

L'image du corps dans la prise en soin  
psychomotrice auprès de femmes victimes de  
violences entre partenaires intimes

La imagen corporal en el tratamiento en  
psicomotricidad con mujeres víctimas de  
violencia entre compañeros íntimos

Body image in psychomotor care for women  
victims of intimate partner violence

MIP – Máster Internacional en Psicomotricidad  
Préparation au Titre d'Expert en Psychomotricité (RNCP 28192 Niveau 7)

MIP- Recherche

RAUTUREAU Bilitis

Référentes Mémoire :

10 et 11 juillet 2023

DIAS DA SILVA Laura & NAFTI-MALHERBE Catherine

« Être au monde c'est être habité par une distance, un éloignement essentiel, qui fait que le plus proche de nous n'est pas ce qui touche spatialement de plus près notre corps, mais ce vers quoi nous sommes libres d'aller. »  
(Haar, 1986, p.67)

## Remerciements

Du temps, beaucoup de réflexion, de l'énergie, une nouvelle paire de lunettes et un entourage incroyable ont été nécessaires pour venir à bout d'un tel projet. Je profite de cet espace pour tous les remercier.

Le soutien sans faille, à toute heure du jour ou de la nuit de **ma maman** fut à la fois une bulle d'oxygène et un roc sur lequel j'ai pu me reposer pour avancer.

**JJ** fut le regard masculin porté sur ce projet. Sa prise de recul sur le sujet, ses relectures et ses conseils furent un réel atout.

Une pensée particulière pour **mes acolytes de master** qui ont représenté un soutien formidable au cours de ces deux années : **Bénédicte, Faustine, Manon & Séverine**, merci !

Un grand merci,

A ma petite sœur, **Guénoyée**, qui m'a guidée dans la mise en page de ce projet.

A mes traductrices hors pair : **Ainara** et **Mick** qui m'ont permis d'obtenir des résumés en espagnol et en anglais de qualité.

A mon amie **Mado** qui fut de bons conseils et un soutien incroyable durant tout ce temps qu'a duré ce projet.

A **Flo** et **Angèle**, qui m'ont permis de mieux me saisir de certains articles et qui m'ont soutenue dans mes réflexions et analyses.

A **Lulu** et **Margueu**, qui m'ont encouragé et aidées à me changer les idées.

A mon **papa**, qui m'a soutenue dans la réalisation de ce projet.

A mes **mamies**, qui croient en moi et dont l'amour peut soulever des montagnes.

A mon **entourage de France métropolitaine et de Martinique**, que ce soit amis et famille qui m'ont encouragée et soutenue, remotivée et beaucoup fait rire !

Sans mes **référentes de mémoire**, celui-ci n'aurait pu être réellement abouti !

Je tiens à remercier,

Mme **Nafti-Malherbe** pour sa disponibilité, ses conseils pertinents qui m'ont permis d'élever mon niveau d'exigence et parfaire ma posture d'apprentie-chercheuse.

Mme **Dias Da Silva** sans qui j'aurais succombé à quelques crises d'angoisse. Un grand merci pour sa disponibilité, ses conseils précis et pertinents, sa guidance proposée à chaque étape et son aide précieuse apportée dans ma prise de décision.

## Résumé

Les conséquences de la violence entre partenaires intimes (VPI) qu'elles soient physiques, psychologiques, sexuelles, économiques et/ou sociales, se retranscrivent profondément sur la santé physique et psychique d'une femme et ce, tout au long de sa vie (OMS, 2021). Qu'en est-il des conséquences sur la façon dont le corps de ces femmes leur apparaît (image du corps) ? Les études existant sur le sujet des répercussions des VPI sur l'image du corps des femmes sont de plus en plus nombreuses mais peu, voire aucune d'entre-elles, ne présentent véritablement la façon dont se présente leur image du corps. Ainsi à partir d'une démarche inductive, la présente étude a pour but de comprendre comment se présente l'image du corps de ces femmes à partir d'observations cliniques spécifiques, celles de psychomotriciens ayant une expérience de prise en soin auprès de ces femmes. La question de recherche de cette étude est la suivante : A partir de ses observations cliniques, que perçoit le psychomotricien de l'image du corps de ses patientes victimes de violences exercées par un partenaire intime ? Afin d'étudier ce sujet, des psychomotriciens détenant une expérience de prise en soin psychomotrice auprès de ces femmes victimes de VPI sont interrogés lors d'entretiens semi-directifs permettant le recueil de données qualitatives, sans attentes préconçues. Au préalable, une pré-enquête est diffusée largement afin de faciliter le recrutement des psychomotriciens détenant cette expérience. La méthodologie d'analyse des entretiens s'inspire de celle de Kaufmann nommée : l'entretien compréhensif. Celle-ci consiste à écouter et réécouter le discours jusqu'à saturation en se laissant entraîner dans l'histoire racontée et dans les hypothèses en mouvement (Kaufmann, 2016). La pré-enquête a permis de recruter 15 psychomotriciens détenant l'expérience recherchée et intéressés par la passation de l'entretien. Par la suite, 5 entretiens sont réalisés puis analysés. Au regard des éléments cliniques apportés par les discours et après la mise en lien avec les trois composantes de l'image du corps élaborées par Gallagher et reprises par De Vignemont, toutes les femmes victimes de VPI évoquées en entretien présentent une image du corps négative. Celle-ci se présente comme étant plus ou moins délétère selon les femmes c'est-à-dire impactant plus ou moins leur quotidien. La question qui se pose à présent est la suivante : ce type de constats et de connexions sont-ils retrouvés en allant interroger un nombre plus conséquent de psychomotriciens sur ce même sujet, à travers le monde ?

Mots clés : Violence à l'égard des femmes, représentations corporelles, répercussions, soin psychomoteur, médiation thérapeutique.

## Resumen

Las consecuencias de la violencia inflingida por la pareja (VIP), ya sean físicas, psicológicas, sexuales, económicas y/o sociales, tienen un profundo efecto en la salud física y psicológica de la mujer a lo largo de toda su vida (OMS, 2021). ¿Qué hay de las consecuencias sobre la imagen que estas mujeres tienen de su cuerpo (imagen corporal)? Cada vez hay más estudios sobre el impacto de la VIP en la imagen corporal de las mujeres, pero pocos, o ninguno, presentan realmente cómo se presenta su imagen corporal. Así, utilizando un enfoque inductivo, este estudio tiene como objetivo comprender cómo se presenta la imagen corporal de estas mujeres basándose en observaciones clínicas específicas de psicomotricistas que tienen experiencia en atender a estas mujeres. La pregunta de investigación de este estudio es la siguiente : A partir de sus observaciones clínicas, ¿qué percibe el psicomotricista sobre la imagen corporal de sus pacientes mujeres víctimas de violencia de pareja? Para estudiar este tema, se entrevistó a psicomotricistas con experiencia en la atención psicomotriz de estas mujeres víctimas de violencia inflingida por la pareja en entrevistas semidirectiva que permitieron la recogida de datos cualitativos, sin expectativas preconcebidas. Previamente, se difundió una encuesta para facilitar el reclutamiento de psicomotricistas con experiencia en el tema. La metodología utilizada para analizar las entrevistas se basa en la entrevista comprensiva de Kaufmann. Se trata de escuchar repetida del discurso hasta la saturación, dejándose arrastrar por la historia que se cuenta y las hipótesis en movimiento (Kaufmann, 2016). La encuesta previa permitió reclutar a 15 psicomotricistas con la experiencia deseada e interesados en realizar la entrevista. Posteriormente, se realizaron y analizaron 5 entrevistas. Con respecto a los elementos clínicos aportados por los discursos y tras vincularlos a los tres componentes de la imagen corporal desarrollados por Gallagher y retomados por De Vignemont, todas las mujeres víctimas de VIP mencionadas en las entrevistas tenían una imagen corporal negativa. Esta imagen es más o menos deletérea según la mujer, es decir, tiene un mayor o menor impacto en su vida cotidiana. La pregunta que se plantea ahora es la siguiente: ¿se encuentran este tipo de constataciones y conexiones al entrevistar a un mayor número de psicomotricistas sobre este mismo tema, en todo el mundo?

Las 5 palabras clave : Violencia contra las mujeres, representaciones corporales, repercusiones, atención psicomotriz, mediación terapéutica.

## Abstract

The consequences of intimate partner violence (IPV), whether physical, psychological, sexual, economic, and/or social, have profound effects on a woman's physical and mental health throughout her life (WHO, 2021). What about the impact on the way these women's body image? There are a growing number of studies on the effects of IPV on women's body image, but few, if any, represent what their body image actually looks like. Using an inductive approach, therefore, this study aims to understand how these women's body image is represented based on specific clinical observations of psychomotor practitioners who have experience serving these women. The research question of this study is as follows: Based on their clinical observations, how do psychomotricians see the body image of their female patients who are victims of couple violence? In order to study this topic, psychomotricians with experience in providing psychomotor care to these women victims of IPV were interviewed in semi-directive interviews that allowed the collection of qualitative data without preconceived expectations. Prior to this, a survey was conducted to facilitate the recruitment of psychomotor therapists with relevant experience. The methodology used to analyse the interviews is based on Kaufmann's comprehensive interview. The method used to analyze the material involves listening to the discourse until saturation and engaging with the story told and assumptions made (Kaufmann, 2016). The preliminary survey allowed for the recruitment of fifteen psychomotricians with the desired experience who were interested in conducting the interview. Subsequently, five interviews were conducted and analyzed. With regard to the clinical elements mentioned in the speeches, and after relating them to the three components of body image developed by Gallagher and taken up by De Vignemont, all the female victims of IPV mentioned in the interviews have a negative body image. This image is more or less detrimental depending on the woman, meaning that it affects her daily life to a greater or lesser extent. The question that now arises is the following: Do we find these kinds of findings and correlations when we ask a larger number of psychomotricians about this issue, worldwide?

The 5 key words : Violence against women, body representations, repercussions, psychomotor care, therapeutic mediation.

## Table des Matières

Remerciements .....	3
Résumé.....	4
Resumen.....	5
Abstract .....	6
 Table des Matières.....	 8
 Résumé détaillé.....	 11
Resumen Detallado.....	21
Detailed Summary.....	31
Abréviations .....	41
 Introduction.....	 42
Partie 1- Cadre Théorique .....	43
I- Les Violences entre Partenaires Intimes (VPI) .....	43
1- Contexte .....	43
2- Cadre législatif .....	45
3- Le cycle de la violence.....	46
4- Conséquences des Violences entre Partenaires Intimes.....	46
4-1- Répercussions Psycho-pathologiques des VPI .....	46
4-1-1- Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT).....	47
4-1-2- L'Etat Dépressif.....	48
4-1-3- Les Troubles Anxieux.....	49
4-1-4- Troubles Addictifs & Troubles du Comportement Alimentaire .....	50
4-2- Autres types de répercussions .....	51
II- Parcours de soin des victimes de Violence entre Partenaires Intimes.....	52
1- L'aide aux victimes .....	52
2- Le soin psychomoteur dans le parcours de soin.....	53
III- L'Image du corps chez les femmes victimes de VPI.....	55
1- Quelques notions mettant en jeu le corps.....	55
2- Le corps dans le paradigme psychomoteur .....	56
3- Image du Corps : définition selon différents auteurs.....	57
3-1- Modèles Schilder & Dolto .....	57
3-2- Modèle Pireyre.....	57
3-3- Modèles Gallagher & De Vignemont.....	58
4- Estime de soi & Image du corps .....	60
5- Image du corps et son évaluation .....	61
6- Les troubles de l'image du corps .....	62

7-	Dans la littérature : l'image du corps chez la femme victime de VPI.....	63
7-1-	Facteurs prédictifs .....	63
7-2-	Vécu des répercussions .....	65
7-3-	Sous le prisme de la théorie de l'objectification.....	67
Partie 2 - La Problématisation .....		69
Partie 3 – Méthodologie de recueil des données .....		70
I-	Type de méthodologie .....	70
II-	Type de données recueillies .....	70
III-	Echantillon .....	70
IV-	Pré-enquête.....	71
V-	Entretiens semi-directifs .....	73
1-	Choix de l'outil d'entretien.....	73
1-1-	Choix de la méthodologie générale .....	73
1-2-	Choix de la méthodologie d'analyse.....	73
2-	Cadre de l'entretien .....	74
VI-	Considérations éthiques .....	75
Partie 4 – Résultats .....		76
I-	Pré-enquête .....	76
II-	Entretiens semi-directifs .....	78
1-	Présentation de l'échantillon .....	78
2-	Analyse du contenu des discours par thématique .....	80
2-1-	L'image du corps selon ses trois dimensions .....	80
2-2-	Evaluation psychomotrice et image du corps .....	83
2-3-	Prise en soin psychomotrice et image du corps .....	87
2-4-	Liens indirects entre la peur et l'image du corps .....	89
2-5-	Retour sur la question d'ouverture : la médiation par le Théâtre.....	90
Partie 5 - Discussion.....		92
I-	Analyse des résultats.....	92
1-	L'image du corps selon ses trois dimensions .....	92
2-	Evaluation psychomotrice et image du corps .....	93
3-	Prise en soin psychomotrice et image du corps .....	94
4-	Liens indirects entre la peur et l'image du corps .....	96
II-	Réflexions et limites de l'étude .....	97
III-	Axes de réflexion concernant la poursuite de l'étude et son ouverture.....	99
Conclusion.....		101
Références Bibliographiques .....		103

## Annexes

Annexe 1- Le cycle des violences .....	1
Annexe 2 - Le violentomètre .....	2
Annexe 3 - La roue de la violence .....	3
Annexe 4 - La procédure pénale .....	4
Annexe 5 - Le QSCPGS (Evers & Verbanck, 2010) .....	5
Annexe 6 - Items du BAS-2 (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).....	6
Annexe 7 - Pré-enquête et ses 10 questions.....	7
Annexe 8 - Affiche de recrutement .....	11
Annexe 9 - Le Guide d'entretien .....	12
Annexe 10 - Formulaire d'information et de consentement libre et éclairé .....	16

## Tableaux

Tableau 1 - Présentation des caractéristiques de l'échantillon .....	79
Tableau 2 - Représentant le nombre de psychomotriciens par année d'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien (Q1) .....	18
Tableau 3 - Représentant les lieux de rencontre et de prise en soin en psychomotricité des femmes victimes de VPI précisés par les psychomotriciens interrogés (Q7) .....	19

## Figures

Figure 1 - Nombre de femmes victimes de VPI vues en prise en soin psychomotrice pour chaque psychomotricien ayant déclaré avoir une expérience auprès de ce public .....	77
--	----

## Résumé détaillé

### Introduction

En 2020 en France, 213 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint/ex-conjoint (MIPROF, 2021). Dans le monde, 1 femme sur 3 déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire intime ou de violences sexuelles du fait d'une autre personne au cours de son existence. Cela concernerait environ 736 millions de femmes (OMS, 2021). Ces violences entre partenaires intimes (VPI) viennent s'inscrire profondément dans la manière d'être et de ressentir d'une femme et ce durant de longues années encore après la fin des violences. Qu'en est-il des conséquences sur la façon dont le corps de ces femmes leur apparaît (image du corps) ? Les études existant sur le sujet des répercussions des VPI sur l'image du corps des femmes sont de plus en plus nombreuses mais peu, voire aucune d'entre-elles, n'abordent véritablement la façon dont se présente leur image du corps. Ainsi à partir d'une démarche inductive, la présente étude a pour but de comprendre comment se présente l'image du corps de ces femmes à partir d'observations cliniques spécifiques, celles de psychomotriciens ayant une expérience de prise en soin auprès de ces femmes. La question de recherche de cette étude est la suivante : A partir de ses observations cliniques, que perçoit le psychomotricien de l'image du corps de ses patientes victimes de violences exercées par un partenaire intime ?

### Partie 1 – Le Cadre Théorique

1- **Contexte Général** : Etabli en 2002, le rapport mondial sur la violence et la santé définit la violence exercée entre partenaires intimes (VPI) comme : « Tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles [...] » (Heise & Garcia-Moreno, 2002 cités par l'OMS, 2010, p.11). Parmi les violences évoquées sont retrouvées les actes d'agression physique, la coercition sexuelle, la violence psychologique, les comportements autoritaires (OMS, 2010) mais également la violence économique et sociale (isolement social et familial) (OMS, 2002). Il est fréquent pour ces femmes victimes de VPI de rencontrer des difficultés à quitter le foyer et la relation. Différentes raisons sont en cause mais l'une d'elles s'explique par le phénomène de cycle de la violence au sein duquel ces femmes peuvent être prises. Ce cycle se compose de 4 phases qui se succèdent et se répètent dans le temps (Voyer, Delbreil & Senon, 2014).

Les violences perpétrées par son partenaire intime peuvent irrémédiablement représenter des événements répétés et durables ayant un fort potentiel traumatogène. Dans un rapport publié par Santé Publique France en 2018 (Guillam, Ségala, Cassagne, François & Thélot), celui-ci précise que la dépression et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) sont les répercussions psycho-pathologiques les plus fréquemment retrouvées chez les femmes victimes de VPI. Une étude menée en 2019 au CHU de Casablanca révèle que des épisodes dépressifs majeurs actuels sont retrouvés chez les femmes victimes de VPI dans 88% des situations (Mouttarazouk, Abouzahir, Belhouss & Benyaich, 2022). Les troubles anxieux, les troubles addictifs ainsi que les troubles du comportement alimentaire sont des comorbidités également retrouvées chez ces femmes. Parmi les autres répercussions possibles de ces violences, on retrouve notamment celles impactant directement l'intégrité physique (lésions traumatiques), l'isolement social et familial, l'éloignement du monde professionnel et enfin, un risque accru de tentatives de suicide.

2- **Image du corps et VPI** : Selon Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien, l'image du corps représente la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même, celle qui se forme dans notre esprit (1968). D'après Gallagher, l'image du corps implique une intentionnalité réfléchie comprenant 3 modalités que sont : l'expérience perceptive de son propre corps, la compréhension conceptuelle de celui-ci & l'attitude émotionnelle à son égard (1995). D'après De Vignemont (2010), qui s'appuie notamment sur les travaux de Gallagher, l'image du corps regroupe les représentations du corps non utilisées pour l'action. L'image du corps se compose de 3 dimensions : dimension perceptuelle (repose sur les perceptions sensorielles et rejoint la dimension de la conscience corporelle), conceptuelle (repose sur l'aspect sémantique et linguistique du corps impliquant la mise en mots du rapport au corps et les croyances qui y sont liées) (De Vignemont, 2006) et émotionnelle (repose sur les affects ressentis envers son corps) (Gallagher, 2005). L'image du corps détient une fonction unique et complexe, celle de décrire le corps.

De façon générale, les troubles de l'image du corps sont symptomatiques d'une dégradation de la qualité de vie de l'individu. Chacune des dimensions de l'image du corps peut être altérée entraînant alors différents symptômes. Ainsi au niveau de la composante perceptuelle par exemple, les altérations peuvent concerner une

estimation perturbée des dimensions du corps en lien avec un défaut de conscience corporelle (Schmidt, Taube, Heinrich, Vocks & Hartmann, 2022).

Les violences conjugales exercées sur les femmes représentent un sujet d'actualité de plus en plus étudié et mis en avant dans la littérature. Une étude réalisée en 2014 (Weaver, Griffin & Mitchell) recherche les liens existant entre la gravité de blessures aiguës, les symptômes de TSPT et de la dépression ainsi que de la détresse de l'image corporelle au sein d'un échantillon de 73 femmes, principalement d'origine afro-américaines (72.6%). Les résultats ont été analysés à partir de 4 auto-évaluations ainsi qu'un entretien semi-directif sur le traumatisme. La détresse de l'image corporelle est associée de façon significative à la fois aux aspects contextuels liés au traumatisme (gravité de la blessure et degré de violation de la confiance) mais également aux séquelles engendrées par le traumatisme (gravité du TSPT et de la dépression).

Dans une étude australienne réalisée auprès de 38 victimes de VPI, des femmes y témoignent en décrivant les violences sexuelles exercées par des partenaires intimes (VSPI) comme des bouleversements profonds. L'une d'entre elle évoque des luttes intenses avec son estime de soi et son image du corps oscillant entre le dégoût de soi et le manque de confiance en soi (Tarzia, 2021). Les violences semblent pouvoir altérer les représentations du corps de la femme et ce d'autant plus lorsqu'elles sont répétées.

## Partie 2 – La Problématisation

Au fil des recherches, nous remarquons que les études abordant le sujet de l'image du corps chez la femme victime de VPI, bien que certaines soient récentes, sont finalement peu nombreuses, détiennent un niveau de preuve relativement faible ainsi que des limites conséquentes et sont réalisées majoritairement aux Etats-Unis. Par exemple, le recueil de données de ces études s'est fait principalement à partir d'auto-évaluations et ne rendent pas compte avec précision de la qualité de l'image du corps présentée par ces femmes en termes de signes cliniques. Par ailleurs, aucune étude n'a été trouvée sur le sujet en France, auprès de cette population. Finalement, les répercussions directes et la façon dont se présente cette image du corps perturbée reste sans réponse scientifiquement élaborée et précise. Ainsi, l'impact des VPI sur l'image du corps des femmes qui en sont victime en France fait l'objet du problème de recherche de ce projet. Afin d'étudier ce problème, cette étude s'oriente vers le regard spécifique que peut avoir le psychomotricien sur ce sujet. Ainsi, la question de recherche qui se dégage de ces réflexions est la suivante : A partir de ses observations

cliniques, que perçoit le psychomotricien de l'image du corps de ses patientes victimes de violences exercées par un partenaire intime (VPI) ?

### Partie 3 – Méthodologie de recueil des données

Dans ce projet de recherche, l'approche employée est inductive. L'induction représente une démarche impliquant un type de raisonnement consistant à passer du spécifique au général (Blais & Martineau, 2006). L'aspect spécifique correspond aux observations cliniques recueillies par les psychomotriciens (données qualitatives brutes) dont l'analyse permettra de dégager des généralités quant au sujet étudié. Afin de répondre à la question de recherche, des entretiens ont été proposés à des psychomotriciens détenant une expérience professionnelle auprès de femmes victimes de VPI. Le choix de l'outil ayant permis de cibler les psychomotriciens s'est porté sur la pré-enquête, autrement appelé questionnaire filtrant (Roselli, 2011).

1- **La pré-enquête** : Sous la forme d'un formulaire, celui-ci a pu agir comme recrutement indirect. La population visée a concerné les psychomotriciens susceptibles de rencontrer ou d'avoir rencontré en prise en soin psychomotrice des femmes victimes de VPI. Afin de toucher le plus de psychomotriciens possible, il a été nécessaire de diffuser largement la pré-enquête, d'abord par mail puis par l'intermédiaire des réseaux sociaux au travers d'une affiche créée pour l'occasion (annexe 1). Cette pré-enquête est constituée de 10 questions (annexe 2) réparties en 3 sections. La 1<sup>ère</sup> section concerne les données générales à propos du répondant. La 2<sup>ème</sup> section permet de renseigner l'expérience professionnelle passée/actuelle de prise en soin en psychomotricité auprès de ces femmes. La 3<sup>ème</sup> section propose au répondant s'il est intéressé pour participer à la suite de l'étude.

2- **L'entretien semi-directif** : En ce qui concerne le sujet de cette recherche, des entretiens exploratoires individuels de type semi-directif ont permis d'obtenir des données qualitatives variées. Les informations collectées au cours des entretiens aux moyens de questions suffisamment ouvertes permettent de mettre en évidence des éléments encore méconnus du phénomène étudié (Fenneteau, 2015). La méthodologie d'entretien réalisée au cours de ce projet s'est inspirée de celle de l'entretien compréhensif de Kaufmann, dans sa façon de traiter et analyser le matériau. Les critères d'inclusion se sont concentrés sur les psychomotriciens diplômés d'état ayant une expérience de prise en soin individuelle en psychomotricité passée ou en cours auprès de femmes victimes de VPI. Ont été exclus de cette population cible les

psychomotriciens non diplômés d'Etat et ceux dont l'expérience n'a pas été réalisée dans le cadre d'une prise en soin en psychomotricité. Les entretiens se sont déroulés en visio-conférence. Les questions posées lors des entretiens ont été préalablement définies dans un guide d'entretien (annexe 3) : au total 5 axes ont été choisis (5 questions principales et 6 questions complémentaires, à poser si besoin). On retrouve : les observations cliniques de l'image du corps durant l'évaluation psychomotrice ; puis à partir des médiations thérapeutiques ; la perception de leur estime de soi ; un avis à propos de la médiation théâtre auprès de ces femmes et l'apport éventuel d'autres éléments d'observations en lien avec le sujet évoqué. En amont des entretiens, un entretien-test a été réalisé. Celui-ci a notamment permis de revoir à la baisse le nombre total de questions contenues dans le guide. C'est en adoptant une écoute attentive, d'intense concentration ainsi qu'une attitude sympathique durant l'entretien, que l'enquêteur parvient progressivement à découvrir « un nouveau monde, celui de la personne interrogée » (Kaufmann, 2016, p.51).

3- **Considérations éthiques** : En allant interroger des professionnels sur ce qu'ils observent dans leur pratique, la recherche est alors orientée sur les Pratiques Professionnelles (PP) et n'entre donc pas dans le cadre de la loi Jardé. Cependant, le consentement des participants a été préalablement recueilli à l'aide d'un formulaire d'information et de consentement libre et éclairé, retourné signé (annexe 4). Une attention particulière concernant le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) a été apportée tout au long de cette étude (CNIL, 2018).

#### Partie 4 – Résultats

1- **La pré-enquête** : Les données de cette pré-enquête ont été regroupées sous forme de tableau Excel® à partir duquel l'analyse des données a pu se faire. Les éléments de réponse ont été étudiés question par question puis regroupés dans un ordre logique permettant de mettre en évidence les caractéristiques des psychomotriciens acceptant de participer aux entretiens.

Un total de 64 réponses a pu être obtenu. Les 64 répondants comprennent 1 homme et 63 femmes. Leur moyenne d'âge est de 30,13 ans. D'après les chiffres exposés dans le tableau 2 (nombre de psychomotriciens par année d'obtention du diplôme d'état de psychomotricien), ceux-ci sont représentés de façon générale par des psychomotriciens en début de carrière professionnelle.

Sur 64 répondants, 21 soit 32.8% déclarent avoir une expérience de prise en soin en psychomotricité auprès de femmes victimes de VPI. Parmi ces 21 psychomotriciens, 15 d'entre eux acceptent de participer aux entretiens et d'être contacté par mail. Parmi ces derniers, certains ont refusés de réaliser l'entretien, d'autres n'ont pas répondu aux mails de relance et d'autres encore présentaient des doubles compétences où les femmes rencontrées ne bénéficiaient pas d'un suivi en psychomotricité.

2- **Les entretiens** : La phase d'analyse du matériau s'est inspirée de la méthodologie de l'entretien compréhensif de Kaufmann. La particularité de cette phase est que celle-ci est fondée sur l'écoute et la réécoute du matériau s'opérant jusqu'à saturation (Kaufmann, 2016). Dans sa façon de procéder, il explique retranscrire tout ce qui lui vient à l'esprit lors de l'écoute sur des fiches dont le haut contient l'élément brut ayant attiré l'oreille (verbatim, évènement ou situation) et le bas, les commentaires et interprétations associées. L'utilisation de fiches est reprise dans notre investigation des entretiens. Les hypothèses et thématiques ayant surgi des différentes écoutes ont été réunies au sein d'un plan. Celui-ci reprend chaque thématique et y regroupe les verbatims pouvant y être liés provenant de chacun des entretiens. C'est à partir de ce dernier que les résultats sont présentés.

Présentation de l'échantillon : 5 entretiens ont été réalisés auprès de 5 femmes dont l'âge moyen est de 31.2 ans. L'expérience professionnelle moyenne est de 8.8 ans. Les caractéristiques de l'échantillon interrogé se présentent comme suit (PMT pour psychomotricienne) :

\_PMT A : 39 ans, 16 ans d'expérience. Prise en soin de la population cible en service de neurologie et d'orthopédie (hôpital privé). Expérience auprès de plus de 5 femmes victimes de VPI. Durée de l'entretien : 1h15.

\_PMT B : 30 ans, 9 ans d'expérience. Prise en soin de la population cible essentiellement en clinique psychiatrique, cabinet libéral et en milieu carcéral. Expérience auprès de plus de 5 femmes victimes de VPI. Durée : 1h05.

\_PMT C : 36 ans, 14 ans d'expérience. Prise en soin de la population cible en hôpital de jour au sein d'une clinique psychiatrique. Expérience auprès de plus de 5 femmes victimes de VPI. Durée : 1h22.

\_PMT D : 26 ans, 3 ans d'expérience. Prise en soin : centre d'évaluation et traitement de la douleur. Expérience auprès de 3 femmes victimes de VPI. Durée : 45 min.

\_PMT E : 25 ans, 2 ans d'expérience. Prise en soin dans une clinique de rééducation fonctionnelle. Expérience auprès de 2 femmes victimes de VPI. Durée : 30 min.

La durée des entretiens est relativement disparate et semble être corrélée à l'expérience professionnelle. Plus l'expérience auprès de ces femmes est grande, plus il y a d'observations cliniques à aborder au cours de l'entretien pouvant en allonger la durée.

#### Analyse du contenu des discours par thématique :

**\_Image du corps et ses trois dimensions** : En lien avec la dimension perceptuelle, la PMT B évoque l'influence des violences : « [...] j'ai l'impression que ça reste infusé dans le corps et dans la perception qu'elles ont de leur corps et dans le vécu qu'elles ont de leur corps ». Pour appuyer son propos, elle donne l'image de la carapace intérieure qui les protège de ce qu'elles ressentent à l'intérieur et participe à ce qu'elle nomme la mise à distance de leur corps. Cette dernière est décrite sous un autre terme, celui de la dissociation par la PMT D. A propos d'une patiente victime de VPI, elle expose le vécu d'un corps douloureux, hypersensible, perturbé sur le plan proprioceptif et dissocié ayant des répercussions plus ou moins directes sur la conscience corporelle. Dans le discours de toutes les psychomotriciennes, on retrouve des verbatims qui mettent en relief une conscience corporelle altérée.

En lien avec la dimension conceptuelle, les verbatims utilisés pour décrire leur rapport au corps sont dépréciatifs pour toutes les femmes victimes de VPI présentées lors des entretiens. A propos d'une patiente, la PMT B raconte que selon elle, son corps ne lui appartient pas car il « appartient à la société et aux hommes ». S'en préoccuper et s'en occuper est alors secondaire. Il est donc mis à distance (dimension perceptuelle). Cette patiente détient la croyance de vivre un corps qui ne lui appartient pas.

En lien avec la dimension émotionnelle, il ressort du discours des psychomotriciennes que la question de l'image du corps est délicate voire effrayante pour ces femmes. Selon la PMT B, certaines d'entre elles ont par exemple des mouvements de recul lors de la question sur les perceptions qu'elles ont de leur corps. Ces réactions induisent un sentiment et des émotions intenses ressenties envers leur corps ou déclenchées par ce rapport au corps.

**\_Evaluation psychomotrice et image du corps** : 4 des psychomotriciennes interrogées (PMT A, B, C & D) évoquent questionner l'image du corps de leurs patientes durant l'entretien anamnestique, en amont des tests psychomoteurs. Le

dessin de soi, est utilisé durant l'évaluation psychomotrice par les PMT A, B, C & D. 3 d'entre elles (PMT A, C & D) décrivent le dessin de leurs patientes victimes de VPI comme étant « appauvri », « sommaire » et « peu détaillé ». Toutes évoquent l'évaluation du tonus comme une épreuve de l'évaluation apportant le plus de renseignements complémentaires relatif à l'image du corps de ces femmes (ex : posture en enroulement systématique). Enfin, 3 des psychomotriciennes interrogées (PMT B, D & E) déclarent proposer des questionnaires à leurs patientes.

**\_Prise en soin psychomotrice et image du corps :** En lien direct avec l'image du corps, l'outil du miroir permet un remodelage de cette dernière. Les PMT B & E évoquent l'utiliser en séance auprès de ces femmes. D'après la PMT B, l'objectif pour la patiente est de progressivement accepter ce corps qui lui est propre, reflété par le miroir. La PMT E utilise cet outil de façon spécifique avec l'une de ses patientes, hospitalisée suite à une chute dans les escaliers provoquée par son conjoint. Au-delà de l'acceptation de son image du corps modifiée (hématome au visage), un autre objectif du miroir est d'apporter un feedback visuel des postures de cette patiente permettant intrinsèquement de développer la conscience corporelle. Dans un autre registre, la PMT C propose à ses patientes de rédiger « la lettre à mon corps » en demandant à ses patientes d'y ajouter des éléments négatifs et positifs. Trois psychomotriciennes (PMT B, C & E) mettent en lien les notions d'estime de soi et d'image du corps dans leurs discours.

**\_Liens indirects entre la peur et l'image du corps :** Les PMT A, C, D & E évoquent d'elles-mêmes avoir constaté de la peur dans les attitudes et les réactions de leurs patientes victimes de VPI en séance : « ça, c'est quelque chose que je retrouve chez beaucoup d'entre elles c'est que, elles ont peur (...) de leur mari » (PMT C). Cet état de peur peut se manifester par un état d'hypervigilance, mis en exergue de différentes façons par ces PMT. La PMT A évoque les réactions d'hypervigilance d'une de ses patientes en séance de relaxation : se redresse au moindre bruit extérieur à la salle, regarde beaucoup autour d'elle.

## Partie 5 – Discussion

### **1- Analyse des résultats**

**\_ Image du corps et ses trois dimensions :** Deux constats émergent du discours des psychomotriciennes : toutes mettent en avant de façon plus ou moins directe chez

leurs patientes victimes de VPI une mise à distance du corps (dépersonnalisation) et toutes font état chez leurs patientes d'une conscience corporelle délétère. Le phénomène de dissociation traumatique, induit notamment par les violences en tant que mécanisme de défense, serait au cœur du bouleversement de la conscience corporelle impactant la dimension perceptuelle de l'image du corps de ces femmes. Différentes croyances seraient nourries par les effets des violences et les termes employés pour se décrire (« vache »), qui ne devaient pas être les leurs à l'origine, seraient intériorisés et incarnés (dimension conceptuelle). Les émotions relatives à leur rapport au corps seraient alors biaisées et négatives, les femmes ne supportant pas de se regarder dans le miroir (dimension émotionnelle). L'ensemble des composantes de l'image du corps seraient donc atteintes, laissant apparaître une image du corps perturbée.

**\_Prise en soin psychomotrice et image du corps :** Toutes les psychomotriciennes font le constat d'une estime de soi délétère chez leurs patientes victimes de VPI ce qui semble sous-entendre un lien indirect avec la présentation d'une image du corps négative associée. Cela fait écho aux résultats d'une étude récente réalisée en Inde mettant en évidence un lien de corrélation significatif entre ces deux notions : plus l'image du corps sera délétère, plus l'estime de soi sera faible (Saranya, Manoj & Bharathi, 2022). Parmi les autres outils proposés, certains d'entre eux influencent de façon indirecte l'image du corps. Par exemple, la PMT D, en proposant à une de ses patientes de mieux comprendre et d'expérimenter l'anatomie fonctionnelle de son corps, lui a permis d'élaborer une meilleure connaissance de son corps associée à une conscience corporelle plus fine (dimension perceptuelle). Finalement, la mise en mouvement associée à l'élaboration de la conscience corporelle ainsi qu'à une meilleure compréhension de son fonctionnement corporel, aurait participé par effet boule de neige au remodelage de son image du corps. Les expérimentations en séance créeraient de nouvelles perceptions corporelles favorisant cette boucle vertueuse proposée par les psychomotriciennes, qui induirait le développement en parallèle d'une image du corps plus positive, plus acceptable.

**\_Liens indirects entre la peur et l'image du corps :** Notons que dans la théorie de la motivation de Maslow, les besoins humains fondamentaux sont chroniquement hiérarchisés ce qui signifie qu'un besoin satisfait fait disparaître le comportement qui le recherche (ex : la faim satisfaite fait disparaître le comportement de recherche de

nourriture). Dans cette théorie, une fois les besoins physiologiques satisfaits apparaissent les besoins de sécurité qui se présentent bien en amont des besoins liés à l'estime de soi, et donc indirectement à l'image du corps (Maslow, 2013). L'état de vigilance constant mis en évidence par les PMT A, D & E aurait donc un objectif fondamental, celui de se préserver de tout danger extérieur. Ce besoin n'étant pas satisfait, il serait difficile pour ces femmes de réagir ou de mettre en place des comportements dirigés vers soi, vers une écoute de son corps et de ses perceptions. Finalement, ces états d'hypervigilance et de peur ressentis, en induisant un détournement de l'attention entièrement dirigé vers la recherche de sécurité et non vers leurs sensations corporelles, impacteraient de façon indirecte la conscience corporelle et ainsi, l'image du corps dans sa dimension perceptuelle.

2- **Limites de l'étude** : En ce qui concerne le recrutement de l'échantillon, il existait une forte probabilité pour que la majorité des répondants à la pré-enquête soient relativement jeune du fait de l'utilisation des réseaux sociaux comme outil de diffusion. Cela se vérifie positivement puisque la moyenne d'âge des répondants à la pré-enquête est de 30 ans. Les professionnels plus âgés et plus expérimentés sont probablement moins actifs sur les réseaux sociaux et n'ont pas pu être réellement approchés lors de la période de recrutement. La constitution d'un échantillon de petite taille peut être perçue comme une limite conséquente. En effet, le nombre d'éléments cliniques apportés est alors restreint et peut induire un biais de confirmation. Il s'agit cependant d'une étude qualitative ayant une démarche inductive. Les données recueillies et analysées à partir d'un échantillon de petite taille ont permis de révéler des généralités hypothétiques en rapport à l'image du corps des femmes victimes de violences conjugales. Il serait à présent intéressant de les vérifier au sein d'une étude complémentaire, réalisée auprès d'un échantillon plus important.

Conclusion : En se référant aux éléments cliniques, toutes les femmes évoquées au cours de ces entretiens présentent une image du corps négative. L'hypothèse selon laquelle chez les femmes victimes de VPI, l'ensemble des composantes de l'image du corps serait perturbé, pourrait être vérifiée en allant interroger un nombre plus important de psychomotriciens à travers le monde, sur ce même sujet. Il s'agirait d'utiliser la même méthodologie qu'au sein de notre étude auprès de psychomotriciens exerçant en Espagne ou en Italie par exemple. Une autre hypothèse suppose que les états de peur et d'hypervigilance impacteraient de façon indirecte l'image du corps.

## Resumen Detallado

### Introducción

En 2020, en Francia, 213.000 mujeres adultas declararon haber sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su cónyuge/ex cónyuge (MIPROF, 2021). En todo el mundo, 1 de cada 3 mujeres declara haber sufrido abusos físicos y/o sexuales por parte de su pareja o abusos sexuales por parte de otra persona a lo largo de su vida. Se calcula que esto afecta aproximadamente a 736 millones de mujeres (OMS, 2021). La violencia infligida por la pareja (VIP) está profundamente arraigada en la forma de ser y sentir de una mujer durante muchos años después de que la violencia haya terminado. ¿Cuáles son las consecuencias para la forma en que estas mujeres perciben su cuerpo (imagen corporal)? Cada vez hay más estudios sobre el impacto de la violencia de género en la imagen corporal de las mujeres, pero pocos, o ninguno, abordan realmente la forma en que se presenta su imagen corporal. Así pues, utilizando un enfoque inductivo, el presente estudio pretende comprender cómo se presenta la imagen corporal de estas mujeres a partir de observaciones clínicas específicas realizadas por psicomotricistas que tienen experiencia en el trabajo con estas mujeres. La pregunta de investigación de este estudio es la siguiente: A partir de sus observaciones clínicas, ¿qué percibe el psicomotricista de la imagen corporal de sus pacientes mujeres víctimas de violencia infligida por la pareja (VIP) ?

### Parte 1 - Marco teórico

1- **Contexto general**: Establecido en 2002, el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud define la violencia infligida por la pareja (VIP) como: "Cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual [...]" (Heise & Garcia-Moreno, 2002 citado por la OMS, 2010, p.11). Entre las formas de violencia mencionadas se encuentran los actos de agresión física, la coacción sexual, la violencia psicológica y el comportamiento autoritario (OMS, 2010), pero también la violencia económica y social (aislamiento social y familiar) (OMS, 2002). Es frecuente que estas mujeres víctimas de VIP experimenten dificultades para abandonar el hogar y la relación. Hay varias razones para ello, pero una de ellas es el fenómeno del ciclo de violencia en el que pueden verse atrapadas estas mujeres. Este ciclo consta de 4 fases que se suceden y repiten a lo largo del tiempo (Voyer, Delbreil & Senon, 2014).

La violencia de pareja puede representar irremediabilmente acontecimientos repetidos y duraderos con un fuerte potencial traumatogénico. En un informe publicado por Santé Publique France en 2018 (Guillam, Ségala, Cassagne, François & Thélot), se afirma que la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son las repercusiones psicopatológicas más frecuentemente encontradas en mujeres víctimas de VIP. Un estudio realizado en 2019 en el Hospital Universitario de Casablanca revela que se encuentran episodios depresivos mayores actuales en el 88% de las mujeres víctimas de VIP (Mouttarazouk, Abouzahir, Belhouss & Benyaich, 2022). Los trastornos de ansiedad, los trastornos adictivos y los trastornos alimentarios son también comorbilidades encontradas en estas mujeres. Otras posibles repercusiones de esta violencia son las que afectan directamente a la integridad física (lesiones traumáticas), el aislamiento social y familiar, el alejamiento del mundo profesional y, por último, un mayor riesgo de tentativas de suicidio.

**2- Imagen corporal y VIP**: Según Schilder, psiquiatra y psicoanalista austriaco, la imagen corporal representa la forma en que nuestro cuerpo se nos aparece, la forma en que se forma en nuestra mente (1968). Según Gallagher, la imagen corporal implica una intencionalidad reflexiva que comprende 3 modalidades : la experiencia perceptiva del propio cuerpo, la comprensión conceptual del mismo y la actitud emocional hacia él (1995). Según De Vignemont (2010), que se basa en particular en los trabajos de Gallagher, la imagen corporal agrupa las representaciones del cuerpo no utilizadas para la acción. La imagen corporal se compone de tres dimensiones: perceptiva (basada en las percepciones sensoriales y vinculada a la dimensión de la conciencia corporal), conceptual (basada en el aspecto semántico y lingüístico del cuerpo que implica la puesta en palabras de la relación con el cuerpo y las creencias vinculadas a él) (De Vignemont, 2006) y emocional (basada en los afectos que se sienten hacia el propio cuerpo) (Gallagher, 2005). La imagen corporal tiene una función única y compleja, la de describir el cuerpo.

En general, los trastornos de la imagen corporal son el síntoma de un deterioro de la calidad de vida del individuo. Cada una de las dimensiones de la imagen corporal puede verse alterada, dando lugar a diferentes síntomas. En el componente perceptivo, por ejemplo, las alteraciones pueden referirse a una estimación alterada de las dimensiones del cuerpo en relación con una falta de conciencia corporal (Schmidt, Taube, Heinrich, Vocks y Hartmann, 2022).

La violencia doméstica contra las mujeres es un tema de actualidad cada vez más estudiado y destacado en la literatura. Un estudio de 2014 (Weaver, Griffin y Mitchell) investigó la relación entre la gravedad de las lesiones agudas, los síntomas de TEPT y la depresión y el malestar por la imagen corporal en una muestra de 73 mujeres, principalmente afroamericanas (72,6%). Los resultados se analizaron utilizando cuatro autoinformes y una entrevista semiestructurada sobre el trauma. La angustia por la imagen corporal se asoció significativamente tanto con los aspectos contextuales del trauma (gravedad de la lesión y grado de violación de la confianza) como con las secuelas del trauma (gravedad del TEPT y depresión).

En un estudio australiano de 38 víctimas de violencia de pareja, las mujeres describieron la violencia sexual de pareja como profundamente perturbadora. Una mujer describió intensas luchas con su autoestima y su imagen corporal, que iban desde el autodesprecio a la falta de confianza (Tarzia, 2021). La violencia parece ser capaz de alterar las representaciones del cuerpo de una mujer, especialmente cuando se repite.

## Parte 2 – Problematización

En el transcurso de la investigación, observamos que los estudios que abordan el tema de la imagen corporal en mujeres con VIP, a pesar de ser recientes, son pocos en número, tienen un nivel de evidencia relativamente bajo y limitaciones significativas, y se llevan a cabo en su mayoría en los EE.UU.. Por ejemplo, la recogida de datos en estos estudios se basó principalmente en autoinformes y no refleja con exactitud la calidad de la imagen corporal que presentan estas mujeres en términos de signos clínicos. Además, no se ha encontrado ningún estudio sobre el tema en Francia, entre esta población. Por último, las repercusiones directas y la forma en que se presenta esta imagen corporal perturbada siguen sin respuesta científica y precisa. Así pues, el impacto de la VIP en la imagen corporal de las mujeres víctimas de VIP en Francia es el objeto del problema de investigación de este proyecto. Para estudiar este problema, este estudio se centra en la visión específica que el psicomotricista puede tener sobre este tema. Así, la pregunta de investigación que se desprende de estas reflexiones es la siguiente : Basándose en sus observaciones clínicas, ¿qué percibe el psicomotricista sobre la imagen corporal de sus pacientes víctimas de violencia infligida por la pareja (VIP) ?

### Parte 3 - Metodología de recogida de datos

En este proyecto de investigación, el enfoque utilizado es inductivo. La inducción representa un proceso que implica un tipo de razonamiento que consiste en ir de lo específico a lo general (Blais & Martineau, 2006). Lo específico corresponde a las observaciones clínicas recogidas por los psicomotricistas (datos cualitativos brutos), cuyo análisis permitirá identificar generalidades sobre el tema estudiado. Para responder a la pregunta de investigación, se propusieron entrevistas a psicomotricistas con experiencia profesional con mujeres víctimas de VIP. La herramienta elegida para dirigirse a los psicomotricistas fue la pre-encuesta, también conocida como cuestionario de detección (Roselli, 2011).

**1- La pre-encuesta** : En formato de formulario, sirvió como reclutamiento indirecto. La población objetivo eran los psicomotricistas susceptibles de encontrarse o haberse encontrado con mujeres víctimas de VIP en el marco de la atención psicomotriz. Para llegar al mayor número posible de psicomotricistas, fue necesario distribuir ampliamente la pre-encuesta, primero por correo electrónico y luego a través de las redes sociales mediante un cartel creado para la ocasión (Anexo 1). Esta pre-encuesta consta de 10 preguntas (Apéndice 2) divididas en 3 secciones. La primera sección se refiere a datos generales sobre el encuestado. La 2ª sección permite al encuestado dar información sobre la experiencia profesional pasada/actual de atención psicomotriz con estas mujeres. La 3ª sección pregunta al encuestado si está interesado en participar en el resto del estudio.

**2- Entrevistas semiestructuradas** : En relación con el tema de esta investigación, las entrevistas individuales exploratorias de tipo semiestructurado permitieron obtener datos cualitativos variados. La información recogida durante las entrevistas mediante preguntas suficientemente abiertas permite poner de relieve elementos aún desconocidos sobre el fenómeno estudiado (Fenneteau, 2015). La metodología de entrevista utilizada para este proyecto se inspira en la entrevista comprensiva de Kaufmann, en la forma de tratar y analizar el material.

Los criterios de inclusión se centraron en psicomotricistas certificados por el estado con experiencia pasada o actual en la atención psicomotriz individual a mujeres con VIP. Los psicomotricistas no certificados y los psicomotricistas sin experiencia en atención psicomotriz fueron excluidos de esta población objetivo. Las entrevistas se

realizaron por videoconferencia. Las preguntas formuladas durante las entrevistas se definieron previamente en una guía de entrevista (anexo 3): en total, se eligieron 5 ejes (5 preguntas principales y 6 preguntas adicionales, que se formularían en caso necesario). Incluyen: observaciones clínicas de la imagen corporal durante la evaluación psicomotriz; a continuación, a partir de las mediaciones terapéuticas; la percepción de su autoestima; una opinión sobre la mediación teatral con estas mujeres y la posible contribución de otros elementos de observación en relación con el tema evocado. Antes de las entrevistas, se realizó una entrevista de prueba. Esto permitió reducir el número total de preguntas de la guía. Es a través de una escucha atenta, una concentración intensa y una actitud comprensiva durante la entrevista que el entrevistador consigue descubrir poco a poco "un nuevo mundo, el del entrevistado" (Kaufmann, 2016, p.51).

**3- Consideraciones éticas** : Al ir a interrogar a los profesionales sobre lo que observan en su práctica, la investigación se orienta, por tanto, hacia las Prácticas Profesionales (PP) y, por lo tanto, no entra en el marco de la ley Jardé. No obstante, se obtuvo previamente el consentimiento de los participantes mediante un formulario de información y consentimiento libre e informado, que fue devuelto firmado (anexo 4). A lo largo de este estudio se prestó especial atención al cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) (CNIL, 2018).

#### Parte 4 – Resultados

**1- La pre-encuesta** : Los datos de esta encuesta previa se agruparon en forma de tabla Excel® a partir de la cual se pudo realizar el análisis de los datos. Las respuestas se estudiaron pregunta por pregunta y luego se agruparon en un orden lógico para destacar las características de los psicomotricistas que aceptaron participar en las entrevistas.

Se obtuvo un total de 64 respuestas. Entre los 64 encuestados había 1 hombre y 63 mujeres. Su edad media era de 30,13 años. Según las cifras de la tabla 1 (número de psicomotricistas por año de graduación), en general están representados por psicomotricistas al principio de su carrera profesional.

De los 64 encuestados, 21 (32,8%) declararon tener experiencia en la prestación de atención psicomotriz a mujeres víctimas de violencia de género. De estos 21 psicomotricistas, 15 aceptaron participar en las entrevistas y ser contactados por

correo electrónico. Entre estos últimos, algunos se negaron a realizar la entrevista, otros no respondieron a los correos electrónicos de seguimiento y otros tenían competencias duales en las que las mujeres no se beneficiaban del seguimiento psicomotriz.

**2- Entrevistas** : La fase de análisis del material se inspira en la metodología de la entrevista comprensiva de Kaufmann. La particularidad de esta fase es que se basa en escuchar y volver a escuchar el material hasta saturarlo (Kaufmann, 2016). En su forma de proceder, explica que transcribe todo lo que le viene a la mente durante la escucha en tarjetas, en cuya parte superior contiene el elemento en bruto que le ha llamado la atención (verbatim, evento o situación) y en la inferior, los comentarios e interpretaciones asociados. El uso de fichas está incluido en la investigación de las entrevistas. Las hipótesis y temas surgidos de las distintas sesiones de escucha se reunieron en un plan. Este plan retoma cada tema y agrupa los verbatims que pueden relacionarse con él a partir de cada una de las entrevistas. Los resultados se presentan a partir de este plan.

Presentación de la muestra: se realizaron 5 entrevistas a 5 mujeres cuya edad media es de 31,2 años. La experiencia profesional media es de 8,8 años. Las características de la muestra entrevistada son las siguientes (PMT de psicomotricista):

\_PMT A: 39 años, 16 años de experiencia. Atención a población diana en servicio de neurología y ortopedia (hospital privado). Experiencia con más de 5 mujeres con VIP. Duración de la entrevista: 1h15.

PMT B: 30 años, 9 años de experiencia. Atención a la población diana principalmente en clínicas psiquiátricas, consulta privada y en prisiones. Experiencia con más de 5 mujeres víctimas de VIP. Duración: 1h05.

PMT C: 36 años, 14 años de experiencia. Atención a la población diana en hospital de día en clínica psiquiátrica. Experiencia con más de 5 mujeres víctimas de VIP. Duración: 1h22.

PMT D: 26 años, 3 años de experiencia. Atención: centro de evaluación y tratamiento del dolor. Experiencia con 3 mujeres con VIP. Duración: 45 min.

PMT E: 25 años, 2 años de experiencia. Atención en clínica de rehabilitación funcional. Experiencia con 2 mujeres con VIP. Duración: 30 min.

La duración de las entrevistas es relativamente dispar y parece estar correlacionada con la experiencia profesional. Cuanto mayor es la experiencia con estas mujeres, más observaciones clínicas hay que abordar durante la entrevista, lo que puede alargar su duración.

#### Análisis del contenido de los discursos por temas :

**\_Imagen del cuerpo y sus tres dimensiones :** En relación con la dimensión perceptiva, LMP B menciona la influencia de la violencia: "[...] tengo la impresión de que queda impregnada en el cuerpo y en la percepción que tienen de su cuerpo y en lo vivido en su cuerpo ". Para apoyar su argumento, utiliza la imagen de la coraza interior que les protege de lo que sienten en su interior y participa en lo que ella denomina el distanciamiento de sus cuerpos. Este último es descrito con otro término, el de disociación, por la PMT D. A propósito de una paciente víctima de VPI, describe la experiencia de un cuerpo doloroso, hipersensible, propioceptivamente perturbado y disociado con repercusiones más o menos directas sobre la conciencia corporal. En el discurso de todos los psicomotricistas, encontramos verbatims que destacan una conciencia corporal alterada.

En relación con la dimensión conceptual, los verbatims utilizados para describir su relación con el cuerpo son despreciativos para todas las mujeres víctimas de VIP presentadas durante las entrevistas. En el caso de una paciente, LMP B dijo que sentía que su cuerpo no le pertenecía porque "pertenece a la sociedad y a los hombres". Preocuparse por él y cuidarlo es entonces secundario. Por lo tanto, se distancia de su cuerpo (dimensión perceptiva). Esta paciente tiene la creencia de que vive en un cuerpo que no le pertenece.

En relación con la dimensión emocional, el discurso de los psicomotricistas permite concluir que la cuestión de la imagen corporal es delicada o incluso aterradora para estas mujeres. Según la PMT B, algunas de ellas, por ejemplo, retroceden cuando se les pregunta por la percepción que tienen de su cuerpo. Estas reacciones inducen sentimientos intensos y emociones ~~sentidas~~ hacia su cuerpo o desencadenadas por esta relación con el cuerpo.

**\_Evaluación psicomotriz e imagen corporal :** 4 de los psicomotricistas entrevistados (PMT A, B, C & D) mencionaron cuestionar la imagen corporal de sus pacientes durante la anamnesis, previa a las pruebas psicomotrices. Los PMT A, B, C

& D utilizaron el auto-dibujo durante la evaluación psicomotriz. Tres de ellos (PMT A, C & D) describieron los dibujos de sus pacientes con VIP como "empobrecidos", "esquemáticos" y "no muy detallados". Todas ellas mencionaron la evaluación de la tonicidad como una de las pruebas de la evaluación que proporcionaba más información adicional sobre la imagen corporal de estas mujeres (por ejemplo, la postura de curvatura sistemática). Por último, 3 de los psicomotricistas entrevistados (PMT B, D y E) afirmaron que ofrecían cuestionarios a sus pacientes.

**\_ Atención psicomotriz e imagen corporal :** Directamente relacionada con la imagen corporal, la herramienta del espejo permite remodelar esta última. Los TMP B y E mencionan su utilización en las sesiones con estas mujeres. Según la MTP B, el objetivo para la paciente es aceptar progresivamente su propio cuerpo, reflejado en el espejo. La TPM E utiliza esta herramienta específicamente con una de sus pacientes, que fue hospitalizada tras una caída por las escaleras provocada por su pareja. Más allá de la aceptación de su imagen corporal modificada (hematoma facial), otro objetivo del espejo es proporcionar un feedback visual de las posturas de la paciente, lo que desarrolla intrínsecamente la conciencia corporal. En otro registro, la PMT C propone a sus pacientes escribir "la carta a mi cuerpo" pidiéndoles que añadan elementos negativos y positivos. Tres psicomotricistas (PMT B, C y E) vinculan las nociones de autoestima e imagen corporal en sus discursos.

**\_ Vínculos indirectos entre el miedo y la imagen corporal :** las PSM A, C, D y E mencionaron que habían notado miedo en las actitudes y reacciones de sus pacientes víctimas de violencia de género durante la sesión: "esto es algo que veo en muchas de ellas, que tienen miedo (...) de sus maridos" (PSM C). Este estado de miedo puede manifestarse en un estado de hipervigilancia, destacado de diferentes maneras por estas PSM. La LMP A menciona las reacciones de hipervigilancia de una de sus pacientes durante una sesión de relajación: se incorpora al menor ruido fuera de la habitación, mira mucho a su alrededor.

## Parte 5 – Discusión

### **1- Análisis de los resultados**

**\_ La imagen corporal y sus tres dimensiones :** Dos observaciones se desprenden del discurso de los psicomotricistas: todos plantean, de manera más o menos directa, un distanciamiento del cuerpo (despersonalización) en sus pacientes, y todos dan

cuenta de una conciencia corporal deletérea en sus pacientes. El fenómeno de disociación traumática, inducido especialmente por la violencia como mecanismo de defensa, estaría en el centro de la perturbación de la conciencia corporal que repercute en la dimensión perceptiva de la imagen corporal de estas mujeres. Diferentes creencias se alimentarían de los efectos de la violencia y los términos utilizados para describirse a sí mismas ("vaca"), que en un principio no eran los suyos, serían interiorizados y encarnados (dimensión conceptual). Las emociones relativas a la relación con su cuerpo serían entonces sesgadas y negativas, ya que las mujeres no soportarían mirarse al espejo (dimensión emocional). Por lo tanto, todos los componentes de la imagen corporal se verían afectados, dejando una imagen corporal perturbada.

**\_Atención psicomotriz e imagen corporal :** Todos los psicomotricistas informan de una baja autoestima en sus pacientes con VIP, lo que parece implicar un vínculo indirecto con la presentación de una imagen corporal negativa asociada. Esto se hace eco de los hallazgos de un estudio reciente en la India que encontró una correlación significativa entre ambos : cuanto peor es la imagen corporal, más baja es la autoestima (Saranya, Manoj & Bharathi, 2022). Entre las demás herramientas propuestas, algunas influyen indirectamente en la imagen corporal. Por ejemplo, la PMT D, al proponer a una de sus pacientes comprender y experimentar mejor la anatomía funcional de su cuerpo, le permitió desarrollar un mejor conocimiento de su cuerpo asociado a una conciencia corporal más refinada (dimensión perceptiva). Finalmente, la puesta en movimiento asociada a la elaboración de la conciencia corporal así como a una mejor comprensión de su funcionamiento corporal, habría participado por efecto "bola de nieve" en la remodelación de su imagen del cuerpo. Los experimentos durante las sesiones crearían nuevas percepciones corporales favoreciendo este círculo positivo propuesto por los psicomotricistas, lo que induciría el desarrollo en paralelo de una imagen corporal más positiva, más aceptable.

**\_Vínculos indirectos entre el miedo y la imagen corporal :** Nótese que en la teoría de la motivación de Maslow, las necesidades humanas básicas son crónicamente jerárquicas, lo que significa que una necesidad satisfecha hace desaparecer la conducta que la busca (por ejemplo, el hambre saciado hace desaparecer la conducta de buscar comida). En esta teoría, una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, aparecen las necesidades de seguridad, que están muy por encima de las

necesidades relacionadas con la autoestima y, por tanto, indirectamente con la imagen corporal (Maslow, 2013). El estado de vigilancia constante destacado por las MTP A, D y E tendría por tanto un objetivo fundamental, el de preservarse de cualquier peligro externo. Sin esta necesidad satisfecha, sería difícil para estas mujeres reaccionar o poner en práctica comportamientos dirigidos hacia ellas mismas, hacia la escucha de su cuerpo y de sus percepciones. Por último, al inducir una desviación de la atención totalmente dirigida hacia la búsqueda de seguridad y no hacia sus sensaciones corporales, repercutirían de forma indirecta en la conciencia corporal y, por tanto, en la imagen del cuerpo en su dimensión perceptiva.

**2- Limitaciones del estudio :** En lo que respecta al tamaño de la muestra, existía una gran probabilidad de que la mayoría de los respondedores de la pre-encuesta fueran relativamente jóvenes debido al uso de las redes sociales como herramienta de difusión. Esto se confirma por el hecho de que la edad media de los encuestados de la pre-encuesta es de 30 años. Los profesionales de más edad y con más experiencia son probablemente menos activos en las redes sociales y no pudieron ser realmente contactados durante el periodo de reclutamiento. El pequeño tamaño de la muestra puede considerarse una limitación importante. En efecto, el número de elementos clínicos aportados es entonces limitado y puede inducir un sesgo de confirmación. No obstante, se trata de un estudio cualitativo con un enfoque inductivo. Los datos recogidos y analizados sobre la base de una muestra de pequeño tamaño revelaron algunas generalidades hipotéticas relativas a la imagen corporal de las mujeres víctimas de violencia doméstica. Ahora sería interesante verificarlas en otro estudio con una muestra más amplia.

Conclusión : De acuerdo con las pruebas clínicas, todas las mujeres entrevistadas tenían una imagen corporal negativa. La hipótesis de que en las mujeres víctimas de VPI todos los componentes de la imagen corporal están alterados podría verificarse entrevistando a un mayor número de psicomotricistas de todo el mundo sobre este mismo tema. Se trataría de utilizar la misma metodología que en nuestro estudio con psicomotricistas que ejercen en España o Italia, por ejemplo. Otra hipótesis es que los estados de miedo e hipervigilancia tienen un impacto indirecto en la imagen corporal.

# Detailed Summary

## Introduction

In 2020, in France, 213,000 adult women reported having been victims of physical and/or sexual violence by their spouse/ex-spouse (MIPROF, 2021). Worldwide, 1 in 3 women report having been physically and/or sexually abused by an intimate partner or sexually abused by another person in their lifetime. This is estimated to affect approximately 736 million women (WHO, 2021). Intimate partner violence (IPV) is deeply embedded in a woman's way of being and feeling for many years after the violence has ended. What are the consequences for the way in which these women's bodies appear to them (body image)? There are an increasing number of studies on the impact of IPV on women's body image, but few, if any, of them really address the way in which their body image is presented. Thus, using an inductive approach, the present study aims to understand how these women's body image is presented based on specific clinical observations by psychomotricians who have experience of working with these women. The research question of this study is the following: Based on his clinical observations, what does the psychomotrician perceive of the body image of his female patients who are victims of intimate partner violence?

## Part 1 - Theoretical Framework

1- **General context** : Established in 2002, the World Report on Violence and Health defines intimate partner violence (IPV) as: "Any behaviour within an intimate relationship that causes physical, psychological or sexual harm or suffering [...]" (Heise & Garcia-Moreno, 2002 quoted by WHO, 2010, p.11). Among the forms of violence mentioned are acts of physical aggression, sexual coercion, psychological violence and authoritarian behaviour (WHO, 2010), but also economic and social violence (social and family isolation) (WHO, 2002). It is common for these women victims of IPV to experience difficulties to leave the relationship and thus the conjugal home. There are various reasons for this, but one of them is the phenomenon of the cycle of violence in which these women may be caught. This cycle consists of 4 phases that follow one another and repeat over time (Voyer, Delbreil & Senon, 2014).

Intimate partner violence can irreparably represent repeated and long-lasting events with a strong traumatogenic potential. In a report published by Santé Publique France in 2018 (Guillam, Ségala, Cassagne, François & Thélot), it states that depression and

post-traumatic stress disorder (PTSD) are the psycho-pathological repercussions most frequently found in women victims of IPV. A study conducted in 2019 at the Casablanca University Hospital reveals that current major depressive episodes are found in 88% of female IPV victims (Mouttarazouk, Abouzahir, Belhouss & Benyaich, 2022). Anxiety disorders, addictive disorders and eating disorders are also comorbidities found in these women. Other possible repercussions of this violence include those directly affecting physical integrity (traumatic injuries), social and family isolation, estrangement from the professional world and, finally, an increased risk of suicide attempts.

**2- Body image and VPI :** According to Schilder, an Austrian psychiatrist and psychoanalyst, body image represents the way our body appears to us, the way it is formed in our mind (1968). According to Gallagher, body image involves a reflective intentionality comprising 3 modalities: the perceptual experience of one's own body, the conceptual understanding of it & the emotional attitude towards it (1995). According to De Vignemont (2010), who relies in particular on the work of Gallagher, the body image groups together the representations of the body not used for action. The body image is composed of three dimensions: perceptual (based on sensory perceptions and linked to the dimension of body awareness), conceptual (based on the semantic and linguistic aspect of the body putting into words of the relationship to the body and the beliefs linked to it) (De Vignemont, 2006) and emotional (based on the affects felt towards one's body) (Gallagher, 2005). The body image has a unique and complex function, that of describing the body.

In general, body image disorders are symptomatic of a deterioration in the individual's quality of life. Each of the dimensions of body image can be altered, leading to different symptoms. In the perceptual component, for example, the alterations may concern a disturbed estimation of the dimensions of the body in connection with a lack of body awareness (Schmidt, Taube, Heinrich, Vocks & Hartmann, 2022).

Domestic violence against women is a current topic that is increasingly studied and highlighted in the literature. A 2014 study (Weaver, Griffin & Mitchell) investigated the relationship between acute injury severity, PTSD symptoms and depression,, and body image distress in a sample of 73 women, primarily African American (72.6%). The results were analysed using four self-reports and a semi-structured trauma interview. Body image distress was significantly associated with both the contextual aspects of

the trauma (severity of injury and degree of trust violation) and the sequelae of the trauma (severity of PTSD and depression).

In an Australian study of 38 victims of IPV, women described intimate partner sexual violence (IPV) as profoundly disruptive. One woman described intense struggles with her self-esteem and body image, ranging from self-loathing to lack of confidence (Tarzia, 2021). Violence seems to be able to alter the representations of a woman's body, especially when it is repeated.

### Part 2 - The Problematization

In the course of the research, we note that studies addressing the subject of body image in women with IPV, although some are recent, are few in number, have a relatively low level of evidence and significant limitations, and are mainly conducted in the USA. For example, the data collection in these studies was mainly based on self-reports and does not accurately reflect the quality of the body image presented by these women in terms of clinical signs. Moreover, no study was found on the subject in France, among this population. Finally, the direct repercussions and the way in which this disturbed body image is presented remain unanswered scientifically and precisely. Thus, the impact of IPV on the body image of women who are victims of IPV in France is the subject of the research problem of this project. This study focuses on the specific view that the psychomotrician can have on this subject. Thus, the problematic that emerges from these reflections is presented as follow: Based on his clinical observations, what does the psychomotrician perceive of the body image of his patients who are victims of intimate partner violence (IPV)?

### Part 3 - Data collection methodology

In this research project, the approach used is inductive. Induction represents an approach involving a type of reasoning that consists of moving from the specific to the general (Blais & Martineau, 2006). The specific aspect corresponds to the clinical observations collected by the psychomotricians (raw qualitative data), the analysis of which will make it possible to identify generalities about the subject studied. In order to answer the research question, interviews were proposed to psychomotricians with professional experience with women victims of IPV. The tool chosen to target the psychomotricians was the pre-survey, otherwise known as the screening questionnaire (Roselli, 2011).

1- **The pre-survey**: In the form of a form, this acted as an indirect recruitment. The target population was psychomotor therapists likely to meet or have met women victims of IPV in psychomotor care. In order to reach as many psychomotor therapists as possible, it was necessary to distribute the pre-survey widely, first by e-mail and then via social networks through a poster created for the occasion (Appendix 1). This pre-survey consists of 10 questions (Appendix 2) divided into 3 sections. The first section concerns general data about the respondent. The second section allows the respondent to give information about the past/current professional experience of psychomotricity care with these women. The third section asks the respondent if he/she is interested in participating in the rest of the study.

2- **Semi-structured interviews** : With regard to the subject of this research, exploratory individual interviews of a semi-structured type made it possible to obtain varied qualitative data. The information collected during the interviews by means of sufficiently open-ended questions makes it possible to highlight elements that are still unknown about the phenomenon studied (Fenneteau, 2015). The interview methodology used in this project was inspired by Kaufmann's comprehensive interview methodology, in the way it treats and analyses the material.

The inclusion criteria focused on state-certified psychomotricians with past or current experience of individual psychomotor care for women with IPV. Non-certified psychomotricians and psychomotricians with no experience in psychomotricity care were excluded from this target population. The interviews were conducted by videoconference. The questions asked during the interviews were defined beforehand in an interview guide (appendix 3): in total, 5 axes were chosen (5 main questions and 6 additional questions, to be asked if necessary). They include: clinical observations of body image during psychomotor evaluation; then from the therapeutic mediations; the perception of their self-esteem; an opinion about the theatre mediation with these women and the possible contribution of other elements of observation in relation to the subject evoked. Prior to the interviews, a test interview was conducted to select the most relevant questions for the guide. It is through attentive listening, intense concentration and a sympathetic attitude during the interview that the interviewer gradually manages to discover "a new world, that of the interviewee" (Kaufmann, 2016, p.51).

**3- Ethical considerations** : Questioning professionals about what they observe in their practice, the research is therefore oriented towards Professional Practices (PP) and therefore does not fall within the framework of the Jardé law. However, the participants' consent was previously signed and collected and (appendix 4). Particular attention regarding compliance with the General Data Protection Regulation (GDPR) was paid throughout this study (CNIL, 2018).

#### Part 4 - Results

**1- The pre-survey** : The data from this pre-survey were grouped together in the form of an Excel® table from which the analysis of the data could be made. The response elements were studied question by question and then grouped in a logical order to highlight the characteristics of the psychomotricians who agreed to participate in the interviews.

A total of 64 responses were obtained. The 64 respondents include 1 man and 63 women. Their average age is 30.13 years. According to the figures in table 1 (number of psychomotricians by year of graduation), they are generally represented by psychomotricians at the beginning of their professional career.

Out of 64 respondents, 21 (32.8%) stated that they had experience of providing psychomotor care to women who had been victims of IPV. Of these 21 psychomotricians, 15 agreed to participate in the interviews and to be contacted by e-mail. Among the latter, some refused to carry out the interview, others did not reply to the follow-up emails and still others had dual competences where the women met did not benefit from psychomotricity follow-up.

**2- Interviews** : The material analysis phase was inspired by Kaufmann's comprehensive interview methodology. The particularity of this phase is based on listening and re-listening to the material until saturation (Kaufmann, 2016). In this way, he transcribes everything that comes to mind while listening onto cards, the top of which contains the raw element that caught his ear (verbatim, event or situation) and the bottom, the associated comments and interpretations. The use of cards is repeated in our interview's investigation. The hypotheses and themes that emerged from the different listening sessions were brought together in a plan. This plan takes up each theme and groups together the verbatims that may be linked to it from each of the interviews. The results are presented on the basis of this plan.

Presentation of the sample : 5 interviews were conducted with 5 women whose average age is 31.2 years. The average professional experience was 8.8 years. The characteristics of the sample interviewed are as follows (PMT for psychomotrician):

\_PMT A: 39 years old, 16 years of experience. Care of target population in neurology and orthopedics department (private hospital). Experience with more than 5 women with IPV. Duration of interview: 1h15.

\_PMT B: 30 years old, 9 years of experience. Care of the target population mainly in psychiatric clinics, private practice and in prisons. Experience with more than 5 women victims of IPV. Duration: 1h05.

\_PMT C: 36 years old, 14 years of experience. Care of the target population in a day hospital in a psychiatric clinic. Experience with more than 5 women victims of IPV. Duration: 1h22.

\_PMT D: 26 years old, 3 years experience. Care: pain assessment and treatment centre. Experience with 3 women with IPV. Duration: 45 min.

\_PMT E: 25 years old, 2 years experience. Care in a functional rehabilitation clinic. Experience with 2 women with IPV. Duration: 30 min.

The duration of the interviews is relatively disparate and seems to be correlated with the professional experience. The greater the experience with these women, the more clinical observations there are to be addressed during the interview, which can lengthen its duration.

Content analysis of the speeches by theme :

**\_Image of the body and its three dimensions** : In relation to the perceptual dimension, LMP B mentions the influence of violence: "[...] I have the impression that it remains infused in the body and in the perception they have of their body and in the experience they have of their body". To support her point, she gave the image of the inner shell that protects them from what they feel inside and participates in what she calls the distancing of their bodies. The latter is described under another term, that of dissociation, by PMT D. With regard to a patient who was a victim of IPV, she describes the experience of a painful, hypersensitive, proprioceptively disturbed and dissociated body with more or less direct repercussions on body awareness. In the discourse of all the psychomotricians, we find verbatims that highlight an altered body awareness.

In relation to the conceptual dimension, the verbatims used to describe their relationship to their body are depreciatory for all the female IPV victims presented in the interviews. In the case of one patient, LMP B said that, according to her, her body does not belong to her because it "belongs to society and to men". To be concerned about it and to take care of it is then secondary. It is therefore put at a distance (perceptual dimension). This patient holds the belief that she lives in a body that does not belong to her.

As claimed by the psychomotricians' discourse, it emerges that the question of body image is delicate and even frightening for these women in terms of emotional well-being. According to PMT B, some of them, move backwards when asked about their perceptions of their bodies. These reactions induce intense feelings and emotions towards their body or triggered by their body relationship.

**\_Psychomotor assessment and body image:** According to 4 of the psychomotor therapists interviewed (PMTs A, B, C & D) mentioned that they questioned their patients' body image during the anamnestic interview prior the psychomotor tests. Self-drawing was used during the psychomotor assessment by LMPs A, B, C & D. Three of them (LMPs A, C & D) described their IPV patients' drawings as "impoverished", "sketchy" and "not very detailed". All of them mentioned the tonus assessment as a test of the assessment that provided the most additional information about the body image of these women (e.g. systematic curvature posture). Finally, 3 of the psychomotricians interviewed (PMT B, D & E) stated that they offered questionnaires to their patients.

**\_Psychomotor care and body image :** Directly related to body image, the mirror tool allows for a remodelling of the latter. PMTs B & E mention using it in sessions with these women. According to MTP B, the objective for the patient is to progressively accept her own body, reflected in the mirror. MTP E uses this tool specifically with one of her patients, who was hospitalised following a fall down the stairs caused by her partner. Beyond the acceptance of her modified body image (facial haematoma), another objective of the mirror is to provide visual feedback of the patient's postures, which intrinsically develops body awareness. In another register, PMT C suggests that her patients write "the letter to my body" by asking them to add negative and positive elements. Three psychomotricians (PMT B, C & E) link the notions of self-esteem and body image in their discourses.

**\_Indirect links between fear and body image** : LMPs A, C, D & E mentioned that they had noticed fear in the attitudes and reactions of their IPV patients during the session: "this is something that I find in many of them is that they are afraid (...) of their husband" (LMP C). This state of fear can manifest itself in a state of hypervigilance, highlighted in different ways by those LMPs. LMP A mentions the hypervigilant reactions of one of her patients during a relaxation session: she sits at the quietest place outside the room, looking constantly around herself.

## Part 5 - Discussion

### 1- Analysis of the results

**\_Body image and its three dimensions**: Two observations emerge from the psychomotrician's discourse: all of them put forward, in a more or less direct way, a depersonalisation in their patients who are victims of IPV and report a deleterious body awareness in their patients. The phenomenon of traumatic dissociation, induced by the violence as a defence mechanism, would be at the heart of the disruption of body awareness impacting on the perceptual dimension of these women's body image. Different beliefs would be nourished by the effects of the violence and the terms used to describe themselves ("cow"), which were not originally intended to be theirs, would be internalised and embodied (conceptual dimension). The emotions relating to their relationship with their body would then be biased and negative, as the women could not bear to look at themselves in the mirror (emotional dimension). All the components of the body image would therefore be affected, leaving a disturbed body image.

**\_Psychomotor care and body image** : All psychomotor therapists report low self-esteem in their IPV patients, which seems to imply an indirect link with the presentation of an associated negative body image. This echoes the findings of a recent study in India that found a significant correlation between the two: the worse the body image, the lower the self-esteem (Saranya, Manoj & Bharathi, 2022). Among the other proposed tools, some of them indirectly influence body image. For example, PMT D, suggesting one of her patients to better understand and experience the functional anatomy of her body, would enabled her to develop a better knowledge of her body associated with a more refined body awareness (perceptual dimension). Finally, the setting in movement associated with the elaboration of the body conscience as well as with a better comprehension of its body functioning, would have participated by

snowball effect in the remodelling of its image of the body. The experimentations in session would create new body perceptions favouring this virtuous loop proposed by the psychomotricians, which would induce the development in parallel of a more positive, more acceptable body image.

**\_Indirect links between fear and body image :** Note that in Maslow's theory of motivation, basic human needs are chronically hierarchical, meaning that a satisfied need causes the behaviour seeking this need to disappear (e.g. satisfied hunger makes the behaviour of seeking food to disappear). According to this theory, once physiological needs are satisfied, security needs occur, which are clearly upstream of needs related to self-esteem and indirectly body image (Maslow, 2013). Thus, the state of constant vigilance highlighted by MTPs A, D & E would have a fundamental goal, which is to protect oneself from any external danger. Without the satisfaction of this need, it would be difficult for these women to react or to implement behaviours directed towards themselves, to listen to their bodies and their perceptions. Finally, these states of hypervigilance and fear felling, by inducing a diversion of attention entirely directed towards the search for safety and not towards their bodily sensations, would impact in an indirect way the body conscience and thus, the image of the body in its perceptual dimension.

**2- Limitations of the study :** With regard to the recruitment of the sample, there was a strong probability that the majority of respondents to the pre-survey would be relatively young because of the use of social networks as a dissemination tool. This is positively borne out by the fact that the average age of the pre-survey respondents is 30 years. Older and more experienced professionals are probably less active on social networks and could not really be approached during the recruitment period. The small sample size can be seen as a significant limitation. Indeed, the number of clinical elements provided is then limited and may induce a confirmation bias. However, this is a qualitative study with an inductive approach. The data collected and analysed on the basis of a small sample size revealed some hypothetical generalities regarding the body image of female victims of domestic violence. It would now be interesting to verify these in a further study with a larger sample.

Conclusion : Based on the clinical evidence, all women interviewed had a negative body image of themselves. For women who are victims of IPV, the hypothesis that all the components of body image are disturbed could be verified by interviewing a larger number of psychomotricians around the world. This would involve using the same methodology as in our study with psychomotricians practicing in Spain or Italy, for example. Another hypothesis is that states of fear and hypervigilance have an indirect impact on body image.

## Abréviations

APA : *American Psychiatric Association*

BAS : *Body Appreciation Scale*

BDDE-SR : *Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report*

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DBIQ : *Dresden Body Image Questionnaire*

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DROM-COM : Département et région d'Outre-Mer & Collectivité d'Outre-Mer

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual* ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : *Interpretative Phenomenological Analysis*

IST : Infection sexuellement transmissible

MIPROF : Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OBCS : *Objectified Body Consciousness scale* ou échelle de la conscience corporelle objectivée

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDRP : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales

PP : Pratiques Professionnelles

QIC : Questionnaire d'image corporelle

QSCPGS : Questionnaire de satisfaction corporelle et de perception globale de soi

RGPD : Règlement général sur la protection des données

SNUP : Syndicat national d'union des psychomotriciens

TAG : Trouble anxieux généralisé

TCA : Trouble du comportement alimentaire

TSPT : Trouble de stress post traumatique

TUS : Trouble de l'usage de substance

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VPI : Violences entre partenaires intimes

VSPI : Violences sexuelles entre partenaires intimes

## Introduction

En 2022, 111 féminicides conjugaux ont été comptabilisés par le Collectif Féminicides par compagnons ou ex (2023) qui recense ce chiffre en France Métropolitaine et dans les DROM-COM (Département et Région d'Outre-Mer & Collectivité d'Outre-Mer). Au 08 juin 2023, 49 féminicides ont d'ores et déjà été recensés. Pour l'année 2021, le Collectif a recensé 113 féminicides. En 2020 en France, 213 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint/ex-conjoint (MIPROF, 2021). Dans le monde, 1 femme sur 3 déclare avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire intime ou de violences sexuelles du fait d'une autre personne au cours de son existence. Cela concernerait environ 736 millions de femmes (OMS, 2021). La pandémie de covid19 qui agit depuis le début de l'année 2020, a particulièrement fragilisé les systèmes d'aide et de soutien mis en place par les Etats et isolé ces femmes dans leur foyer, notamment du fait des confinements (OMS, 2020).

Les conséquences de la violence entre partenaires intimes (VPI) qu'elles soient physiques, psychologiques, sexuelles, économiques et/ou sociales, se retranscrivent profondément sur la santé physique et psychique d'une femme et ce, tout au long de sa vie (OMS, 2021). Parmi celles-ci, on retient un risque accru de faire une dépression, de développer un TSPT (Trouble de Stress Post Traumatique), un TAG (Trouble Anxieux Généralisé), des conduites à risques, de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST), de grossesses non planifiées etc. (OMS, 2021).

Ces violences entre partenaires intimes viennent s'inscrire profondément dans la manière d'être et de ressentir d'une femme et ce durant de longues années encore après la fin des violences. Les conséquences des VPI sur le plan physique et psychologique ont été mis en avant par bon nombre d'auteurs dans la littérature au cours de ces dernières années. Qu'en est-il des conséquences sur la façon dont le corps de ces femmes leur apparaît (image du corps) ? La littérature documente-t-elle ce sujet en profondeur ?

Les études existant sur le sujet des répercussions des VPI sur l'image du corps des femmes sont de plus en plus nombreuses mais peu, voire aucune d'entre-elles, n'abordent véritablement la façon dont se présente leur image du corps. Ainsi à partir d'une démarche inductive, la présente étude a pour but de comprendre comment se présente l'image du corps de ces femmes à partir d'observations cliniques spécifiques,

celles de psychomotriciens ayant une expérience de prise en soin auprès de ces femmes. La question de recherche de cette étude est la suivante : A partir de ses observations cliniques, que perçoit le psychomotricien de l'image du corps de ses patientes victimes de violences exercées par un partenaire intime ?

La première partie de cette étude présente le cadre théorique permettant de se saisir du contexte général existant autour des violences conjugales ainsi que de l'image du corps. Cette partie se termine par différentes études internationales mettant en avant le sujet de l'image du corps chez la femme victime de VPI. Une seconde partie présente la problématisation c'est-à-dire comment, à partir de ces différentes études, nous avons pu dégager la question de recherche. La troisième partie se réfère à la méthodologie mise en œuvre pour répondre à cette question de recherche. Les deux dernières parties sont consacrées à la présentation et l'analyse des résultats.

## **Partie 1- Cadre Théorique**

### **I- Les Violences entre Partenaires Intimes (VPI)**

#### **1- Contexte**

Plusieurs terminologies évoquent les situations de violences dans le couple. Le terme de violence conjugale est couramment employé notamment par les textes gouvernementaux. Le terme de violence domestique est également fréquemment utilisé tandis que dans les pays anglo-saxons, on retrouve l'emploi du terme *intimate partner violence* pouvant se traduire par violence par un partenaire intime qui présente l'avantage de ne pas se cantonner à l'aspect juridique du couple marié (Dallay, 2021). Etabli en 2002, le rapport mondial sur la violence et la santé propose une définition de la Violence exercée entre Partenaires Intimes (VPI).

Elle se définit comme « tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles, aux personnes qui sont parties à cette relation, y compris des actes d'agression physique, de la coercition sexuelle, de la violence psychologique et des comportements autoritaires ou tyranniques. » (Heise & Garcia-Moreno, 2002 cités par l'OMS, 2010 p.11).

Cette définition comprend la violence exercée par le conjoint ou le partenaire intime, actuel ou ancien. Si la littérature fournit des éléments et des chiffres sur les violences

entre partenaires intimes faites aux femmes, il y a peu d'écrits et d'études sur la prévalence de ces violences concernant les hommes. Pour certains auteurs, il existerait des causes, des formes et des conséquences différentes dans la violence exercée envers les hommes mais il existe peu de données scientifiques venant approfondir la question (Romain-Glassey, De Puy, Abt & Morin, 2017). Les formes et les répercussions étant donc potentiellement très différentes, il sera préférable d'évoquer la situation spécifique des femmes victimes de violences conjugales. Parmi les violences rencontrées entre partenaires intimes, on retrouve notamment des actes d'agression physique (giffes, coups de poing/pieds, d'étranglements...) ; de la violence psychologique (recours à l'intimidation, humiliations, rabaissement constant, insultes...) ; des rapports sexuels forcés et autres formes de coercition sexuelle (viol, attouchements) ; de la violence économique (dépendance financière complète maintenue par le conjoint) et enfin, on retrouve également divers comportements autoritaires ou tyranniques se manifestant par un isolement et éloignement de la famille, des amis (violence sociale), une surveillance constante et renforcée, la limitation des sorties et de l'accès aux informations (OMS, 2002)...

En ce qui concerne les contextes de vulnérabilité, les jeunes de moins de 30 ans seraient plus concernés par ces violences (34%). La proportion de victimes de VPI est plus importante parmi : les étudiants (1.4%), les chômeurs (1.3%), les inactifs non retraités (ex : les femmes au foyer, 1.3%) et de manière générale, au sein des ménages les plus modestes (1.2% contre 0.7% pour les autres catégories). Ces chiffres sont à nuancer car il est probable que les femmes plus jeunes soient plus susceptibles de briser la loi du silence (rapport d'enquête cadre de vie et sécurité, 2019). D'autres facteurs de risques sont mis en évidence : antécédents de violences sexuelles et/ou physiques subies durant l'enfance, des victimisations antérieures, la grossesse, un état dépressif, l'abus d'alcool et/ou de toxiques, des représentations erronées vis-à-vis de la violence (Voyer, Delbreil & Senon, 2014), un faible niveau d'éducation (OMS, 2019) ou un handicap (tout type de handicap) (Cotter, 2014).

A propos de la prévalence, la violence exercée par un époux/partenaire intime représente la forme la plus répandue de violence à l'égard des femmes dans le monde (OMS, 2021). D'après une enquête réalisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (2021), dans le monde en 2018, en moyenne 736 millions de femmes âgées de plus

de 15 ans ont vécu des VPI au moins une fois dans leur vie soit près d'une femme sur trois concernée.

Une étude met en évidence la prévalence pour chaque type de violence dans les trajectoires de vie des femmes victimes de VPI. Les données ont été recueillies auprès de 75 femmes à partir d'entretiens réalisés entre 2014 et 2016 dans la région de Québec. Les résultats dévoilent que la totalité des femmes interrogées ont subi des violences psychologiques (100%) tandis que des violences physiques ont été subies dans 84% des cas. En ce qui concerne la cooccurrence des violences, les trois quarts des femmes interrogées ont cumulé au minimum trois types de violences (32%). Selon les auteurs, toutes les femmes victimes de VPI ne sont pas forcément victimes des mêmes violences et celles-ci évoluent différemment au cours du temps (Patard, Ouellet, Leclerc & Cousineau, 2020).

Faits marquants, seulement 14% des victimes de violences entre partenaires intimes déclarent avoir déposé une plainte à la suite d'évènements violents et 31% déclarent avoir effectué au moins une démarche sociale ou médicale (rapport d'enquête cadre de vie et sécurité, 2019).

## **2- Cadre législatif**

Au niveau européen, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique est adoptée le 07 avril 2011. Elle apporte un cadre juridique qui a notamment pour but de prévenir les violences à l'encontre des femmes, protéger les victimes et mettre fin à l'impunité des auteurs de violences (Convention d'Istanbul, 2011). En 1989 sont créées en France les premières commissions départementales de lutte contre les violences faites aux femmes (Guyot, 2016). Des sanctions pénales établies par la loi du 22 juillet 1992 peuvent être encourues pour un auteur de violences physiques (art. 222-12 et 222-13 du code pénal) ainsi que pour des violences d'ordre psychologique (art. 222-14-3) et sexuelle (service-public.fr, 2021). En effet, la cour de Cassation reconnaît le délit de viol entre époux de manière explicite en 1992 (Ronai, 2021) puis, la loi du 9 juillet 2010 vient enrichir l'arsenal pénal en étendant « l'infraction de violences habituelles aux violences conjugales (art. 222-14) et en créant le délit de harcèlement au sein du couple (art. 222-33-2-1) » (Guyot, 2016, p.18).

La loi du 30 juillet 2020 est la transcription législative des travaux du Grenelle des violences conjugales. Elle vise à renforcer la protection des victimes et de leurs

enfants, à assurer le suivi et la prise en charge des auteurs ainsi qu'à prévenir davantage les faits de violences. Cette loi intègre notamment au code civil la notion d'emprise, modifie le cadre de la levée du secret médical et comporte également des mesures sur la jouissance du logement conjugal (Vie-publique.fr, 2019). Cette nouvelle loi permet désormais aux professionnels de santé de porter directement à la connaissance du procureur de la République une situation d'emprise et/ou de danger immédiat sans déroger à son obligation du secret professionnel (Péchey, 2021).

### **3- Le cycle de la violence**

Au sein du couple, les violences s'installent progressivement avec une augmentation continue en fréquence et en intensité. D'après Voyer, Delbreil et Senon (2014), le cycle de la violence peut être décrit en 4 phases, qui se répètent dans le temps (annexe 1). La phase de tension est la première phase au sein de laquelle les conflits se dessinent et se multiplient autour de la vie quotidienne du couple. Vient ensuite la phase de l'agression qui correspond au passage à l'acte par la violence. La troisième phase correspond à l'étape de déni et de retournement de la responsabilité qui permet au conjoint violent de justifier de son comportement, de nier la gravité des faits et de détourner la responsabilité vers la victime. La dernière phase du cycle est la lune de miel : il s'agit d'un sursis amoureux où les promesses et les regrets sont de mise.

Il est primordial de connaître l'existence de ce cycle afin de mieux comprendre la situation dans laquelle se trouve ces femmes et avec quel phénomène elles sont en prise. Malheureusement, plus le temps passé sous l'emprise de ce partenaire violent est long plus les conséquences et les répercussions peuvent être dramatiques.

### **4- Conséquences des Violences entre Partenaires Intimes**

#### **4-1- Répercussions psycho-pathologiques des VPI**

Un évènement peut générer un traumatisme psychique chez un individu lorsque celui-ci perçoit cette situation comme une véritable atteinte contre sa vie et/ou son intégrité physique et psychique. L'intégrité corporelle est alors fragilisée, les perceptions corporelles perturbées et la conscience du corps propre meurtrie (Defontaine, 2019). Les violences perpétrées par son partenaire intime peuvent irrémédiablement représenter des évènements répétés et durables ayant un fort potentiel traumatogène.

Les manifestations cliniques du traumatisme psychique s'expliquent par le déclenchement de mécanismes neurobiologiques de survie qui viennent assurer la

protection des systèmes cardio-vasculaire et neurologique mis en danger par l'intensité du stress ressentis lors de l'évènement violent (Nemeroff, 2009, cité par Salmona, 2021). Parmi ces manifestations, l'état de dissociation traumatique va notamment permettre à la femme victime de violence de faire disjoncter son circuit émotionnel, de se détacher et de se priver de ses ressentis (anesthésie émotionnelle et physique). Elle perd tout contact avec la réalité de sa situation (sentiment d'irréalité). Lorsque l'état dissociatif disparaît, la mémoire traumatique prend le relais et prend la forme de reviviscences des violences (tout type) pouvant se déclencher au moindre lien se rapprochant des violences endurées. Paroles, mises en scènes, douleurs sont revécues à l'identique en provoquant une grande souffrance. L'emprise par le conjoint est ici fortement marquée car au contact de celui-ci, la sidération persiste (dissociation traumatique chronique) et une fois détachée de ses émotions/ressentis, aucune prise de conscience n'est possible sur la situation vécue et la défense/fuite ne peut être organisée. La mémoire traumatique vient en parallèle également empêcher toute révolte ou fuite car, colonisée par le discours du partenaire violent, elle se sent elle-même honteuse, coupable, « peut se croire folle, incapable et ressentir de la haine pour elle-même » (Salmona, 2021, p.105).

L'état dissociatif et la mémoire traumatique sont des symptômes évoqués dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT) qui représente une manifestation possible du traumatisme psychique potentiellement généré par les VPI.

#### **4-1-1- Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT)**

Le trouble de stress post-traumatique « survient après une période de latence, asymptomatique, variant de plusieurs semaines à plusieurs années » (Defontaine, 2019, p.338). Dans le DSM-V (Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux), la symptomatologie se manifeste notamment par la présence de symptômes intrusifs et envahissants (ex : souvenirs reviviscents, réactions dissociatives), par un évitement persistant de situations et/ou de stimuli liés à l'évènement traumatique, par une altération négative des cognitions et de l'humeur (ex : incapacité à ressentir des émotions positives) et par une altération de l'état d'éveil et de la réactivité (ex : perturbations du sommeil) (APA, 2015).

Les conséquences de situations répétées de violence chez les femmes victimes de leur partenaire intime sont un facteur de risque majeur pouvant conduire à l'installation

d'un TSPT. Une augmentation de ce risque serait également mise en lien avec les types de violences exercés et leur association (physique, psychologique, sexuelle...). Différentes études ont mis en évidence que des violences physiques étaient un facteur prédictif plus important de développement d'un TSPT tandis que des violences psychologiques étaient un facteur prédictif majeur de dépression (Pico-Alfonso, 2005 cité par Voyer, Delbreil & Senon, 2014).

D'autres études font un lien de corrélation entre la survenue d'un TSPT ainsi que la sévérité de la symptomatologie retrouvée avec l'intensité des violences et leur répétition dans le temps (Voyer, Delbreil & Senon, 2014).

La prévalence est conséquente puisqu'estimée entre 33% et 84% selon les études. Une étude menée au CHU de Casablanca rapporte par exemple que 56% des femmes victimes de VPI présentaient un TSPT (Mouttarazouk, Abouzahir, Belhouss & Benyaich, 2022).

#### **4-1-2- L'Etat Dépressif**

Les VPI ont une tendance nette à entraîner chez les femmes victimes un sentiment de honte, de culpabilité mais également d'humiliation, d'impuissance et une perte importante de contrôle (Wathen, 2012). Ces sentiments concourent à un fort affaiblissement de l'estime et de la confiance en soi pouvant entraîner de fait, un épisode dépressif majeur. Celui-ci est décrit dans le DSM-V sous le terme de trouble dépressif caractérisé (APA, 2015). Selon cette classification, pour diagnostiquer un trouble dépressif caractérisé, il faut présenter au moins 5 symptômes établis dans une liste précise durant une période de minimum deux semaines comprenant au moins soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt/plaisir. On retrouve parmi ceux-ci une perturbation du sommeil, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, une diminution de la concentration et/ou de l'aptitude à penser, des pensées de mort récurrentes etc.

Dans une revue systématique datant de 2012 réalisée à partir de 37 études sélectionnées, les auteurs retrouvent un lien relativement marqué entre la VPI et la dépression. D'après les résultats obtenus, le risque de dépression majeure est en effet multiplié par 2 à 3 chez les femmes victimes de VPI (Beydoun HA., Beydoun MA., Kaufman, Lo & Zonderman). Ces chiffres sont corroborés par une étude plus récente réalisée au Brésil (2019) sur un échantillon de 49 025 personnes (18-60 ans). Selon

les conclusions des auteurs, les victimes de VPI sont 2.90 fois plus susceptibles de déclarer une dépression par rapport aux non-victimes de VPI (Silva & Azeredo).

Dans un rapport publié par Santé Publique France en 2018 (Guillam, Ségala, Cassagne, François & Thélot) celui-ci précise que la dépression et le TSPT sont les répercussions les plus fréquemment retrouvées chez les femmes victimes de VPI. Au travers d'une revue de la littérature Sanchez, Fouques & Romo (2021) se sont focalisés sur les Violences Sexuelles entre Partenaires Intimes (VSPI) qui peuvent notamment conduire à un ensemble complexe de symptômes combinés. On retrouve parmi ceux-ci des difficultés d'auto-régulation émotionnelle, des croyances négatives sur soi nourries par la honte et la culpabilité, des symptômes dissociatifs... Leurs conclusions portent sur le fait que la présence de violences sexuelles peut conduire à des tableaux cliniques plus sévères : la prévalence est alors plus importante chez ces femmes de développer un trouble dépressif et/ou un TSPT avec une symptomatologie plus franche (Sanchez, Fouques & Romo, 2021).

Une étude menée au CHU de Casablanca révèle que des épisodes dépressifs majeurs actuels sont retrouvés chez les femmes victimes de VPI dans 88% des situations (Mouttarazouk, Abouzahir, Belhouss & Benyaich, 2022).

#### **4-1-3- Les Troubles Anxieux**

Le traumatisme induit par les violences exercées peut déclencher comme évoqué précédemment un TSPT et/ou un état dépressif mais également des manifestations anxieuses. Dans une étude réalisée en Tunisie auprès de 197 femmes consultant au centre du planning familial, 23.9% d'entre elles manifestent des troubles anxieux. Le constat est également fait que l'association de symptômes dépressifs et anxieux est mise en avant chez 19.3% des femmes de l'étude (Jellali I., Jellali M.A, Gataa & Mechri, 2014).

Parmi les répercussions observées, une étude récente réalisée au Maroc (2022) portant sur 50 victimes de VPI révèle certes une forte prévalence d'épisodes dépressifs majeurs parmi les victimes de VPI mais également que les troubles anxieux représentent ici la seconde comorbidité psychiatrique pouvant être rencontrée (Mouttarazouk, Abouzahir, Belhouss & Benyaich, 2022). Parmi ces troubles anxieux constatés, 54% des femmes de cette étude présentent un trouble panique qui, selon le DSM-V est une montée brusque de crainte ou de malaise intense (exemples de

symptômes : transpiration, nausées, vertiges, peur de perdre le contrôle de soi, de mourir...) (APA, 2015). Au sein de la même étude, 70% de ces femmes victimes présentent un trouble anxieux généralisé (TAG). Il s'agit selon le DSM-V d'un trouble se manifestant par une anxiété et des soucis excessifs durant depuis minimum 6 mois à propos d'évènements et/ou d'activités (APA, 2015). 36% d'entre elles présentent une phobie sociale se manifestant d'après le DSM-V par une peur ou une anxiété intense d'une ou de plusieurs situations mettant en jeu l'exposition à l'éventuelle observation attentive d'une tierce personne (APA, 2015). Enfin, 6% de ces femmes victimes de violences présentent une agoraphobie correspondant à une peur ou une anxiété disproportionnée par rapport au danger réel (APA, 2015).

#### **4-1-4- Troubles Addictifs & Troubles du Comportement Alimentaire**

Les femmes qui sont victimes de VPI sont plus à même de présenter une dépendance à l'alcool et/ou à d'autres substances psychoactives (Voyer, Delbreil & Senon, 2014). Dans leur revue de littérature, Bellet & Varescon mettent en évidence une comorbidité fréquente entre le TSPT et le Trouble de l'Usage de Substance (TUS). Ils précisent que les « adultes présentant un TSPT sont quatre à cinq fois plus à risque de présenter un TUS (incluant l'alcool) que les adultes sans TSPT » (2019, p.24).

Le psychotraumatisme engendré par les violences entraîne une souffrance psychique qui est combattue chez certaines par des troubles du comportement alimentaire (TCA) (boulimie, hyperphagie boulimique ou anorexie). Les TCA peuvent être réactionnels au déclenchement de la mémoire traumatique ou représenter des stratégies de survie (reprendre le contrôle, conduites d'évitement ou dissociantes) permettant de se soustraire aux souffrances liées au traumatisme (Salmona, 2013).

Que ce soit les TCA ou les troubles addictifs, il s'agit de conduites décrites comme à risque recherchées pour leur pouvoir dissociant. L'état dissociatif recherché permet une mise à distance de la situation avec un détachement émotionnel face à l'évènement stressant, aux reviviscences déclenchées inscrites dans la mémoire traumatique (Salmona, 2013). Malheureusement, ces stratégies vont « participer à enfoncer un peu plus la victime dans une culpabilité et une mésestime d'elle-même » (Salmona, 2021, p.106).

## 4-2- Autres types de répercussions

Les violences physiques exercées par un partenaire intime peuvent prendre différents aspects pouvant s'étendre des coups portés à mains nues jusqu'à ceux portés à l'aide d'objets/d'armes menaçant alors l'intégrité physique de la victime. Les lésions traumatiques aiguës ainsi causées se localisent généralement autour de la tête (ex : traumatismes crâniens), du visage (ex : ecchymoses), du cou (ex : zébrures), du ventre (ex : lacérations), du thorax ou au niveau des membres (ex : fractures). Ces blessures peuvent créer des douleurs chroniques chez ces femmes (ex : céphalées, douleurs abdominales et/ou dorsales) (Mouttarazouk, Abouzahir, Belhouss & Benyaich, 2022 ; OMS, 2002).

Sur le plan physiologique, le stress et l'anxiété peuvent aussi impacter le système neuroendocrinien et multiplier les risques de développer par exemple de l'hypertension artérielle, des ulcères ou une constipation (Coker, Smith, Bethea, King & McKeown, 2000 cités par Boyer, 2017). Des troubles du sommeil (insomnies, hypersomnies, cauchemars...) sont également fréquemment rencontrés (Magne & al., 2021) et des troubles gynécologiques sont susceptibles d'être développés des suites des « violences sexuelles elles-mêmes ou à l'impact des autres formes de violences sur l'image que la femme a de son propre corps » (Daligand, 2015, p.255).

En ce qui concerne les violences économiques et sociales, celles-ci se manifestent essentiellement par des stratégies de contrôle qui consistent à isoler davantage les femmes en les éloignant du marché du travail et du soutien de leur environnement social (ex : aides sociales, entourage amical) et familial. Ces conséquences peuvent perdurer encore plusieurs années après une rupture, si elle a lieu. Elles peuvent aller jusqu'à l'expulsion de leur logement et se retrouver alors sans domicile fixe (Cousineau & Flynn, 2018).

La mort et les tentatives de suicide représentent pour ces femmes victimes de VPI une réalité qu'il ne faut pas négliger. A l'échelle internationale et d'après une étude multi-pays réalisée par l'OMS, le nombre de cas signalés de tentative de suicide était significativement plus important chez les femmes confrontées aux violences de leur conjoint que chez les autres femmes (2005). En France, une étude précise notamment que le risque de tentative de suicide est multiplié par 11.4 chez ces femmes (ONRDP, 2012 cités par Guillam, Ségala, Cassagne, François & Thélot, 2018). Dans une étude

réalisée au Maroc auprès de 50 femmes victimes de violences conjugales, des tendances suicidaires ont été retrouvées chez 50% d'entre elles dont 18% ont été déterminées à des stades modérés à sévères (Mouttarazouk, Abouzahir, Belhouss & Benyaich, 2022). Finalement, les lésions traumatiques aiguës tout comme les conséquences potentielles liées aux addictions, aux IST (ex : VIH) ou aux aggravations possibles des pathologies chroniques (ex : pathologies cardiaques...) ainsi que les tentatives de suicide peuvent conduire à une issue fatale de la femme victime de VPI (Boyer, 2017).

Pour ces femmes victimes des violences de leur conjoint ou ex, des moyens existent pour leur venir en aide, que ce soit à l'échelle internationale ou nationale.

## **II- Parcours de soin des victimes de Violence entre Partenaires Intimes**

### **1- L'aide aux victimes**

L'Organisation Mondiale de la Santé met en place et diffuse largement en 2014 un manuel clinique à l'attention des prestataires de soins de santé intitulé en français Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle. Ce manuel clinique aborde en détail ce qu'il appelle l'appui de première ligne en cas de violence exercée par un partenaire intime et d'agression sexuelle. Cet appui consiste à « répondre aux besoins émotionnels et physiques d'une femme, ainsi qu'à ses besoins en matière de sécurité et de soutien, sans faire intrusion dans sa vie privée » (OMS, 2014, p.13).

En France, le ministère de l'Intérieur a mis en place des démarches ([site www.demarches.interieur.gouv.fr](http://www.demarches.interieur.gouv.fr)) qui expliquent et détaillent les mesures envisageables pour les personnes victimes de violences conjugales. Le ministère décline notamment les numéros d'urgence et de secours existant, indique à quel endroit trouver un hébergement d'urgence, communique des informations sur les droits en matière de conservation du logement familial etc. (Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de la justice, 2021).

Une collaboration entre la Fédération France Victimes et le Fonds de Garantie des Victimes a permis d'élaborer et de mettre à disposition des victimes de violences un site d'aide décrivant les principales étapes du parcours depuis les violences jusqu'à la reconstruction (Préfète des Deux-Sèvres, 2021). Le premier temps de ce parcours est celui de l'écoute. En effet, se confier sur ce qui est vécu permet d'éviter l'isolement.

Des outils visant à prendre conscience de ce qui est vécu sont également mis à disposition : le violentomètre (annexe 2), la roue des violences (annexe 3) (France Victimes & Fonds de Garantie des Victimes, 2022).

Le deuxième temps de ce parcours est la mise en sécurité. Pour se faire il existe notamment un certain nombre de dispositifs judiciaires (ex : ordonnance de protection délivrée en urgence par le juge aux affaires familiales, dispositif de surveillance électronique (bracelet anti-rapprochement)...).

Le troisième temps est celui de la préparation du temps pénal. La procédure pénale est présentée dans l'annexe 4. Celle-ci débute au moment de l'audition de la victime à la police/gendarmerie (dépôt de plainte) et se termine au tribunal. La décision finale appartient au Procureur de la République à la suite de quoi il sera possible d'engager une procédure d'indemnisation qui représente le quatrième temps du parcours d'aide aux victimes. L'indemnisation est un droit qui va permettre à la victime de bénéficier d'une forme de reconnaissance des préjudices subis (France Victimes & Fonds de Garantie des victimes, 2022).

Le dernier temps du parcours est celui de la reconstruction. La reconstruction est propre à chacune et peut être engagée à n'importe quelle étape du parcours. Différents professionnels peuvent être rencontrés durant ce temps de reconstruction : psychologue, psychiatre proposant un espace d'écoute et de libération de la parole et de l'évènement traumatique (France Victimes & Fonds de Garantie des Victimes, 2022). En parallèle, une intervention en psychomotricité peut offrir à ces femmes un espace d'expression corporelle où les expérimentations et le soutien leur seront bénéfiques.

## **2- Le soin psychomoteur dans le parcours de soin**

Le psychomotricien est en mesure d'évaluer les fonctions sensori-motrices, perceptivo-motrices, tonico-émotionnelles et psychomotrices. Celui-ci parvient à les mettre en relief, les analyser dans leurs interactions, leur intégration puis va pouvoir poser un diagnostic psychomoteur (SNUP, 2023). La démarche thérapeutique est déterminée en fonction de l'expertise du psychomotricien et est transmise au médecin prescripteur avec le compte rendu de cette évaluation. Le soin psychomoteur alors mis en place va permettre au patient de prendre conscience de son fonctionnement psychomoteur propre, de réduire les dysfonctionnements mis en évidence (d'origine

psychique ou physique) et de s'engager dans l'action et la relation en combinant conjointement l'action des fonction motrices, psycho-affectives et cognitives (SNUP, 2023). Au cours du soin, le psychomotricien peut accompagner le patient dans son processus de résilience en s'appuyant sur le corps, l'expression de ses troubles et son histoire (Beloucif, 2021). Le soin proposé par le thérapeute sera alors « un acte unique, intuitif, intelligent, non reproductible, adapté au phénomène qui se présente » (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019, p.02). Le but va être de permettre au patient une meilleure écoute de ses perceptions et de ses sensations propres afin de rétablir des liens entre les pensées et les manifestations associées. Pour se faire, le psychomotricien va mobiliser ses capacités adaptatives, d'écoute et d'observation pour prendre en compte du mieux possible l'individualité du patient, son état corporel, sa sensibilité du jour... (Beloucif, 2021).

Selon Rodriguez (2019), « ce n'est pas tant le corps lui-même que les techniques qui engagent le corps qui constituent, sous certaines conditions, une médiation thérapeutique. » (p.27) En psychomotricité, la médiation thérapeutique désigne l'utilisation dans la relation d'un médiateur spécifique qui vient s'interposer entre le thérapeute et le patient dans le but d'accompagner et suppléer le travail thérapeutique engagé (Rodriguez, 2019). Cette médiation peut prendre la forme d'un objet concret (ex : pâte à modeler, jouets/jeux, eau...) ; d'un objet culturel (ex : théâtre, peinture...) ou d'une technique corporelle (ex : danse, yoga, relaxation...) (Rodriguez, 2019). Dans le choix de la médiation proposée, le psychomotricien prend en considération le contexte traumatique, l'histoire et la culture du patient.

En observant la psychomotricité sous une perspective pluriprofessionnelle, on peut remarquer que « les spécificités de l'approche psychomotrice s'articulent de façon complémentaire aux autres disciplines de santé » (Beloucif, 2021, p.886). Dans la prise en charge de femmes victimes de VPI, il est primordial pour les professionnels de fonctionner ensemble, en réseau et en étroite collaboration.

Pour ces femmes victimes de leur conjoint ou de leur ex, la prise en charge pluridisciplinaire et l'aide proposée leur permet de débiter un long et complexe processus de résilience au cours duquel leur corps et plus précisément leur image du corps est mise en avant.

### **III- L'Image du corps chez les femmes victimes de VPI**

#### **1- Quelques notions mettant en jeu le corps**

De Ajuriaguerra s'est inspiré des travaux réalisés en phénoménologie pour élaborer les fondements de sa pensée. Selon lui, la psychomotricité représente une certaine façon d'être au monde qui implique de faire la pleine expérience du corps dans sa façon d'être structuré, intégré et vécu. Tout cela est rendu possible par l'expression d'une attitude et d'une gestuelle propre, le tout en relation avec le monde environnant et avec autrui (Thiffault, 1978).

Le philosophe Merleau-Ponty offre une analyse de l'être au monde selon deux perspectives que sont le corps vivant et le corps vécu. Le corps vivant, autrement appelé *Körper* ou corps-objet en phénoménologie (Delbraccio, 2009) représente le corps dans sa dimension biologique et physique reposant en partie sur le schéma corporel (association d'informations intéroceptives, extéroceptives et proprioceptives) (Agostinucci, Hanneton & Andrieu, 2022). Le corps vécu, autrement appelé *Leib* en phénoménologie est également connu sous le nom de corps propre. Il représente le lieu de réception et de transformation des perceptions sensorielles internes et externes à partir desquelles celui-ci se développe de façon continue (Schmid Nichols, 2010). Le corps vécu représente donc l'expérience sensorielle subjective vécue à la première personne (Agostinucci, Hanneton & Andrieu, 2022). Les expériences vécues sont modelées par l'environnement et permettent de développer « la capacité de mise en lien » notamment nécessaire à l'élaboration de la conscience de soi et du corps propre ainsi que celui de l'autre ou encore au lien existant entre le mouvement et l'espace/temps (Schmid Nichols, 2010, p.90)... En cela l'élaboration complexe de l'image du corps est rendue possible. La corporéité selon Merleau-Ponty ajoute à celle du corps propre l'implication de la perception de l'espace et du temps. Le corps comme lieu des perceptions, des émotions, de la pensée, de l'expressivité, du langage est finalement le point de rencontre de toutes les expériences réalisées. Le rapport du corps à l'espace ne pouvant se faire que dans le mouvement, celui-ci se réalise dans la précision du geste, la spontanéité ou la fluidité. Cela va permettre au corps de se situer dans l'espace, de se percevoir en mouvement dans sa globalité facilitant ainsi le repérage de ses parties du corps les unes par rapport aux autres (Girromini, 2019).

Ces derniers éléments amènent à évoquer et préciser ce qu'est le schéma corporel. Nasio présente le schéma corporel comme la représentation actuelle préconsciente que l'individu a de son propre corps lui servant de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace et ce par l'intermédiaire des systèmes sensoriels (vision, audition, kinesthésie, proprioception...) (2007). Le schéma corporel est en principe identique pour tous les individus de la même espèce et est évolutif dans le temps et l'espace (Dolto, 1984). La fonction principale du schéma corporel est donc de contribuer à l'action par l'intermédiaire du système de capacités sensori-motrices fonctionnant sans réel contrôle perceptif (Gallagher, 2005). Pour Merleau-Ponty, le processus de perception des objets est intrinsèquement lié aux processus corporels car percevoir quelque chose équivaut à vivre au travers de cette chose. Autrement dit, la perception du monde se fait à travers le corps par l'intermédiaire de changements dynamiques opérés dans le schéma corporel. Finalement, la perception du corps est alors négligée au profit de l'objet réel perçu. En revanche, en concentrant l'attention, le corps perçu en tant qu'objet réel sera à l'origine de ce que l'on appelle l'image corporelle (Ataria, 2019).

## **2- Le corps dans le paradigme psychomoteur**

De Ajuriaguerra aborde la question du corps dans toute sa dynamique à la fois multiple et complexe. Il prête une attention toute particulière à la dimension sensori-motrice, au contact corporel et au tonus qu'il intègre pleinement dans sa façon de considérer le corps. « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre » (De Ajuriaguerra, 1983 cité par Rodriguez, 2012, p.22). De Ajuriaguerra évoque ici le lien étroit existant entre le corps et la relation à l'autre car en effet, le corps est une totalité qui reçoit et qui agit (Rodriguez, 2012). Le corps représente alors notamment le lieu des expériences perceptivo-motrices et émotionnelles à partir desquelles le corps propre se construit.

Une des spécificités du métier de psychomotricien est celle de fonctionner avec un corps engagé pleinement (engagement corporel) dans une relation thérapeutique en utilisant son propre corps comme médiation de cette relation à l'autre (Giromini, 2019). Par la suite, le choix de la médiation (danse, conte...) visera essentiellement à trouver la zone proximale de contact entre le fonctionnement corporo-psychique du patient et celui du thérapeute. La lecture du corps réalisée par le professionnel en relation est donc dirigée par les modalités d'engagement de sa propre corporéité (Rodriguez, 2012). En psychomotricité, l'analyse des processus impliqués dans la construction

corporelle, son investissement et son utilisation est à l'origine de la construction de la psyché (Cologne, 2010).

### **3- Image du Corps : définition selon différents auteurs**

#### **3-1- Modèles Schilder & Dolto**

Selon Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien, l'image du corps représente la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même, celle qui se forme dans notre esprit. L'image du corps est l'une des expériences fondamentales dans la vie de chaque individu dans le sens où celle-ci représente un pôle essentiel de l'expérience vécue : chaque action menée implique une modification posturale, musculaire et conduit à un changement dans la perception de son propre corps. Toute action ainsi que tout désir impliquent une intention consciente ou inconsciente de modifier son image du corps. Il aborde également le caractère adaptatif et la plasticité de l'image du corps. Celle-ci peut par exemple incorporer des éléments provenant de l'espace extérieur tel qu'un outil (ex : bâton) tenu dans la main dont l'extrémité déclenche une sensation apportant un argument en faveur de son intégration à l'image du corps. (Schilder, 1968). La vision de Schilder sur le sujet est novatrice pour l'époque mais la distinction entre schéma corporel et image du corps au sens contemporain n'est pas encore claire et précise.

D'après Dolto (1984), pédiatre et psychanalyste française, l'image du corps est intimement liée à l'histoire de chacun et se trouve donc être propre à chaque individu. Cette image du corps représente la synthèse vivante des expériences émotionnelles de l'individu que ce soit dans la relation à autrui, les expériences liées aux sensations érogènes ainsi qu'aux désirs au sens psychanalytique. L'image du corps est une forme de mémoire inconsciente du corps en relation pouvant être en partie consciente lorsqu'elle s'exprime par le langage conscient (ex : métaphores/métonymies) ou dans la médiation (ex : dessin, modelage). Selon Dolto, l'image du corps est actuelle, dynamique, vivante mais également narcissique et interrelationnelle.

#### **3-2- Modèle Pireyre**

Pour Pireyre (2021), psychomotricien français, l'image du corps se développe dès les premiers temps de la vie, par étapes chronologiques, en lien avec des fonctionnements physiologiques variés comme la sensorialité. Elle « concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses et elle est investie par la libido qui laisse

des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée [...] » (Pireyre, 2021, p.51). Le cerveau cartographie « les états du corps et les expériences de tous ordres tout au long de la vie [...] » (Pireyre, 2021, p.243). Le terme cartographie désigne l'emmagasinement sous forme de réseaux de neurones de chaque expérience sensorielle, motrice, émotionnelle et cognitivo-affective (Damasio, 2010 cité par Pireyre, 2021).

Selon lui, l'image du corps pourrait être pensée sous une forme composite : l'image composite du corps. Pour développer cette image composite du corps, six composantes sont à l'œuvre : la peau physique et psychique ; la représentation de l'intérieur du corps ; le tonus ; la sensorialité ; les compétences communicationnelles du corps et les angoisses corporelles archaïques (Pireyre, 2021).

D'après Pireyre, la force des mécanismes de défenses se mettant en place au fur et à mesure du développement de l'enfant permettra le maintien des composantes de l'image du corps dans l'inconscient. Les événements de vie vécus par la suite renforceront ou fragiliseront ces mécanismes de défenses donnant ainsi l'illusion que l'image du corps se modifie défavorablement (Pireyre, 2021).

### **3-3- Modèles Gallagher & De Vignemont**

Il existe différents types de représentation du corps interdépendants mais dont les fonctions divergent car ceux-ci sont dépendants de systèmes neurologiques distincts. Ces représentations du corps comprennent le schéma corporel et l'image du corps qui, d'après De Vignemont (2006), philosophe française, fonctionnent sur le principe de la double dissociation : le corps dont l'individu a conscience (calibré par l'image du corps) ne requière pas les mêmes transformations de signaux sensoriels que le corps en mouvement (calibré par le schéma corporel). L'image du corps peut parfois intervenir dans l'action lorsque celle-ci nécessite des réponses conscientes et réfléchies. De son côté, le schéma corporel détient un rôle conséquent dans la conscience de l'acte puisqu'il intègre en permanence les informations somatosensorielles nécessaires à l'action (De Vignemont, 2006).

De Vignemont (2010) s'est appuyée sur les travaux de Gallagher, philosophe américain, au cours de ses propres travaux portant sur l'image du corps et le schéma corporel. D'après Gallagher, l'image du corps implique une intentionnalité réfléchie comprenant 3 modalités que sont : l'expérience perceptive de son propre corps, la

compréhension conceptuelle de son corps & l'attitude émotionnelle à l'égard de celui-ci (1995). Si le schéma corporel représente le corps de manière pragmatique et engagée dans le mouvement, l'image du corps représente de son côté le corps de manière détachée et sémantique c'est-à-dire comme permettant une connaissance consciente de ces capacités. L'image du corps détient une fonction unique et complexe, celle de décrire le corps (De Vignemont, 2018a). Les trois dimensions de l'image du corps élaborées par Gallagher et mises en avant par De Vignemont sont :

- La dimension perceptuelle de l'image du corps repose principalement sur les perceptions sensorielles permettant à l'individu de fournir une description structurelle des relations entre les parties du corps (limites corporelles, taille et forme perçues, position les unes par rapport aux autres...) (De Vignemont, 2010). Cette dimension rejoint celle de la conscience corporelle qui repose sur les perceptions corporelles procurant à l'individu le sentiment d'appartenance du corps, c'est-à-dire d'avoir conscience que ce corps est sien (De Vignemont, 2018b).
- La dimension conceptuelle de l'image du corps repose sur l'aspect sémantique et linguistique du corps c'est-à-dire qu'elle permet une description fonctionnelle des parties du corps et de la relation catégorielle existant entre elles (ex : poignet et chevilles sont des articulations). Finalement, il s'agit ici des savoirs recueillis en rapport à son corps, des croyances (ex : expériences de sortie de corps en relaxation) qui y sont liées et de la linguistique permettant la mise en mots (De Vignemont, 2010).
- La dimension émotionnelle de l'image du corps repose sur les sentiments et les affects ressentis envers son corps (Gallagher, 2005). Différents concepts permettent de mettre en évidence ces affects : l'acceptation et l'appréciation corporelle.

Des études ont dévoilé le lien étroit existant entre les perceptions de l'acceptation de son corps par les autres et l'image corporelle positive. En effet, lorsque les individus perçoivent leur corps comme acceptable par les autres (famille, amis, partenaire romantique, société), ceux-ci se montrent moins préoccupés par un changement d'apparence et parviennent à accorder plus d'attention à la façon dont leur corps se sent et fonctionne. Finalement, cette acceptation rationnelle positive confère à l'individu une fonction protectrice face aux menaces liées à l'image corporelle (ex : être taquiné sur son poids, voir des publicités sur les régimes alimentaires ou dévoilant les modèles conformes aux idéaux d'apparence...) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). L'appréciation corporelle de son côté fait référence à l'opinion favorable qu'une

personne porte à l'égard de son corps. Celle-ci détient également un effet protecteur face aux dérives de beauté véhiculées par les médias (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Le modèle théorique proposé dans cette dernière partie pour décrire et évoquer l'image du corps sera celui retenu au cours de ce projet de recherche.

#### **4- Estime de soi & Image du corps**

Le Larousse de psychologie décrit l'estime de soi comme étant la manière dont chacun se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa valeur (2016). D'après la définition apportée en psychologie par James, il est question de s'estimer selon ses perceptions propres, son sentiment d'avoir de l'importance et d'être unique (1890 cité par Doré, 2017). D'autres auteurs apportent par la suite des précisions à cette définition. Selon Cooley par exemple, l'estime de soi se façonne au gré des interactions sociales (opinions, jugements et actions) et est malléable, modulée par l'environnement social (1922 cité par Doré, 2017). Dans une définition plus contemporaine, l'estime de soi représente « la résultante d'une évaluation subjective que la personne porte sur elle-même » s'accordant alors une valeur prédisposant à l'acceptation de soi (Doré, 2017, p.22). Doré démontre dans son analyse du concept d'estime de soi que celle-ci influence la manière de se percevoir et de réagir face aux situations (2017). L'estime de soi se différencie de la confiance en soi qui représente la sensation de se sentir capable. Elle est reflétée par l'assurance et le courage. Celle-ci résulte notamment de la conscience que chacun a de sa valeur et soutient l'estime de soi (Doré, 2017). Parmi les signes indiquant une faible estime de soi, Lafay indique : la dévalorisation de soi ; des difficultés à admettre/minimiser ses qualités ; ne pas ressentir de fierté en cas de succès ; ne pas se respecter ; tendance au découragement ; avoir un rapport au corps particulier (se cacher, se blesser volontairement...) (2020) etc.

L'estime de soi comporte une sous-catégorie représentée par l'estime du corps soit la façon dont les autres perçoivent l'apparence d'un autre individu. Il existe dans la littérature scientifique un lien conséquent entre image du corps et estime de soi (Saranya, Manoj & Bharathi, 2022). Dans une étude réalisée en Inde en 2022 auprès de 100 femmes âgées de 18 à 40 ans, les résultats indiquent un lien de corrélation significatif entre l'image du corps et l'estime de soi. Selon les conclusions des auteurs,

plus l'image du corps sera délétère, plus l'estime de soi sera faible (Saranya, Manoj & Bharathi, 2022).

### 5- Image du corps et son évaluation

L'image du corps, en tirant sa source de l'inconscient de l'individu propre à chacun, se trouve difficile à évaluer et à tester au moyen de tests étalonnés. Il est possible de se référer à des éléments d'observation recueillis au cours de l'examen psychomoteur ou à partir d'outils standardisés le plus souvent élaborés sous forme d'auto-questionnaire. Dans les études internationales relatives à l'image du corps, nombreuses sont celles proposant à leurs participants ces auto-questionnaires. Il en existe donc plusieurs et parmi ceux-ci on retrouve notamment :

- Le Dresden Body Image Questionnaire (DBIQ) évalue l'image corporelle à partir de 35 items comportant des énoncés positifs et négatifs (Scheffers & al., 2017) Cet outil n'est pas encore disponible en version française.
- Le Questionnaire d'Image Corporelle (QIC) permet de mesurer la satisfaction ou l'insatisfaction corporelle des individus selon 19 items (Bruchon-Schweitzer, 1987). Celui-ci est accessible dans une version en français.
- Le Questionnaire de Satisfaction Corporelle et de Perception Globale de Soi (QSCPGS) (annexe 5) Le QSCPGS est divisé en deux parties constituées chacune de dix items. Dans la première partie, l'individu précise la manière dont il perçoit son corps et dans la seconde les sentiments globaux qu'il a de lui-même (Evers & Verbanck, 2010). Cet outil est disponible et accessible en version française.
- The Body Appreciation Scale (BAS & BAS-2) évalue l'acceptation, les opinions favorables et le respect de son corps à partir de 10 items. Le BAS-2 est une version améliorée reformulant certains items du BAS (Tylka & Wood-Barcalow, 2015) (annexe 6). Aucune version en français de cet outil n'a encore été validée à ce jour.
- The Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report (BDDE-SR) est utilisé pour évaluer les préoccupations liées à l'image du corps à partir de 28 items (Weaver, Elrod & Kelton, 2020). Il n'existe pas à ce jour de version française de ce questionnaire.

La plupart des questionnaires existant évaluant l'image du corps sont en anglais. Pour les professionnels exerçant en France (psychomotricien, psychologue, sociologue...), le choix est donc limité à des questionnaires réalisés et validés en langue française (ex : QSCPGS) ou traduits et validés en français (ex : QIC).

Un autre test peut être utilisé, notamment par le psychomotricien afin d'évaluer l'image du corps implicite de l'individu : le dessin du bonhomme (Corallo et al., 2021) également appelé dessin de soi. Les caractéristiques objectives du dessin réalisé de son propre corps sont ensuite traitées de façon qualitative par le professionnel ou de façon quantitative lorsque le dessin est analysé au sein d'une étude pouvant comparer un nombre conséquent de dessins du bonhomme entre eux (Kalisvaart, van Broeckhuysen-Kloth, van Busschbach & Geenen, 2022).

## **6- Les troubles de l'image du corps**

On retrouve dans la littérature anglo-saxonne l'emploi régulier du terme *body image distress* pouvant se traduire en français par détresse de l'image corporelle. Généralement, ces chercheurs recherchent le niveau de détresse de l'image corporelle ressenti par un individu (positif ou négatif) aux moyens d'auto-évaluations (Brédart, Swaine Verdier & Dolbeault, 2007). Dans la littérature francophone, les termes de perturbation ou altération de l'image du corps sont plus fréquemment employés.

De façon générale, les troubles de l'image du corps incluent des symptômes altérant l'image du corps se retranscrivant sur la qualité de vie de l'individu. L'image du corps se déclinant sous différentes dimensions, chacune d'elle peut être altérée entraînant alors différents symptômes. Ainsi au niveau de la composante perceptuelle par exemple, les perturbations peuvent concerner une estimation perturbée des dimensions corporelles (ex : formes corporelles comme le tour de taille) en lien avec un défaut de conscience corporelle. Dans sa dimension cognitivo-affective sont retrouvés les attitudes et sentiments négatifs éprouvés à l'égard de son corps (ex : honte, dégoût). Quant à la dimension conceptuelle, une mauvaise compréhension du fonctionnement des organes ou de la maladie vécue peut engendrer des troubles de l'image du corps tout comme des croyances erronées en rapport à son propre corps (idées délirantes). Sur le plan comportemental, ces perturbations peuvent se traduire par des comportements d'évitement, de vérifications excessives liées au corps, une obsession pour une alimentation saine et minime ou d'exercices physiques intensifs (Schmidt, Taube, Heinrich, Vocks & Hartmann, 2022).

Parmi les troubles de l'image du corps les plus fréquemment rencontrés on retrouve la dysmorphophobie et l'insatisfaction corporelle. Le trouble de dysmorphophobie

corporel, aussi appelé obsession d'une dysmorphie corporelle dans le DSM-V se présente par une préoccupation majeure concernant des défauts et/ou imperfections de l'apparence physique perçus par l'individu et se caractérise par des comportements répétitifs destinés à les cacher, les corriger ou les vérifier (APA, 2015). Ces imperfections ne sont pas observables par l'autre ou lui semble mineurs. Une surveillance corporelle se met généralement en place par l'individu qui va potentiellement chercher à se camoufler, se toiletter à l'excès, se comparer aux autres, faire de l'exercice à outrance et/ou envisager une chirurgie esthétique (Kuck & al., 2021). La préoccupation engendre une détresse importante et les conséquences se répercutent généralement sur le fonctionnement social, professionnel ainsi que dans différents domaines (APA, 2015).

Dans sa valeur négative, l'image du corps est représentée par le terme d'insatisfaction corporelle, non définie dans le DSM-V. Celle-ci est décrite comme stable dans le temps si elle ne fait pas l'objet d'une prise en charge et influence considérablement le fonctionnement psychologique de l'individu en souffrance (Tremblay, 2017). L'insatisfaction corporelle se traduit généralement par des comportements et des attitudes alimentaires dysfonctionnels ainsi qu'à un bien-être psychologique et une qualité de vie moindres. Des affects négatifs tels qu'un sentiment de honte ou de frustration sont souvent associés à l'insatisfaction corporelle ainsi que des symptômes dépressifs, une diminution de la libido et une faible motivation à s'engager dans un exercice physique (Tremblay, 2017).

## **7- Dans la littérature : l'image du corps chez la femme victime de VPI**

### **7-1- Facteurs prédictifs**

La notion d'image du corps a été étudiée par de nombreux auteurs et fait encore l'objet d'une attention particulière par certains d'entre eux. D'un autre côté, les violences conjugales exercées sur les femmes représentent un sujet d'actualité de plus en plus étudié et mis en avant dans la littérature. S'il est vrai que l'image du corps détient une résistance relative aux changements apportant confort et sécurité à l'individu, celle-ci peut néanmoins se trouver perturbée en cas de maladie, de handicap ou de blessures (Bacqué, 2007) comme celles pouvant être infligées lors de violences exercées par un partenaire intime quelles qu'elles soient. Les changements corporels opérés par ces violences (hématomes, fractures, brûlures...) et les conséquences qu'elles peuvent

induire par exemple par la prise de substances (amaigrissement, dépendance...) ou par les troubles du comportement alimentaire (prise/perte de poids) conduisent à des altérations corporelles le plus souvent non voulues, peu désirables, s'éloignant des standards de l'esthétique du corps et pouvant bouleverser ainsi l'image que ces femmes perçoivent de leur corps (Bacqué, 2007).

Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2007 par Weaver, Resnick, Kokoska & Etzel a comparé deux groupes de femmes ayant été exposées à des VPI modérées à sévères de la part de leur partenaire. Les violences devaient avoir eu lieu au moins un mois avant le début de l'étude. Un premier groupe de 31 participantes a constitué le groupe des femmes ayant des blessures résiduelles liées à l'apparence tandis qu'un second groupe (groupe témoin) était constitué de 25 femmes victimes de violences physiques sans blessures résiduelles liées à l'apparence. Les résultats ont été analysés à partir de 5 questionnaires remplis par les participantes incluant le *Body Dysmorphic Disorder Examination-Self-Report* (BDDE-SR) utilisé pour évaluer les plaintes relatives à l'image corporelle. Les auteurs de cette étude de cas-contrôle ont constatés qu'il existait une association entre la gravité des symptômes du TSPT et la détresse de l'image corporelle avec un lien établi plus conséquent chez les femmes qui détiennent des marques résiduelles de blessures ayant entraîné une modification durable de l'apparence (lacérations, brûlures...) à la suite des violences conjugales. Les auteurs précisent également que la domination et l'isolation sont des violences significativement associées au TSPT ainsi qu'à la détresse de l'image corporelle. Enfin, selon eux une image du corps perturbée est un prédicteur de +28% dans le développement d'une symptomatologie plus conséquente de TSPT.

Cette étude a par la suite été reprise et étendue en prenant en compte un échantillon plus large de victimes ayant subi récemment des violences sexuelles et physiques (Weaver, Griffin & Mitchell, 2014). Les résultats ont été analysés à partir de 4 auto-évaluations incluant le BDDE-SR ainsi qu'un entretien semi-directif sur le traumatisme. Les auteurs ont ici étudié les associations existantes entre la gravité de blessures aiguës, les symptômes de TSPT et de ceux de la dépression ainsi que de la détresse de l'image corporelle au sein d'un échantillon de 73 femmes, principalement d'origine afro-américaines (72.6%). Les résultats de cette étude transversale ont permis de mettre en évidence une association significative entre l'intensité de la détresse de

l'image corporelle et la gravité de la symptomatologie du TSPT. Cependant lorsque les résultats sont élargis en prenant en compte les symptômes dépressifs, le constat est fait que l'intensité de la détresse de l'image corporelle est significativement associée à la gravité de la dépression et représente un prédicteur unique des symptômes dépressifs. La gravité de la blessure subie et le degré de violation de la confiance ressenti (composante subjective impactant l'interprétation de la violence) sont également corrélés de façon significative à une détresse de l'image corporelle. Finalement, la détresse de l'image corporelle est associée de façon significative à la fois aux aspects contextuels liés au traumatisme (gravité de la blessure et degré de violation de la confiance) mais également aux séquelles engendrées par le traumatisme (gravité du TSPT et de la dépression).

### **7-2- Vécu des répercussions**

Une étude exploratoire réalisée en Finlande en 2019 sur un échantillon de 62 femmes mariées âgées de 24 à 47 ans rencontrant des problèmes avec l'alimentation et leur image corporelle, avait pour objectif d'examiner le comportement de soutien du conjoint et de son impact sur l'image du corps et le comportement alimentaire de ces femmes (Birmingham, Cavallini & Sgro). Les résultats ont été analysés à partir d'une méthode mixte incluant 4 auto-évaluations dont *the Body Attitudes Survey* pouvant se traduire par enquête sur les attitudes corporelles et élaboré spécifiquement par les auteurs ainsi qu'un entretien individuel. Les résultats ont indiqué dans un premier temps que la plupart des femmes interrogées considèrent que le comportement de leur conjoint est plutôt favorable. Parmi les participantes ayant constaté un comportement ambivalent de la part de leur conjoint, il a été démontré que celles-ci sont plus susceptibles d'être influencées par la négativité des messages que par ceux étant positifs. L'analyse quantitative des résultats montre que l'aspect ambivalent de la relation est associé chez la femme à une insatisfaction corporelle ainsi qu'à une préoccupation corporelle élevée impliquant des sentiments d'inquiétude et non de réassurance amenés par le discours et commentaires du conjoint.

Faits marquants exposés par ces auteurs, l'insatisfaction corporelle ainsi que la honte corporelle sont au centre du développement de pathologies alimentaires (TCA). Selon les résultats de précédentes recherches (Murrey, Touyz & Beumont, 1995 ; Pole, Crowther & Schell, 2004 cités par Birmingham, Cavallini & Sgrom, 2019), un conjoint

peut avoir un impact sur la perception que l'on a de soi en particulier en ce qui concerne le poids, la forme et la satisfaction corporelle. Le sentiment de honte éprouvé à l'égard de son corps (honte corporelle) que peut ressentir une femme victime de VPI tend à se manifester sur le plan émotionnel (colère, dégoût...), cognitif (corps inutile, endommagé, imparfait...) mais également comportemental (aversion du regard posé sur son corps que ce soit le sien ou celui de l'autre, soumission...) (Gilbert, 2014 cité par Weaver, Elrod & Kelton, 2020). La violence exercée par un partenaire intime représenterait une violation de la confiance relationnelle axée sur le corps à l'origine d'une image du corps négative. Weaver, Elrod & Kelton (2020) précisent également que plus du tiers de ces expériences de violences conjugales entraînent des blessures elles-mêmes pouvant induire des changements fonctionnels ou liés à l'apparence permanents. Selon ces mêmes auteurs, les nuisances à l'image du corps sont également amenées par l'intériorisation de la honte et/ou par les commentaires dégradants axés sur le corps et/ou par la violence physique et/ou sexuelle.

Une étude australienne réalisée en 2021 a cherché à recueillir les témoignages de femmes ayant été victimes de violences sexuelles par leur partenaire intime (VSPI) à partir d'entretiens non directifs (Tarzia, 2021) en s'appuyant sur la méthode de l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). 38 femmes ont participé à cette étude qui a permis de mettre en évidence différentes thématiques permettant d'exprimer ce qu'elles ont vécu lors des violences. Elles décrivent toutes de manière générale la VSPI comme étant une attaque subie de l'intérieur vers l'extérieur. Elles expriment ainsi les dommages psychiques internes profonds et durables causés par la VSPI ayant un impact se retranscrivant à la fois sur leur santé physique et mentale. Au cours de leurs entretiens, elles évoquent des luttes intenses avec leur estime de soi et leur image corporelle tout en précisant également ressentir un fort dégoût de soi et un profond manque de confiance en soi. Elles décrivent des sensations d'étouffement et d'engourdissement, expliquant que les violences détruisent qui elles sont, se sentant privées d'autonomie et de personnalité, comme un objet à utiliser puis à jeter (Tarzia, 2021). Les éprouvés ici évoqués par ces femmes font donc écho à une image du corps perturbée par les violences sexuelles, percevant leurs corps comme corps-objet suscitant honte et mésestime et atteint dans son intégrité.

### 7-3- Sous le prisme de la théorie de l'objectification

Les chercheurs d'une étude transversale réalisée en 2015 ont exploré sous le prisme de la théorie de l'objectification la relation existante entre la violence sexuelle, la VPI, l'auto-objectification, la surveillance corporelle et les expériences de honte corporelle au sein d'un échantillon de 503 étudiantes d'une université du Midwest aux Etats-Unis ayant été exposées à des VPI de faible gravité (Davidson & Gervais, 2015). La méthodologie employée incluait 4 auto-évaluations dont l'une d'entre elle était *The Objectified Body Consciousness scale* (OBCCS) pouvant se traduire par échelle de la conscience corporelle objectivée. La théorie de l'objectification développée en psychologie sociale par Fredrickson & Roberts (1997) est décrite comme étant un processus au cours duquel le corps d'une femme est séparé en parties distinctes, les réduisant à un statut d'instrument et capables de la représenter dans son entièreté. Selon Fredrickson & Roberts, cette théorie peut expliquer l'impact de ce processus sur la santé mentale des femmes. L'une de ces conséquences est l'intériorisation du regard objectifiant amené par la société sur le corps de la femme : il s'agit de l'auto-objectification. Celle-ci se caractérise par une importance davantage accordée à son apparence physique (mensurations, poids...) plutôt qu'à ses compétences ou aspects physiques non observables (souplesse, santé...). En conséquence de quoi, la femme se considère elle-même comme un corps-objet destiné à être regardé, jugé ou évalué par l'autre (Wollast, De Wilde, Bernard & Klein, 2020). L'incapacité alors ressentie par la femme à ne pas pouvoir respecter les normes sociétales en termes d'attractivité peut déclencher un sentiment de honte corporelle, lui-même incitant à une surveillance corporelle accrue (Weaver, Elrod & Kelton, 2020). Dans leur étude, Davidson & Gervais ont constaté que la violence sexuelle et la VPI avaient un impact sur la honte corporelle des femmes. Ils ont également pu déterminer que le lien entre la VPI et la honte corporelle pouvait s'expliquer du fait de l'auto-objectification (rôle médiateur) ce qui n'est pas le cas pour le lien entre la violence sexuelle et la honte corporelle.

Weaver, Elrod & Kelton (2020) ont repris et étendu les résultats de l'étude de Davidson & Gervais afin d'explorer le lien existant entre l'auto-objectification ainsi que la surveillance corporelle dans le développement de la honte corporelle au sein d'un échantillon de 61 femmes, principalement afro-américaines, ayant subies des VPI modérées à sévères. Les résultats ont été analysés à partir d'une interview (choix d'une caractéristique de l'image corporelle vécue comme pénible et

marques/cicatrices laissées par les VPI) et d'auto-évaluations incluant notamment le BDDE-SR et *the Experiences of Shame Scale* (ESS) soit l'échelle des expériences de la honte. Les résultats de cette étude transversale ont pu mettre en évidence une association significative entre la gravité de la violence sexuelle (coercition sexuelle dans la relation), physique et psychologique et l'accentuation de la honte corporelle et de l'auto-objectification. Plus précisément, les auteurs ont fait le constat que seule l'auto-objectification (plutôt que l'objectification et la surveillance corporelle) médiatise la relation entre la violence psychologique et la honte corporelle. D'après les auteurs, cela impliquerait une violence psychologique particulièrement impactante dans le processus d'auto-objectification chez les femmes de couleur. Le dernier constat de Weaver, Elrod & Kelton fait état de l'auto-objectification comme médiateur significatif dans la relation entre la violence sexuelle et la honte corporelle. Ce résultat diffère de celui obtenu précédemment par Davidson & Gervais et impliquerait que, dans un contexte de forte victimisation, l'auto-objectification aurait un rôle médiateur conséquent dans ce lien entre coercition sexuelle et honte corporelle.

Si ces 2 études transversales ont permis d'aborder le sujet de l'image du corps chez les femmes victimes de violences exercées par un partenaire intime, elles n'abordent cependant pas ce sujet dans son entièreté. En effet, Davidson & Gervais (2015) ont fait le choix d'inclure dans leur étude uniquement des étudiantes (moyenne d'âge : 19.89 ans) ayant vécu des VPI de faible gravité ce qui ne représente pas l'ensemble des femmes victimes de VPI que ce soit en termes d'âge ou de gravité de VPI. Ces limites sont également mises en évidence dans l'étude de Weaver, Elrod & Kelton (2020) qui ont concentré leur échantillonnage sur des femmes principalement d'origine afro-américaine ayant été exposées à des violences modérées à sévères. Le cadre restreint de la culture et des contextes des VPI mis en exergue dans ces deux études ne permettent pas de généraliser les résultats obtenus aux femmes victimes de VPI dans le monde, en général.

Finalement, les études abordant le sujet de l'image du corps chez la femme victime de VPI sont récentes, peu nombreuses et réalisées majoritairement aux Etats-Unis. De manière générale, les études évoquées précédemment détiennent un niveau de preuve relativement faible et des limites conséquentes.

## Partie 2 - La Problématisation

Dans la littérature, il existe peu d'études mettant en exergue la façon dont se présente l'image du corps des femmes victimes de VPI. Celles existantes détiennent un niveau de preuve insuffisant et le sujet étudié n'évoque pas directement et explicitement le lien existant entre l'image du corps et les violences conjugales subies par ces femmes. En effet, le recueil de données de ces études s'est fait principalement à partir d'auto-évaluations (ex : BDDE-SR) et ne rendent pas compte avec précision de la qualité de l'image du corps présentée par ces femmes en termes de signes cliniques. Il n'a pas été retrouvé dans la littérature scientifique d'études sur l'image du corps réalisée en France auprès de la population de femmes victimes de VPI. D'un pays à l'autre ou au sein du même pays, l'échantillon de femmes victimes de VPI sélectionné pour les études existantes varie (ex : panel d'étudiantes ou échantillon composé principalement de femmes d'origines afro-américaines) mais ne représente pas la femme victime de violences conjugales en général.

Quelques auteurs ont cherché à étudier ce sujet des préoccupations relatives à l'image corporelle chez la femme victime de VPI mais les répercussions directes et la façon dont se présente cette image du corps perturbée reste sans réponse scientifiquement élaborée et précise. L'impact des violences exercées par un partenaire intime sur l'image du corps des femmes qui en sont victime en France fait l'objet du problème de recherche de ce projet.

Afin d'étudier ce problème de recherche, cette étude s'oriente vers le regard spécifique que peut avoir le psychomotricien sur le sujet de l'image du corps des femmes victimes de violences conjugales. En effet, le psychomotricien étant un professionnel en mesure d'intervenir directement ou indirectement sur les troubles liés à l'image du corps et auprès de femmes victimes de VPI, celui-ci est donc en mesure d'observer sur le terrain comment se présente l'image du corps de patientes victimes de VPI. Ainsi, la question de recherche qui se dégage de ces réflexions est la suivante : A partir de ses observations cliniques, que perçoit le psychomotricien de l'image du corps de ses patientes victimes de violences exercées par un partenaire intime ?

## **Partie 3 – Méthodologie de recueil des données**

### **I- Type de méthodologie**

Le fait qu'il y ait peu d'études et d'écrits scientifiques sur le sujet des représentations corporelles des femmes victimes de violences conjugales encourage à venir explorer sur le terrain la perception ainsi que les modalités d'intervention et d'accompagnement que peuvent avoir les psychomotriciens sur ce sujet. La méthodologie utilisée au sein de cette recherche qualitative est de type inductif. En effet, selon Blais et Martineau (2006) l'induction représente une démarche impliquant un type de raisonnement consistant à passer du spécifique au général. L'aspect spécifique est représenté dans ce projet par les observations cliniques des patientes victimes de VPI recueillies par les psychomotriciens interrogés. L'analyse réalisée à partir de ces données brutes permettra de dégager des généralités sur le sujet étudié, à savoir l'image du corps des femmes victimes de VPI.

### **II- Type de données recueillies**

La question de recherche de ce projet a impliqué de venir interroger les psychomotriciens sur les observations cliniques réalisées en prise en soin en psychomotricité au sujet de l'image du corps de femmes victimes de violences conjugales. Pour se faire, l'analyse du discours des psychomotriciens interrogés lors d'un entretien a permis de recueillir des données qualitatives. En effet le discours ainsi obtenu à partir d'un entretien, en étant « le prolongement d'une expérience concrète » (Blanchet & Gotman, 2015, p.37) a permis de recueillir des données variées pouvant entre autres, mettre en évidence des processus et répondre à la question du comment. Par exemple, comment se présente l'image du corps de la femme victime de VPI ? Comment l'image du corps de ces femmes est-elle prise en soin ? Enfin, l'entretien étant un outil méthodologique intéressant dans l'étude de l'individu ou de groupes restreints (Blanchet & Gotman, 2015), celui-ci fut donc la méthode mise en œuvre dans cette étude.

### **III- Echantillon**

Ces entretiens ont été proposés à des psychomotriciens et psychomotriciennes détenant une expérience professionnelle de prise en soin en psychomotricité passée

ou présente auprès de femmes victimes de violences exercées par un partenaire intime ou ex.

En France au 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour l'année 2021, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a comptabilisé 14 185 psychomotriciens en exercice comprenant 1 146 hommes et 13 039 femmes. Parmi ceux-ci : 4 289 exercent en libéral ou partagent leur temps de travail entre le libéral et une activité salariée ; 3 327 exercent en milieu hospitalier et 6 569 sont salariés d'une structure autre. La question s'est alors posée de savoir où le psychomotricien peut-il rencontrer et prendre en soin les femmes victimes de VPI. Pour recruter les psychomotriciens et psychomotriciennes détenant cette expérience professionnelle et les interroger, il a été nécessaire de trouver un outil qui permette de les solliciter. En effet, si les psychomotriciens exercent généralement auprès d'un public d'enfants ou d'adolescents (Agostinucci, Hanne-ton & Andrieu, 2020), ceux-ci exercent également auprès de publics plus âgés comme en service psychiatrique, en addictologie ou en gériatrie.

#### **IV- Pré-enquête**

Le choix de l'outil permettant de cibler les psychomotriciens détenant cette expérience s'est porté sur la pré-enquête, autrement appelé questionnaire filtrant (Roselli, 2011). Sous la forme d'un formulaire, celui-ci a pu agir comme recrutement indirect en apportant une dernière question-type demandant au répondant s'il acceptait d'être recontacté ultérieurement (Roselli, 2011). En effet, du fait de sa capacité à être largement diffusable, cet outil permet une visibilité étayée pouvant toucher les psychomotriciens détenant cette expérience. Un autre argument en faveur du choix de cet outil est le fait qu'il mobilise peu de temps pour le répondant.

Cette pré-enquête a permis : d'une part d'avoir un aperçu de l'état des lieux du nombre de psychomotriciens détenant ce type d'expérience professionnelle auprès de femmes victimes de VPI ; d'autre part de rendre l'étude visible afin d'intéresser au projet les psychomotriciens ciblés par l'étude et ainsi faciliter le recrutement pour les entretiens.

La population visée par cette pré-enquête a concerné les psychomotriciens susceptibles, au cours de l'exercice de leur fonction, de rencontrer ou d'avoir rencontré en prise en soin des femmes victimes de VPI. Sont exclus de cette population cible les psychomotriciens non diplômés d'Etat. Ne sachant pas précisément dans quel type de

structure ou de service le psychomotricien peut rencontrer ces femmes, il a été nécessaire de diffuser largement la pré-enquête à un maximum de structures et de services adéquats. Ce type de population est communément appelée population difficile à joindre par les chercheurs du fait, dans ce cas précis, de l'effectif relativement restreint et difficile à identifier précisément (Marpsat & Razafindratsima, 2010).

Cette pré-enquête est constituée de 10 questions (annexe 7) réparties en 3 sections. Une présentation précède les questions apportant des précisions quant à l'auteur du questionnaire et le cadre dans lequel celui-ci est proposé, en l'occurrence celui d'un mémoire de recherche d'une étudiante en MIP-2. Cette présentation indique le temps de réponse estimé pour répondre aux questions (environ 5 minutes), le sujet d'étude ainsi que des informations précises sur les lois et les droits qui protègent les données du répondant. La première section (Q1 à Q4) concerne les données générales à propos du répondant : l'année d'obtention du diplôme d'état en psychomotricité, l'âge, le genre et le lieu actuel d'exercice afin d'avoir une idée générale des caractéristiques du professionnel répondant. La seconde section (Q5 à Q8) concerne l'expérience professionnelle passée et/ou actuelle de prise en soin en psychomotricité auprès des femmes victimes de violences conjugales. Une précision est demandée sur le nombre de prises en soin effectuées auprès de ce public s'il y en a eu et sur l'endroit où ces prises en soins ont eu lieu. La dernière section concerne 2 questions qui proposent au répondant ayant précisé auparavant détenir cette expérience professionnelle s'il accepte de participer à la suite du projet de recherche. Dans la mesure où il accepterait, il lui est enfin proposé de fournir son adresse mail.

Cette pré-enquête a été dans un premier temps diffusée par mail à différents services, structures et cabinet libéraux susceptibles de prendre en soin en psychomotricité ce type de population. En tout, environ 70 mails ont été envoyés à ces différents destinataires au début du mois de novembre 2022.

Dans un second temps, une affiche de recrutement encourageant les psychomotriciens à répondre à la pré-enquête a été créée puis diffusée sur les réseaux sociaux à la fin du mois de novembre 2022 (annexe 8). L'objectif est alors d'étendre la visibilité sur le projet de recherche et toucher des psychomotriciens détenant une expérience auprès de femmes victimes de VPI dans des structures ou associations peut être difficiles d'accès. Cette affiche a donc notamment été diffusée au sein de

groupes spécifiques contenant une majorité de psychomotriciens. Celle-ci a également été relayée sur le réseau social Instagram® par des psychomotriciens présentant un nombre d'abonnés conséquent et ayant accepté de diffuser cette affiche et son lien.

## **V- Entretiens semi-directifs**

### **1- Choix de l'outil d'entretien**

#### **1-1- Choix de la méthodologie générale**

Afin d'appréhender un principe de fonctionnement, révéler la logique d'une action ou recueillir des informations permettant d'étudier des comportements, mettre en évidence des opinions, des représentations... (Blanchet & Gotman, 2015 ; Fenneteau, 2015), il est intéressant de venir interroger directement les personnes concernées en réalisant des entretiens. Utiliser un entretien de type semi-directif est utile pour effectuer une recherche d'exploration finalisée ou d'approfondissement comme cela est le cas pour ce projet (Ghiglione & Matalon, 1998). Ce type d'entretien permet d'aborder avec la personne interviewée différentes thématiques à propos desquelles elle peut intervenir librement tout en conservant pour le chercheur une certaine part de directivité. Finalement en ce qui concerne le sujet de cette recherche, des entretiens exploratoires individuels de type semi-directifs ont permis d'obtenir des éléments qualitatifs variés et conséquents sans attentes préconçues sur le sujet de l'image du corps des femmes victimes de VPI.

#### **1-2- Choix de la méthodologie d'analyse**

Sociologue français, Kaufmann a mis en place sa propre méthodologie d'entretien appelé entretien compréhensif. La méthodologie d'entretien réalisée au cours de ce projet s'inspire de cette méthodologie dans sa façon d'appréhender et analyser le matériau. Durant la phase d'analyse, l'interprétation du matériau constitue selon Kaufmann, l'élément décisif de la recherche menée. La particularité de cette phase est que celle-ci est fondée sur l'écoute et la réécoute du matériau (Kaufmann, 2016). D'après Kaufmann, « l'oral est infiniment plus riche et complexe » que la retranscription écrite du discours car il est possible de trouver du sens dans les intonations, les changements de rythme ou encore les silences (2016, p.78). L'écoute et la réécoute du discours s'opèrent jusqu'à saturation en se laissant entraîner dans l'histoire racontée et dans les hypothèses en mouvement tout en adoptant une

attention flottante<sup>1</sup>. Le processus de saturation recherché permet « [...] l'accumulation progressive d'idées de plus en plus claires (et articulées entre elles) [...] » et généralement liées à la question de recherche (Kaufmann, 2016, p.102). Cette approche d'analyse interprétative fondée sur l'écoute active ne nécessite donc pas de retranscrire intégralement le discours mais bien d'écouter et réécouter les entretiens menés en débutant immédiatement le travail d'élaboration théorique.

L'écoute est chaque fois différente, les éléments menant vers des questionnements et hypothèses multiples. Il n'y a pas de règle précise afin de se laisser surprendre par le matériau puis guidé par sa pensée et ses envies de savoir ce qui en découle (Kaufmann, 2016). L'immersion par l'écoute est alors profonde, de l'ordre de l'intime permettant de se trouver au plus près de l'histoire racontée comme il est possible de l'être par un film. En parallèle, les catégories conceptuelles se bousculent, se confondent, se mettent en mouvement pour laisser émerger un va-et-vient constant entre hypothèses et recueil de données. C'est notamment pour ces raisons que selon Kaufmann l'oral « semble supérieur pour qui veut fabriquer de la théorie fondée sur les faits » (2016, p.80).

## **2- Cadre de l'entretien**

Les critères d'inclusion se sont concentrés sur les psychomotriciens diplômés d'état ayant une expérience passée ou en cours de prise en soin individuelle en psychomotricité auprès de femmes victimes de VPI. Ont été exclus de cette population cible les psychomotriciens non diplômés d'Etat et ceux dont l'expérience n'a pas été réalisée dans le cadre d'une prise en soin en psychomotricité.

Du fait des critères d'inclusion relativement restreints et pour des raisons essentiellement logistiques, les entretiens se sont déroulés en visio-conférence notamment sur la plateforme Microsoft Teams®. Cette dernière est conforme aux lois relatives à la confidentialité et à la protection des données.

L'entretien s'est déroulé sur la base d'une relation de confiance qui a débuté dès les premiers échanges d'abord réalisés par mails (Imbert, 2010). Il est nécessaire pour l'enquêteur de se montrer curieux et suffisamment à l'écoute de ce que l'interviewé évoque pour entrer dans son univers de sens et le décrypter ensuite en conservant la

---

<sup>1</sup> Attention flottante : notion introduite par Freud. Procédé qui demande à l'analyste de suspendre ses motivations dirigeant habituellement son attention pour se laisser aller librement à son activité inconsciente (Botella, 2014).

bonne distance (Imbert, 2010). Cette posture permet notamment de libérer et d'accompagner la parole (Fenneteau, 2015), sans la remettre en cause (Fugier, 2010). C'est en entrant ainsi progressivement dans son univers que les questions posées par l'enquêteur vont prendre sens et être adaptées pour faciliter les clarifications et encouragements à poursuivre.

Ces questions sont préalablement définies dans un guide d'entretien. Celui-ci a pour but de structurer l'entretien sans diriger le discours. Ce guide fut préalablement validé au cours d'un entretien-test (Imbert, 2010) permettant de mettre en évidence les points faibles et points forts afin de le réajuster, si nécessaire. En ce qui concerne ce projet de recherche, l'entretien-test a notamment permis de revoir à la baisse le nombre total de questions contenues dans le guide d'entretien (annexe 9). La décision de ne pas donner de définition de l'image du corps à l'interviewé a été prise également à la suite de cet entretien-test afin de ne pas encourager la personne répondant à apporter des éléments de réponses qui collent précisément avec cette définition. Un total de 5 axes a été déterminé dans ce guide soit 5 questions principales ainsi que 6 questions complémentaires à poser si nécessaire, afin d'encourager à poursuivre la discussion sur le sujet. Parmi ces 5 axes on retrouve : les observations cliniques de l'image du corps durant la période d'évaluation psychomotrice ; puis à partir des médiations thérapeutiques durant la prise en soin ; la perception de l'estime de soi des patientes ; un avis à propos de la médiation théâtre dans ce contexte et l'apport potentiel d'autres éléments/observations en lien avec le sujet évoqué.

## **VI- Considérations éthiques**

En allant interroger des professionnels sur ce qu'ils observent dans leur pratique ainsi que sur leur pratique en elle-même, la recherche est alors orientée sur les Pratiques Professionnelles (PP) et n'entre donc pas dans le cadre de la loi Jardé. Il est cependant nécessaire d'obtenir le consentement libre et éclairé des participants à l'étude en leur faisant notamment signer un formulaire d'information et de consentement (annexe 10). Ce consentement libre et éclairé a notamment pour but de recueillir l'accord de participation et d'enregistrement des participants ; préciser leurs droits (confidentialité des informations, droit de retrait...) ; informer du déroulement de l'entretien et des intérêts de la recherche menée (Paré, 2014).

Elaboré par le Parlement européen et du Conseil, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est entré en vigueur en mai 2018. Ce dernier régit le traitement des données à caractère personnel des personnes physiques ainsi que la libre circulation de celles-ci (CNIL, 2018). Ces règles sont donc prises en considération tout au long du projet de recherche mené que ce soit au cours de l'élaboration et de la diffusion de la pré-enquête, durant les entretiens et dans le traitement de l'information.

## **Partie 4 – Résultats**

### **I- Pré-enquête**

Les données de cette pré-enquête ont été regroupées sous forme de tableau Excel® à partir duquel l'analyse des données a pu se faire (tableaux présentés en annexe). Les éléments de réponse ont été étudiés question par question puis regroupés dans un ordre logique permettant de mettre en évidence les caractéristiques des psychomotriciens acceptant de participer aux entretiens. Ces caractéristiques mises en évidence ont permis par la suite de déterminer un ordre dans la prise de contact pour la seconde partie de l'étude.

La pré-enquête a été diffusée durant plusieurs semaines à partir du début du mois de novembre 2022. Le nombre de réponses s'est sensiblement accru au moment de la diffusion de la pré-enquête sur les réseaux. Finalement un total de 64 réponses a pu être obtenu. La dernière réponse en date est obtenue le 27 janvier 2023.

Les 64 répondants comprennent 1 homme et 63 femmes (Q3). L'âge des répondants est compris entre 21 ans et 75 ans (Q2). La moyenne d'âge des répondants est de 30,13 ans.

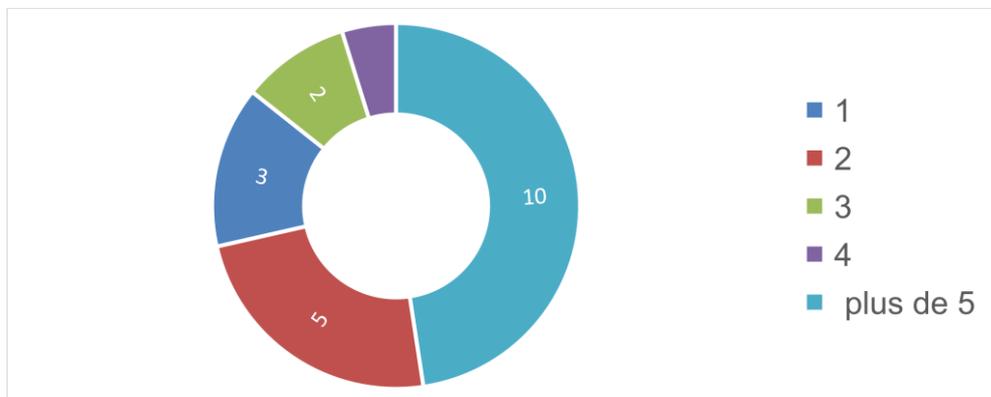
L'année d'obtention du diplôme d'état en psychomotricité varie entre 1972 et 2022 (Q1). D'après les chiffres exposés dans le tableau 2 (nombre de psychomotriciens par année d'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien), les répondants sont représentés de façon générale par des psychomotriciens en début de carrière professionnelle. En effet, 34 répondants soit plus de la moitié de l'échantillon (55.7%) n'ont pas plus de 4 ans d'expérience dans l'exercice du métier de psychomotricien.

Sur 64 répondants, 21 soit 32.8% déclarent avoir une expérience de prise en soin en psychomotricité auprès de femmes victimes de violences conjugales (Q5).

Parmi ces 21 psychomotriciens ayant cette expérience auprès de ce public, près de la moitié d'entre eux (47.6%) déclarent ce type d'expérience professionnelle auprès de plus de 5 femmes victimes de VPI (Q6).

Concernant les données générales du nombre de femmes victimes de VPI vues en prise en soin en psychomotricité pour chaque psychomotricien ayant déclaré avoir une expérience auprès de ce public, lorsque nous combinons le nombre de psychomotricien ayant une expérience de ce type auprès de 4 et de plus de 5 femmes victimes de VPI, cela représente 52,4% des répondants (figure 1).

**Figure 1** – Nombre de femmes victimes de VPI vues en prise en soin psychomotrice pour chaque psychomotricien ayant déclaré avoir une expérience auprès de ce public



Parmi les 21 psychomotriciens déclarant ce type d'expérience professionnelle, 8 d'entre eux précisent avoir ce type de prise en soin actuellement en cours de réalisation (Q8).

Concernant les lieux de rencontre (Q7) et de prise en soin des femmes victimes de VPI, une diversité de structures est mise en évidence dans le tableau 3 (lieux de rencontre et de prise en soin en psychomotricité des femmes victimes de VPI précisés par les psychomotriciens interrogés). De manière générale et observés dans le cadre de cette pré-enquête, les lieux de rencontre en psychomotricité de femmes victimes de VPI concernent essentiellement le milieu hospitalier à la fois public et privé ainsi que le milieu associatif. Parmi les 20 psychomotriciens ayant répondu à cette question, 6 d'entre eux exercent encore actuellement dans ces mêmes lieux (Q4).

Parmi les 21 psychomotriciens déclarant ce type d'expérience, 15 d'entre eux acceptent de participer à la prochaine étape de l'étude (Q9). Parmi ces 15

professionnels acceptant de réaliser l'entretien, tous (100%) ont donné leur adresse mail afin d'être recontactés ultérieurement (Q10).

Concernant les 15 psychomotriciens ayant accepté d'être recontactés, tous ont été sollicités par mail. Parmi ceux-ci, certains ont refusé de réaliser l'entretien, d'autres n'ont pas répondu aux mails de relance et d'autres encore présentaient des doubles compétences où les femmes rencontrées ne bénéficiaient pas d'un suivi en psychomotricité.

## **II- Entretiens semi-directifs**

### **1- Présentation de l'échantillon**

5 entretiens ont pu être réalisés entre le 18 décembre 2022 et le 22 février 2023. Ces entretiens incluent l'entretien préparatoire qui a permis de tester le guide d'entretien.

Dans la méthodologie de l'entretien compréhensif de Kaufmann, l'investigation du matériau représenté par les entretiens suppose la rédaction de fiches. Les sensibilités à l'écrit et à l'oral étant différentes d'un chercheur à un autre, Kaufmann propose à chacun de « mettre au point la technique qui lui semble efficace et avec laquelle il se sent à l'aise » (2016, p.79). Dans sa façon de procéder, il explique retranscrire tout ce qui lui vient à l'esprit lors de l'écoute sur des fiches dont le haut contient l'élément brut ayant attiré l'oreille (verbatim, évènement ou situation) et le bas, les commentaires et interprétations associées. L'utilisation de fiches est reprise dans notre investigation des entretiens. Ces fiches contiennent le plus souvent les verbatims en lien avec l'élément ayant attiré l'attention : une à plusieurs phrases sont alors retranscrites ainsi que les précisions retenues sur les silences, les prononciations, les variations de rythmes etc. et en dessous sont notés les réflexions associées. En parallèle, un plan est rédigé. Celui-ci reprend les grandes questions posées du guide d'entretien et les idées générales retenues au fur et à mesure de l'élaboration des fiches sont progressivement ajoutées. Les hypothèses et thématiques ayant surgi des différentes écoutes sont par la suite réunies au sein d'un plan élargi, prenant en compte les 5 entretiens. Celui-ci reprend chaque thématique et y regroupe les verbatims pouvant y être liés provenant de chacun des entretiens. C'est à partir de ce dernier que les résultats sont présentés.

Les caractéristiques principales des psychomotriciennes interrogées sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 - Présentation des caractéristiques de l'échantillon

Nom Psychomotricienne (PMT)	PMT A	PMT B	PMT C	PMT D	PMT E
<b>Âge</b>	39 ans	30 ans	36 ans	26 ans	25 ans
<b>Années d'expérience</b>	16 ans	9 ans	14 ans	3 ans	2 ans
<b>Lieux d'exercice au moment de la prise en soin</b>	Services Neurologie et Orthopédie (Hôpital privé)	Accueil mère-enfants & Clinique psychiatrique & Cabinet libéral & CHU détachement en milieu carcéral	Hôpital de jour – clinique psychiatrique pour personnes anxio-dépressives	Centre d'évaluation et traitement de la douleur	Clinique de rééducation fonctionnelle (adultes)
<b>Lieu d'exercice actuel</b>	Formatrice	CHU (milieu carcéral) & Libéral	idem	Hôpital – service addictologie	idem
<b>Nombre de femmes victimes de VPI rencontrées en prise en soin</b>	+5	+5	+5	3	2
<b>Durée de l'entretien</b>	1h15	1h05	1h22	45 min	30 min
<b>A propos des patientes évoquées lors de l'entretien (Prénoms non originaux)</b>	Evoque des constats et observations cliniques	Evoque des constats et observations cliniques 1 situation clinique : <b>Sacha</b> – (contexte de VSPI)	Evoque des constats, observations cliniques ainsi que différentes situations cliniques : <b>Déborah</b> – (contexte VPI) TCA (anorexie) <b>Carole</b> – (contexte de VSPI)	Evoque spécifiquement deux situations cliniques : <b>Barbara</b> - (contexte VPI) Douleurs diffuses & TCA <b>Joanna</b> – (contexte VPI et maltraitance infantile) Douleurs diffuses	Evoque deux situations cliniques dont une de façon plus spécifique : <b>Effie</b> – (contexte VPI) hospitalisée après une chute escaliers provoquée par son mari = hématome au niveau du visage et du crâne

Les entretiens ont été réalisés auprès de 5 femmes dont l'âge moyen est de 31,2 ans. Calculée à partir de l'année d'obtention du diplôme d'état de psychomotricité, l'expérience professionnelle moyenne dans cette profession pour ce panel est de 8.8

ans. Toutes les professionnelles interrogées ont montré une preuve de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricien.

La durée des entretiens est relativement disparate et semble être corrélé à l'expérience professionnelle. Les entretiens les plus longs (1h22 ; 1h15 & 1h03) sont ceux réalisés avec les PMT A, B & C ayant une expérience de prise en soin en psychomotricité auprès de plus de 5 femmes victimes de VPI. Les deux autres entretiens (45min & 30 min) sont ceux des PMT D & E ayant reçu en prise en soin 2 et 3 patientes victimes de VPI. Possiblement, plus l'expérience auprès de ces femmes est grande, plus il y a d'observations cliniques et d'éléments à aborder au cours de l'entretien pouvant en allonger la durée.

## **2- Analyse du contenu des discours par thématique**

### **2-1- L'image du corps selon ses trois dimensions**

Les constats cliniques exposés par la suite sont ceux remarqués essentiellement en début de prise en soin psychomotrice, au moment où l'image du corps de ces femmes se présente aux regards des psychomotriciennes (PMT A, B, C, D & E). Les propos des patientes évoqués dont les prénoms ont été modifiés pour des raisons de confidentialité, sont rapportés par les différentes psychomotriciennes interrogées.

- La dimension perceptuelle : Pour rappel, cette dimension repose sur les perceptions sensorielles et rejoint celle de la conscience corporelle procurant à l'individu le sentiment d'appartenance du corps (De Vignemont, 2018b).

La PMT A expose les propos d'une de ses patientes victimes de VPI qui explique à propos de ses perceptions corporelles se sentir « comme dans un cercueil, comme dans une boîte, enfermée comme dans une boîte ». Elle décrit un corps-prison, avec des sensations d'enfermement et de privation de liberté. Pour d'autres femmes victimes de violences conjugales exposées par la PMT B, ces dernières proposent des réponses évasives aux questions concernant les perceptions corporelles (QIC - ex : « je ne me suis jamais posé la question », « ça, je ne sais pas... »). La PMT B, en parlant de l'influence des violences : « [...] j'ai l'impression<sup>2</sup> que ça reste infusé<sup>3</sup> dans le corps et dans la perception qu'elles ont de leur corps et dans le vécu qu'elles ont de leur corps ». Les perceptions corporelles seraient donc directement impactées par les

---

<sup>2</sup> Ne semble pas sûre d'elle (intonation)

<sup>3</sup> Ton déclaratif : elle est sûre d'elle

violences (le « ça » du discours), elles-mêmes impactant le vécu corporel et indirectement la conscience corporelle et tout cela, de façon durable. Pour appuyer son propos, elle donne l'image de la carapace intérieure qui les protège de ce qu'elles ressentent à l'intérieur et qu'elle retrouve chez ses patientes victimes de VPI. La protection est interne, protégeant son système des sensations corporelles et des émotions associées aux « ça » et permettant cette mise à distance du corps. D'ailleurs, elle décrit pour ces femmes une mise à distance des sensations ressenties ainsi que du corps-plaisir, avec une grande difficulté à parler du corps. La PMT C détient le même type de discours en des termes différents et précise qu' « il y en a beaucoup qui disent qu'elles n'aiment pas trop trop finalement se connecter trop aux sensations du corps ». En effet selon elle, « si je prête attention, je me rends encore plus compte de son volume, de sa forme qui va avec, des sensations pas agréables... ».

Cette mise à distance du corps est décrite sous un autre terme, celui de la dissociation par la PMT D. Elle explique en effet à propos de la conscience corporelle « complètement biaisée » d'une de ses patientes que l'on nommera Joanna : « je pense que son hypersensibilité tactile plus le fait qu'au niveau proprio c'était pas ça, plus les signaux douloureux plus le fait que, elle soit complètement dissociée de son corps [...] ben c'était hyper dur de, d'avoir un petit peu conscience de son corps [...] ». Elle expose ici le vécu d'un corps douloureux, hypersensible, perturbé sur le plan proprioceptif et dissocié ayant des répercussions plus ou moins directes sur la conscience corporelle. Ce lien est également retrouvé dans le discours de la PMT A qui a constaté qu' « il pouvait y avoir un truc pas très cohérent entre une verbalisation et ce que le corps pouvait euh... montrer quoi. ». Elle observe un décalage entre les ressentis de la patiente et ses propres observations : la patiente dit par exemple être « très bien relâchée alors que moi je sentais que pas du tout... ». Dans cette situation, la patiente ne semble pas percevoir clairement ses sensations corporelles comme si son corps avait été mis à distance, conduisant à une conscience corporelle moins élaborée. Dans le discours de toutes les psychomotriciennes, on retrouve des verbatims qui mettent en relief une conscience corporelle altérée chez leurs patientes victimes de VPI. En plus des verbatims déjà exposés, la PMT E raconte à propos de la conscience corporelle d'une de ses patientes : « c'était hyper compliqué pour elle d'avoir accès aux sensations corporelles, de les identifier, de les verbaliser ».

- La dimension conceptuelle : Pour rappel, cette dimension repose sur l'aspect sémantique et linguistique du corps impliquant notamment la mise en mots de son rapport au corps et les croyances qui y sont liées (De Vignemont, 2010).

La PMT D rapporte les propos tenus par sa patiente Joanna qui se trouve « moche et grosse » et qui le répète plusieurs fois par séance au début de la prise en soin. La PMT A raconte qu'une de ses patientes assimile son corps à celui d' « une vache ». De son côté, la PMT E explique à propos de sa patiente que « la verbalisation sur son corps et sur ses... c'était que négatif ». Une autre patiente que l'on nommera Déborah se décrit d'après la PMT C « comme une poupée qui sort de sa boîte mais avec laquelle on ne joue pas ». Les verbatims utilisés pour décrire leur rapport au corps ne sont pas tous cités, mais il sont dépréciatifs pour toutes les femmes victimes de VPI présentées lors des entretiens ayant mis en mots ce rapport au corps. A propos des verbatims de Déborah, la PMT C est interpellée par le fait que sa patiente s'identifie à un objet, « à un objet qui ne vit pas finalement ». Il s'agit d'un objet esthétiquement associé à quelque chose de joli mais sans fonction, sans vie et avec une conscience corporelle réduite au corps-objet car « le corps est un objet qui sert au quotidien mais c'est tout hein ! ».

A propos d'une patiente que l'on nommera Sacha, la PMT B raconte que pour cette dernière, son corps ne lui appartient pas car il « [...] appartient à la société et aux hommes ». S'en préoccuper et s'en occuper est alors secondaire. Il est donc mis à distance (dimension perceptuelle).

« Ah, mais ça j'sais pas faire », « d'façon, ça c'est ma faute »... La PMT B remarque qu' « il y a un côté très... coupable mais pas victime [...] » où ces femmes ont un fort sentiment de culpabilisation, se remettant en permanence en question, ne se sentant « pas capable ». Ces femmes auraient donc la croyance intime d'être réellement coupable de ce qui leur arrive. Seule à évoquer cette question, la PMT B met en exergue une autre croyance incarnée par ces femmes, celle de pouvoir être touchée par quelqu'un sans son consentement, « comme si ça ne se demandait pas de toucher quelqu'un... ». Pouvoir être touchée sans avoir à donner son consentement impliquerait un éloignement dans son rapport au corps, une mise à distance offrant la possibilité à l'autre de se l'accaparer, de prendre possession d'une partie de celui-ci.

- La dimension émotionnelle : Pour rappel, cette dimension repose sur les sentiments et les affects ressentis envers son corps (Gallagher, 2005).

La PMT D explique que sa patiente Joanna fond en larmes et ne finira pas le dessin de son bonhomme lors de l'évaluation psychomotrice. L'émotion ici est déclenchée par la question sous-tendue de la représentation de son image du corps. La question de l'image du corps est délicate voire effrayante pour ces femmes. Selon la PMT B, certaines d'entre elles ont par exemple des mouvements de recul lors de la question sur les perceptions qu'elles ont de leur corps : « il y a ce côté physiquement de...<sup>4</sup> « On va vraiment parler de ça<sup>5</sup> ? ok... » ». Ces réactions semblent induire un sentiment et des émotions intenses ressenties envers leur corps ou déclenchées par ce rapport au corps. Ces émotions ressenties ne sont pas positives. Par exemple, la PMT B évoque la situation de Sacha, dont l'hygiène corporelle et la façon de s'apprêter ne sont pas du tout soignées, portant finalement peu d'attention à ce corps. Chez une autre patiente décrite par la PMT C que l'on nommera Carole, cela se manifeste par le fait de cacher ses formes et attributs féminins dans des vêtements amples.

Lors de l'utilisation du miroir, différentes parties du corps sont difficiles à regarder (sphère du torse, ventre, cuisses...) pour une patiente de la PMT B qui raconte que celle-ci fond en larmes : « là, j'arrive pas à être objective », « j'ai juste envie de dire que c'est moche, c'est inutile, c'est fonctionnel... ». Les émotions négatives reliées à l'image de son corps face à ce reflet se sont révélées, ont pris le dessus et les raisons qui y sont liées sont par la suite verbalisées (dimension conceptuelle).

## **2-2- Evaluation psychomotrice et image du corps**

Interrogées en début d'entretien sur les comorbidités, toutes les psychomotriciennes affirment que leurs patientes victimes de VPI présentent une comorbidité, la dépression étant celle la plus fréquemment évoquée (PMT A, B, C & D). La PMT C explique par ailleurs qu'il n'est pas rare que le motif de consultation en psychomotricité soit justement lié à cette comorbidité. Parmi ces comorbidités sont notamment évoquées : état dépressif, TCA, TSPT, trouble anxieux et addictions.

---

<sup>4</sup> Forte inspiration d'air

<sup>5</sup> Ça : prononcé avec un ton plus fort et marquant

- L'anamnèse :

4 des psychomotriciennes interrogées (PMT A, B, C & D) évoquent questionner l'image du corps de leurs patientes durant l'entretien anamnestique, en amont des tests psychomoteurs. Elles présentent différentes questions à leurs patientes, les questions variant d'une psychomotricienne à l'autre. Cette forme de recherche d'informations permet d'obtenir des informations qualitatives quant à la représentation de leur image du corps : « je m'intéresse de savoir ce qu'eux pensent de leurs corps ».

Une des questions proposées par la PMT A est celle-ci : « est-ce que ça vous gêne si on vous regarde ? » implique pour répondre un retour sur soi, sur ses perceptions corporelles. Ces moments d'échanges permettraient aux psychomotriciennes de recueillir des éléments importants. Par exemple, la PMT D raconte à propos de Joanna : « elle va d'emblée<sup>6</sup> me parler du fait qu'elle aime pas<sup>7</sup> du tout son corps, qu'elle préférerait être dans un trou<sup>8</sup> de souris ». La patiente s'exprime directement sur son appréciation corporelle et sur le fait de vouloir se dissimuler à la vue des autres.

Parmi les autres questions posées durant ce moment d'échange, la PMT C demande à ses patientes : « comment vivez-vous votre corps ? ». Pour la plupart de ces femmes, les réponses sont orientées vers le dégoût et la dépréciation de soi (« j'aime pas, j'ai jamais aimé » ; « il m'dégoûte » ; « je m'en suis jamais occupé quoi. Il n'existe pas. » etc.). La question de départ implique la notion de vécu corporel et non directement la représentation de son image du corps mais les réponses apportées sont tranchées sur cette question de l'image du corps.

- Le dessin du bonhomme, dessin du personnage ou dessin de soi :

Ce test, appelé de différentes façons selon les professionnelles interrogées, est utilisé durant l'évaluation psychomotrice par les PMT A, B, C & D. 3 d'entre elles (PMT A, C & D) décrivent le dessin de leurs patientes victimes de VPI comme étant « appauvri », « sommaire » et « peu détaillé » (ex : pas de vêtements). Pour la PMT A, c'est un outil intéressant permettant d' « avoir une verbalisation sur leurs corps et souvent c'était quand même une dévalorisation ». D'après la PMT C, le dessin de Déborah (TCA) est « tout<sup>9</sup> petit, tout, tout malingre, tout, tout pauvre » et celui de Carole (paranoïa,

---

<sup>6</sup> Ton plus marqué pour insister sur ce terme

<sup>7</sup> Ton également plus marqué

<sup>8</sup> Ton également plus marqué, de la même façon.

<sup>9</sup> Ton infantile et répétition du mot « tout » (x5) pour accentuer le côté minimaliste du dessin et infantile

anxiété) est « vraiment un tout petit bonhomme en haut à gauche, quelque chose de très inhibé ». La PMT D décrit le dessin de sa patiente Barbara, comme « un dessin du bonhomme qu'on pourrait avoir d'un enfant » et en ce qui concerne celui de Joanna, elle précise que cette dernière ne finit pas son dessin car elle fond en larmes. Elle ne fera pas exister son dessin du bonhomme ce qui est cohérent avec son souhait profond d' « être transparente » et de ne pas « vouloir exister ».

La PMT B décrit chez ces femmes un dessin de soi « qui reste figé quoi, qui reste sur place et qui est ancré, qui est verrouillé<sup>10</sup>... euh et je trouve que ça, moi, on le retrouve beaucoup dans le dessin et dans le mouvement, le tonus, le contact... ». L'aspect minimaliste du dessin n'est pas évoqué mais elle met l'accent sur le manque de mouvement avec un corps figé dans l'espace, immobile et bloqué.

- Observations durant « la mise en corps » au gré des épreuves proposées :

Des éléments d'observations concernant l'image du corps de ces femmes peuvent être glanées lors de tests et d'épreuves non spécifiques à l'image du corps. Les éléments renseignés seront donc plutôt indirectement en lien avec l'image du corps. Toutes les psychomotriciennes interrogées apportent ce type d'éléments dans leurs discours.

L'évaluation du tonus est l'épreuve qui apporte le plus de renseignements complémentaires à ce sujet. Mis en évidence par toutes les psychomotriciennes, ces femmes présentes systématiquement une posture en enroulement, recroquevillée. Il peut s'agir d'une posture de protection, de soumission ou d'une posture permettant de fuir le regard. Parmi les autres éléments mis en avant par plusieurs psychomotriciennes, 3 d'entre elles (PMT A, C & D) constatent une crispation au niveau du bassin non expliquée par une cause médicale (PMT A). L'une des patientes concernées est une femme ayant vécu 2 viols conjugaux et ayant perdu au 5<sup>ème</sup> mois de grossesse l'enfant issu du second viol (Barbara), présentée par la PMT D. Cette femme présente une obésité, des douleurs (type fibromyalgies) et une des conséquences de ces VSPI est le vécu d'un corps qui ne peut pas être touché (que ce soit par elle ou par autrui), ni examiné par un médecin. Selon la PMT C, au niveau de la régulation tonique, celle-ci est décrite comme « non harmonieuse ». « Oh, je ne m'étais pas rendue compte mais c'est coincé ici », « Oh, j'ai mal ! » : ces femmes

---

<sup>10</sup> Insiste vocalement sur ce terme, prononcé plus fort.

auraient tendance à se découvrir un corps et les sensations qui y sont liées car « pour beaucoup, elles sont énormément dans la tête ». LA PMT C fait ici référence à la conscience corporelle de ces femmes, peu élaborée du fait de la mise à distance de ce corps-souffrance. Cela est mis en avant également dans le discours d'autres psychomotriciennes. Par exemple d'après la PMT D, Joanna détient une conscience corporelle « complètement biaisée » (sauvée du foyer familial maltraitant par son mari lui-même maltraitant envers elle). Elle met cela en lien avec une hypersensibilité tactile associée à un problème proprioceptif (ne parvient pas à situer son corps dans l'espace), associé encore aux nombreux signaux douloureux reçus et associé enfin au fait qu'elle soit « complètement dissociée de son corps ». Les éléments en défaveur d'une conscience corporelle harmonieuse sont nombreux dans cette situation qui, de fait, semblent se répercuter directement sur les représentations corporelles (schéma corporel et image du corps).

- Questionnaire :

3 des psychomotriciennes interrogées (PMT B, D & E) déclarent proposer des questionnaires à leurs patientes. Parmi ces questionnaires, on retrouve le QIC utilisé par la PMT B. Celle-ci précise qu'il est très compliqué pour ces femmes de parler du corps, ce qui rend ce questionnaire révélateur de ce corps mis à distance.

De son côté, la PMT D indique utiliser le questionnaire de Moyano ainsi que l'échelle d'évaluation de la silhouette (The figure rating scale-FRS). Elle met en évidence un décalage important chez Barbara (obésité, 1 opération bariatrique et 2 bypass qui ont échoués, a décidé qu'elle ne « se soucierait plus de son corps ») entre ce qu'elle est/comment les autres la voient (« carrément la plus grosse ») et ce qu'elle a envie d'être (« dans les plus maigres »). Ce décalage la questionne notamment du fait de l'impossibilité d'obtenir ce corps souhaité au moment de cette rencontre. Ce corps désiré n'étant pas possible à obtenir, elle se met de fait en situation d'échec. Les indications apportées quant à sa façon de percevoir son corps sont ici bien présentes et délétères.

La PMT E propose à ses patientes l'échelle d'estime de soi de Rosenberg dont les réponses apportées sont négatives (« j'me sens inutile », « j'suis bon à rien »...) mettant en évidence une estime de soi délétère chez les femmes victimes de VPI interrogées. En parallèle, il a été proposé à ces mêmes patientes un questionnaire de

satisfaction corporelle dont le nom précis n'a pas pu être donné par la psychomotricienne.

### **2-3- Prise en soin psychomotrice et image du corps**

#### **- En lien direct avec l'image du corps :**

Deux psychomotriciennes (PMT B & E) utilisent le miroir comme médiation permettant un remodelage de l'image du corps. La PMT B évoque l'utiliser par étapes : face au miroir, il faut associer des parties de son corps à leur rôle sensoriel puis, à leurs capacités. L'objectif pour la patiente est de progressivement accepter ce corps qui lui est propre, reflété par le miroir. Elle explique que les sphères du buste, des cuisses, du ventre sont des zones qui sont plus difficiles à aborder et à accepter dans le miroir par les patientes. La PMT E utilise cet outil de façon spécifique avec l'une de ses patientes victime de VPI que nous nommerons Effie : cette dernière présente un traumatisme cérébral dû à une chute dans les escaliers provoquée volontairement par son conjoint, ayant formé un gros hématome au niveau du visage/tête et impactant fortement les fonctions motrices. Au-delà de l'acceptation de son image corporelle modifiée (hématome au visage), un autre objectif du miroir est d'apporter un feedback visuel des postures de cette patiente permettant intrinsèquement de développer la conscience corporelle. D'après la PMT, Effie est en grande difficulté face à son reflet dans le miroir. Elle précise que celle-ci se trouve « moche », même avant l'incident.

Au cours de la prise en soin de Joanna, la PMT D raconte avoir proposé à sa patiente de former un carré avec des barres dans lequel son corps doit tenir en entier : « là, elle s'est faite toute petite et hyperlarge [...] ». Le carré ainsi formé ne correspond pas aux mensurations de la patiente qui, d'après la PMT, s'étonne que ça ne corresponde pas du tout à ce qu'elle s'était imaginé. Il y aurait ici un fort décalage entre l'image du corps qu'elle se représente et la réalité.

Dans un autre registre, la PMT C propose à ses patientes de rédiger « la lettre à mon corps » en demandant à ses patientes d'y ajouter des éléments négatifs et positifs dans ce qu'elles souhaitent dire à leur corps. D'après elle, cet exercice donne un aperçu de l'image du corps qu'elles présentent et peut donner un indice d'évolution de celle-ci. Ces lettres sont « rudes » dans le sens où elles parlent de « dégoût », de « douleur » et sont pleines de « reproches » : « ce que tu me fais subir... ». La psychomotricienne précise que ces femmes « ont toutes des corps qui, soit ne sont

pas de la forme qu'elles voudraient, soit douloureux, soit les deux. » Les mots employés (dimension conceptuelle) pour parler de son corps à son corps seraient marqués d'une émotion forte et négative (dimension émotionnelle).

Au fil du temps et de la prise en soin psychomotrice, certaines psychomotriciennes constatent une évolution favorable de l'image du corps présentée par leurs patientes. C'est le cas de Sacha évoqué par la PMT B qui, rappelons-le, détient un corps qui ne lui appartient pas mais qui appartient à la société et aux hommes. Progressivement au cours des séances, la PMT raconte qu'elle se présente de plus en plus soignée : elle a retrouvé une hygiène corporelle correcte, s'apprête de tailleurs colorés et fait des manucures. D'après Sacha dont les mots sont relayés par la PMT B : « j'avais besoin que quelqu'un me, m'électrochoque quoi..., me, me fasse comprendre que, bah l'image que je donnais aussi à ma fille, l'image que je me renvoyais à moi-même était délétère, aussi. Et que ça n'impactait pas que moi, que ça impacte tous les gens qui sont autour de moi [...]»

- En lien indirect avec l'image du corps :

Joanna<sup>11</sup> détenant une conscience de son corps limitée, la PMT D lui propose d'orienter la prise en soin vers des exercices liés à l'anatomie fonctionnelle. Il est question d'étudier dans un premier temps les composantes et les liens de parties du corps spécifiques (ex : le dos) pour dans un second temps, les mobiliser et les expérimenter dans le mouvement (ex : bouger uniquement la ceinture scapulaire...). D'après la PMT, le fait de mieux comprendre comment est fait son corps et également de mieux comprendre ses douleurs, a permis à Joanna de s'affirmer, de se mettre en mouvement. C'est à ce moment qu'elle a commencé à réfléchir sur la façon dont elle pouvait partir de chez elle. Dans la suite de la prise en soin, réfléchi en amont par la psychomotricienne, le mouvement dansé est proposé à Joanna qui commence à se mouvoir plus librement, se déplace dans tout l'espace de la salle et se montre moins dans l'hypervigilance. Cette mise en mouvement relatée par la PMT se généraliserait à la maison par une mise en action où Joanna ouvre un compte en banque, change de travail afin de gagner plus et cherche des maisons dans ses prix pouvant l'accueillir, elle et ses enfants. La psychomotricienne met en évidence cette évolution qu'elle relativise cependant avec le constat que Joanna « se sentait toujours aussi moche aux

---

<sup>11</sup> Rappel : maltraitance infantile & conjugales (actuelles), douleurs de type fibromyalgie

yeux de son mari par contre ». Malgré l'évolution, l'image du corps de Joanna semble encore tributaire du regard de son mari, ayant toujours une influence sur les représentations qu'elle a d'elle-même.

Seule psychomotricienne à évoquer cela, la PMT B constate le besoin chez ces patientes victimes de VPI d'obtenir une « validation externe », celle du thérapeute : « Nan, mais ce que vous attendiez de moi c'était ça ou pas ? ». Ces femmes rechercheraient essentiellement un retour sur ce qu'elles peuvent ressentir et/ou une sorte d'autorisation à ressentir/percevoir ou faire/agir. Cette PMT associe cela également à « une non confiance en ses propres capacités » soit au manque de confiance en soi, également lié à l'estime de soi. A ce propos, trois psychomotriciennes (PMT B, C & E) mettent en lien les notions d'estime de soi et d'image du corps dans leurs discours. La PMT C explique : « quand je m'estime, j'ai forcément une image du corps plus valorisée et plus, stable et plus, euh solide que quand je m'estime pas et que, que j'me ratatine à l'intérieur de moi ». De son côté, la PMT B annonce : « je n'arrive même pas à voir que c'est des notions différentes » puis précise avec ses observations cliniques : « [...] les femmes que je rencontre, ayant vécu ou pas des VPI, pour celles ayant vécu des VPI c'est vrai aussi, ont une estime d'elle-même et une image du corps totalement délétère et totalement euh, dissonante<sup>12</sup> et disproportionnée, et dysfonctionnante et... tout ça ! ».

#### **2-4- Liens indirects entre la peur et l'image du corps**

Les PMT A, C, D & E évoquent d'elles-mêmes avoir constaté de la peur dans les attitudes et les réactions de leurs patientes victimes de VPI en séance : « ça, c'est quelque chose que je retrouve chez beaucoup d'entre elles c'est que, elles ont peur<sup>13</sup> (...) de leur mari » (PMT C). En séance, la PMT C explique qu' « il y avait cette crainte de se faire disputer, cette crainte de l'humiliation ». La peur ressentie par ces femmes serait envahissante et se manifesterait pleinement en séance. Elle verbalise par ailleurs que cette peur peut se manifester de différentes façons car « il y a la trouille derrière ». D'après cette même PMT, elle constate que ces femmes ont tendance à adopter une posture de soumission où elles ne parviennent pas à soutenir le regard, présentent une posture en enroulement, peuvent parler excessivement fort ou a

<sup>12</sup> La première syllabe de ses mots : dissonante, disproportionnée et dysfonctionnante, est fortement accentuée pour appuyer son propos

<sup>13</sup> Insiste sur le terme : peur

*contrario* excessivement doucement. Dans la relation, elles peuvent se montrer exubérantes ou dans la soumission complète. Dans l'investissement des espaces de sécurité, ces femmes vont prendre plus de place que nécessaire ou au contraire peuvent être complètement effrayées (ex : salle d'attente du médecin).

Cet état de peur peut se manifester par un état d'hypervigilance, mis en exergue de différentes façons par ces PMT. La PMT A évoque les réactions d'hypervigilance d'une de ses patientes en séance de relaxation : se redresse au moindre bruit extérieur à la salle, regarde beaucoup autour d'elle, « il y avait des ruptures où elle avait besoin d'être rassurée dans ce qu'on fait ». Elle verbalise par ailleurs avoir eu besoin « de la mettre dans une bulle ». Cet état de vigilance constant détourne l'attention de la patiente de la relaxation. Dans leurs discours, les PMT D & E abordent également ce sujet de l'hypervigilance chez leurs patientes victimes de VPI en situation de relaxation. Les manifestations complètent celles de la PMT A : « c'était difficile pour elle de fermer les yeux » (PMT D & E) ; « tout le temps hypertonique » (PMT E) ; difficile de ne pas bouger (PMT D) ; difficile de se positionner ailleurs que près de la porte (PMT D) ; position allongée au sol avec les épaules qui ne touchent pas le sol (« prête à bondir ») (PMT D)... Chez ces deux psychomotriciennes, leurs observations respectives les ont encouragées par la suite à démarrer un travail autour de la conscience corporelle afin d'entraîner une prise de conscience des tensions de leurs patientes.

## **2-5- Retour sur la question d'ouverture : la médiation par le Théâtre**

Toutes les psychomotriciennes évoquent les bénéfices que peuvent avoir cette médiation auprès des femmes victimes de VPI en termes d'estime de soi et d'affirmation de soi. La PMT B verbalise également qu'il s'agit d'une médiation où « on se donne à voir » et où il faut s'autoriser à ne « pas être dans les clous tout le temps ». Elle exprime ici l'encouragement au dépassement de soi et au fait d'accepter de se mettre en avant. Une revalorisation des potentialités est également permise par cette médiation en faisant prendre conscience à ces femmes que leur corps est capable de... Cette même psychomotricienne évoque en parallèle un autre intérêt à cette médiation auprès de ces femmes, celui de l'expérimentation de différents rôles (ex : jouer la victime, le bourreau, le médiateur) et donc, de différentes émotions. Elle

raconte lors d'une séance de groupe théâtre, qu'une patiente est parvenue sur scène à se mettre en colère contre un homme pour la première fois. D'après la PMT, cette patiente a pu verbaliser par la suite des propos s'apparentant à ceux-ci : « Je me suis sentie puissante ! » ; « Ce côté soumission, subi que j'ai toujours eu dans ma vie, peut être que ça vient de... du fait que j'ai été soumise et que j'ai pas pu dire non [...] ». La psychomotricienne explique que ce moment « a été dans son processus de soin en tout cas un moment hyper charnière ». L'expérimentation d'un rôle, d'émotions et la mise en action semblent avoir déclenché chez cette femme une réelle prise de conscience. De son côté, la PMT C s'exprime sur le sujet en expliquant qu'il s'agit d'un groupe « qui est une invitation au lâcher-prise avant tout ». Sur scène, ces femmes peuvent s'autoriser à faire des choses non osées jusqu'ici, à sortir d'elles-mêmes. Finalement, « sur scène, elles peuvent être quelqu'un d'autre » et d'ailleurs, toujours selon cette psychomotricienne, « elles aiment bien incarner l'autre. ». D'après les PMT D et E, cette médiation peut avoir un intérêt pour l'affirmation de soi et l'estime de soi. La PMT D évoque également un intérêt dans le positionnement de la femme victime de VPI. Par positionnement, elle l'évoque à la fois dans le sens postural (posture relevée afin de pouvoir déployer sa voix) ainsi que dans le sens relationnel (distance relationnelle afin de favoriser le sentiment de sécurité).

Une seule des psychomotriciennes interrogées, la PMT A, partage un regard plus critique à propos de cette médiation. Elle verbalise en premier lieu qu'il s'agit d'une médiation intéressante pour favoriser l'affirmation de soi mais que le risque est que ces femmes ne puissent pas véritablement « transposer ce qu'elles vivent en médiation théâtre dans leur vie de tous les jours », notamment pour les femmes encore sous emprise quotidiennement.

Fait intéressant, si elles abordent les bénéfices pouvant être apportés par cette médiation, elles ne font cependant pas directement de lien avec l'image du corps. Pour information, la question posée les invite à exprimer leur avis sur ce qu'elles pensent de la médiation théâtre auprès de ce type de population.

## **Partie 5 - Discussion**

### **I- Analyse des résultats**

#### **1- L'image du corps selon ses trois dimensions**

La PMT B explique qu'en séance, « [...] on va faire plein de choses très différentes pour un peu faire comme des pièces de puzzle pour pouvoir finaliser le puzzle de l'image du corps ». L'image du corps peut ainsi être observée à la manière d'un puzzle dont les éléments s'assemblent pour former une image complète et cohérente. Cette façon de présenter l'image du corps s'apparente au modèle théorique élaboré par Gallagher et repris par De Vignemont : les pièces de puzzle représenteraient les 3 dimensions constitutives de l'image du corps.

D'après les discours des psychomotriciennes interrogées, il semblerait que ces femmes aient tendance à mettre à distance leur corps pour se protéger (carapace intérieure) des perceptions corporelles qui font résonance avec les violences. Le corps ainsi mis à distance les éloigneraient du sentiment d'un corps qui leur appartient en agissant indirectement sur la conscience corporelle (dimension perceptuelle). Deux constats émergent du discours des psychomotriciennes : toutes mettent en avant de façon plus ou moins directe chez leurs patientes victimes de VPI une mise à distance du corps (dépersonnalisation) et toutes font état chez leurs patientes d'une conscience corporelle délétère. Le trouble de dépersonnalisation représente une forme de trouble dissociatif dont les épisodes peuvent durer de quelques heures à plusieurs années. Ce trouble implique une expérience de détachement vis-à-vis de son propre corps, de son esprit (émotions & sensations) (Spiegel, 2021). Il est possible de se demander si le phénomène de dissociation traumatique, induit notamment par les violences en tant que mécanisme de défense (carapace intérieure), est au cœur du bouleversement de la conscience corporelle impactant la dimension perceptuelle de l'image du corps de ces femmes.

Différentes croyances seraient nourries par les effets des violences et les termes employés pour se décrire (« vache », « moche »), qui ne devaient pas être les leurs à l'origine, seraient intériorisés et incarnés (dimension conceptuelle). Les émotions relatives à leur rapport au corps seraient alors biaisées et négatives, les femmes ne supportant pas de se regarder dans le miroir (dimension émotionnelle).

Les termes employés par Sacha, patiente de la PMT B, exprimant le fait que son corps appartient à la société et aux hommes, font écho à la théorie de l'auto-objectification évoquée précédemment impliquant l'intériorisation par la femme du regard objectifiant dirigé par la société sur le corps de la femme. La situation de Sacha est un exemple des conséquences induites par ce phénomène associé aux violences exercées par le conjoint. Elle nourrirait la croyance d'un corps-objet qui ne lui appartient pas (dimension conceptuelle).

Au regard de ces éléments et après rassemblement des différentes dimensions pour former et informer de l'image du corps, toutes les femmes victimes de VPI évoquées en entretien par les psychomotriciennes interrogées présentent une image du corps négative. Celle-ci se présente comme étant plus ou moins délétère selon les femmes c'est-à-dire impactant plus ou moins le quotidien.

Finalement, le corps serait mis à distance (dépersonnalisation - dimension perceptuelle) pour se protéger des croyances (dimension conceptuelle) et des conséquences négatives des représentations qu'elles ont d'elles (ex : sensations corporelles désagréables et émotions qui y sont liées - dimension émotionnelle) modelées par les violences conjugales. L'ensemble des composantes de l'image du corps seraient donc atteintes, laissant apparaître chez ces femmes une image du corps délétère.

## **2- Evaluation psychomotrice et image du corps**

Toutes les psychomotriciennes interrogées constatent chez leurs patientes victimes de VPI une comorbidité. Corrélativement avec les données issues de la littérature relevées précédemment, la dépression est la comorbidité la plus fréquemment rencontrées chez les femmes victimes de VPI présentées par les psychomotriciennes interrogées, quel que soit le lieu de rencontre et de prise en soin. Les autres comorbidités mises en évidence par les professionnelles interrogées (TSPT, TCA, addictions, troubles anxieux) sont également des manifestations qui sont retrouvées dans la littérature scientifique chez les victimes de VPI. La PMT C précise lors de l'entretien que ces comorbidités représentent généralement le motif de consultation en psychomotricité.

De façon générale, les psychomotriciennes interrogent l'image du corps de leurs patientes avec une évaluation à la fois d'ordre qualitative (dessin de soi, anamnèse &

observations durant les autres épreuves) et également d'ordre quantitative (questionnaires). Cette image du corps est donc observée sous différents aspects, tous n'étant pas toujours cumulés puisque toutes n'utilisent pas les mêmes outils. Par exemple, la PMT E interroge l'image du corps de ses patientes essentiellement à l'aide d'outils quantitatifs tandis que la PMT C l'interroge essentiellement à partir d'outils qualitatifs. Certains outils interrogent la dimension plus conceptuelle de l'image du corps (ex : dessin de soi), d'autres la dimension plus perceptuelle (ex : échelle d'évaluation de la silhouette) et d'autres enfin la dimension plus émotionnelle à travers des questions spécifiquement orientées lors de l'anamnèse par exemple. Bien entendu, certains outils interrogent plusieurs dimensions de l'image du corps comme par exemple le dessin de soi qui peut apporter des informations à la fois au niveau de la dimension conceptuelle (termes associés au dessin) et émotionnelle (ex : réaction de pleurs). L'évaluation de l'image du corps chez ces femmes est donc rendue possible grâce à l'existence de différents outils. Afin de mettre en évidence avec précision l'image du corps de ces patientes, il serait intéressant de trouver un outil d'évaluation qui permette d'observer parallèlement les trois dimensions de l'image du corps sans que cela ne soit trop chronophage lors du bilan. En effet, la PMT A explique par exemple qu'en service hospitalier type neurologie ou orthopédie la durée de prise en soin en psychomotricité étant relativement courte, il est souvent nécessaire que le bilan puisse être proposé de façon rapide et efficace.

Cette observation se poursuit également durant la prise en soin pour laquelle chaque psychomotricienne a déterminé des objectifs thérapeutiques, spécifiques à chaque patiente. Pour toutes les psychomotriciennes, l'image du corps est un objectif de prise en soin chez leurs patientes victimes de VPI. La notion d'image du corps serait donc centrale dans la prise en soin psychomotrice de ces femmes victimes de VPI.

### **3- Prise en soin psychomotrice et image du corps**

Au cours de la prise en soin, les médiations proposées aux patientes victimes de VPI varient d'une psychomotricienne à l'autre. La prise en soin peut être réalisée en séance individuelle et/ou en séance de groupe.

Les observations cliniques réalisées en séance à travers l'utilisation de médiations permettent d'approfondir les données relatives à l'image du corps de ces patientes recueillies en amont lors de l'évaluation. L'utilisation du miroir est un outil confrontant

directement la patiente à son image du corps. A la manière des PMT B et E, il est intéressant de l'utiliser de façon à permettre à la patiente d'accepter progressivement ce corps, reflété par le miroir. Il existe comme cela différents outils permettant de concentrer le moment directement sur l'image du corps (ex : lettre à mon corps). L'évolution de l'image du corps d'une patiente peut se constater avec facilité lorsque celle-ci s'observe au niveau des dimensions conceptuelles et émotionnelles. Par exemple en reprenant la situation de Sacha présentée par la PMT B, le fait que l'hygiène corporelle s'améliore et qu'elle prenne soin de s'apprêter seraient des signes d'une appréciation corporelle plus positive (dimension émotionnelle). En parallèle, la croyance d'avoir un corps qui appartient à la société et aux hommes se serait progressivement inversée (dimension conceptuelle), lui permettant d'investir émotionnellement ce corps.

Parmi les autres outils proposés à ces femmes victimes de VPI, certaines d'entre elles influencent de façon indirecte l'image du corps. Par exemple, la PMT D, en proposant à sa patiente Joanna de mieux comprendre et d'expérimenter l'anatomie fonctionnelle de son corps, lui a permis d'élaborer une meilleure connaissance de son corps associée à une conscience corporelle plus fine (dimension perceptuelle). Finalement, la mise en mouvement associée à l'élaboration de la conscience corporelle ainsi qu'à une meilleure compréhension de son fonctionnement corporel, aurait participé par effet boule de neige au remodelage de son image du corps. La PMT exprime par la suite que cette évolution est à nuancer du fait que Joanna continue à se trouver « moche » lorsqu'elle se trouve en présence de son mari. Cela pose la question de l'influence du conjoint violent dans le processus de remodelage de l'image du corps et de manière plus générale, des répercussions sur le processus évolutif des patientes qui vivent encore sous le joug du partenaire violent.

Toutes les psychomotriciennes font le constat d'une estime de soi délétère chez leurs patientes victimes de VPI ce qui sous-entendrait un lien indirect avec la présentation d'une image du corps négative associée. En effet, rappelons que trois des PMT interrogées associent les notions estime de soi et image du corps. Cela fait écho aux résultats d'une étude récente réalisée en Inde mettant en évidence un lien de corrélation significatif entre ces deux notions : plus l'image du corps sera délétère, plus l'estime de soi sera faible (Saranya, Manoj & Bharathi, 2022). Plusieurs études

évoquées précédemment présentent également ce lien dans leurs résultats, donnant ainsi un argument en faveur du point de vue des PMT interrogées.

D'après la PMT C, la prise en soin par les médiations permet, au fil des séances, de favoriser l'ancrage de ces femmes, d'installer un sentiment interne de sécurité permettant une ouverture, un redressement de soi et parallèlement une motricité plus riche (la mise en mouvement) ainsi qu'un discours plus affirmé. « C'est à ce moment-là aussi qu'elles renvoient une autre image d'elles-mêmes et qu'elles se perçoivent dans une autre image d'elles-mêmes, (...) en commençant par s'aimer le plus souvent. ». Ainsi, les expérimentations en séance créeraient de nouvelles perceptions corporelles favorisant cette boucle vertueuse proposée par les psychomotriciennes, qui induirait le développement en parallèle d'une image du corps plus positive, plus acceptable.

#### **4- Liens indirects entre la peur et l'image du corps**

4 des psychomotriciennes interrogées constatent que la peur, émotion retrouvée fréquemment chez leurs patientes victimes de VPI, représente un obstacle conséquent impactant indirectement le déroulement de la séance. L'état de peur observé se traduisant généralement par un état d'hypervigilance met en évidence une anxiété profonde chez ces femmes comme cela se manifeste lors des séances de relaxation décrites par les PMT A, D & E. L'attention serait alors complètement détournée de l'activité en cours et donc des sensations corporelles pour se centrer sur la recherche de sécurité interne et externe.

Notons que dans la théorie de la motivation de Maslow, les besoins humains fondamentaux sont chroniquement hiérarchisés ce qui signifie qu'un besoin satisfait fait disparaître le comportement qui le recherche (ex : la faim satisfaite fait disparaître le comportement de recherche de nourriture). Dans cette théorie, une fois les besoins physiologiques satisfaits (eau, nourriture, respiration...) apparaissent les besoins de sécurité qui se présentent bien en amont des besoins liés à l'estime de soi, et donc indirectement à l'image du corps (Maslow, 2013).

Cet état de vigilance constant aurait donc un objectif fondamental, celui de se préserver de tout danger extérieur. Ce besoin n'étant pas satisfait, il est difficile pour ces femmes de réagir ou de mettre en place des comportements dirigés vers soi, vers une écoute de son corps et de ses perceptions. D'ailleurs, les psychomotriciennes

interrogées prennent en considération ces observations et réajustent leur prise en soin ou leur attitude en fonction. Par exemple, la PMT A verbalise avoir eu besoin de la contenir dans une bulle, pour amener ce sentiment de sécurité. De leur côté, les PMT D & E ont réajustés leurs prises en soin afin de proposer à leurs patientes respectives des médiations axées sur la prise de conscience corporelle afin de leur permettre une prise de conscience des tensions.

Finalement, ces états d'hypervigilance et de peur ressentis par ces patientes victimes de VPI, en induisant un détournement de l'attention entièrement dirigé vers la recherche de sécurité et non vers leurs sensations corporelles, impacteraient de façon indirecte la conscience corporelle et ainsi, l'image du corps dans sa dimension perceptuelle.

## **II- Réflexions et limites de l'étude**

La question de la définition de l'image du corps représente une des limites rencontrées dans cette étude. En effet, l'image du corps est une notion complexe qui se définit différemment selon les courants de pensée et chaque psychomotricienne interrogée peut avoir une définition différente, voire radicalement différente. Les interroger directement sur l'image du corps constatée chez leurs patientes les invitent à partager de façon plus ou moins directe leur définition de cette notion. Au sein de l'échantillon de psychomotriciennes interrogées, les définitions semblent varier d'une personne à l'autre. Les réponses induites peuvent alors être différentes, la lecture de la question également rendant les données recueillies moins homogènes. Ces différences de lecture en fonction de chaque définition peuvent cependant représenter un atout dans la mesure où cela conduit à des éléments d'observations cliniques et leurs commentaires associés riches et variés. L'analyse peut en être plus riche.

Rappelons que dans cette étude, nous sommes confrontés à une population difficile à joindre, du fait notamment de l'effectif relativement restreint et difficile à identifier avec précision (Marpsat & Razafindratsima, 2010). Cela explique les difficultés rencontrées pour recruter les psychomotriciens que ce soit pour répondre à la pré-enquête ou participer à l'entretien. En ce qui concerne le recrutement de l'échantillon, il existait une forte probabilité pour que la majorité des répondants à la pré-enquête soient relativement jeune du fait de l'utilisation des réseaux sociaux comme outil de diffusion. Cela se vérifie positivement puisque la moyenne d'âge des répondants à la pré-

enquête est de 30 ans et celle des psychomotriciennes interrogées en entretien est de 31 ans. Les professionnels plus âgés et plus expérimentés sont probablement moins actifs sur les réseaux sociaux et n'ont pas pu être réellement approchés lors de cette période de recrutement.

La constitution d'un échantillon de petite taille peut être perçue comme une limite conséquente. En effet, le nombre d'éléments cliniques apportés est alors restreint et peut induire un biais de confirmation. Ce dernier représente une tendance naturelle à privilégier des informations qui confirment la façon de penser et les idées du chercheur (Larivée, Sénéchal, St-Onge & Sauvé, 2019). Le risque est qu'en ayant un nombre d'éléments limités, les seuls éléments rapportés soient reliés entre eux d'une façon ou d'une autre pour faire sens avec le sujet étudié. Cependant, s'agissant d'une étude qualitative ayant une démarche inductive, l'objectif est de comprendre les tenants et les aboutissants d'un phénomène afin de générer des tendances et/ou des hypothèses. Les données recueillies et analysées à partir d'un échantillon de petite taille ont permis de révéler des généralités hypothétiques en rapport à l'image du corps des femmes victimes de violences conjugales. Il serait à présent intéressant de les vérifier au sein d'une étude complémentaire, réalisée auprès d'un échantillon plus important.

Les entretiens se sont déroulés par écrans interposés. Réaliser un entretien depuis un lieu familier, choisis par l'enquêté c'est s'assurer d'un environnement confortable et sécurisant pouvant impacter positivement le déroulement de l'entretien (ex : tendance à parler plus longuement) (Milon, 2022). Le contrôle de l'interaction est alors partagé entre la personne interviewée et l'enquêteur. La sécurité amenée par le choix de l'environnement de l'entretien confère à l'enquêté un sentiment de contrôle plus important qui peut déstabiliser la relation enquêté-enquêteur en neutralisant d'une certaine façon la relation de domination inscrite naturellement dans la relation d'enquête. Une autre limite fréquemment évoquée en lien avec la visioconférence est celle de l'impact de la distance et du virtuel sur la qualité des données recueillies (Milon, 2022). Un problème de connexion internet peut par exemple perturber la qualité de la visioconférence et interférer dans la qualité de l'entretien comme cela a failli être le cas avec l'une des psychomotriciennes interrogées. L'enquêté peut également être perturbé par son animal de compagnie ou un coup de téléphone. De manière générale cependant, il est difficile de juger de la qualité des données recueillies sans les

comparer à des entretiens similaires réalisés en présentiel (Milon, 2022). Les retours des personnes enquêtées étaient positifs, les échanges furent relativement riches et la confiance enquêté-enquêteur a pu se consolider au fil de l'entretien, pour chaque entretien.

Au sein de notre étude, les entretiens sont analysés et interprétés par une seule et unique personne : le chercheur en charge de son projet. La difficulté est alors pour ce dernier de rester particulièrement attentif aux biais cognitifs afin de garantir la fiabilité de son étude. Parmi ceux-ci, nous retrouvons le biais de confirmation et le biais d'attention qui se caractérise par la tendance à fonder ses interprétations sur le fait que le chercheur puisse être influencé par ses opinions et centres d'intérêts. Au fur et à mesure des entretiens, des idées/hypothèses sont apparues nous ayant encouragé à rechercher, lors de la phase d'écoute, des arguments en faveur de celles-ci. Ces biais ont pu être limités par l'écoute et la réécoute des entretiens jusqu'à saturation. Progressivement, les éléments cliniques ont pris un sens nouveau s'articulant dans des idées/hypothèses nouvelles et cohérentes.

### **III- Axes de réflexion concernant la poursuite de l'étude et son ouverture**

Dans cette étude, nous avons cherché à comprendre à l'aide des observations cliniques du psychomotricien comment se présente l'image du corps des femmes victimes de VPI. Les résultats vont dans le sens d'une image du corps perturbée, voire même parfois fortement altérée chez certaines d'entre elles. Il serait intéressant de poursuivre la recherche sur le sujet en vérifiant ces résultats à partir d'une nouvelle recherche, établie à partir d'un échantillon élargit. Il pourrait par exemple s'agir d'une étude d'ordre quantitative (ex : questionnaire) et de type hypothético-déductive menée auprès de différents professionnels médicaux et paramédicaux rencontrant en soin des femmes victimes de VPI. Par ailleurs, une autre étude pourrait en parallèle interroger sur le même sujet des psychomotriciens exerçant auprès de ces femmes à travers le monde. Il s'agirait d'utiliser la même méthodologie qu'au sein de notre étude auprès de psychomotriciens exerçant en Espagne ou en Italie par exemple. Les résultats pourront être comparés d'un pays à l'autre afin d'observer la façon dont se présente l'image du corps des femmes victimes de VPI à travers le monde.

Dans le guide d'entretien, une question d'ouverture était proposée aux psychomotriciennes interrogées sur la thématique de la médiation théâtre. Cette

médiation est un outil thérapeutique qui nous touche tout particulièrement, d'où le questionnement de l'intérêt de celui-ci dans la prise en soin de l'image du corps des femmes victimes de VPI. Selon Rejony, Pföhl, Elatré & Joguet, cette médiation offre un espace où chacun peut s'autoriser à être, à retrouver de la cohérence entre ses ressentis, ses pensées et ses attitudes. Dans la sécurité du cadre, le sujet « se dévoile aussi à lui-même », vit des expériences nouvelles et peut assumer sa façon d'être face à autrui (2021, p.344). D'après les psychomotriciennes interrogées dans notre étude, les intérêts majeurs de cette médiation sont représentés par l'affirmation de soi, l'estime de soi et la revalorisation de ses compétences. Rappelons que plusieurs psychomotriciennes associent les notions d'estime de soi et d'image du corps. L'expérimentation de nouvelles situations favoriserait la mise en mouvement et solliciterait les sensations corporelles, déclencherait des émotions, mobiliserait des pensées et des attitudes parfois nouvelles. Les différentes dimensions de l'image du corps se trouveraient enrichies du fait notamment de la stimulation des perceptions corporelles des femmes victimes de VPI, de l'incitation à éprouver, incarner et à se mettre en action.

Au sein d'une étude de cas, Mondolfi Miguel et Pino-Juste ont cherché à déterminer l'efficacité d'un programme constitué par la thérapie par le théâtre, le théâtre des opprimés et le psychodrame chez la femme victime de violence conjugale. L'objectif recherché à travers ces outils est de réduire les manifestations psychotraumatiques (TSPT, état dépressif, anxiété...) mais également d'améliorer l'estime de soi, la qualité de vie de ces femmes. Les résultats mettent en évidence une baisse significative de la dépression et le développement de ce que les auteurs appellent les compétences personnelles et sociales (2021). Une étude a récemment utilisé la méthode de la revue systématique et celle de la méta-analyse afin d'évaluer l'impact de l'intervention dramatique sur la santé mentale pendant et après la pandémie de COVID-19. Les résultats ont révélé que les interventions fondées sur le théâtre détiennent le potentiel d'améliorer la santé mentale, notamment les troubles liés aux traumatismes (Jiang, Alizadeh & Cui, 2023). De plus en plus d'études mettent en avant les apports positifs permis par la médiation théâtre au sens large. Il serait intéressant de mener une étude par essai contrôlé randomisé chez un groupe de femmes victimes de VPI afin de mesurer plus en profondeur les effets de la médiation par le théâtre (ex : sur la conscience corporelle, l'estime de soi, les symptômes dépressifs etc.).

## Conclusion

L'analyse des discours des psychomotriciennes interrogées permet d'apporter des premiers éléments de réponse concernant la façon dont se présente l'image du corps des femmes victimes de VPI. Lors de l'évaluation psychomotrice, le psychomotricien détient différents outils lui permettant d'observer l'image du corps de ses patients. De façon générale, les psychomotriciennes interviewées interrogent l'image du corps de leurs patientes avec une évaluation à la fois d'ordre qualitative (dessin de soi, questions durant l'anamnèse et observations au cours des épreuves) et quantitative (questionnaire). Durant la prise en soin, les médiateurs utilisés varient d'une professionnelle à l'autre. Les observations quant à l'image du corps de ces femmes se poursuivent également durant ces instants (ex : relaxation – difficultés à poser les épaules au sol, à fermer les yeux...). Les expérimentations réalisées en séance à partir des médiations mises en place créeraient de nouvelles perceptions corporelles induisant une boucle vertueuse au sein de laquelle peut se développer une image du corps plus positive, plus acceptable pour ces femmes. Parmi ces médiations, le théâtre est une médiation pouvant notamment impacter positivement l'estime de soi.

Les éléments cliniques des psychomotriciennes peuvent être répartis en fonction des trois dimensions de l'image du corps élaborées par Gallagher et mises en avant par De Vignemont. Les femmes victimes de VPI semblent avoir tendance à mettre leur corps à distance pour se protéger des perceptions corporelles qui font résonance avec les violences (phénomène de dissociation traumatique). Le corps ainsi dissocié les éloigneraient du sentiment d'un corps qui leur appartient (phénomène de dépersonnalisation) (dimension perceptuelle). Dans sa dimension conceptuelle, les croyances relatives au corps sont nombreuses (ex : croyance d'un corps-objet qui ne lui appartient pas) et les termes employés pour décrire leur corps sont tous dépréciatifs. Les sentiments générés à l'égard de leur corps sont négatifs, les femmes ne supportant généralement pas de se voir dans le miroir (dimension émotionnelle). En se référant aux éléments cliniques, toutes les femmes présentées au cours de ces entretiens présentent une image du corps négative.

Cette étude a permis de mettre en relief différentes hypothèses qu'il serait intéressant d'étudier plus en profondeur dans de nouveaux projets de recherche :

\*Chez les femmes victimes de VPI, l'ensemble des composantes de l'image du corps serait perturbé, laissant apparaître une image du corps délétère.

\*Pour toutes les psychomotriciennes interrogées, l'image du corps est un objectif de prise en soin psychomotrice. La notion d'image du corps serait centrale dans la prise en soin de ces femmes.

Les expérimentations en séance induiraient une boucle vertueuse permettant de remodeler positivement l'image du corps de ces femmes. Il est possible à présent de vérifier si ces hypothèses et ces différents éléments d'analyse se vérifient en allant interroger un nombre plus important de psychomotriciens à travers le monde, sur ce même sujet.

\*Les états de peur et d'hypervigilance ressentis par ces femmes impacteraient de façon indirecte leur image du corps. En effet, en détournant l'attention des perceptions corporelles pour la diriger vers la recherche de sécurité, il semblerait que ces états puissent se retranscrire sur la dimension perceptuelle de l'image du corps. Les questions qui se posent alors sont les suivantes : les phénomènes de dissociation, de peur et d'hypervigilance sont-ils liés entre eux ? Quelle place prennent-ils dans l'élaboration d'une image du corps négative ? Ces questionnements pourraient également faire l'objet d'un projet de recherche à part entière permettant de comprendre plus en détail les répercussions induites par les VPI.

## Références Bibliographiques

- Agostinucci, M., Hanneton, S., Andrieu, B. (2022). Evaluation psychomotrice du corps impropre. *Recherches & éducations*, [En ligne], HS.
- Agostinucci, M., Hanneton, S. & Andrieu, B. (2020). Quand le COVID-19 invite le numérique en psychomotricité. Pratiques et représentations du télésoin. *Recherches & éducations* [En ligne], HS.
- Ataria, Y. (2019). When the Body Stands in the Way : Complex Posttraumatic Stress Disorder, Depersonalization, and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 26(1), 19-31.
- American Psychiatric Association (2015). *Mini DSM-5 Critères Diagnostiques* (traduit par M-A. Crocq & J. D Guelfi). Elsevier Masson.
- Bacqué, M-F. (2007). Prévenir les troubles de l'image du corps et de la représentation de soi. *Psycho-oncologie*, 1, 3-5.
- Beloucif, A. (2021). Prise en charge psychomotrice des femmes victimes d'abus sexuels. *L'information psychiatrique*, 97, 883-886.
- Beydoun, H., Beydoun, M., Kaufman, J., Lo B. & Zonderman, A. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc. Sci Med*, 75(6), 959-975.
- Birmingham, W., Cavallini, A. & Sgro, J. (2019). Spousal influence: A study of women with eating and body image concerns. *Journal of Health Psychology*, 26(9), 1339-1352.
- Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanchet, A. & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (2<sup>ème</sup> édition). Armand Colin.
- Botella, C. (2014). De l'« attention flottante » de Freud à l'« expression associative » de Marty. Une nouvelle perspective dans la méthode psychanalytique. *Revue française de psychosomatique*, 45, 83-102.
- Boyer, L. (2017). *La représentation du danger chez les femmes victimes de violences conjugales* [thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Université de Poitiers].
- Bredart, A., Swaine Verdier, A. & Dolbeault, S. (2007). Traduction/adaptation française de l'échelle « Body Image Scale » (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-oncologie*, 1, 1-7.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1987). L'image du corps de 10 à 14 ans. Quelques facettes de cette image d'après le questionnaire QIC. *Bulletin de psychologie*, 382, 893-907.
- CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) (2018). *Le règlement général sur la protection des données – RGPD*. CNIL. <<https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees>>
- Collectif Féminicides par compagnons ou ex. (2023). *Notre décompte des féminicides par compagnons ou ex depuis 2016*. Feminicides.fr. <<https://www.feminicides.fr/>>
- Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. *Enfances & Psy*, 49(4), 89-99.
- Convention D'Istanbul (2011). *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*.

- <[https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Convention\\_d\\_Istanbul.pdf](https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2020-04/Convention_d_Istanbul.pdf)>
- Cooley, C.H. (1922). The social self -1 : the meaning of « I ». *Human nature and the social order*. New York : Scribner
- Corallo, F., Tarda, D., Coppola, V., Bonanno, L., Lo Buono, V., Palmeri, R., De Cola, M.C., Di Cara, M., Romeo, L., Raciti, L., Todaro, A., Logiudice, A.L., Bramanti, P., Marino, S. & Formica M. (2021). The relationship between body image and emotional and cognitive impairment after brain damage : A preliminary study. *Brain and Behavior*, 11(6), 1-7.
- Cotter, A. (2014). La victimisation avec violence chez les femmes ayant une incapacité. *Juristat*, 85-002-X, 1-36.
- Cousineau, M-M & Flynn, C. (2018). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance : mieux comprendre pour intervenir de façon concertée*. Programme de recherche sur la violence conjugale.
- Coutanceau, R. & Salmona, M. (2016). *Violences conjugales et famille*. Dunod.
- Crespy, C., CCAS, MDM, CMP, Commissariat de Caluire et Cuire, Police Municipale, Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF), Le service social de la CAF du Rhône, le service Ressources Humaines de Caluire et Cuire (2020). *Guide d'orientation des personnes victimes de violences conjugales*.  
<<https://www.caf.fr/sites/default/files/caf/698/2020/action%20sociale/travailleurs%20sociaux/Violences%20Conjugales5.pdf>>
- Dallay, Z. (2021). *Les troubles psychiatriques et les victimes de violences conjugales*. [thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Bordeaux].
- Daligand, L. (2008). Violences conjugales. *Le journal des psychologues*, 255, 49-53.
- Daligand, L. (2015). Violences conjugales. Aspects psychopathologiques. *Ethique et santé*, 12, 250-257.
- Defontaine, D. (2019). Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le travail du psychomotricien. Dans A., Vachez-Gatecel & A., Valentin-Lefranc (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.337-345). Dunod.
- Delbraccio, M. (2009). Le corps dans la psychiatrie phénoménologique. *L'information psychiatrique*, 85, 255-262.
- Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de la justice (2021). *Violence conjugale*. Démarches.interieur.gouv.fr.  
<https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/violence-conjugale>
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (2022, 1<sup>er</sup> janvier). *Démographie des psychomotriciens [Base de données]*. Ministère des Solidarités et de la Santé.  
<<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>>
- Dolto, F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Le Seuil.
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129, 18-26.
- Evers, L. & Verbanck, P. (2010). Création d'un questionnaire de satisfaction corporelle et de perception globale de soi : le QSCPGS. Recherche de normes et début de validation. *L'Encéphale*, 36, 21-27.
- Fekih-Romdhane, F., Barbari, G., Ridha, R. & Cheour, M. (2021). Stress post-traumatique chez les femmes victimes de violence entre partenaires intimes. *L'information psychiatrique*, 97(3), 217-129.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire* (3<sup>ème</sup> édition). Dunod.

- France Victimes (2019). *Rapport d'activités 2019*. Fédération France Victimes.
- France Victimes & Fonds de Garantie des Victimes (2022). *Les cinq temps clés du parcours*. <<https://parcours-victimes.fr/parcours-adulte/>>
- Fugier, P. (2010). Les approches compréhensives et cliniques des entretiens sociologiques. *Revue ç Interrogations ?*, 11, 1-7.
- Gallagher, S. & Cole, J. (1995). Body schema and body image in a deafferented subject. *Journal of Mind and Behavior*, 16, 369-390.
- Gallagher, S. (2005). *How the Body Shapes the Mind*. Oxford University Press.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques – Théories et pratique*. Armand Colin.
- Gilbert, P. (2014). Body shame : A biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment implications. In Gilbert, P. & Miles, J. (Eds.), *Body shame : Conceptualisation, research and treatment* (17-68). New York : Brunner-Routledge.
- Giromini, F. (2019). Les racines philosophiques de la psychomotricité dans l'œuvre d'Ajuriaguerra. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.8-14) Dunod.
- Giromini, F. (2019). Spécificités de la formation corporelle en psychomotricité. Dans A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.15-26). Dunod.
- Guillam, M.T, Ségala, C., Cassagne, E., François, C. & Thélot, B. (2018). *Epidémiologie des violences conjugales en France et dans les pays occidentaux. Synthèse bibliographique*. Santé Publique France.
- Guyot, F. (2016). Violences conjugales, aspect législatif. Dans R. Coutanceau (dir.), *Violences conjugales et famille* (p.16-22). Dunod.
- Haar, M. (1986). Le primat de la Stimmung sur la corporéité du Dasein. *Heidegger Studies*, 2, 67-80.
- Heise, L. & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. Dans Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*, (p.87–121). World Health Organization.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.
- Jellali, I., Jellali, M.A, Gataa & Mechri (2014). Retentissement psychosexuel de la violence à l'égard des femmes en milieu conjugal en Tunisie : étude transversale de 197 consultantes au centre de planning familial de Monastir. *Sexologies*, 23, 119-124.
- Jiang, L., Alizadeh, F. & Cui, W. (2023). Effectiveness of Drama-Based Intervention in Improving Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis during the COVID-19 Pandemic and Post-Pandemic Period. *Healthcare*, 11(6), 1-19.
- Kalisvaart, H., van Broeckhuysen-Kloth, S., van Busschbach, J. & Geenen, R. (2022). Picturing disturbed body experience : A comparison of body drawings in persons with somatoform disorder and a general population sample. *Psychiatry Research*, 314, DOI : 10.1016/j.psychres.2022.114661.
- Kaufmann, J-C. (2016). *L'entretien compréhensif* (4<sup>ème</sup> édition). Armand Colin.
- Kuck, N., Cafitz, L., Bürkner, P., Hoppen, L., Wilhelm, S. & Buhlmann, U. (2021). Body dysmorphic disorder and self-esteem : a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21, 1-16.
- Lafay F. (2020). *Confiance & estime de soi*. L'Etudiant Editions.

- Le petit Larousse de la Psychologie (2016). Définition Estime. Dans C., Doré. (2017), L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129, 18-26.
- Magne, H., Gambier, M., Jaafari, N., Goutaudier, N., Delbreil, A. & Voyer, M. (2021). La croissance post-traumatique chez les victimes de violences conjugales : une revue de littérature. *La Presse Médicale Formation*, 2(2), 143-150.
- Magne, H., Delbreil, A., Gambier, M., Goutaudier, N., Jaafari, N. & Voyer, N. (2022). La croissance post-traumatique chez les victimes de violences conjugales : une étude pilote dans la Vienne. *L'Encéphale*, 48(4), 422-429.
- Marpsat, M. & Razafindratsima, N. (2010). Les méthodes d'enquêtes auprès des populations difficiles à joindre : introduction au numéro spécial. *Methodological Innovations Online*, 5(2), 3-16.
- Martinot, D. (1995). *Le Soi : les approches psychosociales*. Presses universitaires de Grenoble.
- Maslow, A. (2013). *Devenir le meilleur de soi-même : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité* (2<sup>ème</sup> édition) (traduit par L. Nicolaieff, traductrice). Eyrolles.
- Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Milon, C. (2022). Ce(lles) que la visioconférence rend visible(s). *Socio-anthropologie*, 45, 179-195.
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2022). *Extractions de données en libre accès des professionnels de santé*. Annuaire.sante.fr. <<https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/extractions-publiques>>
- Ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer, (2019). *Rapport d'enquête « Cadre de vie et sécurité » 2019*. Ministère de l'Intérieur.
- MIPROF (Mission Interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) (2021). *La Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes*, (17), 1-28.
- Mondolfi Miguel, M. & Pino-Juste, M. (2021). Therapeutic Achievements of a Program Based on Drama Therapy, the Theater of the Oppressed, and Psychodrama With Women Victims of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 27(9), 1273-1296.
- Mouttarazouk, G., Abouzahir, H., Belhouss, A. & Benyaich, H. (2022). Etude de profil sociodémographique et de prévalence des troubles psychiatriques chez les femmes victimes de violences par partenaires intimes consultant au CHU de Casablanca. *La revue de médecine légale*, 13, 98-109.
- Murray, S, Touyz, S. & Beumont, P. (1995). The influence of personal relationships on women's eating behavior and body satisfaction. *Eating Disorders*, 3(3), 243–252.
- Nasio, J-D. (2007). *Mon corps et ses images*. Payot
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. <[https://afriquesure.org/images/afriquesure/pdf/e-library/Rapport\\_mondial\\_sur\\_la\\_violence\\_et\\_la\\_sante\\_OMS\\_WHO\\_2002\\_Fr.pdf](https://afriquesure.org/images/afriquesure/pdf/e-library/Rapport_mondial_sur_la_violence_et_la_sante_OMS_WHO_2002_Fr.pdf)>
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (2005). *Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes*.
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (2014). *Manuel clinique : soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle*.

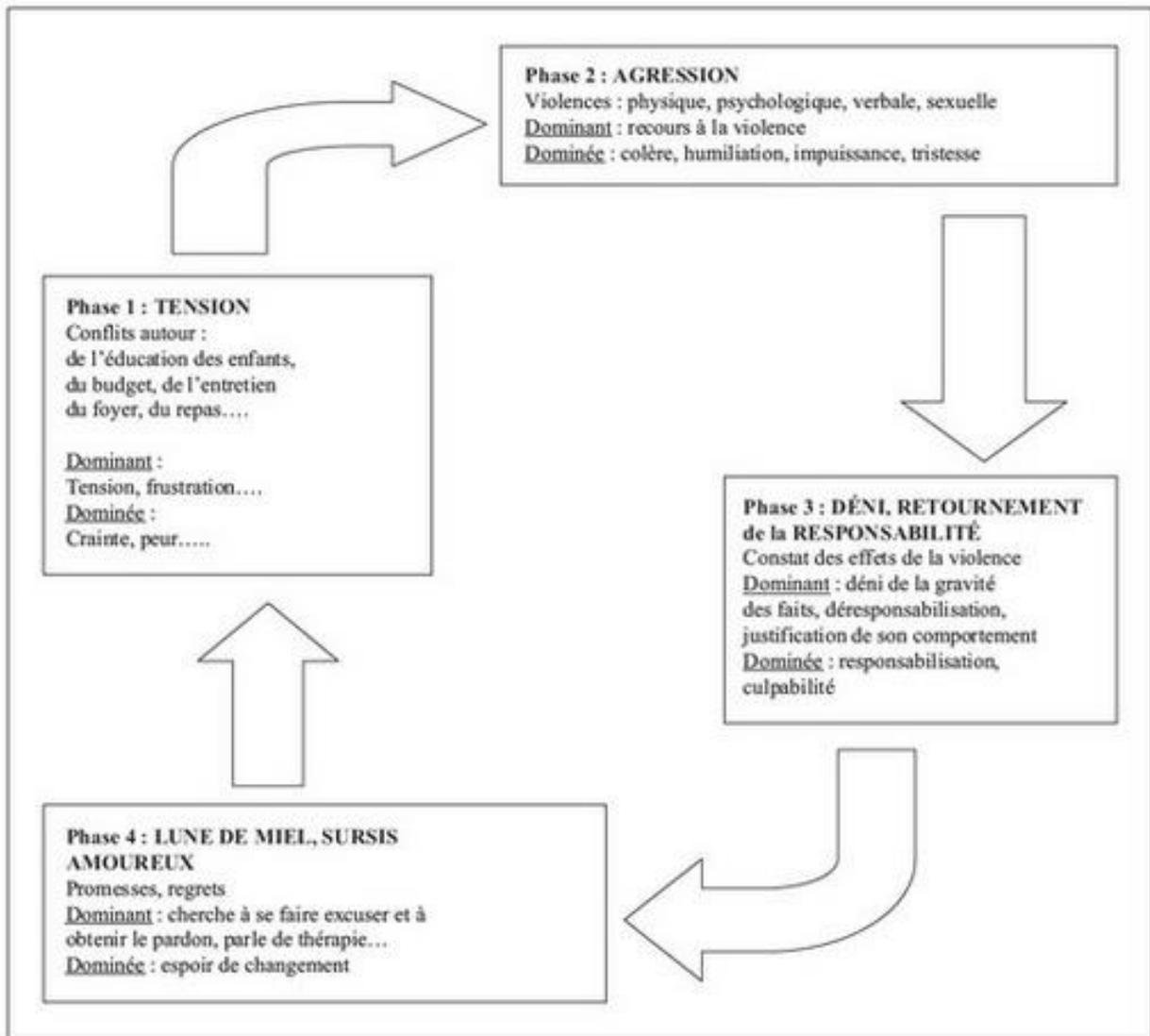
- <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO\\_RHR\\_14.26\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204236/WHO_RHR_14.26_fre.pdf)>
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (2019). *Respect des femmes - Prévenir la violence contre les femmes*. <<https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-18.19>>
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (2020). *Covid 19 et violence à l'égard des femmes. Ce que le secteur et le système de santé peuvent faire*. <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331762/WHO-SRH-20.04-fre.pdf> 1-5>
- OMS (Organisation Mondiale de la Santé). (2021). *Une omniprésence dévastatrice : une femme sur trois dans le monde est victime de violence*. <<https://www.who.int/fr/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>>
- Paré, G. (2014). *Guide d'information sur le consentement libre, éclairé et continu*. Université de Montréal.
- Patard, G., Ouellet, F., Leclerc, C. & Cousineau, M-M. (2020). Portrait des violences subies par des femmes en contexte conjugal. *Revue Service Social*, 66(1), 115-126.
- Péchev, V. (2021). La place de l'infirmier face aux violences intrafamiliales. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance – Maladie (JDSAM)*, 30, 98-104.
- Pico-Alfonso, M., Garcia-Linares, M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E. & Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health : Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.
- Pireyre, E. (2021). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept* (3<sup>ème</sup> édition). Dunod.
- Pole, M., Crowther, J-H. & Schell, J. (2004). Body dissatisfaction in married women : The role of spousal influence and marital communication patterns. *Body Image*, 1(3), 267–278.
- Préfète des Deux-Sèvres. (2021). « *Parcours Victimes* », le site d'information des victimes de violences. <<https://www.deux-sevres.gouv.fr/index.php/Politiques-publiques/Egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes/Prevention-et-lutte-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles/Ressources/Parcours-Victimes-le-site-d-information-des-victimes-de-violences>>
- Rejony, A., Pföhl, V., Elatré, L. & Joguet, K. (2021). Du jeu au je et vice versa. *Perspectives Psy*, 60(4), 338-344.
- Rodriguez, M. (2012). De la place du corps dans les thérapies psychomotrices. *Le journal des psychologues*, 298, 88-25.
- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Dans A., Vachez-Gatecel & A., Valentin-Lefranc, (dir.), *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices* (p.27-38). Dunod.
- Glasse, N., De Puy, J., Abt, M. & Morin, D. (2017). Etude qualitative phénoménologique : face aux hommes victimes, regards inquiets et bienveillants de professionnels d'un réseau de lutte contre la violence domestique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 3, 107-119.
- Ronai, E. & Durand, E. (2021). *Violences sexuelles*. Dunod.
- Roselli, M. (2011). Les enquêtes qualitatives en bibliothèque : quelles techniques pour quels résultats ? Dans C. Evans (dir.). *Mener l'enquête : Guide des études de publics en bibliothèque*. Presses de l'enssib.

- Salmona, M., (2021). Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales. Dans R., Coutanceau, & M., Salmona, (dir.), *Violences conjugales et famille* (p.98-107). Dunod.
- Sanchez, M., Fouques, D. & Romo, L. (2022). Violences sexuelles entre partenaires intimes : caractéristiques et enjeux cliniques. *Annales Médico-Psychologiques* (Paris), 181(1), 24-31.
- Saranya, R., Manoj, R. & Bharathi, V. (2022). Relationship between Body Image and Self-Esteem among Females. *YMER*, 21 (6), 294-300.
- Scheffers, M, Van Duijn, MAJ, Bosscher, RJ, Wiersma, D, Schoevers, RA & Van Busschbach, JT. (2017) Psychometric properties of the Dresden Body Image Questionnaire : A multiple-group confirmatory factor analysis across sex and age in a Dutch non-clinical sample. *PLoS One*, 12(7), 1-18.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps* (traduit par F. Gantheret & P. Truffert, Traducteurs). Gallimard.
- Schmid Nichols, N. (2010). Notre corps, cet étrange objet ? Son importance dans le développement du sujet et dans le champ thérapeutique. *Psychothérapies*, 30(2), 89-95.
- Schmidt, M., Taube, C., Heinrich, T., Vocks, S. & Hartmann, A. (2022). Body image disturbance and associated eating disorder and body dysmorphic disorder pathology in gay and heterosexual men : A systematic analyses of cognitive, affective, behavioral and perceptual aspects. *PLoS ONE*, 17(12), 1-23.
- Service Public (2021). *Violence conjugale*. <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>>
- Silva, A. & Azeredo, C. (2019). Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros. *Science & Public Health*, 24(7), 2697-2700.
- S.N.U.P, (2023). *Définition du métier de psychomotricien*. Snup.fr, <<http://snup.fr/la-profession/definition-du-metier-de-psychomotricien/>>
- Spiegel, D. (2021). *Trouble de dépersonnalisation/déréalisation*. Le Manuel MSD, version pour professionnels de santé. <<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-dissociatifs/trouble-de-d%C3%A9personnalisation-d%C3%A9r%C3%A9alisation>>
- Tarzia, L. (2021). « It Went to the Very Heart of Who I Was as a Woman » : The Invisible Impacts of Intimate Partner Sexual Violence. *Qualitative Health Research*, 31(2), 287-297.
- Thiffault, J. (1978). Note de recherche. La psychomotricité et le développement de l'enfant : rôle du psychologue. *Revue des sciences et de l'éducation*, 4(2), 345-349.
- Tremblay, S. (2017). *L'insatisfaction corporelle selon une approche de santé globale*. [thèse de doctorat en psychologie, université de Laval].
- Tylka, T. & Wood-Barcalow, N. (2015). The Body Appreciation Scale-2 : item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67.
- Tylka, T. & Wood-Barcalow, N. (2015). What is and what is not positive body image ? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129.
- Vachez-Gatecel, A. & Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices*. Dunod.
- Vignemont, F. de, (2006). L'hystérie : ne plus vouloir pouvoir, ne plus pouvoir vouloir. *Philosophie et psychopathologie*, 33(1), 197-215.

- Vignemont, F. de, (2010). Body schema and body image – Pros and cons. *Neuropsychologia*, 48, 669-680.
- Vignemont, F. de, (2018a). *Mind the body : an exploration of bodily self-awareness*. Oxford University Press.
- Vignemont, F. de, (2018b). Le schéma corporel et l'image du corps. Dans J-M. Albaret, P., Scialom & F., Giromini (dir.), *Manuel d'Enseignement de Psychomotricité. 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices*. (p.204-213). De Boeck Supérieur.
- Voyer, M., Delbreil, A. & Senon, J-L. (2014). Violences conjugales et troubles psychiatriques. *L'information psychiatrique*, (90), 663-671.
- Wathen, N. (2012). *La victimisation avec violence : répercussions sur la santé des femmes et des enfants*. Division de la recherche de la statistique. Ministère de la justice Canada.
- Weaver, T., Elrod, N., & Kelton, K. (2020). Intimate Partner Violence and Body Shame : An Examination of the Associations Between Abuse Components and Body-Focused Processes. *Violence Against Women*, 26(12–13), 1538–1554.
- Weaver, T., Griffin, M., & Mitchell, E. (2014). Symptoms of Posttraumatic Stress, Depression, and Body Image Distress in Female Victims of Physical and Sexual Assault : Exploring Integrated Responses. *Health Care for Women International*, 35, 458 - 475.
- Weaver, T., Resnick, H., Kokoska, M. & Etzel, J. (2007). Appearance-Related Residual Injury, Posttraumatic Stress, and Body Image : Associations Within a Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 999-1008.

## Annexes

### Annexe 1 : Le cycle des violences selon Voyer, Dubreil, Senon (2014)



## Annexe 2 : Le violentomètre

Conçu en 2018 par le Centre Hubertine Auclert, les Observatoires des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis et Paris, l'association En Avant Toute(s) et la Mairie de Paris.

**Lutter contre les violences faites aux jeunes femmes**

# Le violentomètre

*Le consentement, c'est quoi ? C'est le fait de donner son accord de manière consciente, libre et explicite à un moment donné pour une situation précise. Tu peux révoquer sur ce choix quand tu le souhaites et selon les raisons qui te sont propres. Tu n'os pas à te justifier ou subir des pressions.*

**BESOIN D'AIDE ?**  
Le Tchat de  
En avant toute(s)

**APPELEZ LE 3919**  
Appel anonyme et gratuit.

10672019 1736499

**PROFITE**  
Ta relation est saine quand il...

**VIGILANCE, DIS STOP !**  
Il y a de la violence quand il...

**PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE**  
Tu es en danger quand il...

1	Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts	1
2	Accepte tes amies, amis et ta famille	2
3	A confiance en toi	3
4	Est content quand tu te sens épanouie	4
5	S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble	5
6	Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose	6
7	Rabaisse tes opinions et tes projets	7
8	Se moque de toi en public	8
9	Est jaloux et possessif en permanence	9
10	Te manipule	10
11	Contrôle tes sorties, habits, maquillage	11
12	Fouille tes textos, mails, applis	12
13	Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes	13
14	Tisole de ta famille et de tes proches	14
15	Toblige à regarder des films pornos	15
16	Thumilie et te traite de folle quand tu lui fais des reproches	16
17	"Pète les plombs" lorsque quelque chose lui déplaît	17
18	Menace de se suicider à cause de toi	18
19	Menace de diffuser des photos intimes de toi	19
20	Te pousse, te tse, te gifla, te secoue, te frappe	20
21	Te touche les parties intimes sans ton consentement	21
22	Toblige à avoir des relations sexuelles	22
23	Te menace avec une arme	23
24		24

10672019 1736499

**VILLE DE PARIS**  
seine-saint-denis  
LE DÉPARTEMENT

EN AVANT  
TOUTE(S)

LETTRE  
D'INFORMATION  
MÉDIATION

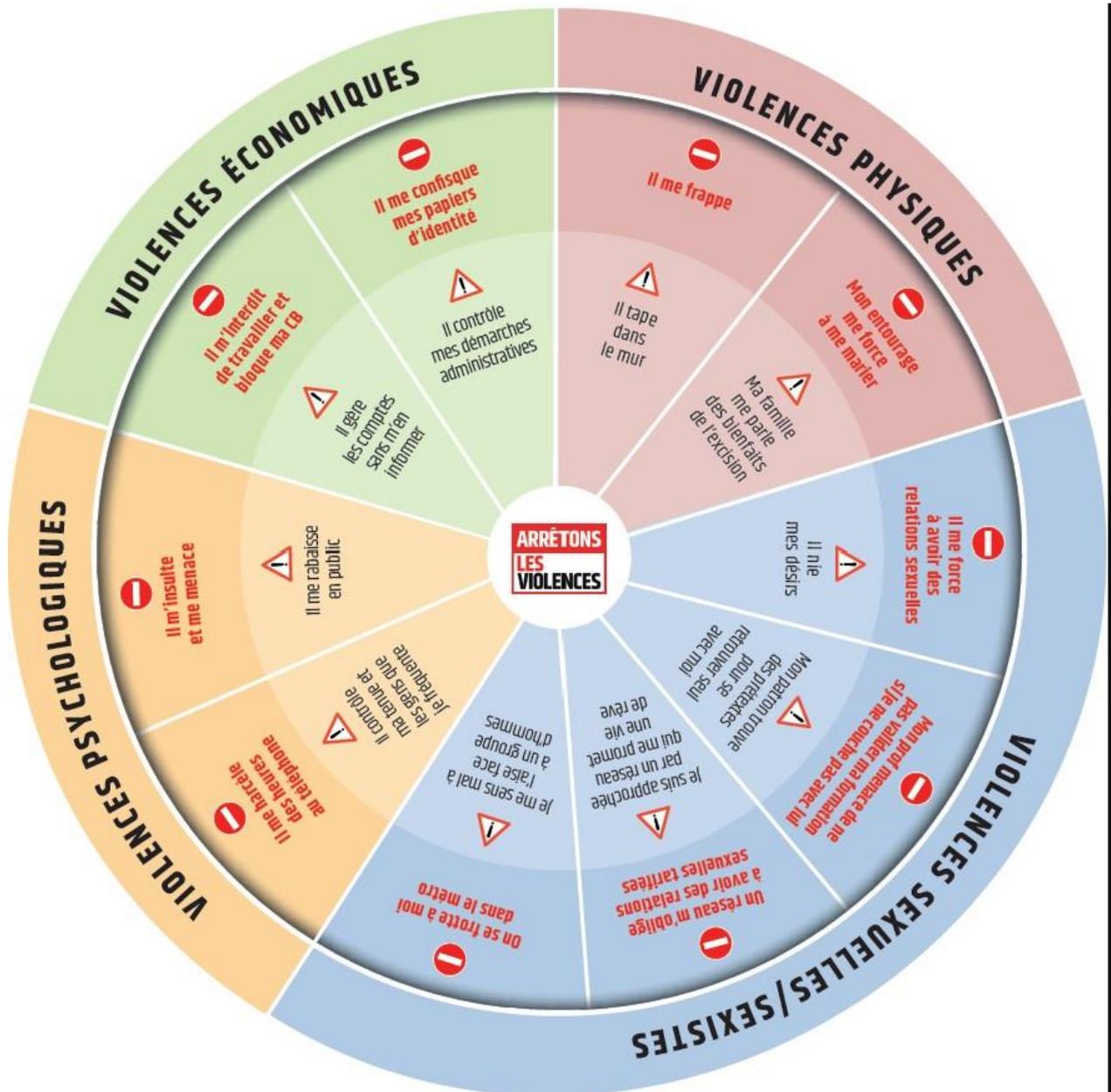
**filedFrance**

VIOLENTOMETRE\_inf\_10672019.indd 2

10672019 1736412

### **Annexe 3** : La roue de la violence

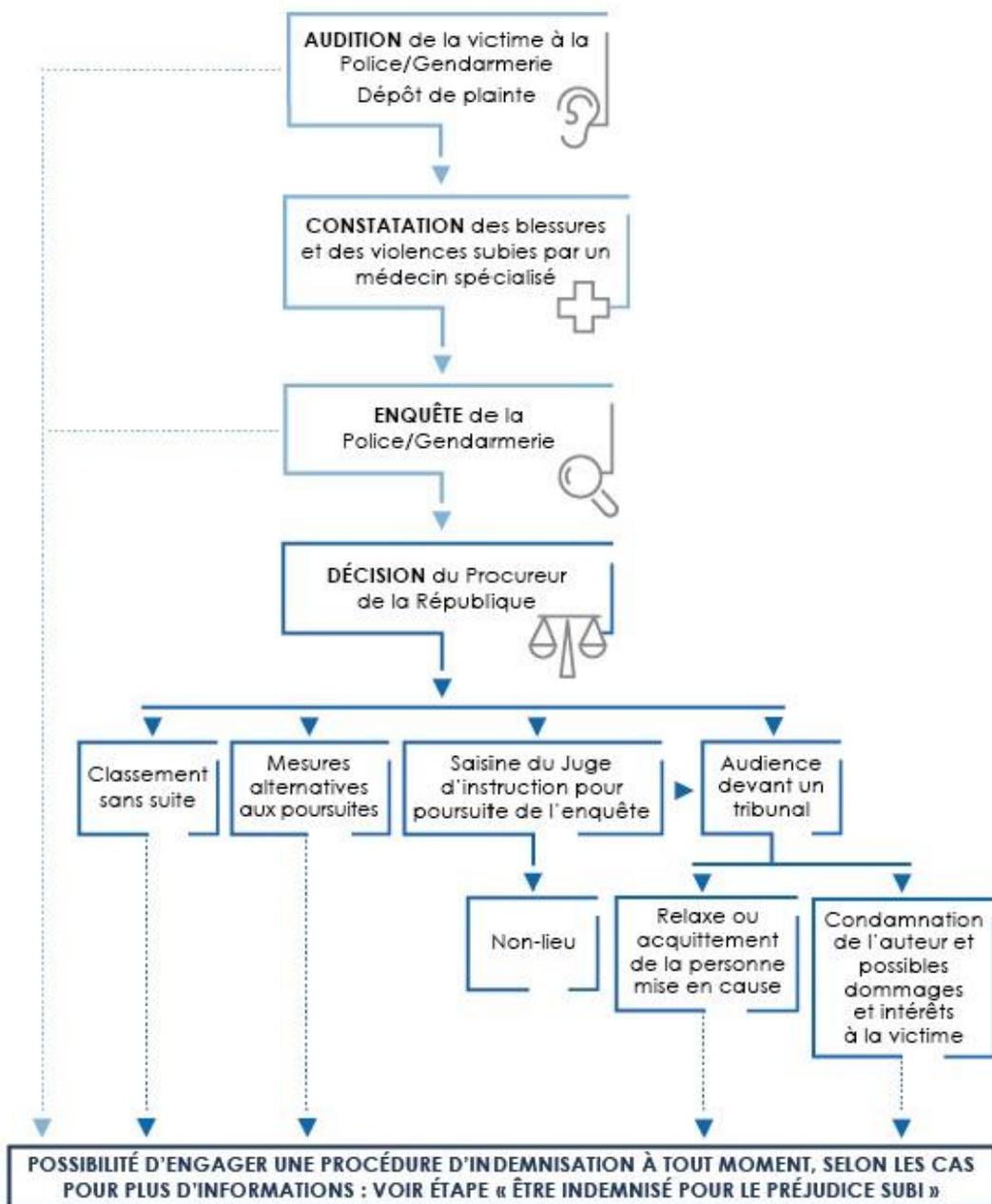
Mis en place mis en place dans le cadre du Grenelle des violences conjugales (novembre 2019) par Schiappa M. en partenariat avec les associations d'aide aux victimes.



## **Annexe 4** : La procédure pénale

Parcours Victimes, 2020 sur le site <https://parcours-victimes.fr/parcours-adulte/adulte-preparer-temps-penal/#1602075884096-7d6e9e39-1b9a>.

### — LA PROCÉDURE PÉNALE EN UN COUP D'ŒIL



**Annexe 5 – Le QSCPGS (Evers & Verbanck, 2010)**

26

L. Evers, P. Verbanck

**Annexe 1**

NOM : ..... Prénom : ..... Date : .....

Age : ..... Sexe : .....

Situez-vous en entourant le chiffre entre les 2 propositions à l'endroit correspondant à l'état qui vous décrit le mieux ***en ce moment précis*** :

0 = ni l'un ni l'autre, entre les deux,  
 1 = très peu,  
 2 = peu,  
 3 = moyennement,  
 4 = fort,  
 5 = très fort

<b>vous considérez votre corps comme</b>		
1. en mauvaise santé	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	en bonne santé
2. attirant	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	repoussant
3. source de plaisir	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	source de déplaisir
4. pur	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	impur
5. craintif	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	audacieux
6. féminin	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	masculin
7. froid, indifférent	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	chaleureux, tendre
8. montrant la colère	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	montrant la paix
9. calme, serein	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	nerveux, tendu
10. vieux	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	jeune
<b>globalement vous vous sentez</b>		
11. faible	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	fort(e)
12. joyeux(se)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	triste
13. vide	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	plein(e)
14. tout à fait libre	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	pas du tout libre
15. inférieur(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	supérieur(e)
16. fatigué(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	reposé(e)
17. valorisé (e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	dévalorisé (e)
18. impatient(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	patient(e)
19. négligé(e)	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	soigné(e)
20. bien	5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5	mal

## **Annexe 6** – Items du BAS-2 (Tylka & Wood-Barcalow, 2015)

### **Appendix. Body Appreciation Scale-2 (Final Version)**

Permission to use this measure is not required. However, we do request that you notify the corresponding author via email if you use the Body Appreciation Scale-2 in your research. Please seek permission if any item is modified.

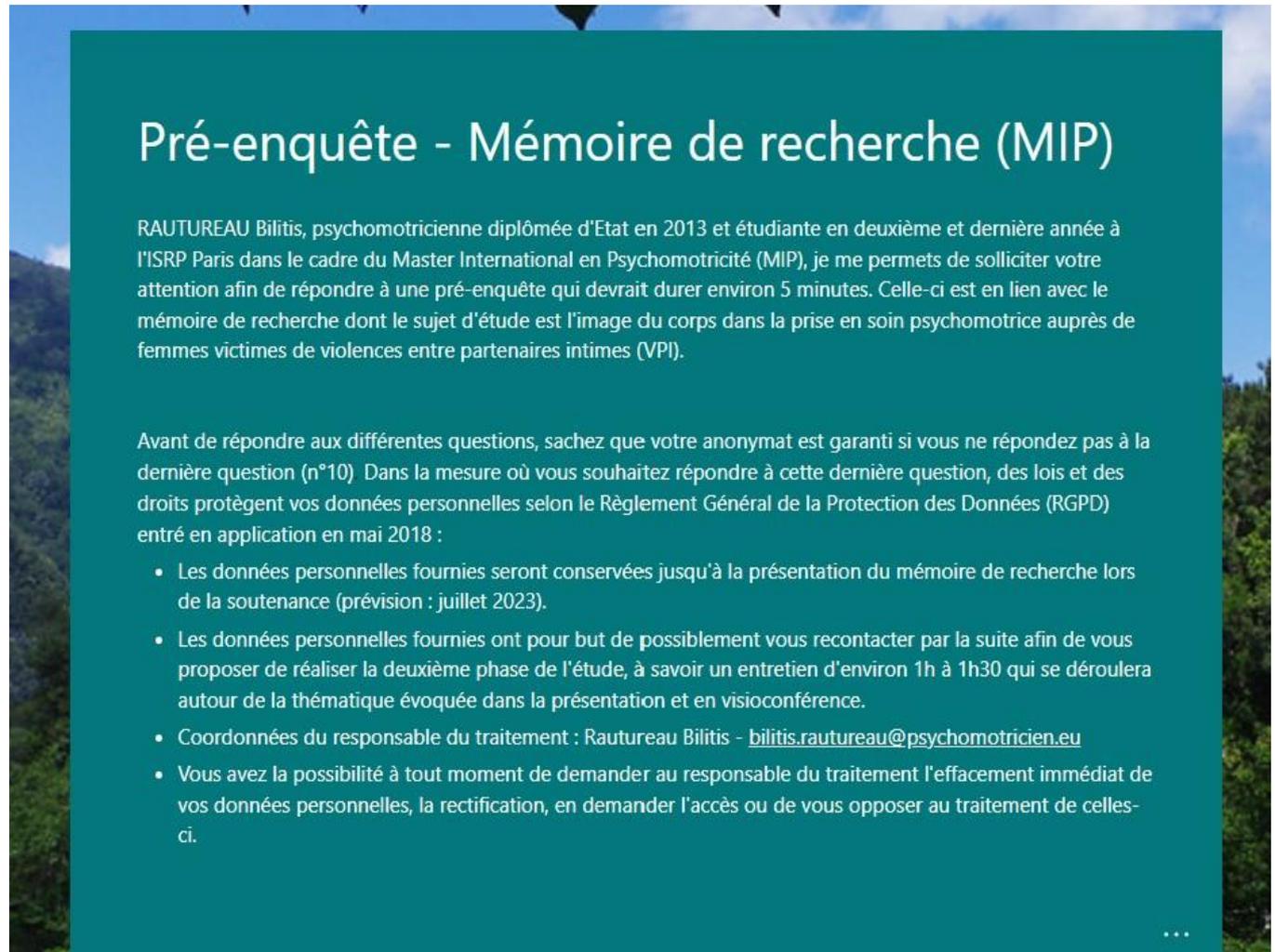
For each item, the following response scale should be used: 1 = Never, 2 = Seldom, 3 = Sometimes, 4 = Often, 5 = Always.

**Directions for participants:** Please indicate whether the question is true about you never, seldom, sometimes, often, or always.

1. I respect my body.
2. I feel good about my body.
3. I feel that my body has at least some good qualities.
4. I take a positive attitude towards my body.
5. I am attentive to my body's needs.
6. I feel love for my body.
7. I appreciate the different and unique characteristics of my body.
8. My behavior reveals my positive attitude toward my body; for example, I hold my head high and smile.
9. I am comfortable in my body.
10. I feel like I am beautiful even if I am different from media images of attractive people (e.g., models, actresses/actors).

**Scoring Procedure:** Average participants' responses to Items 1–10.

## Annexe 7 - Pré-enquête et ses 10 questions



### Pré-enquête - Mémoire de recherche (MIP)

RAUTUREAU Bilitis, psychomotricienne diplômée d'Etat en 2013 et étudiante en deuxième et dernière année à l'ISRP Paris dans le cadre du Master International en Psychomotricité (MIP), je me permets de solliciter votre attention afin de répondre à une pré-enquête qui devrait durer environ 5 minutes. Celle-ci est en lien avec le mémoire de recherche dont le sujet d'étude est l'image du corps dans la prise en soin psychomotrice auprès de femmes victimes de violences entre partenaires intimes (VPI).

Avant de répondre aux différentes questions, sachez que votre anonymat est garanti si vous ne répondez pas à la dernière question (n°10) Dans la mesure où vous souhaitez répondre à cette dernière question, des lois et des droits protègent vos données personnelles selon le Règlement Général de la Protection des Données (RGPD) entré en application en mai 2018 :

- Les données personnelles fournies seront conservées jusqu'à la présentation du mémoire de recherche lors de la soutenance (prévision : juillet 2023).
- Les données personnelles fournies ont pour but de **possiblement** vous recontacter par la suite afin de vous proposer de réaliser la deuxième phase de l'étude, à savoir un entretien d'environ 1h à 1h30 qui se déroulera autour de la thématique évoquée dans la présentation et en visioconférence.
- Coordonnées du responsable du traitement : Rautureau Bilitis - [bilitis.rautureau@psychomotricien.eu](mailto:bilitis.rautureau@psychomotricien.eu)
- Vous avez la possibilité à tout moment de demander au responsable du traitement l'effacement immédiat de vos données personnelles, la rectification, en demander l'accès ou de vous opposer au traitement de celles-ci.

...

## Données Générales

1. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de psychomotricien ?

Entrez votre réponse

2. Quel est votre âge ?

Entrez votre réponse

3. Quel est votre genre ?

- Femme
- Homme
- Non-binaire

4. Dans quel.s lieu.x exercez-vous actuellement ?

Entrez votre réponse

Suivant

Ne communiquez jamais votre mot de passe. [Signaler un abus](#)

## Expérience.s Professionnelle.s

5. Avez-vous une expérience antérieure de prise en soin en psychomotricité auprès de femmes victimes de violences de la part de son partenaire intime ou de son ex partenaire intime ?

Oui

Non



6. Si oui, auprès de combien de femmes victimes de violences conjugales êtes vous intervenus en prise en soin ?

1

2

3

4

Plus de 5

7. Dans le cas où vous auriez travaillé auprès de femmes victimes de violences conjugales, dans quelle.s structure.s cette ou ces prises en soin ont-elles eu lieu ?

Entrez votre réponse

8. Avez-vous des prises en soin actuellement en cours auprès de femmes victimes de violences entre partenaires intimes ?

- Oui
- Non

Section 3

A la suite de ce questionnaire...

9. Accepteriez-vous de participer à la suite de l'étude qui consiste en un entretien en visio-conférence pour échanger davantage sur ce sujet ?

- Oui, j'accepte de participer à un entretien
- Non, je refuse de participer à un entretien

⋮

10. Dans la situation où vous accepteriez d'être recontacté par la suite pour participer à un entretien, pouvez-vous communiquer une adresse mail (consultée régulièrement) ?  
La prise de contact pourra se faire à travers cette adresse mail au cours des prochaines semaines.

Entrez votre réponse

Section 4

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Je vous remercie également pour votre attention ainsi que pour l'intérêt manifesté pour le projet de recherche mené.

Bonne Journée à vous !

+ Ajouter...

**Annexe 8** - Affiche de recrutement

**RECHERCHE PSYCHOMOTRICIEN.NE.S**  
**AFIN DE**  
**RÉPONDRE À UNE PRÉ-ENQUÊTE**

Durée moyenne de  
réponse inférieure à 5 min

**ETUDE SUR L'IMAGE DU CORPS DES  
FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES  
CONJUGALES**

**Mémoire de Recherche**  
dans le cadre du  
Master Internacional en Psicomotricidad (MIP)

**Objet de l'étude :** Au travers des observations cliniques du psychomotricien,  
l'étude vise à questionner l'image du corps des femmes victimes de violences  
exercées par leur ex ou actuel partenaire intime.

Cette pré-enquête a pour but de faire un état des lieux du nombre  
de psychomotricien.ne.s ayant une expérience professionnelle  
auprès de ces femmes

**Lien vers la pré-enquête:**  
<https://forms.office.com/r/JTbpbg1Jre>

Rautureau Bilitis, psychomotricienne diplômée d'Etat en 2013  
bilitis.rautureau@psychomotricien.eu

**iSRP**  
INSTITUT SUPÉRIEUR DE MÉDIATION PSYCHOMOTRICE  
PARIS • MARSEILLE • VICHY

UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

**Pôle Euro**  
Universitaire  
de Santé

## **Annexe 9 – Le Guide d’entretien**

### **1- Introduction : présentation du contexte de l’étude ainsi que l’objectif de l’entretien réalisé.**

Remerciements à l’interviewé d’avoir accepté la poursuite de l’étude avec la passation de l’entretien semi-directif.

Présentation de l’intervieweur : RAUTUREAU Bilitis – Psychomotricienne en exercice en Martinique et étudiante en parallèle du Master International en Psychomotricité. Diplômée depuis 2013 et âgée de 33 ans. En activité en ESA, crèches et EHPAD. Aucune expérience professionnelle auprès de femmes victimes de violences conjugales. Intérêt pour ce sujet s’est manifesté lors de la rédaction d’un article sur le sujet l’an passé dans le cadre d’un exercice proposé au cours du cursus de formation. Les recherches menées par la suite ont conduit progressivement à l’élaboration de ce sujet et ce projet de recherche.

Le thème de l’étude et l’objectif de la recherche : le thème de l’étude est l’image du corps des femmes victimes de violences conjugales. L’objectif premier de la recherche est d’explorer sur le terrain, à partir d’observations cliniques de psychomotriciens, comment se présente l’image du corps des femmes victimes de VPI. **Le but est de mieux comprendre la façon dont se présente l’image du corps de la femme victime de VPI afin de mieux la prendre en charge en psychomotricité ainsi que lors de son parcours d’aide.**

Titre de la recherche menée : L’Image du Corps dans la prise en soin psychomotrice auprès de femmes victimes de violences entre partenaires intimes (VPI).

Conditions ou règles de l’entretien : l’entretien va se dérouler en visioconférence et durer en moyenne 1h. Il s’agit d’un échange amené par des questions ouvertes permettant d’aborder les observations cliniques que vous choisirez d’évoquer en lien avec l’image du corps des patientes que vous avez eu ou avez en prise en soin psychomotrice. Cet entretien est enregistré afin de pouvoir par la suite être analysé en utilisant l’approche d’analyse interprétative fondée sur l’écoute de Kaufmann.

Règles de confidentialité : Pour rappel (formulaire de consentement et d’information), les données recueillies sont anonymes et confidentielles conformément au RGPD entré en vigueur en mai 2018. Les données seront conservées de façon sécurisée jusqu’à la présentation du mémoire de recherche lors de la soutenance puis seront supprimées. Vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, de suppression de vos données ainsi que d’un droit à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer vos droits en me contactant à mon adresse [mail](#) (formulaire).

## 2- Recueil d'informations à propos de :

### - la personne interrogée :

Prénom,

Âge,

Confirmez-vous être bien psychomotricienne diplômée d'Etat ? Avez-vous un document à me montrer permettant de l'attester (n° adeli, diplôme d'état...) ?

Année d'obtention du diplôme,

Lieu d'exercice actuel,

Lieu d'exercice où la ou les femmes victimes de VPI ont été prises en soin en psychomotricité,

### - la ou les patientes qui vont être évoquées :

Afin d'aborder le sujet de l'image du corps des femmes victimes de VPI, pouvez-vous penser à des patientes victimes de VPI vues en prise en soin en psychomotricité ? Celles-ci ont-elles présenté ou présentent-elles des manifestations psycho-traumatiques ?

Dans la mesure où l'interviewé demande quelle est ma définition de l'image du corps, ma réponse sera celle-ci : Afin de ne pas influencer vos réponses, je fais le choix de ne pas vous proposer de définition de l'image du corps.

## → Début Enregistrement

- 3- La liste des questions ou des thèmes à aborder (« questions ouvertes » pertinentes et en lien avec l'objectif d'analyse)

## Durant l'évaluation psychomotrice,

- 1- Durant la période de l'évaluation psychomotrice, quelles sont les observations que vous avez pu mettre en évidence par rapport à l'image du corps de votre patiente ?
  - ⇒ (question complémentaire si besoin) Comment avez-vous perçu l'image du corps de votre/vos patiente.s lors de votre première rencontre et lors de l'entretien anamnésique (anamnèse) ?
  - ⇒ (question complémentaire si besoin) Quels outils d'évaluation psychomotrice (tests, épreuves, observations libres...) utilisés pour recueillir des informations concernant l'idc de vos patientes ?

### Durant la prise en soin,

- 2- Durant la prise en soin, à partir des médiations utilisées quelles sont les observations cliniques concernant l'idc de votre/vos patiente.s que vous avez pu mettre en évidence ?
- ⇒ (question complémentaire si besoin) Au cours de la prise en soin, qu'avez-vous constaté à propos de l'évolution de son idc ?
- ⇒ Comment avez-vous perçu son/leurs appréciation corporelle, sa satisfaction/insatisfaction corporelle ? (A-t-elle mis en évidence son avis et son opinion éprouvé sur son idc ? Prend-t-elle soin de son image ? Quels sont ses sentiments envers son corps ?)
- ⇒ Concernant la conscience corporelle, que pouvez-vous me dire à propos de celle observée auprès de votre/vos patiente.s ? (C'est-à-dire les perceptions conscientes qu'elle.s peut/peuvent avoir d'elle.s-même...)

### Plus précisément... pendant l'ensemble de votre accompagnement,

- 3- Que pouvez-vous me dire à propos de l'estime de soi reflétée par votre patiente ?

### Questions d'ouverture :

- 4- Que pensez-vous de la médiation théâtre dans la prise en soin psychomotrice de la femme victime de VPI ?
- ⇒ (question complémentaire si besoin) Quels pourraient en être les bénéfices ou encore les limites ?
- 5- Avez-vous d'autres éléments que vous avez envie d'aborder à propos de l'idc de vos patientes observées en prise en soin ?

Questions du guide d'entretien, sous forme de tableau :

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
1- Durant la période de l' <b>évaluation psychomotrice</b> , quelles sont les observations que vous avez pu mettre en évidence par rapport à l'image du corps de votre patiente ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Comment avez-vous perçu l'<u>idc</u> de votre/vos <u>patiente.s</u> lors de votre <u>1<sup>ère</sup> rencontre</u> et lors de l'<u>entretien anamnétique</u> ?</li> <li>⇒ Quels <u>outils</u> vous ont-ils permis d'observer l'<u>idc</u> de votre/vos <u>patiente.s</u> ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Pouvez-vous m'en dire plus à propos de...</li> <li>⇒ Pouvez-vous donner un exemple à propos de...</li> <li>⇒ Que voulez-vous dire par...</li> </ul>
2- Durant la <b>prise en soin</b> , à partir des <b>médiations thérapeutiques</b> choisies quelles sont les observations cliniques concernant l' <u>idc</u> de votre/vos <u>patiente.s</u> que vous avez pu mettre en évidence ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Qu'avez-vous constaté à propos de l'<u>évolution</u> de son <u>idc</u> ?</li> <li>⇒ Comment avez-vous perçu son/leurs <u>appréciation corporelle</u> (satisfaction/insatisfaction corporelle) ?</li> <li>⇒ Concernant la <u>conscience corporelle</u>, que pouvez-vous me dire à propos de celle observée auprès de votre/vos <u>patiente.s</u> ?</li> </ul>	
3-Plus précisément... pendant l'ensemble de votre accompagnement, qu'avez-vous perçu/observé concernant l' <b>estime de soi</b> de votre/vos <u>patiente.s</u> ?		
4-Que pensez-vous de la <b>médiation théâtre</b> dans la prise en soin psychomotrice de la femme victime de VPI ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Quels pourraient en être les bénéfices ou encore les limites ?</li> </ul>	
5-Avez-vous <b>d'autres éléments</b> ou <b>observations</b> concernant l' <u>idc</u> de votre/vos <u>patiente.s</u> victimes de VPI que vous aimeriez partager ?		

## **Annexe 10** – Formulaire d'information et de consentement libre et éclairé

Ce formulaire d'information a pour but de vous permettre de comprendre en quoi consiste ce projet de recherche et ce qu'implique cette participation afin que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Après avoir pris connaissance de ce formulaire, n'hésitez pas à me poser vos questions à l'adresse suivante : [bilitis.rautureau@psychomotricien.eu](mailto:bilitis.rautureau@psychomotricien.eu).

Je soussigné(e) ..... déclare accepter de participer librement et de façon éclairée au projet de recherche de Mme Rautureau Bilitis réalisé dans le cadre du Master International de Psychomotricité de l'ISRP Paris et de l'Université de Murcia.

### Titre du mémoire de recherche

L'Image du Corps dans la prise en soin psychomotrice auprès de femmes victimes de violences entre partenaires intimes (VPI).

Référents mémoire : Mme Dias Da Silva Laura & Mme Nafti Catherine

### Objectifs de l'étude

L'objectif de ce projet de recherche est d'explorer sur le terrain au travers des observations cliniques de psychomotriciens.nes comment se présente l'image du corps de ces femmes victimes de violences conjugales.

### Déroulement de la participation

Afin de mettre en œuvre ce projet de recherche, votre regard de psychomotricien.ne est mis en avant. Il s'agira au cours d'un entretien d'une durée de 1h environ de recueillir votre point de vue clinique sur l'image du corps des femmes que vous avez reçu ou que vous recevez en prise en soin psychomotrice. Cet entretien se déroulera en visio-conférence sur la plateforme Microsoft Teams® et sera enregistré. Celui-ci se déroulera sous forme d'un échange amené par des questions ouvertes sur le sujet de l'image du corps des patientes prises en soin en psychomotricité.

Au cours de l'analyse des entretiens qui auront été réalisés, il sera question de rechercher les points communs ou de divergences entre les observations cliniques apportées par les psychomotriciens.nes interrogés sur le sujet.

### Confidentialité des données

Les données recueillies au cours de ce projet de recherche sont anonymes et confidentielles conformément au Règlement Général sur la Protection des Données entré en vigueur en mai 2018. Votre nom ainsi que celui des patientes évoqués au cours de l'entretien resteront confidentiels et ne seront pas mentionnés dans les publications réalisées en lien avec cette étude (mémoire de recherche, article...).

Les données obtenues seront conservées de façon sécurisée jusqu'à la présentation du mémoire de recherche lors de la soutenance où elles seront alors supprimées (prévision : juillet 2023). Les seules personnes ayant accès à ces informations seront Mme RAUTUREAU Bilitis, DIAS DA SILVA Laura ainsi que NAFTI Catherine. Ces personnes s'engagent à respecter la confidentialité.

### Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur la base du volontariat. Aussi, vous êtes libre de participer ou non à cet entretien, de refuser de répondre à certaines questions et/ou de fournir certains renseignements et de vous retirer à tout moment sans préjudice et sans explication à fournir.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement. Vous pouvez exercer vos droits sus mentionnés en me contactant à l'adresse [bilitis.rautureau@psychomotricien.eu](mailto:bilitis.rautureau@psychomotricien.eu).

### Remerciements

Merci à vous pour votre collaboration, votre soutien et votre intérêt pour le sujet et la recherche menée.

Fait à :

Le :

Signature du participant

Signature du chercheur

**Tableaux****Tableau 2** – Représentant le nombre de psychomotriciens par année d'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricien (Q1)

<b>Année Obtention diplôme d'Etat Psychomotricien</b>	<b>Nombre de psychomotriciens</b>
2022	7
2021	11
2020	7
2019	9
2018	1
2017	1
2016	5
2015	1
2014	5
2013	3
2012	1
2011	1
2009	2
2007	1
2006	2
1997	1
1995	1
1992	1
1972	1
<b>Total :</b>	<b>61</b>

Ce tableau n'inclut pas les deux personnes ayant répondu 2023 car ces répondants ne sont pas encore diplômés au moment de l'étude et n'exercent donc pas en tant que psychomotriciens diplômés d'Etat. Ce tableau n'inclut pas également le répondant ayant inscrit la réponse « 202p » car celle-ci est incomplète et non analysable.

**Tableau 3** - Représentant les lieux de rencontre et de prise en soin en psychomotricité des femmes victimes de VPI précisés par les psychomotriciens interrogés (Q7)

<b>Lieux de rencontre et de prise en soin en psychomotricité des femmes victimes de VPI</b>	<b>Nombre de psychomotriciens</b>
Centre Médico-Psychologique (CMP), Hôpital de jour	1
Centre de réhabilitation	1
Cabinet libéral	2
Unité Hospitalière de psychiatrie adulte	1
Foyer de vie pour personnes déficientes intellectuelle	1
Centre de la douleur & CMP addictologie	1
Clinique Spécialisée dans les TCA et service d'addictologie	1
Services de Médecine Physique et Réadaptation neurologique et service orthopédique	1
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	2
Association CIDFF (Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles)	1
Association ENDAT-TCA (Etablissement d'Aide aux Troubles du Comportement Alimentaire)	1
Association Maison des femmes	1
Milieu Carcéral, Libéral et en Clinique Psychiatrique	1
CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) - spécifique pour les personnes ayant vécu des violences conjugales	1
Centre de Rééducation	1
Hôpital de sevrage, Clinique Post-cure	1
Hôpital de Jour dans une Clinique psychiatrique pour personnes adultes anxio-dépressives	1
PMI (Protection Maternelle et Infantile) Accompagnements de mamans victimes de VPI	1
<b>Total :</b>	<b>20</b>

Un des psychomotriciens répondant n'a pas précisé le lieu de rencontre des femmes victimes de VPI vues en prise en soin psychomotrice. Celui-ci n'est donc pas inclut dans le tableau ci-dessus.