moi, c'est justement particulièrement important dans ma pratique, mon exercice d'analyste, de ne pas engager le corps.

MOI :

D'accord, mais finalement du coup le corps va se mobiliser quand même un peu tout seul entre guillemets.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bien ce qui va se mobiliser ce sont les émotions corporelles, ce sont les pensées, c'est le vécu corporel, c'est ça qui va être mobilisé. Mais par la médiation de la parole, pas dans l'action, pas dans le mouvement, pas dans le toucher, mais par le biais de la parole du patient.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Mais bien sûr qu'ils vont parler de leur corps. Ils vont parler de ce qu'ils ressentent, des conséquences corporelles, relationnelles, leur phobie du toucher ou d'être touché, de la proxémie même, enfin de plein de choses.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

De leur dégoût aussi, enfin vous voyez c'est le corps tout ça. C'est le corps qui parle.

MOI :

Oui, d'accord. Du coup avec tout ce que vous m'avez dit avant par rapport aux médiations corporelles j'imagine que pour vous le corps est quand même important à prendre en compte dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Mais oui et à mon avis pas que pour les femmes qui ont subi une agression sexuelle mais en général tous les types de psychotraumas, de risques de psychotraumatismes, il faut les dire.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

C'est vraiment fondamental.

MOI :

Vous sauriez expliquer un peu pourquoi pour vous il faut vraiment les deux ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui, parce-que enfin tout dépend aussi de la distance avec l'événement, de son intensité, de sa répétition, etc. Mais on va dire que de manière générale il y a toujours à un moment donné ce besoin je dirais. La parole ne suffit pas ou pas toujours à rétablir ce qui s'est séparé, ce qui s'est isolé du fait de l'état dissociatif. La parole ne suffit pas, ça ne se rétablit pas assez. On va aller chercher les noyaux, on va débloquer des choses. Il y a plein de choses qui vont bouger dans la vie de la personne. Mais il va y avoir des impasses parce que le psychanalyste par définition ne peut pas aller dans ces impasses-là. Par contre il y a toute une préparation qui va se faire chez l'analyste qui permettra que dans un second temps la personne puisse accepter d'être touchée. C'est-à-dire que la parole, la confiance en l'autre, avoir fait ré-émerger à la conscience des tas de souvenirs, de mémoires d'angoisses etc, cette confiance-là va permettre

de lever un peu des barrières et d'aider la personne à accepter de franchir un pas qui n'a pas été franchi jusque-là.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Celui d'être touché principalement, ou de ne pas avoir peur de mobiliser des parties du corps. Mais d'emblée c'est impossible. Il n'y a qu'à voir quand ces femmes vont ne serait-ce que subir les examens médicaux, c'est terrifiant, même dans un cadre très bienveillant et médical. J'ai entendu des choses même dans ce cadre-là. J'ai entendu dernièrement une femme me dire qu'il y a des aide-soignantes, des infirmières, qui se sont mises à lui dire « mais c'est de ta faute » enfin les pires horreurs qu'on entendait. On en est encore là. Donc même pour aller faire ses examens par l'intermédiaire du judiciaire dans un lieu prévu pour ça avec des médecins et des infirmiers qui sont supposés faire bien leur travail, il y a quand même des personnes qui ont démolé littéralement. Allez avoir confiance après qu'on vous touche. Donc voilà, c'est une réalité. Donc en première intention les techniques psychocorporelles ne me paraissent pas toujours ... Alors c'est à réfléchir parce qu'il y a encore 1 an je disais que la psychomotricité n'était pas recommandée dans les urgences de type psychotrauma attentat. Urgences c'est-à-dire qu'il vient d'y avoir un attentat, il y a des morts, il y a des blessés, l'équipe du CUMP arrive, les Cellules d'Urgences Médico-Psychologiques, pour parler, débriefer, enfin toutes les techniques classiques. Je pensais qu'il ne fallait pas toucher les patients. Or aujourd'hui après réflexion, et tu travailles à plusieurs aussi, on est en train de penser que oui les psychomotriciens peuvent travailler dans l'urgence dans des cas comme ça. Donc voilà je laisserai ouverte la question sur les femmes agressées sexuellement. Peut-être qu'il y a des choses à faire, c'est une question.

MOI :

D'accord. Oui du coup vous avez devancé un peu ma question qui était quelles seraient pour vous les indications finalement pour un travail corporel pour ces femmes-là ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Déjà on peut poser l'indication en psychomotricité que si la personne est prête à ça. Donc si elle a récupéré suffisamment de confiance en elle et en l'autre, si elle a suffisamment repris confiance en différents secteurs de sa vie, et si il est clair pour elle qu'elle a besoin d'un travail d'accompagnement pour mobiliser son corps.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Voilà, déjà ça c'est le prérequis je dirais. A partir de là on peut aller voir une psychomotricienne ou un psychomotricien. Enfin plutôt une psychomotricienne je dirais, ça me paraît plus facilitant.

MOI :

Du fait que ce soit une femme ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui oui, je pense que c'est important dans ce genre d'histoires. Maintenant il faut que la personne soit bien informée quand même là-dessus et propose une médiation qui soit très progressive, très souple, bien pensée et qui suivent bien le rythme de la patiente. Donc ça peut être de la relaxation, des enveloppements, pourquoi pas de la danse, des choses comme ça. Pourquoi pas du yoga mais des techniques de yoga qui ne favorisent pas la dissociation avec la méditation. Il y a des techniques de yoga qui sont plus actives.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Voilà, si le psychomotricien a des cordes comme ça à son arc il est le bienvenu.

MOI :

D'accord, ok. Et du coup quels seraient un peu les critères d'indication ? Vous avez parlé de la reprise de confiance en soi, d'estime de soi et des autres, est-ce qu'il y en aurait d'autres ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bien les critères d'indication c'est l'état tonique d'une personne en premier. Ça peut être les douleurs, les crispations dans le cas des symptômes, voir même des phénomènes psychosomatiques. Bon il y en a une qui a une endométriose alors est-ce que c'est lié ou non on en sait rien. Une autre qui a des polypes avec des douleurs au ventre terribles, enfin des kystes pas des polypes. Et puis l'évitement des rapports sexuels, l'envie d'une vie amoureuse mais l'impossibilité de passer à l'acte, ou l'impossibilité d'une relation amoureuse. Voilà, je connais une femme qui n'était que dans des échecs d'histoires terribles, et puis qui finalement a fait un choix homosexuel, mais par défaut je dirais. Donc en même temps c'est dommage, bon au moins elle a une vie amoureuse et sexuelle mais qui est quand même pauvre. Ce n'est pas l'épanouissement. Donc voilà, ça se sont des indications. Mais ça va être à partir des plaintes souvent corporelles, musculo-squelettiques, les douleurs et les pathologies, et pas seulement de psychopathologies mais des pathologies psychosomatiques très souvent.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et puis bien sûr des situations phobiques. Bon il y a sûrement d'autres critères d'indication, et puis la demande. Quand il y a une demande directe même si la plupart n'arrivent pas à penser tout ça, c'est pour ça qu'ils viennent me voir, mois après mois et années après années. Je les aide à penser tout ça. Donc à un moment donné il va surgir une demande. Et là, quand la demande est mûre, je peux passer la main. Ou en parallèle la personne va aller essayer d'autres techniques. Je pense à une autre jeune fille qui a 25 ans à peu près. Ce n'était pas son premier trouble, ce n'est pas cette agression qui l'a amenée vers moi, mais c'est ressorti au bout d'un certain temps. Elle ne pouvait pas aller voir ni un médecin, ni un kiné ostéopathe. Elle se plaignait de douleurs, elle se plaignait d'un tas de trucs, et je lui ai suggéré « mais quand même il

faudrait consulter, mais quelqu'un de confiance, qu'on vous recommande. Allez-y avec votre mère ou avec une amie, mais il faut vous soigner ». Et elle avait négligé plein plein de choses parce qu'elle ne supportait pas qu'on la touche et elle ne supporte toujours pas d'ailleurs qu'un garçon la touche. Par contre, récemment, elle a fini par aller consulter accompagnée de sa mère. Il y a un kiné qu'elle a été voir, elle n'a pas supporté. Il a été correct, il n'y a pas eu de problème, mais il a eu des blagues un peu lourdes, des trucs qui l'ont braquée instantanément .

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et elle est revenue hyper angoissée de sa visite chez ce kiné. Et donc il a fallu des mois pour qu'elle en retrouve un autre, qui soit une femme recommandée. Elle a été avec une amie, et voilà. Mais ça a pris des mois. Donc il faut que la demande surgisse du patient.

MOI :

Oui, d'accord. Et à l'inverse, est-ce qu'il y aurait des contre-indications pour un travail corporel ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui, si la personne n'est pas prête, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de demande. Elle présente encore trop d'état dissociatif, ou des troubles somatiques, ou la phobie de l'eau, où le contact ou la relation sont trop forts, que la personne est trop près du trauma. Alors là je vous dis qu'il y a très très peu de personnes qui pourraient prendre en charge. Mais même, en général c'est compliqué de demander à quelqu'un d'abord qui vient vous voir, parce qu'elle y arrive, et elle a déjà du mal à parler de ça. Et donc l'adresser tout de suite à quelqu'un qui va la toucher ... Voilà ce n'est pas la première, en tout cas moi ce n'est pas la première pensée que j'aurais.

MOI :

D'accord. Vous indiqueriez en psychomotricité par exemple plus tard dans la prise en charge.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Oui oui, quand vraiment j'arrive à le penser. Ca vient tout seul, c'est naturel, c'est évident, et la personne comprend tout de suite parce qu'elle m'amène des éléments qui montrent qu'elle a compris, que maintenant elle peut. Et il faut passer à une autre étape.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et du coup là ça marche bien.

MOI :

Ok. Et est-ce que du coup il y a des paramètres qui seraient importants dans la contre-indication ? Vous parliez tout à l'heure par exemple du fait d'indiquer plutôt à des femmes. Est-ce qu'il y a d'autres critères comme ça qui seraient importants à prendre en compte ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Et bien il faut leur demander. Moi je leur demande si elles préfèrent aller voir quelqu'un de plutôt jeune ou de leur génération, ou au contraire plus âgé, si elles préfèrent parler, si c'est plus facile de voir un psychomotricien ou une psychomotricienne. La personne qui va recommander un autre thérapeute, la personne qui donne une adresse, doit être vraiment quelqu'un de confiance. Et puis dans l'imaginaire du patient il y a déjà tout un tas de choses qui se jouent. Et donc c'est très important de lui laisser le choix au maximum du type de personne, du type de thérapeute.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Voilà il y en a qui préféreront aller voir une grand-mère qu'une personne du même âge par exemple.

MOI :

D'accord, ok. Et bien merci beaucoup c'était très intéressant.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

J'ai conscience qu'on a bien parlé cliniquement je dirais de ce que je pense autour de ça et que j'ai rencontré parmi mes patientes. Maintenant les questions du début plus techniques ne s'appliquent pas à la psychanalyse par définition. Peut-être à d'autres méthodes de psychothérapie mais pas à la psychanalyse. Et pour les questions quantitatives moi je vous ai donné comme ça un ordre d'idées, mais vous ne pouvez pas vous appuyez sur un chiffre que je vous donne comme ça

MOI :

Bien sûr.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Je pense qu'il y a des travaux qui ont été fait dans lesquels vous trouverez les pourcentages plus précis.

MOI :

Entendu.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Bon et bien je vous souhaite bon courage pour la construction de ce mémoire.

MOI :

Merci beaucoup, bonne soirée.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 1 :

Bonne soirée, au revoir.

MOI :

Au revoir.

## **Annexe n°8 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue/psychomotricien 2**

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Je vous écoute, dites-moi.

MOI :

Alors du coup si vous le voulez bien vous pouvez commencer par vous présenter un peu en commençant par votre âge et votre expérience professionnelle.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Donc je suis psychomotricienne de première formation. J'ai été diplômée en 2000 et j'ai été formée à l'ISRP. Ensuite j'ai fait une formation de psychologue clinicienne. C'est un Master 2 à Paris Descartes avec une orientation psychanalytique intégrative.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et donc j'exerce en tant que psychologue depuis environ 6-7 ans, et puis ensuite j'ai fait une formation d'hypnothérapeute.

MOI :

D'accord, ok. Dans quel cadre ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Celle de l'IFH, l'Institut Français d'Hypnose. C'est une formation qui se déroule sur 3 ans.

MOI :

D'accord, ok. Et du coup vous la pratiquez en libérale ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Alors je continue d'exercer en tant que psychomotricienne en libéral, et j'exerce en tant que psychologue en libéral et en salariée dans un collège à vocation thérapeutique. Et l'hypnose pour l'instant je ne la mets pas tellement en avant. Je l'utilise plutôt en fonction des situations, que ce soit en psychomotricité ou au niveau de la psychothérapie ou de la psychanalyse.

MOI :

D'accord, ok. Bon et du coup mon mémoire porte sur les femmes victimes d'abus sexuels, est-ce que vous sauriez me dire un petit peu quelle part ça représente parmi vos patients en tant que psychologue ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Alors en tant que psychologue comme je travaille avec des adolescents dans un collège... C'était un collège dans l'historique qui était exclusivement pour les garçons, et on a ouvert pour les filles il y a 2 ans. Et donc depuis 2 ans c'est vrai que ça a changé la clinique puisqu'en effet il y a des situations comme celle-ci qui se produisent soit à la maison de la jeune fille soit, moi je dirais que c'est aussi une agression sexuelle, c'est sous forme de cyber-harcèlement par les réseaux sociaux, ou des transmissions de photographies intimes etc qui peuvent là se faire au sein du collège. Alors en termes de proportion de patients ça je ne sais pas. C'est très peu par rapport à l'ensemble des problématiques de tous les élèves mais je trouve que par contre les questions de réseaux sociaux et de cyber-harcèlement ça ça a beaucoup augmenté en peu de temps.

MOI :

D'accord, ok. Après moi mon mémoire porte surtout sur les femmes adultes pour le coup, donc c'est vrai que le collège rentre moins dans le cadre de mon étude mais peut-être parmi vos patients en libéral, est-ce que vous avez ce type de problématique ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Hum ... il y en a eu une mais c'était une adolescente mais des femmes non... non.

MOI :

D'accord... ok. Et vous en avez déjà eu même si ce n'est pas en ce moment ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et bien non, c'est ça, je réfléchis... Même des victimes d'abus sexuels, non non non. Après en tant que psychologue j'avais travaillé aussi dans ce qu'on appelle l'UMJ (Unité Médico Judiciaire) à Versailles et là on accompagnait les policiers pour les audiences mais c'était les audiences des enfants qui étaient victimes d'abus. Donc ce sont toujours les enfants. Au niveau des adultes moi je n'ai quasiment pas d'expérience voire pas d'expérience pour le coup.

MOI :

Ok, d'accord. Du coup ces enfants qui ont été abusés bon il y a un jour où ils vont devenir adultes. Est-ce que les symptômes que vous pouvez voir aujourd'hui, ce qu'ils vous rapportent aujourd'hui de leur mal-être, est-ce que ce sont des symptômes que vous pensez retrouver après à l'âge adulte ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Alors moi je suis assez convaincue que des violences sexuelles subies par un enfant vont s'exprimer par des comportements spécifiques à l'âge adulte. Je pense que ça se réactive à la période adolescente.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

En revanche, à la période de latence il y a très peu de symptômes si ce n'est, ce que moi j'avais repéré, c'était chez les petites filles, parce que pour les petits garçons j'avais pas vraiment repéré de récurrence, mais des comportements un peu hypersexualisés. C'est-à-dire des petites filles qui ressemblent à des petites dames dans leur façon de s'habiller, dans leur façon de bouger avec leur corps, et qui ne sont pas adaptées en termes de distance à l'adulte. C'est-à-dire qu'elles vont venir s'asseoir sur

les genoux de l'adulte, elles vont avoir beaucoup de contact corporel avec l'adulte. Voilà, ça c'est ce que j'avais repéré chez les petites filles. Et pour moi je l'ai interprété comme une forme de répétition de la situation à risque.

MOI :

D'accord, ok. Et si vous aviez, là, une femme victime d'abus sexuels qui venait vous voir en libéral, quels seraient vos objectifs de travail avec elle ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et bien ça dépend de sa demande.

MOI :

Oui. Alors je ne sais pas trop comment formuler ma question mais est-ce qu'il y aurait des paramètres auxquels vous seriez particulièrement attentive avec ce type de problématique?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui, la question du trauma. C'est-à-dire que je pense que c'est un peu de la même façon avec tous les trauma, que ce soit une agression sexuelle ou une autre, que ces réminiscences puissent être reprises justement, que ça fasse moins mal. Alors, là pour le coup je trouve que l'EMDR et l'hypnose ça fonctionne vraiment bien. Mais là, par exemple, moi je me dirais le risque adulte c'est que cette femme elle ait des troubles sexuels de type vaginisme ou frigidité. Mais déjà si elle n'a pas de demande par rapport à ça pour moi il n'y a pas. On ne peut pas anticiper c'est tellement du côté de l'infini que si on va au-delà du rythme du patient on va le brusquer et on va répéter l'effraction en étant intrusif. Donc ça, pour moi, c'est peut-être le plus important, c'est d'éviter de répéter ce qui fait trauma.

MOI :

D'accord. Et du coup vous êtes peut-être, et d'autant plus en étant psychomotricienne peut-être, attentive à l'enveloppe, la façon dont la personne se sent sujet, la confiance en elle, l'estime d'elle-même, peut-être l'image du corps aussi, le tonus... Est-ce que toutes ces choses-là, la dissociation etc vous les retrouveriez d'après vous ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui oui, bien sûr. Disons que pour ces femmes-là je pense que la première question à explorer c'est dans quelle mesure elles peuvent s'identifier au féminin et dans quelle mesure elles peuvent être en relation avec le masculin. Travailler un peu sur les archétypes du masculin et du féminin et des représentations qu'elles se font. Mais bien sûr qu'il va y avoir quelque chose de l'image du corps qui est probablement perturbée, dévalorisée et attaquée, à restaurer. Alors pour ça il est possible que moi je ré-adresse sur un travail corporel.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Que ce soit thérapeutique ou non, c'est-à-dire l'inviter à faire du sport ou en tout cas à se remettre dans son corps.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

En mouvement, en relation avec un corps vivant et émotionnel. Après pour la question du tonus comme je n'ai pas d'expérience je ne sais pas du tout si ça se traduit du côté d'une hypertonie, d'une tendance hypotonique ou des difficultés de régulation tonique. Là je ne saurai pas. Sur la clinique de l'enveloppe oui ça on va le voir très clairement dans la thérapie. Alors ça c'est pareil à ce moment-là je trouve mieux de proposer des médiations comme le dessin, la représentation de soi, ou de passer par l'écriture ou le psychodrame, la mise en scène des situations.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Mais oui le dessin je crois qu'il donne vraiment accès aux questions de l'enveloppe. Peut-être aussi dans le discours de la patiente, de voir quel vocabulaire elle utilise. Je crois aussi que je serais sensible à comment elle investit son corps chez elle.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Parce-que en gros le chez soi c'est une prolongation de cette enveloppe psychocorporelle. Donc est-ce qu'elle laisse du monde venir chez elle, est-ce qu'au contraire c'est la porte ouverte pour tout le monde sans pouvoir filtrer ? Voilà ça oui, je pense que je l'écouterais très attentivement aussi.

MOI :

D'accord. Et du coup vous utilisez, on en a un peu parlé tout à l'heure mais, des techniques particulières ? Donc vous m'avez parlé de l'hypnose tout à l'heure par exemple, vous pourriez éventuellement l'utiliser avec une femme victime d'abus sexuels ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui tout à fait oui. Oui parce-que l'hypnose en fait fait partie des techniques les plus intéressantes pour le trauma. C'est ce qu'on appelle la double dissociation.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et en gros on regarde la scène par exemple projetée sur un écran de cinéma. Donc ça permet de se mettre doublement à distance de la scène traumatique, et puis de pouvoir la modifier de façon à ce qu'elle soit supportable.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Mais je pense que ça ne suffirait pas. Ça suffirait pour on va dire faire taire momentanément pour permettre ensuite un travail de fond.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Mais le travail de fond c'est de restaurer la confiance en l'homme, la confiance en soi, l'investissement de la sexualité des zones érogènes...

MOI :

D'accord, ok. Des fois on entend parler aussi un peu dans les thérapies autour du trauma la possibilité aussi aller vers des TCC ou l'EMDR, on en a parlé, la méditation pleine conscience aussi on en entend parler parfois. Vous pensez que ce sont des techniques efficaces aussi ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Ah bah oui oui, pour moi c'est vraiment très complémentaire. C'est très complémentaire. De toute façon, par exemple, il y a des patientes qui vont dire « ah la méditation moi ça me convient pas, ça m'agace, je m'ennuie ». D'autres c'est la sophrologie, elles vont dire que ça ne leur convient pas. Certaines « l'EMDR ah non »... Bon, moi je pense que toutes les techniques sont intéressantes du moment où elles font écho chez la patiente qui s'en saisit. A mon sens ce n'est pas qu'une question de technique ni finalement d'identité thérapeutique, mais question de rencontre avec le thérapeute et une question de moment dans la vie de la patiente.

MOI :

D'accord, oui, ok. Et du coup est-ce qu'il y a d'autres médiations qui vous semblent particulièrement intéressantes pour ces femmes-là ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et bien j'en ai parlé là de la sophrologie.

MOI :

Oui, vous m'avez parlé du yoga et de la danse aussi tout à l'heure.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui tout à fait, en fait tous les sports de plaisir où il y a quelque chose qui peut s'exprimer. C'est-à-dire un sport de compétition me semble moins indiqué qu'un sport où on va exprimer quelque chose de soi à travers cette pratique-là. Mais la méditation aussi. Je pense que le jeu ça peut être intéressant, l'écriture, toute forme d'art-thérapie. Voilà, et puis elle aussi elle trouve sa ressource.

MOI :

Oui. Et est-ce que vous pensez que la relaxation ça pourrait être une médiation indiquée pour ces femmes-là ? alors peut-être pas pour toutes mais pour certaines ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui oui je pense. Peut-être pas en début d'accompagnement par contre. Il faut vraiment qu'il y ait une forme de confiance qui puisse être installée. Mais au contraire moi je pense que ça pourrait presque être un objectif sur du long terme, c'est-à-dire que là ça voudrait dire que le toucher de l'autre peut être bienveillant.

MOI :

Oui, bienveillant et sécurisant.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui, en confiance et en sécurité.

MOI :

D'accord, ok. Du coup dans vos prises en charge en tant que psychologue si vous aviez des patientes des victimes d'abus sexuels, le corps serait mobilisé quand même dans vos prises en charge en tant que psychologue ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Alors en tant que psychologue non, moi quand je suis psychologue je ne vais pas pratiquer la relaxation par exemple. En hypnose il y a un engagement du corps mais il n'est pas touché. Moi je ne vais pas être en contact corporel avec la patiente.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui, non en tant que psychologue je ne pense pas.

MOI :

D'accord. Et est-ce que vous pensez que le corps est important à prendre en compte dans la prise en charge de ces femmes de façon générale ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Ah oui, ah oui oui oui ça c'est clair. D'ailleurs ça commence par là et ça se termine par là.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Avec un travail thérapeutique seulement, à mon sens, on ne peut pas résoudre vraiment l'ensemble des difficultés de la patiente.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Mais quand ça passe par le corps ça passe pas forcément par du soin, c'est ça. C'est-à-dire qu'il y en a qui vont se trouver dans le yoga ou la danse. Elles ne vont pas avoir besoin de compléter avec de la relaxation ou de l'EMDR parce qu'elles auront trouvé leur truc.

MOI :

Oui, d'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et on a pas parlé dans les indications complémentaires mais moi je penserais aussi à en orienter certaines vers des sexothérapeutes.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Dans un espace où tout le fonctionnement du système génital puisse être parlé, qu'elles puissent se représenter le fonctionnement. Parce-que non seulement les femmes abusées mais la plupart des femmes n'ont aucune représentation de leur appareil génital, de l'intériorité de l'utérus etc. Donc moi je pense que là il y a vraiment un travail de reconstruction d'une représentation mentale, de qu'est-ce que c'est que le corps de la femme et donc son corps à elle. Oui ça peut être aussi nécessaire.

MOI :

D'accord, ok. Et quel serait pour vous les indications alors pour un travail corporel?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et bien c'est pareil, sa demande, la demande de la patiente, si elle elle exprime une souffrance corporelle avec une demande, une amélioration d'un symptôme corporel, et bien là voilà. A mon sens c'est quasi systématique sauf que tant qu'elle n'en fait pas la demande ça risque d'être pire que mieux. Donc ça ne me semble pas encore le moment de le proposer.

MOI :

D'accord, et est-ce qu'il y a des paramètres particuliers qui vous feraient dire qu'une prise en charge corporelle pourrait être intéressante dans ce cadre-là ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

On en revient un peu à vos questions de début. Pour moi, les symptômes qui justifient ça c'est dès qu'on perçoit un désinvestissement de la sexualité, un désinvestissement plus global du corps au niveau sensoriel, au niveau moteur, au niveau sensori-moteur, si on perçoit une image du corps dégradée, une problématique par rapport aux enveloppes psychocorporelles qui ont été effractées, qui sont vécues comme non sécurisées. Voilà, une confiance en soi perturbée aussi, des mouvements d'évitement

de la relation comme des anciens mécanismes de défense qui seraient supposés protéger de la récurrence de l'agression, qui en réalité ne sont plus nécessaires et empêchent la patiente de s'épanouir, oui, voilà.

MOI :

Ok. Et est-ce qu'à l'inverse il y aurait pour vous des contre-indications à un travail corporel?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et bien l'angoisse, l'angoisse de la patiente, s'il y a une angoisse trop forte.

MOI :

Oui ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Si elle n'a pas de demande aussi. Je crois que c'est vraiment important ça, qu'on ne fasse pas ce qu'on pense qui est bien pour le patient mais qu'on écoute vraiment sa demande. Sinon en contre-indications... Bon après à vérifier, oui évidemment, du côté des maladies somatiques, des douleurs, et avec quand même des précautions si on est sur une structure psychotique.

MOI :

Oui, bien sûr.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Par exemple, une structure paranoïaque, pour moi, là, c'est une contre-indication. Parce que le toucher ça risque de faire flamber les délires de persécution.

MOI :

Hum, ok. D'accord. Bon et bien du coup j'ai eu le temps de vous poser toutes les questions que je souhaitais.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Et il est pile-poil à l'heure.

MOI :

Et il est pile-poil l'heure, c'est ça. Et bien merci beaucoup en tout cas d'avoir pris le temps de me répondre, et puis si ça vous intéresse et bien je pourrais vous envoyer ensuite mon mémoire.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui oui oui, franchement c'est un sujet que je trouve vraiment important et surtout je trouve, j'en ai pas parlé parce que c'était pas pertinent pour votre sujet de mémoire mais au-delà des abus sexuels je trouve que les jeunes filles, c'est ce que je disais un petit peu, n'ont aucune conscience de leur corps de femme. Et moi ça me semble quand même être un sujet qui est tellement tabou dans notre société que les femmes y perdent énormément en qualité de vie, je pense. Donc merci à vous pour ce sujet.

MOI :

Et bien écoutez, de rien. J'espère que ce sera un bon mémoire qui portera ses fruits.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Oui, je vous le souhaite.

MOI :

Et bien merci beaucoup en tout cas.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 2 :

Merci à vous, bonne soirée, au revoir.

MOI :

Bonne soirée, au revoir.

## **Annexe n°9 : Verbatim de l'entretien avec le psychologue/psychomotricien 3**

MOI :

Donc je vous avais expliqué un peu mon sujet qui traite de la dimension corporelle dans la prise en charge des femmes victimes d'abus sexuels. Voilà, est-ce que pour commencer vous pourriez vous présenter un peu, me dire votre âge, quelle expérience vous avez et où est-ce que vous pratiquez ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Alors j'ai 30 ans, j'ai fait un master de psychologie du développement et pendant mes études j'étais en CMP enfants. Et c'est là que j'ai croisé deux femmes qui ont été victimes d'abus sexuels, une maman d'un enfant qu'on suivait et une jeune adolescente. Et suite à ça j'ai travaillé un an en MAS autistes. Là en MAS j'avais une jeune adulte déficiente profonde qui a subi des viols en institution, pas dans notre institution mais dans une institution avant. Donc en fait il y a l'aspect finalement des personnes qui peuvent verbaliser ça, et l'aspect des personnes qui ont subi ça mais qui finalement ne peuvent pas le verbaliser, où en tout cas corporellement il y a des choses qui se passent.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et ça me fait penser même que en MAS donc il y avait cette jeune fille, elle a été hospitalisée d'urgence quand elle était jeune en hôpital psychiatrique et quand sa maman est venue la visiter elle a surpris un homme en train de la violer.

MOI :

D'accord.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Voilà donc c'est comme ça qu'on sait qu'elle a été agressée. Il y avait une autre jeune femme d'une trentaine d'années où il y a eu des suspicions de viols pendant qu'elle était en colonie de vacances par un animateur.

MOI :

Ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Donc il y a ça, et après cette expérience-là moi je me suis posée beaucoup de questions sur tout le lien au corps, comment rentrer en contact avec ces personnes-là qui finalement ne parlent pas du tout et qui nous montrent tout de manière corporelle. Et du coup j'ai repris un cursus de psychomotricienne et je suis allée à l'ISRP de Paris où j'ai commencé une alternance dans un IME avec des enfants autistes et polyhandicapés avec des déficiences intellectuelles sévères. J'ai été diplômée en 2018 et aujourd'hui je suis toujours à mi-temps dans cette institution-là. Après j'ai travaillé à la sortie du diplôme un an en tant que psychomotricienne en CAMSP aussi. Donc là j'ai pas rencontré directement de personnes qui m'ont avoué des abus, mais il y en avait pour qui on avait des suspicions d'abus sexuels parmi les parents des enfants qu'on suivait. Et là depuis septembre je travaille en tant que psychologue à mi-temps dans une UEMA (Unité d'Enseignement Maternelle Autisme) pour enfants autistes.

MOI :

D'accord, ok. Est-ce que vous avez une autre formation corporelle que la psychomotricité ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

J'ai eu tout ce qui était stimulations basales. Et alors je n'ai pas eu de formation corporelle mais en fait j'ai une collègue qui était formée à tout ce qui était shiatsu et reiki, et du coup qui nous a beaucoup sensibilisé à tout ça. Voilà, mais je crois que c'est tout.

MOI :

D'accord. Donc là actuellement vous ne suivez pas parmi vos patients ou parmi les parents de vos patients de femme victime d'abus sexuel en ce moment ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Alors non pas en ce moment mais on a un enfant, un garçon, où on a des suspicions d'abus sexuels sur lui. Et en fait dans l'histoire familiale on pense que la maman a été abusée sexuellement. Mais moi par contre je n'ai pas de contact direct avec eux. Il y a une autre jeune fille aussi qui est déficiente intellectuelle profonde, on pense qu'elle est née d'un inceste entre la maman et le grand-père. Le grand-père aurait violé sa fille. Enfin ce n'est pas très clair en terme de viol ou consentement on ne connaît pas vraiment la limite dans l'inceste, de la compréhension de tout ça. Et du coup il y a des suspicions que la petite fille serait la fille de sa mère et de son grand-père. Mais là encore par contre je n'ai pas de contact direct avec ces parents-là.

MOI :

D'accord ok ça marche. Avec l'expérience que vous avez est-ce que vous diriez que parmi les viols il y a plus de viols isolés au répétés ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et bien moi, à part et encore on ne sait pas s'il y avait eu d'autres viols pour cette jeune fille pour laquelle sa maman l'a surprise en train de se faire violer, on ne sait pas ce qu'il y avait avant, mais à part cette jeune fille l'autre jeune fille en colonie on pense qu'il y en a eu plusieurs. Mais sinon c'était que des viols en série sur plusieurs années en fait.

MOI :

D'accord donc plutôt par la famille proche à ce moment-là ou pas forcément ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Oui voilà c'est ça. Oui ce sont à chaque fois des contextes où la famille proche ou en tout cas une personne de confiance ou qui a autorité sur la personne, puisque l'autre personne qui était déficiente intellectuelle c'était par un animateur donc quelqu'un qui est censé être de confiance en tout cas le temps de cette colonie.

MOI :

D'accord et elle était mineure ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Non elle était majeure mais comme elles sont déficientes intellectuelles elles sont sous tutelle et protégées. C'est ça qui est particulier par rapport à l'autre maman et la jeune fille que j'avais rencontrées.

MOI :

D'accord, et celle que vous avez pu rencontrer elle ne venait pas vous voir pour ça ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Non non.

MOI :

Dans votre prise en charge, vraiment dans les suivis, vous n'avez pas eu de femmes venues pour ça ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Non. En fait à chaque fois c'était quelque chose d'autre et pas quand on commençait la thérapie ou quand on commençait le suivi. En CMP on avait un jeune garçon qui avait beaucoup de troubles du comportement et qui avait de gros problèmes scolaires. Donc du coup il y avait quelque chose qui se passait et ils ont demandé à ce qu'il consulte. Donc la maman venait régulièrement, parce-qu'il y avait toujours un temps avec la maman. Et petit à petit on s'est rendu compte que cet enfant ce n'était peut-être pas lui qui portait la problématique, mais qu'il était peut-être juste le symptôme de quelque chose. Donc on a continué et c'est la maman presque sur la fin des prises en charge qui a livré que effectivement elle s'était faite agresser sexuellement pendant son enfance.

MOI :

D'accord mais vous vous ne l'avez pas suivi elle après du coup ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Non. En fait il y a eu un suivi en parallèle au début parce qu'elle ne voulait pas être suivie ailleurs. On l'a réorientée vers un CMP adultes pour travailler cette problématique mais elle ne voulait pas du tout. Et en fait j'étais dans un CMP où le directeur acceptait que le psychologue prenne cette liberté de travailler sur la famille pour finalement régler le symptôme de l'enfant en se disant que si finalement l'enfant a des symptômes nous ce qu'il faut qu'on fasse c'est travailler avec la famille, avec l'origine de ce symptôme. Donc en fait on passait par là. Du coup on a eu plusieurs entretiens et plusieurs suivis par rapport à ça. Mais c'était déjà la question de la reconnaissance et de savoir si oui ou non il fallait porter plainte, ce qui est déjà très très compliqué puisqu'en fait elle c'était dans l'enfance mais ça avait conditionné toute sa vie jusqu'au choix de son partenaire. Et du coup ça remet toute la vie en question de se dire « mais est-ce que j'ai choisi ce partenaire là parce que j'ai voulu me protéger, ou est-ce que je l'ai choisi vraiment parce que je l'aimais et que je voulais construire quelque chose avec ». Et donc c'était très compliqué pour elle de faire ces mouvements-là. Après on avait une adolescente qui avait été violée par un camarade de classe et elle c'était particulier parce qu'en fait elle avait une autre culture. Donc déjà avoir un acte sexuel hors mariage c'était compliqué, donc avouer qu'elle avait eu des rapports et qu'en plus de ça c'était un viol c'était encore autre chose.

MOI :

D'accord. Et est-ce que parmi ces femmes qui vous ont rapporté ce genre de choses vous savez si elles avaient des prises en charge parallèles, médicamenteuse ou autre ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Alors, la jeune fille non. Mais par contre elle avait un suivi psychologique constant parce qu'elle avait des sautes d'humeur, des difficultés de concentration énormes. Elle ne supportait pas qu'on l'approche, elle était très virulente avec les autres, et c'est ça qui a un peu fait tilter l'école et fait tilter son entourage familial. Parce qu'elle était issue d'une culture magrébine où les femmes en fait n'ont pas l'autorisation de se révolter comme ça. Donc ils se sont dit qu'il y avait quelque chose. La maman je crois qu'elle avait des antidépresseurs depuis très longtemps mais à très petite dose. En fait quand

elle en parlait c'était plus parce qu'elle avait des insomnies et que ça l'aidait pour dormir. Elle ne l'associait pas au fait d'avoir été agressée.

MOI :

D'accord, ok. Alors du coup si là, demain, vous receviez dans un cabinet libéral une femme qui venait vous parler de ce type de problématique quels seraient vos principaux axes de travail, les choses auxquelles vous seriez particulièrement attentive d'un point de vue symptomatologique ?

PSYCHOLOGUE/Psychomotricien 3 :

C'est là que je me dis qu'en fait maintenant je ne vois plus du tout la même chose depuis que j'ai ma formation de psychomot. Parce-qu'avant le fait qu'elle avait des insomnies etc je le prenais en compte parce que je me disais que ça pouvait rentrer dans le stress post-traumatique et les émotions qu'elle traînait derrière elle, mais je pense que je serai finalement plus attentive aux signes corporels. Parce-que j'ai l'impression que c'est par ça qu'émanent les premières consultations. En CMP on était plus d'orientation psychanalytique et on se disait que l'agressivité de son enfant c'était peut-être une agressivité qu'elle-même n'arrivait pas à exprimer finalement par rapport à tout ça. Et on s'est demandé si elle n'avait pas refoulé tout ça. Et du coup c'était une maman qui était quand même très maigre. On voyait qu'elle était quand même dans un contrôle, très équilibrée en tout cas par rapport à son enfant, pas de déni, pas d'enfant idéalisé, rien de tout ça. Mais finalement elle a caché quelque chose d'autre qui n'était pas conscient en tout cas à cette époque-là. Mais en fait il y a les personnes qui peuvent en parler en termes de CMP, cabinet libéral et tout ça, et là forcément je serais attentive à tout ce qui est lapsus. Parce que nous c'est comme ça en fait que la maman a pu nous livrer quelque chose : on a rebondi sur des lapsus. Et je pense que si mon maître de stage à ce moment-là n'avait pas été dans cette dynamique-là cette maman aurait pu encore très longtemps ne jamais avoir l'espace ouvert pour pouvoir dire « et bien oui j'ai été agressée et moi-même victime ». Je pense peut-être qu'il y a besoin de médicaments pour certaines choses dont on ne comprend pas l'origine parce-qu'effectivement ces insomnies elle les expliquait : « Voilà j'ai toujours été un peu nerveuse ». Oui enfin il y a nerveux et nerveux. De là à avoir des insomnies et besoin d'un traitement médicamenteux antidépresseur ce n'est quand même pas une simple nervosité.

MOI :

Oui, après des objectifs dans le sens quand vous voyez une personne arriver et que vous savez qu'elle a telle problématique, vers quoi vous voulez l'amener ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et bien moi je veux l'amener vers rien en fait. Et surtout avec cette population-là. Et pour le coup que les patientes soit déficientes ou non déficientes j'ai l'impression que justement il ne faut les amener vers rien, et qu'il faut être totalement ouvert, empathique, disponible, et que peut-être par cette écoute très empathique dans le discours mais aussi dans les signaux corporels, c'est là qu'en fait je pense qu'il y a des choses qui sortent. Parce-que je me dis que les amener vers quelque chose ça veut dire que c'est moi qui donne la direction de la prise en charge. Mais si elles ne sont pas prêtes et si elles sont encore défensives par rapport à ça c'est qu'elles ne sont pas capables psychiquement de pouvoir gérer le traumatisme qui a été subi. Il y a quand même tout ça. Après le fait de pouvoir dire les choses est un pas énorme et je pense qu'il y a eu plusieurs séances pour qu'elle puisse le dire, que ça revienne au conscient quand même. Et puis il y a après qu'est-ce que je fais avec ça une fois que je rentre chez moi, est-ce que je reviens vers ce thérapeute-là, parce que maintenant et bien il sait.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et du coup il mettent face à nous un pan de leur vie qui fait que le regard peut changer. Et c'est en ça où moi je me dis que justement c'est notre rôle de ne rien attendre et de ne pas vouloir les amener vers quelque chose mais de voir jusqu'où ils peuvent aller et les accompagner vers ça.

MOI :

D'accord, ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Parce qu'après c'est vrai que sur ça moi je suis très précautionneuse parce que c'est quand même quelque chose qui chamboule tout l'être. Quand ça revient trop vite au conscient, quand on n'a pas les défenses pour pouvoir gérer ça, quand le thérapeute va emmener quelqu'un dans une direction, on peut aussi fragiliser psychologiquement les personnes. Et c'est très vite arrivé de vouloir aller à l'extrême, de vouloir se faire mal ou de vouloir faire une tentative de suicide. Parce que finalement on a chamboulé toute sa vie par rapport à ça. Donc c'est pour ça que je reste plus dans une position de disponibilité plus que vers quoi je vais l'emmener.

MOI :

D'accord. Et à quoi vous pourriez être attentive dans une prise en charge spécifiquement d'une femme victime d'abus sexuel ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et bien déjà le fait d'attendre que le consentement soit là en termes de prise en charge. Parce-que que ce soit dans une prise en charge corporelle ou psychologique ou les deux liés, parce-que moi si je prends un cabinet libéral je pars du principe que ça serait une prise en charge psycho/psychomot, ce sont des personnes qui n'ont pas donné leur consentement et qui ont été agressées. Je pense que quand on va retravailler les choses comme ça elles peuvent très vite se ressentir agresser. Donc c'est pour ça que finalement il faut respecter ces limites-là et ne rien attendre d'elles, et voir jusqu'où elles s'ouvrent et jusqu'où elles autorisent à ce qu'on aille. Je pense que ça c'est la plus importante des choses, c'est de recréer un cadre sécurisant, un endroit où tu peux te livrer et où ça peut se reconstruire en confiance. Pour moi ce sont les bases. Et je pense à la jeune fille qui avait été agressée, c'était une déficiente intellectuelle qui a été agressée en hospitalisation. C'était une jeune fille qui était dans le mouvement constamment, constamment, constamment. Elle ne se posait jamais, on ne pouvait pas la toucher, on pouvait pas l'approcher. Et en fait tout le monde mettait ça sur le dos de son autisme et du besoin d'être stimulée dans le vestibulaire. Sauf que je pense aussi qu'il y avait cette dimension-là mais elle avait aussi pris cette habitude de constamment bouger parce qu'elle ne supportait pas d'être coincée dans des endroits.

MOI :

D'accord oui.

PSYCHOLOGUE/Psychomotricien 3 :

Alors est-ce que c'était lié ça je ne peux pas le dire, est-ce qu'elle le faisait avant ou pas je ne sais pas. Mais en tout cas c'était une personne qui ne se posait jamais, jamais, jamais. La nuit elle se réveillait pour pouvoir bouger. Elle avait des moments où elle s'endormait à peine qu'elle se réveillait pour pouvoir bouger. Donc c'est quand même extrême. Et petit à petit et c'est là où je me dis que c'est fou, il y avait une éducatrice et moi, parce qu'on n'attendait absolument rien d'elle et qu'on ne lui demandait rien, juste d'être présente, et bien en fait elle venait vers nous poser sa tête sur nos genoux et nous demandait par exemple des caresses dans les cheveux. Et moi j'avais l'impression de retrouver une petite fille en fait à ce moment-là. Elle était très grande, elle faisait 1m80 et elle se mettait en position fœtale. Alors oui il y a tout le pan de psychomot sensoriel dans tout ce qui se passe et en même temps il y a quelque chose de la position fœtale qui est très rassurant car il crée un enveloppement et quelque chose de sécurisant. Et je pense que c'est important d'être là-dedans.

MOI :

D'accord, oui. Donc ça me permet de rebondir un peu du coup, est-ce que par rapport à l'enveloppe vous allez pouvoir remarquer des choses, mais aussi sur l'image du corps, la confiance et l'estime de soi, le tonus, la dissociation corps-esprit, tout ça est-ce que vous allez pouvoir repérer des choses et est-ce que ça peut vous donner des indices aussi sur l'évolution de la prise en charge ?

PSYCHOLOGUE/Psychomotricien 3 :

Des indices, oui. Alors pour le coup je ne peux que parler des personnes déficientes intellectuelles parce que je les ai eues en prise en charge. Et en fait à ce moment-là on n'avait pas de psychomotricien donc c'était avec cette éducatrice qui était très branchée relaxation donc on combinait les deux. Et c'était aussi avec cette éducatrice que je me suis dit et bien moi il faut que je reprenne la psychomotricité parce-que ça ne va pas il manque tout un pan. Et c'est vrai que pour les personnes en CMP, autant la jeune fille que la maman, c'étaient des personnes qui étaient très souvent couvertes, qu'il fasse chaud ou froid, avec des longues manches etc. Et je sais que la maman on

disait « et bien oui mais en même temps elle est très maigre donc son corps a besoin de chaleur ». Mais je me disais elle est maigre parce qu'elle a besoin de chaleur ou elle a besoin de chaleur parce qu'elle est maigre ? Est-ce qu'il y a quelque chose qui la ronge, parce-qu'elle est dans l'hyper contrôle. Est-ce qu'elle se couvre parce-qu'elle a froid ou est-ce qu'elle se couvre finalement parce que l'enveloppe corporelle, enfin je me le dis maintenant parce-qu'à ce moment-là je ne pouvais pas mettre ces mots dessus, est-ce qu'elle se couvre parce-que justement elle a besoin d'une deuxième couche pour la protéger ? Alors c'était particulier parce-qu'en fait cette maman on suspectait son enfant d'être autiste, et du coup c'était une maman qui disait qu'elle était pas très câlin mais qu'elle essayait. Donc du coup c'était quelque chose dans la famille. Donc il y avait plein de choses comme ça où en fait les personnes se disaient « et bien oui il y a de l'autisme donc le contact corporel c'est compliqué ». Mais après quand on a appris ça on s'est dit mais peut-être que le contact corporel est difficile parce-qu'il y a eu ça justement, parce que la maman s'est construite par rapport à ça. Et c'est en ça où c'était un peu complexe. L'autre jeune fille et bien oui l'enveloppe était en plus liée à une question de culture. L'enveloppe n'était pas du tout la même par rapport à ça, le lien au corps n'était pas du tout le même, le fait de se montrer c'était compliqué. On sentait qu'elle était dans un délire un peu d'émancipation et en même temps il lui est arrivé quelque chose. Donc peut-être que le fait de s'émanciper montrait qu'il ne fallait pas parce que c'était dangereux. Donc c'était compliqué pour elle. Après alors dans les patientes déficientes intellectuelles donc il y avait cette jeune fille avec qui on a travaillé qui du coup a accepté de se poser avec moi et avec l'éducatrice. Donc déjà ça c'était énorme. Il y avait toujours du mouvement mais moins. Par exemple, ils laissaient les portes ouvertes des chambres. Et petit à petit on se dit « mais en fait il faut peut-être fermer les portes pour lui faire comprendre qu'on ne peut pas rentrer dans sa chambre la nuit et que c'est sécurisé ». Donc ce qu'on a demandé c'était de mettre un judas sur sa porte pour qu'il n'y ait pas d'intrusion et que quand on veut rentrer on toque, et qu'on puisse observer quand elle a des moments à elle mais surtout qu'on respecte cette sphère intime là. Parce qu'en fait elle était en train de rentrer dans la sexualité donc elle se masturbait beaucoup, mais c'était très violent parce qu'elle se mettait des objets dans le vagin, et surtout des objets tranchants. Il y avait quelque chose de choquant dans tout ce qu'elle faisait. Et c'est vrai que cette éducatrice-là elle a fait un travail fou avec la relaxation et avec tous les aspects sensoriels parce-que petit à petit elle était rentrée dans une sexualité avec de la

masturbation mais qui n'allait plus à l'extrême. Et je pense que tout ce qu'on avait mis en place, de fermer la porte, de toquer avant d'entrer pour respecter l'intimité, pareil à la douche la porte est fermée ou elle est entrouverte quand l'éducateur vient avec car si tu veux partir tu peux partir tu n'es jamais enfermée seule dans une pièce avec quelqu'un. Tu te laves mais c'est toi qui te laves, ou alors si tu veux que moi je t'aide tu fais un geste de la main, etc. Tout ça en fait on lui a appris. Et c'est une jeune fille qui a été moins dans le mouvement et qui après a réussi à passer des nuits sans se lever et sans se réveiller. C'était un gros travail ça parce que c'était épuisant pour tout le monde et pour elle aussi. Et c'est vrai qu'elle était très grande mais elle était toujours courbée. Et sur la fin quand je suis partie elle commençait à se redresser. Alors à l'époque je ne savais pas ce que c'était le tonus mais voilà, après quand j'ai fait mes études de psychomot je me disais « mais oui en fait c'est tellement évident ». Elle n'avait plus en fait cette position de recroquevillement tout le temps mais elle se l'autorisait en séance de relaxation dans nos bras. Mais elle ne l'avait plus au quotidien dans ses déplacements. Après la dissociation corps-esprit chez eux on ne pouvait pas trop trop la voir on voyait plus de choses en termes d'enveloppe et de tonus. L'autre personne ça avait été beaucoup plus compliqué parce-que c'était une personne qui n'avait pas de famille, qui avait été abandonnée, qui était sous tutelle et qui n'avait pas de visite. Et en fait son éducateur lui proposait beaucoup de choses mais elle n'arrivait pas à s'en saisir et elle s'est fermée. Je n'ai pas eu le temps de voir en fait le travail qui a été fait avec elle, et je ne sais pas si on aurait pu le lier à cet événement-là ou pas.

MOI :

D'accord, ok. Et souvent dans la clinique autour du trauma sexuel on parle des TCC, on parle de l'EMDR, on parle de la méditation pleine conscience, de l'hypnose, de tout ça, est-ce que vous pensez qu'il y a des techniques qui seraient plus favorables que d'autres ?

PSYCHOLOGUE/Psychomotricien 3 :

Non après je pense que ça dépend de comment ça se pratique. Quand j'étais en CMP j'étais totalement contre l'EMDR je me disais « mais comment on peut faire revenir au conscient un traumatisme alors qu'on ne sait pas si la personne est prête à pouvoir le travailler et à pouvoir le gérer ». Alors c'était une autre femme mais elle on l'avait vue

une fois, et en fait elle n'était pas revenue. Et elle était venue parce qu'elle avait fait une séance d'EMDR, une ou plusieurs, et en fait quelque chose était revenu d'un abus sexuel dans l'enfance par un voisin. Mais elle n'avait pas du tout pu le gérer. Donc elle était dans un état dépressif extrême. Et en fait c'était son petit garçon qui frappait tout le monde autour de lui. Et là on s'était dit « bah en fait c'est peut-être pas étonnant si ce petit garçon et comme ça vu l'état de sa maman ». Et moi j'avais cet exemple-là mais en fait je ne connaissais pas l'EMDR. Mais je pense aujourd'hui que l'EMDR utilisé dans un suivi, quand il y a déjà une relation thérapeutique qui est bien établie, quand il y a déjà des prémices de petites choses et qu'on a déjà une relation de confiance, on peut proposer mais avec aussi un suivi derrière pour travailler et pour ne pas laisser la personne avec ce traumatisme-là sans défense par rapport à ça.

MOI :

Ok.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et c'est pareil pour les autres méthodes, je pense que si c'est bien fait, dans le cadre d'un suivi, et bien oui. Parce-que je pense que c'est propre à chacun et que chaque méthode peut convenir à quelqu'un dans le cadre de l'individualité. Mais pour moi c'est impératif qu'il faut que la personne ne sois pas laissée après dans son environnement toute seule. Il faut qu'il puisse y avoir plusieurs retours et que ce soit élaboré.

MOI :

D'accord. Donc pour vous c'est une technique intéressante mais pour l'utiliser il faut que ce soit par le thérapeute qui a le suivi de la patiente ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Oui, ou un autre thérapeute tel que celui-ci fasse une continuité et pas seulement deux trois séances d'EMDR. Parce que je pense que ce n'est pas forcément le thérapeute de base, parce que je pense qu'il y a des choses qu'on peut dire à un thérapeute et faire un travail et que des fois il faut pouvoir changer de thérapeute pour pouvoir faire un autre travail.

MOL :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et effectivement si la personne n'est pas forcément formée déjà à l'EMDR mais peut-être qu'on a dit certaines choses à un premier thérapeute et qu'on ne va pas pouvoir aller plus loin. On est un peu dans la psychanalyse mais il y a cette idée que le thérapeute représente un peu « l'objet à... » et il y a quelque chose qui complète. Et finalement et bien il fallait peut-être faire ce premier travail avec un premier thérapeute pour pouvoir amorcer le deuxième avec un autre.

MOL :

D'accord mais du coup ce que vous dites c'est que pour aller faire par exemple de l'EMDR ou une technique comme ça il faut avoir à la conscience ce qui a fait traumatisme ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Non pas forcément. Mais souvent en thérapie il y a un moment donné où on n'avance pas et on se dit « mais il y a quelque chose ». Et c'est vraiment l'intuition clinique qui est là où on se dit « mais je ne comprends pas il n'y a pas de cohérence ». On sent qu'il y a quelque chose qui est latent mais qui ne sort pas, qui n'émerge pas. Et parfois il faut laisser du temps parce-que ça chemine, parce que les défenses sont bien placées et que ce n'est pas pour rien qu'elle sont placées ainsi. Et donc du coup il faut qu'elle puisse les affaiblir un petit peu pour pouvoir faire émerger les choses. Et parfois en fait ce n'est pas avec le premier thérapeute que cette chose peut émerger, c'est peut-être qu'il va falloir recommencer un travail avec un autre thérapeute ou une autre technique, et se dire qu'on a peut-être eu un thérapeute plus analytique, qu'on a fait un travail mais qu'on est arrivé au bout de ce travail, et de commencer peut-être autre chose avec une TTC et que ça ça va amorcer un autre travail, et que peut-être le traumatisme peut émerger. Mais je suis contre les thérapies brèves dans le sens où on fait trois séances, la chose émerge et on fait encore une séance pour débriefer et c'est fini. Je trouve que sur des traumatismes comme ça les répercussions arrivent bien après parfois parce-que notre cerveau est bien fait et que les défenses elles reviennent vite dès qu'on est dans des moments de faiblesse. Donc c'est ça, moi, qui

me dérange plus dans comment certains peuvent pratiquer. Je pense qu'il faut toujours avoir cette vigilance de sécurité parce que ce sont des personnes qui ont été agressées et qui ont été laissées avec cette agression comme ça, devant se débrouiller par elles-mêmes. Et donc j'ai l'impression que parfois quand on fait ça et bien on fait émerger la chose et on les re-laisse avec ça, comme si c'était une deuxième agression en fait. Et je pense que ce sentiment de sécurité et de soutien il est essentiel et qu'il faut absolument qu'on ne rejoue pas cette problématique de sentiment agressif et de l'abandon.

MOI :

D'accord. Et est-ce que vous pensez ou est-ce que vous connaissez d'autres médiations qui pourraient être intéressantes ou efficaces pour les femmes victimes d'abus sexuels ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Alors à par ce que vous venez de citer, non. Je ne me suis pas plus renseignée que ça sur le sujet.

MOI :

Est-ce que vous pensez que la relaxation par exemple pourrait être une indication intéressante pour ses femmes ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Je pense que pour pouvoir se reconnecter avec leur corps, oui. Parce que c'est un corps qui a été meurtri. Moi ce que je retenais souvent c'est que, que ce soit dans la déficience intellectuelle ou avec les multi pathologies associées, ou que ce soit avec des personnes qui n'ont pas de pathologie, leur corps était un corps douleur. C'était impressionnant. Elles étaient hyper vigilantes avec elles-mêmes, avec leur corps, elles avaient une rigueur et un contrôle impressionnant. Et en fait je pense que apprendre un nouvel équilibre ça peut être très très angoissant. Parce que justement de devoir lâcher prise c'est pas simple, et de réapprendre à aimer son corps, et de prendre soin de son corps, ça c'est quelque chose qui pour moi est essentiel. Parce que je pense que déjà dans la société on a tendance à torturer notre corps constamment et à ne pas se rendre compte que c'est quand même lui qui nous supporte dans tout ce qu'on

fait. Et en fait encore plus chez ces femmes qui ont été touchées au plus profond d'elles-mêmes. Après je pense qu'il y a certaines femmes qui ne sont pas prêtes parce que ça demande quand même un lâcher prise et une confiance qui se travaille sur du long terme.

MOI :

D'accord, ok. Est-ce que pour vous dans une prise en charge psychologique est-ce que le corps de ces femmes serait mobilisé ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Alors on peut, ça dépend du thérapeute. Je sais que moi mon tuteur ne se sentait pas à l'aise étant déjà un homme. Donc voilà souvent ce sont quand même des femmes qui sont agressées par des hommes. Les femmes peuvent se faire agresser par des femmes aussi mais c'est plus rare, mais ça existe. C'est pour ça aussi qu'il prenait toujours une stagiaire fille, parce-qu'il savait qu'il y avait des problématiques comme ça qui pouvaient revenir. Mais donc il renvoyait vers la psychomotricienne de l'établissement. Mais je sais qu'en CMP adultes il y avait une psychologue qui était formée à la relaxation justement, qui était formée au psychodrame. Voilà il y avait plein de petites médiations comme ça, et elle avait cette approche-là qui était très intéressante et qui je pense est nécessaire. Après je pense qu'effectivement on a notre regard en étant psychologue ou psychomotricienne. Moi j'avais longtemps hésité à me dire « est-ce que je ne me formerais pas simplement à la relaxation, pourquoi reprendre complètement un cursus sur 3 ans ». Après moi je voulais voir tout le panel. Je pense qu'il y avait un besoin de compléter et de voir tous les aspects. Mais ce que je vois c'est qu'il y a certaines personnes pour qui se confier à un psychologue c'est compliqué et se confier à une psychomot c'est pas du tout compliqué. Et il y a d'autres personnes pour qui se faire toucher par une psychomot c'est compliqué mais se faire toucher par une psychologue c'est pas du tout compliqué. Donc il y a aussi ce qu'on renvoie derrière et donc pourquoi pas que le corps soit mobilisé justement.

MOI :

Alors après c'était pas tellement est-ce que le psychologue va mobiliser le corps mais plutôt est-ce que le corps lui-même va se mobiliser pendant les séances ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Ah oui et bien ça c'est quand on est attentif aux petits signes. Ah mais oui il y a ce petit signe qui au moment de l'annonce on voit la personne où le regard va peut-être être fuyant parce que c'est compliqué d'être sous le regard d'une personne et d'avouer ça. La tête va commencer à se baisser, les épaules commencent à se baisser aussi, la personne se recroqueville un peu et se met dans une position un peu diminuée, où on sent qu'il y a des mouvements de mains, la voix qui bégaye, la tête qui tourne. On sent qu'il y a quelque chose qui émerge. Il y a des personnes pour qui on voit les larmes qui commencent à venir et c'est là qu'on sort, que ça revient au conscient, qu'il y a quelque chose et qu'on est entre guillemets sur le bon truc. Ce qu'on a touché ça fait écho et ça a touché quelque chose. Et c'est là où je trouve qu'il est important d'être dans une écoute empathique totale et de ne pas amener la personne quelque part, de ne pas couper la personne, et où le silence est de rigueur même si parfois c'est compliqué. Et maintenant je le comprends mais on est dans un dialogue tonico-émotionnel, on sent la tension palpable du patient et si on le coupe par un discours il repart dans quelque chose de cognitif et ça permet de fuir. Alors que si on est là avec un regard attentif à ces mouvements corporels sans incitation à se livrer et bien je pense que ça permet de faire émerger des choses. Mais ça c'est dans la relation avec le patient.

MOI :

Oui. Et est-ce que vous pensez que du coup pour ces femmes victimes d'abus sexuels c'est important de prendre un compte le corps dans la prise en charge de façon générale ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Oui, bien sûr c'est l'essentiel, c'est l'essentiel. Parce que ce sont des personnes qui de toute façon ont été nié psychologiquement et dans leur personnalité. Elles n'ont été qu'un corps objet qui a assouvi un besoin primaire d'une personne qui les a agressées. Donc justement cette reconnexion du psychisme au corps, et de cette unité entre le corps et l'esprit, et de se dire que oui l'esprit est torturé par ce qui lui est arrivé et en plus je torture le corps, mais il faut pouvoir apaiser ça et pour moi c'est essentiel. Et la reconnexion est importante parce-qu'il y a souvent cette description de « je me voyais d'en haut, je ne l'ai pas vécu, j'étais un pantin ». Elles se sont dépersonnalisées

complètement ce qui finalement est très protecteur en termes d'agression. Mais après pouvoir reprendre possession de ce corps-là qui finalement n'était pas le sien parce que ce n'est plus le même, il a été meurtri, et bien c'est compliqué. Et je pense que justement pour moi c'est primordial. Vraiment c'est important d'y être attentif et que si on y va et qu'on est que sur un versant psychologique et qu'on nie le corps ou qu'on est dans le corporel et qu'on nie le psychisme, on est à côté de la plaque et on les morcelle.

MOI :

Oui on les clive encore plus finalement.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Oui on les clive exactement.

MOI :

D'accord. Et quelles seraient pour vous les indications pour une prise en charge corporelle ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et bien j'ai envie de dire que déjà rien que le fait que ce soit une personne qui a été agressée sexuellement, c'est une indication. Après c'est plutôt de se demander à quelle étape la personne en est dans le travail. J'ai envie de dire que certaines personnes vont passer par le corps avant de passer par le travail psychique, parce que pour elles le corps sera moins compliqué, parce-qu'il n'y a pas besoin d'intellectualiser. C'est parfois plus simple d'être dans l'action que dans la réflexion. Après on ne va peut-être pas passer par de la relaxation tout de suite, mais en tout cas remettre le corps en mouvement mais dans une action plaisir. Et en même temps il y a d'autres personnes qui vont préférer commencer par un travail psychique avant de passer par le corporel, parce que justement comme c'est concret c'est peut-être trop agressif, trop intrusif, et ils ont besoin d'élaborer avant.

MOI :

D'accord, ok. Et est-ce qu'à l'inverse il y aurait des contre-indications pour vous pour un travail corporel ?

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Et bien justement le fait que la personne ne soit pas encore en confiance et sentir le travail corporel comme intrusif. Je pense qu'on peut proposer, dire que c'est à disposition et la personne dispose. Et on est toujours dans le consentement encore dans ce travail, de dire « mais vous avez le choix, vous n'avez pas pu dire non au moment de l'agression mais là vous pouvez dire non et vous serez entendu ». Et je pense que ça c'est aussi un travail dans la thérapie, de faire en sorte que les femmes qui ont été victimes de violences sexuelles puissent dire non dans la thérapie.

MOI :

Oui.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Il y a déjà tout un pan à faire.

MOI :

D'accord, ok. Et bien écoutez je vous ai posé toutes mes questions, je vous remercie beaucoup d'y avoir répondu.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

Avec plaisir, c'était très intéressant.

MOI :

Tant mieux alors, je vous souhaite une belle soirée.

PSYCHOLOGUE/PSYCHOMOTRICIEN 3 :

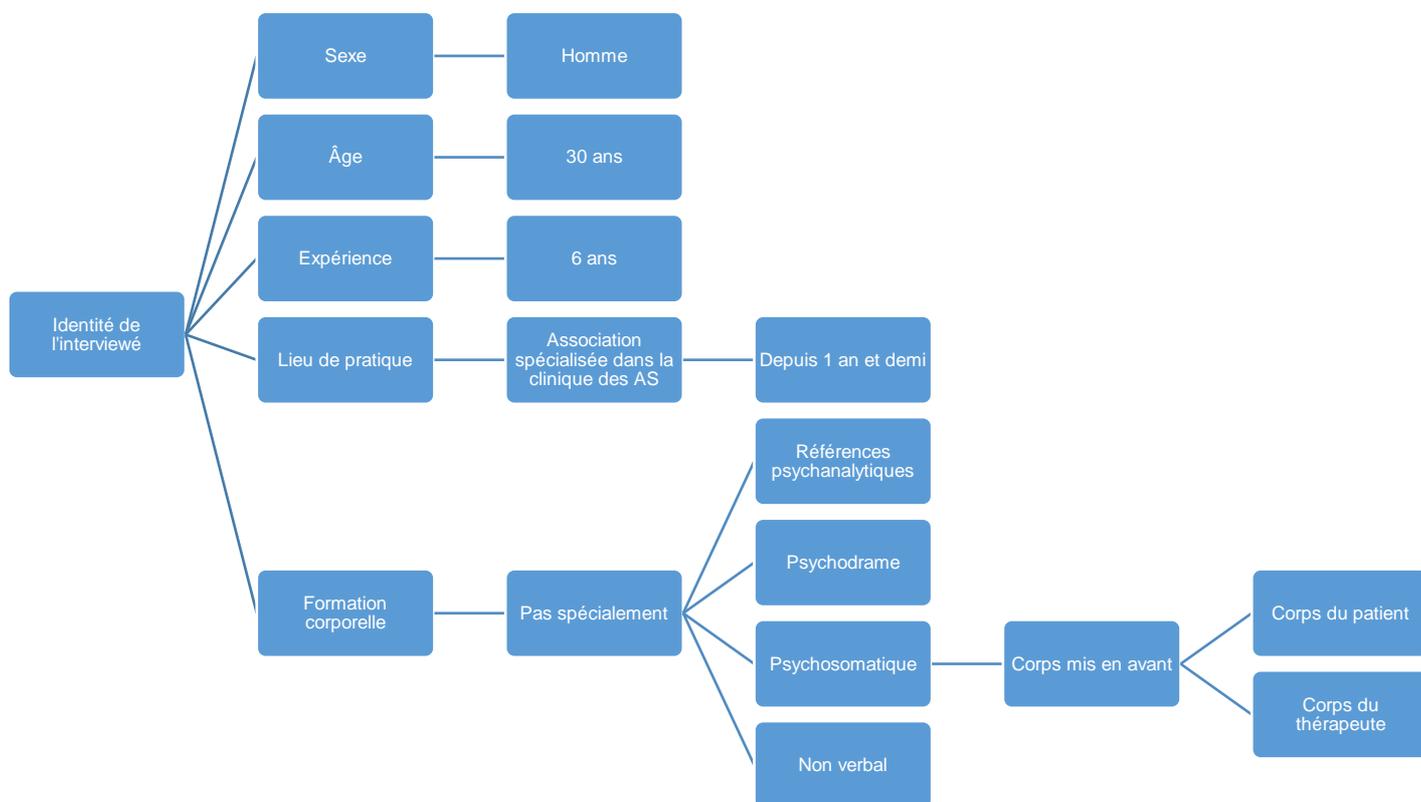
Merci, bonne soirée, au revoir.

MOI :

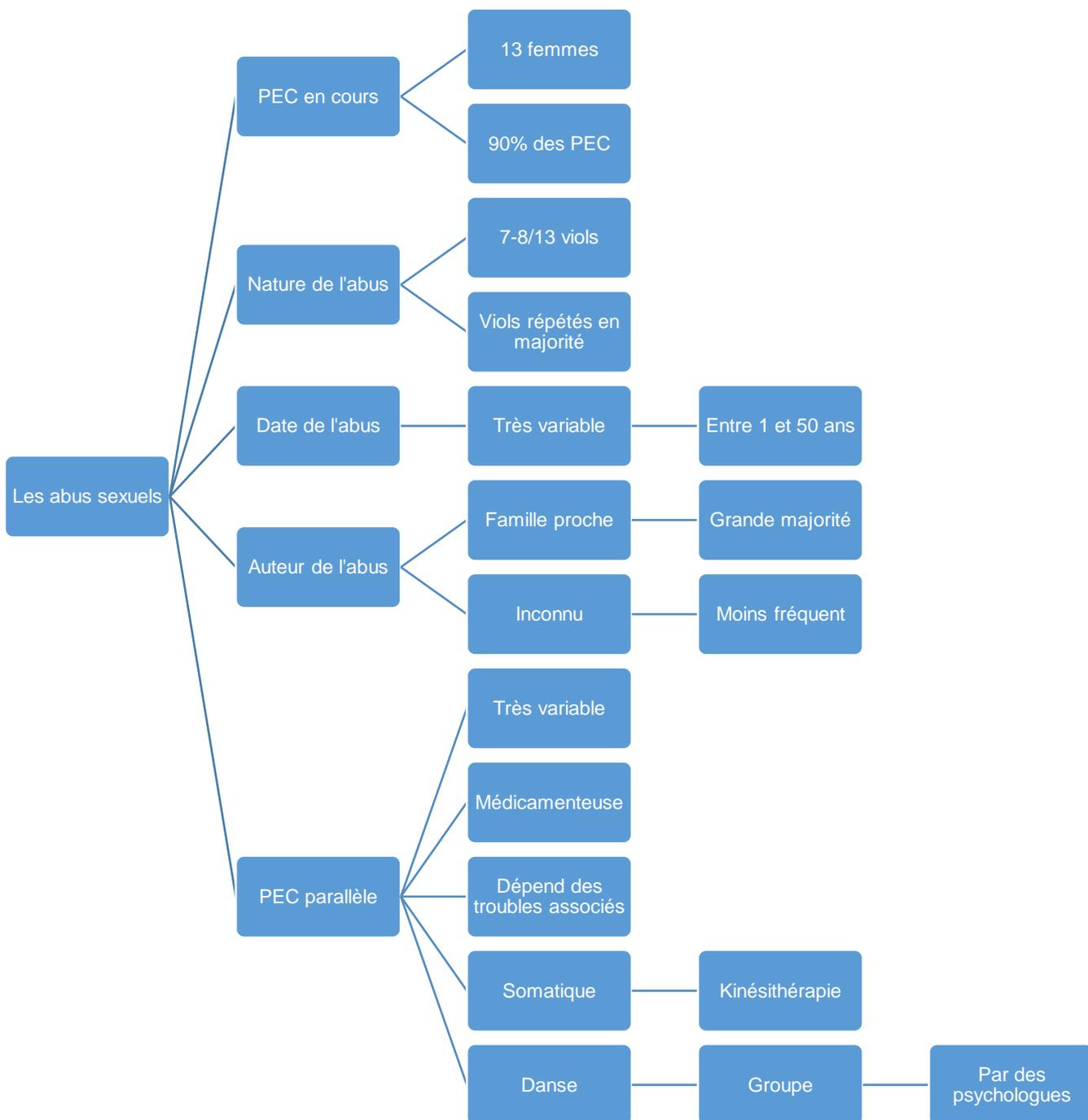
Au revoir.

## Annexe n°10 : Arbres thématiques du psychologue 1

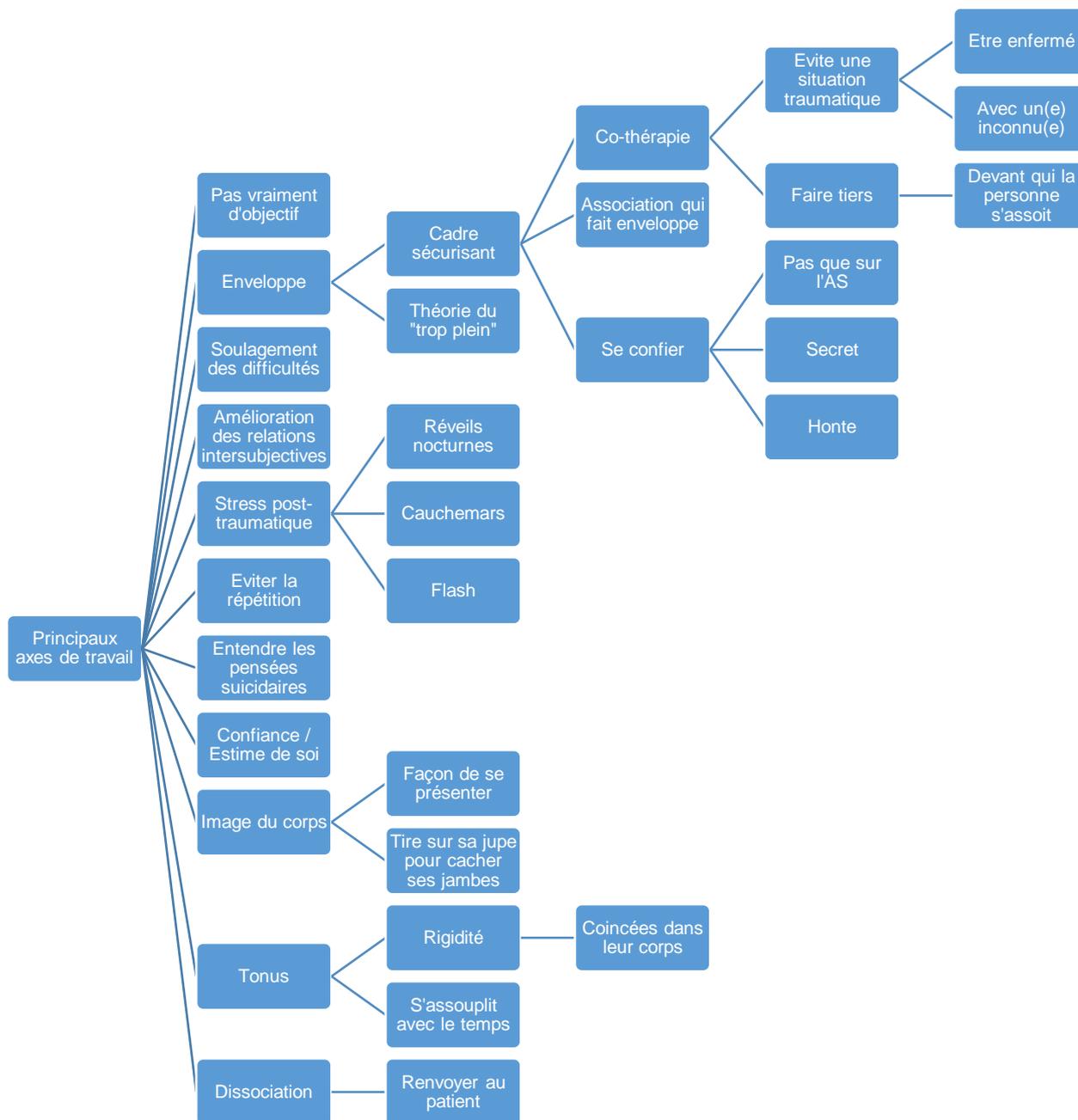
### Annexe 10.1 : Identité de l'interviewé



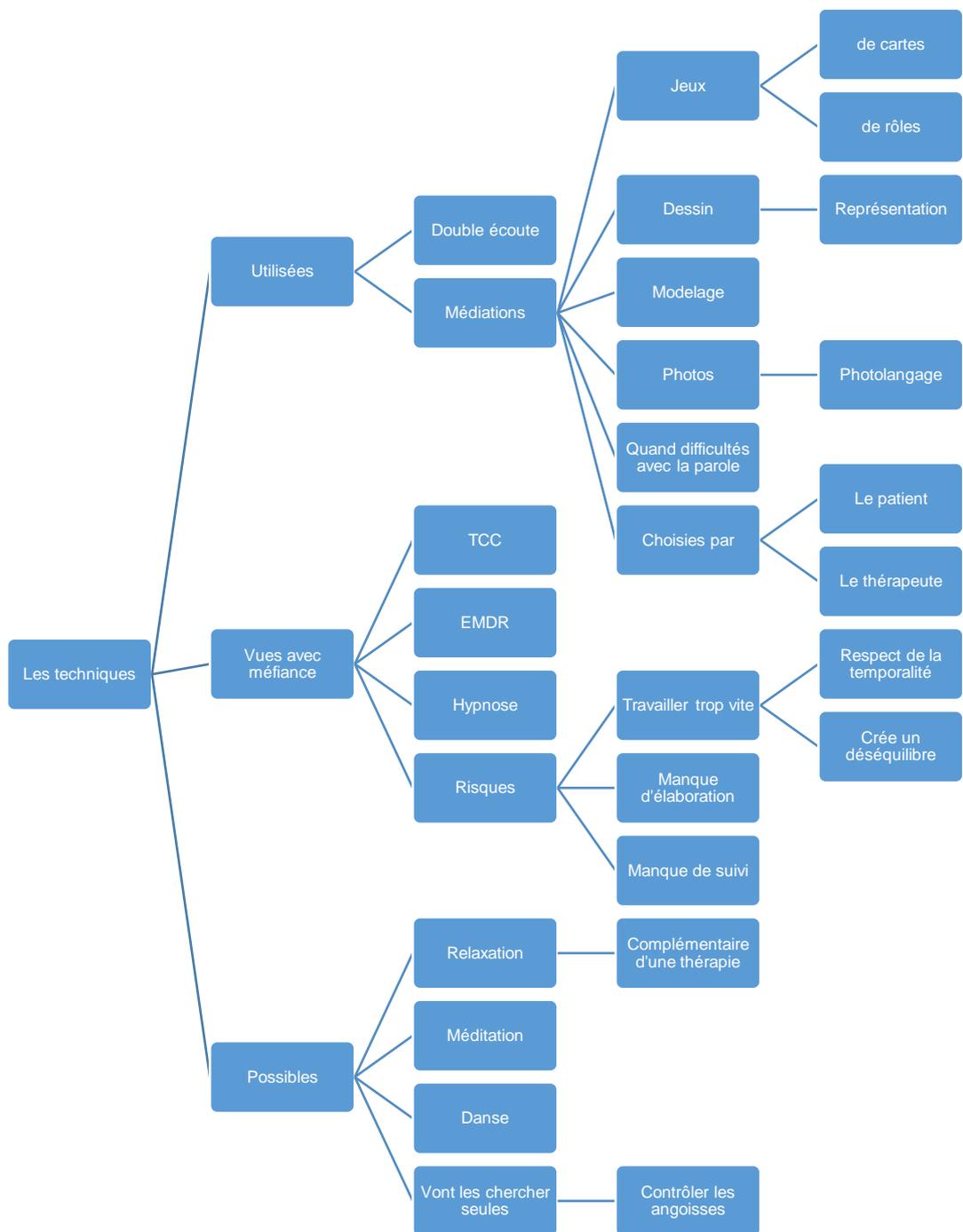
## Annexe 10.2 : Les abus sexuels



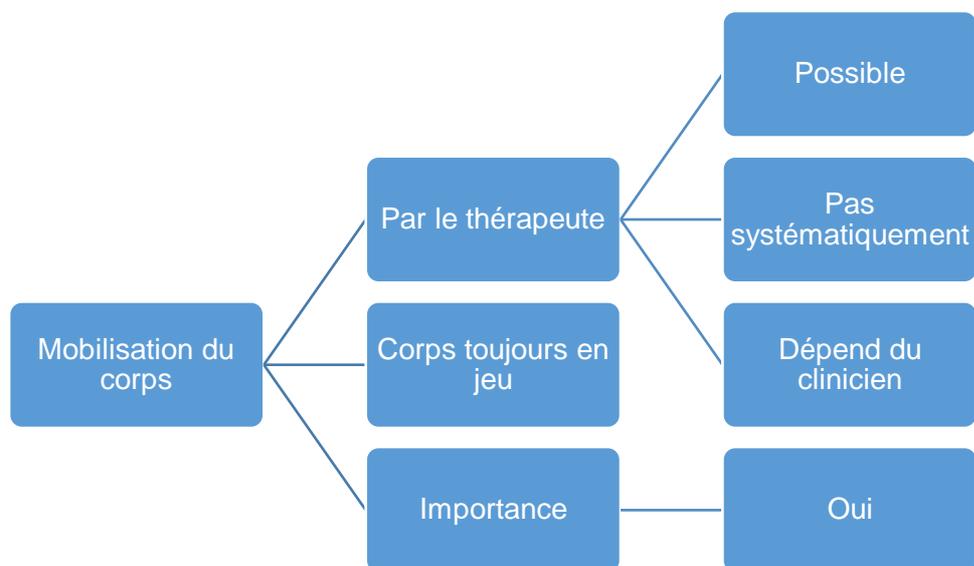
## Annexe 10.3 : Les principaux axes de travail



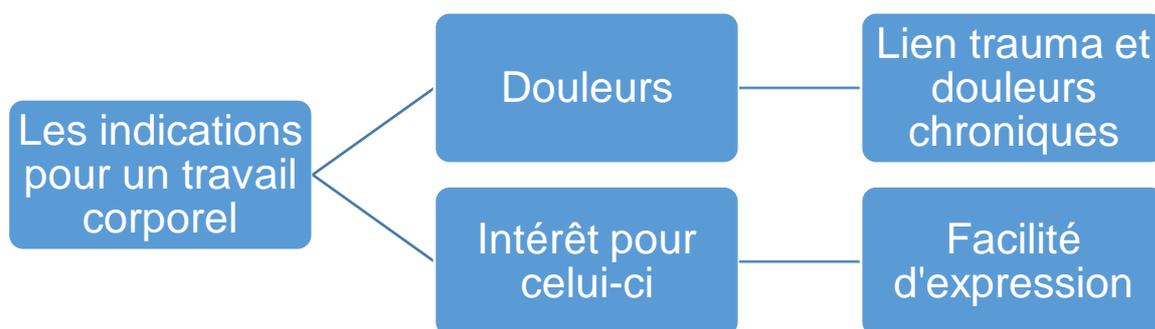
## Annexe 10.4 : Les techniques



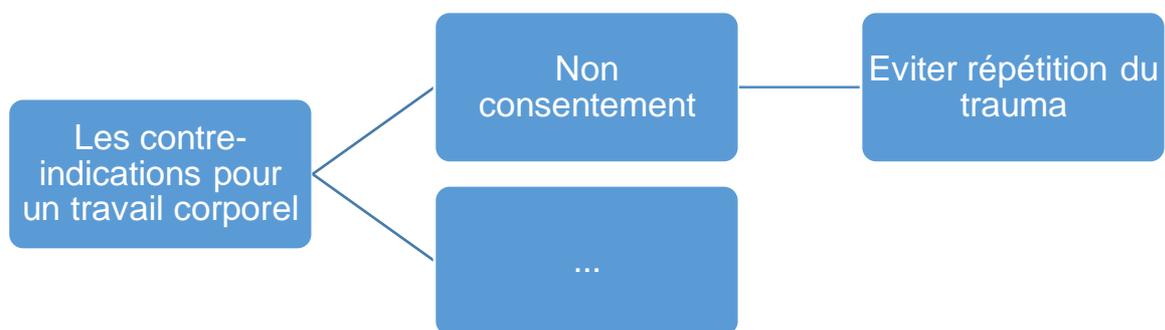
## Annexe 10.5 : La mobilisation du corps



## Annexe 10.6 : Les indications

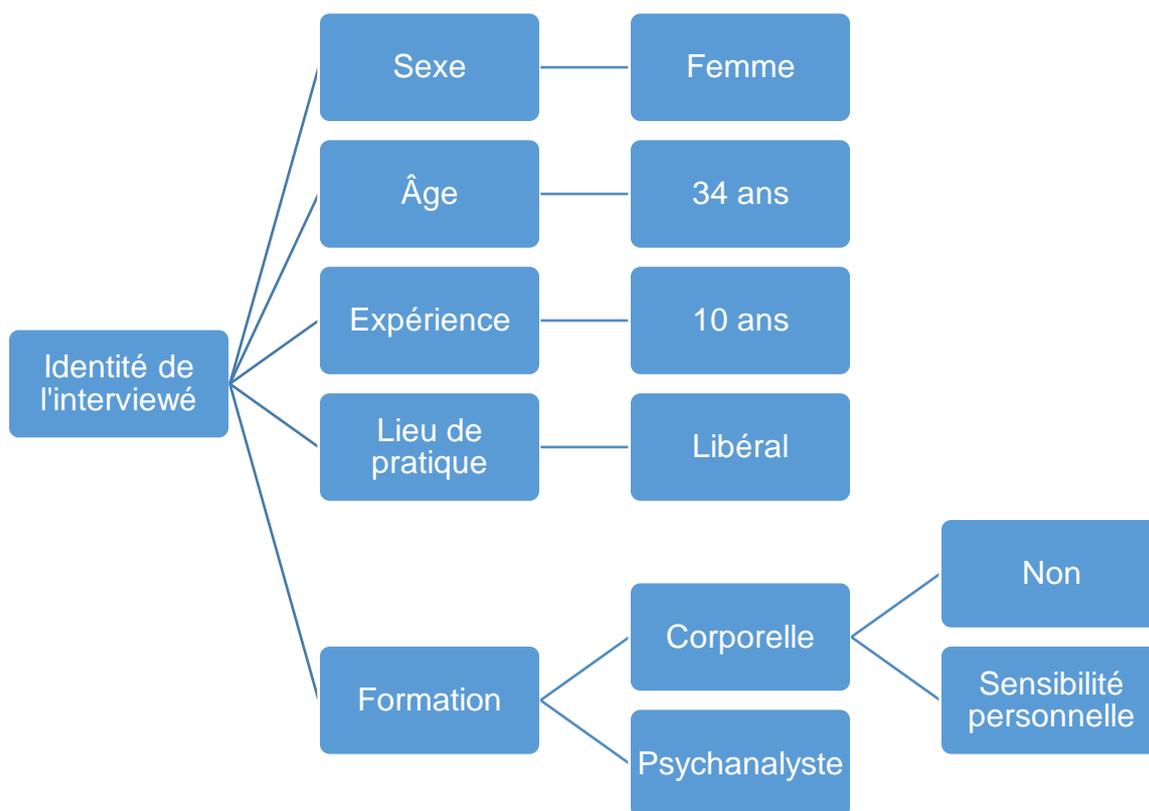


## Annexe 10.7 : Les contre-indications

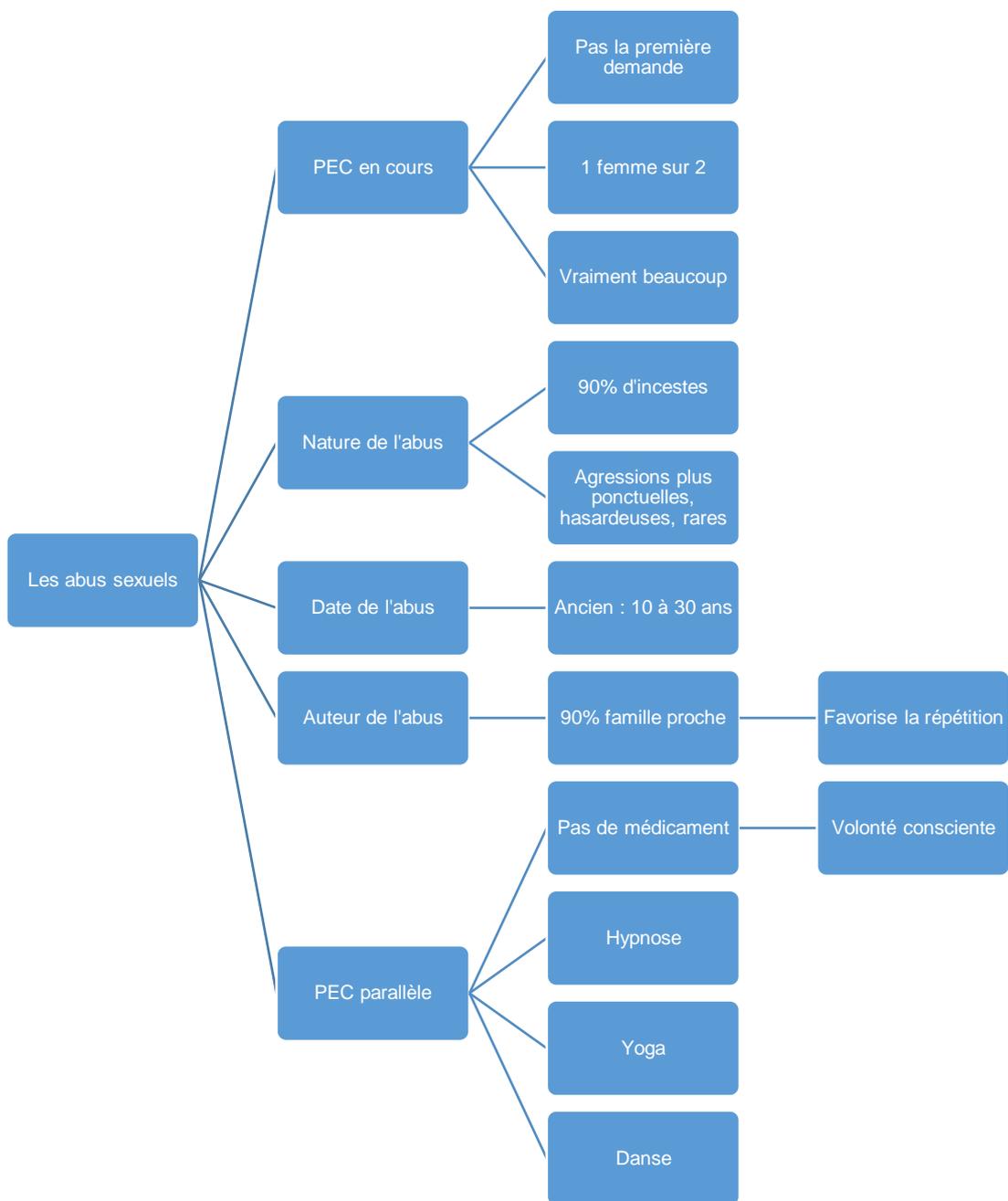


## **Annexe n°11 : Arbres thématiques du psychologue 2**

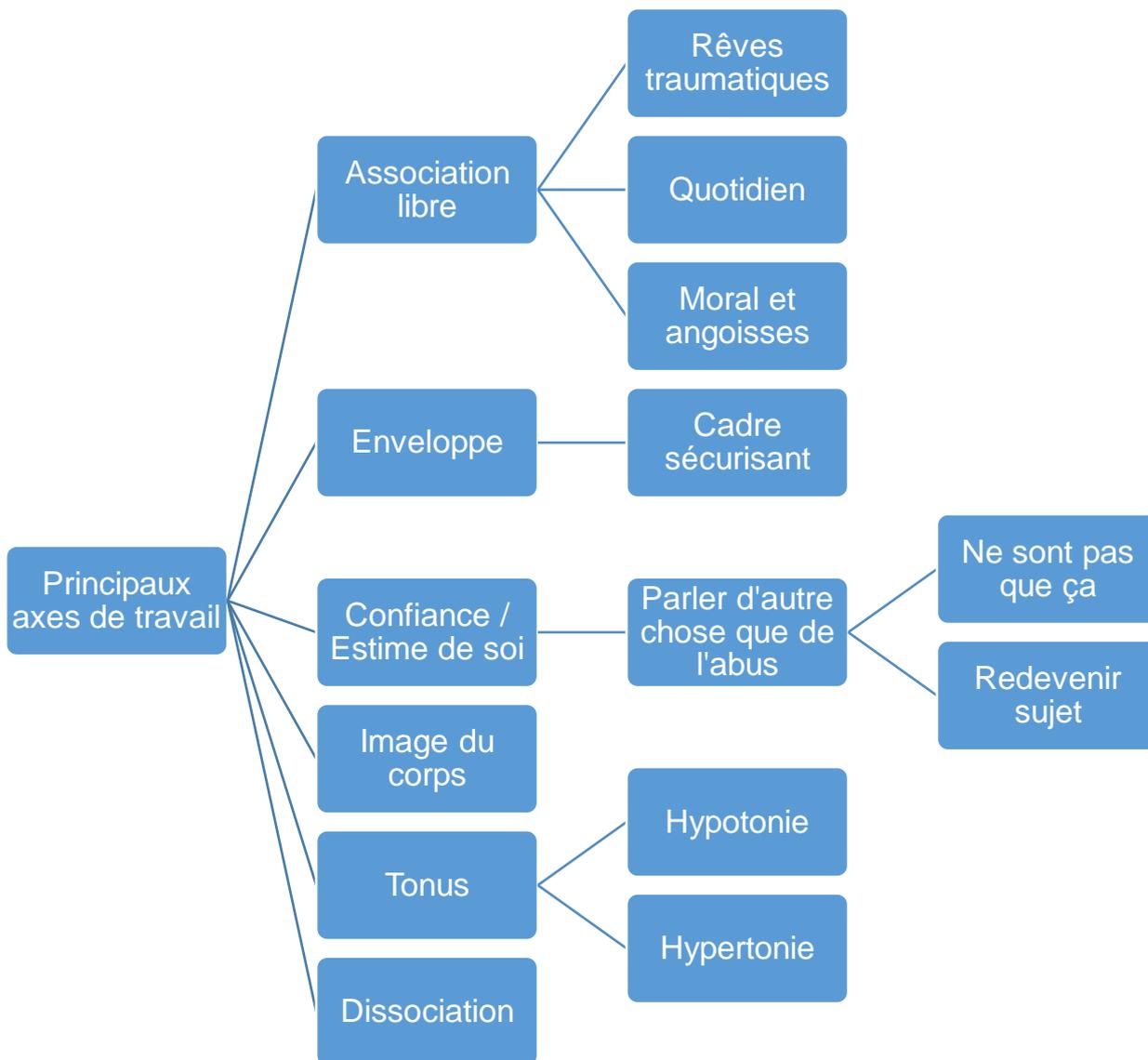
### **Annexe 11.1 : Identité de l'interviewé**



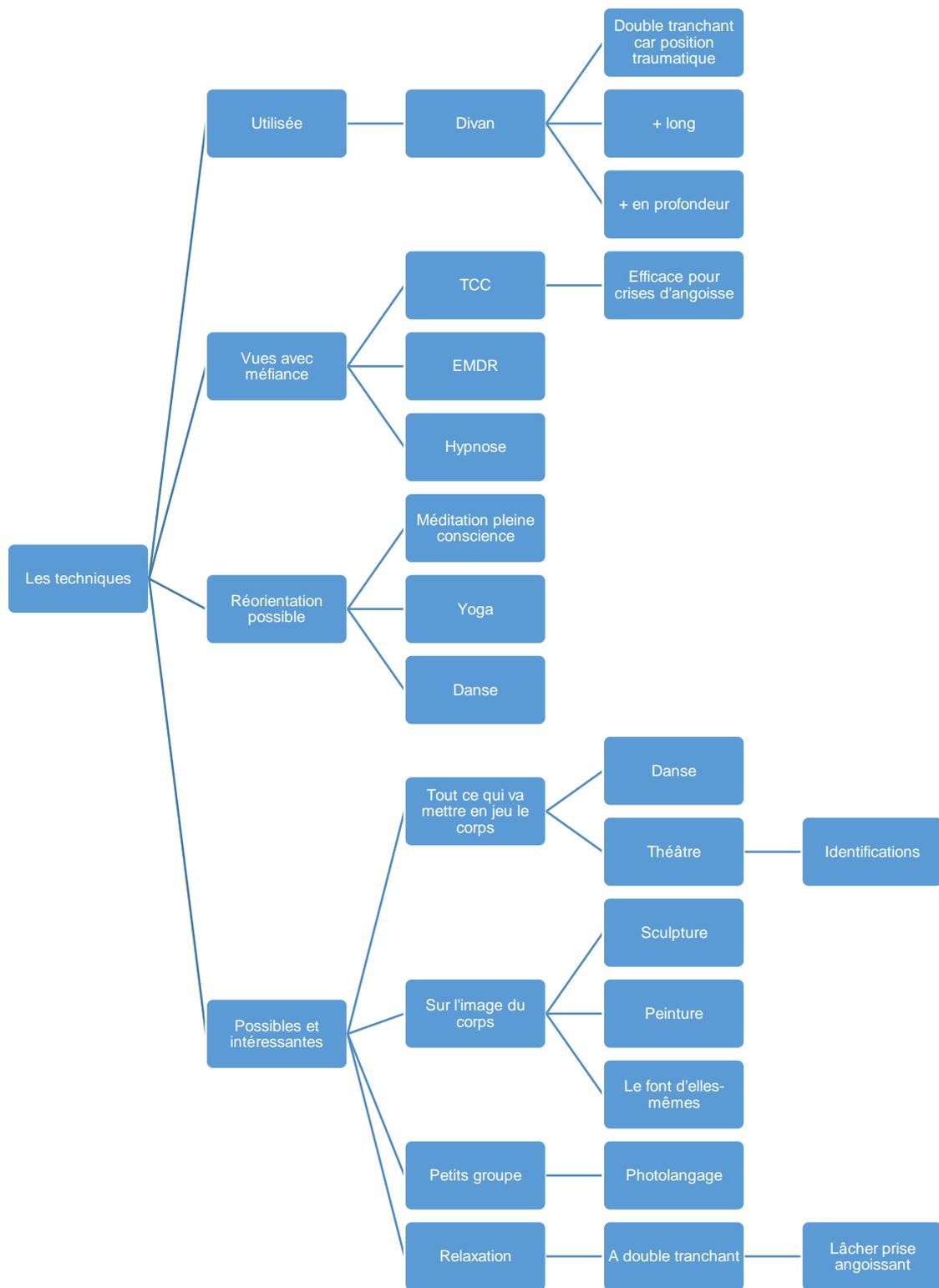
## Annexe 11.2 : Les abus sexuels



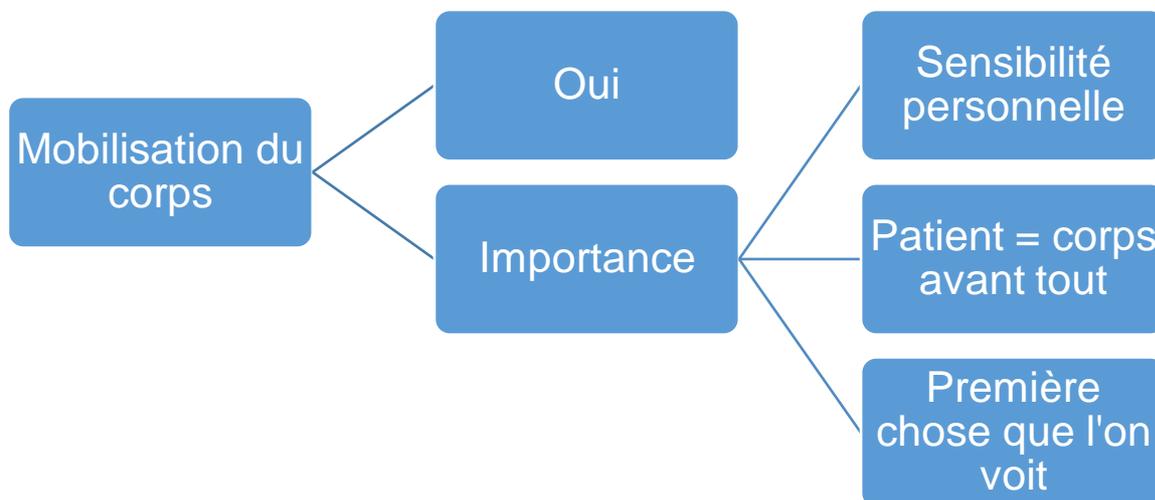
## Annexe 11.3 : Les principaux axes de travail



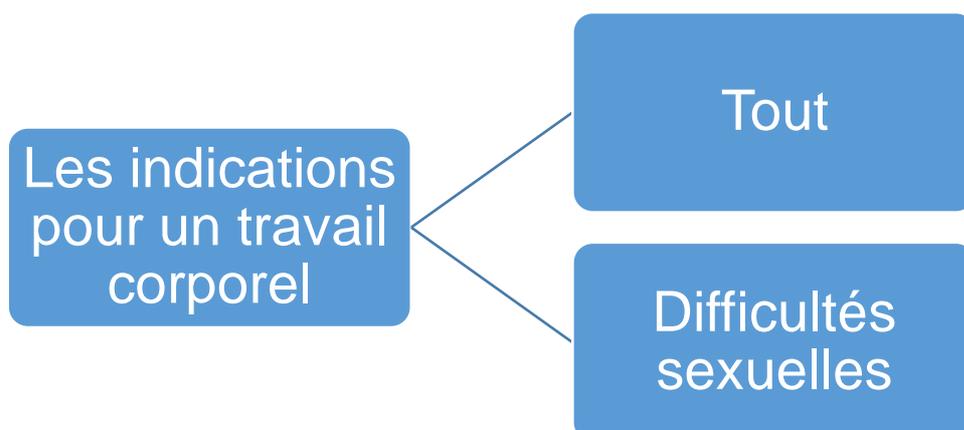
## Annexe 11.4 : Les techniques



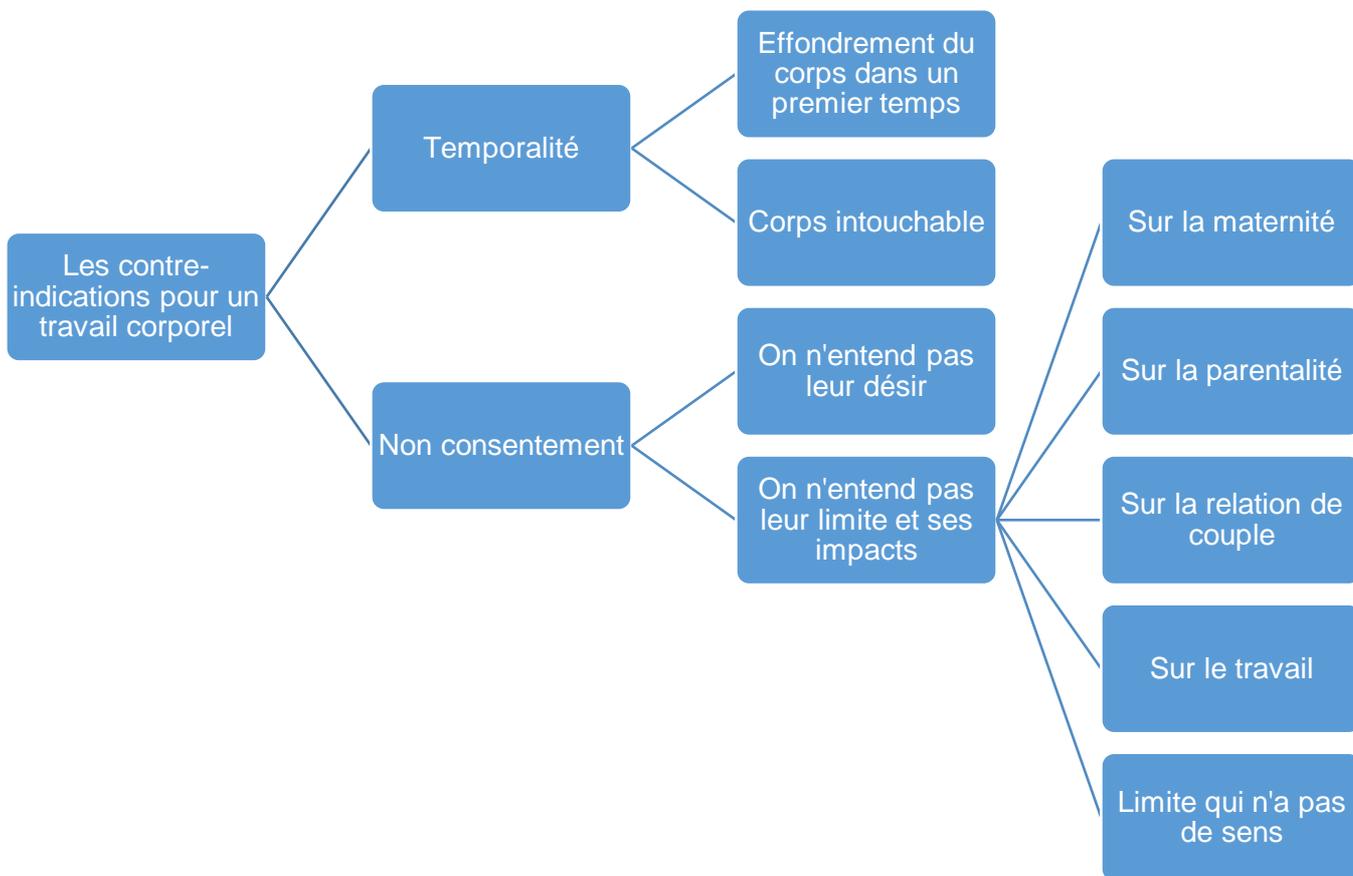
## Annexe 11.5 : La mobilisation du corps



## Annexe 11.6 : Les indications

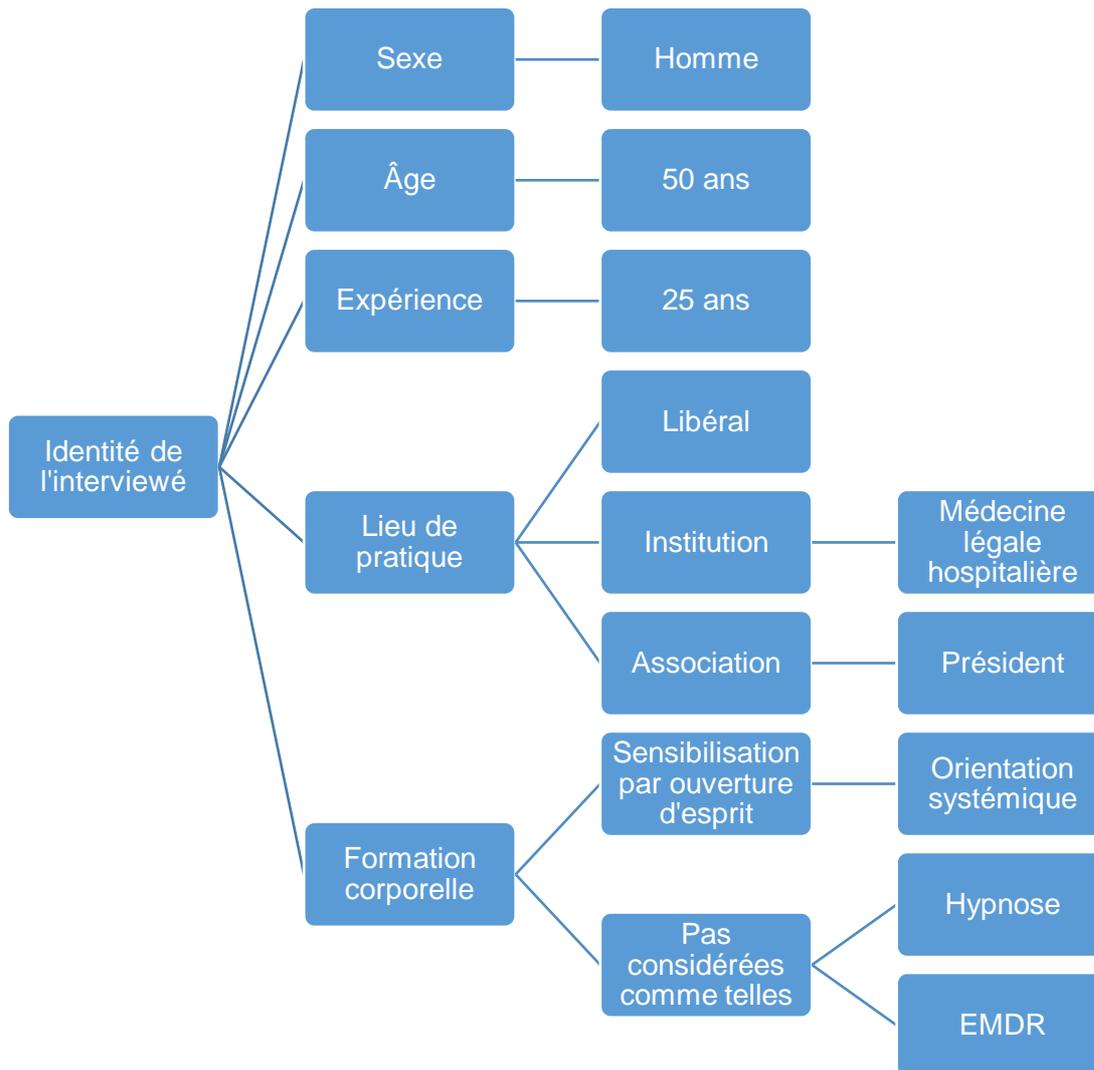


## Annexe 11.7 : Les contre-indications

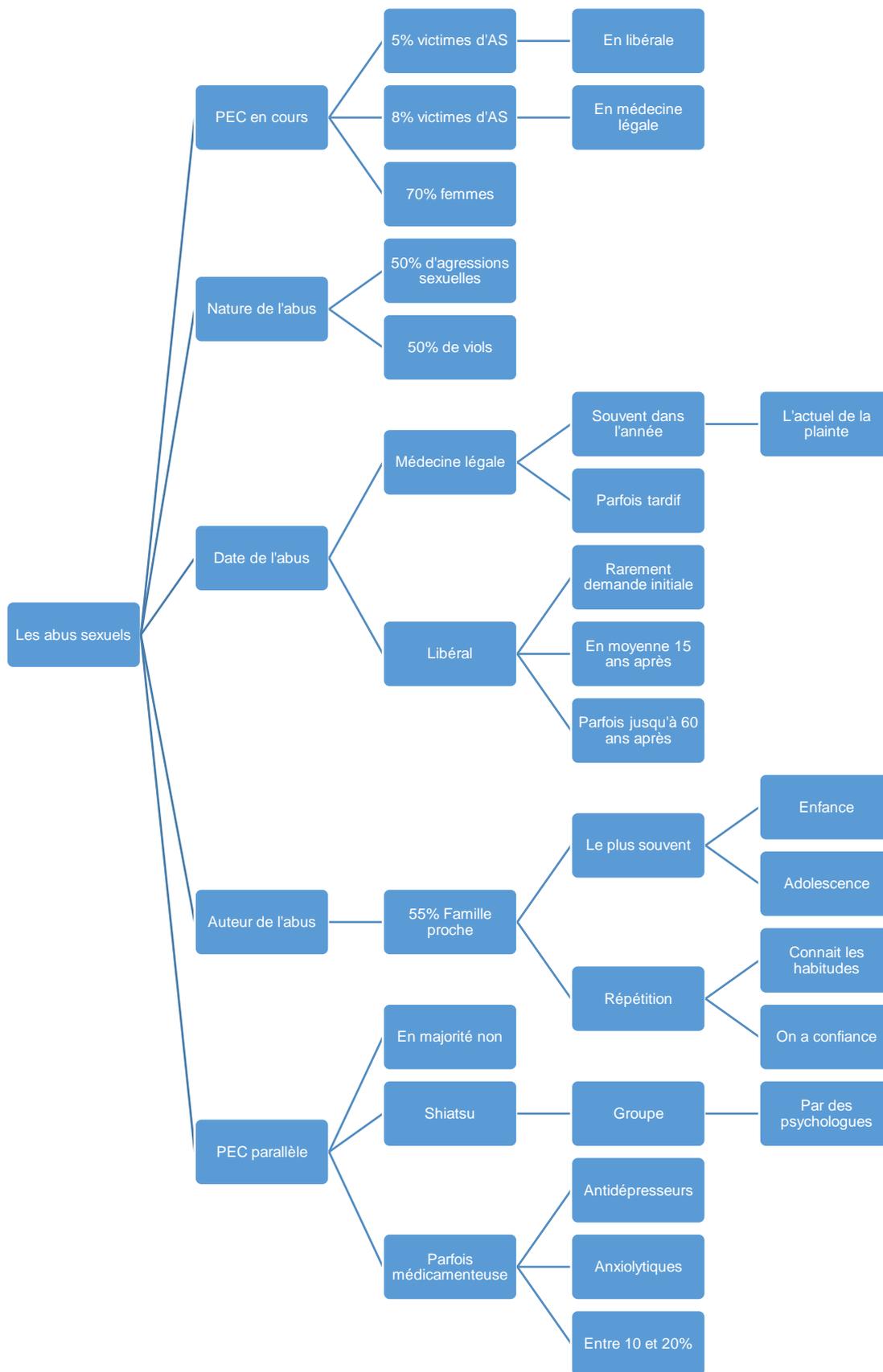


## Annexe n°12 : Arbres thématiques du psychologue 3

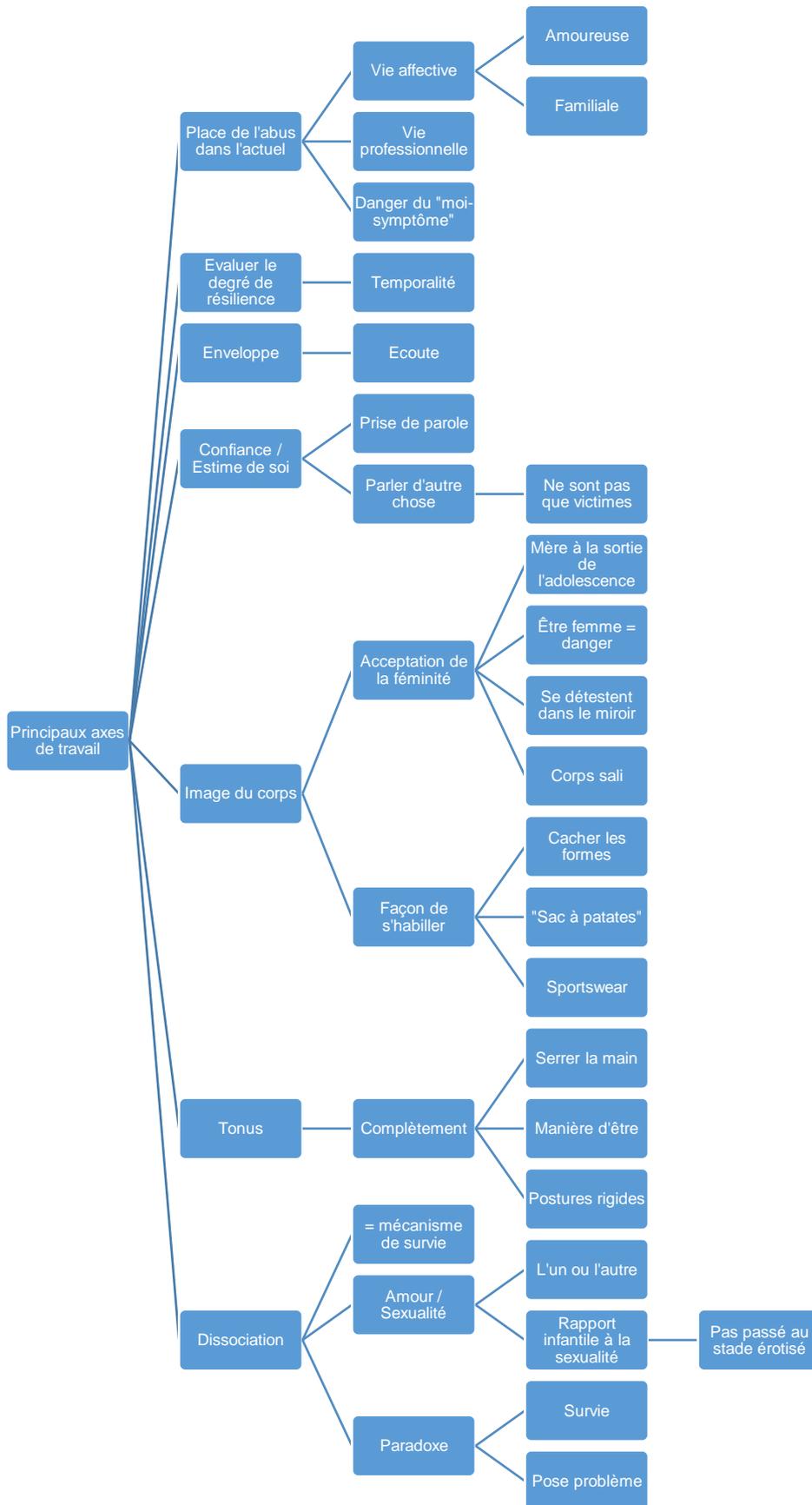
### Annexe 12.1 : Identité de l'interviewé



## Annexe 12.2 : Les abus sexuels



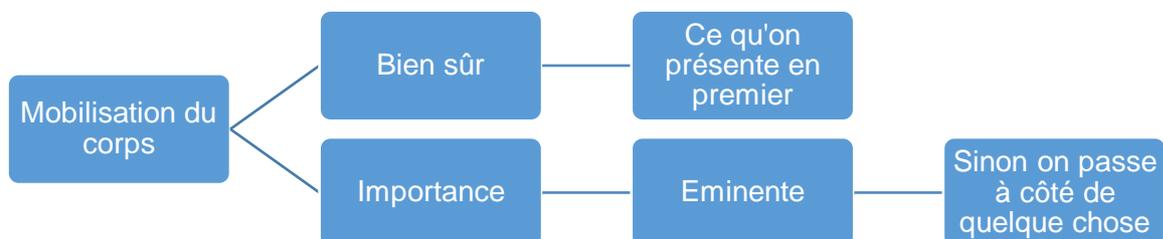
## Annexe 12.3 : Les principaux axes de travail



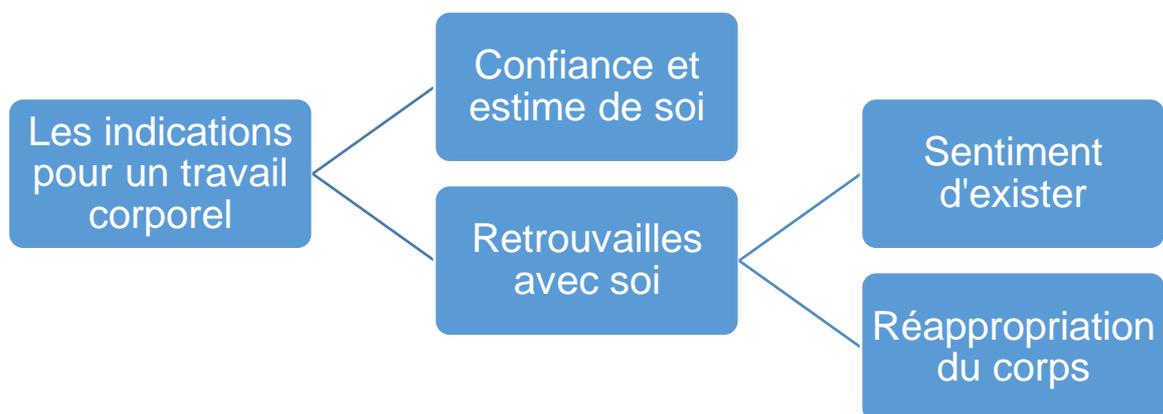
## Annexe 12.4 : Les techniques



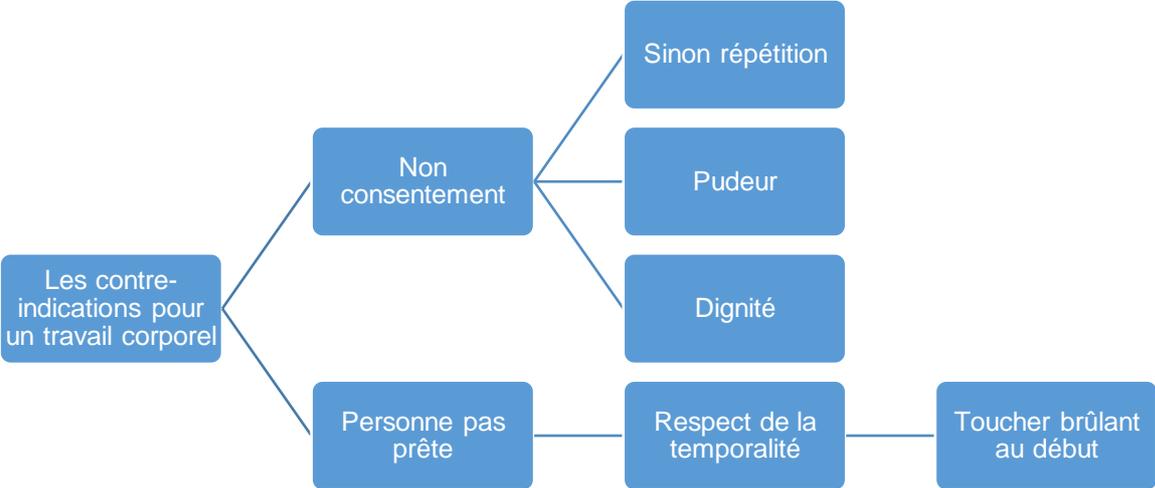
## Annexe 12.5 : La mobilisation du corps



## Annexe 12.6 : Les indications

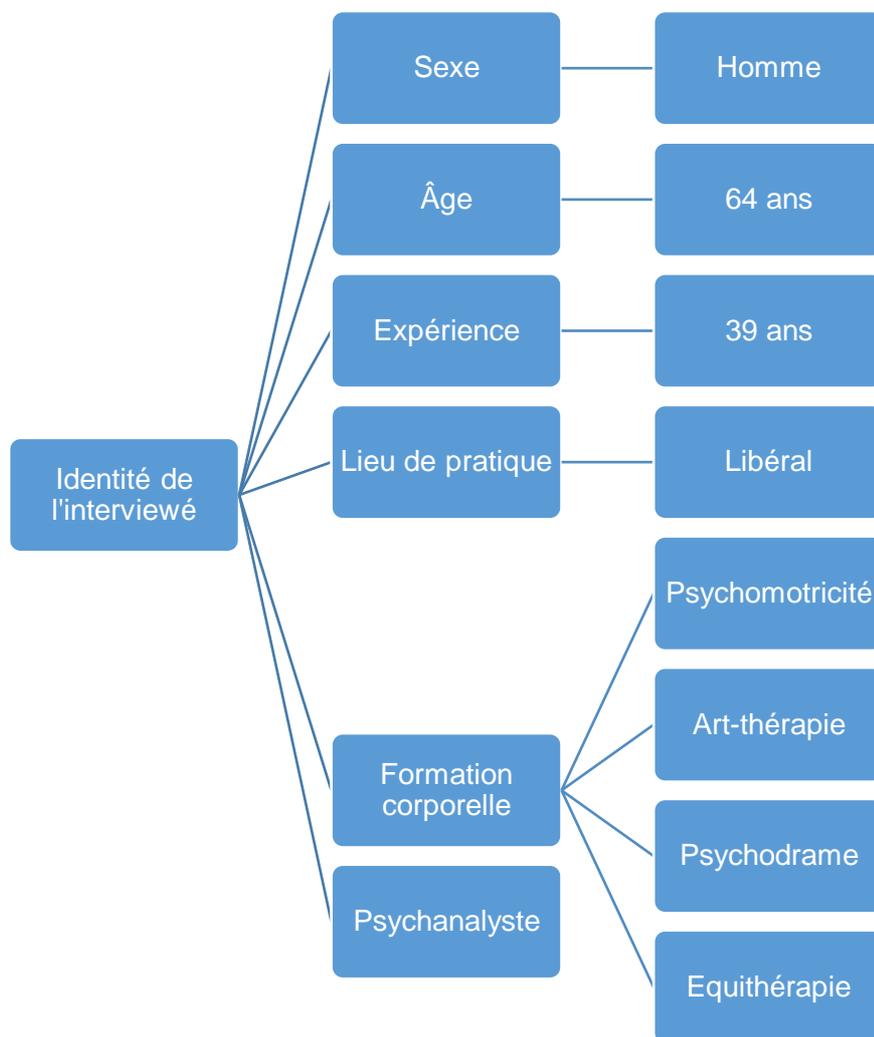


## Annexe 12.7 : Les contre-indications



## **Annexe n°13 : Arbres thématiques du psychologue psychomotricien 1**

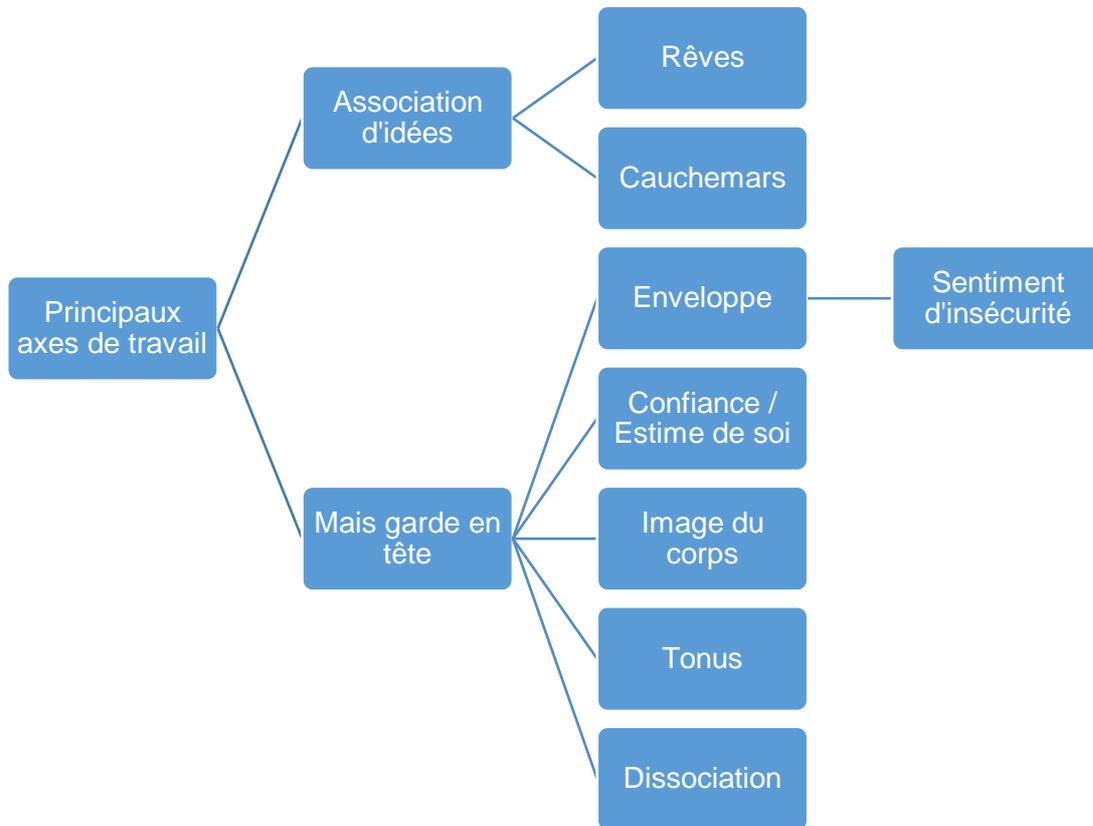
### **Annexe 13.1 : Identité de l'interviewé**



## Annexe 13.2 : Les abus sexuels



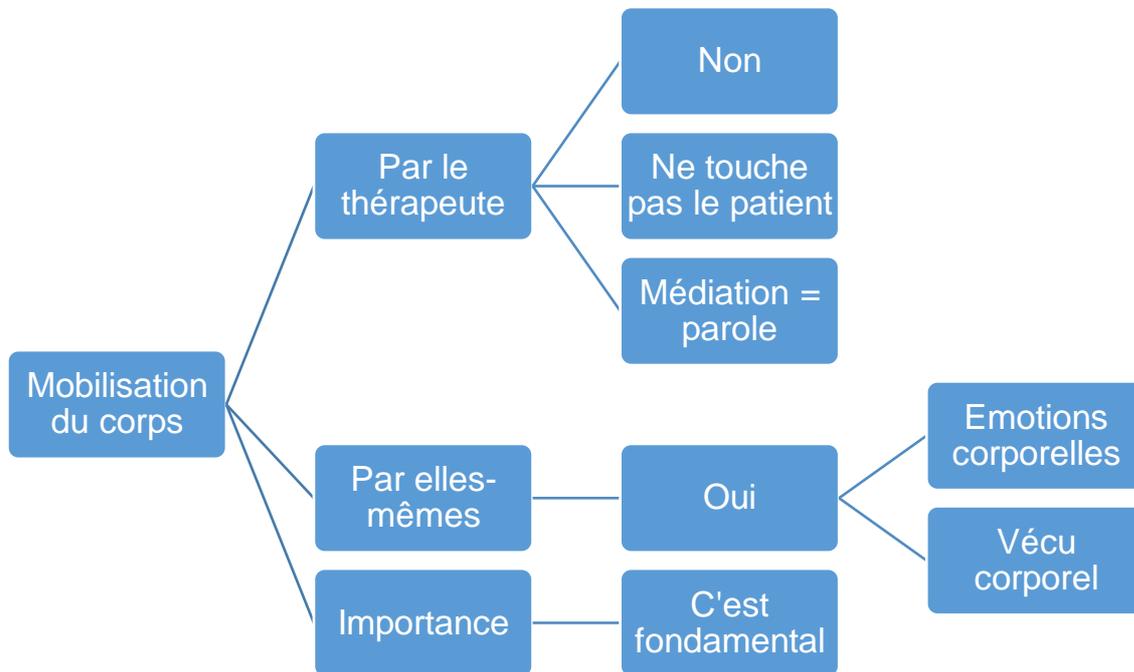
## Annexe 13.3 : Les principaux axes de travail



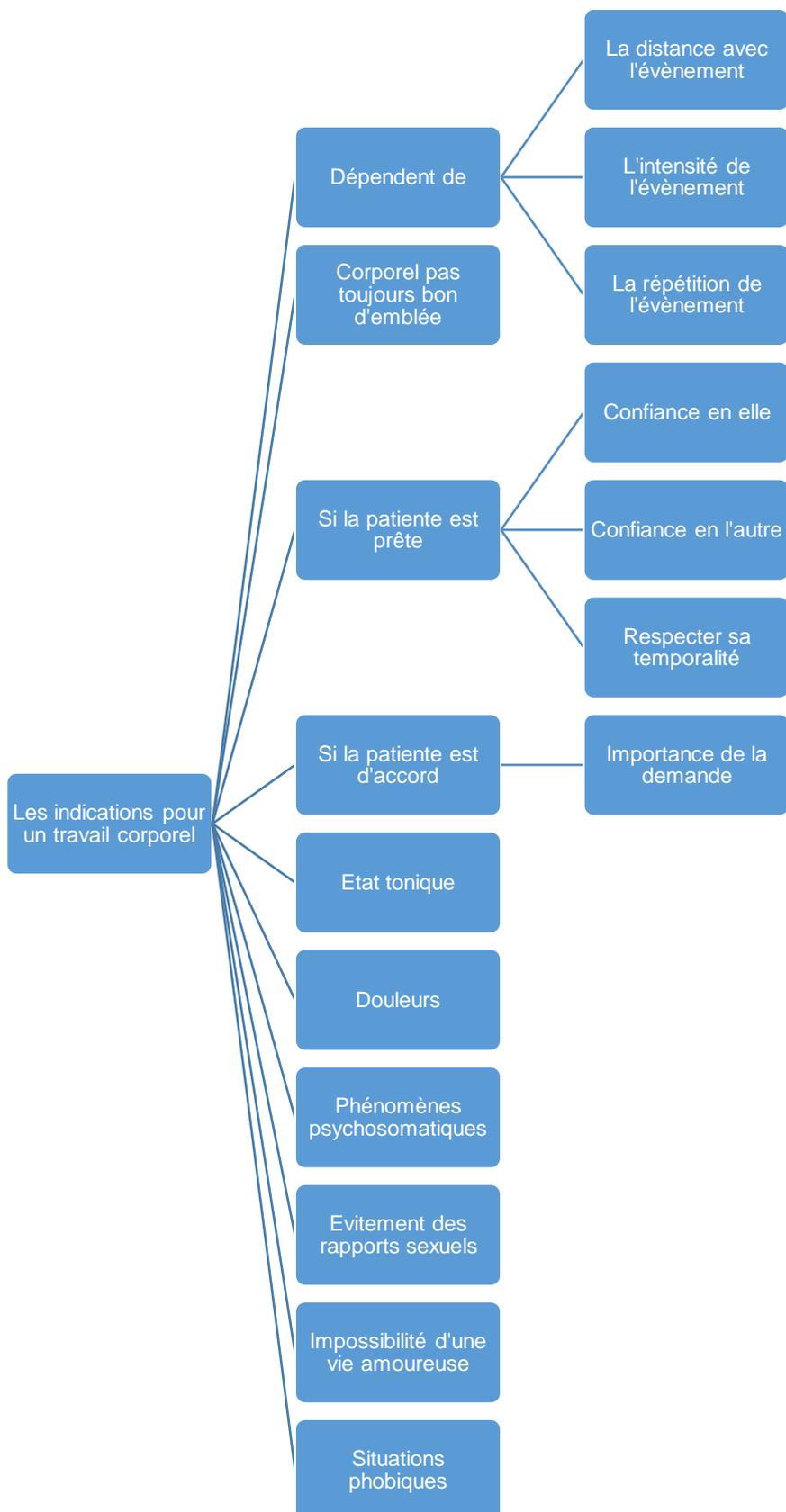
## Annexe 13.4 : Les techniques



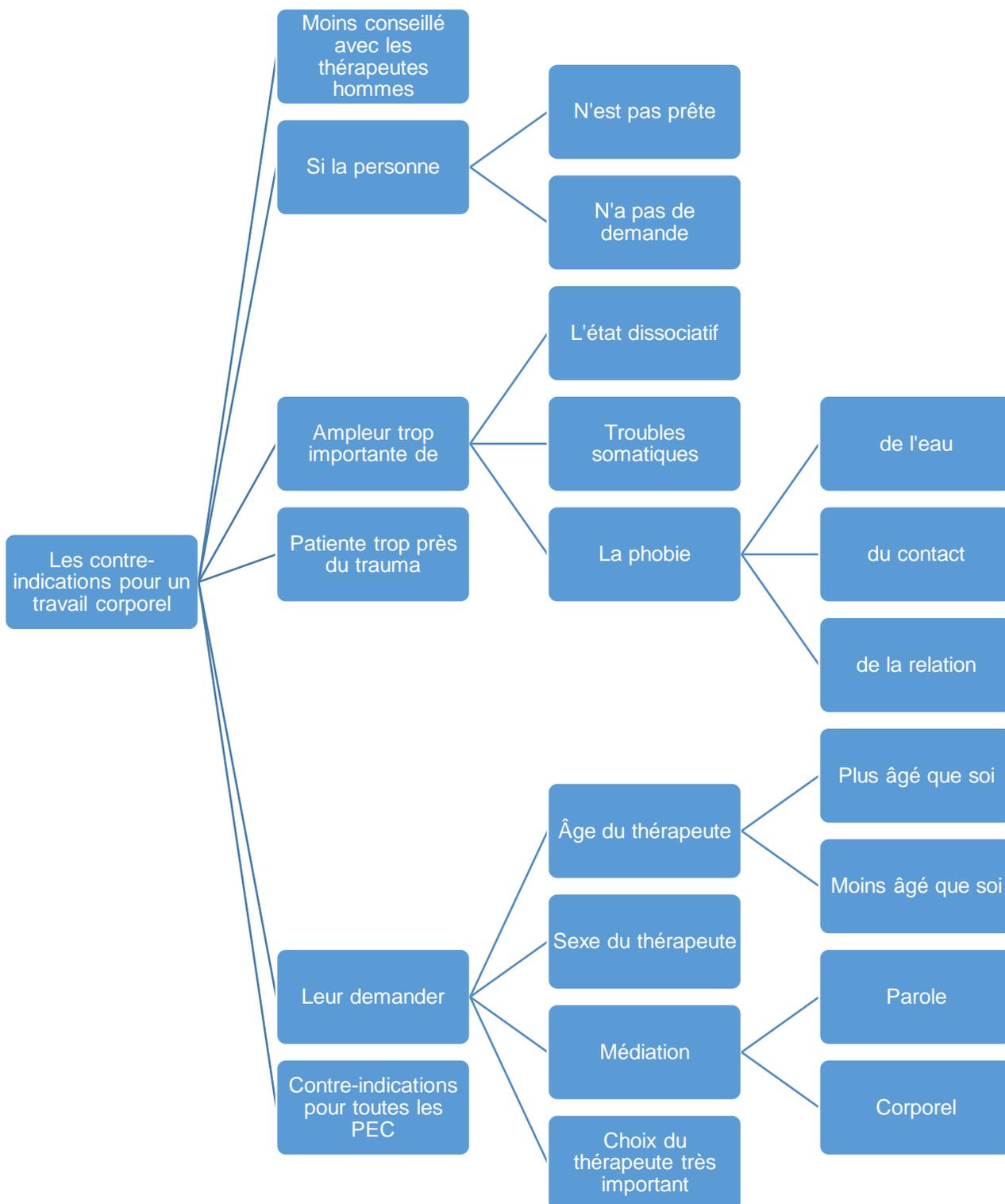
## Annexe 13.5 : La mobilisation du corps



## Annexe 13.6 : Les indications

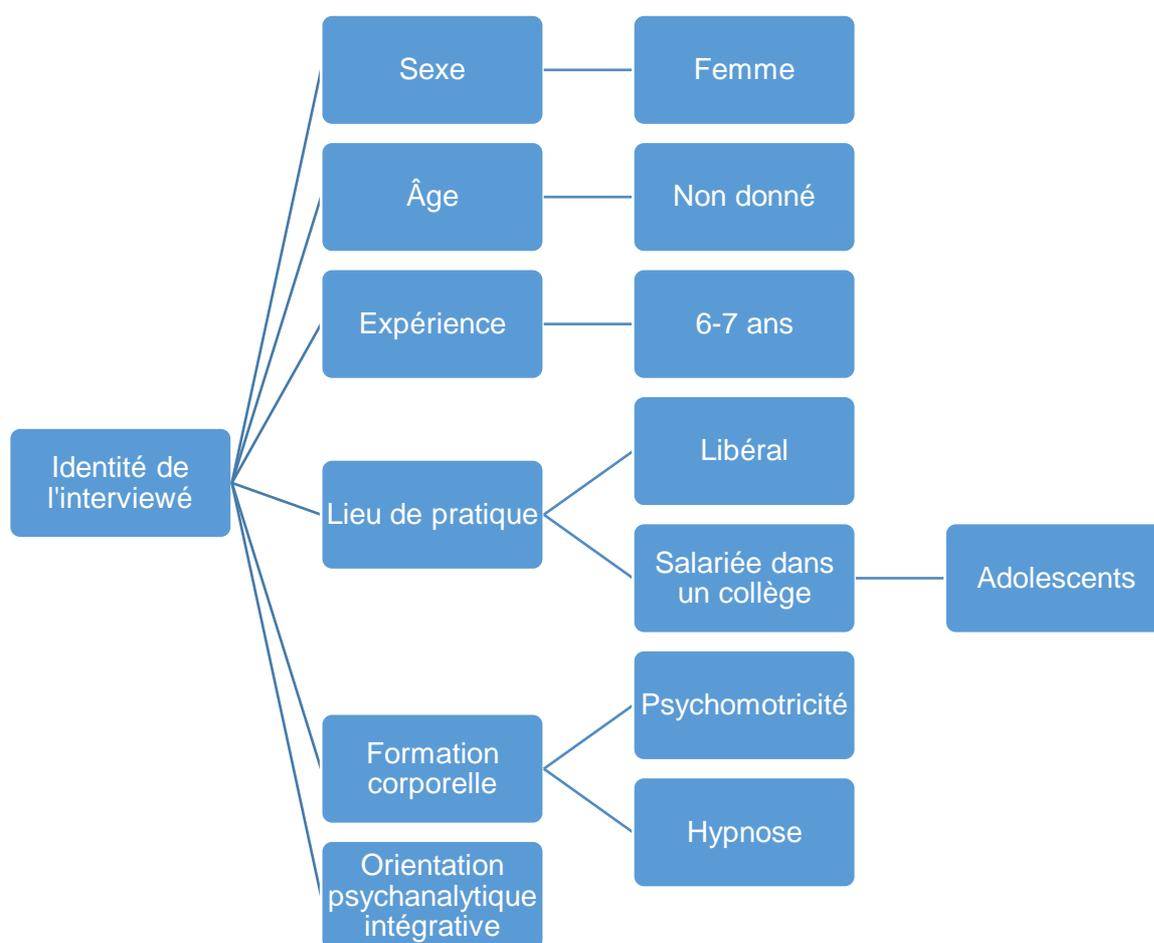


## Annexe 13.7 : Les contre-indications

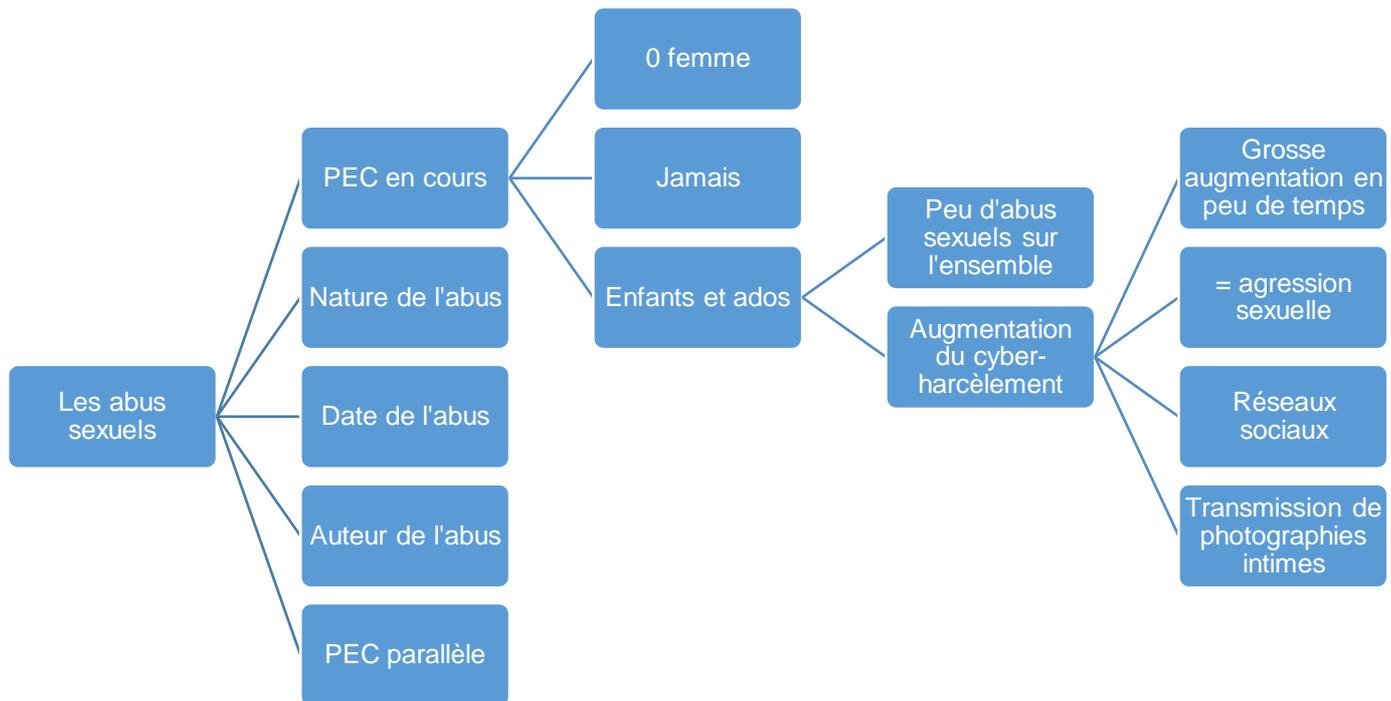


## **Annexe n°14 : Arbres thématiques du psychologue psychomotricien 2**

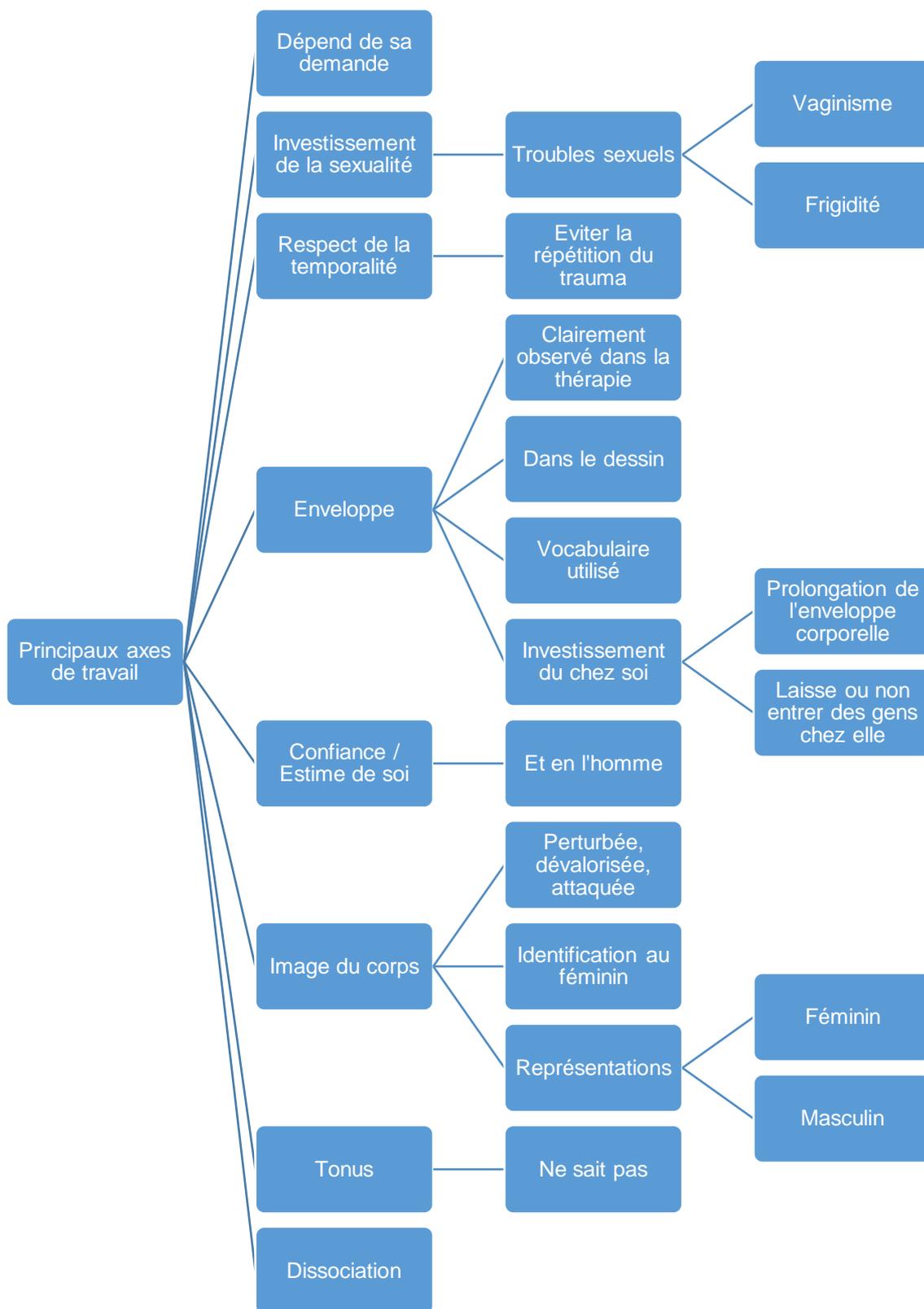
### **Annexe 14.1 : Identité de l'interviewé**



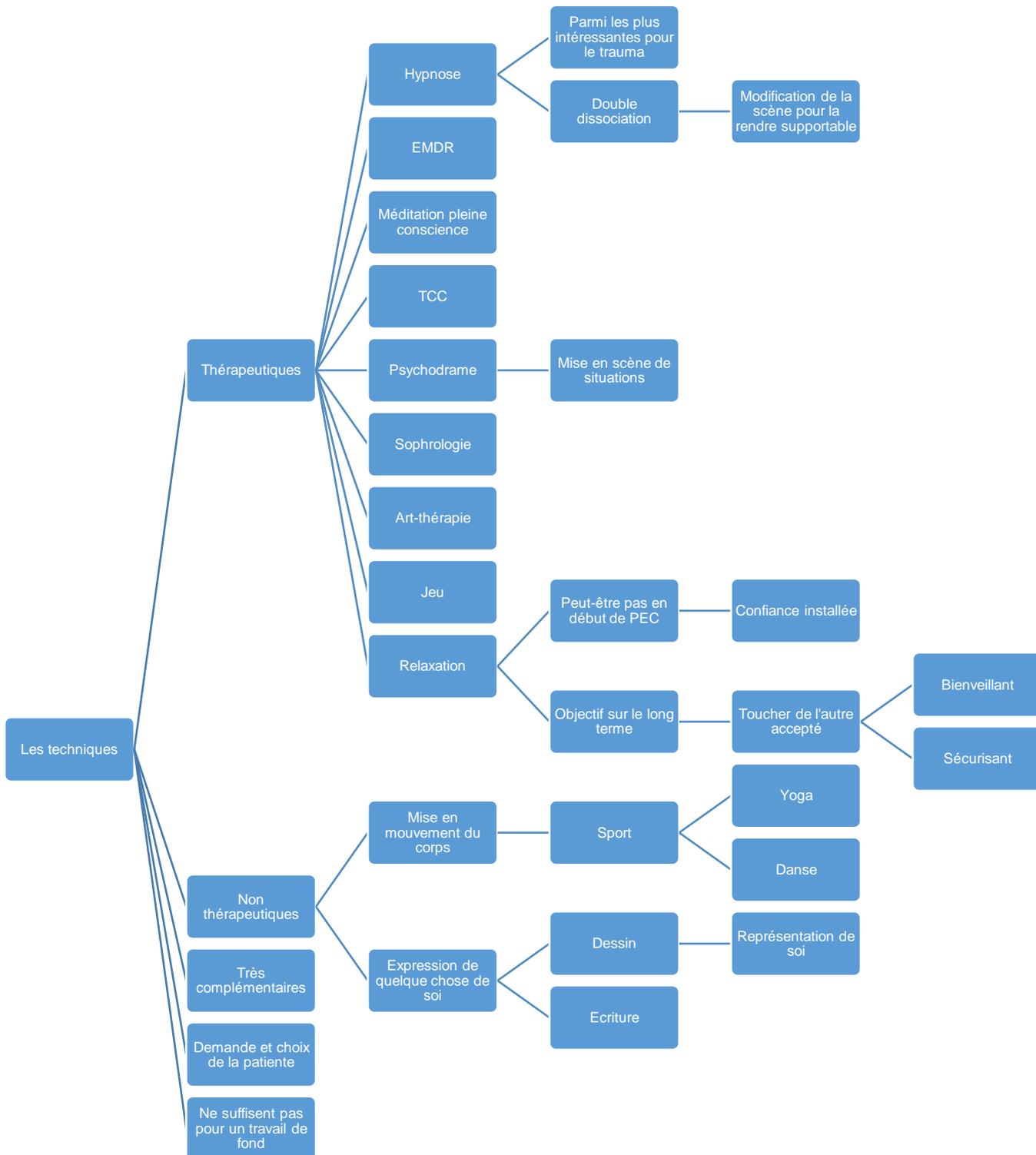
## Annexe 14.2 : Les abus sexuels



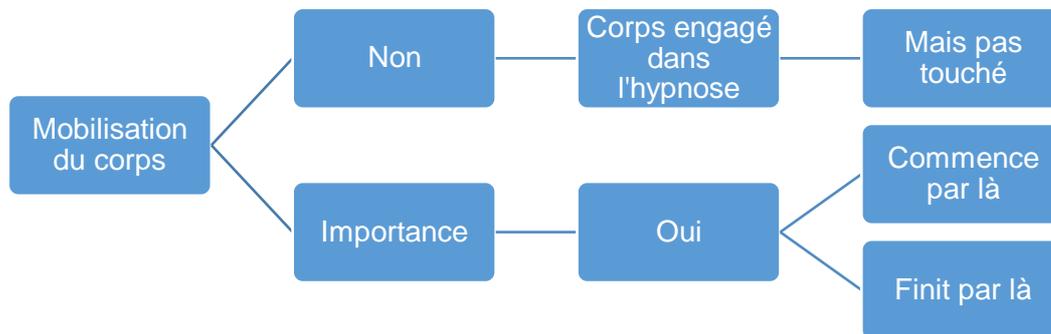
## Annexe 14.3 : Les principaux axes de travail



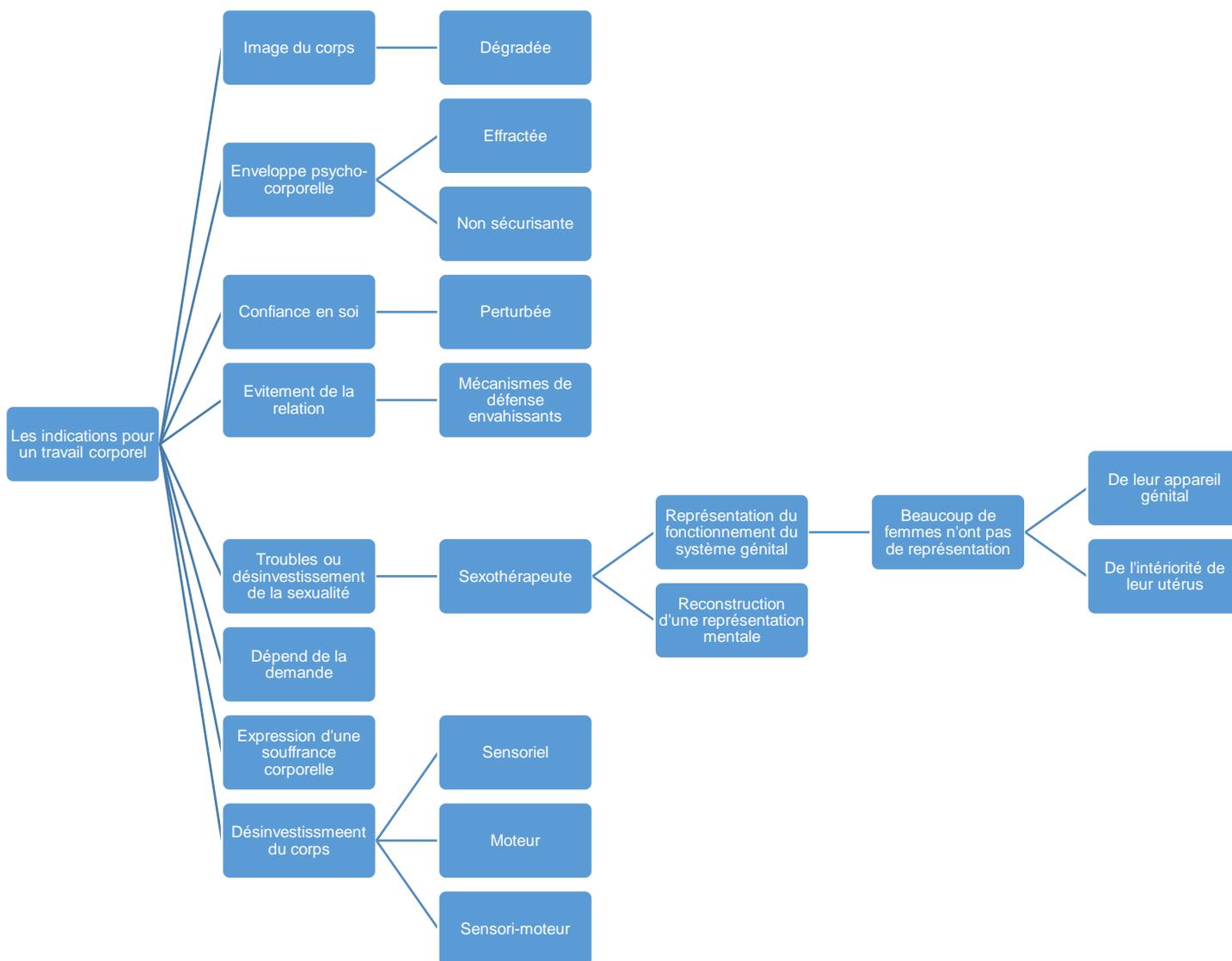
## Annexe 14.4 : Les techniques



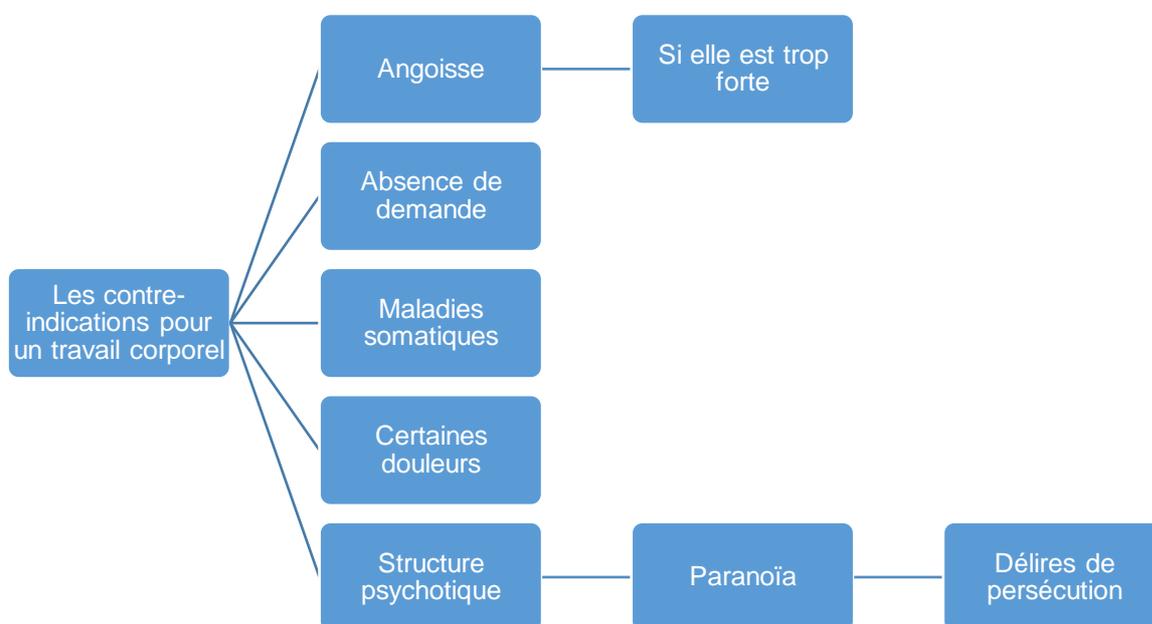
## Annexe 14.5 : La mobilisation du corps



## Annexe 14.6 : Les indications

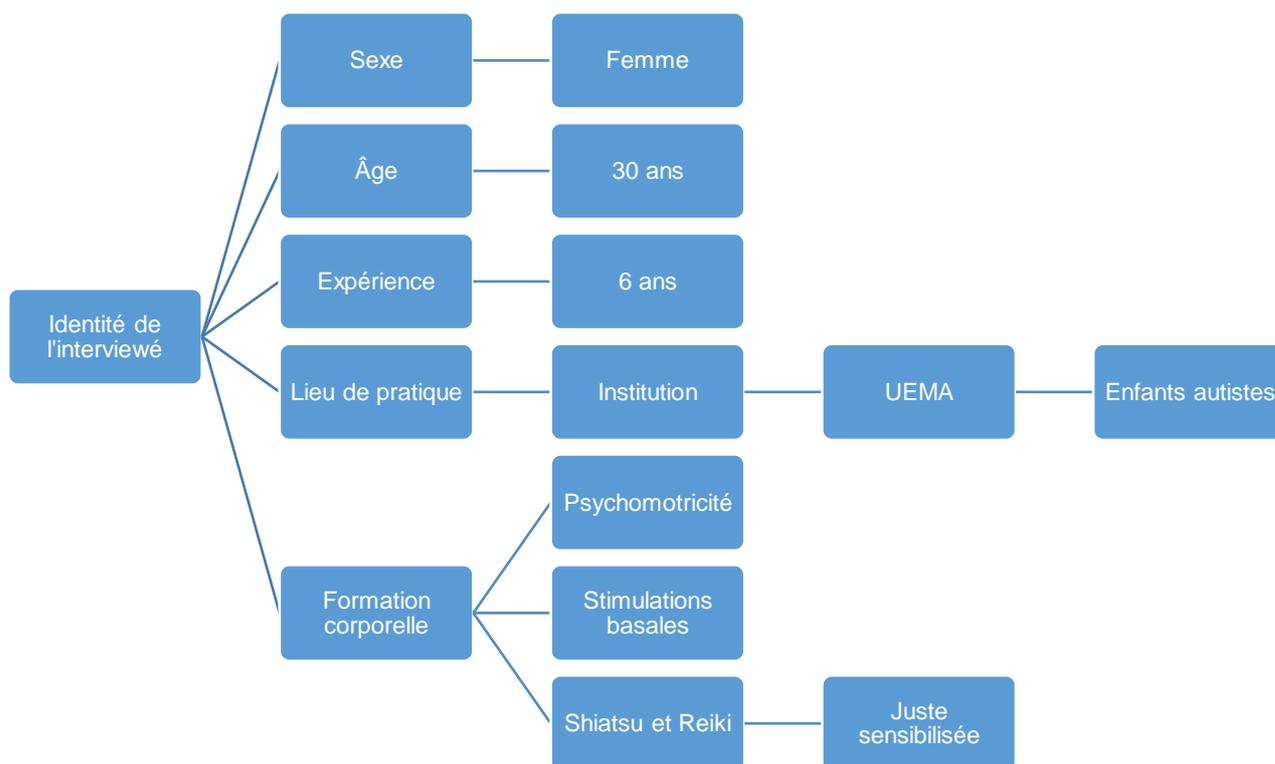


## Annexe 14.7 : Les contre-indications

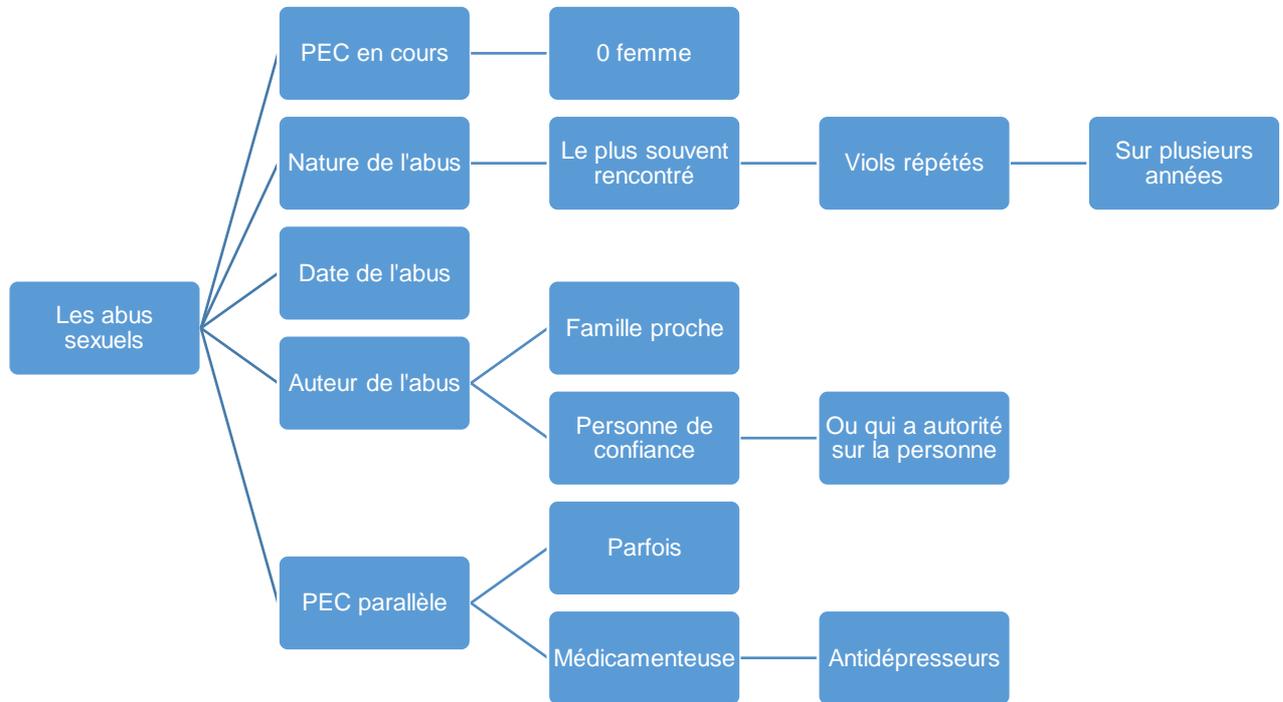


## **Annexe n°15 : Arbres thématiques du psychologue psychomotricien 3**

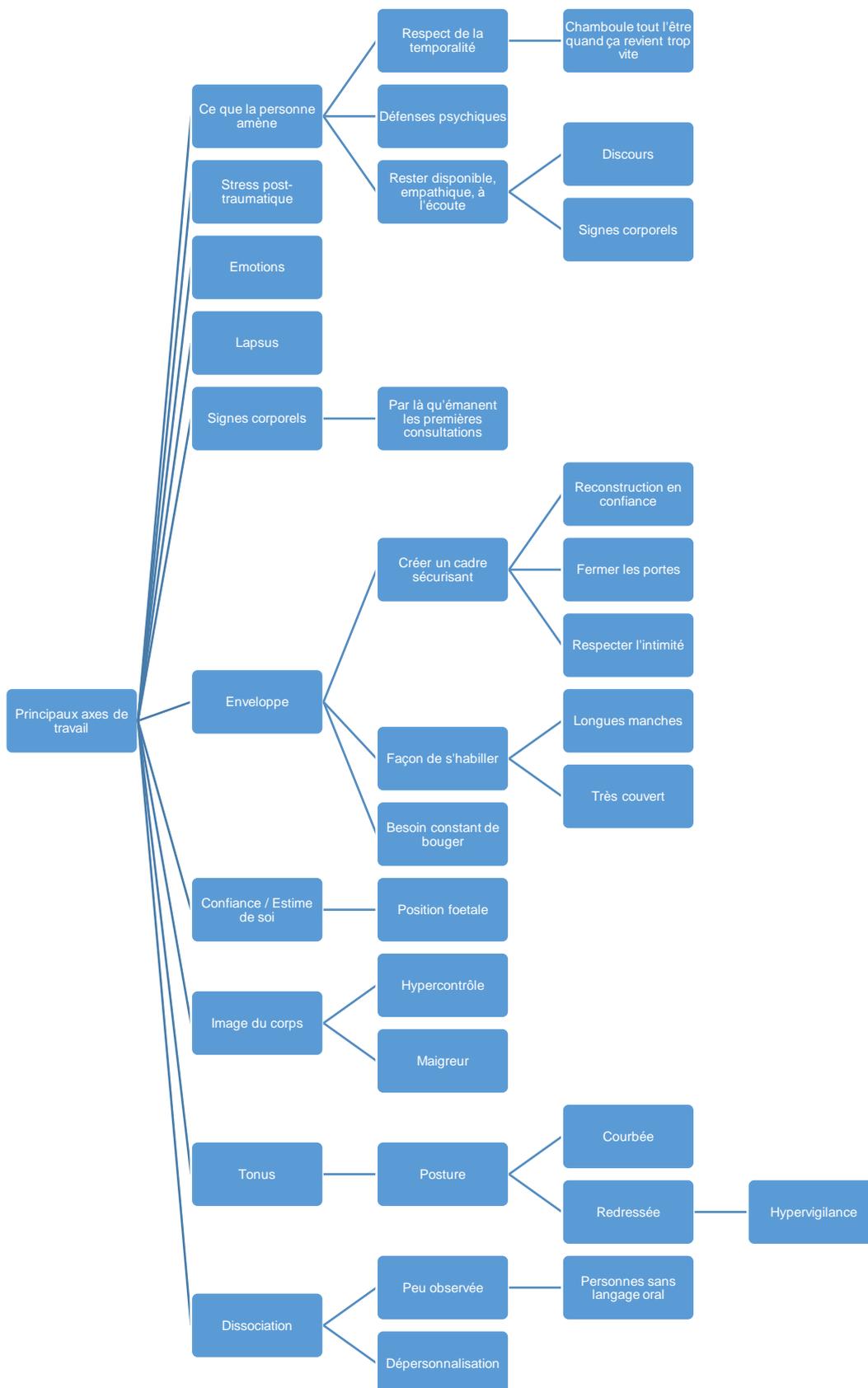
### **Annexe 15.1 : Identité de l'interviewé**



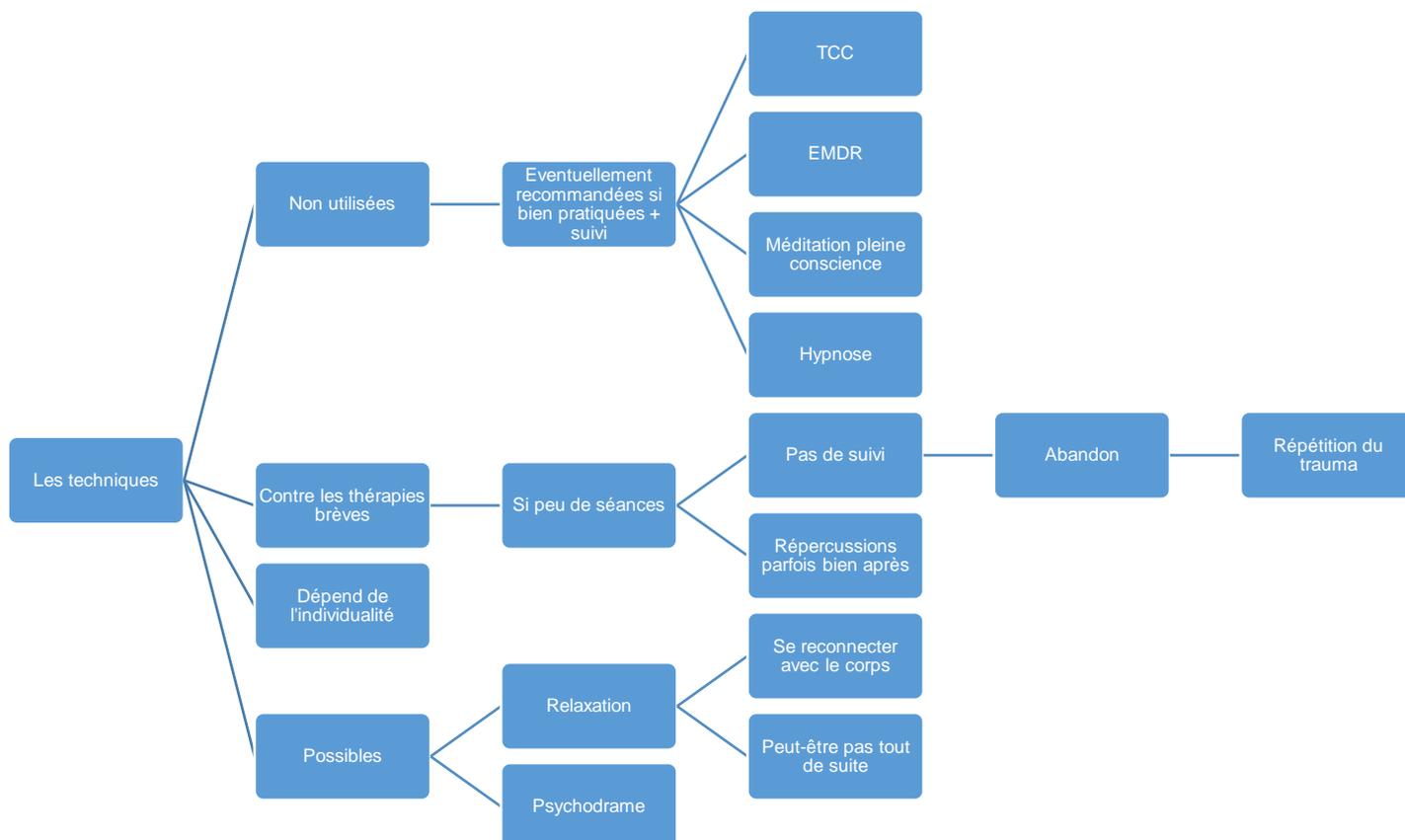
## Annexe 15.2 : Les abus sexuels



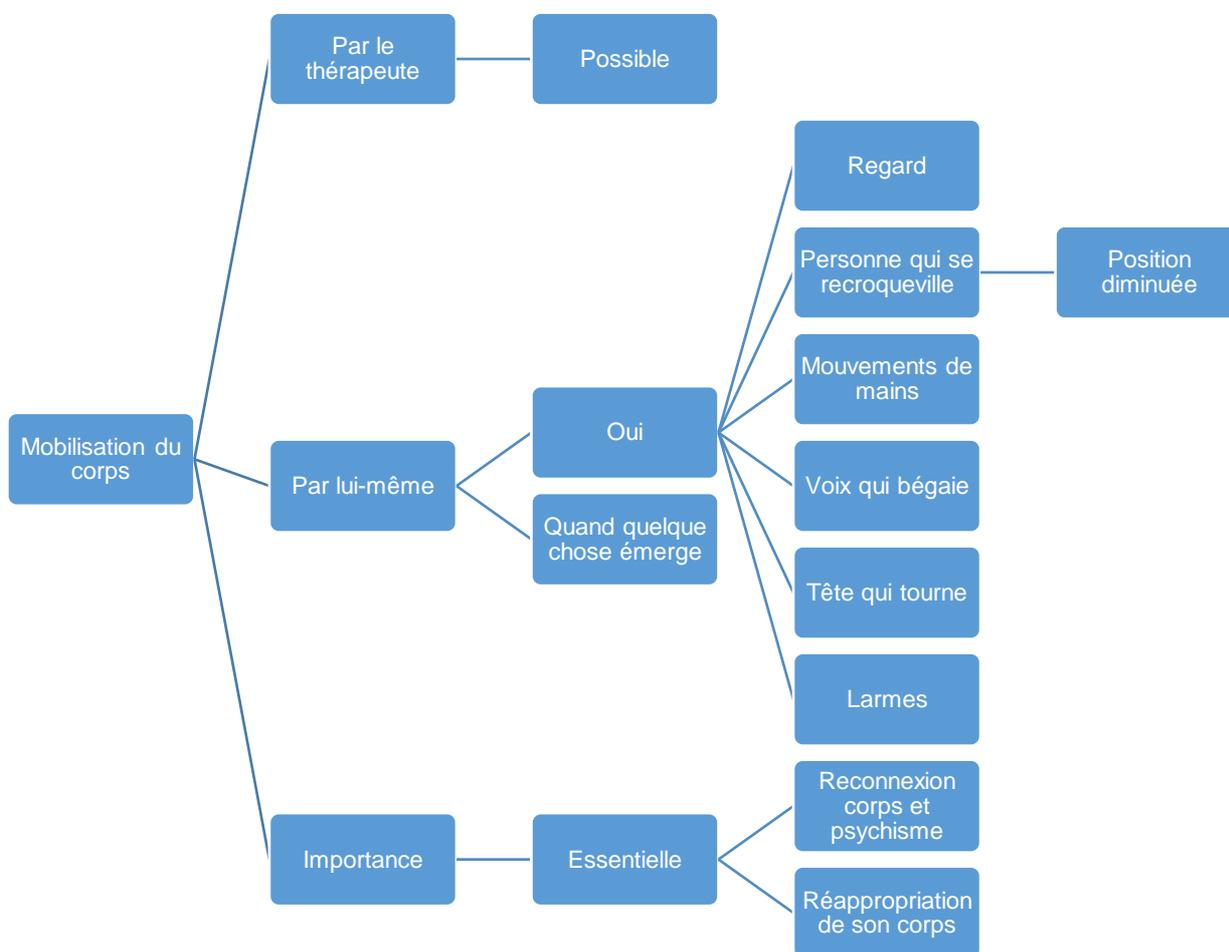
## Annexe 15.3 : Les principaux axes de travail



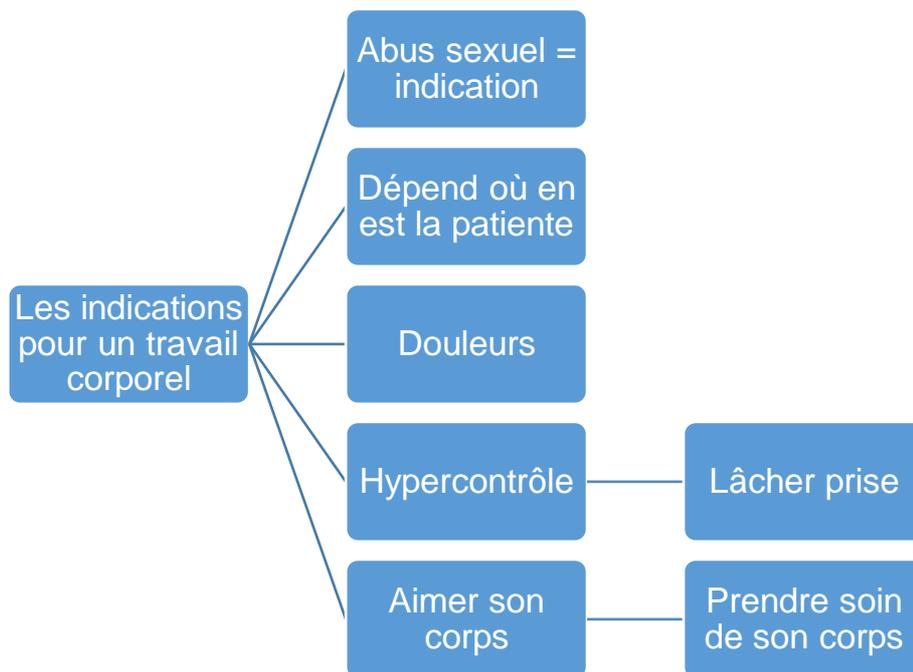
## Annexe 15.4 : Les techniques



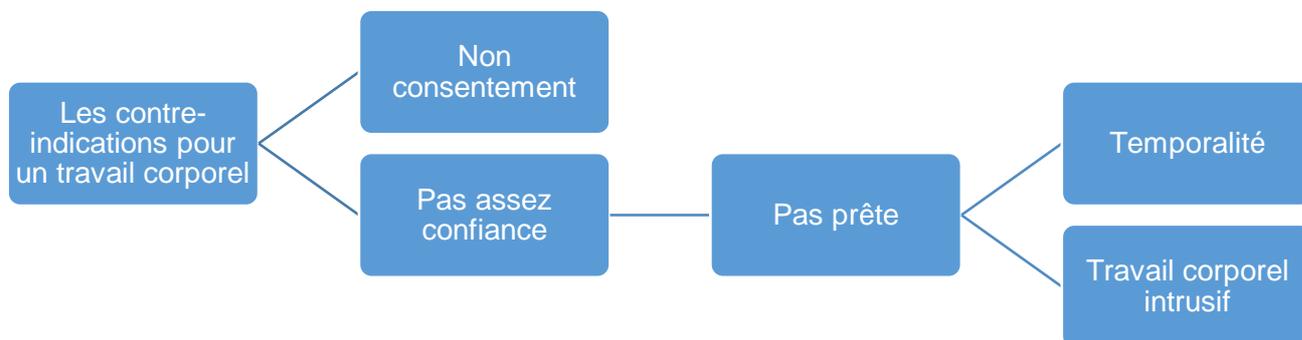
## Annexe 15.5 : La mobilisation du corps



## Annexe : 15.6 : Les indications



## Annexe 15.7 : Les contre-indications



## Mots clés

Abus sexuels – Femmes – Traumatisme – Corporel – Psychomotricité

## Key words

Sexual abuse - Women - Trauma - Corporal - Psychomotricity

## Palabras claves

Abusos sexuales - Mujeres - Traumatismo - Corporal - Psicomotricidad