

Diplôme d'Université Paris-Diderot
SANTÉ SEXUELLE ET DROITS HUMAINS

MÉMOIRE

Traumatismes sexuels et surcharges pondérales
Jalons pour une approche psychomotrice en santé sexuelle

Promotion Koffi Annan
Année universitaire 2018 - 2019

Pierre DALARUN

Psychomotricien et psychothérapeute

pdalarun@gmail.com

« Il faut que vous sachiez que ma vie est coupée en deux, pas très proprement. Il y a l'avant et l'après. Avant que je prenne du poids. Après que j'ai pris du poids. Avant qu'on me viole. Après qu'on m'a violée. »

Roxanne Gay, « Hunger – Une histoire de mon corps. »

TABLE DES MATIERES

Introduction :	6
Méthodologie	8
1 L'obésité et le surpoids	9
1.1 Définition	9
1.2 Données épidémiologiques	9
1.3 Poids idéal, corps désirable et inégalités de genre	11
1.4 De la difficulté d'avoir un poids idéal	12
1.5 La lutte contre la grossophobie, un combat féministe	13
1.6 De la recherche de minceur à la haine de soi	15
1.7 Les différentes obésités et leurs éventuels déterminants psycho-traumatiques	16
2 Les violences sexuelles	19
2.1 Définitions légales des différentes formes de violences sexuelles	19
2.2 Les chiffres des violences sexuelles	21
2.3 Les conséquences traumatiques des violences sexuelles	23
2.3.1 Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT)	23
2.3.2 Les mécanismes neurophysiologiques du SSPT	26
2.3.3 Les conséquences somatiques	27
2.3.4 Liens entre violences sexuelles et obésité	28
2.3.5 Les liens particuliers de l'inceste avec l'obésité	30
3 La thérapie psychomotrice, une thérapie psychocorporelle	32
3.1 De la psychomotricité à la thérapie psychomotrice	32
3.2 Définition de la thérapie psychomotrice	33
3.3 L'attitude du thérapeute en psychomotricité	35
4 Les concepts psychomoteurs liés à l'obésité et à la santé sexuelle	37
4.1 Corporéité et autonomie	37
4.2 Image du corps et respect	40
4.3 Dialogue tonico-émotionnel et sécurité	42
4.4 Verticalité, horizontalité et égalité	45
4.5 Espace vécu et consentement	48
4.6 Rythme, plaisir et satisfaction	50

4.7	Développement psychomoteur, sexualité et réciprocité	52
5	Etudes de cas cliniques	57
5.1	Célia.....	57
5.1.1	Premier entretien.....	57
5.1.2	1 ^{ère} période : « Tout va bien »	58
5.1.3	2 ^{ème} période : « Des résistances se dressent ».....	58
5.1.4	3 ^{ème} période : « Les liens se tissent et la parole se libère »	59
5.1.5	4 ^{ème} période : « Vouloir maigrir n'est pas maigrir »	59
5.1.6	5 ^{ème} période : « Lâcher son poids c'est aller vers l'autre »	60
5.1.7	Commentaires :	60
5.2	Sylvie.....	62
5.2.1	Premier entretien.....	62
5.2.2	1 ^{ère} période : « Je suis une pourrie »	63
5.2.3	2 ^{ème} période : « Je me pose, je respire, je sens le goût des aliments »	64
5.2.4	3 ^{ème} période : « Manger pour se shooter ».....	64
5.2.5	4 ^{ème} période : « Lâchez-moi ! »	65
5.2.6	5 ^{ème} période : « Se reconstruire, et vivre au jour le jour »	66
5.2.7	Commentaires :	67
5.3	Micheline.....	68
5.3.1	Premier entretien.....	69
5.3.2	1 ^{ère} période : « Tiens-toi droite, rentre le ventre, serre les fesses ! »	69
5.3.3	2 ^{ème} période : « Comme une feuille morte... ».....	70
5.3.4	3 ^{ème} période : « J'étais en cage ».....	71
5.3.5	4 ^{ème} période : « J'ai eu comme un flash, mon ventre m'a parlé ! »	72
5.3.6	Dernier acte : « Il aura de quoi lire pour l'éternité »	74
5.3.7	Commentaires :	75
6	Discussion	77
6.1	L'obésité comme organisation somatopsychique réactionnelle à un traumatisme sexuel	77
6.1.1	La nourriture pour s'anesthésier.....	77
6.1.2	La nourriture pour panser la blessure narcissique	78
6.1.3	Le gros corps comme forteresse imprenable	78
6.1.4	Le gros corps porteur de dégoût, de honte, de culpabilité et de haine de soi.....	78
6.1.5	Le gros corps comme blason d'une souffrance indicible	79

6.1.6	Le gros corps comme contenant émotionnel	79
6.1.7	La dysrégulation pondérale comme réponse à un double mécanisme traumatique.....	80
6.2	La thérapie psychomotrice, une voie pour se restaurer suite à un traumatisme sexuel	81
6.2.1	Le ressort psychomoteur, principe vital d'une sexualité épanouie	81
6.2.2	La dissociation psychomotrice, reflet d'un traumatisme développemental et/ou sexuel..	84
6.2.3	Méthodologie thérapeutique adaptée au traumatisme sexuel	85
Conclusions.....		88
Bibliographie		90
Sitographie		94
Articles.....		94
Enquêtes et rapports publics		95
Textes de lois.....		96
Table des figures		96
Annexes		97
Annexe 1 : Auto-questionnaire Pierre DALARUN		97
Annexe 2 : Chaînes musculaires et articulaires Godelieve Denys-Struyf (GDS)		99
Annexe 3 : Dessin de la silhouette de Micheline		100
Résumé :		101

INTRODUCTION :

L'élaboration de ce mémoire s'est construite autour de mon expérience clinique et de ma pratique de psychomotricien-psychothérapeute.

Ayant reçu une formation à la relaxation psychothérapique pour adultes, mon réseau de correspondants et de prescripteurs s'est naturellement constitué de médecins psychiatres, mais aussi de médecins nutritionnistes qui cherchaient des moyens pour « réconcilier » leurs patients avec leur corps. C'est ainsi que j'ai développé une patientèle présentant des perturbations pondérales, alimentaires et psychologiques.

Parmi les patientes¹ que j'accompagne dans le cadre de ces problématiques, j'ai découvert que nombre d'entre elles avaient subi des violences sexuelles. Il s'est avéré que l'obésité, le surpoids ou l'instabilité pondérale, liés le plus souvent à des troubles des conduites alimentaires, étaient des symptômes secondaires à ces violences, mais aussi parfois primaires. C'est donc par le biais des perturbations pondérales que je me suis intéressé à la santé sexuelle.

Ce constat m'a d'abord posé la question des liens entre les violences sexuelles et les problématiques alimentaires et pondérales : Quelle est la fonction de l'hyperphagie ou de la boulimie ? Quelle est la fonction du gros corps ? Quels sont les signes cliniques à repérer ?

Ce constat m'a aussi posé la question de la méthodologie thérapeutique face à l'intrication des aspects biologiques, corporels, psychologiques, comportementaux, émotionnels et relationnels : Quel cadre définir ? Quels outils utiliser ? Quelle distance relationnelle ? Quelles complémentarités disciplinaires ?

Au cours de ce mémoire je tenterai de répondre à ces questions par un éclairage clinique et théorique. J'argumenterai en faveur d'une démarche thérapeutique multifocale, qui intègre l'approche psychomotrice telle que je la définis, pour répondre au besoin d'étayage multiple de ces personnes en grande détresse.

En effet l'effraction corporelle et psychique qu'elles ont vécue, doublée d'un regard discriminant à l'égard du gros corps, nécessitent d'intégrer leur histoire personnelle et de restaurer des liens positifs : avec leur propre corps, avec la nourriture, avec les autres.

¹ Ma patientèle est constituée de femmes à 90%

A partir de ces liens il s'agira essentiellement de remettre en mouvement une dynamique émotionnelle anciennement figée, la composante émotionnelle étant le point d'articulation entre les dimensions physique, mentale et sociale de la santé sexuelle (Troussier, 2015).

L'ambition finale de ce mémoire est de poser les jalons d'une approche psychocorporelle thérapeutique, appliquée à la santé sexuelle et potentiellement à la sexologie. Une approche thérapeutique dans ces domaines devant intégrer la complexité de la sexualité humaine dans toutes ses dimensions : biologique, corporelle, émotionnelle, psychologique, relationnelle et spirituelle. Il s'agira de démontrer la pertinence d'une approche psychocorporelle de type psychomotrice pour contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle des personnes qui recherchent une aide dans ce domaine.

METHODOLOGIE

Ce mémoire est une recherche théorico clinique sur une étiologie singulière de certaines formes d'obésité. L'hypothèse est qu'il pourrait y avoir un lien de causalité entre certains traumatismes sexuels et la constitution d'un déglèment pondéral pouvant conduire à l'obésité.

Il s'agira d'abord de définir la complexité des obésités et du surpoids. Puis de définir les violences sexuelles, d'étudier leur épidémiologie et leurs conséquences sur la santé physique et psychique. Puis de décrire les mécanismes du Syndrome de Stress Post-Traumatique, et ses retentissements sur les troubles des conduites alimentaires et la prise de poids qui en découle pouvant mener à l'obésité. La thérapie psychomotrice sera ensuite présentée en établissant ses intérêts dans le traitement des surcharges pondérales en lien avec un traumatisme sexuel et plus largement avec la santé sexuelle. Un apport clinique, constitué du récit de l'accompagnement de trois patientes en thérapie psychomotrice, se confrontera aux données épidémiologiques et conceptuelles énoncées plus avant. Après viendra la discussion qui proposera différentes hypothèses concernant les liens (coïncidence, causalité ou corrélation) entre les traumatismes sexuels et les dérèglements pondéraux tels que l'obésité. Enfin les conclusions énonceront les enseignements principaux de cette étude et des propositions sur les points à approfondir.

1 L'OBESITE ET LE SURPOIDS

1.1 DEFINITION

« L'obésité se définit médicalement comme une accumulation excessive ou anormale de masse grasse. » (Basdevant, 2004). Mais la mesure précise de la masse grasse ne peut se faire que par des méthodes sophistiquées et coûteuses (absorptiométrie, tomodensitométrie, résonance magnétique). C'est pourquoi, en pratique clinique, pour les adultes, chez la femme comme chez l'homme jusqu'à 65 ans, l'obésité se définit à partir d'un Indice de Masse Corporelle (*Figure 1*) : l'IMC, BMI en anglais (*Body Mass Index*), ou indice de Quetelet.

Figure 1 : classification selon l'IMC

Classification	IMC = poids (kg) ÷ taille ² (m ²)
Famine	< 16,5
Maigreur	16,5 à 18,4
Normalité	18,5 à 24,9
Surpoids	25,0 à 29,9
Obésité modérée	30,0 à 34,9
Obésité sévère	35 à 39
Obésité morbide ou massive	≥ 40

L'IMC à lui seul ne peut évidemment pas refléter l'état de santé réel d'une personne, sans la prise en compte d'éventuelles complications associées qui, elles seules peuvent déterminer si quelqu'un est malade de son obésité ou non. La clinique nous montre qu'on peut être classifié obèse et être en bonne santé. Corollairement l'obésité ne peut pas être responsable de tous les maux.

1.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

L'obésité, souvent présentée comme une épidémie mondiale, est un enjeu de santé publique dans certains pays comme la France, eu égard aux nombreuses comorbidités associées (diabète, complications cardiovasculaires, respiratoires, ostéoarticulaires, diabète de type II, etc.). Malgré

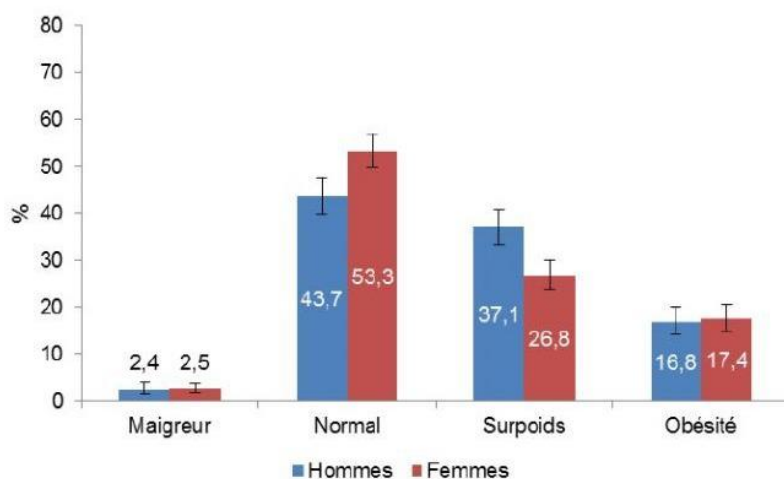
de nombreux plans de prévention et de nombreuses recommandations de prise en charge, la médecine et la chirurgie sont impuissantes pour endiguer le phénomène qui s'avère être d'une grande complexité. Nous sommes en effet face à une problématique qui doit intégrer des paramètres individuels, sociétaux et environnementaux.

Dans les pays de l'OCDE², l'obésité touchait en 2017 près de 20% de la population. Les Etats-Unis, le Mexique, la Nouvelle Zélande et la Hongrie sont les pays les plus touchés et comptent plus de 30% de personnes obèses. Le Japon, la Corée du Sud, l'Italie et la Suisse sont les moins touchés avec 10% ou moins de personnes obèses. La France, elle, a un taux de 15,3% d'obésité.

L'étude souligne que les inégalités sociales touchant notamment les femmes sont un élément aggravant. Les projections à 2030 prévoient une augmentation de personnes obèses dans les pays économiquement développés (OCDE, 2017).

L'étude ESTEBAN de 2015 (*Figure 2*) faisait observé quant à elle une prévalence de l'obésité à 17% en France, hommes et femmes confondus. Le surpoids est plus représenté chez les hommes (37,1%) que chez les femmes (26,8%). La normalité pondérale concerne un plus grand nombre de femmes (53,3%) que d'hommes (43,7%).

Figure 2 : distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe (étude ESTEBAN 2015)



La corpulence rend compte de l'Indice de masse corporelle (IMC) exprimé selon 4 classes (références OMS) : maigreux ($IMC < 18,5$), normal ($18,5 \leq IMC < 25,0$), surpoids ($25,0 \leq IMC < 30,0$) et obésité ($IMC \geq 30,0$).

² Organisation de Coopération et de Développement Economiques, l'OCDE rassemble plus d'une trentaine de pays économiquement développés.

1.3 POIDS IDEAL, CORPS DESIRABLE ET INEGALITES DE GENRE

L'IMC, aussi imparfait soit-il, n'est pas le pire des calculs pour définir l'obésité, le surpoids et la normalité pondérale. Il a existé par le passé de nombreuses formules pour définir le poids idéal, toutes plus fantaisistes les unes que les autres (Saint Pol, 2010). Il en est une qui circule encore aujourd'hui dans la littérature et qui date pourtant de 1929, il s'agit de la formule de Lorentz qui prend en compte la différence homme/femme, mais qui aboutissent à des inégalités de genre voire des aberrations. Voici la formule :

$$\text{Poids idéal (femme)} = \text{taille (cm)} - 100 - [(\text{taille (cm)} - 150) \div 2]$$

$$\text{Poids idéal (homme)} = \text{taille (cm)} - 100 - [(\text{taille (cm)} - 150) \div 4]$$

« Ainsi une femme de 1,66m présente un poids idéal de 58kg et un homme de même taille de 62kg. Jusque-là, en dehors d'un certain impérialisme dû au principe même de la formule, pas de problème. En revanche, pour une taille de 1,80m, le poids idéal ressort à 65kg pour la femme et à 72,5kg pour l'homme, ce qui semble modeste. Malheureusement, pour les sujets dont la taille est inférieure à 1,50m, la formule ne peut s'appliquer puisque la différence qui se trouve dans la deuxième partie de l'équation devient négative. » (Waysfeld, 2003).

En dehors de l'aberration signalée pour les personnes de petite taille, ce calcul induit une inégalité de genre entre les hommes et les femmes. Selon cette formule les femmes se doivent de peser moins que les hommes à stature égale pour avoir un poids idéal, c'est-à-dire pour être séduisante. L'impact du poids et la corpulence dans le corps désirable est asymétrique pour les femmes et pour les hommes. Autant le sous-poids est dévalorisant chez les hommes, autant le surpoids est dévalorisant chez les femmes. Pour les femmes, la beauté est ramenée à une norme de minceur. Pour les hommes, la beauté est associée à un corps musclé donc plus volumineux. Ces inégalités ont un impact dans les rapports de séduction mais aussi dans la hiérarchie socio-professionnelle.

« La corpulence est donc un critère de distinction entre hommes et femmes qui ne tient pas seulement aux différences – naturalisées – de constitution physique, mais également, et peut-être surtout, aux modes de façonnement et d'appréhension du corps qui caractérisent la domination masculine. » (Saint Pol, 2010).

La pression sociétale est ainsi beaucoup plus forte sur le corps des femmes que sur le corps des hommes. Les femmes sont donc implicitement plus soumises que les hommes à avoir des pratiques alimentaires et sportives visant à modeler le corps pour se rapprocher du poids idéal et d'un corps désirable. Ainsi les femmes sont-elles deux fois plus enclines que les hommes à faire des régimes (ibid.). Par ce fait elles présentent une plus forte disposition à développer des troubles des conduites alimentaires (TCA).

1.4 DE LA DIFFICULTE D'AVOIR UN POIDS IDEAL

A trop jouer avec son poids, c'est notre poids qui finit par se jouer de nous, en jouant au yoyo. Dans la majorité des observations cliniques que j'ai pu réaliser ou qui m'ont été rapportées, il s'avère que la mise au régime est un élément déclencheur ou accélérateur de la prise de poids. Dans 80% des cas on assiste à un rebond pondéral un an après l'arrêt du régime, et ce le pourcentage augmente avec le temps (ANSES, 2010). Comme me l'a dit un jour une patiente avec humour : *« Moi à chaque fois que je fais un régime, je perds des kilos que je reprends tout de suite, la TVA en plus ! »* (Dalarun, 2015).

Dans la majorité des cas le phénomène du yoyo est donc ascendant et cela s'explique très bien physiologiquement. : *« Une perte de poids entraîne une perte de masse maigre (dont la masse musculaire) qui induit une baisse de la dépense énergétique de repos (principale composante des dépenses énergétiques). Ainsi, les apports énergétiques permettant le maintien du poids après un régime amaigrissant sont inférieurs à ceux qui permettaient le maintien d'un poids stable avant ce régime amaigrissant. L'absence d'adaptation du sujet à ce niveau d'apport énergétique favorise la reprise de poids, préférentiellement sous forme de masse grasse. »* (ANSES, 2010).

C'est ainsi que, sous l'effet du yoyo, nous observons des personnes ayant de plus en plus de masse grasse et de moins en moins de masse musculaire pour porter les kilos acquis. L'impact physique, psychologique et comportemental en est destructeur.

Le poids est en fait une « constante variable » selon les physiologistes régie par un « *pondérostat* » ou « *adipostat* » qui concourt à maintenir le poids corporel autour d'une valeur de consigne appelée aussi *set point* (Waysfeld, 2003). Cette valeur a tendance naturellement à augmenter avec l'âge. Mais sous l'effet de régimes amaigrissants successifs elle se dérègle et

augmente de façon beaucoup plus rapide et conséquente, avec une capacité limitée voire impossible à se rétablir. Ce pondérostas fonctionne comme une roue crantée, elle peut très aisément tourner dans un sens, celui de la hausse, mais très difficilement tourner dans l'autre sens, celui de la baisse. On estime que lorsqu'un sujet a conservé un poids stable pendant plusieurs années, il est quasiment impossible qu'il se maintienne à plus de 15 ou 20% en dessous de son poids initial (Waysfeld, 2013).

1.5 LA LUTTE CONTRE LA GROSSOPHOBIE, UN COMBAT FEMINISTE

On ne naît pas grosse mais on le devient comme le suggère le titre du livre-témoignage de Gabrielle Deydier (Deydier, 2017). On devient grosse avant tout par les stéréotypes, la stigmatisation, la discrimination et la grossophobie³ véhiculés par le regard de l'autre. Depuis plus de 20 ans, un certain nombre d'associations luttent contre la discrimination des personnes obèses⁴ et la grossophobie. Ces combats sont le plus souvent menés par des femmes : Anne Zamberlan (aujourd'hui décédée) a été la première en France avec *Allegro Fortissimo*, Sylvie Benkemoun avec le Groupe de Recherche sur l'Obésité et le Surpoids, Gabrielle Deydier avec *Gras Politique*, Roxanne Gay aux Etats-Unis. Ils s'inscrivent le plus souvent dans une démarche féministe car ce sont les femmes qui sont les premières cibles des violences grossophobes (Grangeard, 2019).

Virginie Despentes, dans le tome 1 de *Vernon Subutex*, décrit en quelques lignes ce que peut subir une personne obèse au quotidien :

« On peut tout se permettre avec les gros. Leur faire la morale à la cantine, les insulter s'ils grignotent dans la rue, leur donner des surnoms atroces, se foutre d'eux s'ils font du vélo, les tenir à l'écart, leur donner des conseils de régime, leur dire de se taire s'ils prennent la

³ Terme inventé en 1994 par Anne Zamberlan dans « Coup de gueule contre la grossophobie » (Zamberlan, 1994).

⁴ La discrimination en raison de l'apparence physique est reconnue en France en vertu de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 modifiée par la loi n° 2017-256 du 28 février 2017 (art. 70). Elle est punie par le code pénal (art. 225-2) dans trois domaines d'application : 1/ la fourniture d'un bien ou d'un service ; 2/ l'accès à un emploi public ou privé ; 3/ l'accès aux services publics. La peine encourue est de trois ans d'emprisonnement et de 45000€ d'amende, portée à 5 ans d'emprisonnement et 75000€ d'amende si la discrimination est commise dans un lieu accueillant du public (www.legifrance.gouv.fr).

parole, éclater de rire s'ils avouent qu'ils aimeraient plaire à quelqu'un, les regarder en faisant la grimace quand ils arrivent quelque part. On peut les bousculer, leur pincer le bide ou leur mettre des coups de pied : personne n'interviendra. » (Despentes, 2015)

Ce mépris et cette violence à l'égard des personnes sont d'abord le fruit d'un ensemble de stéréotypes⁵ les concernant. En bref, le stéréotype consiste à expliquer ce que les gens font par ce qu'ils sont. De façon non exhaustive voici les principaux stéréotypes touchant les personnes obèses : paresse, fainéantise, manque de volonté, incapacité physique, saleté, laideur, méchanceté ou jovialité, manque d'intelligence, manque de compétences, absence de relations affectives, incapacité à avoir des relations sexuelles. Les stéréotypes engendrent la stigmatisation. Selon Erving Goffman, la stigmatisation est un processus de discréditation qui touche un individu considéré comme « *anormal* », « *déviant* ». Il est alors réduit à cette caractéristique dans le regard des autres (Benkemoun, 2015). Les personnes stigmatisées intériorisent souvent le regard des autres et assimilent ainsi les stéréotypes du groupe auquel elles appartiennent, ce qui entraîne un processus d'auto-dévalorisation et une baisse de l'estime de soi qui peuvent conduire à la dépression. Werner J. Cahnman est le premier en 1968 à avoir étudié la stigmatisation des personnes obèses : « *Par stigmatisation, nous signifions le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale* » (Ibid.). La stigmatisation ne crée pas l'obésité, mais elle l'aggrave et l'entretient dans un cercle vicieux. Elle désocialise le rapport à l'alimentation, accroît l'anxiété du mangeur, ce qui brouille les signaux internes de faim et de satiété, et favorise les conduites de compensation. En somme, la stigmatisation des obèses aggrave leurs troubles des conduites alimentaires (TCA) et les conduit à prendre du poids.

La stigmatisation entraîne la discrimination qui est un phénomène d'exclusion sociale contraire aux droits humains et touchant différents domaines : l'accès à l'enseignement supérieur, l'accès à l'emploi, le niveau de revenus, la promotion professionnelle, la vie domestique (Ibid.).

La discrimination et la stigmatisation caractérisent ce qu'on appelle aujourd'hui la grossophobie.

⁵ « *Les stéréotypes sont des croyances partagées concernant les caractéristiques personnelles d'un groupe de personnes.* » (Leyens, Yzerbyt & Schardron, 1996).

La grossophobie s'exprime malheureusement aussi dans le corps médical et soignant (GROS, 2018 ; Gay, 2019). Le témoignage de mes patientes est parfois accablant, ce qui les pousse à fuir les consultations médicales, à se retrouver parfois sans médecin traitant et sans gynécologue.

1.6 DE LA RECHERCHE DE MINCEUR A LA HAINE DE SOI

La recherche de minceur est le plus souvent liée à une intention d'éviter les stéréotypes liés à l'obésité, d'échapper à la stigmatisation et à la discrimination décrites plus haut. Cette recherche s'exprime principalement par la mise au régime. Elle est motivée différemment selon le genre, même si elle provient d'une décision personnelle pour les deux sexes. Les hommes sont davantage motivés pour des raisons de santé tandis que les femmes le sont pour des raisons esthétiques, ces dernières étant plus influencées par les médias (Saint Pol, 2010). Derrière les raisons esthétiques se cache souvent des motivations liées à la séduction, à la recherche d'un compagnon ou d'une compagne, mais aussi à la recherche d'un travail. Ces différentes motivations étant le plus souvent sous-tendues par une mauvaise estime de soi. Le terrain initial présente donc des fragilités qui ne feront que se renforcer au fil des mesures alimentaires restrictives, associées parfois à des tentatives d'augmenter l'activité physique.

L'effet yoyo décrit plus haut va non seulement favoriser une prise graduelle de poids, mais induire en plus des complications d'ordre métabolique (diabète de type II), d'ordre cardio-respiratoire (essoufflement), d'ordre biomécanique (douleurs rhumatologiques), d'ordre cutané (vergetures), d'ordre neurovégétatif (hypersudation), etc.

Il va également induire des troubles des conduites alimentaires (TCA) dont le premier est la restriction cognitive, que l'on pourrait qualifier de trouble alimentaire iatrogène, car il est la conséquence directe des régimes prescrits ou encouragés par la médecine. La restriction cognitive a pourtant été décrite et définie depuis 1975 par Herman et Polivy : « *La restriction cognitive se définit comme une intention de contrôler ses apports alimentaires dans le but de maigrir ou de ne pas grossir. Elle suppose donc une double préoccupation, alimentaire et corporelle. Elle se caractérise par un contrôle mental ou cognitif du comportement alimentaire par opposition à un contrôle par les facteurs internes et sensoriels.* » (Herman, Polivy, 1975).

La restriction cognitive tourne à l'obsession alimentaire qui entraîne une désinhibition de type compulsif, boulimique ou hyperphagique. Mais elle peut aussi réussir, si l'on peut dire, en débouchant vers une restriction chronique de type anorexique. Elle peut donc aboutir à deux situations extrêmes et opposées : l'anorexie ou l'obésité.

Les conséquences psychologiques sont tout aussi désastreuses. La prise de poids progressive au fil des régimes, est le signe d'un échec récurrent qui conduit à une baisse de l'estime de soi associée à une image corporelle abîmée. Elle peut ainsi se transformer en haine ou dégoût de soi et déboucher finalement vers des états dépressifs sévères. Si la dépression peut entraîner des conduites alimentaires compulsives et/ou hyperphagiques développant une obésité (voir infra 1.7), elle en est plus fréquemment la conséquence.

Bien que la communauté scientifique et médicale soit pourtant bien informée des effets délétères des régimes (ANSES, 2010), la prescription alimentaire est toujours en vigueur chez les médecins de ville et chez les médecins hospitaliers, selon le constat du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids qui plaide en faveur d'une alimentation intuitive, fondée sur la sensorialité alimentaire (GROS, 2010).

1.7 LES DIFFERENTES OBESITES ET LEURS EVENTUELS DETERMINANTS PSYCHO-TRAUMATIQUES

On décrit communément trois types d'obésités selon le contexte et la période d'apparition (Dalarun, Gaumet, 2015) :

1. *L'obésité constitutionnelle* qui se déclare dès l'enfance et qui subsiste à l'âge adulte. Elle est le résultat de facteurs génétiques, comportementaux et environnementaux.
2. *L'obésité acquise* qui se déclare à la préadolescence ou à l'âge adulte. Elle est liée à une prise alimentaire excessive au regard d'une activité physique insuffisante. Elle peut aussi survenir avec l'effet yoyo des régimes.
3. *L'obésité réactionnelle* se déclenche à tout âge en réaction à un événement traumatique : deuil, accident, agression, viol, inceste, etc. Cette forme d'obésité est décrite par Hilde Bruch comme étant un moyen défensif pour lutter contre l'angoisse ou la dépression survenues après l'épisode traumatique (Bruch, 1975).

Ce partage est schématique, des tableaux mixtes peuvent aussi s'observer.

Si Bruch évoque la possibilité de développer une obésité à la suite d'un traumatisme, cet aspect est peu ou pas développé en médecine de l'obésité. Quant à l'impact éventuel d'un traumatisme sexuel, il y est parfois fait allusion au sein d'une longue liste de déterminants divers et variés, sans plus de précisions. Autrement dit ce fait est très peu étudié et documenté, alors qu'entre cliniciens nous remarquons une fréquence importante de traumatismes sexuels au sein de notre patientèle de personnes obèses.

Catherine Grangeard, psychanalyste, y apporte l'interprétation suivante : « *Les formes féminines sont vécues comme dangereuses, c'est un grand classique dans l'obésité comme dans l'anorexie ; parce qu'un trauma sexuel s'est produit effectivement et que se protéger est impératif, par fantasme de ce qui pourrait arriver. [...] Les formes vécues comme trop sexuelles sont gommées soit par la maigreur (il n'y a plus que le squelette), soit par l'excès de gras (qui noie les seins, les fesses, dans un amas auto-désigné comme difforme, informe). Le but est atteint, la personne n'est plus regardée en tant qu'objet du désir d'un autre, désir vécu comme violent, violeur...* » (Grangeard, 2010).

Par ailleurs, il n'existe pas UNE typologie psychologique spécifique à l'obésité comme le souligne Michelle Le Barzic : « *Les études scientifiques ont échoué à mettre en évidence une personnalité ou une psychopathologie spécifiques pouvant être désignées comme LE « facteur psychologique pathogène » responsable du développement de toute obésité chez l'homme.* » (Le Barzic, 2004).

Nous sommes donc face à une constellation de désordres psychologiques primaires pouvant conduire à l'obésité via une désorganisation du comportement alimentaire de type compulsif et/ou hyperphage.

Bernard Waysfeld relève plusieurs facteurs psychologiques et psychosociologiques jouant un rôle dans l'apparition et la persistance des troubles alimentaires (Waysfeld, 2013). Il souligne le rôle de la dépression, du stress, des tendances addictives. Il pointe aussi le rôle de certaines organisations psychiques de type psychosomatique⁶ où dominant l'oralité et la présence de traits

⁶ L'organisation psychosomatique a été décrite par Fain, Marty et de M'Uzan en 1962, comme étant le reflet d'une « pensée opératoire », tournée vers le concret et le réel, où l'expression langagière des émotions est absente.

alexithymiques⁷. Selon lui la personne obèse, dans certains cas, mangerait ses émotions dans une tentative de ne pas les ressentir.

Voilà qui pourrait nous rapprocher d'une explication traumatique de certaines prise de poids, mais peu de spécialistes de l'obésité, mise à part Catherine Grangeard, font état d'un lien entre les violences sexuelles et l'obésité. Pourtant comme nous allons le voir la littérature abonde dans ce sens.

⁷ L'alexithymie, concept établi par Nemiah et Sifneos en 1972, peut se résumer comme étant la difficulté voire l'impossibilité de ressentir ses émotions et de les exprimer.

2 LES VIOLENCES SEXUELLES

2.1 DEFINITIONS LEGALES DES DIFFERENTES FORMES DE VIOLENCES SEXUELLES

Selon le droit français : « *Les violences sexuelles portent atteinte aux droits fondamentaux de la personne notamment à son intégrité physique et psychologique. Elles sont l'expression de la volonté de pouvoir de l'auteur qui veut assujettir la victime. Le responsable de l'agression sexuelle est l'auteur quelles que soient les circonstances de la violence sexuelle.* » (stop-violences-femmes.gouv.fr, 2018).

Les différentes formes de violences sexuelles punies par le code pénal sont les suivantes :

1. Le viol

Le viol est un crime. Il se définit 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.* » (Ibid.). La pénétration concerne les orifices corporels suivants : bouche, vagin, anus. Elle peut être réalisé par le pénis, par le doigt ou par un objet. La peine encourue est de 15 ans d'emprisonnement. Elle passe à 20 ans en cas de circonstances aggravantes. La juridiction compétente est la cour d'assises. Le viol peut être utilisé comme arme de guerre et peut être assimilé à un acte de torture.

2. Les agressions sexuelles

Les agressions sexuelles différenciées du viol sont considérées comme des délits. Elles se définissent comme « *un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise* » (Ibid.). Sont intégrés les caresses et les attouchements sur les parties sexuelles ou connotées sexuellement : les fesses, le sexe, les seins, la bouche, les cuisses. Depuis 2013, constitue également une agression sexuelle « *le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à se livrer à des activités sexuelles avec un tiers* » (Ibid.). La peine encourue pour une agression sexuelle est de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Elle passe à 7 ou 10 ans lorsque l'agression est commise avec une ou plusieurs circonstances aggravantes

mentionnées ci-dessus pour le viol. La juridiction compétente est le tribunal correctionnel.

3. Le cas particulier de l'inceste

« L'inceste détruit la confiance de l'enfant envers ses figures d'attachement fondamentales, et le réduit à un objet sexuel au mépris de ses besoins fondamentaux et dans le déni de sa souffrance. » (Salmona, 2015). C'est pourquoi certains militent pour que l'inceste soit un crime imprescriptible au même titre que les crimes contre l'humanité (Fleury, 2002). Jusqu'au 12 mai 2015 l'inceste sur mineur n'était pas mentionné en tant que tel par la loi française. Il était considéré comme une circonstance aggravante d'un viol, d'une agression sexuelle ou d'une atteinte sexuelle sur un mineur. La qualification d'inceste était alors assujettie à la caractérisation de non-consentement de la victime (Salmona, 2015). La loi votée en 2015 est saluée par les associations de défense de l'enfance, mais ne représente selon elles qu'une avancée timide *« pour que les violences sexuelles intra-familiales soient vraiment prises en compte à la hauteur de leur spécificité et de leur impact. »* (Ibid.).

4. Les autres formes de violences sexuelles

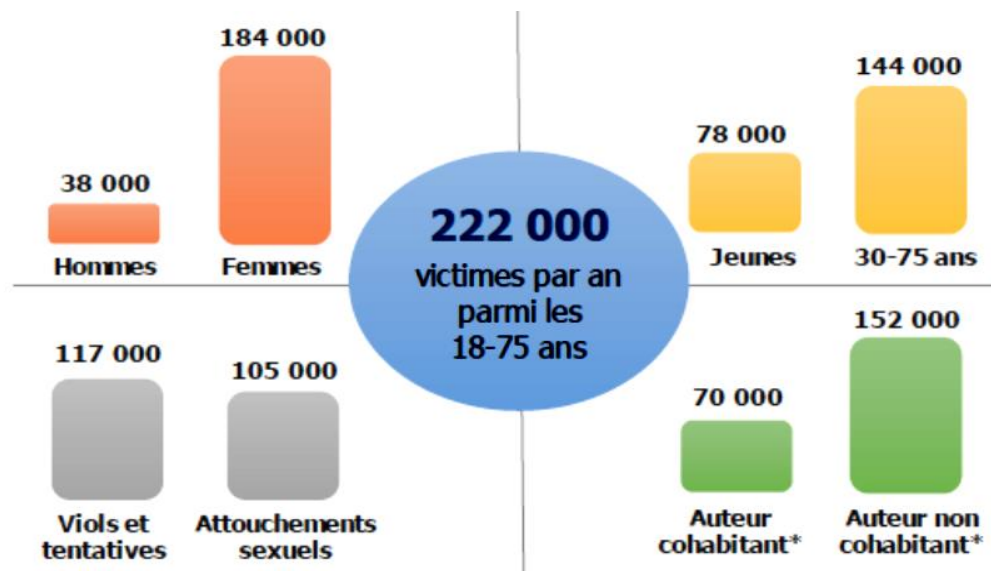
Sont également considérés comme délits punis par le code pénal et jugés par le tribunal correctionnel : l'exhibitionnisme, le voyeurisme et l'administration de substances en vue de commettre un viol ou une agression sexuelle, le harcèlement, l'outrage sexiste. Parmi les violences sexuelles les plus graves, constituant un crime : les mutilations génitales féminines, le proxénétisme et infractions assimilées.

Dans tous les cas cités, un phénomène est à l'œuvre sans qu'il soit explicitement mentionné par la loi : la relation d'emprise psychologique. La relation d'emprise est un abus de pouvoir caractérisé sur la victime sur laquelle l'agresseur exerce sa domination.

2.2 LES CHIFFRES DES VIOLENCES SEXUELLES

Selon l'enquête Cadre de Vie et Sécurité (CVS) publiée en 2017 par Interstats, ayant étudié les violences sexuelles en France métropolitaine sur la période 2008-2016, chez des personnes âgées de 18 à 75 ans, 222 000 victimes ont été identifiées (soit 0,5% de cette population en moyenne), les deux sexes confondus, en ménage ou en dehors du ménage (Figure 3).

Figure 3 : les victimes de violences sexuelles en France métropolitaine sur la période 2008-2016



* au moment de l'enquête

Champ : individus âgés de 18 à 75 ans de France métropolitaine. Source : enquêtes CVS 2009-2017, Insee-Onsrp-Smrsi.

Les chiffres de l'enquête Virage publiée en janvier 2017 par l'Ined sont nettement amplifiés pour le chiffre global de violences sexuelles par rapport à ceux de l'enquête CVS, eu égard à des protocoles de collecte différents et des catégories juridiques plus complètes. Nous relevons ainsi 580 000 femmes (2,90%) et 197 000 hommes (1,03%), âgés de 20 à 69 ans, qui déclarent avoir subi une agression sexuelle au cours de la dernière année (Figure 4). En revanche l'enquête CVS donne un chiffre sensiblement supérieur pour les viols et tentatives de viols concernant les femmes : 117 000 pour CVS et 89 500 pour Virage. Les violences sexuelles concernent toutes les catégories socio-professionnelles.

Figure 4 : proportions dans les 12 derniers mois et effectifs annuels de victimes de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) par catégorie juridique et par sexe (Virage, 2017).

Catégorie juridique	Femmes		Hommes	
	%	Effectif de victimes	%	Effectif de victimes
Viol	0,26	52 500	0,01	2 500
Tentative de viol	0,18	37 000	0,01	1 000
Autre agression sexuelle	2,76	552 500	1,00	185 000
Autre acte ou pratique sexuel.le forcé.e ⁽¹⁾	0,05	10 000	0,08	15 500
Toutes catégories juridiques ⁽²⁾	2,90	580 000	1,03	197 000
Effectif observé	15 556		11 712	

Source: Ined, enquête Virage 2015.

Champ: Femmes et hommes âgé.e.s de 20 à 69 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire.

La grande majorité des agresseurs au cours de la vie sont majoritairement des hommes. Ils le sont quasiment à 100% pour les violences faites aux femmes (Virage, 2017).

Dans plus de 80 % des cas, les violences sexuelles sont commises par des proches et des personnes connues des victimes⁸.

L'enquête CVS (2017) relève les proportions suivantes concernant les victimes (individus de 18 à 75 ans, « en dehors du ménage ») et les agresseurs :

- 53% des victimes, ont subi un viol ou une tentative de viol
- 83% des victimes sont des femmes (35% d'entre elles ont entre 18 et 29 ans)
- 66% des victimes connaissaient personnellement leur agresseur
- 30% des agresseurs sont les conjoints ou ex-conjoints
- 9% des agresseurs font partie du cercle familial
- 6 victimes sur 10 ont été agressées à leur domicile
- 6 victimes sur 10 ont des séquelles psychologiques importantes
- 1 victime sur 5 déclare avoir consulté un.e psychiatre ou un.e psychologue
- 1 victime sur 12 porte plainte

Notons le faible taux de prise en soin médico-psychologique au regard de l'impact des séquelles psycho-traumatiques que nous allons maintenant détailler.

⁸ Référence au cours de Laura Beltran et Sokhna Fall « Aspects psychologiques des violences et abus sexuels » donné le 25/05/2019 dans le cadre du DU de Santé Sexuelle et Droits Humains (Paris Diderot).

2.3 LES CONSEQUENCES TRAUMATIQUES DES VIOLENCES SEXUELLES

Les conséquences à court, moyen et long terme des violences sexuelles représentent un problème majeur de société et de santé publique (Salmona, 2010).

La gravité des conséquences sanitaires des violences sexuelles dépend de plusieurs paramètres (Thomas, 2015) :

- Les caractéristiques des violences subies : la forme (le viol avec pénétration est plus désastreux qu'une tentative de viol ou des attouchements), l'intensité et la répétitivité de l'agression.
- La coexistence de violences physiques (coups, blessures) et psychologiques (humiliations, menaces).
- L'âge des victimes : les violences subies pendant l'enfance ont des effets pathogènes plus lourds et prédisposent à une récurrence à l'âge adulte.
- Le sexe des victimes ne semble pas être un critère à retenir : selon certaines études l'impact est le même pour les femmes et les hommes, pour d'autres études il est plus important pour les femmes et inversement.
- L'environnement social et familial est un élément peu documenté, mais il est probable qu'un environnement bienveillant et protecteur atténue l'impact traumatique sans pour autant l'éliminer.

Les conséquences sont d'ordre somatique, psychique, comportemental et relationnel. Elles sont fréquemment liées à un syndrome de stress post-traumatique. Il est à noter que les conséquences de tous ordres sont étroitement intriquées et que les démarches thérapeutiques devraient être de ce fait pluri-modales et coordonnées.

2.3.1 Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

Thomas, dans sa revue de littérature, rappelle l'ensemble des troubles psychiques et comportementaux qu'on retrouve fréquemment après des violences sexuelles (Ibid.) :

- Troubles de l'humeur : dépression, trouble bipolaire.
- Troubles anxieux : anxiété, panique, agoraphobie, obsessions, phobies, syndrome de stress post- traumatique.

- Troubles de la personnalité : irritabilité, faible estime de soi, conduites suicidaires, automutilations, fugues, instabilité, troubles du comportement.
- Troubles du sommeil : insomnies, cauchemars, terreurs nocturnes.
- Troubles du comportement alimentaire : anorexie, boulimie, hyperphagie.
- Troubles addictifs : alcoolisme, tabagisme, toxicomanie

La sexualité est évidemment un domaine particulièrement impacté par les violences sexuelles. Muriel Salmona relève notamment les points suivants (Salmona, 2010) :

- Evitement de toute activité sexuelle ou grande difficulté à avoir des rapports sexuels (angoisses, attaques de panique, nausées, vaginisme) ou absence de plaisir (anesthésie des zones érogènes).
- Phobie des examens gynécologiques, de la grossesse, des infections urinaires.
- Comportements sexuels à risque.

Dans cette liste, non exhaustive, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT)⁹ ou état de stress post-traumatique (ESPT) a une place à part, de par la pluralité, la profondeur et la durabilité de ses conséquences.

Le SSPT s'observe au cours des guerres, à la suite d'un attentat, d'actes de torture, d'un grave accident ou d'un viol ; il est fréquent après une agression sexuelle, sa prévalence variant entre 30 et 80 % après un viol (Ibid.).

Précisons que trauma n'est pas traumatisme. Le trauma une blessure physique ou psychique provoquée par une violence externe. Dans le cas d'un viol cette violence est une effraction à la fois physique et psychique. Le traumatisme quant à lui est la somme des effets somatiques et psychologiques provoqués par le trauma.

En référence au *DSM5*¹⁰, voici résumés les critères diagnostiques du SSPT pour les adultes et les enfants de plus de six ans :

⁹ Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) en anglais.

¹⁰ Le *DSM* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) est le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publié par l'association américaine de psychiatrie, c'est une référence internationale incontournable.

1. Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave, à une menace de son intégrité physique ou de celle des autres, ou à des violences sexuelles, causant une peur intense, l'horreur ou l'impuissance.
2. Présence de symptômes d'intrusion :
 - Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants.
 - Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse.
 - Perturbations dissociatives (rappels d'images, flashbacks, dépersonnalisation, déréalisation).
3. Evitement persistant des stimuli après le ou les événements traumatiques :
 - Evitement des rappels internes (souvenirs, pensées ou sentiments) relatifs à l'événement traumatisant et qui provoquent un sentiment de détresse.
 - Evitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui provoquent des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant et qui provoquent un sentiment de détresse.
4. Altérations des cognitions et de l'humeur :
 - Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (en raison d'une amnésie dissociative).
 - Etat émotionnel négatif persistant (peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte). Incapacité persistante de ressentir des émotions positives.
 - Sentiments de détachement par rapport aux autres.
5. Profondes modifications de la réactivité : irritabilité et accès de colère, comportement irréfléchi ou autodestructeur, hypervigilance, réaction de sursaut exagéré, problèmes de concentration, troubles du sommeil.

Selon le *DSM5*, le SSPT est avéré si les symptômes décrits durent plus d'un mois et si la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle.

2.3.2 Les mécanismes neurophysiologiques du SSPT

Selon Peter Levine (2004-2009) il existe trois types de réponses défensives possibles face à une agression traumatique :

- 1/ lutter contre l'agresseur (*fight*) ;
- 2/ fuir l'agresseur (*flight*) ;
- 3/ être paralysé face à l'agresseur (*frooze*).

Le SSPT se constitue généralement quand les deux premières réponses sont impossibles et que la troisième s'impose alors comme seul moyen de survie, non pas vis-à-vis de l'agresseur mais vis-à-vis de l'organisme lui-même. La victime est alors tétanisée, sidérée. Des mécanismes neurophysiologiques sous-tendent l'installation de cet état de sidération. Ces mécanismes concernent principalement une petite structure sous-corticale cérébrale qui joue un rôle dans la réponse au stress : l'amygdale. Lors de l'agression, l'amygdale commande la sécrétion d'adrénaline et de cortisol en grande quantité. Ce qui aboutit à un stress dépassé qui représente un risque cardiovasculaire et neurologique pouvant conduire à la mort par autodestruction. Un mécanisme de sauvegarde fait alors disjoncter ce processus grâce à la sécrétion d'hormones proches de la morphine et de la kétamine. A ce stade la victime présente un tableau de sidération traumatique : elle est paralysée, incapable de réagir et de penser. Le risque vital est enrayé mais cette réaction à un coût exorbitant que la victime devra parfois payer durant toute sa vie.

En effet deux symptômes apparaissent ensuite :

- une dissociation traumatique, citée dans le *DSM5*, « *se traduisant par une anesthésie émotionnelle et physique, la victime se sent spectatrice des événements, comme détachée et privée de ses émotions et de ses ressentis, elle a un sentiment d'irréalité et de dépersonnalisation, avec une perte de ses repères temporo-spatiaux.* » (Salmona, 2016).
- une mémoire traumatique émotionnelle qui n'est pas intégrée à la mémoire autobiographique habituelle et qui « *va faire revivre à l'identique les pires moments, de façon incontrôlée et envahissante, avec la même terreur, les mêmes*

douleurs, les mêmes ressentis sensoriels sous forme de flashbacks (images, bruits, odeurs, sensations, etc.), comme une machine à remonter le temps qui se déclenche au moindre lien rappelant les violences et leur contexte. » (Ibid.)

Retenons qu'un trauma sexuel est un évènement majeur qui résonnera à jamais dans la vie d'une personne, entraînant une somme de conséquences indélébiles même si une reconstruction est possible grâce à une démarche thérapeutique adaptée (Cormon, 2004).

2.3.3 Les conséquences somatiques

Liées ou non au SSPT, Thomas distingue trois catégories de conséquences somatiques liées aux violences sexuelles, selon leur gravité et leur délai d'apparition (Thomas, 2015) :

1. les douleurs qui sont les manifestations les plus fréquentes
2. les troubles fonctionnels qui surviennent précocement
3. les troubles lésionnels, les plus graves et d'apparition plus tardive

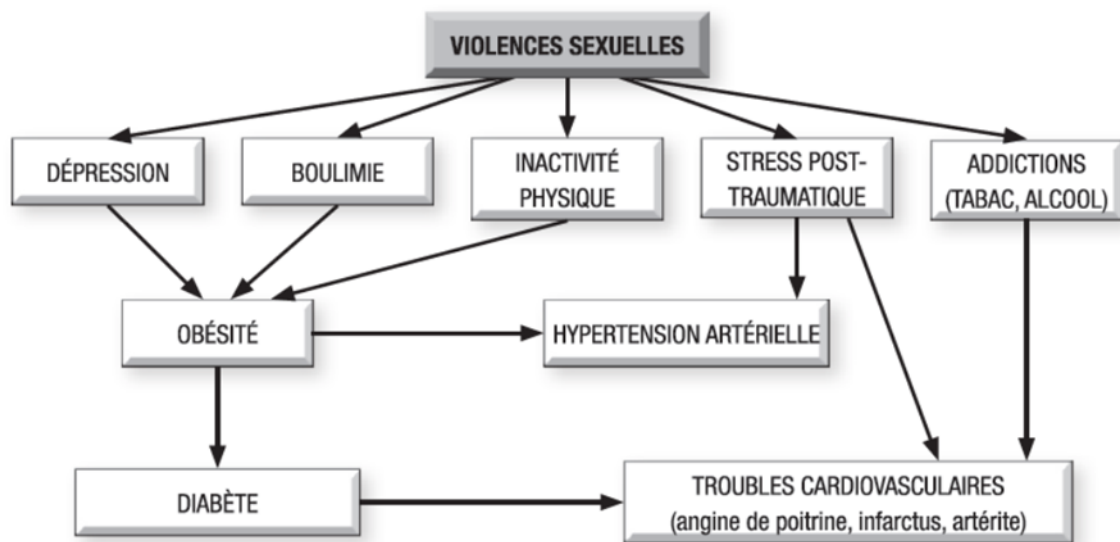
Plusieurs fonctions et de nombreux organes peuvent être affectés, ce qui entraîne plusieurs types de pathologies qui ont une fréquence d'apparition significative (Ibid.) :

- Digestives : désordres gastro-intestinaux, syndrome du côlon irritable.
- Musculaires et articulaires : douleurs, fibromyalgie.
- Neurologiques : céphalées, migraines, vertiges, bourdonnements, crise comitiale non épileptique.
- Gynécologiques : lésions traumatiques immédiates, douleurs pelviennes chroniques, dysménorrhée, dyspareunie, endométriose, pertes vaginales, irrégularités menstruelles, ménorragies, fibromes utérins.
- Cardio-vasculaires (*Figure 5*) : hypertension artérielle, angine de poitrine, infarctus, artérite (troubles qui sont souvent la conséquence de comportements post-traumatiques à risque).
- Cancéreuses : une étude démontre qu'il y a un risque significativement plus élevé de 21% de développer un cancer chez les personnes ayant subi des violences sexuelles durant l'enfance.

- Infectieuses : les infections sexuellement transmissibles (IST) surviennent davantage soit au moment de l'agression soit à distance, faisant suite à des comportements sexuels à risque.
- Nutritionnelles et métaboliques (*Figure 5*) : obésité, diabète.

L'obésité apparaît clairement sur la *Figure 5* comme étant une conséquence indirecte des violences sexuelles via la dépression, l'inactivité physique et la boulimie. Elle n'est pas reliée au stress post-traumatique, ce qui est un point discutable.

Figure 5 : Mécanismes physiologiques impliqués dans la genèse des troubles métaboliques et cardiovasculaires induits par les violences sexuelles (Thomas, 2015).



2.3.4 Liens entre violences sexuelles et obésité

Les liens entre les violences sexuelles et l'obésité se font essentiellement via les troubles des conduites alimentaires (TCA). De nombreuses études internationales établissent effectivement des relations entre les TCA et les violences sexuelles (Salmona, 2017). Plus de 30% des victimes de violences sexuelles présentent des TCA (IVSEA, 2015). Parmi les TCA, l'hyperphagie boulimique¹¹ (en anglais BED, Binge Eating Disorder) peut conduire à

¹¹ L'hyperphagie boulimique se définit par des crises de boulimie répétées sans comportement compensatoire (vomissements, laxatifs, activité physique) avec un sentiment de perte de contrôle.

Les crises sont associées à au moins 3 des critères suivants :

- prise alimentaire extrêmement rapide et bien supérieure à la normale

l'obésité. Mais les perturbations alimentaires peuvent s'apparenter à de la polyphagie en prenant des formes diverses, dont le but semblerait-il est de se remplir par tous les moyens : l'hyperphagie prandiale¹², les grignotages, l'alimentation nocturne ou l'anarchie alimentaire qui alterne avec des périodes de restriction (Sanahuja, Houari, 2012).

De ces études internationales (Salmona, 2017), il ressort que :

- la majorité des personnes présentant des TCA ont subi des violences particulièrement dans l'enfance, et le plus souvent sexuelles ;
- une plus forte prévalence des TCA est observée chez les femmes, ce qui s'explique par le fait qu'elles sont plus touchées par les violences sexuelles ;
- l'hyperphagie boulimique est souvent associée au SSPT ;
- les violences sexuelles sont plus spécifiquement associées à la boulimie et à l'hyperphagie boulimique ;
- le risque d'obésité est augmenté par le SSPT ;
- les expériences négatives de l'enfance peuvent être retrouvées dans plus de 70% des cas d'obésité.

Dans une étude citée par Thomas, pour « *84 femmes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance et 89 femmes indemnes d'agression ayant été suivies pendant plusieurs années, le taux d'obésité était respectivement de 42 et 28 %.* » (Thomas, 2015).

L'hyperphagie et la boulimie peuvent répondre aux conduites d'évitement ainsi qu'aux conduites de dissociation rencontrées dans le SSPT (Salmona, 2017) :

- la prise de poids permet d'avoir un corps qui ne rappelle pas celui qui a subi les violences sexuelles ;
- la prise de poids permet d'avoir un corps qui ne soit pas désirable et/ou pour se sentir imposante, impossible à attraper, à soulever ou à immobiliser ;

-
- manger de grandes quantités de nourriture sans avoir faim
 - manger jusqu'à l'inconfort abdominal
 - manger seul pour ne pas se sentir observé
 - après les crises : dégoût de soi, dépression ou grande culpabilité

¹² Prise alimentaire excessive au moment des repas

- l'augmentation brutale de la glycémie va déclencher une disjonction avec une anesthésie émotionnelle qui permet d'être soulagé momentanément ;
- la boulimie peut déclencher un état de stress qui crée une sensation de dégoût et de nausées en rejouant une scène semblable à celle des violences subies.

2.3.5 Les liens particuliers de l'inceste avec l'obésité

En France, en 1999, les cas d'inceste représentaient 20% des procès d'assise, 75% des agressions sexuelles et plus de 57% des viols sur mineurs (Ciavaldini, Choquet, 2003).

L'enquête Virage 2017 relève que les viols, les tentatives de viols et les attouchements du sexe commis par des membres de la famille ou par des proches concernent une femme sur vingt, ces agressions étant d'une gravité importante. La même enquête recense que 93% des femmes, ayant subi un viol ou une tentative de viol par des membres de la famille ou par des proches, avaient moins de 18 ans au moment des faits, 59% avaient moins de 10 ans.

Outre les agressions citées ci-dessus, il est fait mention chez certains spécialistes du phénomène de « *nursing pathologique* »¹³, faisant référence à des « *agressions sexuelles muettes* » qui sont plutôt le fait des mères et qui consistent en des vérifications voire des explorations, sous couvert d'hygiène, des orifices anal et génital (Ciavaldini, Choquet, 2003). Un climat incestuel, qui peut s'exprimer par un exhibitionnisme ou des confidences érotiques de la part des parents, est à prendre en compte aussi (Ibid.).

Les violences sexuelles incestueuses sont donc nombreuses et aggravent la profondeur du traumatisme. Elles apparaissent souvent en relation avec une problématique pondérale telle que l'obésité. Les trois études cliniques présentées plus loin en témoignent (voir infra 5). Bessel Van der Kolk évoque le phénomène à travers l'expérience du médecin Vincent Felitti qui découvrit dans les années 1980 que « *la plupart* » des patients de son service souffrant d'obésité morbide avaient subi des « *sérvices sexuels* » au sein de leur famille durant leur enfance (Van der Kolk, 2018).

¹³ Référence au cours de Laura Beltran et Sokhna Fall « *Aspects psychologiques des violences et abus sexuels* » donné le 25/05/2019 dans le cadre du DU de Santé Sexuelle et Droits Humains (Paris Diderot).

Ce dernier cite aussi l'étude Putnam et Trickett qui a démontré qu'il existe un taux élevé d'obésité chez les victimes d'inceste qui étaient par ailleurs « *émotionnellement engourdies et fermées* » (Ibid.). D'autre part l'horloge biologique des filles victimes de viol incestueux s'accélère par une sécrétion précoce d'hormones sexuelles, elles sont ainsi formées un an et demi plus tôt que les autres.

La gravité signalée plus haut est due à plusieurs faits (Ciavaldini, Choquet, 2004) :

- La première agression est plus précoce que dans un cadre extra familial
- Les agressions sont plus fréquentes et s'étalent sur une durée plus longue
- Les victimes reçoivent souvent l'injonction de se taire

On peut supposer que le fait d'être agressé sexuellement par une personne sensée protéger la victime en tant que parent ou proche aggrave les séquelles traumatiques comme l'a suggéré le psychanalyste Sandor Ferenczi¹⁴. On peut imaginer alors que l'anesthésie corporelle soit plus profonde et que le gros corps puisse constituer le dernier recours pour se protéger d'agressions souvent répétées lorsqu'elles ont lieu au sein de la famille (voir le cas de Célia, infra 5.1). Je développerai ces hypothèses dans la discussion.

¹⁴ Ferenczi en 1932, a exposé la théorie de la « *confusion de langues entre les adultes et l'enfant* » selon laquelle « *L'adulte interprète le désir de tendresse de l'enfant sur le plan d'une demande d'ordre érotique et sexuel. [...] L'enfant devrait refuser et se défendre mais, moralement sans aide, incapable de protestations, ignorant la sexualité ou paralysé par l'angoisse, il se soumet à ce qui est une agression de l'adulte.* » (Fleury, 2002).

3 LA THERAPIE PSYCHOMOTRICE, UNE THERAPIE PSYCHOCORPORELLE

3.1 DE LA PSYCHOMOTRICITE A LA THERAPIE PSYCHOMOTRICE

Avant d'être une profession, la psychomotricité fut d'abord un concept neurophysiologique, issu de la neuropsychiatrie du XIX^{ème} siècle.

En tant que profession, la psychomotricité, a été créée, en France, dans les années 1960 – 1970, un diplôme d'état ayant été créé en 1974. Etayée notamment par les travaux de Henri Wallon (1879-1962) et de Jean Piaget (1896-1980), inspirée par les travaux de Paul Sivadon (1907-1992) et François Gantheret (1934, 2018), et sous l'impulsion de Julian de Ajuriaguerra (1911-1993), la psychomotricité est née dans le creuset de la neuro-pédo-psychiatrie française.

Le métier de psychomotricien.ne est aujourd'hui une profession de santé encadrée par le code de la santé publique, elle repose sur une formation hospitalo-universitaire de trois années, validée par un diplôme d'état. Les psychomotricien.ne.s ont ainsi le statut d'auxiliaires médicaux et leur action doit faire l'objet d'une orientation médicale.

« La psychomotricité est très complexe à cerner dans sa diversité. [...] Sa position de non-inféodation à LA théorie du moment lui permet son effervescence et son dynamisme. Chaque psychomotricien peut, s'il le désire, se dire libre de ses choix théoriques. » (Pyreire, 2015).

De la même façon, les médiations corporelles utilisées sont extrêmement diversifiées : relaxation, yoga, danse, jeu, mime, clown, taï-chi, shiatsu, etc. Il appartient à chaque professionnel de les choisir parmi celles qu'il maîtrise parce qu'il les pratique, selon les dysfonctions à traiter et le type de relation d'aide qu'il juge bon de proposer à son patient.

Les populations intéressées par la psychomotricité vont aujourd'hui du nouveau-né à la personne âgée. Les pathologies et les troubles traités sont extrêmement variés. Ils concernent de nombreuses spécialités médicales : la psychiatrie et la pédopsychiatrie, la neurologie, la néonatalogie, la gériatrie, la nutrition et la médecine de l'obésité, l'oncologie, etc...

Cette profession recouvre trois orientations (Bénavidès, 2015) :

1. La première orientation, rééducative, a des objectifs à court terme, centrée sur le trouble à traiter, celui-ci touchant directement la sphère psychomotrice et ses fonctions

instrumentales : troubles de l'acquisition des coordinations (TAC, dyspraxie¹⁵), troubles spatio-temporels (difficultés à se repérer dans l'espace et dans le temps), troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), troubles de la latéralité, troubles du schéma corporel, troubles grapho-moteurs et plus globalement les troubles des acquisitions scolaires (liste non exhaustive).

2. La deuxième orientation est éducative ou préventive. Elle vise essentiellement le développement ou le maintien des fonctions psychomotrices du sujet par des actions de stimulations, d'apprentissages ou d'entraînement. Elle concerne essentiellement les deux extrêmes de la vie : l'enfance voire la toute petite enfance et la vieillesse. Son but est de favoriser l'autonomisation et l'adaptabilité du sujet.
3. La troisième orientation se définit comme thérapeutique, centrée sur la personne et tenant compte de la globalité et de la complexité de celle-ci. Elle a pour vocation d'utiliser des médiations corporelles afin d'aménager une relation contenant, où la personne en souffrance sera accompagnée sans limite de durée. Les indications sont très larges, elles touchent aussi bien la sphère psychologique que somatique, et peut donc potentiellement s'intéresser à la santé sexuelle de la personne.

3.2 DEFINITION DE LA THERAPIE PSYCHOMOTRICE

Précisons maintenant la définition de la troisième orientation de la psychomotricité, celle qui intéresse potentiellement la santé sexuelle et la sexologie, à savoir la thérapie psychomotrice qui s'inscrit dans le courant des thérapies psychocorporelles.

La thérapie psychomotrice ne vise pas la réduction des symptômes par une action ciblée, mais elle vise une réduction de la souffrance de l'individu par un processus de réorganisation globale qui met en jeu la relation de l'aidé et de l'aidant.

La notion de globalité mérite d'être précisée. Il serait plus juste d'employer le terme de complexité qui renvoie à différents auteurs dont Edgar Morin. Etymologiquement, complexité

¹⁵ La dyspraxie se définit par une mauvaise automatisation des apprentissages moteurs, elle se traduit par une mauvaise coordination des gestes, et est parfois associée à des problèmes d'orientation dans l'espace et le temps.

signifie « *ce qui est tissé ensemble* », de *complexus* en latin (Morin, 1998). L'un des avenants de cette théorisation est de définir les êtres vivants comme étant capables d'« *autoproduction de soi* » et d'« *auto-organisation de soi* ». Morin dirait même « *auto-éco-ré-organisation* » : « *éco* » pour ne pas oublier de situer le sujet dans un environnement donné, « *ré* » pour préciser la nature répétitive, circulaire et rythmique de cette dynamique (Morin, 1977). Le principe d'auto-éco-ré-organisation peut s'appliquer au processus thérapeutique qui doit créer les conditions d'un changement dont le patient est le principal artisan. Ce principe gouverne le développement psychomoteur de l'enfant qui se structure et s'autonomise progressivement au sein de son univers physique et relationnel.

La théorisation de Suzanne Robert-Ouvray nous ouvre une perspective intéressante qui peut s'intégrer au principe d'auto-organisation des êtres vivants et servir de modèle au processus qui se mobilise en thérapie psychomotrice.

Elle décrit un processus d'intégration motrice qui reflète la construction psychique de l'enfant selon différents niveaux d'organisation qui s'étaient successivement. Ces différents niveaux, symbolisés par l'acronyme TSAR, sont : la Tension, la Sensation, l'Affect, la Représentation. Robert-Ouvray ajoute un cinquième niveau qui est la symbolisation langagière (Robert-Ouvray, 1993).

Le niveau tonique comprend les variations vibratoires, allant du dur au mou, qui concernent les différentes structures, musculaire, viscérale et cutanée.

Le niveau sensoriel comprend toute la sensibilité proprioceptive, extéroceptive et intéroceptive, allant de l'agréable au désagréable.

Le niveau affectif comprend les variations émotionnelles et leurs manifestations allant du plaisir à la douleur, ce qui constitue une communication de base.

Le niveau représentatif amène le bébé à se représenter mentalement son monde intérieur et le monde extérieur, donc à différencier le soi du non-soi, à avoir une image de lui-même et d'autrui.

Le processus thérapeutique (auto-éco-ré-organisateur) consisterait alors à reconnecter le patient à son corps, au sein d'une dynamique relationnelle, afin qu'il retisse des liens entre les différents niveaux, faisant ainsi émerger une parole authentique, l'amenant à mettre des mots justes sur ce qu'il ressent, sur ce qu'il vit et ce qu'il désire.

En synthèse, voici la définition que j'apporte :

Prenant en compte la complexité de la personne humaine dans ses dimensions physique, biologique, émotionnelle, psychologique, culturelle et sociale, la thérapie psychomotrice a pour objet de soigner des personnes présentant une souffrance d'ordre organique, comportemental ou psychique, au sein d'une relation thérapeutique médiatisée par l'utilisation d'un ensemble de techniques corporelles mettant en jeu la sensorialité, la motricité et l'expressivité. La thérapie psychomotrice permet donc à la personne humaine, en se connectant à son corps, de puiser dans ses propres ressources afin de se réorganiser, au sein d'un certain environnement physique et social.

Mots-clés : corps, biologie, psychologie, émotions, social, comportement, sensorialité, motricité, expressivité, réorganisation.

Ainsi définie la thérapie la thérapie psychomotrice peut contribuer à l'amélioration de la santé sexuelle qui est, selon l'OMS (2002), « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination, ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les droits humains et droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés.* » (Troussier, 2015).

3.3 L'ATTITUDE DU THERAPEUTE EN PSYCHOMOTRICITE

Quelle que soit sa discipline ou son approche thérapeutique, le soignant est engagé dans un corps-à-corps avec la personne qu'il accompagne, ne serait-ce que par « *le voir et l'entendre* » (Sapir, 1980).

En thérapie psychomotrice, dans ce projet d'habiter son corps, de le réhabiliter, l'implication corporelle du thérapeute est essentielle et caractéristique de cette pratique. Le thérapeute en psychomotricité est en interaction permanente avec son patient par sa présence physique et son positionnement dans l'espace, par son regard, sa voix, sa gestuelle, ses mimiques, son toucher, par la prise en compte des modifications toniques de son propre corps. Nous ne sommes ni dans l'écoute neutre de l'approche psychodynamique, ni dans une tentative de changement comportemental comme dans les TCC¹⁶, mais plutôt dans une tentative d'accordage relationnel. L'implication corporelle du thérapeute en psychomotricité se situe entre l'écoute et l'agir (Pireyre, 2011).

Par sa simple présence vivante et active, le thérapeute en psychomotricité se met en relation avec la dimension corporelle et émotionnelle du patient : le thérapeute identifie ainsi son patient comme un être incarné qui éprouve des sensations et des émotions. Les exercices ou les outils utilisés ne sont que les médiateurs de cette relation, ils ne représentent pas à eux seuls la clé d'un changement. Les expériences proposées (relaxation, dialogue corporel, danse) servent à accompagner le patient dans un chemin qui l'éloigne du « faire » et le rapproche du « vivre ».

¹⁶ Thérapies Cognitives et Comportementales

4 LES CONCEPTS PSYCHOMOTEURS LIES A L'OBESITE ET A LA SANTE SEXUELLE

La thérapie psychomotrice utilise de nombreux concepts qui se réfèrent à différents courants : la psychanalyse, la psychologie cognitive, la théorie de l'attachement, les neurosciences, la pédagogie, la philosophie, les arts. Leur intérêt est d'étayer la clinique et de guider la pratique thérapeutique.

Les concepts retenus dans le contexte de cette recherche permettent d'analyser le vécu corporel des personnes obèses dont la sensorimotricité et plus largement le rapport au corps, sont souvent perturbés. J'évoquerai la nature de ces perturbations pour chacun de ces sept concepts.

Chacun d'eux permettra aussi d'apporter un éclairage théorico-clinique aux sept voies de la santé sexuelle décrites par Joëlle Mignot (2015), à savoir : l'autonomie, le consentement, l'égalité, la réciprocité, le respect, la sécurité et la satisfaction. Etant entendu qu'à l'inverse, un traumatisme sexuel emprunte les voies suivantes : dépendance, coercition, inégalité, partialité, mépris, détresse et stupeur.

Pour une meilleure lisibilité, les passages concernant l'obésité et la sexualité sont fléchés à la fin de chaque sous-chapitre.

4.1 CORPOREITE ET AUTONOMIE

Le principe de corporéité, bien qu'étant une notion philosophique, est central dans la conceptualisation psychomotrice, il est rapproché de la notion de « corps vécu ».

La corporéité désigne le fait que l'être humain doit son existence à son corps, un corps qui perçoit le monde, un corps qui se perçoit lui-même, et qui s'inscrit dans le psychisme, par le biais d'images multiples, réactualisées en fonction des expériences éprouvées.

La corporéité prend sa source dans l'œuvre de Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) qui s'attacha à l'étude de la « *Phénoménologie de la perception* » (1945). Pour Merleau-Ponty, la sensibilité corporelle est l'instrument de la connaissance du monde et du sujet lui-même. Cela n'est pas sans nous rappeler la célèbre devise attribuée à Socrate : « *Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'univers et les dieux* ». Merleau-Ponty marque un tournant, en Occident, dans la compréhension de la relation de l'individu à son corps et au monde. Il se détourne radicalement d'une pensée cartésienne encore largement à l'œuvre en 1945. Il nous rappelle que « *Ce qu'on cherche à*

posséder ce n'est pas un corps, mais un corps animé par une conscience », animé par des désirs pourrions-nous ajouter (Merleau-Ponty, 1945).

A la suite de Merleau-Ponty, Edgar Morin apporte un complément au concept de corporéité. Le corps est une « *machine vivante* » nous dit-il, à distinguer d'une « *machine artificielle* » car le corps peut s'auto-produire ce qui n'est pas le cas de l'artefact (Morin, 1977). Pour lui le corps fait partie de « *la famille Machin* » parce que le corps est à la fois « *machinal* » et « *machinant* », fonctionnant dans l'ordre et évoluant par le désordre, se détruisant et se reconstruisant sans cesse.

Voici en résumé les distinctions entre les deux termes :

Le corps est machinal	Le corps est machinant
• Objet • Dépendance • Matière / Energie • Action • Régulation • Besoins • Reproduction • Permanence des formes • Ordre • Répétition • Exercice • Information	• Sujet • Autonomie • Organisation / Circulation • Sensation • Existence • Désirs • Plaisir • Impermanence moléculaire • Désordre • Créativité • Expérience • Evènement

Morin précise : « *Effectivement, la machine artificielle est un être totalement dissocié entre son fonctionnement et sa constitution. Ce qui est actif dans l'artefact, c'est le fonctionnement ; ce qui est bouclé et régulé, c'est le fonctionnement. En revanche l'être de la machine existe sans la boucle, sans la régulation, sans le fonctionnement. Mais cet être, s'il n'y a plus de fonctionnement possible, cesse d'être machine et devient chose.* » (Morin, 1977).

L'être corporel n'existe donc pas sans son fonctionnement qui est fait de mouvements internes et externes. Ces mouvements régulent en permanence la constitution du corps et au-delà assurent la constance de l'identité de la personne.

S'appuyant sur le concept de corporéité, la thérapie psychomotrice contribue à remettre le corps en mouvement pour remettre le psychisme en mouvement. Plus largement, elle contribue à réinscrire la personne humaine dans un rapport autonome à l'environnement et à autrui. C'est par son corps que l'être humain conquiert son autonomie et sa liberté.

- La corporéité des personnes obèses est fréquemment perturbée par le dysfonctionnement d'un certain nombre de boucles physiologiques comme celle du pondéostat. Le volume et le poids du corps sont souvent instables sous l'effet yoyo des régimes. Cette dissociation entre la constitution corporelle et le fonctionnement corporel est caractéristique de la prise de poids pathologique, le bouclage de la production de soi est inflationniste et l'existence du moi-corporel est menacée. Les signaux de faim et de satiété sont mal ressentis et ne permettent plus une auto-régulation sensorielle qui est la seule fiable. Le système émotionnel est lui aussi soumis à des perturbations. Afin d'évaluer ces perturbations, j'ai mis au point un auto-questionnaire (non validé scientifiquement) qui permet d'apprécier la qualité de la corporéité dans ses différentes dimensions (voir annexe 1).
- La corporéité définit l'être humain comme un être autonome et libre, un être fait de besoins et de désirs, un être amené à se reproduire et aussi à éprouver du plaisir. La corporéité intègre donc la sexualité dans ses dimensions reproductive et hédonique. « *Dans le champ de la santé sexuelle individuelle, l'autonomie renvoie le sujet à se déterminer dans sa sexualité par lui-même, à choisir et agir librement.* » (Mignot, 2015). Dès lors il semble justifié d'inclure la corporéité dans les concepts fondateurs d'une bonne santé sexuelle et d'une sexualité épanouie. Comme nous le verrons plus loin dans les cas cliniques exposés, les psycho-traumatismes sexuels représentent une effraction dans la corporéité des sujets. Il alors est nécessaire de réinvestir la « maison-corps », de la réhabiter, de la réhabiliter pour mettre à distance le traumatisme vécu.

4.2 IMAGE DU CORPS ET RESPECT

Il y a autant de définitions du concept d'image du corps qu'il y a d'auteurs et d'ouvrages ayant traité de la question. Cette diversité est en partie liée à la difficulté d'en établir une évaluation fiable et précise. Bien qu'il existe des questionnaires¹⁷ : « *A l'heure actuelle, nous ne disposons pas d'outils techniques dédiés directement à l'image du corps* » (Pireyre, 2011).

Cette difficulté tient aussi au fait que l'image que nous avons de notre corps est éminemment subjective et particulièrement labile en fonction des différents états corporels que nous vivons : activité, inactivité, niveaux de vigilance, variations émotionnelles, excitation, fatigue, stress, etc. En outre, elle est composite car elle se construit à partir de différentes afférences sensorielles : visuelles, tactiles, auditives, olfactives, gustatives, viscérales, kinesthésiques.

Malgré toute cette complexité (ou grâce à cette complexité) une image du corps saine est suffisamment stable pour nous permettre quotidiennement de nous réveiller en sachant qui nous sommes. Elle est donc aussi garante de notre mémoire et de la continuité de notre sentiment d'existence. Si sa définition et son évaluation sont difficiles, l'image du corps est néanmoins un concept important pour le clinicien car elle constitue le socle sur lequel s'établit l'estime de soi. L'ouvrage princeps qui traite de la question, intitulé dans son édition originale de 1935 « *The image and appearance of the human body* » a été écrit par un psychiatre-psychanalyste autrichien Paul Schilder (1886-1940) en 1935, publié en français en 1968 sous le titre « *L'image du corps* » (Schilder, 1968). Contemporain de Freud (1856-1939), Schilder fût influencé par ce dernier dont on se souviendra cette citation de 1923 maintes fois reprises : « *Le moi est avant tout corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une surface* » (Freud, 1923-1927-1981). Une note, ratifiée par Freud en 1927, précise : « *Le moi est finalement dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut ainsi être considéré comme une projection mentale de la surface du corps, et de plus, comme nous l'avons vu plus haut, il représente la surface de l'appareil mental* » (Ibid.).

Un prolongement à cette définition sera donné par Didier Anzieu, avec l'invention du « *Moi-peau* » (Anzieu, 1985). L'enveloppe cutanée du corps est un élément constitutif majeur de notre

¹⁷ Questionnaire d'Image du Corps (QIC) de Bruchon-Schweitzer (1990), Body Awareness Questionnaire (Shields, Mallory & Simon, 1989)

image corporelle, mais ce n'est pas le seul. En fait, la conscience de l'existence du Moi s'établit sur une perception composite du corps (Pireyre, 2011).

Notre « Moi-Corps » s'établit sur un ensemble de perceptions organiques :

- Perception de la masse corporelle
- Perception du squelette et des articulations
- Perception des muscles et de leur activité
- Perception des viscères et de leur activité
- Perception de ses odeurs corporelles
- Perception de sa voix
- Perception visuelle de son corps

Françoise Dolto fût la première à insister sur ce caractère composite et en partie inconsciente de l'image du corps (Dolto, 1984). A la notion d'image inconsciente du corps, Dolto articule le concept de schéma corporel. De cette articulation naît la possibilité d'entrer en relation avec autrui (Dolto, 1984).

Le schéma corporel est davantage une notion neurophysiologique qui caractérise le corps en action. Il se développe essentiellement pendant les années de croissance et se fortifie grâce à la richesse des expériences sensorielles et motrices.

L'image du corps est plutôt une notion psychologique et psychanalytique qui caractérise le corps en relation avec autrui. Assimilable à une représentation mentale du corps, consciente ou inconsciente, l'image du corps s'établit sur la mémoire sensorielle, émotionnelle et affective des expériences du sujet avec le monde extérieur.

Cette distinction conceptuelle se recoupe avec les travaux d'Antonio Damasio. Ce dernier distingue une « *conscience-noyau* » organique qui s'inscrit dans l'ici et maintenant proche de celle de schéma corporel, et une « *conscience-étendue* » qui reflète l'identité et l'histoire passée et à venir du sujet, évoquant celle d'image du corps (Damasio, 1999-2002).

Plus récemment, Éric Pireyre, en partant du travail clinique en thérapie psychomotrice, souligne la difficulté de distinguer ces deux notions, car schéma ou image, le corps vécu est toujours teinté d'affectivité et de subjectivité dans une totale impermanence (Pireyre, 2011).

En fait, le terme « image » est trompeur car il fait référence à des données visuelles, or l'image du corps emprunte à tous les registres sensoriels et ne pourra jamais se confondre avec la réalité du corps. L'image de notre corps, c'est le corps qu'on s' imagine être ou avoir. Elle est donc plus liée à notre imaginaire, voire notre inconscient, et ne peut se réduire à une image spéculaire ou une photographie.

- L'image du corps et le schéma corporel des personnes obèses sont des éléments souvent perturbés. Les fluctuations pondérales et volumétriques impactent le schéma corporel. Il n'est pas rare d'entendre des patientes dire qu'elles évaluent mal leur gabarit pour se déplacer dans l'espace, qu'elles se cognent aux meubles par exemple. L'image du corps subit elle aussi des failles ou des distorsions en rapport avec l'affectivité du sujet, principalement parce que le gros corps est stigmatisé socialement. En utilisant différents médias (toucher, relaxation, mouvement, voix, rythme), au sein d'une relation interactive, la thérapie psychomotrice offre la possibilité d'une restauration de l'image du corps en répondant à sa nature composite.
- Dans le domaine de la santé sexuelle, l'image du corps est un concept bien installé car sur elle repose l'estime de soi qui est l'un des piliers d'une bonne santé sexuelle : « *l'image du corps et la sexualité dépendent toutes les deux de facteurs psychologiques, sociaux, émotionnels et spirituels qui sont en lien direct avec le bien-être ou le mal-être* » (Galimard-Maisonneuve, 2015). L'estime de soi dépend en partie du respect que l'on a de son propre corps mais aussi du respect que l'autre y apporte. Savoir se respecter et savoir se faire respecter étant deux aspects intimement liés, à la base d'une sexualité respectueuse de soi et d'autrui (Mignot, 2015). Insistons sur le fait que l'image du corps se construit, se déconstruit ou se reconstruit dans l'altérité, donc aussi à travers les relations sexuelles. Ce qui est particulièrement important pour comprendre et traiter les psycho-traumatismes sexuels.

4.3 DIALOGUE TONICO-EMOTIONNEL ET SECURITE

Le dialogue tonique est une notion qui a été développée par Julian de Ajuriaguerra qui s'inscrit dans la continuité des travaux d'Henri Wallon sur la relation tonico-émotionnelle entre l'enfant

et sa mère (Ajuriaguerra, 1974). C'est au sein de cette relation tonico-émotionnelle que le premier sentiment de sécurité va pouvoir s'établir. Cette sécurité concerne avant tout la protection de l'intégrité physique du bébé et la satisfaction de ses besoins primaires. Pour cela la personne qui s'occupe de lui doit être bienveillante et apte à communiquer avec lui sur un mode infra-verbal qui prend en compte son état tonique.

Substrat de nos mouvements, le tonus désigne l'état de tension de fond des muscles, il augmente à l'effort postural et cinétique, il subit aussi des variations d'ordre psycho-affectif lorsque nous éprouvons des émotions. Le tonus musculaire est le support de la communication interne (du sujet avec lui-même) mais aussi le support de la communication externe (du sujet avec l'autre). Comme l'enfant n'a pas la maturation tonique suffisante pour tenir son corps et le déplacer, il est dans le plus grand état de vulnérabilité qui soit et se trouve sous la dépendance totale de l'adulte. Son seul moyen de communication se fait à travers des variations toniques.

Ce protolangage renvoie aux notions de « *holding* », de « *handling* » et de « *object-presenting* » développées par Winnicott (1962). Ainsi les portages, les bercements, le nourrissage, les soins du corps se vivent sur des variations toniques qui transparaissent aussi dans la voix, le regard et la mimique. Le dialogue tonico-émotionnel, s'il n'en est pas l'origine, renforce les liens d'attachement¹⁸ de l'enfant à sa mère, ils contribuent à créer une relation « *sécure* ». Cette forme de communication archaïque préfigure et étaye l'apparition du langage verbal, mais ne disparaît pas pour autant à l'âge adulte.

L'excès de tension musculaire au contraire, liée à la non-acceptation du poids du corps, ne permet pas d'établir une bonne communication interne et externe des besoins, des émotions et des pensées. La négation du poids entraîne une hypertonie de la chaîne musculaire postéro-médiane (voir annexe 2), ce qui correspond à un état d'alerte. L'acceptation du poids au contraire favorise l'enroulement axial du corps, par la mise en jeu de la chaîne musculaire antéro-médiane qui comprend les muscles de la succion et de la déglutition ainsi que ceux du périnée (voir annexe 2), ce qui crée une disponibilité sensorielle (Lesage, 1998).

¹⁸ Les liens d'attachement se mettent en place avant l'âge de 18 mois et ont été mis en évidence par John Bowlby (1907 – 1990). Quatre schèmes d'attachement ont été répertoriés : sécure, évitant, ambivalent, désorganisé. Le schème sécure reflète une bonne communication mère-enfant, le schème évitant reflète une communication distante, le schème, le schème ambivalent reflète une communication incohérente, le schème désorganisé reflète de la maltraitance.

C'est dans le lâcher-prise que notre densité tant physique que psychique se ressent et s'élabore. Sentir sa densité interne, son épaisseur organique, est un préalable à notre construction psychique. C'est ce qui conduira l'enfant à trouver un support, un appui, en lui-même.

Le premier support c'est d'abord l'utérus de la mère, plus qu'un support, c'est un contenant. Le deuxième support est un réceptacle constitué par les bras de l'adulte qui s'occupe de l'enfant. Le troisième support c'est le sol, la « Terre-mère », qui permettra au corps de s'ériger en station debout et d'accéder à la verticalité physique et psychique, notion développée plus loin (voir infra 3.4).

Si le support est ressenti comme suffisamment fiable, le lâcher-prise est possible, la sécurité éprouvée autorisera alors une pleine ouverture à autrui par une libre circulation émotionnelle. A l'inverse, sans support fiable et sans contenance, il n'y a pas de lâcher-prise possible ce qui conduit à un sentiment d'existence amoindri ou perturbé, et finalement une relation à autrui disharmonieuse. Suzanne Robert-Ouvray (1999) précise que la construction du psychisme en est perturbée : *« Si les bras de la mère sont durs et non réceptifs, le volume corporel et l'espace psychique du bébé s'aplatissent ; par contre si la mère est souple, réceptrice et accueillante, l'enfant agit sur elle en la modifiant et lui-même acquiert un espace interne. Il y a interaction et ajustement alors que dans le premier cas l'enfant est seul dans son écrasement corporel et psychique. »*.

Chez l'adulte cette hypertonie peut devenir quasiment chronique jusqu'à créer un blindage du corps tout entier, ce qui provoque une sorte d'anesthésie sensorielle. Robert-Ouvray parle de « *paroi tonique* » quand « *l'enveloppe tonique* » se rigidifie, d'autres parleront de carapace (Ibid.). Ces termes ne sont pas sans rappeler ceux de Reich qui a parlé de « *cuirasse musculaire* » et de « *cuirasse caractérielle* » (Reich, 1952-1970). Reich a émis l'hypothèse que les tensions musculaires représentent la base organique du refoulement psychique par le blocage de certains muscles agonistes et de leurs antagonistes. Max Pagès, dans la continuité de Reich, interprète quant à lui les tensions corporelles comme une « *inhibition de l'expression émotionnelle* » (Pagès, 1986).

- Ne pas sentir son poids quand on est obèse est paradoxal, pourtant c'est possible. « Sentir son poids et se sentir lourde, ce n'est pas pareil » me disait un jour l'une de mes patientes.

Pour sentir son poids, il faut le lâcher et pour cela avoir confiance dans le support qui le soutient. Mais si le support n'est pas jugé fiable, le lâcher-prise est vécu comme dangereux, le corps se blinde et coupe l'individu de ses ressentis tonico-émotionnels. C'est le manque de lâcher-prise physique et mental qui fait qu'on se sent lourd, indépendamment de notre poids réel, c'est ça qui rend la vie insupportable. La capacité à lâcher-prise se construisant à partir des différents supports sur lesquels l'enfant pourra s'abandonner en toute sécurité : se supporter reviendrait alors à être une bonne mère pour soi (« *a good enough mother* », selon l'expression de Winnicott), ce qui fait particulièrement défaut aux personnes obèses.

- Le dialogue tonico-émotionnel est un élément clé de l'érotisation du corps. Par cette relation créée entre l'enfant et ses donneurs de soins, Christophe Dejours affirme que le corps biologique devient corps érotique par un processus de subversion libidinale : « *Le développement du corps érotique est le résultat d'un dialogue autour du corps et de ses fonctions qui prend appui sur les soins corporels prodigués par les parents et dont les étapes principales se jouent dans les trois à cinq premières années de la vie* » (Dejours, 2001-2003-2018). Autrement dit le corps ne peut s'érotiser et la sexualité ne peut s'épanouir que dans un environnement sécurisant. C'est pour cela que la sécurité est l'une des bases essentielles d'une bonne santé sexuelle qui ne peut exister qu'en absence de maltraitance, d'exploitation des enfants ou de violences faites aux femmes (Mignot, 2015). L'un des enjeux d'un travail psychocorporel en santé sexuelle est potentiellement d'établir ou de rétablir, notamment par le toucher, un dialogue tonico-émotionnel fluide et sécurisant, permettant le lâcher-prise mental, favorisant l'érotisation du corps.

4.4 VERTICALITE, HORIZONTALITE ET EGALITE

L'accession à la verticalité posturale s'inscrit dans la dynamique du développement psychomoteur de l'enfant. C'est vers l'âge d'un an en moyenne que l'enfant peut se dresser sur ses « deux pattes arrière » pour accéder à la bipédie puis à la marche. C'est une étape fondamentale dans la construction de l'autonomie et de l'identité de l'être humain.

Sur le plan biomécanique, l'action de la pesanteur sur le corps entraîne, avec la réaction du sol, un réflexe antigravitationnel qui nous érige en position debout. Les travaux d'Alain Berthoz (1997) montrent que la gravité joue un rôle essentiel dans la coordination des gestes et la perception du corps. C'est avec la pesanteur que le corps transforme sa masse en poids, c'est-à-dire en force agissante. Dans la marche, c'est en se posant de tout son poids à chaque pas que le corps trouve une parfaite efficacité. En effet il bénéficie ainsi pleinement de la réponse du sol qui stimule le réflexe antigravitationnel.

La réponse antigravitationnelle ou *grounding* comme on l'exprime en anglais, est le résultat d'une modulation tonico-affective : le sujet accepte de confier son poids à la terre, ou alors il se contracte et reste avec une réserve qui entrave ses mouvements et sa relation au monde. C'est à partir d'un bon *grounding*, d'une bonne réaction antigravitationnelle que le corps se verticalise en position debout.

L'intérêt de la position verticale est d'abord d'ordre physique : « *Dans l'aplomb juste, la structure corporelle est enfin respectée dans tous les mécanismes articulaires et musculaires. La musculature superficielle se relâche complètement. Le corps retrouve son attitude élancée. Le poids de la tête et des épaules disparaît lorsque cet équilibre est récupéré. Cette position naturellement érigée est indispensable pour produire des efforts avec le maximum d'efficacité et le minimum de dépense énergétique.* » (Frères, Mairlot, 1997-2002).

Soulignons que la musculature posturale, dite aussi axiale ou profonde, est sous contrôle réflexe et n'est pas activée par les voies motrices volontaires. Se tenir droit n'a donc rien à voir avec la volonté qui emprisonne le corps dans un corset musculaire, car elle sollicite la musculature périphérique qui actionne nos mouvements. « *Le terme de colonne évoque la solidité mais ne traduit pas la forme ondulée de notre rachis qui lui confère élasticité et mobilité. La ligne droite n'appartient pas à notre architecture corporelle, pas plus qu'à tout autre organisme vivant, c'est une construction de l'esprit mais qui structure l'image du corps et l'espace. La ligne droite existe donc bien comme image mentale de référence mais elle n'emprunte pas l'alignement vertébral.* » (Gold Djemba, Dalarun, 2017).

En effet l'enjeu de la verticalité ne se limite pas à la dimension corporelle, il est également d'ordre psychique et aussi spirituel. La verticalité est un prérequis dans les techniques méditatives issues

du Yoga, du Zazen ou du Bouddhisme, qui insistent sur la justesse de l'alignement vertical corporel pour conditionner l'éveil spirituel.

France Schott-Billmann affirme que « *La découverte de la dimension verticale enrichit l'image du corps d'une dynamique ascensionnelle. L'affirmation de vie, le sentiment de soi s'accompagne (et se soutient) de la découverte d'un élan vertical, un vecteur qui traverse et étire le corps vers le haut, poussant l'enfant à grandir droit, alignant ses vertèbres en une colonne qui soutient le corps et étaye le moi.* » (Schott-Billmann, 2001).

Des pieds au sacrum, base de la colonne vertébrale, du sacrum à la tête, se construit ou se reconstruit l'identité d'un être debout, doté de la parole, capable de s'affirmer et de dire « Je ». Le sacrum est une véritable clef de voûte de nos chaînes articulaires, il soutient et gouverne la colonne vertébrale. De son positionnement, dépend aussi l'orientation du sternum, os stellaire situé au centre du thorax, qui est le référent corporel du Moi (Gold Djemba, Dalarun, 2017).

- L'alignement corporel vertical est souvent perturbé chez les personnes obèses. Elles présentent une typologie posturale particulière en fonction de la répartition de la masse grasse (Gaumet, 2014). Les volumes céphalique, thoracique et pelvien ne se trouvent plus correctement alignés. Le centre de gravité est alors déplacé. La chaîne musculaire axiale PA-AP est peu active, au profit des autres chaînes musculaires (voir annexe 2). Le corps ne fonctionne plus alors comme un ressort et les articulations des membres inférieurs en sont également affectées, ce qui modifie la marche. Une bonne verticalité physique conditionne une bonne verticalité psychique sur laquelle repose l'affirmation de soi ainsi que la capacité à exprimer ses besoins, ses désirs et ses émotions.
- Une bonne verticalité psychique permet aussi de mieux affirmer son identité sexuée. La verticalité physique et psychique étaye la structuration de l'horizontalité physique et relationnelle par la mise en jeu des chaînes musculaires antéro-latérales et postéro-latérales (voir annexe 2). Celles-ci permettent la mise en relation de la personne avec son environnement tant physique qu'humain dans un principe égalitaire. La verticalité sans l'horizontalité n'aurait pas de sens et conduirait l'être humain à des relations verticales et

inégalitaires, faites de domination, de soumission, de condescendance, d'humiliation et d'abus. L'égalité, se situant entre la liberté et la fraternité de notre devise républicaine, est l'une des sept voies d'une bonne santé sexuelle (Mignot, 2015).

4.5 ESPACE VECU ET CONSENTEMENT

L'investissement de l'espace est conditionné par une représentation mentale d'un corps ayant une existence volumétrique et spatiale. La notion d'espace implique la notion de limite entre un volume interne et un espace externe. La genèse de la spatialisation s'établit par la distinction d'un dedans et d'un dehors, ce qui constitue la base de tout processus relationnel.

L'espace se structure à partir de notre état vertical qui définit pour chaque individu : un plan sagittal distinguant la droite et la gauche, un plan frontal distinguant l'avant et l'arrière, un plan transversal distinguant le haut et le bas.

L'investissement de ces trois plans est souvent inégal, la plupart de nos déplacements et de nos mouvements se font dans le plan sagittal, vers l'avant, dans le sens de nos décisions, de nos passions et de nos combats. L'espace arrière est souvent désinvesti et mal perçu, il symbolise le recul, la chute, voire la déchéance de l'individu. Si le plan sagittal est le plan de l'action, c'est dans le plan transversal que s'organisent les mouvements de torsion et l'ouverture au monde.

Le plan frontal quant à lui nous ouvre l'espace sur les côtés, c'est le plan de la relation à l'autre, de celui ou celle qui chemine à nos côtés.

Si la perception de l'espace est floue, c'est que la perception de notre corps l'est aussi. Le corps n'est plus le référent organisateur d'un espace normalement égo-centré. Par notre existence corporelle nous occupons un volume spatial qui est le centre d'un monde que nous voyons et/ou que nous imaginons. L'espace qui nous entoure ne peut vraiment se concevoir qu'à partir de l'expérience vécue de nos mouvements. Investir l'espace par ses mouvements et ses déplacements c'est aller à la rencontre du monde et développer la capacité de se le représenter. L'action et la représentation de l'espace sont donc deux notions indissociables. Quand nous nous représentons mentalement l'espace, quand nous lisons un plan ou une carte, nous imaginons notre corps qui s'y déplace virtuellement.

La représentation de l'espace extérieur structure la représentation de l'espace intérieur (le corps) et réciproquement. Situé son corps dans un espace donné contribue à la structuration de son identité.

Etant établi que la perception de l'espace est culturellement marquée, Edward T. Hall a défini quatre volumes spatiaux qui se construisent à partir de notre référentiel corporel : espace intime, espace personnel, espace social, espace public (Hall, 1978).

1. L'espace intime (15 à 45 cm) correspond à la distance de l'avant-bras, c'est la zone affective propre à toutes les manifestations émotionnelles, c'est la zone du rapport amoureux ou du combat.
 2. L'espace personnel (45 cm à 1,20 m) correspond à la distance d'un bras tendu, ce qui est la limite de mon emprise sur le monde, c'est la distance idéale à respecter en société (c'est la kinésphère, le volume crée par les mouvements de nos bras tendus).
 3. L'espace social (1,20 m à 3,50 m) correspond à la somme de deux espaces personnels (deux bras tendus), c'est la distance que respectent deux personnes qui se rencontrent pour la première fois.
 4. L'espace public (+ de 3,50 m) correspond à la distance d'une personne qui s'adresse à un auditoire ou à un groupe, cette personne est vue par tous, mais elle ne voit pas tout le monde.
- La question spatiale est toujours un problème douloureux pour les personnes obèses. Elles « peuvent avoir des difficultés pour percevoir la place de leur corps dans l'espace physique, mais aussi trouver leur juste place dans l'espace relationnel. » (Dalarun, Gaumet, 2015). Pour preuve ces expressions empruntées à mes patientes obèses : « Je ne sais plus où j'habite », « Si seulement je pouvais disparaître », « Je ne sais jamais où me placer », « Je suis énorme et j'essaye en permanence de me faire toute petite ». Pour des personnes obèses, l'espace qui les entoure, et particulièrement l'espace public, est réellement trop petit et les renvoie régulièrement à leur corpulence. Souvent elles se cognent ou se font bousculer. Le mobilier y compris médical est inadapté. Les véhicules, les ascenseurs, les sanitaires sont toujours trop

étroits. Les vêtements grande taille sont difficiles à trouver et quand on en trouve, la coupe est mal taillée.

- Ces considérations proxémiques sont fondamentales pour aborder des relations sexuelles respectueuses et sécurisées. L'aptitude à définir son espace intime permet de savoir consentir ou non une relation sexuelle et/ou un rapport sexuel. La notion spatiale est donc à relier au principe de consentement en santé sexuelle. Savoir faire respecter son espace intime, c'est accepter ou non le rapprochement de son corps avec le corps d'autrui, c'est « *savoir et pouvoir dire oui, savoir et pouvoir dire non* » (Mignot, 2015). Les abus sexuels, les attouchements et les viols posent toujours la question du respect de l'espace intime et du consentement. L'éducation psychomotrice peut contribuer à instaurer chez les enfants une représentation mentale de l'espace qui intègre les différents niveaux de mise en relation avec autrui décrits par Hall.

4.6 RYTHME, PLAISIR ET SATISFACTION

De la vie cellulaire à l'organisation tonico-motrice et psychique, en passant par l'activité cardiaque et respiratoire, le rythme est un élément organisateur et équilibrant.

Le rythme organise le déroulement des processus vitaux et structure la perception du corps et du temps. Comme la perception de l'espace, la perception du temps est culturellement marquée. Mais généralement, un mouvement bien rythmé, bien coordonné, dont le flux, l'intensité, la vitesse et l'amplitude sont contrôlés, procurera un sentiment d'unité et de plénitude inégalables. La maîtrise du rythme conditionne la relation à l'autre d'une façon générale notamment dans toute action communicative et langagière : savoir écouter, savoir parler au bon moment, respecter les silences et les pauses. Quand le rythme est absent, le corps ne vit plus son présent, il est envahi par la pensée. Ce fait est illustré par les expressions et les ressentis suivants : « Je me sens décalé, je ne suis jamais dans le bon timing », « Je suis toujours en avance ou en retard d'un métro », « Je n'arrive jamais à prendre la parole au bon moment ». Tout cela dénote une perturbation du rapport au temps vécu, à la temporalité : le corps manque de présence, il manque de présent.

Si nos déplacements structurent l'espace, ils structurent aussi le temps. Le déroulement du temps est spatialisé par le plan sagittal et la direction devant / derrière qui symbolise le futur et le passé. Notre exploration de l'espace nous fait créer un avant, un après et un pendant. La marche est l'instrument premier de notre structuration spatiale et aussi de notre structuration temporelle, elle s'organise de façon rythmique mettant en place les notions de temps fort et de temps faible, de vides et de pleins. Le simple exercice de la marche révèle notre façon d'être face au déroulement du temps.

Il en va de même pour la respiration. On pense bien sûr à l'alternance binaire inspiration-expiration, mais en fait la respiration physiologique se déroule sur deux temps plus une pause à la fin de l'expiration. Cette pause peut être comparée à la marche. A chaque pas, en effet, le corps doit se poser de tout son poids pour se densifier et maintenir la rythmique du mouvement.

Benoit Lesage, médecin et danse-thérapeute, souligne que la maîtrise du rythme dans la danse nécessite un jeu permanent avec la gravité. La pose du pied au sol constitue le temps du remplissage et de densification du corps. Ainsi le mouvement rythmé demande une gestion de l'attente qui caractérise la mise en tension du corps avant le déclenchement du mouvement pour expulser l'énergie contenue au bon moment (Lesage, 1997).

- En ce qui concerne les personnes obèses, le temps social pose souvent problème : tout va trop vite pour elles. La masse de leur corps nécessite un temps de déplacement plus important que pour des personnes minces. Certaines de mes patientes redoutent d'effectuer une promenade en groupe, car généralement on ne les attend pas. Ce qui les pousse à refuser les sollicitations ou alors à organiser des marches avec des personnes de leur gabarit. Le temps personnel peut aussi être impacté : il est fréquent de rencontrer des personnes obèses qui ne suivent pas leur rythme biologique et vivent selon une temporalité externe, motivée par les obligations sociales et sociétales (Dalarun, Gaumet, 2015).
- L'alternance du plein et du vide caractérise toute relation affective et sexuelle. Le vide ressenti par l'absence de l'être aimé est l'espace-temps où le désir se reconstitue. Lors d'un rapport sexuel, un accordage relationnel extrêmement précis est requis pour qu'il soit pleinement

vécu et satisfaisant. Le rythme est présent dans les mouvements du coït. Il trouve son point d'orgue dans l'orgasme qui est encore plus satisfaisant quand il se libère au même instant pour les deux partenaires. Ainsi la notion de rythme est-il intimement lié au plaisir et au principe de satisfaction en santé sexuelle (Mignot, 2015). Plus largement le plaisir procède de phénomènes rythmiques qui peuvent s'éprouver dans la danse, la musique ou le chant. Dans tous ces domaines, y compris la sexualité, tout contrôle cognitif de la situation désynchronise le sujet vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis d'autrui. S'en remettre au rythme est une condition du lâcher-prise mental et de l'accession au plaisir. Toute situation traumatique fige la temporalité de la victime à cet instant et provoque un désaccord dans les relations sexuelles futures. Retrouver cet accordage relationnel est l'un des objectifs de la thérapie.

4.7 DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, SEXUALITE ET RECIPROCITE

Le développement psychomoteur intègre tous les concepts définis précédemment et représente une trame que le thérapeute en psychomotricité, qu'il s'occupe d'enfants ou d'adultes, a toujours comme référence. C'est par la dynamique de ce développement qu'il élaborera son projet thérapeutique, en ayant toujours à l'esprit la notion d'étape, d'étayages successifs, de structuration progressive. Cependant le développement psychosexuel est rarement associé au développement psychomoteur.

De ce fait la sexualité est peu abordée et peu conceptualisée dans le champ de la thérapie psychomotrice, sauf par Suzanne Robert-Ouvray, déjà citée dans les sous-chapitres précédents. Kinésithérapeute, psychomotricienne et docteur en psychologie clinique, elle est aussi psychothérapeute d'enfants et est l'auteure d'un certain nombre de publications et d'ouvrages concernant la vie affective de l'enfant. Elle a notamment écrit sur les conséquences des abus sexuels faits aux enfants (Robert-Ouvray, 2008). Elle aborde la sexualité à partir d'une théorie de la communication et du développement psychomoteur.

Robert-Ouvray se démarque ainsi de la théorie freudienne des pulsions. Elle critique principalement deux notions, celle du complexe d'Œdipe et celle de l'enfant présenté comme un pervers polymorphe, qui selon elle contribuent à justifier les abus sexuels et l'inceste.

Elle définit ainsi la sexualité : « *La sexualité humaine est un processus psychocorporel continu. Ce qui signifie qu'elle se construit, qu'elle se développe et qu'elle se transforme de la naissance jusqu'à la mort, en même temps que tous les éléments qui participent au développement de l'être humain : la capacité de sentir, de penser, d'éprouver des sentiments, de construire des images, de créer, de rêver, de conceptualiser, d'imaginer et de symboliser.* » (Ibid.)

Dans les premières années de la vie le développement sexuel pousse l'enfant à établir des relations avec l'autre qui puissent générer de l'intérêt et du plaisir, indépendamment de toute relation génitalisée.

Robert-Ouvray définit le développement sexuel de l'enfant en cinq périodes :

1. Période de l'enroulement narcissique (de 0 à 1 an)

Durant cette période l'enfant découvre sa sensorialité gustative, auditive, olfactive, tactile, visuelle. Il découvre ainsi le monde qui l'entoure et notamment les personnes qui s'occupent de lui. Il peut y avoir du plaisir ou du déplaisir dans ces rencontres avec autrui. Il échange avec l'autre à travers des variations toniques que nous avons définies précédemment. La première nature de la sexualité de l'enfant s'articule autour de la satisfaction de ses besoins physiologiques. Un désir de relation se met ainsi en place. Vers l'âge de quatre mois il part à la découverte de son propre corps, il touche son ventre, son sexe, sans avoir la capacité de le regarder. La première personne qui aura touché son sexe, c'est sa mère, son père et les personnes qui sont amenées à le changer, à le laver. Il va ainsi pouvoir comparer les sensations provoquées par le toucher de l'autre et son propre toucher. Si les touchers des donneurs de soins ont été tendres et respectueux, le bébé pourra les confirmer par lui-même. Mais si les touchers ont été brutaux ou intrusifs, le bébé s'en rendra compte aussi. Durant cette première période le besoin sexuel de l'enfant est un besoin de se rencontrer lui-même. Sa sexualité est en partie auto-érotique mais en partie seulement car il aura toujours besoin de la présence de l'autre pour avoir la confirmation de ce qu'il vit. L'enfant apprend ainsi à connaître son propre corps et à s'appartenir.

2. Période de l'autonomie motrice (de 1 an à 3 ans)

Durant cette deuxième période, l'enfant continue de se découvrir et de découvrir le monde mais avec de nouvelles compétences sensorielles et surtout motrices. Toute cette phase est conditionnée par son développement moteur qui l'aura amené à se verticaliser et à expérimenter la marche bipède, en passant le plus souvent par la quadrupédie. Il va pouvoir s'affirmer et s'opposer face aux objets et aux personnes. Pendant la première période il pouvait s'opposer par un raidissement tonico-émotionnel, mais maintenant il va pouvoir user du mouvement et de la parole pour dire « non ». Au travers de ces oppositions l'enfant recherche un partenaire pour le structurer, pour lui donner des limites et le protéger. Il ne s'agit pas pour autant pour l'adulte de s'opposer systématiquement à ses oppositions. Celui-ci doit savoir accepter les refus de l'enfant, lui permettant ainsi de découvrir ce qui est agréable ou désagréable pour lui. Si l'adulte ne lui impose pas sa toute-puissance cela permettra plus tard à l'enfant de savoir dire non à un plus grand que lui ou à un adulte qui tenterai de l'abuser.

C'est aussi la période de l'acquisition de la propreté grâce au contrôle de ses sphincters. L'enfant découvre ainsi qu'il peut avoir du plaisir à se maîtriser en étant valoriser par l'adulte.

3. Période de la marche libérée (de 3 à 6 ans)

Cette période est celle de la socialisation de l'enfant avec ses congénères du même âge. Si les étapes précédentes se sont bien déroulées, il a acquis une base narcissique solide. Grâce à une marche désormais bien coordonnée, pouvant se transformée à l'occasion en course ou en sauts, l'enfant peut faire le choix d'aller à la découverte de l'autre et assouvir sa curiosité. Il découvre la différence des sexes, il peut ainsi avoir envie de toucher le corps des enfants de son âge sans aucune perversité. Il s'agit pour lui d'un besoin de reconnaissance et d'identification. En parallèle il continue d'explorer son propre corps, il se caresse, il se frotte, il apprend ainsi à contrôler l'intensité de ses sensations, il découvre la sensualité auto-érotique. Etayé par ses sensations, il apprend à gérer ses pensées, son imaginaire et ses émotions. Il développe aussi ses cognitions et sa curiosité intellectuelle.

Il acquiert aussi la pudeur et toute irruption de la sexualité adulte dans son champ perceptif peut le perturber, que ce soit par le spectacle des ébats de ses parents ou par la vision de films pornos.

4. Période du plein développement cognitif (de 7 à 12 ans)

Durant cette période l'enfant va devoir acquérir de nouveaux outils pour découvrir et comprendre le monde. Il apprend à lire, à écrire, à compter. Il s'investit pleinement dans la scolarité. C'est une période de grande concentration sur le plan intellectuel. En rassemblant toutes les données sensorielles précédemment acquises, il va pouvoir élaborer sa sexualité de façon plus intériorisée. Cette phase décrite comme une période de latence met en sommeil les manifestations externes de sa sexualité. Un enfant qui se masturbe de façon compulsive durant cette période a été probablement abusé ou traumatisé sexuellement. Il essaie de cette façon de maîtriser le traumatisme et non de le renouveler par plaisir comme on pourrait l'interpréter. A cet âge l'enfant défend son territoire en mettant des limites aux autres : il ferme la porte de sa chambre, il n'aime pas être dérangé. Il prend conscience de sa personnalité et développe sa créativité en même temps que ses connaissances intellectuelles.

5. Période du développement du désir sexuel génitalisé (12 ans et plus)

Cette période correspond à l'adolescence, période où l'enfant se rapproche progressivement d'une sexualité adulte. Il va mettre à l'épreuve de la réalité toutes les sensations accumulées au cours de son enfance. Il développe une identité sexuée, le plus souvent en référence à un genre ou à l'autre. Il cherche parfois son orientation sexuelle car le désir sexuel s'élabore maintenant dans l'altérité. C'est l'âge des premiers émois amoureux et des premières expériences sexuelles génitalisées. C'est aussi une période de grande fragilité où se développent potentiellement des conduites sexuelles à risque qui révèlent une « *souffrance identitaire individuelle et familiale* » (Benghozi, 2015).

- Le surpoids est parfois constitutionnel, il apparaît dès l'enfance et peut être la source d'une difficulté dans la construction identitaire. La stigmatisation et la discrimination peut ainsi se manifester à l'encontre de l'enfant dès le plus jeune âge, que ce soit de la part des parents,

des enseignants, des personnels de santé et de ses camarades de classe. La vie sociale et relationnelle peut en être grandement affectée. La préadolescence puis l'adolescence qui sont déjà par nature des périodes de fragilité, peuvent être propices à des prises de poids entraînant parfois des phénomènes de discrimination ou de harcèlement. Cela vient là aussi perturber la construction identitaire, l'estime de soi et l'éveil à une sexualité génitalisée.

- Tout au long des cinq étapes décrites plus haut, le bébé, l'enfant puis l'adolescent auront suivi un cheminement allant du développement de sa sensorialité à celui de sa sensualité grâce à ses acquisitions motrices, pour aboutir à une sexualité génitalisée et partagée dans la réciprocité. Envisager le développement sexuel croisé au développement psychomoteur, sous l'angle de la communication, permet de mieux comprendre comment le principe de réciprocité s'élabore dès la petite enfance. Comme le rappelle Joëlle Mignot, la réciprocité « implique l'intention ou l'obligation de rendre l'équivalent de ce qu'on a reçu. », dans l'équilibre du « *donner* » et du « *recevoir* » (Mignot, 2015). Une sexualité sans réciprocité est teintée de « *passivité* », de « *possession* », d'« *envahissement* » ou de « *domination* » (Ibid.). Le positionnement et le rôle de l'adulte vis-à-vis de l'enfant doit donc être décrit sans ambiguïté.

5 ÉTUDES DE CAS CLINIQUES¹⁹

5.1 CELIA

Célia est une jeune femme de 26 ans, enseignante en arts plastiques.

Elle m'est adressée par un médecin nutritionniste qui l'accompagne depuis 3 ans.

Le projet est de l'aider à mieux se sentir dans son corps et de l'investir dans une activité physique régulière.

Elle présente une surcharge pondérale depuis l'enfance alors qu'il n'y a pas d'antécédents d'obésité dans la famille. Il y a 5 ans elle a pris 30 kg en quelques mois au moment du divorce de ses parents. Depuis elle cherche à maigrir par tous les moyens mais sa courbe de poids n'en finit pas d'augmenter.

Elle oscille depuis entre 107 et 116 kilos pour 1,68 m ; IMC max = 41,6

Elle souffre de douleurs articulaires et de crises de sciatique 3 à 4 fois par an.

Elle a suivi une psychothérapie psychodynamique pendant 1 an 1/2, arrêtée depuis 2 ans.

Durée de l'accompagnement en thérapie psychomotrice : environ un an.

5.1.1 Premier entretien

Célia se présente à moi lors du premier rendez-vous, peu expressive tant verbalement que corporellement, elle a un visage rayonnant mais une attitude du corps fermée.

Elle me raconte rapidement son parcours pondéral, elle m'explique qu'elle n'a jamais aimé son corps même avant sa prise de poids, que de ce fait elle n'a jamais été à l'aise dans les activités physiques, notamment scolaires. Elle se sent coupée en deux : « il y a mon corps et il y a ma tête ». Elle se demande bien comment je vais pouvoir l'aider.

Elle accepte volontiers l'exercice tactile que je lui propose. Elle apparaît très concentrée sur les trois objets que je lui propose de découvrir par le toucher, les yeux fermés. Cet exercice me permet d'évaluer sa capacité à se concentrer sur ses sensations, à se situer dans l'instant présent, sans pour autant être directement centrée sur son corps. Elle

¹⁹ Les prénoms ont été changés et certains éléments modifiés afin de préserver l'anonymat des personnes

exprime verbalement une grande richesse dans le ressenti avec de nombreux détails concernant la texture, la forme, la température, elle imagine même des couleurs.

Etant donné le manque d'aisance dans les activités physiques, je lui donne à remplir le questionnaire « Est-ce que j'habite mon corps ». (voir annexe) Il s'avère que son score de 12/40 est en faveur d'une corporéité mal intégrée. Je suppose même un terrain dyspraxique.

Nous décidons de nous voir à raison d'une fois par semaine.

5.1.2 1^{ère} période : « Tout va bien »

Relaxation (allongée sur le dos) : prise de conscience des points d'appui, étirements, mobilisation active et passive, peu de verbalisation.

« Sentir son poids et se sentir lourde, ce n'est pas la même chose » me dit-elle néanmoins.

Travail de l'enracinement et de la verticalité en position debout : repères posturaux démontrant une bonne intégration de ces 2 notions mais pas de ressenti exprimé.

Célia est peu à l'aise debout devant moi, elle semble figée, et je me prends pour un instructeur de gymnastique maltraitant.

Mais tout va bien car elle a perdu 2 kg en 6 semaines. C'est suffisant pour qu'elle ne se décourage pas et qu'elle reste motivée.

5.1.3 2^{ème} période : « Des résistances se dressent »

Travail de l'horizontalité (ouverture sur le monde et sur autrui) : torsions, exploration droite/gauche, balayage panoramique du regard.

Ce travail réveille une tendinite à l'épaule gauche, une tension latérale droite allant de la hanche au genou, et nécessite un traitement anti-inflammatoire et antalgique. Je me dis que je suis décidément maltraitant.

Retour au sol (allongée sur le dos) : mobilité axiale, enroulements de la colonne vertébrale.

Elle ressent des résistances au changement, peur de maigrir (a repris les 2 kg perdus).

Elle commence à rechercher davantage la sensation et moins la forme du mouvement.

Retour à la position debout : investissement de l'espace.

Elle exprime des difficultés tant physiques que psychologiques à s'impliquer corporellement.

Retour à la relaxation allongée : travail de la mobilité axiale, Célia verbalise davantage.

5.1.4 3^{ème} période : « Les liens se tissent et la parole se libère »

Retour à la position debout : travail rythmique (danse africaine), travail de la chaîne Postéro-Antérieure/Antéro-Postérieure (chaîne musculaire médiane incluant les fléchisseurs de hanche, la musculature profonde de la colonne vertébrale et le diaphragme), travail de la liaison pied-sacrum-sternum dans la marche (voir annexe 2).

Mise en jeu du dialogue tonico-émotionnel (Kinomichi²⁰, relaxation avec mobilisations passives) : le vécu de Célia est mitigé, elle prend conscience de la relation « contact avec autrui = stress = nourriture ».

Elle verbalise alors son passé d'enfant abusée régulièrement par son père et tyrannisée par sa mère. Elle met aussi du sens à sa prise de poids : « j'ai pris du poids pour me protéger du regard des hommes ».

On décide d'espacer les séances à une fois toutes les deux semaines.

5.1.5 4^{ème} période : « Vouloir maigrir n'est pas maigrir »

Les douleurs à l'épaule gauche réapparaissent associées à un sentiment de dévalorisation. Célia prend conscience de ses difficultés relationnelles dans le contact physique et dans le jeu des regards. La mobilité axiale est encore incertaine, le contrôle est trop volontaire.

En réaction à une perte de repères vis-à-vis de son corps (perte de la perception des limites), elle se met volontairement en restriction alimentaire.

Parallèlement, depuis quelques séances, est apparue une toux réflexe qui survient à tout moment lors de la séance. Après deux semaines de régime, elle prend conscience de l'échec du contrôle volontaire. Elle établit aussi un lien entre sa toux et ses angoisses.

Reprise du travail au sol : enroulements, recherche de sensations abdominales.

Elle aime ressentir des courbatures au ventre le lendemain d'une séance, cela lui redonne des limites surtout qu'elle ressent de plus en plus la gêne de son volume abdominal et de ses cuisses.

²⁰ Pratique énergétique japonaise créée par Masamichi Noro, issue de l'Aïkido et mettant particulièrement en jeu le dialogue corporel.

Au fil des séances, Célia établit de plus en plus de liens entre les plans corporels, émotionnels et relationnels.

5.1.6 5^{ème} période : « Lâcher son poids c'est aller vers l'autre »

Elle a le sentiment de moins subir son état corporel et d'avoir maintenant une force intérieure qui lui permet de rester détendue et confiante.

Approfondissement du travail axial : stimulation du ventre (recherche du centre).

Les courbatures à « l'estomac », lui apportant une véritable perception de centrage et de confiance, ce qui aboutit à une amélioration du contrôle alimentaire et à la perte de quelques kilos.

Dialogue tonico-émotionnel : reprise du Kinomichi avec cette fois un véritable plaisir dans le contact et la recherche d'harmonie avec le partenaire. J'y prends aussi du plaisir et je me sens beaucoup moins maltraitant désormais.

Célia commence à avoir une meilleure image de son corps et une meilleure estime d'elle-même. A ce stade, elle n'a ni maigri ni grossi mais récemment, elle a pris son premier cours de Pilates²¹.

Elle a décidé de reprendre une psychothérapie tout en continuant les séances de thérapie psychomotrice une fois par semaine.

5.1.7 Commentaires :

Le cas de Célia est l'exemple de la nécessité de passer par un processus d'étayage corporel pour libérer la parole. Par la relaxation et la mise en jeu du dialogue tonique, une mémoire corporelle s'est réveillée et a pu se mettre en mot par le processus d'élaboration TSAR décrit par Suzanne Robert-Ouvray (voir supra 3.2). Célia ne m'en a pas dit beaucoup sur le traumatisme sexuel qu'elle a subi de la part de son père et ce n'était sûrement pas nécessaire. L'espace de parole qu'elle a réinvestit parallèlement en psychothérapie lui aura permis d'en parler davantage.

Si le comportement du père de Célia l'a traumatisé, l'attitude de sa mère est aussi en cause. J'ai pu apprendre que Célia avait été trainée chez des « amaigrisseurs » par sa mère

²¹ Méthode de gym douce travaillant la posture et le rééquilibrage musculaire fondée par Joseph Pilates.

depuis l'âge de 6 ans, lui infligeant de nombreux commentaires dévalorisants, la soumettant à une restriction alimentaire féroce. Et surtout elle ne l'a pas protégée des attouchements de son père pas plus que des persécutions de l'infirmière scolaire qui la pesait, ou des humiliations de la diététicienne qui calculait son IMC, ou de la maltraitance du médecin qui mesurait ses plis cutanés.

L'une des difficultés de Célia a été de lâcher son poids dans le contact avec l'autre, lors des exercices de mobilisation passive et de ceux qui en général impliquent le dialogue tonico-émotionnel. Cette capacité à lâcher prise dans la relation à l'autre est liée aux premières expériences de contact, lorsque l'enfant est porté lors du nourrissage (« *holding* ») ou manipulé (« *handling* ») lors de la toilette par exemple, mais aussi par la façon dont l'adulte se présente à lui ou lui présente le monde (« *object-presenting* ») (Winnicott, 1962-1983).

Or pour Célia le contact maternel est étouffant et loin d'être sécurisant, elle est loin d'être la « *mère suffisamment bonne* » winnicottienne. Sous cette emprise Célia n'a pas pu développer une bonne qualité relationnelle dans le contact corporel, ce qui a retenti sur l'ensemble de ses relations.

Le travail corporel a permis à Célia d'accéder à des expériences sensorielles archaïques, plus anciennes que les abus qu'elle a subi. Ces expériences sensorielles réactualisées ont révélé un manque de contenance et une perturbation dans le dialogue tonico-émotionnel. C'est en remettant en jeu ces expériences anciennes dans le corps-à-corps thérapeutique, que Célia a pu les ranger dans sa mémoire et s'autoriser à s'engager dans un autre vécu, positif cette fois-ci. C'est ainsi que l'image de son corps a pu s'améliorer, ce qui l'a autorisé à s'inscrire à un cours de danse orientale. Pourtant, durant toute la durée de ce travail, Célia est restée stable sur le plan pondéral, la valeur de son poids réel n'ayant jamais été abordé en séance. J'ai appris plus tard qu'elle avait pu perdre 15 kilos de façon durable (en passant sous la barre symbolique des 100kg), sans faire d'efforts, et aussi qu'elle était en couple.

Le divorce de ses parents a été le déclencheur de sa prise de poids massive mais n'en était pas la cause. En surpoids dès l'enfance, sans hérédité favorisante, on peut penser que

Célia ait trouvé ce moyen pour se protéger d'une mère hyperstimulante, anticipant sur ses besoins. La mise au régime précoce et les maltraitances associées n'ont fait qu'aggraver son état, en la poussant à manger en cachette. Les abus de son père n'ont pas aggravé immédiatement son poids, mais elle a fortement décompensé au moment du divorce de ses parents. C'est à ce moment qu'elle a commencé à avoir des angoisses en relation avec le psychotraumatisme sexuel qu'elle avait subi.

Avoir pris du poids « pour se protéger du regard des hommes » est une certainement une interprétation simpliste de sa part face à la complexité du tableau, mais cela a fait sens pour elle et c'est ça le plus important.

5.2 SYLVIE

Sylvie est une femme de 39 ans, vivant seule, sans compagnon, sans enfants.

Experte comptable, Sylvie exerce un poste de responsabilité au sein d'une grosse société.

Elle vient me voir spontanément car elle a besoin d'aide sur les plans physique et psychologique.

Elle estime qu'elle a subi de la maltraitance à répétition en rapport avec son poids, y compris de la part des soignants. Elle a rompu tout lien avec les médecins, déçue par leur attitude culpabilisante et stigmatisante à l'égard de son poids. Elle n'a de ce fait ni médecin traitant, ni gynécologue. Elle a seulement eu une expérience positive avec une masseuse-kinésithérapeute.

Sa mère est malade, bipolaire, représentant une grande charge pour elle.

Elle a une sœur plus jeune, vivant en couple avec deux enfants.

Repérée en surpoids depuis l'âge de 3 ans, elle présente aujourd'hui une obésité massive, en phase ascendante. Elle est actuellement à son poids maximum (inconnu pour moi car elle ne me le donne pas et je ne lui demande pas).

Elle souhaite perdre du poids mais surtout arrêter de grossir. Elle accepte de se donner le temps pour ça.

Durée de l'accompagnement en thérapie psychomotrice : 3 ans environ.

5.2.1 Premier entretien

Sylvie se présente à moi dans une attitude assez fermée, je ressens de la méfiance. Elle est grosse mais compacte, semble assez musclée. Etant donné son histoire de maltraitance

pondérale, je ne la questionne pas sur la valeur de son poids. Elle me dit que son « feeling » est toujours très mauvais par rapport à son poids : elle pense parfois avoir maigri alors qu'elle a grossi et inversement. Elle a perdu du poids de façon conséquente en faisant le seul régime qu'elle n'ait jamais fait. Mais elle s'est vite « empressée » de reprendre du poids car elle ne supportait pas le regard concupiscent des hommes. « J'utilise la nourriture pour m'anesthésier » sans en dire plus.

Je lui propose l'exercice tactile habituel de mon protocole. Elle se prête volontiers au jeu mais la durée de la manipulation est réduite au minimum qu'il lui faut pour reconnaître les objets. Elle a les yeux fermés mais ses paupières sont tremblantes et sa posture est extrêmement raide. Je la sens dans un état d'alerte. Lors de la verbalisation elle se limite à nommer les objets qu'elle a tout de suite reconnu, elle ne donne aucun détail sur ses ressentis. Elle me dit qu'elle part vite dans sa tête quand elle ne fait rien.

Nous évoquons la possibilité de travailler à la fois sur la relation au corps et sur la relation à la nourriture. Nous décidons de fixer deux autres rendez-vous sans plus.

5.2.2 1^{ère} période : « Je suis une pourrie »

La première séance de relaxation met en évidence un trouble de la régulation tonique : en situation allongée sur le dos, les doigts des mains présentent des mouvements involontaires constants, le plexus solaire est tendu, l'abdomen est figé, le diaphragme est limité dans son amplitude, la respiration est irrégulière et saccadée et se fait exclusivement par la bouche. Je ressens un corps soumis à de nombreuses turbulences.

Lors de la 4^{ème} séance une prise de conscience de la respiration abdominale provoque une crise de rire mêlée de larmes : exprime un profond sentiment de détresse, de découragement et de dévalorisation. Sylvie me dit d'abord qu'elle a peur que je la « jette » parce qu'elle n'arrive pas à se relaxer. Puis ensuite elle me livre à quel point elle se sent répugnante, sale, sentant mauvais. « Je suis une pourrie » dit-elle en me plaignant. Elle se demande bien comment j'accepte de la toucher. D'ailleurs elle se rappelle que sa mère avait décrété que « Sylvie n'aime pas qu'on la touche ». Alors qu'elle rêvait, étant petite, qu'une main divine la rendrait belle rien qu'en la touchant.

Elle a aussi manifesté sa crainte, lors d'un exercice de mobilisation passive, que je n'arrive pas à soulever ses jambes. Mais elle s'est finalement sentie soutenue et a ressenti de la chaleur dans ses jambes. Elle associe sur le fait qu'elle ne s'est jamais sentie soutenue, ni par ses parents, ni par sa sœur, ni par ses amis. Pourtant elle se « plie en quatre pour rendre service, mais passe toujours pour la mauvaise fille ».

5.2.3 2^{ème} période : « Je me pose, je respire, je sens le goût des aliments »

Par la perception du contact de son corps avec le sol, Sylvie parvient maintenant à se détendre, à se poser, elle se sent en sécurité « chez moi », la respiration s'allonge, se régularise. Elle éprouve du relâchement dans l'enroulement lombaire.

Nous approfondissons le travail respiratoire en position assise, avec un exercice qui consiste à produire le son MMM, bouche fermée sur la plus longue expiration possible.

Sylvie exprime plus de calme intérieur et plus de sérénité par rapport aux contraintes extérieures. Elle décide alors de prendre une année sabbatique pour se consacrer à elle à temps plein.

Les exercices respiratoires lui ont permis de mieux ressentir le goût des aliments. Non seulement elle s'est arrêtée de grossir mais elle a perdu 4 kg sans se restreindre. Elle se sent moins gonflée et pour la première fois sa balance a confirmé sa sensation. Pourtant ce résultat l'inquiète.

Elle perçoit les différentes parties de son corps de façon distincte alors qu'elle se percevait jusqu'alors comme une « masse monolithique ». Elle reprend goût à l'activité physique avec la Wii-Fit²², elle a toujours aimé bouger malgré son poids mais depuis son entrée dans la vie professionnelle elle avait tout arrêté.

5.2.4 3^{ème} période : « Manger pour se shooter »

Travail de la posture debout dite du cavalier : Sylvie manifeste une bonne qualité d'ancrage au sol mais elle stimule excessivement sa chaîne Postéro-Médiane (voir annexe 2), ce qui reflète un état d'alerte. Elle ne perçoit pas bien son axe corporel, ça la fait pleurer mais ne sait pas pourquoi.

²² console vidéo de simulation d'activités sportives

Puis lors d'une autre séance, elle ressent que son corps s'ajuste mieux sur son axe, elle perçoit comme un ressort intérieur, elle se sent moins en alerte, plus en confiance dans son corps. Elle me raconte alors spontanément qu'elle a subi une tentative de viol à l'âge de 17ans, dans un club de vacances, elle s'était battue et avait eu le dessus sur son agresseur. Elle pense que cet évènement l'a traumatisée et est lié à sa difficulté de perdre du poids et de son rapport difficile aux hommes.

Mais la séance d'après, après avoir fait un cauchemar la nuit précédente, elle me parle des « abus » qu'elle a subi par son oncle maternel pendant 10 ans de 18 à 28 ans. Elle travaillait pour lui, elle gardait ses enfants et elle répondait à toutes ses exigences sexuelles : « j'étais son esclave ». Sylvie part dans un sanglot, elle n'en avait jamais parlé à quiconque : « Ma mère m'a livré à lui, alors qu'elle connaissait son attirance malade pour les femmes ». Elle a honte, elle se déteste, elle comprend pourquoi elle mange comme une « zombie », pour se « shooter », pour ne pas penser. Elle se demande bien comment un an après elle avait pu tomber ainsi « dans les sales pattes » de son oncle. Elle se dit qu'elle a été abusée, violée mais en étant consentante.

5.2.5 4^{ème} période : « Lâchez-moi ! »

Peu de temps après ces révélations, Sylvie me demande de venir me voir deux fois par semaine. Elle est très angoissée, fait des cauchemars toutes les nuits, elle voudrait rester chez moi, « même dans un placard ». L'appartement où elle vit est en fait celui de sa mère qui y a laissé toutes ses affaires. Sylvie redoute de devenir folle si elle ne se libère pas de ses démons.

Nous revenons à des exercices de relaxation, avec portages et mobilisation passive, pour renforcer la contenance, la sécurité intérieure. Elle est aujourd'hui à -10kg de son poids maximum mais se demande si elle n'a pas intérêt à les reprendre car elle se sent trop vulnérable, comme elle ne l'a jamais été.

Elle a souvent des rires nerveux quand elle évoque son oncle dont elle cauchemarde régulièrement explicitement ou de façon détournée. Elle ne comprend pas pourquoi elle est traumatisée à ce point car c'est pourtant elle qui a décidé d'arrêter la relation. Mais elle reconnaît que depuis, sa relation aux hommes est totalement perturbée. Elle a eu des

compagnons mais soit c'était uniquement amical, soit c'était uniquement sexuel. Elle a d'ailleurs pris beaucoup de risques dans ses relations sexuelles quand elle était plus mince et qu'elle attirait les hommes, s'alcoolisant beaucoup, ne se protégeant pas, se livrant parfois à des inconnus. Mais depuis qu'elle est « avec moi », elle n'a plus que des relations d'amitié avec les hommes, « sans sexe ».

Durant cette période nous avons beaucoup échangé verbalement, les exercices corporels étant surtout orientés sur la prise de conscience de l'espace péricorporel et de la bonne distance à trouver avec le corps de l'autre.

A ce sujet, un évènement apparemment anodin l'a rempli de satisfaction : ayant été abordée par un homme dans le métro qui lui demandait son chemin, celui-ci l'a attrapée par le bras. Après une seconde d'hésitation où elle était en train de se dire « il ne me veut pas mal », elle lui a dit fermement « lâchez-moi ! »

5.2.6 5^{ème} période : « Se reconstruire, et vivre au jour le jour »

Après plus de deux ans d'accompagnement, Sylvie va mieux, elle est beaucoup moins angoissée, elle n'a plus de cauchemars. Elle a repris un emploi dans une nouvelle société. Elle vit toujours dans l'appartement de sa mère, mais elle a déménagé toutes les affaires de celle-ci et a refait toute la décoration.

Elle peut évoquer son oncle sans être perturbée, elle se rend compte qu'il lui apportait une forme de sécurité et que le prix à payer était de « se livrer à lui corps et âme ». Maintenant qu'elle a acquis une sécurité à l'intérieur d'elle-même, elle peut aborder la relation avec les hommes de façon plus sereine. Mais à 40 ans passés maintenant, elle commence à faire le deuil d'avoir un jour des enfants.

D'un point de vue pondéral elle est restée stable à -10kg de son poids maximum, elle l'accepte d'autant mieux qu'elle ne ressent aucune gêne d'un point de vue fonctionnel, même si elle craint la chaleur de l'été. Elle va régulièrement à la piscine et s'est investie dans la méditation. Après avoir participé à plusieurs ateliers collectifs que je coanime avec une chorégraphe et un musicien, elle s'est inscrite à un cours de danse orientale.

Elle a maintenant un médecin traitant et a eu son premier examen gynécologique depuis 15 ans. Elle est soumise parfois à des phases d'abattement mais elle a appris à vivre au jour le jour en se concentrant sur l'instant présent.

Sylvie a récemment rencontré un homme via un site de rencontre. Elle a fait l'amour avec lui après plusieurs semaines de relation, elle n'a pas pris beaucoup de plaisir mais elle s'est sentie respectée. Nos séances se sont progressivement espacées jusqu'à s'interrompre.

5.2.7 Commentaires :

Sylvie est l'une des premières patientes qui m'a appris que l'obésité et l'hyperphagie pouvait masquer de profonds traumatismes à plusieurs niveaux. Son histoire a révélé qu'elle n'a pas eu l'étayage nécessaire pour construire un narcissisme protecteur. Sa mère bipolaire était dans une phase dépressive durant la première année de sa vie et elle a créé avec celle-ci un lien d'attachement ambivalent voire désorganisé. Son père étant peu présent, souvent absent pour des raisons professionnelles mais aussi parce qu'il menait une double vie avec une maîtresse. Ce terrain a favorisé cette relation d'emprise avec son oncle, une relation ambivalente, à la fois sécurisante et destructrice.

Comme pour Célia, le travail corporel a libéré la parole et a apporté un étayage à Sylvie. En trouvant son axe corporel, elle a pris contact avec ses émotions. En trouvant sa verticalité, elle a pu prendre la parole et raconter son histoire.

La nourriture lui a permis de survivre aux viols répétés de son oncle qui constituent là le véritable traumatisme, elle était en permanence « shootée », en fait dissociée d'elle-même comme en témoigne son état de conscience au moment de ses prises alimentaires. Elle se vivait consentante et ne pouvait imaginer qu'elle puisse en être traumatisée. Lors de sa tentative de viol elle a pu craindre d'en être affectée, mais elle a réagi, elle s'est défendue, elle n'a décrit aucun état de sidération, de dissociation ou d'amnésie : le traumatisme ne s'est pas installé.

Le gros corps a eu pour fonction de la protéger du regard des hommes, mais surtout de l'anesthésier émotionnellement, en fait de la maintenir dans un état de dissociation. Si beaucoup de femmes ont la peur de grossir, Sylvie a manifesté la peur de maigrir, de perdre son enveloppe protectrice. Elle s'est stabilisée à -10kg de son poids maximum, ce

qui ne correspond probablement pas à la limite physiologique d'une possible perte de poids. Sans jamais avoir évoqué son poids chiffré, il est probable qu'elle aurait pu perdre encore 10 kg. Sans doute a-t-elle encore besoin d'une certaine couche de « graisse protectrice » comme elle dit. C'est un moindre mal évidemment, elle s'en est accommodé et son médecin traitant aussi.

Ce parcours démontre, comme le précédent, qu'une demande de perte de poids doit nous préparer, en tant que soignant ou accompagnant, à accueillir des problématiques autrement plus complexes que la recherche d'un équilibre alimentaire ou d'une augmentation d'activité physique.

Dans le cadre d'une thérapie psychocorporelle, en questionnant le corps vécu, nous ne pouvons qu'être au plus proche de la problématique du patient. Nous pouvons apporter la contenance, la sécurité et l'étayage nécessaire pour permettre une réorganisation tant sur le plan sensoriel que sur le plan émotionnel et permettre ainsi d'aborder une sexualité désirée, sécurisée, respectueuse et réciproque, voire satisfaisante.

5.3 MICHELINE

Femme de 55 ans, vivant seule actuellement, sans enfants.

Micheline est informaticienne, en mi-temps thérapeutique pour raison psychiatrique.

Elle a été plusieurs fois hospitalisée pour dépression grave avec tentatives de suicide. Suivie par un psychiatre. Traitée par Anafranil depuis plusieurs années. Elle a fait quelques tentatives de psychothérapies, cela lui a apporté du soutien mais elle a beaucoup de mal à s'exprimer verbalement.

Elle m'est adressée par son médecin nutritionniste pour un travail centré sur l'image de son corps qu'elle n'a jamais accepté.

Son comportement alimentaire oscille entre la boulimie (sans vomissements) et la restriction sévère de type anorexique. Son activité physique présente une oscillation semblable entre inactivité totale et suractivité (marche et cardio-training sur machines).

Son poids actuel est de 64kg pour 1m75 (IMC 20), son poids maximum a été de 89kg (IMC 26) et son poids minimum de 52,5kg (IMC 17). Selon les valeurs de l'IMC, son poids est actuellement

dans la normalité, alors qu'elle a connu des périodes de surpoids à la limite de l'obésité modérée, et de maigreur à la limite de l'anorexie.

Période de l'accompagnement en thérapie psychomotrice : 15 ans par intermittence.

5.3.1 Premier entretien

Micheline se présente à moi dans une posture raide et une expression faciale figée mais néanmoins souriante. Les cheveux courts et bien rangés, en pantalon et en veste, elle a une allure assez masculine.

Elle me dit qu'elle n'a jamais apprécié sa silhouette. Elle a toujours été la plus grande de sa classe alors qu'elle aurait voulu passer inaperçue. Assez maladroite, elle n'a jamais été à l'aise dans les activités sportives sauf pour les activités d'endurance comme la course. Mais elle a eu assez vite des problèmes lombaires ayant entraîné plusieurs crises de sciatiques et de cruralgies. Ses pieds la font souffrir également à cause d'un hallux valgus bilatéral. Elle ne supporte pas de se regarder dans un miroir, « juste la tête ». Sa plus grande peur est de ressembler à sa mère qui était obèse.

Je lui propose alors de dessiner sa silhouette (voir annexe 3). Elle se dessine avec des formes beaucoup plus rondes que ce qu'elle a en réalité à cet instant. Les traits sont discontinus, elle ne dessine ni cou ni pieds ni visage. Mais le plus notable, c'est qu'elle dessine à côté du dessin de son corps, celui de sa mère (obèse) sur son lit de mort.

J'en reste moi-même figé et circonspect sur la suite à donner à ce premier rendez-vous. Je propose néanmoins à Micheline deux séances avec comme objectif de lui ouvrir des pistes pour qu'elle apprécie mieux son corps. Je ne m'attendais pas à la voir finalement sur une période d'une quinzaine d'années.

5.3.2 1^{ère} période : « Tiens-toi droite, rentre le ventre, serre les fesses ! »

Lors de la première séance, il n'était pas question pour moi de proposer à Micheline une relaxation en position allongée sur le dos, afin d'éviter de renforcer l'identification à sa mère sur son lit de mort.

Je lui propose donc une écoute respiratoire en position assise pour qu'elle prenne contact avec son intériorité et qu'elle ne soit pas confrontée directement à l'extériorité de son corps. Son diaphragme est peu mobile, son ventre est crispé parce qu'elle a appris à le

rentrer tout le temps pour qu'il ne déborde pas. Le bruit même de sa respiration la dérange, elle trouve ça « bestial ».

Je suis perplexe, je connais la fragilité de Micheline et je pressens qu'elle ne rentre pas son ventre uniquement par souci esthétique, mais aussi pour bloquer un trop plein émotionnel. Je sens qu'il faut lui apporter de la contenance, du soutien de la sécurité mais comment ?

La séance suivante, je me résous à lui proposer une relaxation allongée en utilisant des mobilisations passives. Le toucher est mal vécu, les mobilisations passives lui enlèvent toute sensation dans les membres : « je m'anesthésie quand je suis touchée ».

Je lui propose alors une recherche posturale avec l'idée de lui apporter plus de solidité axiale et plus de liberté gestuelle. J'utilise pour cela un poids d'une masse d'un kilo placé sur le sommet de la tête. La recherche s'effectue en position assise puis debout en réalisant différents mouvements et en marchant.

L'expérience est contre-productive, cela provoque un raidissement encore plus important. De plus le port du poids sur la tête génère des douleurs cervicales, mais Micheline s'en plaint peu et semble subir la situation. Cette séance lui rappelle les séances de gymnastique corrective qu'elle avait faite pour son dos et qui lui ont appris à « se tenir droite » quand elle était adolescente. Le kinésithérapeute de l'époque lui martelait des injonctions du type : « rentre ton ventre, serre les fesses, allonge ton cou ». A cette époque elle avait même porté un corset. Je me dis que je fais fausse route et je pense qu'elle va décider d'arrêter les séances, ce qui me soulagerait car je me sens démuni. Mais elle décide de poursuivre.

5.3.3 2^{ème} période : « Comme une feuille morte... »

Je lui demande de m'aider à l'aider. Elle me dit alors qu'elle veut bien réessayer la relaxation, Micheline me dit qu'elle me connaît mieux maintenant et qu'elle a confiance. De fait mon contact ne l'anesthésie plus et elle ressent maintenant le blocage dans ses coudes, dans ses genoux, et finalement le raidissement de tout son corps.

Peu à peu elle s'habitue à mon contact et cela me détend aussi. Je me sens plus en mesure de pouvoir la soutenir, la contenir. Elle commence à percevoir les sensations liées à la

détente, ce qui la déconcerte tout en disant que ça fait du bien de se reposer sur quelqu'un.

Mais les crises de boulimie réapparaissent, elle reprend du poids, elle se désespère, elle s'habille tout en noir pour ne pas réfléchir la lumière et paraître plus mince. Elle voudrait être « comme une feuille morte, avec la nervure centrale comme colonne vertébrale ».

Elle fait des cauchemars : un personnage sans visage l'assaille et la perception persiste à son réveil. Elle exprime clairement des envies suicidaires et son psychiatre finit par décider de l'hospitaliser. Elle aura néanmoins des autorisations de sortie pour continuer nos séances car elle souhaite les poursuivre et nous décidons même d'en augmenter la fréquence.

La question du poids dépasse le problème des kilos relevés sur la balance. Pour lâcher son poids, il faut se sentir en sécurité, ce qu'elle n'a jamais été depuis sa plus tendre enfance. Micheline commence alors à se livrer davantage, elle fait des liens entre ses ressentis corporels et son histoire. Son père était cheminot, aujourd'hui à la retraite, de forte corpulence, tout en muscle. Elle semble le vénérer comme un héros, mais souvent absent de la maison. A l'inverse sa mère, aujourd'hui décédée, la terrorisait. Elle était obèse et son corps la répugnait « tellement ça débordait de partout ». Sa plus grande crainte était de lui ressembler plus tard. Celle-ci avait des colères froides et sortait souvent le martinet pour la frapper. Tandis que son frère aîné avait toutes ses faveurs et sa bienveillance.

Micheline sort de son hospitalisation au bout de 3 mois, avec un traitement réaménagé, elle a perdu du poids ce qui la rassure.

5.3.4 3^{ème} période : « J'étais en cage »

Je verrais ainsi Micheline régulièrement pendant 5 ans à une fréquence d'une séance par semaine. Ces 5 années furent essentiellement consacrées à renforcer sa sécurité interne et son confort vertébral.

De la position allongée, nous avons pu reprendre des situations debout, tellement mal vécues lors des toutes premières séances, pour travailler sa verticalité posturale et son affirmation. Les exercices avec le poids de tête furent beaucoup mieux tolérés et lui permirent de prendre conscience que pour se tenir droit, il ne fallait pas exercer sa volonté

mais au contraire son relâchement. Elle a senti qu'en lâchant tout le poids de son corps dans ses pieds, elle provoquait un élan vertical spontané, sans faire d'effort musculaire. Cette expérience me permit de lui proposer ensuite un exercice que j'appelle « Construire sa bulle », ce qui revient en termes savants à délimiter sa kinésphère, ou bien encore définir son espace personnel selon la définition de Edward T. Hall (voir supra 4.5). Cet exercice consiste à se tenir debout les yeux fermés et, par de larges mouvements de bras multidirectionnels, dessiner virtuellement le volume de forme ovoïde dans lequel le corps se trouve.

A l'issue de cet expérience, Micheline me dira qu'elle s'est sentie toute petite au milieu d'un grand espace vide, en ayant éprouvé des vertiges. Elle associera ensuite sur un souvenir d'enfance lorsque sa mère la gardait dans la cuisine : Micheline était consignée, jusqu'à l'âge de 5 ans, dans un parc pour bébé de 4m² tout au plus, avec quelques jouets, sa mère ne lui adressant pas un mot. « J'étais en cage » m'a-t-elle dit.

Les séances qui suivirent furent consacrées au travail de la voix car Micheline s'exprimait toujours avec une très faible voix, elle était parfois inaudible. Sa voix ne dépassait pas son espace intime. Non sans difficultés elle finit par « s'habituer à s'entendre » selon ses termes. Elle put ainsi porter sa voix au-delà de son espace intime, allant jusqu'à remplir sa sphère personnelle et même sociale.

Micheline avait fait des progrès considérables en termes d'affirmation de soi mais n'était toujours pas satisfaite de son apparence. En plus de 5 ans, elle avait repris du poids : de 64 kg à notre rencontre, elle était passée à 72 kg à son grand désespoir, stable à ce poids depuis un an. Son alimentation était pourtant toujours restrictive, sans aucune crise boulimique. Stable également sur le plan psychologique mais étant toujours sous anti-dépresseurs, c'est dans ce contexte que nous mirent un terme à nos séances après les avoir espacées régulièrement.

5.3.5 4^{ème} période : « J'ai eu comme un flash, mon ventre m'a parlé ! »

Micheline reprend contact avec moi, environ 3 ans après notre dernière séance. Elle doit bientôt prendre sa retraite, son père est décédé depuis peu et elle est aux prises avec son frère pour le partage de l'héritage. Ses crises de boulimie ont repris et elle se dit

déboussolée. Elle a repris quelques kilos, elle a de nouveau mal au dos avec des signes sciatiques. C'est elle qui a pris l'initiative de venir me revoir.

On reprend alors la relaxation car manifestement le besoin d'apaisement et de contenance est important. Son ventre est sous tension.

Lors d'un exercice respiratoire, ses mains posées sur le ventre, elle prend conscience de son manque de sensation dans le périnée, le diaphragme ne pousse pas jusque-là. Elle verbalise alors le « fiasco » de ses premières relations sexuelles : elle n'avait pas eu de sensation, elle s'était sentie « nulle » et « coupable ». Bien des années après, elle a eu une expérience de vie commune avec un compagnon entre 39 ans et 42 ans, alors qu'elle espérait encore avoir des enfants. Elle n'a jamais accédé au plaisir dans les rapports sexuels. La sexualité l'a toujours dégoûté parce qu'elle-même s'est toujours sentie sale. Ses règles, les pertes blanches l'ont toujours poussé à se nettoyer la vulve jusqu'à se faire mal. Même depuis qu'elle est ménopausée cela reste une obsession.

Je suis surpris que Micheline s'exprime avec autant de liberté. Plutôt que surpris, je suis gêné, je n'ai pas été formé à accueillir ce genre de confidences et je ne sais quoi lui répondre, alors je me contente d'écouter attentivement. Elle se souvient aussi de sa mère qui lui imposait, jusqu'à l'âge de 7 ans, un « toilettage des parties intimes qui était loin d'être tendre, et je ne vous parle pas des suppositoires ».

Quelques séances plus loin, elle me dit en début de séance : « J'ai eu comme un flash, mon ventre m'a parlé ! ». Lors d'un voyage en train, elle regardait défiler le paysage, elle a senti son ventre se détendre, et elle s'est souvenue. C'était pendant les grandes vacances, dans la maison de ses parents, elle avait 9 ans. A plusieurs reprises durant l'été, elle a subi des attouchements de la part de son frère alors âgé de 14 ans. Elle était tétanisée, allongée sur le dos, sur son lit, son frère à califourchon sur elle, introduisant un doigt dans son vagin, se masturbant et éjaculant sur elle. « J'ai toujours su mais je ne m'en souvenais pas précisément, il aura fallu que j'attende plus de 50 ans pour avoir la certitude que ça s'était vraiment passé » me dira-t-elle.

Nous avons continué à nous voir le temps pour elle d'intégrer sa mémoire traumatique à sa mémoire autobiographique. Mais elle a de plus en plus peur étant de devoir

« affronter » son frère car elle doit bientôt le revoir pour finaliser la succession de son père.

Loin d'être libérée, Micheline est de plus en plus fébrile, elle continue à prendre du poids et il est question d'une nouvelle hospitalisation mais cette fois-ci pour l'opérer en urgence d'une hernie discale qui provoque une sciatique paralysante de la jambe droite.

Elle doit me tenir informée dès qu'elle aura terminé sa rééducation, d'ici au moins 6 mois, voire plus. Mais de nouvelles de Micheline je n'en aurais pas avant 5 ans.

5.3.6 Dernier acte : « Il aura de quoi lire pour l'éternité »

Cinq années se sont passées et Micheline refait donc parler d'elle. Elle a dépassé les 70 ans, elle a été opérée de sa hernie discale avec succès. Un long temps de convalescence eut lieu. Mais 2 ans après elle développa un cancer du rectum dont elle vient d'être opérée quand elle me revoit.

Elle a croisé son frère à plusieurs reprises mais elle ne lui a rien dit. Elle ressent le besoin de lui dire qu'il a ruiné son existence, sa vie amoureuse, son désir d'enfant, sa santé physique et mentale. Mais elle s'en sent incapable. Elle voudrait pourtant tellement qu'il reconnaisse les faits et qu'il exprime des remords.

Contre toute attente elle me dit avoir renouer avec la sexualité. Elle a revu une vieille connaissance grâce au site « Copains d'avant », un ami de fac avec lequel elle avait flirté sans plus. Elle est embêtée car la pénétration n'est pas possible, elle pense que c'est à cause de son opération du rectum. Je lui conseille d'en parler à son chirurgien et comme mon réseau de correspondant.e.s s'est enrichi de sexologues depuis quelques années, je lui donne aussi les coordonnées de l'une d'entre eux.

Vieillie et affaiblie par le cancer, Micheline force pourtant mon admiration par sa vitalité, par son envie de vivre. Comment l'aider à franchir cette dernière étape ? Où peut-elle trouver les ressources d'affronter son agresseur ? Dans son corps probablement.

Je lui propose alors un cycle de séances consacrées à la méditation. Je l'oriente aussi vers un groupe de parole dans le cadre de l'association *Affects & Aliments*. Après plusieurs semaines, Micheline décide d'écrire à son frère. Mais ce n'est pas simple, elle n'en dort plus, alors elle tempore.

Puis elle apprit que son frère est atteint d'un cancer du pancréas, les médecins ne lui donnant pas 6 mois. Elle s'empressa alors de reprendre son écriture mais elle se dit que tout cela ne servait plus à rien maintenant. Elle n'ira pas le voir une seule fois à l'hôpital, elle ira à son enterrement avec son compagnon, elle ne pleurera pas une larme. Auparavant, seule avec lui dans la chambre funéraire, elle glissera dans son cercueil les quelques pages d'écriture qui lui étaient destinées. « Il aura de quoi lire pour l'éternité » me dit-elle avec un certain soulagement. J'ai continué à voir Micheline quelques temps puis elle arrêta les séances pour cause de déménagement.

5.3.7 Commentaires :

Micheline était probablement programmée génétiquement pour être obèse. Sa mère l'était et son père n'en était probablement pas loin non plus. De ce point de vue on pourrait dire qu'elle a vaincu le destin car elle ne se rangea jamais dans la « catégorie obésité », sa mère lui ayant servi de repoussoir.

Sa génétique ne lui a pas permis d'être catégorisée anorexique mais elle en avait toutes les caractéristiques comportementales : idéal de minceur, restriction alimentaire, hyperactivité mentale, hypercontrôle émotionnel, obsession de la propreté. Ses accès boulimiques lui permettant par à-coups de se rapprocher de son poids physiologique d'équilibre.

Micheline aurait pu développer une obésité pour se protéger d'autres agressions sexuelles potentielles. Mais elle a plutôt développé un comportement anorexique, gommant ainsi sa féminité et s'éloignant d'une identification à l'image du corps de sa mère. On ne choisit pas ses mécanismes de défense.

Sa prise de poids progressive et sa stabilisation aux alentours de 80 kg sont donc plutôt à interpréter favorablement. La recherche d'une reprise de la sexualité à 70 ans passés va dans le même sens. On pourrait dire qu'elle s'est guérie de sa pseudo-anorexie.

Micheline est progressivement sortie d'une anesthésie sensorielle et émotionnelle. Le travail psychocorporel l'aura aidé dans ce sens. Palliant la carence de maternage, la relaxation, le toucher et les portages, lui auront permis de bénéficier d'une contenance et d'acquérir une sécurité interne lui permettant de lâcher-prise peu-à-peu. L'image de la

feuille morte illustre parfaitement l'état d'aplatissement corporel et psychique décrit par Suzanne Robert-Ouvray (voir supra 4.3). C'est en gagnant en densité physique et en volume psychique que Micheline pourra ensuite construire sa verticalité et s'affirmer dans son identité.

Un autre point important dans le parcours de Micheline est celui de son rapport à l'espace. Alors qu'elle avait été isolée du monde par le parc pour bébé puis par le corset, il lui aura fallu construire son espace péricorporel pour pouvoir élaborer une relation à l'autre non-invasive, condition indispensable pour vivre une sexualité satisfaisante.

Avec Micheline, j'ai découvert ce qu'était un psychotraumatisme sexuel. Les principales caractéristiques de ce phénomène étaient rassemblées : la sidération, la dissociation, l'amnésie, la mémoire traumatique. On pourrait aussi ajouter le cancer du rectum qu'elle a développé par la suite, potentiellement en lien avec les viols commis par son frère mais aussi avec la maltraitance de sa mère. Le paysage qui défilait lors de son voyage en train a certainement provoqué chez elle un état de conscience modifié qui lui a permis d'extraire cette mémoire traumatique de son ventre et de la transformer en mémoire autobiographique. Son ventre n'avait pas oublié.

L'histoire de Micheline m'a profondément marqué et a contribué à m'orienter vers le DU de santé sexuelle et droits humains de Paris-Diderot.

6 DISCUSSION

6.1 L'OBESITE COMME ORGANISATION SOMATOPSYCHIQUE REACTIONNELLE A UN TRAUMATISME SEXUEL

Une agression sexuelle est une effraction physique et mentale. Elle porte atteinte à l'intégrité des enveloppes corporelle et psychique. Les violences sexuelles comme la violence discriminatoire liée à l'obésité engendrent un processus de « chosification » de la personne humaine. Rappelons-nous Edgar Morin cité plus haut (voir supra 4.1) qui affirme que l'être humain privé de son fonctionnement devient une chose. Le traumatisme sexuel anéantit tout processus vital. La corporéité est atteinte, le corps n'est plus « *machinant* », il n'est plus que « *machinal* » : les sensations, le désir, le plaisir, la créativité, l'autonomie, l'existence même sont figés. Devant la fréquence d'antécédents de traumatismes sexuels chez les personnes obèses, il est légitime de se demander en quoi le gros corps et l'hyperphagie constitueraient des réponses réactionnelles à cette effraction. L'obésité serait-elle le stigmate de l'agression sexuelle ? Ne serait-elle qu'un élément corrélé ? Ne serait-elle qu'une simple coïncidence ? J'abonderai dans le sens d'une hypothèse réactionnelle complexe où l'obésité s'intègre à une auto-ré-organisation somatopsychique post-traumatique. Voici plusieurs arguments pour en discuter.

6.1.1 La nourriture pour s'anesthésier

L'hyperphagie boulimique est la perturbation alimentaire la plus fréquemment rencontrée dans l'obésité réactionnelle au stress ou à l'angoisse. L'excès de nourriture aurait alors un rôle réconfortant et anxiolytique. S'il s'agit d'une réponse à un trauma, sexuel en l'occurrence, cette anesthésie est à intégrer dans le mécanisme dissociatif du SSPT (voir supra 2.3.2). Faisant suite à la dissociation éprouvée lors du trauma, une dissociation défensive se mettrait en place pour répondre à toute réminiscence angoissante liée à la mémoire traumatique. La prise alimentaire hyperphagique, compulsive ou non, maintiendrait la victime à distance d'affects et de représentations mentales destructrices.

6.1.2 La nourriture pour panser la blessure narcissique

Après un traumatisme l'urgence n'est pas de penser mais de se panser, éventuellement en se remplissant la panse. Il s'agit de panser la blessure physique à court terme, mais surtout de panser la blessure narcissique qui provoque une dislocation de l'image du corps et de l'estime de soi sur le long terme. La consommation excessive de nourriture interviendrait alors « *en réponse à des affects négatifs* », « *comme modalité défensive contre l'angoisse et la dépression*. » (Sanahuja, Houari, 2012). Ce mécanisme de défense est, pourrait-on dire, iatrogène parce que l'hyperphagie conduisant à l'obésité, l'image du corps s'en trouve de nouveau dévalorisée selon d'autres modalités. C'est la double peine.

6.1.3 Le gros corps comme forteresse imprenable

Il a été déjà fait mention de cette hypothèse fréquemment relevée dans la littérature que le corps se constitue en rempart, en vue d'organiser sa défense, après la première attaque, contre d'éventuelles agressions à venir. Ce serait là une façon de se protéger, en étant trop lourde et trop volumineuse pour pouvoir être attrapée, culbutée, retournée, immobilisée. En étant suffisamment grasse pour amortir les coups, pour ne pas les ressentir. Mais le premier contact dont il faut se protéger est encore le regard de l'autre, le regard de l'homme concupiscent en l'occurrence. Le gros corps est-il là aussi pour « *s'enrober en se dérochant* » aux regards, selon l'expression de Véronique Cormon (2004).

6.1.4 Le gros corps porteur de dégoût, de honte, de culpabilité et de haine de soi

Les cas de Sylvie et de Micheline décrits plus hauts sont des exemples de ce que le gros corps véhicule comme sentiments de dégoût, de laideur, de saleté, de pourriture. Les agressions sexuelles les ont salies, elles se sentent souillées à jamais d'avoir subi ces outrages, le gros corps est là à la fois pour le confirmer et pour le masquer. Car le gros corps est porteur de la saleté, de la laideur et du dégoût qui s'intègrent aux stéréotypes sociétaux que véhicule l'obésité. La honte et la culpabilité, à la fois ressenties par les victimes de violences sexuelles et les personnes obèses, sont des sentiments qui en découlent. La résultante finale étant la haine de soi.

6.1.5 Le gros corps comme blason²³ d'une souffrance indicible

L'obésité peut être le symptôme d'une profonde souffrance qu'elle soit la résultante de carences affectives précoces, de maltraitance infantile, d'humiliations, de harcèlement, et de violences sexuelles. Toutes ces causes coexistant parfois. Par manque de capacité élaborative, par manque de symbolisation langagière, par trouble alexithymique, par fonctionnement mental opératoire (voir supra 1.7), le gros corps devient alors le blason de la souffrance de la personne traumatisée sexuellement. La sphère orale est hyper-investie par la nourriture au détriment de la parole. On ne parle pas la bouche pleine, de telle sorte que l'expression verbale de la détresse est impossible. Les émotions seraient en quelque sorte absorbées, étouffées, anesthésiées par la nourriture. Cette hypothèse s'articule à la première (voir supra 6.1.1).

6.1.6 Le gros corps comme contenant émotionnel

J'avance là l'hypothèse que l'obésité est la voie adaptative privilégiée, en réaction à un traumatisme sexuel, quand les enveloppes physiques et psychiques²⁴ sont défailtantes primitivement. Cela à cause d'interactions communicationnelles perturbées dès la prime enfance. Les trois cas cliniques exposés en sont l'exemple : Célia, Sylvie et Micheline n'ont pas bénéficié d'un environnement maternel suffisamment bienveillant, sécurisant et contenant pour être en mesure d'élaborer leurs traumatismes respectifs autrement. Ce qui leur a fait défaut c'est d'abord une contenance physique, c'est-à-dire d'avoir la perception d'un corps suffisamment bien délimité par rapport à l'extérieur, « *qui peut accueillir les stimulations sensorielles – tant internes qu'externes – sans se « désintégrer », pour finalement agir sur l'environnement.* » (Veeser, 2015). Ce qui leur a fait défaut ensuite c'est une contenance psychique, c'est-à-dire un espace mental qui puisse accueillir leur vie émotionnelle propre, aussi perturbée et douloureuse soit-elle (Ibid.). Face à la double effraction physique et psychique que représente une violence sexuelle, l'obésité

²³ Le blason est à la fois un bouclier (écu) et le symbole de son appartenance à un groupe, une famille.

²⁴ Constituant le Moi-Peau (voir supra 4.2)

serait alors une réponse massive de l'organisme pour colmater les brèches quand les enveloppes physiques et psychiques sont initialement défailantes²⁵.

6.1.7 La dysrégulation pondérale comme réponse à un double mécanisme traumatique

Comme il vient de l'être évoqué, mes trois patientes présentaient un terrain psycho-émotionnel fragilisé avant qu'elles ne subissent des violences sexuelles. Elles ont vécu des expériences traumatogènes précoces avec leur environnement maternel, par manque de contenance, par des patterns d'attachement perturbés et par un défaut de communication tonico-émotionnelle. Elles répondent toutes les trois, à des degrés divers, au profil d'un « *trouble de traumatisme développemental* »²⁶ qui est décrit chez des enfants perturbés, maltraités ou négligés (Van der Kolk, 2018). Ces enfants ne développent pas de mémoire procédurale²⁷ qui leur permette d'établir des savoir-faire sensorimoteurs pour entrer en contact avec quelqu'un de façon adaptée : par le regard, la mimique, les déplacements (aller vers ou s'éloigner), les gestes (prendre dans les bras, repousser). On peut comprendre alors aisément qu'un terrain comme celui-là ne protège pas l'enfant et le futur adulte d'agressions ou d'abus sexuels, par manque de procédure adaptative auto-protectrice. Le traumatisme développemental fait en quelque sorte le lit au traumatisme sexuel, particulièrement s'il est incestueux. L'hyperphagie boulimique et le gros corps sont-ils une réponse spécifique à ce double traumatisme ? C'est une hypothèse qui demande confirmation.

²⁵ Nombreuses sont d'ailleurs les personnes obèses ayant subi une perte de poids rapide, comme c'est le cas après une chirurgie digestive, qui sont submergées par leurs émotions (Duret-Gossart, Peuteuil, 2010 ; Peuteuil, 2019).

²⁶ Le « trouble de traumatisme développemental » (« *Developmental Trauma Disorder* ») a été défini par Bessel van der Kolk en 2005 et proposé au DSM5 en 2009 par un groupe de travail américain affilié au Réseau National sur le Stress Traumatique chez l'Enfant (RNSTE). En voici les trois caractéristiques principales : « 1/ *Tendance globale à la dérégulation émotionnelle (instabilité)* ; 2/ *Problèmes d'attention et de concentration* ; 3/ *Difficultés à s'entendre avec les autres et avec soi-même.* » (Van der Kolk, 2018).

²⁷ « *La mémoire procédurale est à la source de nos savoir-faire, habiletés motrices, habitudes sensori-motrices et automatismes inconscients. Elle constitue une partie importante de notre mémoire à long terme, mais contrairement à la mémoire déclarative, elle est "implicite". Elle a pour rôle l'acquisition, l'enregistrement et l'utilisation des compétences motrices (la pratique d'un sport, jouer d'un instrument de musique, conduire un véhicule, etc.) assimilés tout au long de notre vie.* » (Tonella, 2008).

6.2 LA THERAPIE PSYCHOMOTRICE, UNE VOIE POUR SE RESTAURER SUITE A UN TRAUMATISME SEXUEL

Le recours à une thérapie psychocorporelle dans le traitement des psycho-traumatismes semble être une évidence pour les spécialistes du sujet. Pour désigner cette voie thérapeutique Bessel van der Kolk parle d'une « *"approche de bas en haut", qui revient à permettre au corps d'avoir des expériences qui contrarient viscéralement l'impuissance, la rage ou l'effondrement liés au traumatisme.* » (Van der Kolk, 2018). Ce dernier y voit trois intérêts principaux : 1/ « *Libérer l'information sensorielle bloquée et figée par le traumatisme* » ; 2/ « *Aider les patients à s'allier avec l'énergie libérée par cette expérience intérieure (au lieu de la refouler)* » ; 3/ « *Compléter les gestes d'autoprotection qui ont été contrariés quand ils étaient coincés, entravés ou paralysés par la terreur.* » (Ibid.). Il s'agit pour Van de Kolk de « *fraterniser avec son corps* » en explorant ses sensations toniques, viscérales et ses émotions, d'« *apprendre à apprécier le réconfort du toucher* » (Ibid.).

Pour Guy Tonella, psychothérapeute en analyse bioénergétique, élève d'Alexander Lowen²⁸, le travail sur le trauma « *implique le corps, la sensation, le mouvement et l'émotion* » (Tonella, 2008). Il poursuit : « *La thérapie vise à relâcher progressivement les procédures défensives post-traumatiques, et à construire de nouvelles procédures adaptatives.* » (Ibid.).

Avec les outils et les concepts qui sont les siens, la thérapie psychomotrice qui s'intègre dans les thérapies psychocorporelles, poursuit les mêmes objectifs

6.2.1 Le ressort psychomoteur, principe vital d'une sexualité épanouie

Le psychotraumatisme induit une réaction dissociative défensive qui se retrouve dans de nombreux cas cliniques de personnes obèses ayant subi des violences sexuelles. Comme le dit Véronique Cormon : « *Afin d'éviter tout risque de sentir à nouveau une effraction similaire, la victime barre l'accès à toute sensation. Ainsi, elle n'est plus en contact avec ses émotions, ses désirs, ses besoins, ses sentiments. En se coupant de la douleur, elle se coupe également de la joie, de l'insouciance, du désir amoureux, de l'amour... de tout ce*

²⁸ Alexander Lowen (1910-2008), élève de Wilhem Reich, est le fondateur de l'analyse bioénergétique.

qui peut faire vibrer l'être. » (Cormon, 2004). Cette « chosification » (voir supra 6.1) se traduit donc par une disjonction entre les sensations corporelles, les représentations mentales et les émotions. J'ai pu rencontrer de nombreuses patientes, comme Célia (voir supra 5.1.1) qui ressentaient leur corps coupé en deux ou trois, soit au niveau du cou, soit au niveau de la taille, soit les deux. Comme si le lien entre les 3 sphères, céphalique, thoracique et pelvienne était discontinu.

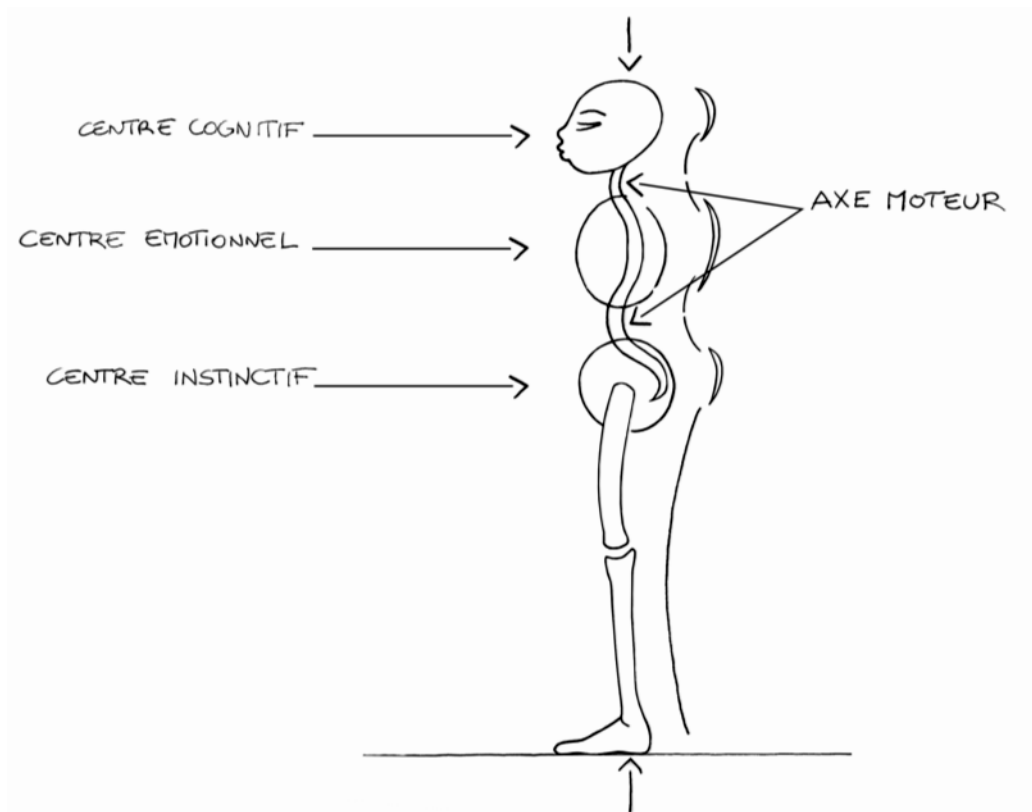
Ces trois sphères, anatomiquement parlant, sont trois masses résistantes reliées entre elle par la colonne vertébrale qui présente deux zones de mobilité, une lombaire et une cervicale.

Si nous prenons la symbolique du sphinx qui est la métaphore de l'être humain accompli : la sphère céphalique, c'est-à-dire la tête symbolisée par l'aigle ou le faucon, est le centre cognitif ou psychique, siège de la pensée et des représentations mentales ; la sphère thoracique, c'est-à-dire le cœur symbolisé par le lion, est le centre émotionnel, siège des sentiments et des désirs ; la sphère abdomino-pelvienne, c'est-à-dire le ventre symbolisé par le bœuf, est le centre instinctif ou physique, siège des besoins et des pulsions (Gold Djemba, Dalarun, 2017). Le lien entre ces trois sphères est constitué anatomiquement par la colonne vertébrale qui est l'axe moteur, grande courroie de distribution et d'unification des énergies motrices et psychiques, assimilables à la libido au sens jungien du terme²⁹ ou à l'énergie biologique reichienne³⁰ qui s'apparente à l'énergie vitale symbolisée par le serpent ou une déesse serpent dans le yoga et les traditions anciennes (Ibid.). Cet ensemble fonctionnel constitue notre « *ressort psychomoteur* » (Figure 6) qui s'établit sur notre verticalité physique et psychique (voir supra 4.4).

²⁹ La libido (désir en latin) représente pour Freud l'énergie de la pulsion sexuelle. « Chez Jung, la notion de libido s'est élargie jusqu'à désigner "l'énergie psychique" en général, présente dans tout ce qui est « tendance vers », appetitus. » (Laplanche et Pontalis, 1967-1990).

³⁰ Wilhem Reich a désigné par « *Orgone* » l'énergie biologique dont le mouvement, selon lui, a la forme d'une ondulation lente qui rappelle les mouvements d'un serpent (Reich, 1952-1970).

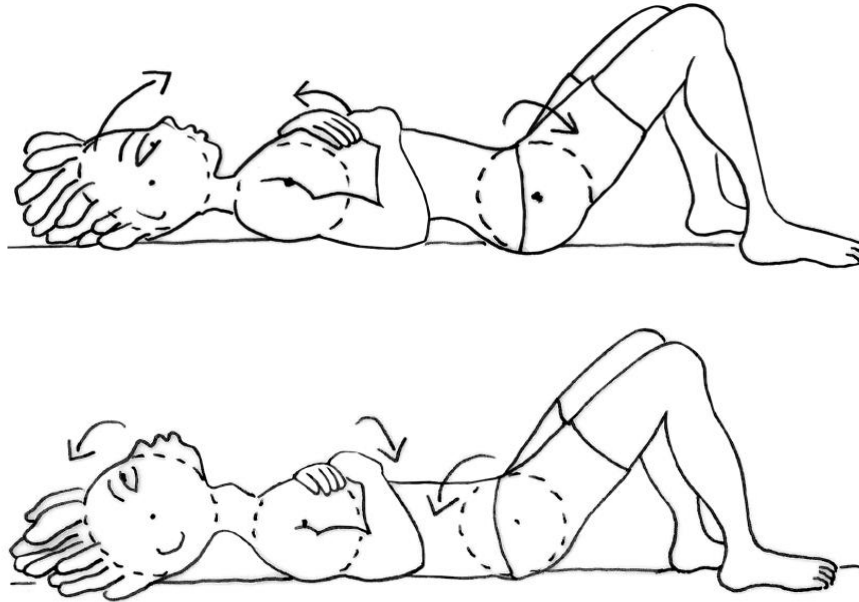
Figure 6 : Le ressort psychomoteur (Gold Djemba, Dalarun, 2017).



Dans la marche, une énergie mécanique proche de celle d'un ressort fait des aller-retours des pieds à la tête et de la tête aux pieds. L'axe de circulation de cette énergie a son siège dans la colonne vertébrale en continuité avec les membres inférieurs. Cet axe moteur est gouverné par la double chaîne musculaire Postéro-Antérieure et Antéro-Postérieure qui intègre le diaphragme (voir annexe 2). Cet ajustement est d'une grande précision, et tout écart postural peut provoquer des déséquilibres vertébraux, conduisant parfois à des troubles neuromoteurs tels que les sciatiques, cruralgies, névralgies cervico-brachiales, etc. (Voir le cas de Micheline).

La coordination bio-mécanique des trois sphères s'observe et s'analyse à travers l'exercice décrit *Figure 7*. Reich est le premier, à ma connaissance, à avoir décrit ce mouvement, proche de celui d'une « vague », dans « *La fonction de l'orgasme* » (1952-1970). Il évoque la possibilité que ce « *réflexe orgastique* » soit « *disloqué* » par des tensions musculaires, se traduisant par un bassin bloqué et une respiration perturbée.

Figure 7 : La coordination des trois sphères (Gold Djemba, Dalarun, 2017).



6.2.2 La dissociation psychomotrice, reflet d'un traumatisme développemental et/ou sexuel

Il arrive que la coordination des trois sphères ne fonctionne plus correctement comme j'ai pu le repéré chez certaines personnes obèses et chez les victimes d'agressions sexuelles souffrant d'un SSPT. Nous observons alors un tableau de « *dissociation psychomotrice* » (Ibid.). Les sphères du ressort psychomoteur ne communiquent plus, l'axe moteur ne fonctionne plus, la colonne vertébrale étant parfois le siège de tensions de type cervicalgique et/ou lombalgique, la respiration étant souvent perturbée par un diaphragme gêné dans son fonctionnement.

Suzanne Robert-Ouvray (2002) avait déjà observé ce qu'elle appelle des « *lombalgies névrotiques* », dénommées aussi « *lombalgies psychosomatiques* » ou « *névrose lombalgique* » par Boris Dolto (1988-2004). Robert-Ouvray désigne par « *hiatus psychomoteur* » cette somatisation motrice. Elle en établit trois causes : 1/ les perturbations communicationnelles précoces mère-enfant ; 2/ un problème identitaire ; 3/ l'arrêt des processus langagiers de symbolisation du corps.

Guy Tonella (2008) évoque également un processus de dissociation traumatique chez le nourrisson qui s'exprime au niveau de la colonne vertébrale cervicale par de fortes

tensions musculaires à la base du crâne. Ces « *contractions musculaires dissociatives* » se manifestent « *afin de maîtriser ses angoisses de chute, ses angoisses de désintégration et ses états émotionnels non régulés et inassimilables.* ». Ce processus conduit le nourrisson devenu adulte à mettre son corps (excepté sa tête) en dehors du champ de sa conscience, le coupant de ses états tonico-émotionnels et le protégeant ainsi de ses angoisses archaïques. « *Cet adulte se plaindra de ne pas sentir son corps et de n'avoir jamais l'esprit en paix.* » (Ibid.). Ce qui est le reflet d'un trouble de traumatisme développemental .

J'avance ainsi, à travers mes expériences cliniques, que les dissociations psychomotrices peuvent être corrélées à trois profils psycho-comportementaux qui peuvent s'entremêlés : 1/ quand la tête est coupée du reste du corps, ce profil fait le lit de la dépression ; 2/ quand le cœur est figé, ce profil fait le lit de l'angoisse ; 3/ quand le ventre est bloqué, ce profil fait le lit des addictions (Gold Djemba, Dalarun, 2017).

Parmi mes trois patientes, Micheline est celle qui reflétait le plus un état de dissociation psychomotrice. Le dessin de sa silhouette en témoigne (voir annexe 3), tout comme ses crises de sciatique et de cruralgie. L'énergie vitale de liaison ne réunissait plus les trois sphères. Son organisation somato-psychique a généré un tableau clinique mêlant la dépression, l'angoisse et les addictions alimentaires. Son ressort psychomoteur était bloqué primitivement par un trouble de traumatisme développemental lié aux violences maternelles. Le travail thérapeutique de re-liaison lui aura permis d'accéder à ses contenus sensori-émotionnels, d'amener à sa conscience les représentations mentales issues de la mémoire traumatique, et de libérer la symbolisation langagière par une parole authentique.

6.2.3 Méthodologie thérapeutique adaptée au traumatisme sexuel

La dynamique d'une thérapie psychomotrice est conforme au développement psychomoteur et sexuel de l'enfant. Elle se fait dans une logique chronologique, par étapes successives, où chaque acquisition prépare le terrain à la suivante. Le parcours n'est cependant pas linéaire, il prend plutôt la forme d'une spirale évolutive. Il est souvent nécessaire de revisiter les mêmes situations, les mêmes interactions mais sous des jours

différents. Dans le cas des traumatismes sexuels, il ne s'agit pas tant de lever des inhibitions que d'apporter un étayage relationnel pour créer une situation contenant, structurer la conscience du corps et assimiler de nouvelles procédures adaptatives.

Inspiré de celui défini pour les personnes obèses, le projet thérapeutique que je propose en réponse à un traumatisme sexuel (possiblement élargi à la santé sexuelle) se décline en trois étapes (Dalarun, 2010 ; Dalarun, 2015 ; Dalarun, Gaumet, 2015) :

1/ Nourrissage sensoriel et Conscience de soi

Objectifs :	Être présent à ses sensations corporelles Trouver une sécurité intérieure
Conscience :	de la masse corporelle de l'enveloppe cutanée du tonus musculaire
Outils :	Relaxation, Respiration, Toucher, Feldenkraïs ³¹

2/ Structuration posturo-motrice et Intégration de soi

Objectifs :	Etablir un bon ancrage et intégrer sa verticalité Prendre plaisir à bouger
Structuration :	de la posture et du mouvement de l'espace et du temps
Outils :	Taïchi, Yoga, Pilates, Stretching Postural ³² Mouvement dansé et rythmé

3/ Expression corporelle et Intégration relationnelle

Objectifs :	Rétablir les fonctions communicatives du corps Renouer avec une sexualité agréable
Expression :	gestuelle et vocale
Outils :	Kinomichi, Danse, Chant, Mime

³¹ Méthode dite de « *conscience du corps par le mouvement* » créée par Moshé Feldenkraïs.

³² Méthode d'étirements et de renforcement musculaire, déposée et créée par Jean-Pierre Moreau.

Les outils utilisés peuvent varier d'un thérapeute à l'autre en fonction de ses formations et selon l'adage « n'utilises que ce que tu pratiques toi-même ».

La fin de ce parcours thérapeutique s'établit en général quand la personne accompagnée est sortie de sa zone de souffrance, quand l'état de dissociation ne s'observe plus, quand la mémoire traumatique s'est intégrée à la mémoire autobiographique, lorsqu'une nouvelle qualité de présence à soi et au monde est trouvée, quand une sexualité satisfaisante s'est instaurée, lorsque la parole est devenue authentique, c'est-à-dire intimement liée au vécu corporel et émotionnel. Un autre élément est aussi un très bon indicateur quand la personne accompagnée a acquis un point de vue critique et distancié vis-à-vis de son ancien fonctionnement.

Comme l'ont illustré les récits des trois études cliniques de cette recherche, la durée de l'accompagnement est variable dans sa durée et sa fréquence.

CONCLUSIONS

Au terme de cet exposé, voici les points qui me semblent importants à retenir :

- Les conséquences traumatiques des violences sexuelles sont généralement sous-évaluées et sous-traitées médicalement et psychologiquement.
- Les traumatismes physiques et psychologiques liés aux violences sexuelles peuvent être à l'origine de troubles des conduites alimentaires menant à l'obésité.
- Dans certains cas l'obésité devrait être considérée comme la conséquence d'un état de stress post-traumatique.
- La recherche de violences sexuelles chez une personne obèse devrait donc être beaucoup plus fréquente.
- Les éléments cliniques permettant de suspecter un traumatisme sexuel chez une personne obèse sont les suivants :
 - prise de poids importante et rapide
 - polyphagies (hyperphagie boulimique, prandiale, nocturne ou sous forme de grignotages).
 - image de soi extrêmement dépréciée
 - tendance dépressive ou hyperactive
 - état dissociatif
 - sexualité perturbée (absence de rapports sexuels, absence de vie de couple ou vie de couple chaotique, désir d'enfant insatisfait ou non-désir d'enfant)
- Prendre davantage en compte l'impact des traumatismes sexuels incestueux dans certains cas d'obésité.
- En référence aux droits humains, réduire les discriminations dont sont victimes les personnes obèses pour favoriser l'accès aux soins notamment dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (gynécologie, sexologie, obstétrique).
- Si un traumatisme sexuel (ou autre) a déclenché une prise de poids ou a aggravé une surcharge pondérale existante, la priorité doit être la prise en soin des

conséquences psychologiques des violences subies et non pas la recherche d'une perte de poids par des mesures diététiques ou chirurgicales.

- L'approche thérapeutique de l'obésité dans le contexte d'un traumatisme sexuel doit être plus que jamais multi-modale et pluri-focale. Les orientations socio-thérapeutiques doivent être multiples : psychologique, corporelle, médicale, sexologique, éducative, sociale. Les cibles des thérapeutiques étant plurielles : réduction du traumatisme, amélioration de la régulation émotionnelle, restauration de l'image du corps et de l'estime de soi, amélioration de la relation à la nourriture (réduction des TCA et de la restriction cognitive), diminution de la masse corporelle dans les limites de ce que la physiologie permet et de ce que la psychologie autorise, accès à une sexualité satisfaisante.
- La perte du poids du trauma sexuel est donc une priorité, ce qui peut se traduire consécutivement par une perte de poids physique (voir les cas de Célia et de Sylvie) ou par une prise de poids physique (voir le cas de Micheline).
- Une approche psychocorporelle comme la thérapie psychomotrice, par ses dimensions contenant et (re)structurante, peut s'avérer pertinente dans le traitement des traumatismes sexuels.
- Plus largement, l'approche psychomotrice peut contribuer à une démarche éducative, préventive et thérapeutique en santé sexuelle.
- Dans les cas de traumatismes sexuels, l'impact psychocorporel est tel qu'un accompagnement thérapeutique au long cours est parfois nécessaire.
- Le travail corporel n'est pas anodin, il peut réveiller une mémoire traumatique qu'il faut savoir accueillir.
- La formation conduisant au diplôme d'état de psychomotricien.ne est insuffisante pour réaliser un accompagnement thérapeutique de cette nature. Une formation complémentaire en psychothérapie et en santé sexuelle (voire en sexologie) est à minima indispensable.
- Il serait souhaitable d'intégrer les éléments fondateurs de la santé sexuelle dans l'enseignement de la psychomotricité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ajuriaguerra J. de (1974). L'organisation psychomotrice et ses troubles. In Manuel de Psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson.
2. Anzieu D. (1985). Le Moi-peau. Paris : Dunod.
3. Basdevant A. (2004). Définitions et classification des obésités. In Basdevant A., Guy-Grand B. (Eds.) Médecine de l'obésité. (p 4-7). Paris : Flammarion.
4. Bénavidès T. (2015). Thérapie, rééducation et éducation psychomotrice. In Manuel d'enseignement de psychomotricité, 2. Méthodes et techniques. (p 9). Paris : De Boeck-Solal.
5. Benghozi P. (2015). Risques et dangers sexuels à l'adolescence. In Santé sexuelle et droits humains - Un enjeu pour l'humanité. (p 306-311). Paris : De Boeck Solal.
6. Berthoz A. (1997). Le sens du mouvement. Paris : Odile Jacob.
7. Bruch H. (1975). Les yeux et le ventre : l'obèse et l'anorexique. Paris : Payot.
8. Ciavaldini A., Choquet M. (2004). Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé. In N. Horassius, P. Mazet (Eds.) Conséquences des maltraitances sexuelles – Reconnaître, soigner, prévenir. (p 19-32). Paris et Fédération Française de Psychiatrie : John Libbey Eurotext.
9. Cormon V. (2004). Viol et renaissance – Comment faire d'un traumatisme une œuvre humaine. (p 43, 121). Paris : L'Archipel.
10. Dalarun P. (2010). Les thérapies psychocorporelles dans le traitement du surpoids et de l'obésité. In Zermati J.-P., Apfeldorfer G., Waysfeld B. (Eds.) Traiter l'obésité et le surpoids. (p 244-258). Paris : Odile Jacob.
11. Dalarun P. (2015). Apports de la thérapie psychomotrice au traitement de l'obésité et du surpoids. In Pireyre É.W. (Ed.) Cas pratiques en psychomotricité. (p 222-235). Paris : Dunod.
12. Dalarun P., Gaumet S. (2015). Clinique de l'obésité. In F. Giromini, J.-M. Albaret, P. Scialom (Eds.) Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3 : Clinique et thérapeutiques. (p 229-254). Paris : De Boeck Solal.

13. Damasio A.R. (1999-2002). Le sentiment même de soi. (p 30). Paris : Odile Jacob Poches.
14. Dejours C. (2001-2003-2018). Le corps, d'abord. (p 17). Paris : Payot, Petite Biblio.
15. Despentes V. (2015). Vernon Subutex (Tome 1). (p 204). Paris : Grasset, Le livre de poche.
16. Deydier G. (2017). On ne naît pas grosse. Paris : Goutte d'Or.
17. Dolto B. (1988-2004). Le corps entre les mains. (p 205-212). Paris : Hermann.
18. Dolto F. (1984). L'image inconsciente du corps ». (p 22-23). Paris : Seuil.
19. Duret-Gossart F., Peuteuil P. (2010). Perte de poids, Perte de soi ? – la grande illusion de la minceur. (p 87-93). Paris : Larousse.
20. Freres M. & Mairlot M.-B. (1997, 2002). Maîtres et Clés de la Posture. (p.81). Paris : Frison-Roche.
21. Freud S. (1923-1927-1981). Essais de psychanalyse. (p 219, 75). Paris : Payot.
22. Galimard-Maisonnette E. (2015). Image du corps, perte physique et santé sexuelle. In Santé sexuelle et droits humains - Un enjeu pour l'humanité. (p 290-299). Paris : De Boeck Solal.
23. Gaumet S. (2014). Approche psychomotrice de la personne obèse. (p 64-66). Paris : De Boeck Solal.
24. Gay R. (2019). Hunger : une histoire de mon corps. (p 287-289). Paris : Denoël.
25. Grangeard C. (2010). Vers une psychanalyse de l'obésité. In La clinique lacanienne, vol. 18, no. 2. (p 141-150).
26. Gold Djemba S., Dalarun P. (2017). Nyu Ngù : le yoga africain qui mène à la danse. (p 12, 31-33, 35-39). Paris : Heures de France.
27. Hall E. T. (1978). La dimension cachée. Paris : Points Seuil.
28. Herman, C. P & Polivy, J. (1975). Restraint and eating behavior. Journal of Abnormal Psychology, 8. 666-672.
29. Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967-1990). Vocabulaire de la psychanalyse. (p 224-225). Paris : PUF.
30. Le Barzic M. (2004). Les déterminants psychologiques de l'obésité. In Basdevant A., Guy-Grand B. (Eds.) Médecine de l'obésité. (p 59-67). Paris : Flammarion.

31. Lesage B. (1997). Etapes d'un parcours psychocorporel : l'instauration des structures. In Les lieux du corps n°5. (p 97-122).
32. Lesage B. (1998). Tonus, Posture, Verticalisation et Structuration du Sujet. In Thérapie Psychomotrice n°114-115.
33. Levine P. A. (2004-2009). Réveiller le tigre - Guérir le traumatisme. Socrate Éditions Promarex.
34. Leyens, J.-Ph., Yzerbyt, V., & Schardron, G. (1996). Stéréotypes et cognition sociale. Bruxelles : Mardaga.
35. Merleau-Ponty M. (1945). Phénoménologie de la perception. (p 195). Paris : Gallimard.
36. Mignot J. (2015). Les sept voies de la santé sexuelle. In Santé sexuelle et droits humains - Un enjeu pour l'humanité. (p 13-21). Paris : De Boeck Solal.
37. Morin E. (1977). La méthode, T1. La nature de la nature. (p 169, 196). Paris : Seuil Points Essais.
38. Nasio J.-D. (2007). Mon corps et ses images. (p 35-37). Paris : Payot.
39. Pagès M. (1986). Le système émotionnel – Trace ou sens. Paris : Hommes & Groupes.
40. Peuteuil P. (2019). Abécédaire de la chirurgie de l'obésité. (p 36). Presses universitaires de Franche-Comté.
41. Pireyre É.W. (2011). Clinique de l'image du corps. (p 27, 93, 135-136). Paris : Dunod.
42. Pireyre É.W. (2015). Cas pratiques en psychomotricité. (p 3). Paris : Dunod.
43. Reich. W. (1952-1970). La fonction de l'orgasme. (p 257-260, 293). Paris : L'Arche.
44. Robert-Ouvray S.B. (1993). Intégration motrice et développement psychique. (p 78-86). Paris : Desclée de Brouwer.
45. Robert-Ouvray S.B. (1999). Le corps étai de la psyché. In Thérapie Psychomotrice et Recherches n°117. (p 46-61).
46. Robert Ouvray S.B. (2008). Enfant abusé, enfant médusé. Paris : Desclée de Brouwer.
47. Saint Pol (de), T. (2010). Le corps désirable – Hommes et Femmes face à leur poids. (p 70-74, 122, 125-127, 194). Paris : PUF.
48. Sapir M. (1980). Soignant-soigné : le corps à corps. (p 7-41). Paris : Payot.
49. Schott-Billmann F. (2001). Le besoin de danser. (p 75). Paris : Odile Jacob.

50. Schilder P. (1968). L'image du corps. Paris : Gallimard.
51. Troussier T. (2015). Les liens entre sexualité, santé sexuelle, santé reproductive et santé publique. In Santé sexuelle et droits humains - Un enjeu pour l'humanité. (p 4-12). Paris : De Boeck Solal.
52. Troussier T. (2015). Les cinq dimensions de la sexualité humaine : physique, émotionnelle, mentale, sociale et spirituelle. In Santé sexuelle et droits humains - Un enjeu pour l'humanité. (p 22-32). Paris : De Boeck Solal.
53. Van der Kolk B. (2018). Le corps n'oublie rien – Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. (p 14, 139, 145-146, 201-202, 221, 226-229, 481-485). Paris : Albin Michel.
54. Veesser A. (2015). Contenance en psychomotricité. In Pireyre É.W. (Ed.) Cas pratiques en psychomotricité. (p 136-152). Paris : Dunod.
55. Waysfeld, B. (2003). Le Poids et le Moi. (p 38, 78-79). Paris : Armand Colin.
56. Waysfeld, B. (2013). La peur de grossir. (p 24, p 93-116). Paris : Armand Colin.
57. Winnicott D.W. (1962-1983). Processus de maturation chez l'enfant. (p 9-18). Paris : Payot PBP.
58. Zamberlan A. (1994). Coup de gueule contre la grossophobie. Paris : Ramsay.

SITOGRAPHIE

ARTICLES

1. Benkemoun S. (2015). <https://www.gros.org/dimensions-sociales-de-la-stigmatisation> (consulté le 02/05/2019)
2. DSM-5 (2015). https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf (consulté le 09/05/2019)
3. Fleury E. (2002). Confusion de langues et roman familial. <https://www.cairn.info/revue-savoirs-et-cliniques-2002-1-page-37.htm> (consulté le 26/05/2019)
4. Grangeard C. (2019). <https://sarasvati.fr/interesser-a-obesite-est-feministe/> (consulté le 05/05/2019)
5. GROS (2018). <https://www.gros.org/grossophobie-medicale-les-medecins-sont-ils-incapables-de-gerer-l-obesite> (consulté le 02/05/2019)
6. Salmona M. (2017). https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/20170519_lien_entre_TCA_et_psychotraumatisme_web.pdf (consulté le 10/05/2019)
7. Salmona M. (2016). <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/2016-Necessaire-connaissance-de-l'impact-psychotraumatique-chez-les-victimes-de-violts.pdf> (consulté le 10/05/2019)
8. Salmona M. (2015). <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1369547-l-inceste-dans-le-code-penal-une-avancee-mais-le-parcours-reste-long-pour-les-victimes.html> (Consulté le 08/05/2019)
9. Salmona M. (2010). <https://www.memoiretraumatique.org/violences/violences-sexuelles.html> (consulté le 08/05/2019)
10. Sanahuja A., Houari M. (2012). Traumatisme sexuel et obésité chez l'adolescente. https://projet.chubesancon.fr/pmb/PMB_Ecoles/opac_css/doc_num.php?explnum_id=192 (consulté le 12/05/2019)
11. Tonella G. (2008). Le Trauma – L’inscription corporelle de la déchirure traumatique : Jérémy. Conférence pour l’Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica (IIFAB),

- 17 Octobre 2008, Rome. <http://www.cfab.info/index.php/ressources/articles/articles-en-francais/item/38-le-trauma> (consulté le 12/05/2018)
12. Thomas J.-L. (2015). Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatisation-droitdiffusion.pdf (consulté le 06/05/2019)

ENQUETES ET RAPPORTS PUBLICS

13. Enquête Virage (2017).
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/26153/document_travail_2017_229_violences_sexuelles_enquete.fr.pdf (consulté le 08/05/2019)
14. Enquête CVS (2017). Interstats Analyse N° 18 - Décembre 2017
<https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Viols-tentatives-de-viol-et-attouchements-sexuels-Interstats-Analyse-N-18-Decembre-2017> (consulté le 08/05/2019)
15. ESTEBAN (2015). <https://www.cerin.org/rapports/corpulence-francais-2015-etude-esteban/> (consulté le 28/04/2019)
16. Rapport sur l'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement (ANSES, 2010). <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT-Ft-ConsultationRegimes.pdf> (consulté le 28/04/2019)
17. IVSEA (2015). https://www.dropbox.com/s/quxk2ib01t5gelv/Rapport-enquete-AMTV_mars-2015_BD.pdf?dl=0 (consulté le 10/05/2019)
18. OCDE (2017). <https://www.cerin.org/rapports/lobesite-dans-le-monde-ocde-2017/> (consulté le 28/04/2019)

TEXTES DE LOIS

19. Lois contre les violences sexuelles (2018). <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/violences-sexuelles-312.html> (consulté le 08/05/2019)
20. Lois contre les discriminations (2017).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018877783>
(consulté le 19/05/2019)
21. Droit pénal contre les discriminations (2017).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000026268210> (consulté le 19/05/2018).

TABLE DES FIGURES

1. Figure 1 : classification selon l'IMC	9
2. Figure 2 : distribution de la corpulence des adultes de 18-74 ans selon le sexe (étude ESTEBAN 2015)	10
3. Figure 3 : les victimes de violences sexuelles en France métropolitaine sur la période 2008-2016.....	21
4. Figure 4 : proportions dans les 12 derniers mois et effectifs annuels de victimes de violences sexuelles (hors harcèlement et exhibitionnisme) par catégorie juridique et par sexe (Virage, 2017).....	22
5. Figure 5 : Mécanismes physiologiques impliqués dans la genèse des troubles métaboliques et cardiovasculaires induits par les violences sexuelles (Thomas, 2015).	28
6. Figure 6 : Le ressort psychomoteur (Gold Djemba, Dalarun, 2017).....	83
7. Figure 7 : La coordination des trois sphères (Gold Djemba, Dalarun, 2017).	84

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTO-QUESTIONNAIRE PIERRE DALARUN

Est-ce-que j'habite mon corps ?

Nom :

Prénom :

Date :

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. J'ai du mal à attraper un ballon | A | B | C |
| 2. J'adore les travaux manuels (bricolage, jardinage, couture,...) | A | B | C |
| 3. Je me sens physiquement incapable dans bien des situations | A | B | C |
| 4. Je choisis toujours des vêtements à ma taille | A | B | C |
| 5. J'ai toujours fui les pistes de danse | A | B | C |
| 6. Je prends soin de mon apparence | A | B | C |
| 7. Je peux oublier toute une journée d'aller aux toilettes | A | B | C |
| 8. Je sais me reposer quand je me sens fatigué(e) | A | B | C |
| 9. Je m'angoisse pour un rien | A | B | C |
| 10. J'exprime facilement mes sentiments | A | B | C |
| 11. Je retrouve difficilement mon chemin | A | B | C |
| 12. Je suis le roi (la reine) du rangement | A | B | C |
| 13. J'ai souvent l'impression de ne pas être à ma place | A | B | C |
| 14. Le regard des autres m'indiffère | A | B | C |
| 15. Je suis souvent accaparé par mes pensées | A | B | C |
| 16. Rien ne peut me distraire quand je suis concentré(e) | A | B | C |
| 17. Plus jeune j'étais renfermé(e) sur moi-même | A | B | C |
| 18. J'ai toujours adoré les cours de gym à l'école | A | B | C |
| 19. Je remets souvent les choses au lendemain | A | B | C |
| 20. J'aime les imprévus | A | B | C |

A = tout-à-fait d'accord

B = assez d'accord

C = pas du tout d'accord

Cet auto-questionnaire tente d'évaluer en 20 questions le niveau d'intégration corporelle sur le plan psychique ou bien encore la « corporéité » de la personne.

COORDINATION :	1 – 2
SCHÉMA CORPOREL :	3 - 4
IMAGE DE SOI :	5 - 6
PROPRIOCEPTION :	7 - 8
ÉMOTION :	9 – 10
ESPACE :	11 - 12
RELATION A AUTRUI :	13 - 14
PRÉSENCE :	15 - 16
ANTÉRIORITÉ :	17 - 18
TEMPS :	19 - 20

B = 1, A=0 ou 2 et C=0 ou 2 selon les items.

Pour les items impairs : A=0 et C=2.

Pour les items pairs : A=2 et C=0.

Le score maxi est donc de 40.

Moins le score est élevé moins on habite son corps.

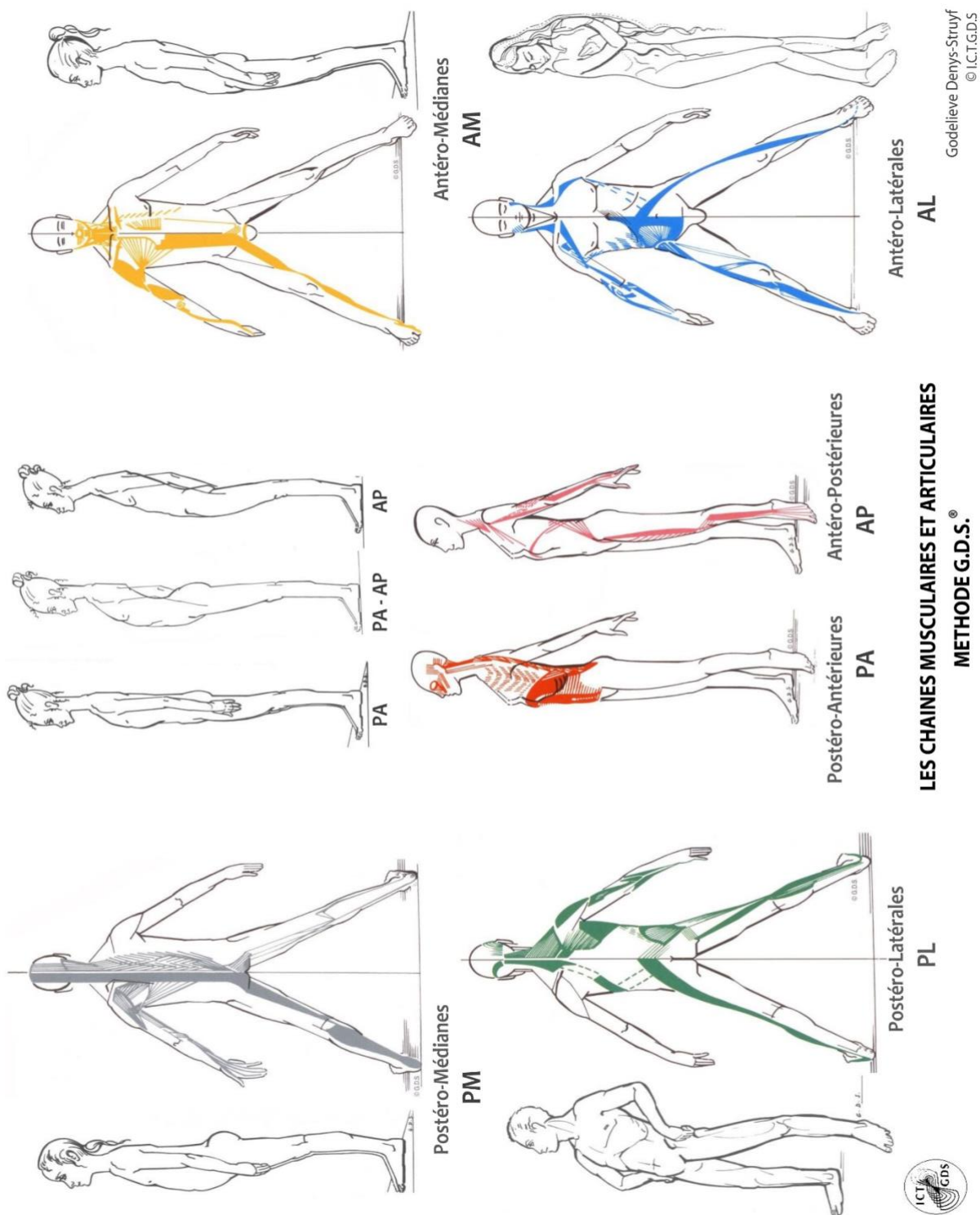
De 31 à 40 : la corporéité n'est pas un problème

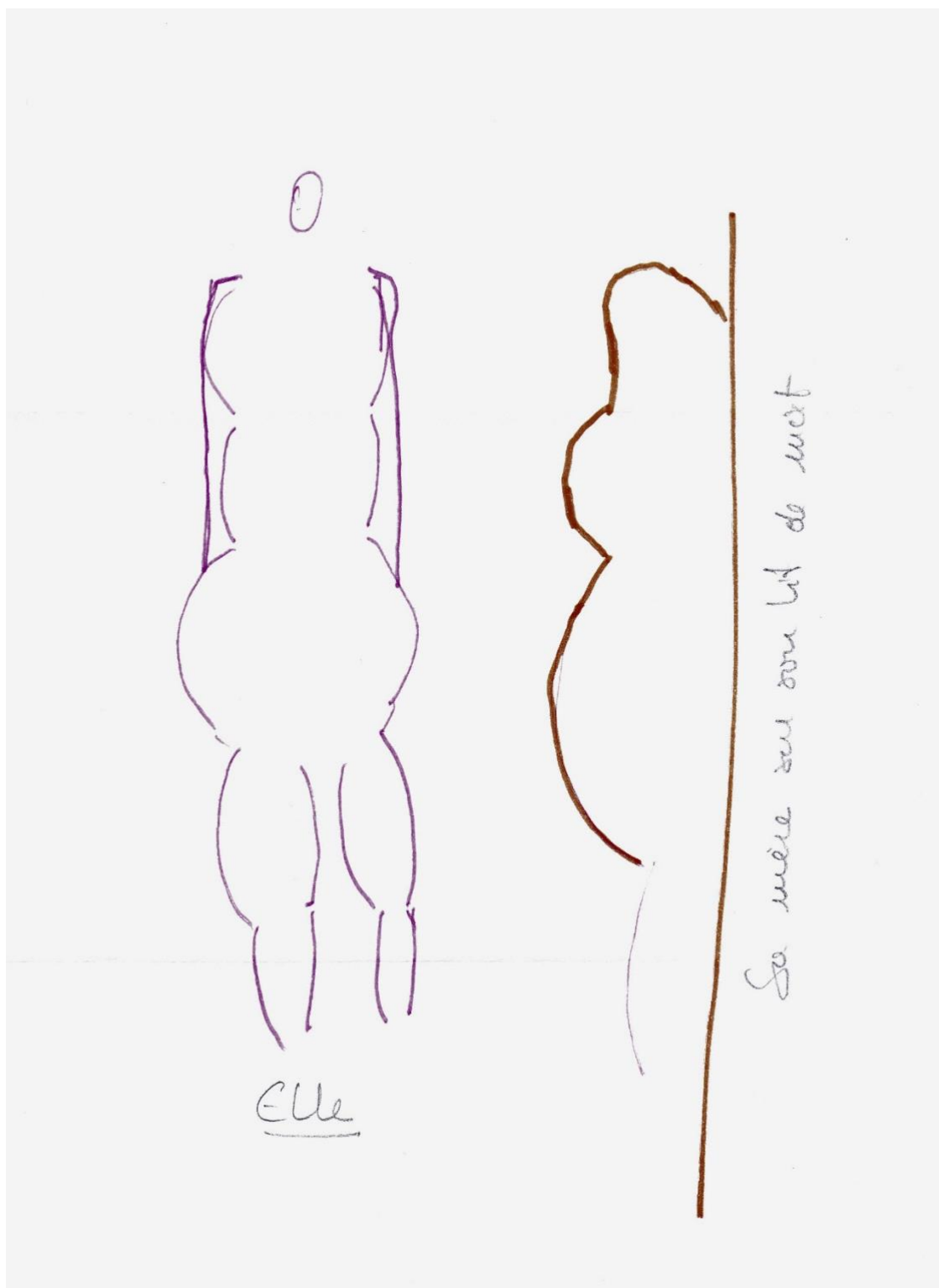
De 21 à 30 : la corporéité n'est pas un problème prioritaire

De 11 à 20 : la corporéité mérite d'être prise en compte

De 0 à 10 : la corporéité est un problème central

Il est important de nuancer le score avec une analyse qualitative des réponses et de prendre en compte les commentaires apportés par la personne.





RESUME :

A la lumière d'un éclairage clinique et théorique, l'objectif premier de ce mémoire est d'étudier les liens entre les violences sexuelles et les problématiques pondérales telles que l'obésité et le surpoids. Devant la fréquence élevée de traumatismes psychosexuels relevés par les soignants accompagnant les personnes obèses, un certain nombre de questions se posent : Quelles sont les données épidémiologiques et que nous apprennent-elles ? Le gros corps serait-il une conséquence du psychotraumatisme sexuel ? Au contraire, en serait-il une cause favorisante ? N'est-ce qu'une simple corrélation ? Cela nécessite-t-il une approche soignante spécifique ? L'objectif second de cette étude est, dans le cadre d'une action pluridisciplinaire, de poser les jalons d'une méthodologie thérapeutique psychocorporelle expérimentée auprès de cette population. Tout au long de ce développement, il sera envisagé d'intégrer cette approche aux domaines de la santé sexuelle et des droits humains.

Mots-clés :

Obésité, surpoids, psychotraumatisme, sexualité, émotions, corps, dissociation, psychomotricité, étayage, complexité.