

Sémiologie psychomotrice des femmes victimes
de violences conjugales

Psychomotor semiology of female victims of
domestic violence

Semiología psicomotriz de las mujeres víctimas de
violencia doméstica

MIP – Master Internacional en Psicomotricidad, préparation au Titre d'Expert en
Psychomotricité (RNCP 28192 Niveau 7)
Option : MIP Recherche
Référente mémoire : Laura Dias Da Silva

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier ma référente de mémoire, Laura Dias Da Silva. Merci pour ton temps, ton engagement et ta bienveillance.

J'ai tout de suite une pensée particulière pour mes parents, véritable soutien indéfectible et inconditionnel. Merci de m'avoir montré la voie. Merci pour tout ce que vous faites pour moi. Merci aussi à mes frères et à ma sœur d'être toujours à mes côtés face aux difficultés.

Je veux également dire merci à mes ami(e)s. Merci Julie, Agathe, Philomène, Maxence, Antoine, Marion, mes copines de Marseille. Merci de me soutenir, de me secouer, de me stimuler, de m'écouter, de me faire rire et relativiser.

Je souhaite adresser un remerciement particulier à Adrien. Merci de partager ma vie et d'être toujours présent pour moi peu importe quand, comment ou pourquoi. Merci pour tout.

Je souhaite ensuite remercier le CAJM de l'Ombelle et mes collègues compréhensives, bienveillantes et patientes.

Pour finir, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'écriture de ce mémoire. Merci aux professionnels ayant participé à l'étude, à ceux que j'ai pu rencontrer dans le cadre de ce mémoire, aux associations pour leur engagement et aux professeurs de l'ISRP pour leurs conseils.

Merci à tous ceux qui me permettent de vivre ma passion pour la psychomotricité. J'ai trouvé plus qu'une profession, j'ai trouvé une vocation.

Table des matières

Résumé :	i
Summary :	ii
Resumen :	iii
Résumé détaillé :	iv
Detailed summary:	xiv
Resumen detallado :	xxiv
<u>Introduction :</u>	1
I. Théorie	3
1. Les violences domestiques	3
A. Qu'est-ce que la violence ?	3
a) Définitions de la violence.....	3
b) Définition de la violence domestique	4
c) Données statistiques sur les violences domestiques faites aux femmes ..	4
d) Actions mises en place pour lutter contre les violences domestiques	6
B. Les violences domestiques	7
a) Les différentes sortes de violences domestiques.....	7
b) Le cycle de la violence	9
c) Actions mises en place pour l'accompagnement des femmes victimes de violences.....	10
2. Conséquences de violences domestiques	12
A. Physiques et physiologiques.....	12
B. Psychologiques et sociales	13
C. Troubles psychiatriques secondaires.....	13
a) Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	13
b) Dépression	14
D. Impact sur le corps et le langage du corps	14
3. Les fonctions psychomotrices, quelles sont-elles et comment peuvent-elles se décliner, s'organiser ?	16
A. Les fonctions psychomotrices selon Mortoire Saint-Cast (2012).....	17
a) Régulation tonique, dominance latérale, conduites motrices et gestuelles, praxies	17

b)	Perception, mémorisation, organisation et adaptation rythmique et temporelle	18
c)	Perception, mémorisation, organisation et adaptation spatiale	18
d)	Intégration du corps propre	19
B.	Les fonctions psychomotrices selon Paquet (2017)	19
C.	Les fonctions psychomotrices selon Vaivre-Douret et Paquet (2019)	19
a)	Tonus et latéralité	20
b)	Habilités oculo-manuelles, motricité globale et praxies.....	20
c)	Orientation spatiale du corps.....	21
d)	Rythme et attention auditive	21
e)	Gnosies tactiles	21
4.	Etablir le profil psychomoteur des victimes de violences conjugales : que sait-on ?.....	23
A.	Profil psychomoteur et troubles psychomoteurs	23
a)	Qu'est-ce qu'un « profil psychomoteur » ?	23
b)	Le trouble psychomoteur	23
B.	Existe-t-il un bilan spécifique du TSPT ?	24
a)	Le bilan psychomoteur	24
b)	Sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences domestiques : quels manques ?	26
II.	Méthodologie de l'étude	28
A.	Choix de la démarche	28
a)	Approche empirico-inductive :	28
b)	Méthode quantitative :	29
B.	L'outil d'enquête	29
a)	Le questionnaire	29
b)	Choix de la population	30
c)	Elaboration du questionnaire.....	30
d)	Phase de validation de l'outil.....	32
e)	Moyens de diffusion	32
C.	Points de vigilance	33
D.	Ethique et législation	34

III. Résultats	34
A. Données socio-démographiques	34
B. Analyse descriptive des fonctions psychomotrices	36
C. Analyses complémentaires : analyse de cluster K-means et de corrélations 39	
IV. Discussion	41
A. Réponse à la problématique	41
B. Limites rencontrées	44
a) Limites méthodologiques	44
b) Compétences de chercheur	46
C. Ouverture de la réflexion	46
a) Réplicabilité du questionnaire à l'étranger	46
b) Suite de l'étude	47
c) Ouverture à d'autres populations de recherche	48
Conclusion :	50
Références	51
Annexes :	I
Annexe 1 : Violentomètre	I
Annexe 2 : Dépliant explicatif sur les violences conjugales	II
Annexe 3 : Recommandations de bonnes pratiques pour le repérage de femmes victimes de violences au sein d'un couple (HAS, 2020)	III
Annexe 4 : Symptômes caractéristiques après l'exposition à un ou des événements traumatiques	V
Annexe 5 : Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-V	VIII
Annexe 6 : Observations cliniques des caractéristiques psychomotrices liées au TSPT selon Defontaine (2019)	X
Annexe 7 : Tableau d'aide à l'élaboration du questionnaire	XI
Annexe 8 : Questionnaire	XIII
Annexe 9 : Affiche de présentation du questionnaire	XVIII
Annexe 10 : Tableau récapitulatif du détail des notes données pour chaque fonction neuro-psychomotrice	XIX
Mots-clés	XX

Résumé :

Depuis peu, nous entendons davantage parler des violences conjugales envers la femme. Certaines de leurs conséquences sont connues mais la littérature fait très peu référence à l'impact de ces dernières sur l'appareil psychomoteur des femmes victimes. Pourtant, ces violences ont de nombreuses répercussions sur la personne qui les a subies notamment au niveau corporel et psychocorporel et elles peuvent favoriser l'émergence de pathologies psychiatriques. Elles présentent un impact « lourd sur la santé physique et psychique, et elles affectent la vie relationnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique » de la personne victime. (Margairaz, Girard, Halpérin, 2006, p.367). C'est dans l'optique de faire progresser le parcours de soin des femmes ayant subies des violences domestiques que nous souhaitons nous pencher sur la question de recherche suivante : « Quelle est la sémiologie psychomotrice des femmes qui ont subies des violences domestiques ? »

A l'aide d'une étude exploratoire par questionnaire, nous allons relever les conséquences des violences conjugales sur les fonctions psychomotrices observées par des professionnels de santé auprès de leurs patientes. Une approche empirico-inductive quantitative a été choisie car peu de recherches ont été faites sur l'impact des violences conjugales au niveau des fonctions psychomotrices des femmes. Le questionnaire a été créé sur Microsoft Forms® et diffusé via différents canaux (mails, réseaux sociaux). Nous avons recueilli 104 réponses mais sur ce total, seulement une partie des répondants a travaillé ou travaille avec des femmes victimes de violences conjugales. Finalement, 54 réponses ont été étudiées.

Grâce à cette étude, nous avons hiérarchisé l'impact de violences conjugales sur les fonctions psychomotrices des femmes en relevant les fonctions psychomotrices les plus impactées et celles qui le sont moins. L'étude a également montré que toutes les fonctions psychomotrices sont corrélées entre elles.

Pour finir, on voit grâce au questionnaire que deux groupes de professionnels se distinguent dans les caractéristiques de leurs réponses : les psychomotriciens et les sages-femmes d'une part et les psychologues, psychiatres et infirmiers d'autre part. Cela démontre l'importance de la pluridisciplinarité dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales.

Summary :

Recently, we have been hearing more about domestic violence against women. Some of the consequences are well known, but the literature makes very little reference to the impact of such violence on the psychomotor system of women who are victims. Yet such violence has many repercussions on the person who suffers it, particularly in terms of the body and mind, and can encourage the emergence of psychiatric pathologies. It has a "serious impact on the physical and psychological health, and affects the relational, family, social, professional and economic life" of the victim. (Margairaz, Girard, Halpérin, 2006, p.367). With a view to advancing the care of women who have suffered domestic violence, we would like to address the following research question: "What is the psychomotor semiology of women who have suffered domestic violence?"

By means of an exploratory study using questionnaires, we are going to record the consequences of domestic violence on the psychomotor functions observed by health professionals with their patients. A quantitative empirical-inductive approach was chosen because little research has been done on the impact of domestic violence on women's psychomotor functions. The questionnaire was created using Microsoft Forms® and distributed via various channels (email, social networks). We received 104 responses, but only some of the respondents had worked with women who had been victims of domestic violence. In the end, 54 responses were studied.

Thanks to this study, we were able to rank the impact of domestic violence on women's psychomotor functions by identifying the psychomotor functions that are most and least affected. The study also showed that all the psychomotor functions are correlated.

Finally, the questionnaire shows that two groups of professionals stand out in terms of the characteristics of their responses: psychomotor therapists and midwives on the one hand, and psychologists, psychiatrists and nurses on the other. This demonstrates the importance of multi-disciplinary support for women who are victims of domestic violence.

Resumen :

Últimamente oímos hablar más de la violencia doméstica contra las mujeres. Algunas de sus consecuencias son bien conocidas, pero la literatura hace muy poca referencia al impacto de dicha violencia en el sistema psicomotor de las mujeres que son víctimas. Sin embargo, esta violencia tiene muchas repercusiones en la persona que la sufre, sobre todo a nivel corporal y mental, y puede favorecer la aparición de patologías psiquiátricas. Tiene "graves repercusiones en la salud física y psíquica, y afecta a la vida relacional, familiar, social, profesional y económica" de la víctima. (Margairaz, Girard, Halpérin, 2006, p.367). Con el fin de avanzar en la atención a las mujeres que han sufrido violencia doméstica, nos gustaría abordar la siguiente pregunta de investigación : "¿Cuál es la semiología psicomotriz de las mujeres que han sufrido violencia doméstica?"

Mediante un estudio exploratorio que utiliza cuestionarios, vamos a registrar las consecuencias de la violencia doméstica en las funciones psicomotoras observadas por los profesionales de la salud con sus pacientes. Se eligió un enfoque empírico-inductivo cuantitativo porque se han realizado pocas investigaciones sobre las consecuencias de la violencia doméstica en las funciones psicomotoras de las mujeres. El cuestionario se creó utilizando Microsoft Forms® y se distribuyó a través de diversos canales (correo electrónico, redes sociales). Recibimos 104 respuestas, pero sólo algunos de los encuestados habían trabajado con mujeres víctimas de la violencia doméstica. Al final, se estudiaron 54 respuestas.

Gracias a este estudio, pudimos clasificar el impacto de la violencia doméstica en las funciones psicomotoras de las mujeres identificando las funciones psicomotoras más y menos afectadas. El estudio también demostró que todas las funciones psicomotoras están correlacionadas.

Por último, el cuestionario muestra que dos grupos de profesionales destacan por las características de sus respuestas: los psicomotricistas y las matronas, por un lado, y los psicólogos, psiquiatras y enfermeros, por otro. Esto demuestra la importancia del apoyo multidisciplinar a las mujeres víctimas de violencia doméstica.

Résumé détaillé :

Introduction :

Les violences conjugales ont de nombreuses répercussions sur la personne qui les subi notamment au niveau corporel et psychocorporel. Elles peuvent engendrer différents troubles psychiatriques secondaires et les fonctions psychomotrices de l'individu peuvent être impactées bien que cet impact reste encore peu connu dans la littérature. C'est dans l'optique de faire progresser le parcours de soin des femmes ayant subies des violences domestiques que nous souhaitons dresser un profil psychomoteur de ces dernières. Nous allons donc nous pencher sur la question de recherche suivante : « Quelle est la sémiologie psychomotrice des femmes qui ont subies des violences domestiques ? » Pour répondre au plus près à ce questionnement, une méthode empiro-inductive, quantitative a été choisie. L'objectif de notre étude exploratoire est de relever les conséquences des violences conjugales sur les fonctions psychomotrices observées par des professionnels de santé. Nous présenterons tout d'abord le contexte de l'étude en abordant le sujet des violences conjugales, de leurs conséquences et nous définirons également les fonctions psychomotrices. Ensuite, nous proposerons une description de la méthodologie de l'étude ainsi que de la présentation des résultats et de leur analyse. Enfin, nous clôturerons par une partie discussion autour des limites rencontrées lors de l'étude et d'une ouverture de la réflexion de l'objet de recherche.

Contexte de l'étude :

Les violences domestiques

Pour parler des violences conjugales, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) utilise le terme « violences entre partenaires intimes » (VPI) c'est à dire « 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 » (Organisation mondiale de la santé, 2002). Schwander (2003, p.2) précise que les violences sont dites domestiques « dès lors qu'une personne exerce ou menace d'exercer une violence physique, psychique ou sexuelle au sein d'une relation familiale, conjugale ou maritale en cours ou dissoute ». Les pourcentages démontrent qu'il est « probable que 90% des violences domestiques soient commises par des hommes à l'encontre des femmes. » (Department of Health, 2005)

et les statistiques de 2020 font état de 102 femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire (Service Statistique Ministériel de la sécurité Intérieure, 2021). De nombreuses actions et de la prévention sont mises en place par le gouvernement français et des associations afin de lutter contre les violences conjugales. Il existe différentes formes de violences conjugales : verbale, psychologique, sexuelle, économique, administrative, sociale. Elles s'inscrivent toutes dans un « cycle de la violence » (Walker, 1979). Ce schéma comportemental est composé de différentes phases : la phase de tension, celle d'agression ou d'explosion et la phase de calme ou de sursis amoureux. Il se reproduit continuellement et devient de plus en plus intense au fil du temps. Afin d'accompagner les femmes voulant sortir du cycle de la violence, il existe des structures comme des cellules d'écoute, des centres d'hébergement et de réinsertion, des services au sein des hôpitaux ou des maisons des femmes. Au niveau du soin, le protocole DOTIP a été développé pour aider les soignants à dépister et orienter les victimes de violences.

Conséquences des violences domestiques

La privation des droits fondamentaux de l'individu au travers des violences domestiques présente un impact « lourd sur la santé physique et psychique, et elles affectent la vie relationnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique » de la personne victime. (Margairaz, Girard, Halpérin, 2006, p.367) De surcroît, une méta-analyse explique qu'« ayant des conséquences sur la santé à court, moyen et long terme, la VPI a un impact sur la santé physique (douleur, etc.), mentale (dépression, anxiété, suicide, etc.) et sexuelle et reproductive. » (Vicard-Olagne & al., 2021, p.2).

Les conséquences des violences domestiques sont diverses. On retrouve souvent chez la victime des traumatismes physiques comme des fractures, des hématomes etc. Les violences conjugales peuvent aussi engendrer des conséquences psychologiques et sociales comme le développement d'addiction, les tentatives de suicide, l'isolement, l'absence de soins médicaux, une faible estime de soi etc.

De plus, d'après Margairaz, Girard et Halpérin (2006, p.369), dans le cas des violences entre partenaires intimes, « l'état de stress post-traumatique et la dépression sont au tout premier plan et devraient faire l'objet d'une grande attention sur le plan du diagnostic et de la prise en charge. » La CIM 11 définit le trouble de stress post-traumatique (TSPT) comme « une situation ou un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui

provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». Concernant le syndrome dépressif, sa sémiologie est définie par une triade symptomatique associant une humeur dépressive, des signes somatiques et un ralentissement psychomoteur. D'après Voyer, Delbreil & Senon (2014, p.667), « la dépression est le premier trouble psychiatrique retrouvé chez les victimes de violence physique ou sexuelle. » Pour terminer, les violences conjugales ont également un impact sur le corps et le langage du corps. Ce dernier est violenté, malmené, sa sensorialité est modifiée, l'image du corps semble être touchée tout comme l'estime de soi ou même le sentiment d'identité de la victime. Ces désordres sensoriels et physiques peuvent traduire des souffrances que la victime ne pourra pas toujours verbaliser.

Les fonctions psychomotrices : quelles sont-elles ?

Différentes théories parlent des fonctions psychomotrices mais ici nous nous baserons sur les travaux de Saint Cast (2012), de Paquet (2017) et de Vaivre-Douret et Paquet (2019), leurs écrits faisant encore référence aujourd'hui.

Tout d'abord, Mortoire Saint-Cast (2012) répertorie les fonctions psychomotrices en quatre rubriques : 1. Régulation tonique, dominance latérale, conduites motrices et gestuelles, praxies ; 2. Perception, mémorisation, organisation et adaptation rythmique et temporelle ; 3. Perception, mémorisation, organisation et adaptation spatiale ; 4. Intégration du corps propre. Ensuite, Paquet (2017) classe elle aussi les fonctions psychomotrices en différentes catégories : le tonus musculaire (de fond, d'action, postural, d'expression), la motricité globale (équilibre statique et dynamique, coordination, motricité fine), les praxies, le schéma corporel et l'image du corps, la sensorialité et les perceptions (gnosies tactiles, rythme auditivo-perceptivo-moteur). Dans cette classification, on retrouve des points communs avec celle de Mortoire Saint-Cast, notamment au niveau des noms de certaines fonctions mais celles-ci ne sont pas classées de la même façon. Dans le référentiel de Paquet (2017), la dimension sensorielle et tonico-émotionnelle est plus marquée. Enfin, en lien avec la création de la Batterie d'Evaluation de la NP-MOT, Vaivre-Douret et Paquet (2019) distinguent neuf fonctions d'intégration neuro-psychomotrices qui composent la batterie d'évaluation NP-MOT : le tonus, la latéralité, les habiletés oculo-manuelles, la motricité globale, les praxies, l'intégration et l'orientation spatiale du corps, le rythme, l'attention auditive et les gnosies tactiles. Les théories permettent de relever

les différentes fonctions psychomotrices décrites dans la littérature. Elles sont identifiables grâce à un bilan psychomoteur et correspondent aux éléments sur lesquels le psychomotricien se base pour décrire le profil psychomoteur d'un individu. Ici, elles serviront de base dans l'étude effectuée et présentée ci-après.

Etablir le profil psychomoteur des victimes de violences conjugales

Le psychomotricien détermine le profil psychomoteur de ses patients. Il peut être défini comme l'ensemble des caractéristiques psychomotrices de la personne, relevées lors du bilan psychomoteur. Le psychomotricien identifie et agit sur des troubles psychomoteurs, troubles définis comme des « troubles neuro-développementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. » (Albaret, Marquet-Doléac, Soppelsa, 2011, p.10). De plus, la considération de l'histoire de l'individu est primordiale dans la prise en soin psychomotrice car ses expériences impactent la personne dans son identité psychomotrice. Récemment, le recensement de premiers éléments sémiologiques en psychomotricité pour certaines maladies psychiatriques a commencé mais les outils en psychomotricité dans le domaine de la psychiatrie adulte manquent de standardisation. Au niveau psychomoteur, la sémiologie psychomotrice peut être définie comme l'étude des signes psychomoteurs dans un environnement donné. Il n'existe pas à notre connaissance d'études s'intéressant à la sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences domestiques. Il semble intéressant d'en définir une afin de perfectionner leur accompagnement dans le parcours de soin et de pouvoir réfléchir précisément aux troubles psychomoteurs pour lesquels pourraient être indiqués le psychomotricien.

Méthodologie :

Notre réflexion de départ était que les violences conjugales ont un impact sur les fonctions psychomotrices des victimes. Cette dernière a amené la problématique suivante : « Quelle est la sémiologie psychomotrice des femmes qui ont subi des violences domestiques ? » Une approche empirico-inductive quantitative a été choisie car tout d'abord, peu de recherches ont été faites sur l'impact des violences conjugales au niveau des fonctions psychomotrices. Cette méthode nous a semblée pertinente dans notre cas. Nous allons nous baser sur les observations des professionnels en laissant de côté nos opinions préalables. Ensuite, le questionnaire

a été choisi car, aiguillé par des questions précises, il va permettre de faire ressortir de l'enquête des données quantifiables.

Le questionnaire a également été choisi pour d'autres raisons. La praticabilité de cet outil enlève des contraintes spatio-temporelles pour la population interrogée mais aussi pour son mandataire. Il permet de multiplier les réponses car il peut être diffusé grâce au partage du questionnaire par les répondants eux-mêmes à leur réseau (Given, 2008). Ces points sont importants dans notre cas car peu de professionnels de santé travaillent dans le domaine étudié ici. Ensuite, il permet une neutralité de la part de l'enquêteur. Pour créer les questions, nous avons utilisé les différentes théories sur les fonctions psychomotrices qui ont été présentées précédemment. Le questionnaire est composé d'une introduction comportant toutes les informations dont la personne répondant à l'étude a besoin tant au niveau législatif qu'éthique. Il est découpé en deux parties. Tout d'abord, il y a 7 questions d'origine sociodémographiques nécessaires pour confirmer les critères d'inclusion (être psychomotricien ou psychologue ou psychiatre ou sage-femme ou infirmier et travailler en France ou DOM-TOM). Ensuite, apparaît une seconde partie avec les 12 questions liées directement à l'étude. Ces questions portent sur les différentes fonctions psychomotrices. La réponse à ces questions est une échelle d'intensité de 1 (pas du tout) à 10 (tout à fait) afin de quantifier la présence ou l'absence de trouble des différentes fonctions psychomotrices. Enfin, une dernière question ouverte permet à la personne de rédiger un commentaire supplémentaire si elle en a besoin. Au total, le questionnaire est composé de 20 questions et à une durée moyenne de remplissage de 10 minutes. Il a été créé via le site Microsoft Forms® pour son aspect instinctif, la visibilité simplifiée des réponses et le respect de la loi RGPD sur la protection des données personnelles. Sa diffusion a pu être réalisée via différents canaux : réseaux sociaux (groupes fermés de professionnels), mails des différents professionnels, associations rencontrées etc.

Différentes erreurs peuvent intervenir dans une étude. Ici, nous pouvons relever principalement deux biais possibles : le biais d'interprétation et le biais de suggestion. De plus, une attention particulière a été portée sur l'éthique de cette étude. Pour le questionnaire, la loi du 20 juin 2018 sur la protection des données doit être respectée (Legifrance, 2018). Dans cette recherche, l'anonymat des participants

est préservé grâce à un code d'anonymat et pour respecter le consentement éclairé, toutes les informations relatives à l'étude sont stipulées dans l'introduction du questionnaire. Enfin, il est important de notifier que cette étude n'est pas soumise à la loi du 5 mars 2012, loi Jardé relative à la « recherche impliquant la personne humaine » (RIPH) (Legifrance, 2012) car elle interroge l'opinion, les représentations des professionnels de santé. Aucun recueil de données médicales individualisées n'est effectué.

Présentation des résultats :

L'échantillon est constitué d'un total de 104 réponses mais sur ce total, seulement une partie des répondants a travaillé ou travaille avec des femmes victimes de violences conjugales. En découle donc un deuxième échantillon qui sera l'échantillon étudié et qui est composé de 54 répondants (10 psychomotriciens, 8 psychiatres, 25 psychologues, 5 infirmiers, 6 sages-femmes).

Analyse descriptive des fonctions psychomotrices

Les réponses au questionnaire ont permis de relever le taux de présence d'un trouble pour chaque fonction neuro-psychomotrice grâce à des évaluations moyennes pour chaque fonction. On remarque que la présence de trouble de certaines fonctions psychomotrices ressort davantage. Effectivement, le trouble de l'image du corps obtient une présence moyenne de 7,89 sur 10. Dans ce sens, le trouble des fonctions cognitives obtient une présence moyenne de 6,83 sur 10 et le trouble du tonus de 5,31 sur 10. D'après les répondants, ce sont les troubles qui ressortent en majorité parmi tous les troubles des fonctions psychomotrices présentés et qui obtiennent une moyenne supérieure à 5 sur 10. A contrario, les trois troubles les moins présents semblent être le trouble de la latéralité (moyenne de 2,59 sur 10), le trouble des habilités oculo-manuelles (moyenne de 2,80 sur 10) et le trouble des gnosies tactiles (moyenne de 3,07 sur 10). On note également qu'aucune moyenne de 1, relevant de l'absence complète d'un trouble d'une fonction psychomotrice n'est à notifier.

Analyses complémentaires

2 sortes d'analyses complémentaires ont été effectuée à partir de ces données. Une analyse de cluster K-means et une étude de corrélation ont été réalisées grâce à XLSTAT®, une extension d'Excel®. L'analyse de cluster K-means permet de répartir

les sujets en différents groupes en fonction de leur degré de similarité. Ici, le classement des sujets en deux classes a montré que la majorité des psychomotriciens se retrouve avec la majorité des sages-femmes dans une classe. D'un autre côté, la majorité des psychologues se retrouve dans la même classe que la majorité des psychiatres et des infirmiers. Lorsque l'on met en parallèle ces résultats avec les évaluations moyennes de chaque fonction psychomotrice, on remarque qu'en général les moyennes données pour chaque trouble par les psychomotriciens et les sages-femmes sont proches tandis que celles données par les psychologues, les infirmiers et les psychiatres sont aussi globalement rapprochées. Ensuite, concernant l'étude de corrélation, elle permet d'évaluer une dépendance, une association, un lien entre deux variables grâce à une matrice de similarité-dissimilarité. Les résultats de cette étude ont mis en lumière plusieurs points. Tout d'abord, on remarque que les fonctions psychomotrices n'ont pas de coefficient de corrélation négatif et ont donc un coefficient de corrélation compris en 0 et 1, ce qui démontre un lien entre toutes les fonctions et soutient le paradigme psychomoteur. De plus, on remarque que certaines fonctions présentent un coefficient de corrélation plus proche de 1, ce qui illustre une plus forte corrélation entre elles. Par exemple, la motricité globale et le tonus sont très corrélés, tout comme la latéralité et les habilités oculo-manuelles.

Discussion :

Réponse à la problématique

Au travers de la littérature, nous avons constaté que peu d'écrits parlent de l'impact des violences conjugales sur les fonctions psychomotrices. La majorité d'entre eux expliquent les impacts physiques et/ou psychiques des violences conjugales sur les femmes. Les femmes victimes de violences domestiques souffrent souvent de dépression ou de Trouble de Stress Post-Traumatique, deux pathologies qui commencent à être renseignées d'un point de vue psychomoteur dans la littérature. Afin de compléter la réponse à la problématique présentée nous avons réalisé une étude dans le but de dresser une sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences conjugales. Cette recherche reste à nuancer car elle repose sur les observations cliniques de professionnels de santé dont la plupart ne sont pas experts des fonctions psychomotrices. Les résultats décrits ci-dessus montrent la corrélation des fonctions psychomotrices entre elles ainsi que les professions ayant répondu de

façon similaire au questionnaire mais ils permettent principalement de dresser la liste des fonctions plus ou moins atteintes selon les répondants (grâce à des moyennes sur dix). La fonction psychomotrice la plus touchée suite aux violences conjugales est l'image du corps (7,89/10). Viennent ensuite ; les fonctions cognitives (6,83/10), le tonus (5,31/10), la motricité globale (4,46/10), le rythme (4,43/10), l'attention auditive (4,43/10), l'orientation spatiale du corps (4,22/10), les praxies (3,24/10), les gnosies tactiles (3,07/10), les habilités oculo-manuelles (2,80/10) puis la latéralité (2,59/10).

Par ailleurs, le lien relevé entre toutes les fonctions psychomotrices n'est pas anodin. Il renvoie au lien neuro-anatomique des différentes fonctions psychomotrices mais également à la boucle sensori-psycho-motrice, bases du paradigme psychomoteur. Il s'explique par « l'interdépendance entre corps et psyché, que nos pratiques ne se basent pas uniquement sur le verbal mais se fondent sur l'action, le mouvement, l'espace, la sensorialité, la rythmicité et la relation » (Potel, 2010, p.73). Dès le début de la psychomotricité, la profession s'est appuyée sur la relation entre tous ces éléments, relation qui transparait ici dans la corrélation entre les fonctions psychomotrices. Les psychomotriciens sont très souvent présents dans les services de psychiatrie français. Ils peuvent agir sur les conséquences psychomotrices des pathologies psychiatriques, notamment celles secondaires aux violences conjugales. En 2020, la HAS a publié un écrit sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes psychotraumatiques chez l'enfant et l'adulte dans lequel le psychomotricien est cité dans les recommandations. Parallèlement, le psychomotricien peut aussi axer son travail autour de la douleur car elle est en relation avec les fonctions psychomotrices. Effectivement, « Lorsqu'elle s'installe et devient chronique elle envahit la conscience corporelle du sujet et perturbe son état tonique. Ce qui aura des conséquences sur les capacités psychomotrices du sujet » (Dias Da Silva, 2016, p.1)

Limites rencontrées

Comme expliqué précédemment, différentes erreurs peuvent intervenir dans une étude : les biais qui, s'ils ne sont pas soulevés, peuvent questionner la validité de l'étude (Ben Abdelaziz et al., 2021). Dans cette étude, nous nous sommes occupés de limiter les biais mais nous ne pouvons jamais être certains de les avoir complètement annulés. Des éléments n'ayant pas été pris en compte dans le questionnaire et qui

ont été relevés par les professionnels dans leurs commentaires sont l'inter-individualité des personnes et le lieu d'exercice qui engendre un travail différent. Parallèlement, d'autres points concernant l'étude ont entraîné des difficultés. Bien que le questionnaire ait été disponible 10 semaines en ligne, il y a eu peu de réponses et ce malgré de nombreuses relances individualisées. De plus, il s'agit d'un domaine dans lequel peu de psychomotriciens travaillent donc le nombre de répondants psychomotriciens de profession est faible. Enfin, la subjectivité des réponses est à notifier notamment parce que le questionnaire interroge les fonctions psychomotrices et qu'une majorité des répondants n'était pas psychomotriciens donc non experts des fonctions psychomotrices.

Ouverture de la réflexion

Ce projet est aujourd'hui une première pierre dans l'apport de connaissances sur les fonctions psychomotrices et les violences conjugales. Il tend à montrer l'intérêt de la place du psychomotricien dans ce milieu. Il est envisageable de projeter et d'imaginer des éventualités internationales pour l'avenir de ce sujet comme par exemple la diffusion du questionnaire dans d'autres pays que la France. Actuellement, nous savons traiter les pathologies physiques ou psychiatriques qui peuvent découler des violences conjugales sans traiter réellement l'impact des violences sur le corps et ou sur lien corps-esprit. La dépression est aujourd'hui mieux connue, son diagnostic plus facile et l'impact de celle-ci sur le corps plus renseigné et pris en compte. Quant au TSPT, un outil standardisé, le psychomoteur diagnostic de l'état de stress post-traumatique a été réalisé vers 2004 par Zwart aux Pays-Bas : le PMDI. Les femmes victimes de violences ont rarement un suivi psychomoteur.

Par ailleurs, beaucoup de pays proposent des interventions centrées sur le corps dans le cas d'un TSPT comme les thérapies BMOI basées sur le corps et le mouvement. La création d'un bilan psychomoteur spécifique aux femmes victimes de violences conjugales serait donc une évolution pertinente dans la prise en soin de ces femmes.

Dans le couple, les violences conjugales sont majoritairement subies par les femmes mais de nombreux articles parlent des co-victimes que peuvent être les enfants, témoins des violences conjugales. Le terme de « enfant exposé aux violences conjugales » est souvent utilisé car il regroupe le fait de voir les violences, de les

entendre, d'observer leurs effets et de les vivre tous les jours avec peur. Dans son livre *Exposés aux violences conjugales, les enfants de l'oubli* (2016) Zaouche Gaudron incite les professionnels de tout secteur à être « davantage sensibilisés à la problématique des enfants exposés aux violences conjugales » (Zaouche Gaudron, 2016, p. 103). Ils font partie intégrante du cadre insécurisé instauré dans le cas de violences conjugales, ce qui en fait l'une des formes les plus insidieuses de maltraitance (Sadlier, 2015)

Conclusion :

L'objet de cette étude est de définir des éléments de la sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences conjugales. Pour ce faire, il convient d'avoir des connaissances des données actuelles sur les violences conjugales, leurs impacts et la définition des fonctions psychomotrices. La littérature a montré qu'il n'existe pas encore de sémiologie psychomotrice spécifique au cas de femmes ayant subi des violences domestiques. Au travers d'une méthodologie de recherche par questionnaire, nous avons relevé les fonctions psychomotrices les plus impactées par les violences conjugales et celles qui le sont moins. Cela a permis de hiérarchiser l'impact de ces violences sur les fonctions psychomotrices des femmes. L'étude a également montré que deux groupes de professionnels se distinguent dans les caractéristiques de leurs réponses : les psychomotriciens et les sages-femmes d'une part et les psychologues, psychiatres et infirmiers d'autre part. Elle démontre donc l'importance de la pluridisciplinarité dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Aux vues de l'importance d'une prise en charge psychomotrice avec les femmes victimes de violences conjugales, l'objectif sur le long terme serait de développer, en lien avec les autorités de santé, des postes de psychomotriciens dans l'accompagnement de ces femmes afin de perfectionner leur prise en soin.

Detailed summary:

Introduction:

Domestic violence has many repercussions on the person who suffers it, particularly at the physical and psycho-corporal level. It can cause various secondary psychiatric disorders and the psychomotor functions of the individual can be impacted although this impact remains little known in the literature. It is with a view to advancing the care of women who have suffered domestic violence that we wish to draw up a psychomotor profile of these women. We will therefore look at the following research question: "What is the psychomotor semiology of women who have suffered domestic violence? In order to answer this question as closely as possible, a quantitative, empiro-inductive method was chosen. The objective of our exploratory study is to identify the consequences of domestic violence on the psychomotor functions observed by health professionals.

We will first present the context of the study by addressing the subject of domestic violence and its consequences and we will also define psychomotor functions. We will then describe the methodology of the study and the presentation of the results and their analysis. Finally, we will close with a discussion of the limits encountered during the study and an opening of the reflection of the research object.

Background to the study:

Domestic violence:

The World Health Organisation (WHO) uses the term 'intimate partner violence' (IPV) to refer to 'any behaviour within an intimate relationship that causes physical, psychological or sexual harm or suffering to those involved in the relationship' (World Health Organisation, 2002). Schwander (2003, p.2) specifies that violence is said to be domestic "when a person exercises or threatens to exercise physical, psychological or sexual violence within an ongoing or dissolved family, marital or conjugal relationship". The percentages show that it is "likely that 90% of domestic violence is committed by men against women. (Department of Health, 2005) and statistics for 2020 show 102 women killed by their partner or ex-partner (Ministerial Statistical Service for Home Security, 2021). Numerous actions and prevention

measures have been put in place by the French government and associations to combat domestic violence. There are different forms of domestic violence: verbal, psychological, sexual, economic, administrative and social. They are all part of a "cycle of violence" (Walker, 1979). This behavioural pattern is made up of different phases: the tension phase, the aggression or explosion phase and the calm phase or the phase of loving respite. It is continuously repeated and becomes more and more intense over time. In order to support women who want to get out of the cycle of violence, there are structures such as listening cells, accommodation and reintegration centres, services within hospitals or women's centres. At the level of care, the DOTIP protocol has been developed to help health care providers to detect and refer victims of violence.

Consequences of domestic violence

The deprivation of the individual's fundamental rights through domestic violence has a 'heavy impact on the physical and psychological health, and affects the relational, family, social, professional and economic life' of the victim. (Margairaz, Girard, Halpérin, 2006, p.367) Furthermore, a meta-analysis explains that "with short, medium and long term health consequences, IPV has an impact on physical (pain, etc.), mental (depression, anxiety, suicide, etc.) and sexual and reproductive health. (Vicard-Olagne & al., 2021, p.2). The consequences of domestic violence are diverse. The victim often suffers physical trauma such as broken bones, haematomas, etc. Domestic violence can also have psychological and social consequences such as the development of addictions, suicide attempts, isolation, lack of medical care, low self-esteem etc.

Furthermore, according to Margairaz, Girard and Halpérin (2006, p.369), in the case of intimate partner violence, "post-traumatic stress disorder and depression are at the forefront and should be given great attention in terms of diagnosis and management. The ICD 11 defines post-traumatic stress disorder (PTSD) as "an unusually threatening or catastrophic stressful situation or event (of short or long duration) that would cause obvious symptoms of distress in most individuals". Concerning the depressive syndrome, its semiology is defined by a symptomatic triad associating a depressive mood, somatic signs and psychomotor slowing down. According to Voyer, Delbreil & Senon (2014, p.667), "depression is the first psychiatric disorder found in

victims of physical or sexual violence." Finally, domestic violence also has an impact on the body and body language. The body is violated and abused, its sensory quality is modified, the body image seems to be affected, as well as the victim's self-esteem and sense of identity. These sensory and physical disorders may reflect suffering that the victim may not be able to verbalise.

Psychomotor functions: what are they?

Different theories talk about psychomotor functions but here we will base ourselves on the work of Saint Cast (2012), Paquet (2017) and Vaivre-Douret and Paquet (2019), their writings still being a reference today.

First, Mortoire Saint-Cast (2012) lists psychomotor functions under four headings: 1. tonic regulation, lateral dominance, motor and gestural behaviours, praxis; 2. perception, memorization, organization and rhythmic and temporal adaptation; 3. perception, memorization, organization and spatial adaptation; 4. integration of the own body. Paquet (2017) also classifies psychomotor functions into different categories: muscle tone (background, action, postural, expression), gross motor skills (static and dynamic balance, coordination, fine motor skills), praxis, body schema and body image, sensory and perceptual skills (tactile gnosis, auditory-perceptual-motor rhythm). In this classification, we find points in common with that of Mortoire Saint-Cast, notably in the names of certain functions, but they are not classified in the same way. In Paquet's (2017) reference framework, the sensory and tonic-emotional dimension is more marked. Finally, in connection with the creation of the NP-MOT Assessment Battery, Vaivre-Douret and Paquet (2019) distinguish nine neuro-psychomotor integration functions that make up the NP-MOT Assessment Battery: tone, laterality, oculo-manual skills, gross motor skills, praxias, integration and spatial orientation of the body, rhythm, auditory attention and tactile gnosis. The theories allow us to identify the different psychomotor functions described in the literature. They can be identified through a psychomotor assessment and correspond to the elements on which the psychomotor therapist bases his or her description of an individual's psychomotor profile. Here, they will serve as the basis for the study carried out and presented below.

Establishing the psychomotor profile of victims of domestic violence

The psychomotrician determines the psychomotor profile of his patients. This can be defined as all of the psychomotor characteristics of the person, identified during the psychomotor assessment. The psychomotrician identifies and acts on psychomotor disorders, disorders defined as "neurodevelopmental disorders that affect the subject's adaptation in its perceptual-motor dimension. (Albaret, Marquet-Doléac, Soppelsa, 2011, p.10). Furthermore, the consideration of the individual's history is essential in psychomotor care because his or her experiences impact the person's psychomotor identity. Recently, the first semiotic elements in psychomotricity for certain psychiatric diseases have been identified, but the psychomotricity tools in the field of adult psychiatry lack standardisation. At the psychomotor level, psychomotor semiology can be defined as the study of psychomotor signs in a given environment. To our knowledge, there are no studies on the psychomotor semiology of female victims of domestic violence. It seems interesting to define one in order to improve their accompaniment in the care process and to be able to reflect precisely on the psychomotor disorders for which the psychomotrician could be indicated.

Methodology:

Our initial thought was that domestic violence has an impact on the psychomotor functions of victims. This led to the following question: "What is the psychomotor semiology of women who have suffered domestic violence? A quantitative empirical-inductive approach was chosen because, firstly, little research had been done on the impact of domestic violence on psychomotor functions. This method seemed relevant in our case. We will be basing ourselves on the observations of professionals, leaving aside our own prior opinions. Next, the questionnaire was chosen because, guided by precise questions, it would enable us to obtain quantifiable data from the survey.

The questionnaire was also chosen for other reasons. The practicality of this tool removes space and time constraints for both the respondents and their representatives. It allows for a multiplication of responses, as it can be disseminated by respondents themselves to their network (Given, 2008). These points are important in our case, as few healthcare professionals work in the field studied here. Secondly, it ensures neutrality on the part of the interviewer. To create the questions,

we used the various theories on psychomotor functions that were presented earlier. The questionnaire consists of an introduction containing all the information that the person taking part in the study needs, both in terms of legislation and ethics. It is divided into two parts. Firstly, there are 7 socio-demographic questions needed to confirm the inclusion criteria (being a psychomotrician or psychologist or psychiatrist or midwife or nurse and working in France or the French overseas departments and territories). The second part consists of 12 questions directly related to the study. These questions relate to the various psychomotor functions. The answers to these questions are given on an intensity scale from 1 (not at all) to 10 (completely) in order to quantify the presence or absence of problems with the various psychomotor functions. Finally, an open-ended question allows the person to write an additional comment if they need to. In all, the questionnaire consists of 20 questions and takes an average of 10 minutes to complete. It was created using the Microsoft Forms® website for its instinctive aspect, simplified visibility of responses and compliance with the RGPD law on the protection of personal data. It was distributed via various channels: social networks (closed groups of professionals), emails from various professionals, associations we met, etc.

Various errors can occur in a study. Here, we can highlight two main possible biases: interpretation bias and suggestion bias. In addition, particular attention has been paid to the ethics of this study. For the questionnaire, the Data Protection Act of 20 June 2018 must be respected (Legifrance, 2018). In this research, the anonymity of the participants is preserved thanks to an anonymity code and to respect informed consent, all information relating to the study is stipulated in the introduction to the questionnaire. Finally, it is important to note that this study is not subject to the law of 5 March 2012, the Jardé law relating to "research involving the human person" (RIPH) (Legifrance, 2012) because it questions the opinions and representations of healthcare professionals. No individualised medical data is collected.

Presentation of results:

The sample consists of a total of 104 responses but of this total, only a proportion of the respondents have worked or work with women who are victims of domestic violence. This resulted in a second sample which will be the sample studied and

which is composed of 54 respondents (10 psychomotricians, 8 psychiatrists, 25 psychologists, 5 nurses, 6 midwives).

Descriptive analysis of psychomotor functions

The responses to the questionnaire made it possible to identify the rate of presence of a disorder for each neuro-psychomotor function by means of average evaluations for each function. We note that the presence of disorders in certain psychomotor functions is more apparent. Indeed, the body image disorder obtains an average presence of 7.89 out of 10. In this sense, the cognitive functions disorder obtains an average presence of 6.83 out of 10 and the tonus disorder 5.31 out of 10. According to the respondents, these are the disorders that stand out in the majority among all the disorders of psychomotor functions presented and that obtain an average of more than 5 out of 10. In contrast, the three least common disorders appear to be laterality disorder (mean of 2.59 out of 10), oculo-manual skills disorder (mean of 2.80 out of 10) and tactile gnosis disorder (mean of 3.07 out of 10). We also note that there was no average of 1, indicating the complete absence of a psychomotor function disorder.

Additional analyses

Two kinds of complementary analyses were performed on these data. A K-means cluster analysis and a correlation study were performed using XLSTAT®, an Excel® extension. The K-means cluster analysis allows to divide the subjects into different groups according to their degree of similarity. Here, the classification of the subjects into two classes showed that the majority of psychomotricians are found together with the majority of midwives in one class. On the other hand, the majority of psychologists are in the same class as the majority of psychiatrists and nurses. When we compare these results with the average evaluations of each psychomotor function, we notice that in general the averages given for each disorder by the psychomotorists and midwives are close, while those given by the psychologists, nurses and psychiatrists are also close overall. Secondly, concerning the correlation study, it makes it possible to evaluate a dependence, an association, a link between two variables thanks to a similarity-dissimilarity matrix. The results of this study highlighted several points. First of all, it was noted that the psychomotor functions do not have a negative correlation coefficient and therefore have a correlation coefficient

between 0 and 1, which demonstrates a link between all the functions and supports the psychomotor paradigm. In addition, it is noted that some functions have a correlation coefficient closer to 1, which illustrates a stronger correlation between them. For example, gross motor skills and tone are highly correlated, as are laterality and hand-eye skills.

Discussion:

Response to the problem

In the literature, we found that there is little written about the impact of domestic violence on psychomotor functions. The majority of them explain the physical and/or psychological impact of domestic violence on women. Women who are victims of domestic violence often suffer from depression or Post Traumatic Stress Disorder, two conditions that are beginning to be documented in the literature from a psychomotor point of view. In order to complete the answer to the problem presented, we have carried out a study with the aim of drawing up a psychomotor semiology of women victims of domestic violence. This research remains to be qualified because it is based on the clinical observations of health professionals, most of whom are not experts in psychomotor functions. The results described above show the correlation of the psychomotor functions between them as well as the professions that responded in a similar way to the questionnaire, but they mainly make it possible to draw up a list of the functions that are more or less affected according to the respondents (thanks to averages over ten). The psychomotor function most affected by domestic violence is body image (7.89/10). Next come cognitive functions (6.83/10), tone (5.31/10), gross motor skills (4.46/10), rhythm (4.43/10), auditory attention (4.43/10), spatial orientation of the body (4.22/10), praxis (3.24/10), tactile gnosis (3.07/10), oculo-manual skills (2.80/10) and laterality (2.59/10).

Moreover, the link noted between all the psychomotor functions is not insignificant. It refers to the neuro-anatomical link between the different psychomotor functions but also to the sensori-psycho-motor loop, the basis of the psychomotor paradigm. It is explained by "the interdependence between body and psyche, that our practices are not based solely on the verbal but on action, movement, space, sensoriality,

rhythmicity and relationship" (Potel, 2010, p.73). From the beginning of psychomotricity, the profession has relied on the relationship between all these elements, a relationship that is reflected here in the correlation between psychomotor functions. Psychomotricians are very often present in French psychiatric services. They can act on the psychomotor consequences of psychiatric pathologies, particularly those secondary to domestic violence. In 2020, the HAS published a document on the evaluation and management of psychotraumatic syndromes in children and adults in which the psychomotrician is mentioned in the recommendations. At the same time, the psychomotrician can also focus his or her work on pain because it is related to psychomotor functions. Indeed, "When it settles in and becomes chronic, it invades the subject's bodily awareness and disturbs his tonic state. This will have consequences on the subject's psychomotor capacities" (Dias Da Silva, 2016, p.1)

Limitations encountered

As explained earlier, various errors can occur in a study: biases which, if not addressed, can call into question the validity of the study (Ben Abdelaziz et al., 2021). In this study, we took care to limit bias, but we can never be certain that we have completely eliminated it. Elements that were not taken into account in the questionnaire and that were pointed out by the professionals in their comments are the inter-individuality of the people and the place of practice that generates a different work.

At the same time, other points concerning the study caused difficulties. Although the questionnaire was available for 10 weeks online, there were few responses, despite numerous individual reminders. In addition, this is a field in which few psychomotricians work, so the number of respondents who are psychomotricians by profession is low. Finally, the subjectivity of the responses should be noted, particularly because the questionnaire asks about psychomotor functions and most of the respondents were not psychomotricians and therefore not experts in psychomotor functions.

Opening up the debate

This project is a first step in the development of knowledge about psychomotor functions and domestic violence. It tends to show the interest of the place of the psychomotrician in this environment. It is possible to plan and imagine international possibilities for the future of this subject, such as distributing the questionnaire in countries other than France. At present, we know how to treat the physical or psychiatric pathologies that can result from domestic violence, without really treating the impact of violence on the body or on the mind-body link. Depression is now better known, easier to diagnose and the impact of depression on the body is better understood and taken into account. As for PTSD, a standardised tool, the psychomotor diagnosis of post-traumatic stress disorder, was developed around 2004 by Zwart in the Netherlands: the PMDI. Women who are victims of violence rarely receive psychomotor follow-up.

In addition, many countries offer body-centred interventions for PTSD, such as BMOI therapies based on the body and movement. The creation of a specific psychomotor assessment for female victims of domestic violence would therefore be a relevant development in the care of these women.

In couples, domestic violence is mainly suffered by women, but many articles talk about the co-victims who may be the children who witness domestic violence. The term "child exposed to domestic violence" is often used, as it encompasses seeing the violence, hearing it, observing its effects and experiencing it every day with fear. In her book *Exposés aux violences conjugales, les enfants de l'oubli* (2016), Zaouche Gaudron urges professionals in all sectors to be "more aware of the issue of children exposed to domestic violence" (Zaouche Gaudron, 2016, p. 103). They are an integral part of the insecure environment created by domestic violence, making it one of the most insidious forms of abuse (Sadlier, 2015).

Conclusion:

The aim of this study is to define elements of the psychomotor semiology of female victims of domestic violence. In order to do this, it is necessary to have knowledge of the current data on domestic violence, its impact and the definition of psychomotor functions. The literature has shown that there is still no specific psychomotor

semiology for women who have suffered domestic violence. Using a questionnaire-based research methodology, we identified the psychomotor functions that are most affected by domestic violence and those that are less affected. This enabled us to prioritise the impact of domestic violence on women's psychomotor functions. The study also showed that two groups of professionals differ in the characteristics of their responses: psychomotor therapists and midwives on the one hand and psychologists, psychiatrists and nurses on the other. It therefore demonstrates the importance of multidisciplinary support in the care of women victims of domestic violence. In view of the importance of psychomotor care for women victims of domestic violence, the long-term objective would be to develop, in conjunction with the health authorities, psychomotor therapy posts for these women in order to improve their care.

Resumen detallado :

Introducción :

La violencia doméstica tiene muchas repercusiones en la persona que la sufre, sobre todo a nivel físico y psico-corporal. Puede provocar diversos trastornos psiquiátricos secundarios y las funciones psicomotoras del individuo pueden verse afectadas, aunque este impacto sigue siendo poco conocido en la literatura. Con el fin de avanzar en la atención a las mujeres que han sufrido violencia doméstica, deseamos elaborar un perfil psicomotor de estas mujeres. Por lo tanto, nos centraremos en la siguiente pregunta de investigación: "¿Cuál es la semiología psicomotriz de las mujeres que han sufrido violencia doméstica? Para responder a esta pregunta con la mayor precisión posible, se ha optado por un método cuantitativo y empiroinductivo. El objetivo de nuestro estudio exploratorio es identificar las consecuencias de la violencia doméstica en las funciones psicomotoras observadas por los profesionales de la salud.

En primer lugar, presentaremos el contexto del estudio abordando el tema de la violencia doméstica y sus consecuencias y también definiremos las funciones psicomotoras. A continuación, describiremos la metodología del estudio y la presentación de los resultados y su análisis. Por último, concluiremos con una discusión de los límites encontrados durante el estudio y una apertura de la reflexión del objeto de investigación.

Antecedentes del estudio :

Violencia doméstica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término "violencia en la pareja" (VPI) para referirse a "cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual a las personas implicadas en la relación" (Organización Mundial de la Salud, 2002). Schwander (2003, p.2) especifica que se dice que la violencia es doméstica "cuando una persona ejerce o amenaza con ejercer violencia física, psicológica o sexual dentro de una relación familiar, matrimonial o conyugal en curso o disuelta". Los porcentajes muestran que es "probable que el 90% de la violencia doméstica sea cometida por hombres contra mujeres". (Departamento de Sanidad, 2005) y las estadísticas para 2020 muestran

102 mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja (Servicio Estadístico Ministerial de Seguridad Interior, 2021). El gobierno francés y las asociaciones han puesto en marcha numerosas acciones y medidas de prevención para luchar contra la violencia doméstica. Existen diferentes formas de violencia doméstica: verbal, psicológica, sexual, económica, administrativa y social. Todas ellas forman parte de un "ciclo de violencia" (Walker, 1979). Este patrón de comportamiento se compone de diferentes fases: la fase de tensión, la fase de agresión o explosión y la fase de calma o de respiro amoroso. Se repite continuamente y se hace cada vez más intenso con el paso del tiempo. Para apoyar a las mujeres que quieren salir del ciclo de la violencia, existen estructuras como las celdas de escucha, los centros de alojamiento y reinserción, los servicios dentro de los hospitales o los centros para mujeres. A nivel asistencial, se ha desarrollado el protocolo DOTIP para ayudar a los profesionales sanitarios a detectar y derivar a las víctimas de la violencia.

Consecuencias de la violencia doméstica

La privación de los derechos fundamentales del individuo a través de la violencia doméstica tiene un "fuerte impacto en la salud física y psicológica, y afecta a la vida relacional, familiar, social, profesional y económica" de la víctima. (Margairaz, Girard, Halpérin, 2006, p.367) Además, un meta-análisis explica que "con consecuencias para la salud a corto, medio y largo plazo, la VPI tiene un impacto sobre la salud física (dolor, etc.), mental (depresión, ansiedad, suicidio, etc.) y sexual y reproductiva. (Vicard-Olagne & al., 2021, p.2). Las consecuencias de la violencia doméstica son diversas. La víctima suele sufrir traumas físicos como fracturas de huesos, hematomas, etc. La violencia doméstica también puede tener consecuencias psicológicas y sociales como el desarrollo de adicciones, intentos de suicidio, aislamiento, falta de atención médica, baja autoestima, etc.

Además, según Margairaz, Girard y Halpérin (2006, p.369), en el caso de la violencia ejercida por la pareja, "el trastorno de estrés postraumático y la depresión ocupan un lugar preponderante y deben ser objeto de gran atención en términos de diagnóstico y tratamiento". La CIE 11 define el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como "una situación o acontecimiento estresante inusualmente amenazador o catastrófico (de corta o larga duración) que causaría síntomas evidentes de angustia en la mayoría de los individuos". En cuanto al síndrome depresivo, su semiología se

define por una tríada sintomática que asocia un estado de ánimo depresivo, signos somáticos y enlentecimiento psicomotor. Según Voyer, Delbreil & Senon (2014, p.667), "la depresión es el primer trastorno psiquiátrico encontrado en las víctimas de violencia física o sexual." Por último, la violencia doméstica también tiene un impacto en el cuerpo y el lenguaje corporal. El cuerpo es violentado y maltratado, su calidad sensorial se modifica, la imagen corporal parece verse afectada, así como la autoestima y el sentido de identidad de la víctima. Estas alteraciones sensoriales y físicas pueden reflejar un sufrimiento que la víctima tal vez no sea capaz de verbalizar.

Funciones psicomotoras : ¿qué son?

Diferentes teorías hablan de las funciones psicomotoras pero aquí nos basaremos en los trabajos de Saint Cast (2012), Paquet (2017) y Vaivre-Douret y Paquet (2019), siendo sus escritos una referencia aún hoy en día.

En primer lugar, Mortoire Saint-Cast (2012) enumera las funciones psicomotoras en cuatro apartados: 1. regulación tónica, dominancia lateral, conductas motrices y gestuales, praxis; 2. percepción, memorización, organización y adaptación rítmica y temporal; 3. percepción, memorización, organización y adaptación espacial; 4. integración del propio cuerpo Paquet (2017) también clasifica las funciones psicomotoras en diferentes categorías: tono muscular (fondo, acción, postural, expresión), motricidad global (equilibrio estático y dinámico, coordinación, motricidad fina), praxis, esquema corporal e imagen corporal, habilidades sensoriales y perceptivas (gnosis táctil, ritmo auditivo-perceptivo-motor). En esta clasificación encontramos puntos en común con la de Mortoire Saint-Cast, sobre todo en los nombres de ciertas funciones, pero no se clasifican de la misma manera. En el referencial de Paquet (2017), la dimensión sensorial y tónico-emocional está más marcada. Por último, en relación con la creación de la Bateria de Evaluación NP-MOT, Vaivre-Douret y Paquet (2019) distinguen nueve funciones de integración neuro-psicomotora que componen la Bateria de Evaluación NP-MOT: tono, lateralidad, habilidades óculo-manuales, motricidad global, praxias, integración y orientación espacial del cuerpo, ritmo, atención auditiva y gnosis táctiles. Las teorías permiten identificar las diferentes funciones psicomotoras descritas en la literatura. Pueden identificarse mediante una evaluación psicomotriz y corresponden

a los elementos en los que se basa el psicomotricista para describir el perfil psicomotor de un individuo. En este caso, servirán de base para el estudio realizado y presentado a continuación.

Determinación del perfil psicomotor de las víctimas de violencia doméstica

El psicomotricista determina el perfil psicomotor de sus pacientes. Éste puede definirse como el conjunto de las características psicomotoras de la persona, identificadas durante la evaluación psicomotriz. El psicomotricista identifica y actúa sobre los trastornos psicomotores, trastornos definidos como "trastornos del neurodesarrollo que afectan a la adaptación del sujeto en su dimensión perceptivo-motora". (Albaret, Marquet-Doléac, Soppelsa, 2011, p.10). Además, la consideración de la historia del individuo es esencial en la atención psicomotriz porque sus experiencias repercuten en la identidad psicomotriz de la persona. Recientemente se han identificado los primeros elementos semióticos en psicomotricidad para determinadas enfermedades psiquiátricas, pero las herramientas de psicomotricidad en el ámbito de la psiquiatría de adultos carecen de estandarización. A nivel psicomotor, la semiología psicomotriz puede definirse como el estudio de los signos psicomotores en un entorno determinado. Que sepamos, no existen estudios sobre la semiología psicomotriz de las mujeres víctimas de violencia doméstica. Parece interesante definir uno para mejorar su acompañamiento en el proceso de atención y poder reflexionar con precisión sobre los trastornos psicomotores para los que podría estar indicado el psicomotricista.

Metodología :

Nuestra idea inicial era que la violencia doméstica repercute en las funciones psicomotoras de las víctimas. Esto nos llevó a plantearnos la siguiente pregunta: "¿Cuál es la semiología psicomotriz de las mujeres que han sufrido violencia doméstica? Se eligió un enfoque empírico-inductivo cuantitativo porque, en primer lugar, se había investigado poco sobre el impacto de la violencia doméstica en las funciones psicomotoras. Este método nos pareció pertinente en nuestro caso. Nos basaremos en las observaciones de los profesionales, dejando de lado nuestras propias opiniones previas. A continuación, se eligió el cuestionario porque, guiado por preguntas precisas, nos permitiría obtener datos cuantificables de la encuesta.

También se eligió el cuestionario por otras razones. La practicidad de esta herramienta elimina las limitaciones de espacio y tiempo tanto para los encuestados como para sus representantes. Permite multiplicar las respuestas, ya que puede ser difundido por los propios encuestados a su red (Given, 2008). Estos puntos son importantes en nuestro caso, ya que son pocos los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito aquí estudiado. En segundo lugar, garantiza la neutralidad por parte del entrevistador. Para crear las preguntas, utilizamos las diversas teorías sobre las funciones psicomotoras que se presentaron anteriormente. El cuestionario consta de una introducción que contiene toda la información que necesita la persona que participa en el estudio, tanto desde el punto de vista legislativo como ético. Está dividido en dos partes. En primer lugar, hay 7 preguntas sociodemográficas necesarias para confirmar los criterios de inclusión (ser psicomotricista o psicólogo o psiquiatra o matrona o enfermera y trabajar en Francia o en los departamentos y territorios franceses de ultramar). La segunda parte consta de 12 preguntas directamente relacionadas con el estudio. Estas preguntas se refieren a las distintas funciones psicomotoras. Las respuestas a estas preguntas se dan en una escala de intensidad de 1 (en absoluto) a 10 (completamente) con el fin de cuantificar la presencia o ausencia de problemas en las distintas funciones psicomotoras. Por último, una pregunta abierta permite a la persona escribir un comentario adicional si lo necesita. En total, el cuestionario consta de 20 preguntas y se tarda una media de 10 minutos en completarlo. Se creó utilizando el sitio web Microsoft Forms® por su aspecto intuitivo, la visibilidad simplificada de las respuestas y el cumplimiento de la ley RGPD sobre protección de datos personales. Se difundió a través de varios canales: redes sociales (grupos cerrados de profesionales), correos electrónicos de varios profesionales, asociaciones con las que nos reunimos, etc.

En un estudio pueden producirse diversos errores. Aquí podemos destacar dos posibles sesgos principales: el sesgo de interpretación y el sesgo de sugerencia. Además, se ha prestado especial atención a la ética de este estudio. Para el cuestionario, se debe respetar la Ley de Protección de Datos de 20 de junio de 2018 (Legifrance, 2018). En esta investigación, el anonimato de los participantes se preserva gracias a un código de anonimato y para respetar el consentimiento informado, toda la información relativa al estudio se estipula en la introducción del cuestionario. Por último, es importante señalar que este estudio no está sujeto a la

ley del 5 de marzo de 2012, la ley Jardé relativa a la "investigación sobre la persona humana" (RIPH) (Legifrance, 2012) porque cuestiona las opiniones y representaciones de los profesionales de la salud. No se recogen datos médicos individualizados.

Presentación de los resultados :

La muestra consta de un total de 104 respuestas, pero de este total, sólo una parte de los encuestados ha trabajado o trabaja con mujeres víctimas de la violencia doméstica. Esto dio lugar a una segunda muestra que será la muestra estudiada y que está compuesta por 54 encuestados (10 psicomotricistas, 8 psiquiatras, 25 psicólogos, 5 enfermeros, 6 matronas).

Análisis descriptivo de las funciones psicomotoras

Las respuestas al cuestionario permitieron identificar la tasa de presencia de un trastorno para cada función neuropsicomotora mediante evaluaciones medias para cada función. Observamos que la presencia de trastornos en determinadas funciones psicomotoras es más evidente. En efecto, el trastorno de la imagen corporal obtiene una presencia media de 7,89 sobre 10. En este sentido, el trastorno de las funciones cognitivas obtiene una presencia media de 6,83 sobre 10 y el trastorno del tono 5,31 sobre 10. Según los encuestados, estos son los trastornos que destacan mayoritariamente entre todos los trastornos de las funciones psicomotoras presentados y que obtienen una media superior a 5 sobre 10. Por el contrario, los tres trastornos menos frecuentes parecen ser el trastorno de lateralidad (media de 2,59 sobre 10), el trastorno de las habilidades óculo-manuales (media de 2,80 sobre 10) y el trastorno de la gnosia táctil (media de 3,07 sobre 10). También cabe destacar que no hubo ninguna media de 1, lo que indica la ausencia total de un trastorno de la función psicomotriz.

Análisis complementarios

Se realizaron dos tipos de análisis complementarios con estos datos. Se realizó un análisis de conglomerados K-means y un estudio de correlación utilizando XLSTAT®, una extensión de Excel®. El análisis de conglomerados de K-means permite dividir a los sujetos en diferentes grupos en función de su grado de similitud.

En este caso, la clasificación de los sujetos en dos clases mostró que la mayoría de los psicomotricistas se encuentran junto con la mayoría de las matronas en una clase. Por otra parte, la mayoría de los psicólogos se encuentran en la misma clase que la mayoría de los psiquiatras y enfermeros. Cuando comparamos estos resultados con las evaluaciones medias de cada función psicomotriz, observamos que, en general, las medias dadas para cada trastorno por los psicomotricistas y las matronas están próximas, mientras que las dadas por los psicólogos, las enfermeras y los psiquiatras también lo están en conjunto. En segundo lugar, en cuanto al estudio de correlación, permite evaluar una dependencia, una asociación, un vínculo entre dos variables gracias a una matriz de similitud-disimilitud. Los resultados de este estudio pusieron de relieve varios puntos. En primer lugar, se observó que las funciones psicomotoras no tienen un coeficiente de correlación negativo y, por tanto, tienen un coeficiente de correlación entre 0 y 1, lo que demuestra un vínculo entre todas las funciones y apoya el paradigma psicomotor. Además, se observa que algunas funciones tienen un coeficiente de correlación más cercano a 1, lo que ilustra una correlación más fuerte entre ellas. Por ejemplo, la motricidad global y el tono están muy correlacionados, al igual que la lateralidad y la habilidad óculo-manual.

Debate :

Respuesta al problema

En la literatura, encontramos que hay poco escrito sobre el impacto de la violencia doméstica en las funciones psicomotoras. La mayoría de ellos explican el impacto físico y/o psicológico de la violencia doméstica en las mujeres. Las mujeres víctimas de violencia doméstica a menudo sufren depresión o Trastorno de Estrés Posttraumático, dos condiciones que empiezan a documentarse en la literatura desde el punto de vista psicomotor. Para completar la respuesta al problema planteado, hemos realizado un estudio con el objetivo de elaborar una semiología psicomotriz de las mujeres víctimas de violencia doméstica. Esta investigación debe matizarse, ya que se basa en las observaciones clínicas de profesionales de la salud, la mayoría de los cuales no son expertos en funciones psicomotoras. Los resultados descritos anteriormente muestran la correlación de las funciones psicomotoras entre ellos así como las profesiones que respondieron de manera similar al cuestionario,

pero permiten principalmente elaborar una lista de las funciones más o menos afectadas según los encuestados (gracias a las medias sobre diez). La función psicomotriz más afectada por la violencia doméstica es la imagen corporal (7,89/10). Le siguen las funciones cognitivas (6,83/10), el tono (5,31/10), la motricidad global (4,46/10), el ritmo (4,43/10), la atención auditiva (4,43/10), la orientación espacial del cuerpo (4,22/10), la praxia (3,24/10), la gnosia táctil (3,07/10), la habilidad óculo-manual (2,80/10) y la lateralidad (2,59/10).

Además, el vínculo observado entre todas las funciones psicomotoras no es insignificante. Se refiere al vínculo neuroanatómico entre las diferentes funciones psicomotoras, pero también al bucle sensori-psico-motor, base del paradigma psicomotor. Se explica por "la interdependencia entre cuerpo y psique, que nuestras prácticas no se basan únicamente en lo verbal sino en la acción, el movimiento, el espacio, la sensorialidad, la ritmicidad y la relación" (Potel, 2010, p.73). Desde los inicios de la psicomotricidad, la profesión se ha basado en la relación entre todos estos elementos, relación que se refleja aquí en la correlación entre las funciones psicomotoras. Los psicomotricistas están muy presentes en los servicios psiquiátricos franceses. Pueden actuar sobre las consecuencias psicomotoras de las patologías psiquiátricas, en particular las secundarias a la violencia doméstica. En 2020, la HAS publicó un documento sobre la evaluación y el tratamiento de los síndromes psicotraumáticos en niños y adultos en cuyas recomendaciones se menciona al psicomotricista. Al mismo tiempo, el psicomotricista también puede centrar su trabajo en el dolor porque está relacionado con las funciones psicomotoras. En efecto, "cuando se instala y se cronifica, invade la conciencia corporal del sujeto y perturba su estado tónico. Esto tendrá consecuencias en las capacidades psicomotoras del sujeto" (Dias Da Silva, 2016, p.1)

Limitaciones encontradas

Como ya se ha explicado, en un estudio pueden producirse diversos errores: sesgos que, si no se abordan, pueden poner en entredicho la validez del estudio (Ben Abdelaziz et al., 2021). En este estudio, hemos procurado limitar los sesgos, pero nunca podemos estar seguros de haberlos eliminado por completo. Elementos que no se tuvieron en cuenta en el cuestionario y que fueron señalados por los

profesionales en sus comentarios son la interindividualidad de las personas y el lugar de práctica que genera un trabajo diferente.

Al mismo tiempo, otros puntos relativos al estudio plantearon dificultades. Aunque el cuestionario estuvo disponible durante 10 semanas en línea, hubo pocas respuestas, a pesar de los numerosos recordatorios individuales. Además, se trata de un campo en el que trabajan pocos psicomotricistas, por lo que el número de encuestados que son psicomotricistas de profesión es bajo. Por último, hay que señalar la subjetividad de las respuestas, sobre todo porque el cuestionario pregunta sobre las funciones psicomotoras y la mayoría de los encuestados no eran psicomotricistas y, por tanto, no eran expertos en funciones psicomotoras.

Abrir el debate

Este proyecto es un primer paso en el desarrollo del conocimiento sobre las funciones psicomotoras y la violencia doméstica. Tiende a mostrar el interés del lugar del psicomotricista en este entorno. Es posible planificar e imaginar posibilidades internacionales para el futuro de este tema, como la distribución del cuestionario en países distintos de Francia. Actualmente, sabemos tratar las patologías físicas o psiquiátricas que pueden resultar de la violencia doméstica, sin tratar realmente el impacto de la violencia sobre el cuerpo o sobre el vínculo mente-cuerpo. La depresión es ahora más conocida, más fácil de diagnosticar y el impacto de la depresión en el cuerpo se comprende mejor y se tiene más en cuenta. En cuanto al TEPT, en torno a 2004 Zwart desarrolló en los Países Bajos una herramienta estandarizada, el diagnóstico psicomotor del trastorno de estrés postraumático: el PMDI. Las mujeres víctimas de violencia rara vez reciben un seguimiento psicomotor.

Además, muchos países ofrecen intervenciones centradas en el cuerpo para el TEPT, como las terapias BMOI basadas en el cuerpo y el movimiento. Por lo tanto, la creación de una evaluación psicomotriz específica para las mujeres víctimas de violencia doméstica sería un avance relevante en la atención a estas mujeres.

En las parejas, la violencia doméstica es sufrida principalmente por las mujeres, pero muchos artículos hablan de las co-víctimas que pueden ser los niños que presencian la violencia doméstica. A menudo se utiliza el término "niño expuesto a la violencia

doméstica", que engloba ver la violencia, oírla, observar sus efectos y experimentarla cada día con miedo. En su libro *Exposés aux violences conjugales, les enfants de l'oubli* (2016), Zaouche Gaudron insta a los profesionales de todos los sectores a ser "más conscientes de la cuestión de los niños expuestos a la violencia doméstica" (Zaouche Gaudron, 2016, p. 103). Son parte integrante del entorno de inseguridad creado por la violencia doméstica, lo que la convierte en una de las formas más insidiosas de maltrato (Sadlier, 2015).

Conclusiones :

El objetivo de este estudio es definir elementos de la semiología psicomotriz de las mujeres víctimas de violencia doméstica. Para ello, es necesario conocer los datos actuales sobre la violencia doméstica, su impacto y la definición de las funciones psicomotoras. La literatura ha demostrado que aún no existe una semiología psicomotriz específica para las mujeres que han sufrido violencia doméstica. Utilizando una metodología de investigación basada en cuestionarios, identificamos las funciones psicomotoras más afectadas por la violencia doméstica y las menos afectadas. Esto nos permitió priorizar el impacto de la violencia doméstica en las funciones psicomotoras de las mujeres. El estudio también demostró que dos grupos de profesionales difieren en las características de sus respuestas: los psicomotricistas y las matronas, por un lado, y los psicólogos, psiquiatras y enfermeros, por otro. Por lo tanto, demuestra la importancia de la multidisciplinariedad en el apoyo a las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Dada la importancia de la atención psicomotriz a las mujeres víctimas de violencia doméstica, el objetivo a largo plazo sería desarrollar, en colaboración con las autoridades sanitarias, puestos de psicomotricidad para estas mujeres con el fin de mejorar su atención.

Introduction :

Les violences conjugales ont toujours été présentes. Malheureusement, pendant la crise sanitaire de la COVID-19 et du premier confinement qui en a découlé, le nombre de violences domestiques envers les femmes a augmenté de 30% en France (Académie Nationale de Médecine, 2020). Le sujet des violences domestiques est fréquemment abordé ces dernières années et on assiste à la mise en place de nombreuses actions pour le mettre à jour (signe d'appel au secours, ligne téléphonique d'aide, association de lutte contre les violences faites aux femmes, publicité pour les dénoncer etc). La pandémie mondiale du coronavirus a permis une réelle sortie du silence de la question des violences domestiques. C'est seulement depuis peu que les langues se délient quant aux violences domestiques et celles-ci sont donc de plus en plus notifiées et accompagnées.

Ces violences ont de nombreuses répercussions sur la personne qui les subit notamment au niveau corporel et psychocorporel. Elles peuvent engendrer différents troubles psychiatriques secondaires et les fonctions psychomotrices de l'individu peuvent être impactées. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en décembre 2020 une recommandation de bonnes pratiques sur « le repérage des femmes victimes de violences au sein d'un couple ». Ce document précise la mise en place de mesure de protection, indique aux professionnels qu'ils doivent informer la patiente des structures associatives, judiciaires et sanitaires qui peuvent l'aider et précise la nécessité d'un certificat médical ou d'une attestation professionnelle. A contrario, le parcours de soin établi pour ces femmes n'est pas spécifié dans ces recommandations et l'impact sur les fonctions psychomotrices des violences domestiques reste encore peu connu dans la littérature.

C'est donc dans l'optique de faire progresser le parcours de soin des femmes ayant subies des violences domestiques que nous souhaitons dresser un profil psychomoteur de ces dernières. Dans un premier temps, dans le cadre de la temporalité de ce master, nous allons nous pencher sur la question de recherche suivante : « Quelle est la sémiologie psychomotrice des femmes qui ont subies des violences domestiques ? »

Pour répondre au plus près à ce questionnement, une méthode empiro-inductive, quantitative a été choisie. L'objectif de notre étude exploratoire est de relever les conséquences des violences conjugales sur les fonctions psychomotrices observées par des professionnels de santé.

Nous présenterons tout d'abord le contexte théorique de ce mémoire de recherche en abordant le sujet des violences conjugales, de leurs définitions, de leurs conséquences et de leur accompagnement. Nous définirons également les fonctions psychomotrices. Ensuite, cette partie théorique sera suivie d'une description de la méthodologie de l'étude ainsi que de la présentation des résultats et de leur analyse. Enfin, nous clôturerons cet écrit par une partie discussion autour des limites rencontrées lors de l'étude et d'une ouverture de la réflexion de l'objet de recherche.

I. Théorie

1. Les violences domestiques

A. Qu'est-ce que la violence ?

Dans cette première partie, après avoir défini la violence puis plus particulièrement la violence domestique, je résumerai les actions mises en place de nos jours pour lutter contre ces violences afin de favoriser l'accompagnement des femmes qui les subissent.

Tout au long de cet écrit, nous utiliserons le terme de « violences domestiques » mais nous pouvons également utiliser le terme « violences conjugales » ou celui utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé « violences entre partenaires intimes » pour décrire le même phénomène.

a) Définitions de la violence

Tout d'abord, il est important de définir la violence au sens large. D'après le dictionnaire commun (Le Robert en ligne, s. d.), la violence signifie 1. Abus de la force ; 2. Acte de violence. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit quant à elle la violence comme une « menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (Organisation Mondiale de la Santé, 2002). Celle-ci est également définie comme un « phénomène complexe qui recouvre des aspects multicontextuels, multidimensionnels et polysémiques, ce qui nous conduit à parler « des violences » et à nous référer à différents cadres épistémologiques » (Girard and al., 2006, p.28) D'un point de vue juridique, c'est une « contrainte illicite exercée sur quelqu'un pour obtenir quelque chose avec son consentement » (Article 1113 du code Civil) soit une « contrainte exercée sur la volonté d'une personne pour la forcer à passer un contrat » (Michaud, 2014, p.32). Par ailleurs, depuis 1997 dans le code pénal français, le contexte conjugal est une circonstance aggravante lors de cas de violences.

b) Définition de la violence domestique

Après avoir défini la violence au sens commun et d'un point de vue juridique, nous pouvons parler plus précisément des violences domestiques. Dans ce cas plus particulier, l'OMS parle de « violences entre partenaires intimes » (VPI) c'est à dire « 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 » (Organisation mondiale de la santé, 2002). Schwander (2003, p.2) précise que les violences sont dites domestiques « dès lors qu'une personne exerce ou menace d'exercer une violence physique, psychique ou sexuelle au sein d'une relation familiale, conjugale ou maritale en cours ou dissoute ».

D'après le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG, 2012), la violence domestique présente différentes caractéristiques comme :

- un lien émotionnel entre l'auteur et la victime
- des actes violents qui se déroulent la majeure partie du temps à la maison (endroit normalement sécuritaire)
- une atteinte à l'intégrité corporelle et/ou psychique de la victime par l'auteur de la violence
- une utilisation sur une longue durée et une intensité qui augmente généralement avec le temps
- un rapport de force asymétrique dont profite l'auteur des violences
- une dynamique de violence spécifique de la violence domestique qui doit être prise en considération

En conclusion, « la violence conjugale englobe les abus de toutes sortes infligés à une femme, les privations lui causant des dommages et portant atteinte à sa liberté, sa santé et sa vie, ainsi que les actes coercitifs qui la maintiennent en état de subordination » (Krane, 1996, p.246).

c) Données statistiques sur les violences domestiques faites aux femmes

Les violences domestiques sont un problème de santé publique, c'est-à-dire qu'elles sont reconnues par des organismes de référence comme par exemple l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et qu'elles répondent à des caractéristiques précises. Le problème doit être entre autres « fréquent, ses conséquences doivent être graves

et les répercussions sur la communauté importantes ». De plus, il doit être « accessible à la prévention. » (Hofner & Mihoubi-Culan, 2008, p.90)

Selon l’OMS, « la violence exercée par un partenaire intime est de loin la forme la plus répandue de violence à l’égard des femmes dans le monde. » (*Une omniprésence dévastatrice : une femme sur trois dans le monde est victime de violence*, 2021). D’après une enquête de l’INSEE (2012-2019), en France en 2019, en moyenne 213.000 femmes entre 18 et 75 ans sont estimées victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint et « 8 femmes victimes sur 10 déclarent avoir également été soumises à des atteintes psychologiques ou des agressions verbales. » Les statistiques de 2020 sont plus alarmantes et font état de 102 femmes tuées par leur partenaire ou ex-partenaire (Service Statistique Ministériel de la sécurité Intérieure, 2021). Parallèlement, les pourcentages démontrent que les femmes sont souvent plus victimes de violences que les hommes. Effectivement, il est « probable que 90% des violences domestiques soient commises par des hommes à l’encontre des femmes. » (Department of Health, 2005)

Le rapport de la Mission Interministérielle pour la Protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) (Moiron-Braud, 2020) explique que récemment, pendant la pandémie de COVID-19, le nombre d’appels au numéro d’écoute des victimes (3919) a augmenté tout comme les moyens de communication dits « silencieux ». Toujours d’après ce même rapport, les signalements sur la plateforme « Arrêtons les violences » ont été multipliés par 4,4 en 2020 par rapport à 2019 et nombre de sms au 114 a été multiplié par 3. A contrario, « la crise sanitaire et le confinement qui s’en suit n’a pas eu un effet déclencheur, mais a été plutôt un révélateur des violences conjugales avec un effet aggravant dans certaines situations » (Moiron-Braud, 2020, p.7). En effet, le rapport de la MIPROF indique que le lien entre le confinement et le nombre de violences déclarées n’est pas certain. Ce dernier parle plutôt d’une « prise de conscience » de violences déjà présentes et d’un phénomène de libération de la parole.

d) Actions mises en place pour lutter contre les violences domestiques

Au niveau national, les actions mises en place pour lutter contre les violences domestiques sont notifiées sur le site internet du gouvernement (*Page d'Accueil | Arrêtons les violences*, s. d.) La stratégie nationale de lutte contre les violences conjugales, annoncée le 25 novembre 2019 est articulée autour de trois axes majeurs : prévenir, protéger et punir.

La prévention est nécessaire pour informer et expliquer les violences domestiques au grand public et donc abaisser le seuil de tolérance de la société concernant ces violences. En effet, « la prévention de la violence à l'égard des femmes passe par la modification des attitudes et des comportements [...], souvent influencés par des préjugés, des stéréotypes de genre et des coutumes ou des traditions fondées sur le genre » (Heisecke, 2015, p.10). Les acteurs de la lutte contre les violences domestiques (gouvernement, associations etc) utilisent beaucoup les publicités, les médias et les réseaux sociaux comme levier d'action.

Ensuite, afin de protéger les victimes différentes actions ont été développées. Tout d'abord, un signe de signalement discret a été créé pour les victimes afin d'appeler à l'aide (montrer la paume de la main doigts tendus) mais également un numéro pour appeler anonymement et recevoir des conseils et de l'aide (3919) a été ouvert et enfin les sites internet du gouvernement ou de certaines associations permettent d'envoyer discrètement un message. De plus, les professionnels de santé peuvent se former au repérage, à l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales et aux démarches à suivre en cas de rencontre avec une victime. Peuvent également se former tout professionnel de l'action médico-sociale, les travailleurs sociaux, les policiers et les avocats et magistrats.

Finalement, concernant l'axe « punir » de la stratégie nationale, les acteurs de la lutte contre les violences domestique agissent juridiquement pour modifier et améliorer les textes de lois.

Parallèlement, de nombreuses associations se sont créées ces dernières années dans le but de prévenir des violences conjugales ou pour aider les femmes victimes de ces dernières. Ces associations peuvent créer de nombreux outils comme par exemple un violentomètre (annexe 1) ou des dépliants explicatifs (annexe 2).

Elles ont également un rôle d'accompagnement en proposant des solutions et en permettant la mise en place de lieux de paroles ou en aidant à l'orientation des femmes venant chercher de l'aide.

B. Les violences domestiques

Comme expliqué ci-dessus, il existe plusieurs formes de violences au sein d'un couple.

Cette partie visera à développer les différentes formes de violence qui peuvent se produire au sein des ménages.

a) Les différentes sortes de violences domestiques

La violence verbale est la plus fréquente. « L'auteur utilise sa voix comme une arme, soit par les propos tenus, soit par le ton utilisé. » (*Les formes de violences •*, 2019). Cette forme de violence passe par exemple par des critiques, des moqueries, des insultes, des reproches ou encore des menaces mais aussi par les hurlements ou les ordres. L'agresseur utilise les points sensibles de sa victime sur le plan émotionnel.

La violence psychologique, liée à la violence verbale, est décrite comme « l'ensemble de comportements, de paroles, d'actes et de gestes qui visent à porter atteinte à l'intégrité physique ou mentale de l'autre. Ces violences s'attaquent directement à l'identité, l'estime de soi et la confiance en soi de la personne qui les subit. » (*Les formes de violences •*, 2019). On retrouve principalement la violence psychologique sous les formes suivantes : l'indifférence, le contrôle, les injures, la dévalorisation, l'intimidation, la surveillance, les rejets, la privation d'affection, les menaces, les humiliations, les interdictions diverses, la culpabilisation... Ensuite, la violence physique est définie comme tout « acte entraînant des dommages corporels ou risquant d'en entraîner, que l'auteur use de sa propre force physique ou bien d'objets externes afin de soumettre la victime à son pouvoir. Il peut aussi ne pas porter assistance à la victime en danger, ou encore aller jusqu'à l'homicide. » (*Les formes de violences •*, 2019). Elle est souvent visible avec des actions comme : bousculer, frapper, gifler, étrangler, étouffer, griffer, ligoter, mordre, tordre, lancer objets sur l'autre, séquestrer, couper, brûler, empêcher les besoins primaires...

On évoque aussi la violence sexuelle décrite comme « tout acte sexuel, tentative d'obtenir un acte sexuel, tout commentaire ou avance de nature sexuelle visant à imposer son propre désir à autrui, sans son consentement. » (*Les formes de violences* •, 2019). Ces violences correspondent principalement à : viol et tentative de viol, relation forcée, pratiques non consenties, abus sexuel, harcèlement, inceste, prostitution, attouchements forcés, exhibitionnisme, pénétration avec divers objets, excision, grossesse/avortement forcés, utilisation de produits irritants sur les organes génitaux...

Un autre type de violence moins évidente à première vue, la violence économique, est considérée comme un « acte entraînant une dépendance financière/matérielle ou une précarisation de la victime, encourageant ainsi son isolement. Il arrive aussi que l'auteur contracte des dettes ou abuse des ressources financières de la victime. » (*Les formes de violences* •, 2019). Concrètement, il s'agit surtout : d'emprunt d'argent non remboursé, interdiction de travailler, revente de biens personnels, interdiction d'avoir un compte bancaire propre, contrôle total des finances, indivision des dépenses du ménage, endettement, vol d'argent/objets, dépenses non consenties, travail forcé, menaces de couper les vivres, refus de dépenses pour l'entretien de l'autre... Par ailleurs, « il n'est pas rare que le partenaire violent exerce un chantage à l'accompagnement administratif en échange d'un retrait de plainte, de rapports sexuels forcés, ... Le but de ces violences consiste à contrôler son partenaire, à l'empêcher d'engager des démarches administratives lui permettant d'être autonome et à l'exclure des décisions à prendre pour la famille » (*Les violences administratives dans le couple*, s. d.) Par exemple, cette forme de violence peut consister à confisquer ou à détruire les documents administratifs personnels ou du couple bloquant ainsi l'autre partenaire dans ses demandes de droits.

Nous terminerons sur la violence sociale qui « englobe les restrictions imposées à la vie sociale d'une personne, comme par ex. la mise sous tutelle, l'interdiction ou le contrôle strict des contacts familiaux ou extérieurs, l'enfermement ou l'interdiction d'apprendre la langue d'un pays de résidence. » (BFEG, 2012). En psychologie sociale, la violence « constitue un processus essentiel à l'œuvre dans de

nombreuses situations marquées par des formes diverses d'influence, de domination, de catégorisation. » (Fischer, 2020, p.267)

b) Le cycle de la violence

D'après Walker (1979), les violences domestiques suivent un cycle vicieux, le « cycle de la violence » qui se répète dans le temps. Un schéma (figure 1) présente ce cycle.

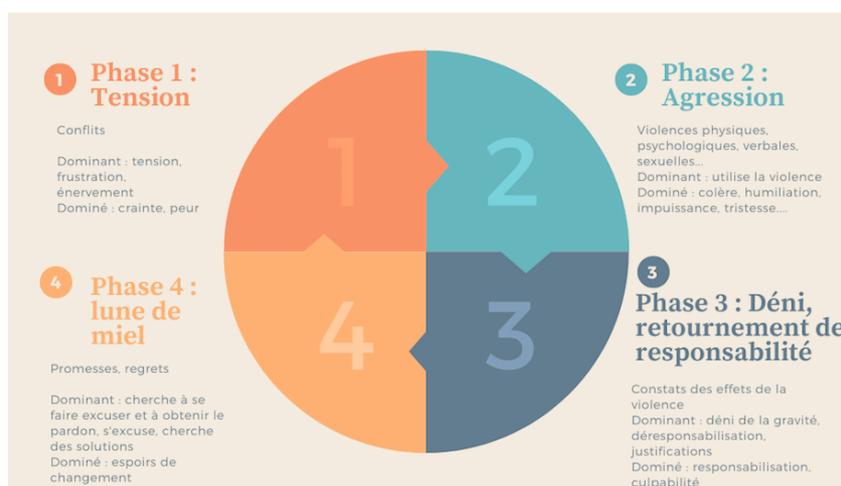


Figure 1: Schéma du cycle de la violence (Montoya, 2023)

Ce schéma comportemental est composé par Walker en différentes phases : la phase de tension, celle d'agression ou d'explosion et la phase de calme ou de sursis amoureux.

La phase de tension est une phase d'accumulation où la tension monte graduellement. Dans ce climat, la victime pense que les actions de l'agresseur sont des actions isolées et qu'elle peut le contrôler, le calmer. Elle adopte notamment des comportements passifs pour tenter de ne pas empirer la situation. Pendant cette période à durée indéterminée, l'agresseur utilise le moindre détail, réel ou imaginé pour s'énervier.

La phase d'agression est la plus courte. C'est pendant cette phase que la violence éclate et comme son nom l'indique, l'agression physique, psychologique ou encore sexuelle a lieu. Finalement, il y a la phase de sursis. Elle correspond à la phase sans violences durant laquelle l'agresseur s'excuse et promet l'arrêt de ces dernières. Grâce à des belles paroles et parfois même avec des cadeaux, l'agresseur « trompe » la victime qui pense qu'elle est en sécurité et qu'elle ne souffrira plus. Il pousse la victime à croire que la violence ne se reproduira plus et qu'il a changé.

Ce cycle de la violence se reproduit continuellement et devient de plus en plus intense au fil du temps. Les premières fois, la phase de sursis dure longtemps, la montée en tension est lente et l'explosion faible puis au fur et à mesure, la période calme dure moins longtemps, la montée en tension est plus rapide et l'explosion plus forte etc.

c) Actions mises en place pour l'accompagnement des femmes victimes de violences

Différentes structures d'accompagnement pour les femmes victimes de violences domestiques ont été mises en place comme des cellules d'écoute, des centres d'hébergement et de réinsertion, des services au sein des hôpitaux ou des maisons des femmes. Ces structures sont pour la plupart gérées par des associations ou par des médecins lorsqu'elles sont en milieu hospitalier. Tout professionnel de santé, professionnels de l'action médico-sociale, les travailleurs sociaux, les policiers et les avocats et magistrats sont en capacité de venir en aide à ces femmes. Pour les aider, le gouvernement français a mis à disposition sur son site internet (« Je suis professionnel | Arrêtons les violences », 2020) des outils de formation, des outils de communication, des modèles d'écrits professionnels et un schéma du dispositif partenarial de repérage (figure 2).

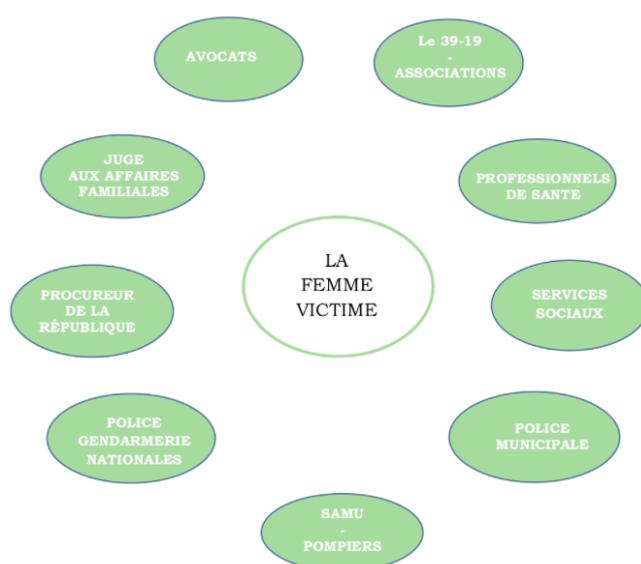


Figure 2 : Schéma du dispositif partenarial de repérage, d'accompagnement et de prise en charge des femmes victimes de violences par Je suis professionnel | Arrêtons les violences. (2020). Gouvernement. <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>

Concernant la prise en soin, le corps médical et paramédical doit porter une attention particulière à son approche ainsi qu'à sa temporalité. Comme l'explique Girard, Rinaldi Baud, Rey Hanson & Poujouly (2006, p.30) « la prise en charge des situations de violences conjugales nécessite une évaluation précise de l'impact différencié des violences sur la santé globale des personnes qui y sont exposée ». Un protocole nommé DOTIP (figure 3) a ainsi été développé pour aider les soignants à dépister et orienter les victimes de violences.

PROTOCOLE DE ROUTINE

D	Détecter une violence possible	Penser systématiquement à une violence/maltraitance potentielle. Toute patiente peut subir une situation de violence. Ajouter la violence à votre arsenal de diagnostic différentiel.
O	Offrir un message clair de soutien	La violence est interdite par la loi, elle est inacceptable, personne ne mérite d'être maltraité, quelle que soit la situation. La personne n'est pas seule, vous pouvez offrir une aide face à ce problème. Vous êtes capable de l'entendre sans la juger.
T	Traiter et organiser le suivi	Effectuer la prise en charge telle que prévue au DGOG. Pour l'établissement du constat médical se référer à la procédure de collaboration avec l'Unité de Médecine des Violences.
I	Informé Informer de ses droits et des ressources du réseau	Expliquer ses droits en termes clairs. Rappeler ses devoirs de protection envers les enfants actuels et à naître. Expliquer qu'il existe des personnes/ressources spécialisées qui peuvent venir en aide.
P	Protéger en assurant la sécurité de la patiente et des enfants	La patiente peut-elle rentrer chez elle sans danger pour sa sécurité et celle de ses enfants? Si non, appliquer la procédure d'urgence prévue au DGOG (onglet P)

Figure 3 : Le protocole DOTIP par « Violence envers les femmes. Protocole de dépistage et d'intervention du Département de gynécologie, d'obstétrique et de génétique (DGOG) du CHUV ». Renterie S, Hofner M.-CL, Adjaho M.-T., Burquier R., Hohlfeld P. DGOG et CURML. Lausanne juin 2008.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a écrit des recommandations de bonnes pratiques pour le repérage des femmes victimes de violences au sein d'un couple (2020). Celles-ci sont présentées en annexe 3. Malgré tout, ces recommandations de l'HAS sont difficilement applicables car les professionnels ne sont pas formés donc l'organisme a développé en 2022 un outil d'aide au repérage des violences domestiques pour les médecins généralistes (Haute Autorité de Santé, 2022). Les psychomotriciens ne sont pas cités parmi les professionnels recommandés par la HAS. Sont listés : les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les masseurs kinésithérapeutes et les infirmiers. Les conséquences des violences domestiques, comme nous allons l'évoquer dans la partie suivante, sont pourtant

nombreuses et le corps est impacté. Or le psychomotricien est un professionnel travaillant avec son expressivité corporelle propre et sa sensorialité pour comprendre et adapter le langage corporel. « Cette ouverture au langage du corps va impliquer une compréhension des mouvements d'un corps en relation à un autre, ces mouvements s'incluent dans l'espace et le temps » (Potel, 2019).

2. Conséquences de violences domestiques

Les violences domestiques décrites dans la partie précédente engendrent diverses conséquences pour la victime que nous allons développer dans cette deuxième partie. La privation des droits fondamentaux de l'individu au travers des violences domestiques présente un impact « lourd sur la santé physique et psychique, et elles affectent la vie relationnelle, familiale, sociale, professionnelle et économique » de la personne victime. (Margairaz, Girard, Halpérin, 2006, p.367)

De surcroît, une méta-analyse explique qu' « ayant des conséquences sur la santé à court, moyen et long terme, la VPI a un impact sur la santé physique (douleur, etc.), mentale (dépression, anxiété, suicide, etc.) et sexuelle et reproductive. » (Vicard-Olagne & al., 2021, p.2). Dans cette partie, nous avons choisi de parler des conséquences physiques et physiologiques, des conséquences psychologiques et sociales, de deux troubles psychiatriques secondaires (le Trouble de Stress Post-Traumatique et la dépression) et de l'impact sur le corps et le langage du corps.

A. Physiques et physiologiques

Parmi les conséquences physiques on retrouve généralement chez la victime des traumatismes physiques tels que des traumatismes crâniens, des fractures, des contusions, des ecchymoses, des hématomes, des plaies etc mais également des douleurs chroniques (abdominales, pelviennes, dorsales, gynécologiques, céphalées...).

Au niveau physiologique, on peut voir apparaître des troubles sensoriels, la décompensation d'un trouble organique (diabète, asthme etc) déjà présent ou encore des troubles neurovégétatifs et/ou psychosomatiques. Ces conséquences au niveau physiques et physiologiques portent atteinte à l'intégrité corporelle de la victime. (Vicard-Olagne et al., 2021)

B. Psychologiques et sociales

Les violences domestiques peuvent aussi engendrer des conséquences psychologiques et sociales. Parmi celles-ci on retrouve : les addictions, les comportements à risque, les tentatives de suicide, la stigmatisation, le repli, l'isolement, des difficultés au travail/ à l'école, l'absence de soins médicaux, la précarité. Sont également à noter les troubles du sommeil, une très faible estime de soi et des répercussions sur l'image du corps. Cette violence se réfère au discours, aux mots, à la communication verbale. Il est difficile de la remarquer et elle attaque la victime dans son sentiment d'identité, qui se retrouve bouleversé. La victime finit alors par adhérer et croire son agresseur. (Vicard-Olagne et al., 2021)

C. Troubles psychiatriques secondaires

Des violences subies peuvent découler un traumatisme. Ce mot vient du grec *trauma* qui signifie blessure. Comme le disent Girard, Rinaldi Baud, Rey Hanson & Poujouly (2006) : « Cette réalité deviendra – ou non – une expérience traumatique pour la personne concernée ».

Selon le rapport Henrion (2001), les femmes ayant subies des violences domestiques reçoivent quatre à cinq fois plus de traitements psychiatriques que le reste de la population et plus de 50% de ces dernières développent une dépression. » De plus, d'après Margairaz, Girard et Halpérin (2006, p.369), dans le cas des violences entre partenaires intimes, « l'état de stress post-traumatique et la dépression sont au tout premier plan et devraient faire l'objet d'une grande attention sur le plan du diagnostic et de la prise en charge. » C'est dans ce contexte que sont présenté ci-après deux pathologies fréquentes suite à des violences entre partenaires intimes : le Trouble de Stress Post-Traumatique et la dépression.

a) Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Herman (1992) explique que : « Les violences conjugales répétées et chroniques, dont l'impact associe des troubles multiples nécessiteraient le développement de la notion d'état de stress post-traumatique complexe ». D'après le DSM V (2015), « la caractéristique essentielle du trouble stress post-traumatique (TSPT) est le développement de symptômes caractéristiques après l'exposition à un ou des événements traumatiques. » Ces symptômes sont présentés en annexe 4.

S'associe également à cela une « peur de revivre l'expérience traumatique ». La CIM 11 le définit quant à elle comme « une situation ou un évènement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». D'après Defontaine (2019), « même si la blessure est qualifiée de « psychique », l'intégrité corporelle est fragilisée, la perception et la conscience du corps propre heurtée et meurtrie. »

b) Dépression

La dépression peut être expliquée comme « un trouble psychologique marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieurs du patient associé à une baisse de l'humeur » (Agbokou, Allilaire, 2010, p.26). La sémiologie du syndrome dépressif est définie par une triade symptomatique associant une humeur dépressive, des signes somatiques et un ralentissement psychomoteur. L'origine de la dépression peut être plurifactorielle : influence de l'environnement (décès, perte d'emploi, séparation etc), antécédents génétiques, prédisposition individuelle, facteurs neurobiologiques ou encore traumatismes. En effet, d'après Voyer, Delbreil & Senon (2014, p.667), « environ 50% des personnes qui développent un état de stress post-traumatique présentent également un épisode dépressif majeur » et « la dépression est le premier trouble psychiatrique retrouvé chez les victimes de violence physique ou sexuelle. » En complément, sont présentés en annexe 5 les critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-V.

D. Impact sur le corps et le langage du corps

Nous avons vu que les répercussions des violences conjugales sont nombreuses et peuvent prendre des formes très différentes sur le plan physique, psychologique et psychiatrique. Nous verrons aussi qu'elles ont un impact sur le corps de la victime, un corps alors dépourvu de moyen d'expression et d'une forme de langage. Daligand (2008, p.52) écrit : « cette volonté de dominer l'autre, de le réduire à un objet manipulable, passe spectaculairement par la chair meurtrie, par l'abus sexuels ou les injures. Mais, surtout, c'est une force qui vise à couper ce qui lie la tête au corps. » En effet, le corps violenté est malmené, sa sensorialité est modifiée, l'image du corps semble être touchée tout comme l'estime de soi ou même le sentiment d'identité de

la victime. Ces désordres sensoriels et physiques peuvent traduire des souffrances que la victime ne pourra pas toujours verbaliser. C'est pourquoi il est intéressant de nous concentrer sur les conséquences de la violence domestique et l'intérêt de l'approche psychomotrice. En précisant que l'estime de soi, l'image du corps, le tonus ainsi que l'harmonie du corps et du psychisme font partis des items psychomoteurs.

Les violences entraînent une diminution de l'estime de soi importante à prendre en compte notamment dans la prise en soin des victimes. Salmona (2018) explique que les victimes témoignent « d'une estime de soi très dégradée pour la presque totalité d'entre elles. ». Parallèlement, l'image du corps de la victime se voit aussi modifiée car « tout trauma entraîne une modification de l'image du moi » (Daligand, 2008). Pour Poirier Courbet (2015, p.47) tout abus est « une mise à mort identitaire » et « le moi et le processus identitaire s'inscrivent dans une image du corps ». De plus, le corps est un lien dans la relation à autrui et celle-ci est perturbée lorsque le corps est impacté. Le langage du corps se base principalement sur le tonus, porteur de l'histoire personnelle de tout être. C'est un « élément clé en psychomotricité, parce que ses fonctions mettent en évidence l'intrication entre les aspects moteurs, affectifs et relationnels chez l'être humain. » (Giromini, Pavot-Lemoine, Robert-Ouvray, Vachez-Gatecel, 2022). Il peut également être le miroir d'une somatisation soit une « utilisation du corps pour exprimer des états psychologiques » (Shahrokh, Hales, Phillips, Yudofsky, 2014). Le langage du corps s'exprime également au travers des fonctions psychomotrices décrites dans la partie suivante.

En parallèle, la sensorialité est un élément majeur dans l'approche psychomotrice. En effet, un individu peut ajuster son comportement en fonction de l'intégration sensorielle (processus neurologique) qu'il fait de son environnement. Il module l'information qui correspond à des stimuli sensoriels, la traite et l'interprète pour adapter ses réactions comportementales (Ayles, 1972). D'après Paquet (2022), la sensorialité d'une personne est liée à la perception et l'interprétation des stimuli sensoriels qui l'entoure. Les réponses comportementales adaptatives qui en découlent sont donc propres à chacun et « une meilleure compréhension des interactions entre les personnes et leur environnement grâce à l'étude de la

sensibilité sensorielle est essentielle pour comprendre les comportements adaptatifs ou symptomatiques, tels que le retrait, l'augmentation des niveaux d'activité et la recherche de stimulation. » (Paquet 2022, p.1567).

Enfin, outre le corps comme moyen d'expression non verbale, le corps peut aussi être la mémoire du traumatisme. Effectivement, « les violences aboutissent à la constitution d'une mémoire traumatique de l'évènement » (Salmona, 2018). Suite à un traumatisme, le cerveau peut se dissocier du corps et induire une amnésie (partielle ou totale) de l'évènement. D'après Salmona (2018), les « mécanismes à l'origine de cette mémoire traumatique sont assimilables à des mécanismes exceptionnels de sauvegarde, qui sont déclenchés par le cerveau pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême face à un trauma. »

Le corps peut donc montrer des symptômes d'un trouble de stress post traumatique sans que la victime n'ait de souvenirs de l'évènement traumatique. (Charretier, Dayan, Eustache, Quinette, 2021).

Nous avons résumé dans cette deuxième partie les conséquences principales des violences domestiques, qu'elles soient physiques, psychologiques, psychiatriques ou encore corporelles. Dans la partie suivante, nous parlerons des fonctions psychomotrices, du profil psychomoteur et nous les mettrons en lien avec les violences domestiques et leurs conséquences.

3. Les fonctions psychomotrices, quelles sont-elles et comment peuvent-elles se décliner, s'organiser ?

Après avoir défini les violences domestiques et détaillé leurs conséquences, nous parlerons dans cette partie des fonctions psychomotrices. Nous ferons tout d'abord un état des lieux des connaissances littéraires en ayant fait le choix de se baser sur les travaux de Saint Cast (2012), de Paquet (2017) et de Vaivre-Douret et Paquet (2019), leurs écrits faisant encore référence aujourd'hui. En découlera la définition du trouble psychomoteur et du profil psychomoteur. Nous expliquerons alors pourquoi la sémiologie et l'approche psychomotrice sont pertinentes dans le cas de femmes ayant subies des violences conjugales.

A. Les fonctions psychomotrices selon Mortoire Saint-Cast (2012)

Mortoire Saint-Cast (2012) répertorie les fonctions psychomotrices en quatre rubriques :

- Régulation tonique, dominance latérale, conduites motrices et gestuelles, praxies
- Perception, mémorisation, organisation et adaptation rythmique et temporelle
- Perception, mémorisation, organisation et adaptation spatiale
- Intégration du corps propre.

Cette partie servira donc à l'explication des fonctions psychomotrices selon Mortoire Saint-Cast.

a) Régulation tonique, dominance latérale, conduites motrices et gestuelles, praxies

La régulation tonique correspond au processus d'adaptation de la force musculaire, force responsable des postures mais aussi des mouvements. Une mauvaise régulation tonique peut entraîner des difficultés principalement au niveau de la motricité globale, des coordinations ou encore au niveau de la motricité fine.

La dominance latérale est la « dominance d'un hémicorps par rapport à l'autre aux niveaux oculaires et des membres¹, en lien avec la spécialisation hémisphérique corticale. » (Mortoire Saint-Cast, 2012, p.49). Une mauvaise latéralisation (phénomène de développement de la latéralité) ou une modification de la latéralité peut notamment entraîner des difficultés dans l'exécution des activités motrices.

La marche, la course, les sauts, les maintiens et les rétablissements de l'équilibre sont considérés comme les conduites motrices ou encore coordinations dynamiques générales. A contrario, le mouvement est défini comme le déplacement d'un segment corporel et le geste comme « un ensemble coordonné de mouvements volontaires, intentionnels, réalisés en fonction d'un but, d'une action finalisée. » (Mazeau, 2005) Lorsque ces conduites motrices de base s'avèrent dysfonctionnelles, l'individu présente des troubles des coordinations dynamiques générales.

Les praxies (ou habilités psychomotrices) sont des gestes complexes définis comme « un ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but ou d'un résultat précis. » (Lauzon, 2011, p.287). Elles sont contrôlées par le système nerveux central, se basent sur les expériences vécues enfant et nécessite un

¹ On décrit aussi une dominance auditive mais qui n'est pas pris en considération ici

contrôle musculaire. Mazeau (2005) distingue plusieurs sortes de praxies : les praxies pour l'utilisation d'objets comme outils, les praxies d'habillage, les praxies constructives et les praxies avec une sériation temporelle. Quand les praxies sont bien automatisées, elles deviennent intentionnelles et peuvent s'enchaîner correctement et sans effort mais il se produit l'inverse lorsqu'elles ne sont pas automatisées par le cerveau. Alors, ces dernières demandent un effort considérable au cerveau et au corps et elles ne sont pas fluide.

b) Perception, mémorisation, organisation et adaptation rythmique et temporelle

« Les réalisations rythmiques s'organisent en fonction des dimensions d'ordre, de durée, de temps et de séquences. Cette organisation est autocentrée lors des enchaînements d'actions, ce qui requiert de prévoir et d'anticiper les successions. » (Mortoire Saint-Cast, 2012, p.51) Cette synchronisation mentale demande de l'écoute, de la concentration concernant les informations auditives, une mémorisation et de l'inhibition.

D'après Mortoire Saint-Cast (2012, p.207) « les fonctions rythmiques et temporelles permettent l'ordonnement des actions ».

c) Perception, mémorisation, organisation et adaptation spatiale

D'après Mortoire Saint-Cast (2012), l'être humain se positionne dans son environnement grâce à la présence et à la perception de son axe corporel. Celui-ci est construit par une mémorisation et une combinaison des différentes directions, dimensions, plans, repères mais aussi avec l'expérience corporelle sociale. L'intégration des informations permettant de créer le cadre de l'action se fonde sur l'organisation des informations sensorielles : auditives, visuelles, proprioceptives, kinesthésiques et tactiles. (Bullinger, 2004 ; Farrer et al. 2003 ; Feuillerat, 2010 ; Hall, 1971 ; Piaget, 1954)

Comme l'écrit Scialom (« ESPT et indication en psychomotricité », s. d., p.1), l'expérience traumatisante de la violence « induit des désorganisations des représentations corporelles à l'origine d'une déliaison entre le corps et la pensée, avec pour conséquence une perte des repères dans le temps et dans l'espace. »

d) Intégration du corps propre

Le corps est normalement perçu comme présent. Cela peut ne pas être le cas lors de la présence de maladies psychiatriques ou d'état de conscience modifiée, autrement, nous avons conscience de notre corps, synthèse complexe de nos sens. Par ailleurs, les émotions et les interactions avec autrui s'ajoutent à cette matrice globale de l'image du corps. Morteiro Saint-Cast (2012, p.52) écrit : « Le corps propre, le schéma corporel, c'est ce que chacun ressent du dedans, c'est l'unité synthétique de son expérience et le cadre de référence de ses actes. » Une mauvaise intégration de son corps propre ou de l'image du corps peut engendrer des troubles tonico-moteurs, tonico-émotionnels, émotionnels et surtout des difficultés personnelles comme des difficultés sociales ou une faible estime de soi.

B. Les fonctions psychomotrices selon Paquet (2017)

Paquet (2017) explique, lors d'un article sur la dépression, que l'évaluation psychomotrice se base sur plusieurs dimensions de l'individu comme l'activité neuro-motrice, perceptivo-motrice, sensorielle, cognitive et tonico-émotionnelle. Selon l'auteur, l'évaluation psychomotrice « nécessite des investigations spécifiques, pour appréhender les aspects qualitatifs et quantitatifs des perceptions, des représentations et des actions du sujet. » Dans son étude, Paquet (2017), classe, elle aussi, les fonctions psychomotrices en différentes catégories : le tonus musculaire (de fond, d'action, postural, d'expression), la motricité globale (équilibre statique et dynamique, coordination, motricité fine), les praxies, le schéma corporel et l'image du corps, la sensorialité et les perceptions (gnosies tactiles, rythme auditivo-perceptivo-moteur).

Dans la classification de Paquet on retrouve des points communs avec la classification de Morteiro Saint-Cast, notamment au niveau des noms de certaines fonctions mais celles-ci ne sont pas classées de la même façon. Dans le référentiel de Paquet (2017), la dimension sensorielle et tonico-émotionnelle est plus marquée.

C. Les fonctions psychomotrices selon Vaivre-Douret et Paquet (2019)

En 2019, en lien avec la création de la Batterie d'Évaluation de la NP-MOT, Vaivre-Douret et Paquet (2019) distinguent neuf fonctions d'intégration neuro-

psychomotrices qui composent la batterie d'évaluation NP-MOT : le tonus, la latéralité, les habiletés oculo-manuelles, la motricité globale, les praxies, l'intégration et l'orientation spatiale du corps, le rythme, l'attention auditive et les gnosies tactiles (figure 4).

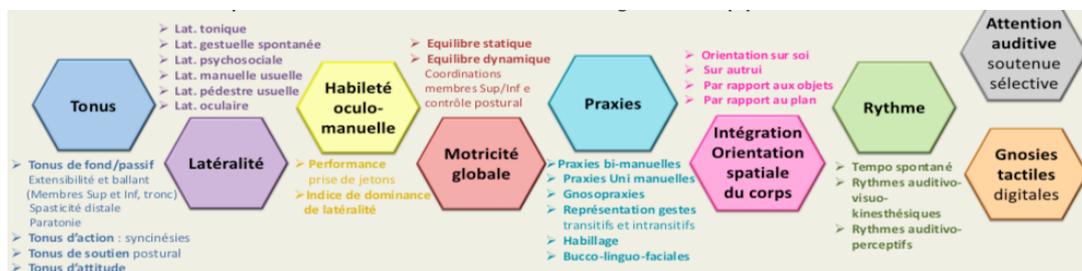


Figure 4 : Les neuf fonctions d'intégration neuro-psychomotrices selon la NP-MOT. Vaivre-Douret L., et Paquet A. (5/12/2019). « Evaluation standardisée développementale des fonctions neuro-psychomotrices : présentation d'une batterie normée française, la NP-MOT »

a) Tonus et latéralité

Concernant le tonus musculaire, les auteures se basent sur différents types de tonus. Elles prennent en compte le tonus de fond, le tonus d'action (avec les syncinésies), le tonus de soutien postural et le tonus d'attitude. C'est de l'activité tonique « que dépendent les attitudes qui préparent le mouvement, qui le soutiennent dans son exécution et qui, parfois, l'entravent ou le perturbent ; et ce sont les contractions toniques qui règlent le mouvement des viscères. » (Guillain & Pry, 2012, p.115). De même, pour la latéralité plusieurs versants de celle-ci sont étudiés comme la latéralité tonique, la latéralité gestuelle spontanée, la latéralité psychosociale, la latéralité manuelle usuelle, la latéralité pédestre et la latéralité oculaire.

b) Habilités oculo-manuelles, motricité globale et praxies

Les habilités (ou coordinations) oculo-manuelles peuvent être définies comme la capacité d'ajuster un mouvement en fonction d'une cible. Dans la NP-MOT, les auteures proposent de l'évaluer au travers de la performance ainsi que de la latéralité.

Pour les auteures, la motricité globale se décline avec l'équilibre statique et l'équilibre dynamique incluant coordinations des membres inférieurs et supérieurs et le contrôle postural. Quant aux praxies, sont étudiés les praxies bi-manuelles, les praxies uni-manuelles, les gnosopraxies, la représentation des gestes, l'habillage et les praxies bucco-linguo-faciales. (Vaivre-Douret & Paquet, 2019)

c) Orientation spatiale du corps

L'orientation spatiale du corps implique l'intégration spatiale du corps. Elle comprend l'orientation sur soi mais aussi sur autrui, par rapport aux objets et par rapport au plan.

d) Rythme et attention auditive

Le rythme comprend le tempo spontané, les rythmes auditivo-visuo-kinesthésiques soit la capacité de reproduction d'une séquence de gestes (frapper des mains sur les cuisses et/ou taper des pieds sur le sol) et les rythmes auditivo-perceptifs soit la capacité de différencier deux sons différents.

Enfin, l'attention auditive comprend l'attention auditive soutenue et de l'attention auditive sélective. (Vaivre-Douret & Paquet, 2019) La première est la capacité à prendre en compte un stimulus auditif pendant une durée longue tandis que la seconde est la capacité à prêter attention à un stimulus auditif pertinent en discriminant ceux qui ne le sont pas et qui peuvent être distrayeurs.

e) Gnosies tactiles

Concernant les gnosies tactiles, elles sont la capacité à reconnaître des stimuli tactiles (donc par le touché) différents au niveau de la texture, des objets ou de la température. (*Gnosias*, s. d.)

Plus récemment en 2022 et suite à une recherche scientifique, Paquet et al. (2022) ont écrit un article sur la sémiologie psychomotrice dans la dépression. Dans ce nouvel article, les auteurs basent leur examen psychomoteur sur 4 fonctions psychomotrices : le tonus musculaire et la posture, la motricité globale, la motricité perceptive et l'image/organisation du corps (figure 5).

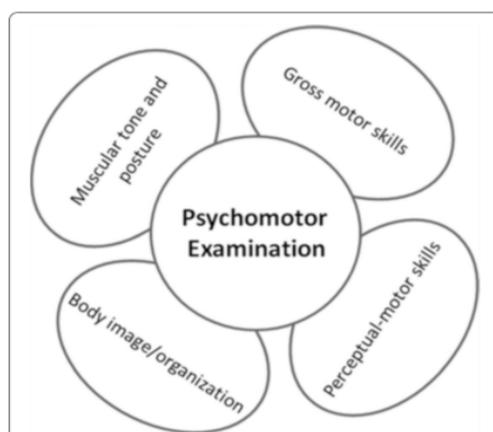


Figure 5 : Les quatre domaines évalués par l'examen psychomoteur. Paquet, A., Calvet, B. et al. (2022). Psychomotor semiology in depression: a standardized clinical psychomotor approach. *BMC Psychiatry* 22, 474. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04086-9>

Les théories décrites dans cette partie permettent de relever les différentes fonctions psychomotrices décrites dans la littérature. Leurs points communs et leurs différences sont résumés dans le tableau ci-dessous (figure 6). Ces fonctions psychomotrices sont identifiables grâce à un bilan psychomoteur et correspondent aux éléments sur lesquels le psychomotricien se base pour décrire le profil psychomoteur d'un individu. Ici, elles serviront de base dans l'étude effectuée et présentée ci-après.

Tableau 1
Récapitulatif des théories étudiées

	Mortoire Saint-Cast (2012)		Paquet (2017)		Vaivre-Douret et Paquet (2019)	
	Présence	Nom donné	Présence	Nom donné	Présence	Nom donné
Tonus	V	Régulation tonique	V		V	
Latéralité	V	Dominance latérale			V	
Motricité	V	Conduites motrices et gestuelles	V	Motricité globale et fine	V	Motricité globale
Praxies	V		V		V	
Rythme	V	Perception, mémorisation, organisation, adaptation rythmique	V	Perceptions du rythme auditivo-perceptivo-moteur	V	
Spatial	V	Perception, mémorisation, organisation, adaptation spatiale			V	Intégration, orientation spatiale du corps
Schéma corporel	V	Intégration corps propre	V			
Sensorialité			V			
Gnosies tactiles			V		V	
Attention auditive					V	
Habilités oculo-manuelles					V	

4. Etablir le profil psychomoteur des victimes de violences conjugales : que sait-on ?

A. Profil psychomoteur et troubles psychomoteurs

a) Qu'est-ce qu'un « profil psychomoteur » ?

Tout d'abord, la psychomotricité est un domaine répertorié dans les sciences humaines « spécialisé dans les interactions entre motricité, cognition et psychisme dans leurs contextes émotionnel et relationnel. Elle représente l'ensemble des phénomènes relatifs à l'expression et à la régulation des comportements à la fois moteur et psychologique au niveau du corps. » (CNPP, s. d.) Le psychomotricien détermine le profil psychomoteur de ses patients à l'aide des bilans psychomoteurs existants. Le profil psychomoteur de la personne peut être défini comme l'ensemble des caractéristiques psychomotrices de la personne, relevées lors du bilan psychomoteur. Celui-ci est constitué d'un entretien initial d'anamnèse. Ensuite, une évaluation des fonctions psychomotrices de la personne a lieu. Celle-ci peut être composée d'observations cliniques, d'épreuves non cotées et/ou de tests standardisés. Enfin, une analyse des résultats est effectuée pour rédiger un compte rendu de bilan.

Par ailleurs, « le diagnostic psychomoteur ne peut pas se traduire exclusivement dans une évaluation synthétique-classificatoire de paramètres neuro-moteurs, psychiatriques ou autres. Il doit plutôt mettre en évidence le potentiel, les attitudes, le niveau de conscience, la disponibilité corporelle, la capacité de projet, le niveau de motivation et d'investissement, etc. » (Boscaini, 2005, p.90). L'auteur explicite donc ici l'importance en psychomotricité de prendre en compte la personne avec son vécu et dans son environnement lors des bilans psychomoteurs, notamment car ces bilans mettent en lumière les troubles psychomoteurs dont la personne souffre.

b) Le trouble psychomoteur

Le psychomotricien identifie et agit sur des troubles psychomoteurs, troubles définis comme des « troubles neuro-développementaux qui affectent l'adaptation du sujet dans sa dimension perceptivo-motrice. [...] Ils sont souvent situationnels et discrets,

entravant en priorité les mécanismes d'adaptation. » (Albaret, Marquet-Doléac, Soppelsa, 2011, p.10) Le Roux (2005, p.78) spécifie qu'un trouble psychomoteur « peut donc exprimer un mal-être. C'est en tout cas une façon de le considérer. »

Par ailleurs, d'après Potel (2010, p.174), « le trouble psychomoteur ne constitue pas une maladie. Non identifiable par des marqueurs biologiques spécifiques, leur reconnaissance, repérage, ne repose que sur un consensus clinique des différents spécialistes en la matière. »

De plus, la considération de l'histoire de l'individu est primordiale dans la prise en soin psychomotrice. En effet, ses expériences impactent la personne dans son identité psychomotrice. Il faut « tenir compte de la manière dont le sujet intègre un vécu expérimenté qui trouve un équilibre dans la confrontation entre ce qui est imposé et ce qui est choisi. » (Potel, 2010). Plus récemment, Dias Da Silva (2022) écrit « le trouble psychomoteur est la manifestation comportementale d'une perturbation de l'équilibre entre les fonctions du corps de la personne ce qui affectera son adaptation dans son environnement à un instant T. »

B. Existe-t-il un bilan spécifique du TSPT ?

a) Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur est un outil permettant de mettre en lumière le trouble psychomoteur. Vincent (2019) soutient qu'en psychomotricité, lors d'un suivi, le bilan psychomoteur est un acte tant primordial que fondamental. Ce dernier a été conçu « conjointement au développement de la psychomotricité en France dans l'éducation et dans le soin. » (Giromini, Vincent, Albaret, 2018, p.47) et il permet, une fois effectué, de dresser un profil psychomoteur de la personne.

Il existe aujourd'hui en psychomotricité un certain nombre de bilans standardisés mais il en existe peu pour le TSPT. Van de Kamp et al. (2018) ont développé un instrument de diagnostic psychomoteur (PDMI). Il a été créé pour identifier les objectifs du traitement du TSPT en s'orientant sur le corps et le mouvement. Par ailleurs, ce manuel composé d'une procédure d'évaluation et des informations de cotation des items ne semble pour l'instant pas accessible en France. Il est pour le moment un outil étranger, non validé dans notre pays.

En France, dans sa pratique Defontaine (2019) aborde le bilan psychomoteur du TSPT au travers de la passation de différents tests, épreuves évaluant de façon distincte : l'initiative motrice, la fonction tonique, le schéma corporel et l'image du corps, la structuration spatiale, la structuration temporelle et les fonctions cognitives. Grâce à ses observations cliniques, elle a relevé de nombreuses caractéristiques psychomotrices liées au TSPT, celles-ci sont listées en annexe 6. Pour Defontaine (2019, p.341), la psychomotricité est notamment indiquée dans la clinique du trauma pour « l'anxiété et ses manifestations neurovégétatives, les troubles du sommeil et de l'endormissement, l'impulsivité et le passage à l'acte comme moyen de décharge. » Elle parle également de troubles du tonus, de difficultés au niveau spatiale et de troubles de l'image du corps et du schéma corporel.

Récemment dans le domaine de la psychiatrie, des psychomotriciens comme Treillet, Anneheim, Siegrist et Ott (2022) ont répertorié grâce à leur observations les premiers éléments sémiologiques en psychomotricité pour certaines maladies psychiatriques. Plus précisément, en se basant sur les principaux groupes diagnostics psychiatriques, une sémiologie psychomotrice a été dressée dans le cas de la schizophrénie, de la dépression et des troubles limites de la personnalité. Les auteurs se sont ici basés sur les dimensions leur paraissant être le juste milieu entre la psychiatrie et la psychomotricité, soit le tonus, la cénesthésie, l'organisation gestuelle, l'image du corps et le système émotionnel.

Paquet et al. dans leur étude de 2022 ont d'ailleurs identifié des caractéristiques psychomotrices retrouvées dans la dépression comme un tonus musculaire élevé, une faible estime de soi et une mauvaise image corporelle, une lenteur motrice au niveau de la motricité globale et des praxies manuelles et enfin un défaut d'adaptation rythmique. Pour obtenir ces résultats, une évaluation psychomotrice standardisée a été utilisée puis les résultats ont été comparés aux profils psychomoteurs des sujets. L'examen psychomoteur a été complété par une évaluation clinique des symptômes dépressifs. On soulève donc qu'une sémiologie psychomotrice dans la dépression a été étudiée mais qu'aucune sémiologie psychomotrice du TSPT n'a pour l'instant été mise en évidence.

b) Sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences domestiques : quels manques ?

Actuellement, les outils en psychomotricité manquent de standardisations et un outil standardisé pourrait être un avantage bénéfique dans le secteur de la psychiatrie adulte.

Potel (2010, p.164) a d'ailleurs écrit que « interroger les troubles psychomoteurs au regard des classifications, c'est avoir une perspective d'ensemble de la manière dont la communauté médicale et scientifique se représente ces troubles. » La sémiologie est définie par le Larousse en ligne comme la « science dont l'objet est l'étude de la vie des signes au sein de la vie sociale » (s. d.). La sémiologie psychomotrice peut être définie comme l'étude des signes psychomoteurs dans un environnement donné. Regrouper les différentes fonctions psychomotrices pour détailler une sémiologie psychomotrice spécifique au cas des femmes ayant subies des violences conjugales pourrait permettre un accompagnement plus précis impliquant davantage le soin psychomoteur.

La littérature ne permet pas actuellement d'identifier des points communs entre ces femmes victimes de violences conjugales et un profil psychomoteur commun.

Bien que pour l'instant non cité par la HAS (2020) dans l'accompagnement des femmes ayant subies des violences domestiques, les psychomotriciens pourraient être davantage indiqués dans l'accompagnement de ces dernières. Effectivement, ils s'intéressent « à la dimension psychique du corps manifestant le bien-être et la souffrance par de multiples, et parfois très nuancées, expressions psychomotrices qui constituent le moyen de relation à soi et aux autres » (Boscaini, 2005, p.89)

L'approche psychomotrice permet de considérer l'individu en prenant en compte son fonctionnement psychomoteur dans ses relations, avec et sous l'influence de son environnement. Le psychomotricien, de par sa spécificité et ses médiations corporelles, peut avoir de nombreux atouts dans le suivi de ces femmes et de leurs difficultés.

Tout d'abord, la psychomotricité pourrait permettre à ces femmes de retrouver un corps plaisir et une sécurité interne. Comme l'expliquent Potel et Saint-Cast dans l'interview de Vacher (2013, p.22), « l'expérience de la sécurité se construit à partir

de l'investissement corporel et du plaisir d'agir. » Elles stipulent également que l'on « peut penser qu'une partie de l'intervention du psychomotricien est une facilitation de la mise en actes des potentiels du sujet, lorsque cette expression est entravée. » Ensuite, comme expliqué précédemment, un trouble psychosomatique peut être une conséquence des violences conjugales et la gestion du stress, retrouver un corps plaisir ou la clinique psychosomatique peuvent faire partie des champs d'intervention du psychomotricien. En effet, « la thérapie psychomotrice, par sa médiation corporelle, enrichit les perceptions corporelles et émotionnelles, les apaise et entraîne leur régulation. » Association Psychomotricité et Psychotraumatisme, s. d.). Par le biais de la thérapie psychomotrice, la femme victime de violences peut donc retrouver un corps plaisir, un corps en lien avec ses émotions permettant au quotidien une meilleure régulation tonico-émotionnelle tant sur le plan personnel que dans son environnement ou dans ses relations à autrui. Cologne (2010, p.91) explique que souvent une expérience douloureuse ou un événement traumatique « ne peuvent être mis en mots et s'expriment à travers les maux du corps : douleur, restriction de mouvement, perte de sensibilité, enfermement dans une carapace tonique, désinvestissement d'une partie de l'espace corporel qui induit maladresse et accidents... ». Comme développé précédemment, le psychomotricien peut accompagner ces troubles, ce qui semble faire de lui un praticien adapté dans la prise en soin des femmes victimes de violences domestiques et plus largement dans le psycho-traumatisme.

Pour conclure, il n'existe pas à notre connaissance d'études s'intéressant à la sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences domestiques. Il semble intéressant d'en définir une afin de perfectionner leur accompagnement dans le parcours de soin et de pouvoir réfléchir précisément aux troubles psychomoteurs pour lesquels pourraient être indiqués le psychomotricien. Comme l'évoque Boscaini, une sémiologie psychomotrice « bien définie au travers d'un langage professionnel commun, pourra mieux permettre une classification des troubles psychomoteurs. » (Boscaini, 2005, p.88). C'est donc dans cette optique exploratoire que la recherche de ce mémoire a été réalisée.

II. Méthodologie de l'étude

Dans la partie théorique précédente, nous avons décrit les violences conjugales ainsi que leurs conséquences et nous avons défini et détaillé les fonctions psychomotrices selon la littérature.

Notre réflexion de départ était que les violences conjugales ont un impact sur les fonctions psychomotrices des victimes. Cette dernière a amené la problématique suivante : « Quelle est la sémiologie psychomotrice des femmes qui ont subies des violences domestiques ? »

Dans cette partie, nous décrirons la démarche d'investigation choisie, nous détaillerons l'outil utilisé pour réaliser cette recherche et enfin nous parlerons de l'enquête et de ses résultats.

A. Choix de la démarche

a) Approche empirico-inductive :

L'approche empirico-inductive a été choisie car peu de recherches ont été faites sur l'impact des violences conjugales au niveau des fonctions psychomotrices. La méthode empirique est définie par Claude (2019b) comme une technique s'appuyant sur l'observation mais aussi sur l'expérience. En effet, on part de données qui sont analysées pour répondre à une hypothèse.

Cette approche se base sur des observations du terrain pour comprendre un phénomène général. Elle part du cas particulier et concret, de faits, de données pour être généralisée. (Claude, 2021)

Beaugrand, (1988, p.8) écrit que l'approche empirico-inductive sert à « aborder concrètement le sujet d'intérêt et à laisser les faits suggérer les variables importantes. » En complément, Balslev & Saada-Robert (2002, p.89) expliquent qu'elle « vise néanmoins l'élaboration de modèles qui dépassent le cas particulier [...] et permettant d'en faciliter la compréhension »

Cette méthode nous a donc semblée pertinente dans notre cas. Dans notre étude, nous allons nous baser sur les observations des professionnels en laissant de côté nos opinions préalables.

b) Méthode quantitative :

La méthode quantitative permet d'analyser des comportements, des opinions et d'en déduire des conclusions mesurables statistiquement. A l'aide de cette méthode, on peut quantifier un phénomène. (Claude, 2019). Dans le cadre de cette démarche, nous avons choisi le questionnaire pour ces mêmes raisons. Ce dernier, aiguillé par des questions précises, va permettre de faire ressortir de l'enquête des données quantifiables.

B. L'outil d'enquête

a) Le questionnaire

Boulan (2015) explique que pour créer un questionnaire il faut formuler des questions et des modalités de réponses puis les ordonner pour que ces réponses, après analyse, puissent être pertinentes dans le cadre de l'étude.

La réalisation d'entretiens a d'abord été pensée. Finalement, le questionnaire a été choisi pour sa praticabilité. En effet, l'utilisation de cet outil enlève des contraintes spatio-temporelles pour la population interrogée mais aussi pour son mandataire. Il permet ainsi de multiplier les réponses. Ces points sont importants dans notre cas car peu de professionnels de santé travaillent dans le domaine étudié ici et la nécessité d'augmenter au maximum le nombre de réponses s'est faite ressentir. Dans cet optique d'obtention d'un maximum de réponses, le questionnaire est également pertinent car il peut être diffusé avec un échantillonnage boule de neige c'est-à-dire une diffusion grâce au partage du questionnaire par les répondants eux-mêmes à leur réseau (Given, 2008).

Ensuite, il permet une neutralité de la part de l'enquêteur. Enfin, il se présente de la même manière pour tous les participants ce qui en fait donc un outil standardisé. (Berthier, 2016)

Fenneteau (2015, p.76) précise que « l'objectif des questionnaires consiste à quantifier les phénomènes étudiés ». On cherche donc par le biais de cet outil à généraliser les résultats et cela s'inscrit dans la démarche empirico-inductive décidée pour cette étude.

b) Choix de la population

La population a été choisie selon différents critères d'inclusion. Ils définissent les caractéristiques des personnes pouvant participer à l'étude. En effet, ce sont « des critères positifs décrivant les caractéristiques que doivent présenter les personnes pour être incluses [...] dans l'essai. » (CNCR, 2021).

Ici, ils correspondent à :

- être psychomotricien D.E. avec numéro ADELI
- être infirmier D.E. avec numéro ADELI
- être psychologues avec numéro ADELI
- être psychiatres avec numéro ADELI
- être sage-femme avec numéro ADELI
- travailler ou avoir travaillé avec une ou des patientes victimes de violences conjugales

- être diplômé en France métropolitaine ou DOM-TOM

Ils ont été choisis en fonction de leur pertinence et de leur lien avec l'étude. En effet, n'ont été sélectionnés que des professionnels pouvant intervenir en première ligne avec des femmes ayant subi des violences conjugales et l'étude ayant lieu en France, ces derniers doivent posséder un diplôme français.

Un questionnaire peut être hétéro-administré donc l'enquêteur pose les questions au répondant et répond sous sa dictée ou auto-administré, le répondant répond lui-même (Salès-Wuillemin, 2006). Ici, le questionnaire est auto-administré.

c) Elaboration du questionnaire

Les questions ont été élaborées à partir de la littérature trouvée sur notre sujet (annexe 7). Pour créer les questions, nous avons utilisé les différentes théories sur les fonctions psychomotrices qui ont été présentées dans la partie précédente.

Le questionnaire est composé d'une introduction comportant toutes les informations dont la personne répondant à l'étude a besoin tant au niveau législatif qu'éthique. Il est découpé en deux parties. Tout d'abord, il y a 7 questions d'origine sociodémographiques nécessaires pour confirmer les critères d'inclusion mentionnés ci-dessus. Ensuite, apparaît une seconde partie avec les 12 questions liées directement à l'étude. Ces questions portent sur la présence ou l'absence de trouble

des différentes fonctions psychomotrices. Par exemple pour le tonus, la première fonction psychomotrice interrogée, la question est « Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble du tonus ? » Enfin, une dernière question ouverte permet à la personne de rédiger un commentaire supplémentaire si elle en a besoin. Au total, le questionnaire est composé de 20 questions et à une durée moyenne de remplissage de 10 minutes.

Le questionnaire comporte des questions à choix multiples, des questions avec une échelle d'intensité de 1 (pas du tout) à 10 (tout à fait) et une question ouverte (annexe 8). Initialement, les indicateurs étaient seulement ceux de présence ou d'absence mais il a été décidé de rajouter une échelle pour rendre quantifiable des observations. Le choix s'est principalement tourné vers des questions fermées car selon Fenneteau (2002, p.59) : « [...] le taux de réponse est généralement faible pour les questions ouvertes. Les personnes interrogées répugnent souvent à faire l'effort nécessaire pour rédiger quelques phrases. Nombre d'entre elles se sentent bloquées parce qu'elles ont le sentiment de s'engager en s'exprimant par écrit. »

Par ailleurs, lors de l'élaboration d'une question fermée, « [...] la principale difficulté réside dans l'élaboration de la liste des modalités de réponse. Il faut que cette liste soit exhaustive, [...], homogène et mutuellement exclusive [...] pour former un ensemble équilibré. » (Fenneteau, 2002, p.67). Malgré les difficultés de création, l'utilisation des questions fermées est intéressante puisqu'elles « [...] permettent d'obtenir une information standardisée. Les réponses peuvent par conséquent être comparées, agrégées et soumises à des analyses statistiques. » (Fenneteau, 2002, p.70)

Le questionnaire a été créé via le site Microsoft Forms® pour son aspect instinctif, sa praticité, la visibilité simplifiée des réponses et il respecte la loi RGPD sur la protection des données personnelles. Dans cette étude, le recueil des données est relatif aux pratiques des différents professionnels sélectionnés qui suivent des femmes ayant subi des violences domestiques. Il se base sur l'étude des observations des professionnels sur les troubles psychomoteurs apparus auprès des femmes ayant subi des violences conjugales et ayant (de façon consécutive aux violences) soit présenté un développement de symptômes faisant penser à une

dépression ou un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) soit un diagnostic de dépression ou de TSPT posé.

d) Phase de validation de l'outil

Une phase de validation a été réalisée afin de valider le questionnaire pour le diffuser ensuite à une plus grande échelle. Cette validation a été effectuée par deux psychomotriciennes D.E / T.E extérieures à la recherche pour des raisons d'objectivité. Leurs retours ont permis des modifications. Suite à cette phase de pré-test et avec l'accord de mes référentes de mémoire, le questionnaire a pu être diffusé et envoyé aux différents professionnels de santé inclus dans l'enquête.

e) Moyens de diffusion

Tout d'abord, nous avons créé une affiche permettant de résumer le but de l'enquête. Celle-ci comprend les informations relatives à l'enquête dont les personnes ont besoin pour être informées et éclairées. Y figure également le lien internet pour accéder au questionnaire ainsi qu'un QR-code pouvant être scanné et permettant un accès plus rapide et plus simple au questionnaire sur un smartphone (annexe 9).

Elle sert à être divulguée facilement, informer rapidement, donner un accès simple au questionnaire et donc permettre plus de réponses de la part des participants. Le design a été réalisé via le site Canva®. L'affiche propose un lien et un QR-code pour se connecter au questionnaire, la réponse aux questions « sur quoi porte l'étude ? », « à qui l'étude est-elle destinée ? » et « comment participer ? » mais elle propose aussi un contact et rappelle la nécessité de soumission à la loi sur la protection des données.

La diffusion du questionnaire a pu être réalisée via différents canaux. L'affiche et le lien internet du questionnaire sont diffusés à l'aide des réseaux sociaux (groupes fermés de professionnels) mais également via les mails des différents professionnels et des associations rencontrés pour l'écriture de ce mémoire.

C. Points de vigilance

Différentes erreurs peuvent intervenir dans une étude. Elles peuvent être aléatoires ou systématiques. Dans ce dernier cas, on appelle cela des biais et s'ils ne sont pas soulevés, ils peuvent questionner la validité de l'étude. (Ben Abdelaziz et al., 2021).

Dans cette étude, nous pouvons relever deux biais possibles : le biais d'interprétation et le biais de suggestion. Selon Fenneteau (2015), le mot clé choisi dans la question peut orienter la réponse de la personne. C'est le biais de suggestion. Il faut donc porter une attention particulière à la formulation des questions. Le biais d'interprétation peut quant à lui apparaître lorsque la personne ne comprend pas la question. Pour le limiter, les questions doivent être simples et précises. Les questions nécessitant des connaissances spécifiques peuvent engendrer chez la personne un effet dit « intimidant » (Fenneteau, 2015, p.87). Dans ce cas-là, l'individu peut répondre alors que ses connaissances sur le sujet ne sont pas assez pointues. Pour tenter d'éviter cela, des courtes définitions ont été rajoutées aux questions portant sur les fonctions psychomotrices. En effet, bien que le psychomotricien ait une expertise sur les fonctions psychomotrices, d'autres professionnels de santé ont été interrogés. Il a fallu pouvoir leur fournir des éléments pour répondre au mieux au questionnaire.

En parallèle, des biais peuvent être liés à l'utilisation du questionnaire (CEDPI, 2014) comme les biais cognitifs (défaut d'attention, de perception, de mémoire, de langage ou de raisonnement), affectifs (en lien avec les émotions et/ou les sentiments), méthodologiques (lié à la méthodologie de recueil de données) et enfin les biais sociaux et culturels (environnement et culture dans lequel l'individu a évolué)

Certaines limites liées à l'étude ont également été soulevées. En effet, on peut imaginer des contraintes liées au support informatique pour les participants à l'étude. De plus, les réponses peuvent être non spontanées et exclusives. Enfin, les participants peuvent trouver les questions répétitives et celles-ci doivent être simples pour ne pas induire des incompréhensions et donc une réponse peu fiable.

D. Ethique et législation

Une attention particulière a été portée sur l'éthique de cette étude.

Tout d'abord, pour le questionnaire, la loi du 20 juin 2018 sur la protection des données doit être respectée (Legifrance, 2018). Ce « Règlement Général sur la Protection des Données » (RGPD) permet d'encadrer le traitement des données personnelles sur le territoire européen. Dans cette recherche, l'anonymat des participants est préservé. Un code aura été demandé aux participants dans le cas où l'un d'entre eux veut se retirer de l'étude ou s'il désire obtenir un droit d'accès à ses données. Ce code permettra de retrouver la ligne de données de la personne tout en préservant son anonymat.

Concernant les participants, leur consentement doit être éclairé. Pour se faire, toutes les informations relatives à l'étude ont été stipulées dans l'introduction du questionnaire. Elle regroupe des informations concernant le contexte de l'étude c'est-à-dire pourquoi elle est réalisée, sa durée, le nombre de questions et l'anonymat. La loi de respect des données personnelles (RGPD) ainsi que la non dépendance à un comité de protection des personnes (CPP) sont spécifiés. Un moyen de contact est donné dans le cas où les participants ont des questions sur l'étude ou s'ils veulent faire jouer leur droit de rétractation. Si la personne fait jouer son droit de rétractation, une question demandant un code pour retrouver les données de la personne de façon anonyme a été pensée.

Enfin, il est important de notifier que cette étude n'est pas soumise à la loi du 5 mars 2012, loi Jardé relative à la « recherche impliquant la personne humaine » (RIPH) (Legifrance, 2012) car elle interroge l'opinion, les représentations des professionnels de santé. Aucun recueil de données médicales individualisées n'est effectué.

III. Résultats

A. Données socio-démographiques

L'échantillon étudié est constitué d'un total de 104 réponses. Parmi ces réponses, il y a 55 psychomotriciens, 8 psychiatres, 6 sages-femmes, 7 infirmiers, 28 psychologues.

Répartition des répondants en fonction de leur profession
n= 104

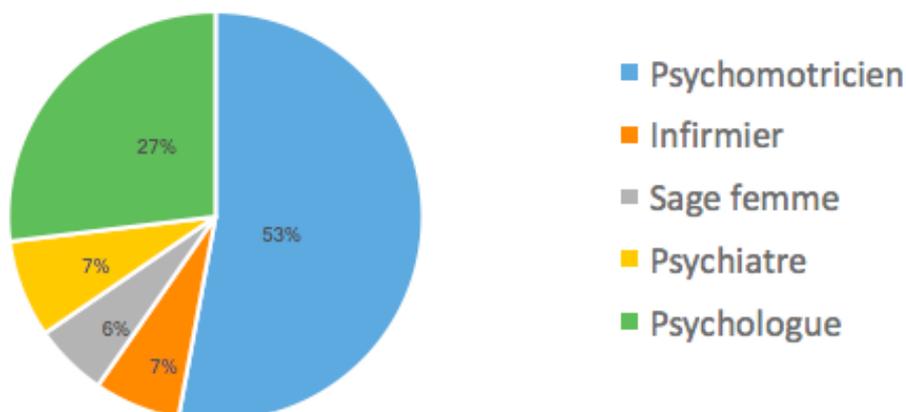


Figure 6 : Répartition des répondants en fonction de leur profession

Tous les professionnels ayant répondu exercent en France métropolitaine. Par ailleurs, sur le total des réponses, seulement une partie d’entre eux a travaillé ou travaille avec des femmes victimes de violences conjugales. (Tableau 2)

Tableau 2
Répartition des répondants ayant travaillé ou travaillant avec des femmes victimes de violences conjugales et le nombre de femmes qu'ils ont suivi

	Ayant travaillé	Travaillant avec	Nombre de femmes suivies			
			1 à 5	5 à 10	10 à 15	>15
Psychomotriciens	2	8	5	2	1	2
Psychiatres	0	8	/	2	2	4
Psychologues	2	23	4	4	6	11
Infirmiers	1	4	1	1	/	3
Sages-femmes	2	4	1	/	/	5

Pour la suite de l’étude, seulement l’échantillon présenté dans le tableau ci-dessus seront utilisés. Sur les réponses totales, 48% des répondants au questionnaire n’ont jamais travaillé avec des femmes victimes de violences. Ces données concernant les professionnels n’ayant jamais travaillé avec des femmes victimes de violences conjugales sont mises de côté car elles ne sont pas pertinentes ici.

94% des professionnels ont répondu oui à une suspicion de TSPT et 91% suspecte une dépression auprès de leurs patientes. Parallèlement, 63% des professionnels ont répondu « oui » à la question « est-ce qu'un diagnostic de dépression a été posé » et 61% ont répondu « oui » à la question « est-ce qu'un diagnostic de TSPT a été posé ». (Cf question 7)

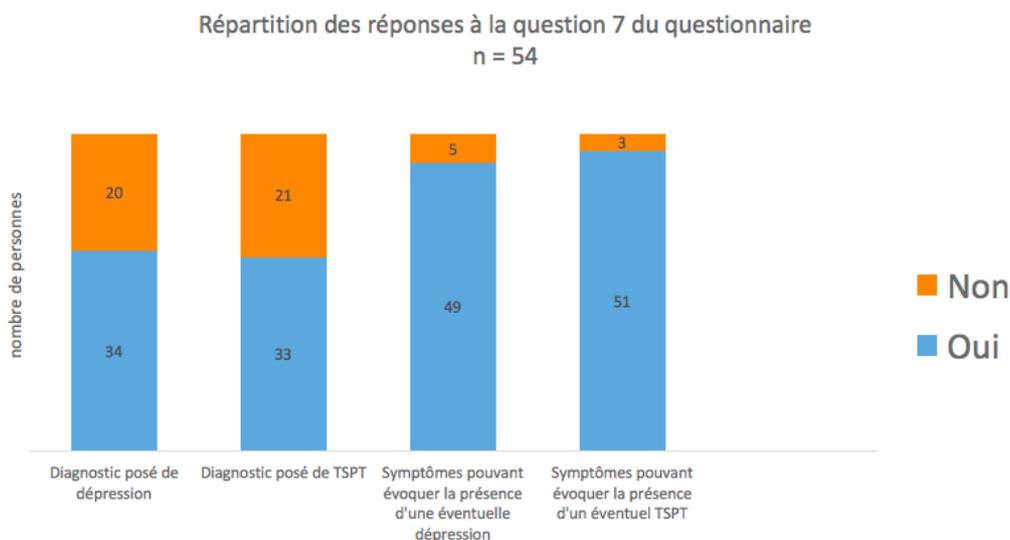


Figure 7 : Répartition des réponses à la question numéro 7 du questionnaire

B. Analyse descriptive des fonctions psychomotrices

La figure ci-dessous regroupe toutes les évaluations moyennes relevées pour chaque fonction neuro-psychomotrice. (Cf question 8 à 18 sur l'évaluation de la présence d'un trouble des fonctions neuro-psychomotrices).

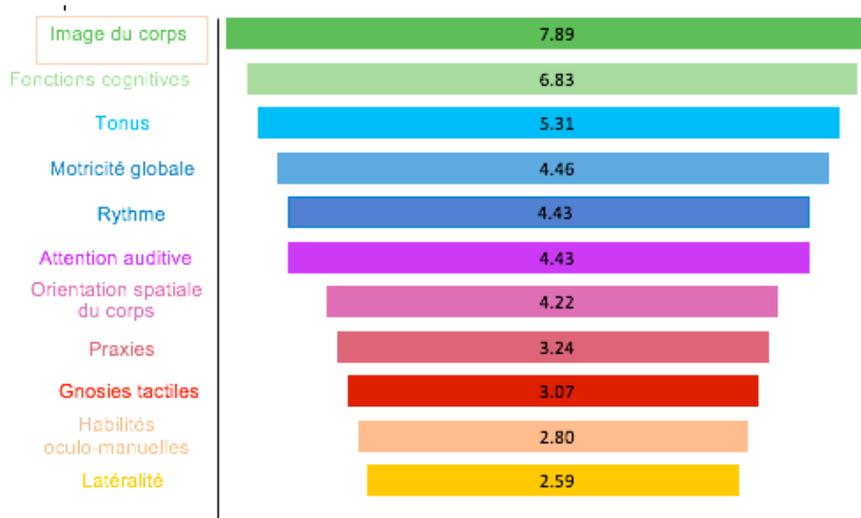


Figure 8 : Evaluations moyennes pour chaque trouble des fonctions neuro-psychomotrices

A l'aide de la figure 8, on remarque que la présence de trouble de certaines fonctions psychomotrices ressort davantage. Effectivement, le trouble de l'image du corps obtient une présence moyenne de 7,89 sur 10. Dans ce sens, le trouble des fonctions cognitives obtient une présence moyenne de 6,83 sur 10 et le trouble du tonus de 5,31 sur 10.

D'après les répondants, ce sont les troubles qui ressortent en majorité parmi tous les troubles des fonctions psychomotrices présentés et qui obtiennent une moyenne supérieure à 5 sur 10. A contrario, les trois troubles les moins présents semblent être le trouble de la latéralité (moyenne de 2,59 sur 10), le trouble des habilités oculo-manuelles (moyenne de 2,80 sur 10) et le trouble des gnosies tactiles (moyenne de 3,07 sur 10). On note également qu'aucune moyenne de 1, relevant de l'absence complète d'un trouble d'une fonction psychomotrice n'est à notifier.

En annexe 10, un tableau répertorie pour chaque fonction neuro-psychomotrice, le détail des notes données.

Concernant le trouble des fonctions cognitives, 79,6% précisent qu'il s'agit d'un trouble des fonctions exécutives. Effectivement 43 personnes répondent « oui » à la question 19. Pour finir, il paraît pertinent de présenter les moyennes générales de la présence d'un trouble d'une fonction neuro-psychomotrice données par chaque profession. (Tableau 3)

Un code couleur a été imaginé afin de simplifier la lecture du tableau. En orange, sont représentés les scores les plus hauts soit ayant une moyenne comprise entre 7 et 10. En jaune, sont représentés les scores ayant une moyenne comprise entre 6 et 7 et en bleu sont représentés les scores ayant une moyenne comprise entre 5 et 6. Les fonctions psychomotrices ayant obtenus une moyenne en dessous de 5 présentent une case neutre blanche.

Tableau 3
Moyennes générales de la présence d'un trouble d'une fonction neuro-psychomotrice
données par profession

	Moyenne des réponses par profession				
	Psychomotriciens	Infirmiers	Psychologues	Psychiatres	Sages-femmes
Trouble du tonus	7,9	3,6	4,52	5,5	5,5
Trouble de la latéralité	2,5	2,2	2,6	3,13	2,34
Trouble des habilités oculo-manuelles	3,7	2,2	2,4	3	3,17
Trouble de la motricité globale	6,4	2,6	4,24	3,88	4,5
Trouble des praxies	4,9	2,2	2,72	2,88	4
Trouble de l'orientation spatiale du corps	6,9	4,2	3,48	3,13	4,34
Trouble du rythme	6	3	4,08	3,5	5,67
Trouble de l'attention auditive	5,8	2,8	3,84	4,38	6
Trouble des gnosies tactiles	4,2	3,2	2,64	3	3
Trouble de l'image du corps	8,8	7,4	8,08	6,63	7,67
Trouble des fonctions cognitives	7,5	8,4	6	7,63	6,84

C. Analyses complémentaires : analyse de cluster K-means et de corrélations

2 sortes d'analyses complémentaires ont été effectuée sur ces données.

Une analyse de cluster K-means a été réalisée grâce à XLSTAT®, une extension d'Excel®. « La *cluster analysis* (également appelée analyse en cluster ou analyse par grappes) est une méthode statistique de traitement des données qui organise les éléments étudiés en groupes en fonction de leur degré de similitude. Son objectif est d'identifier et visualiser des ensembles d'éléments similaires en fonction de critères définis. » (Qualtrics, 2023). Ce type d'analyse statistique est souvent utilisée quand aucune hypothèse sur les relations entre les données n'ait prévisibles. Elle permet de répartir les sujets en différents groupes en fonction de leur degré de similarité. Le classement des sujets en deux classes a montré que la majorité des psychomotriciens se retrouve avec la majorité des sages-femmes dans une classe. D'un autre côté, la majorité des psychologues se retrouve dans la même classe que la majorité des psychiatres et des infirmiers.

Classe	1	2
Nombre d'objets par classe	29	25
Somme des poids	29	25
Variance intra-classe	38,650	38,903
Distance minimale au barycentre	3,194	1,826
Distance moyenne au barycentre	5,927	5,876
Distance maximale au barycentre	9,727	9,251
	PMOT	IDE
	PMOT	PsyN
	PMOT	PsyN
	SF	Psychiatre
	SF	PsyN
	PsyN	SF
	SF	PsyN
	SF	IDE
	PMOT	PsyN
	PMOT	PsyN
	PMOT	Psychiatre
	IDE	IDE
	PMOT	Psychiatre
	PMOT	PsyN
	PsyN	Psychiatre
	SF	PsyN
	PMOT	PsyN
	IDE	PsyN
	Psychiatre	PsyN
	PsyN	PsyN
	PsyN	PsyN
	PsyN	Psychiatre
	Psychiatre	PMOT
	PsyN	PsyN
	PsyN	PsyN
	PsyN	
	Psychiatre	
	PsyN	
	PsyN	

Figure 9 : Tableau récapitulatif des clusters du K-means

Ces résultats de cluster sont en lien avec le tableau 3 qui présente les moyennes générales de la présence d'un trouble d'une fonction neuro-psychomotrice données par profession. En effet, on peut remarquer qu'en général les moyennes données pour chaque trouble par les psychomotriciens et les sages-femmes sont proches tandis que celles données par les psychologues, les infirmiers et les psychiatres sont aussi globalement rapprochées.

Le logiciel XLSTAT® a été aussi utilisé pour créer une matrice de similarité-dissimilarité. Les études de corrélation permettent d'évaluer une dépendance, une association, un lien entre deux variables. (Figure 10)

	tonus	latéralité	habiletés oculo-manuelles	motricité globale	praxies	intégration de l'orientation spatiale du corps	rythme	l'attention auditive	gnosies tactiles	l'image du corps	fonctions cognitives
tonus	1	0,447	0,567	0,704	0,575	0,616	0,687	0,541	0,519	0,559	0,526
latéralité	0,447	1	0,722	0,536	0,458	0,439	0,523	0,539	0,585	0,253	0,220
habiletés oculo-manuelles	0,567	0,722	1	0,720	0,709	0,623	0,618	0,575	0,740	0,356	0,309
motricité globale	0,704	0,536	0,720	1	0,703	0,670	0,711	0,556	0,645	0,480	0,396
praxies	0,575	0,458	0,709	0,703	1	0,755	0,661	0,570	0,688	0,369	0,420
intégration de l'orientation spatiale du corps	0,616	0,439	0,623	0,670	0,755	1	0,725	0,546	0,620	0,505	0,466
rythme	0,687	0,523	0,618	0,711	0,661	0,725	1	0,668	0,572	0,465	0,471
l'attention auditive	0,541	0,539	0,575	0,556	0,570	0,546	0,668	1	0,504	0,339	0,481
gnosies tactiles	0,519	0,585	0,740	0,645	0,688	0,620	0,572	0,504	1	0,411	0,348
l'image du corps	0,559	0,253	0,356	0,480	0,369	0,505	0,465	0,339	0,411	1	0,400
fonctions cognitives	0,526	0,220	0,309	0,396	0,420	0,466	0,471	0,481	0,348	0,400	1

Figure 10 : Tableau des corrélations entre les différentes fonctions psychomotrices

Les résultats de cette étude ont mis en lumière plusieurs points. Tout d'abord, on remarque que les fonctions psychomotrices n'ont pas de coefficient de corrélation négatif et ont donc un coefficient de corrélation compris en 0 et 1, ce qui démontre un lien entre toutes les fonctions et soutient le paradigme psychomoteur. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

De plus, on remarque que certaines fonctions présentent un coefficient de corrélation plus proche de 1, ce qui illustre une plus forte corrélation entre elles. En effet, on remarque par exemple que la motricité globale et le tonus sont très corrélés, tout comme la latéralité et les habiletés oculo-manuelles, les habiletés oculo-manuelles et les gnosies tactiles, la motricité globale et les praxies ou le rythme, l'attention auditive et le rythme ou encore l'intégration spatiale du corps et les praxies.

D'autre part, on relève que bien que l'image du corps et les fonctions cognitives soient corrélées aux autres fonctions psychomotrices, le coefficient de corrélation est moins élevé

A l'aide de la figure 10 ci-dessus et de la figure 8 présenté précédemment, on remarque que les fonctions étant les plus corrélées ensemble sont à la suite les unes des autres dans la figure 8, les classant par ordre décroissant de moyennes données par les professionnels. Effectivement, le trouble des fonctions cognitives arrive juste après le trouble de l'image du corps, le trouble de la motricité globale juste à la suite du trouble du tonus ou encore le trouble de la latéralité est à la suite du trouble des habilités oculo-manuelles. Les troubles du rythme, de l'attention auditive et de l'orientation spatiale du corps présentent des coefficients de corrélation proches tout comme leurs moyennes d'évaluation de présence.

IV. Discussion

A. Réponse à la problématique

Au travers de la littérature, nous avons constaté que peu d'écrits parlent du sujet de ce mémoire et que la majorité d'entre eux expliquent les impacts physiques et/ou psychiques des violences conjugales sur les femmes. Nous avons pu voir que les femmes victimes de violences conjugales souffrent souvent de dépression ou de Trouble de Stress Post-Traumatique, deux pathologies qui commencent à être renseignées d'un point de vue psychomoteur dans la littérature. Afin de compléter la réponse à la problématique présentée nous avons réalisé une étude dans le but de dresser une sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences conjugales. Cette recherche reste à nuancer car elle repose sur les observations cliniques de professionnels de santé dont la plupart ne sont pas experts des fonctions psychomotrices.

Les résultats présentés ci-dessus ont montré la corrélation des fonctions psychomotrices entre elles ainsi que les professions ayant répondu de façon similaire au questionnaire mais ils permettent principalement de dresser la liste des

fonctions plus ou moins atteintes selon les répondants. Nous remarquons différentes atteintes des fonctions psychomotrices de ces femmes.

La figure 8 présentée plus haut permet un classement de celles-ci. On remarque que toutes les fonctions psychomotrices sont touchées mais que la fonction la plus impactée est l'image du corps tandis que celle la moins impactée est la latéralité.

Nous pensons que le lien relevé entre toutes les fonctions psychomotrices n'est pas anodin. En effet, il renvoie au lien neuro-anatomique des différentes fonctions psychomotrices mais également à la boucle sensori-psycho-motrice, bases du paradigme psychomoteur. Il s'explique par « l'interdépendance entre corps et psyché, que nos pratiques ne se basent pas uniquement sur le verbal mais se fondent sur l'action, le mouvement, l'espace, la sensorialité, la rythmicité et la relation » (Potel, 2010, p.73). Carric & Soufir (2014, p.45) précisent que « l'UNITÉ de l'être humain : corps, intelligence, affectivité forment un tout indissociable. »

La rééducation psychomotrice s'appuie sur « un traitement neuro-psycho-physiologique qui agit par l'intermédiaire du corps. Elle vise, dans un but psychophysiologique et psychique, à maintenir ou rétablir les mécanismes des fonctions perceptivo-motrices, mentales et comportementales » (Carric & Soufir, 2014, p.194). De plus, la boucle sensori-psycho-motrice représente les liens entre le corps et le cerveau, le cerveau et l'esprit et l'esprit et le corps (Pes, 2011). Les concepts psychomoteurs s'inscrivent dans cette boucle. Dès le début de la psychomotricité, la profession s'est appuyée sur la relation entre tous ces éléments, relation qui transparait ici dans la corrélation entre les fonctions psychomotrices.

La figure 11 présente les quatre fonctions psychomotrices les plus impactées par les violences conjugales avec leurs relations de corrélation et les trois autres fonctions psychomotrices avec lesquelles elles sont le plus en lien. Ce schéma aide à se rendre compte des fonction psychomotrices à travailler prioritairement lors de prise en soin de femmes victimes de violences conjugales.

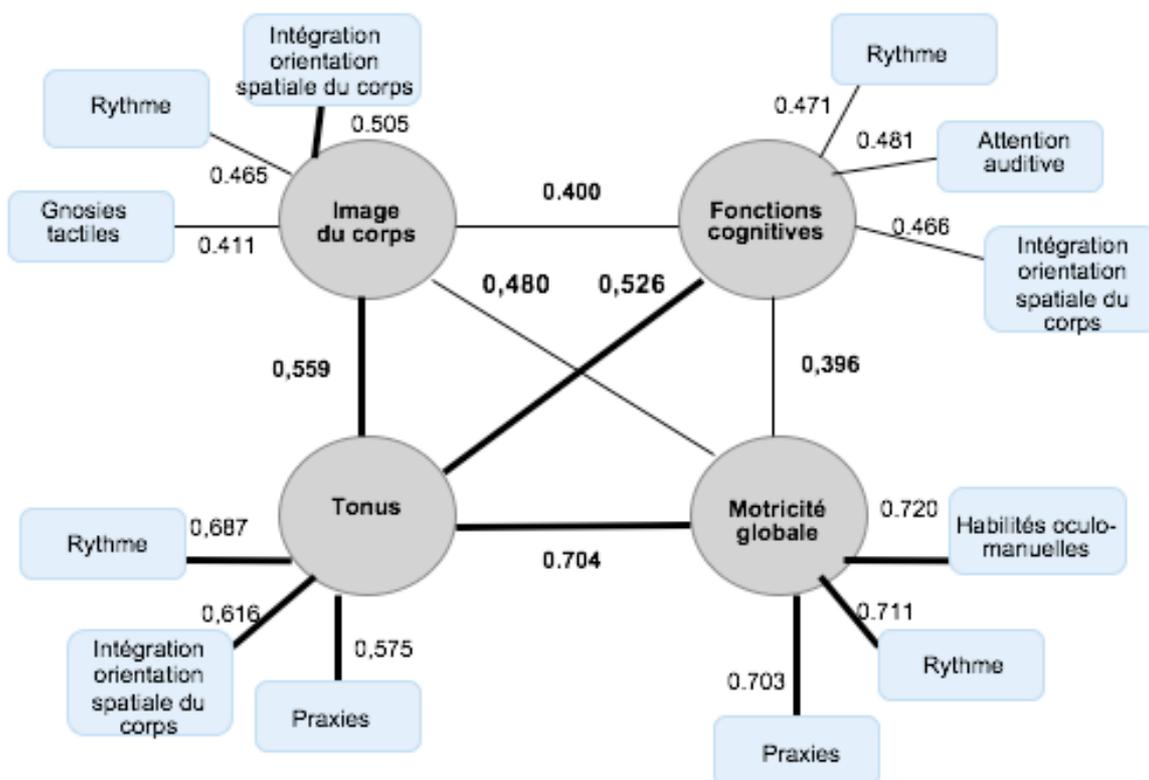


Figure 11 : Fonctions neuro-psychomotrices principalement impactées chez la femme victime de VPI et liens de corrélations

Lors de sa prise en soin, parallèlement au travail basé sur les fonctions psychomotrices, le psychomotricien peut aussi axer son travail autour de la douleur. En effet, comme expliqué précédemment, les patientes victimes de violences conjugales peuvent présenter des douleurs physiques et/ou psychiques secondaires aux violences et le psychomotricien peut les aider à mettre du sens sur leurs ressentis et proposer des outils de gestion de la douleur afin de retrouver un corps plaisir. Cette douleur est elle aussi en lien avec les fonctions psychomotrices : « Lorsqu'elle s'installe et devient chronique elle envahit la conscience corporelle du sujet et perturbe son état tonique. Ce qui aura des conséquences sur les capacités psychomotrices du sujet » (Dias Da Silva, 2016, p.1)

De plus, nous pouvons dire que les psychomotriciens sont très souvent présents dans les services de psychiatrie français. Ils peuvent agir sur les conséquences psychomotrices des pathologies psychiatriques, notamment celles secondaires aux violences conjugales. En 2020, la HAS a publié un écrit sur l'évaluation et la prise en charge des syndromes psycho-traumatiques chez l'enfant et l'adulte dans lequel le

psychomotricien est cité dans les recommandations. Comme décrit précédemment, grâce aux études menées par Paquet et al. (2022), une sémiologie psychomotrice dans la dépression a pu être relevée. Dans la seconde étude portant sur l'approche sensorielle dans la dépression Paquet et al. (2022, p.1577) soulignent que « différentes approches thérapeutiques devraient être envisagées, en particulier parmi les traitements non médicamenteux. » Ils appuient notamment que la réalisation d'un profil sensoriel est nécessaire et le psychomotricien, dans son approche, semble être le professionnel adéquat pour cette tâche. Certaines avancées en psychiatrie adulte concernant les évaluations psychomotrices sont à notifiée bien que celles-ci soient réalisées pour le moment sur les pathologies psychiatriques les plus renseignées dans la littérature scientifique. Avec toutes ces informations, nous pouvons suggérer que les psychomotriciens peuvent-être tout indiqués dans l'accompagnement des impacts des violences conjugales sur les individus.

Pour conclure cette partie, la disparité entre les clusters semble pertinente à soulever. Une explication à ce phénomène peut être les points communs et les divergences dans les approches des différentes professions étudiées. Effectivement, les particularités de chaque formation peuvent se rejoindre sur certains aspects et s'éloigner sur d'autres. Ces éléments engendrent différentes façons d'observer les patientes et de penser la prise en soin et l'accompagnement de ces dernières. L'émergence de ces clusters appuie la nécessité d'une prise en soin pluridisciplinaire afin que chaque profession puisse apporter ses spécificités dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Par exemple,

B. Limites rencontrées

a) Limites méthodologiques

Comme expliqué précédemment, différentes erreurs peuvent intervenir dans une étude : les biais qui, s'ils ne sont pas soulevés, peuvent questionner la validité de l'étude (Ben Abdelaziz et al., 2021) et « comme dans toute recherche, le chercheur est tenu de rester réflexif et conscient de la façon dont ses préjugés peuvent influencer l'interprétation des facteurs » (Dariel, 2013, p.58)

Dans cette étude, nous nous sommes occupé à limiter les biais bien que nous ne puissions jamais être certain de les avoir complètement annulés. Ceux-ci ont été définis plus haut dans la partie « Points de vigilance ».

Un élément n'ayant pas été pris en compte dans le questionnaire et qui a été relevé par les professionnels dans leurs commentaires est l'inter-individualité des personnes. Effectivement, reviennent les commentaires : « très différent d'une personne à l'autre », « difficile de faire une généralité car cela dépend vraiment d'une personne à l'autre », « variabilité selon les personnes » ou encore « Toutes ces différences peuvent être liées à l'âge, au fonctionnement de base de l'individu, au développement neurologique, au trauma ». En complément, un psychomotricien explique que : « Les troubles psychomoteurs observés dépendent du type de violence ».

De plus, les répondants spécifient que leur lieu d'exercice influe sur la prise en soin. Un psychomotricien en poste dans un Centre Hospitalier Universitaire reçoit des femmes vieillissantes et explique que « les troubles peuvent être en lien avec le vieillissement » ou encore un infirmier travaillant en CUMP dit : « La prise en charge CUMP s'adresse à des personnes prises en charge en post-immédiat » ce qui peut impacter les observations cliniques.

Parallèlement, d'autres points concernant l'étude ont entraîné des difficultés. Déjà, il y a eu peu de réponses au questionnaire et ce malgré de nombreuses relances individualisées. Certains volontaires n'ont pas pris le temps de répondre à cause de leur rythme quotidien de travail. Effectivement, suite à la fermeture du questionnaire nous avons pu recevoir des mails dans lesquels les professionnels expliquent qu'ils voulaient répondre mais n'ont pas eu le temps de le faire et s'excusent.

Le temps d'accès au questionnaire pour y participer a dû être défini dans le temps afin de pouvoir réaliser une analyse correcte. Le questionnaire a été disponible du 08/02/2023 au 17/04/2023 soit 10 semaines en ligne.

Par ailleurs, il s'agit d'un domaine dans lequel peu de psychomotriciens travaillent donc le nombre de répondants psychomotriciens de profession est faible. Enfin, la subjectivité des réponses est à notifier notamment parce que le questionnaire interroge les fonctions psychomotrices et qu'une majorité des répondants n'était pas

psychomotriciens donc non experts des fonctions psychomotrices. En effet, les commentaires des professionnels à la question 20 sont très intéressants pour nuancer l'étude car ils montrent que cette dernière présente des limites. Par exemple, à cette question des psychologues ont pu expliquer : « Nous ne sommes pas des professionnels qui évaluons ces thématiques », « Je n'ai pas ces connaissances spécifiques et je n'interroge pas forcément cela » ou encore « Difficile de répondre car je n'évalue pas leurs capacités motrices ». Une sage-femme a quant à elle écrit que « certaines questions sont parfois difficiles dans mon champ d'activité. » Pareillement, un psychiatre a relevé les mêmes limites en concluant : « En revanche merci de vous intéresser à ce domaine et de nous faire connaître le vôtre, les Centres Psychotrauma recherchent des psychomotriciens qui justement connaissent bien tout ce que vous évoquez !!! » La citation d'exemples pour illustrer les propos aurait peut-être aidé.

b) Compétences de chercheur

Dans l'objectif de développer une posture de chercheur correcte, de nombreuses lectures d'articles scientifiques a eu lieu. Les compétences développées avec le master MIP/TE ont permis d'acquérir de nouvelles compétences méthodologiques et un meilleur esprit critique. Cependant, nous remarquons la persistance de lacunes sur l'analyse statistique des résultats d'une étude et l'utilisation de logiciels adaptés pour la réaliser. Un besoin d'autonomisation plus important s'est fait ressentir notamment dans l'utilisation de des logiciels. Des compétences supplémentaires dans ce domaine doivent être développées.

C. Ouverture de la réflexion

a) Réplicabilité du questionnaire à l'étranger

Ce projet est aujourd'hui la base d'un mémoire de fin de master 2 mais est aussi une piste, une porte ouverte pour des écrits futurs de niveau supérieur notamment des thèses ou des articles scientifiques. Il est une première pierre dans l'apport de connaissances dans ce domaine et tend à montrer l'intérêt de la place du psychomotricien dans ce milieu. Il pourra par exemple permettre d'appuyer des

demandes de création de poste ou des demandes de nouveaux écrits plus approfondis.

Le questionnaire pourrait être ouvert de nouveau afin de récolter des données supplémentaires sur du plus long terme en France.

Il est également possible de projeter et d'imaginer des éventualités internationales pour l'avenir de ce sujet comme par exemple la diffusion du questionnaire dans d'autres pays que la France où le français est bien parlé comme en Europe ou au Liban. Cette ouverture des critères d'inclusion permettrait de vérifier si les données récoltées en France sont transposables à une dimension internationale.

b) Suite de l'étude

Actuellement et dans le monde, nous avons peu de connaissances sur l'impact des violences conjugales sur la santé des femmes ou sur leurs fonctions psychomotrices. Nous savons traiter les pathologies physiques ou psychiatriques qui en découlent sans traiter réellement l'impact des violences sur le corps et ou sur lien corps-esprit.

La dépression est aujourd'hui mieux connue, son diagnostic plus facile et l'impact de celle-ci sur le corps plus renseigné et prit en compte. Quant au TSPT, un outil standardisé, le psychomoteur diagnostic de l'état de stress post-traumatique a été réalisé vers 2004 par Zwart aux Pays-Bas : le PMDI. Celui-ci porte sur une évaluation non verbale avec comme critères d'évaluation : le tonus, la position corporelle, le comportement moteur et les expressions faciales. Grâce à quatre activités (lancer et attraper une balle, boxer un sac, une adaptation de l'approche contrôlée de Pessó (1988), une adaptation de la relaxation progressive de Jacobson (1938)) les items sont cotés dans un tableau d'observations cliniques selon leur présence, d'absent (0) à sévèrement présent (3) (Van de Kamp & al., 2018).

Les femmes victimes de violences ont rarement un suivi psychomoteur.

Par ailleurs, beaucoup de pays proposent des interventions centrées sur le corps dans le cas d'un TSPT comme les thérapies BMOI basées sur le corps et le mouvement. Selon Van de Kamp (2019), les thérapies axées sur le corps permettent de travailler efficacement la régulation émotionnelle, compétence difficile à maintenir pour les personnes atteintes de TSPT ou victimes de violences conjugales. De plus,

les BMOI aident à améliorer le bien-être des patients et leur conscience corporelle (Probst & al., 2010 cité par Van de Kamp & al., 2019) ce qui semble également pertinent pour les femmes ayant subi des violences conjugales. Une méta-analyse a déjà démontrée que les BMOI engendrent une diminution significative des symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique (Van de Kamp & al., 2019). Ces BMOI regroupent la psychothérapie sensorimotrice, la thérapie axée sur le corps, l'expérience somatique, la thérapie psychomotrice. Ces thérapies utilisées dans le cas d'un TSPT semblent également indiquées pour les femmes ayant subi des violences conjugales de par leur approche corporelle mais aussi psychique.

La création d'un bilan psychomoteur spécifique aux femmes victimes de violences conjugales serait donc une évolution pertinente dans la prise en soin de ces femmes et cet écrit pourrait être un appui dans cette démarche. Une étude complémentaire basée sur des entretiens semi-dirigés pourrait permettre d'obtenir plus de détails sur la sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences conjugales et ainsi dresser une symptomatologie psychomotrice entraînant la création d'un bilan psychomoteur.

c) Ouverture à d'autres populations de recherche

Dans le couple, les violences conjugales sont majoritairement subies par les femmes mais de nombreux articles parlent des co-victimes que peuvent être les enfants, témoins des violences conjugales. Le terme de « enfant exposé aux violences conjugales » est souvent utilisé car il regroupe le fait de voir les violences, de les entendre, d'observer leurs effets et de les vivre tous les jours avec peur. Tout comme pour les femmes, peu d'écrits scientifiques montrent l'impact des violences conjugales ou des violences directes sur les fonctions psychomotrices des enfants, témoins et co-victimes ou victimes mais de nombreuses associations œuvrent pour faire avancer la prévention, la reconnaissance et l'accompagnement des enfants exposés aux violences conjugales. Van Der Kolk (2018) a consacré un chapitre de son livre *Le corps n'oublie rien* sur les enfants étant témoins ou victimes de violences au sein de leur famille.

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) a rédigé un rapport en 2006 intitulé « Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics ? » pour sensibiliser, prévenir et former divers partenaires. Un site internet nommé « L'impact des violences conjugales sur les enfants » existe pour les professionnels (<https://www.violencesconjugales-enfants.fr>) tandis qu'un second site est spécifique aux victimes. A l'étranger, de nombreux écrits ont été faits, notamment aux Etats-Unis. Par exemple, Fantuzzo et Lindquist (1989) ont écrit un article sur l'impact des violences au sein d'un foyer sur le fonctionnement émotionnel, comportemental et social des enfants. Les résultats montrent ici que les enfants risquent de développer de problèmes comportementaux et émotionnels avec un dysfonctionnement social.

Une autre étude de Fortin et Lachance (2006) a tenté de comparer l'impact sur la psychologie et les comportements des enfants entre l'exposition à la violence domestique et l'exposition et la victimisation physique. Plus récemment, Chantal Zaouche Gaudron a écrit sur ce sujet. Dans son livre *Exposés aux violences conjugales, les enfants de l'oubli* (2016) elle incite les professionnels de tout secteur à être « davantage sensibilisés à la problématique des enfants exposés aux violences conjugales » (Zaouche Gaudron, 2016, p. 103). Ils font partie intégrante du cadre insécure instauré dans le cas de violences conjugales, ce qui en fait l'une des formes les plus insidieuses de maltraitance (Sadlier, 2015).

Conclusion :

L'objet de cette étude est de définir des éléments de la sémiologie psychomotrice des femmes victimes de violences conjugales. Pour ce faire, il convient d'avoir connaissances des données actuelles sur les violences conjugales, leurs impacts et la définition des fonctions psychomotrices. La littérature a montré qu'il n'existe pas encore de sémiologie psychomotrice spécifique au cas de femmes ayant subi des violences domestiques. Au travers d'une méthodologie de recherche par questionnaire, nous avons relevé les fonctions psychomotrices les plus impactées par les violences conjugales et celles qui le sont moins. Cela a permis de hiérarchiser l'impact de ces violences sur les fonctions psychomotrices des femmes.

L'étude a également montrée que deux groupes de professionnels se distinguent dans les caractéristiques de leurs réponses : les psychomotriciens et les sages-femmes d'une part et les psychologues, psychiatres et infirmiers d'autre part.

L'étude démontre donc l'importance de la pluridisciplinarité dans l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales. Les impacts psychologiques, physiologique et les traumatismes physiques doivent être pris en compte, tout comme les impacts sur les fonctions psychomotrices des patientes. A ce jour, les premiers sont pris en charge mais les derniers manquent d'accompagnement réalisé par des psychomotriciens qui sont, par définition, les spécialistes des fonctions psychomotrices.

Aux vues de l'importance d'une prise en charge psychomotrice avec les femmes victimes de violences conjugales, l'objectif sur le long terme serait de développer, en lien avec les autorités de santé, des postes de psychomotriciens dans l'accompagnement de ces femmes afin de perfectionner leur prise en soin.

Les réflexions de création, d'élaboration et de réalisation d'une méthodologie d'étude scientifique correspondent aux compétences du psychomotricien DE/TE qui « élabore des méthodologies d'investigation en psychomotricité. » (France compétences, 2022) C'est part des écrits scientifiques et des études rigoureuses méthodologiquement que les psychomotriciens peuvent faire reconnaître et asseoir la profession auprès des autorités de santé, des autres professionnels médicaux et paramédicaux et du grand public.

Références

- Académie Nationale de Médecine. Communiqué de l'Académie : Impact de la pandémie de COVID-19 sur les violences domestiques, Décembre 2020. <<https://www.academie-medecine.fr/communiquede-lacademie-impact-de-la-pandemie-de-covid-19-sur-les-violences-domestiques/>>
- Agbokou, C. & Allilaire, J. (2010). 4. Dépression de l'adulte. Dans : Michel Goudemand éd., *Les états dépressifs* (pp. 26-34). Cachan : Lavoisier.
- Albaret, J. M., Marquet-Doléac, J., & Soppelsa, R. (2011). Psychomotricité et Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : Nouvelles perspectives dans l'approche de l'enfant agité et distrait. *Developpements*, (3), 9-16.
- Article 1113 du Code civil (1804)
- Association Psychomotricité et Psychotraumatisme (s. d.). ESPT et indication en psychomotricité. *Association Psychomotricité et Psychotraumatisme*. Consulté le 01 mars 2023 sur <https://associationpp.fr>
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Western Psychological Services.
- Ballouard, C. (2008). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. P.1-7. Paris : Dunod.
- Balslev, K., & Saada-Robert, M. (2002). Expliquer l'apprentissage situé de la littéracie : une démarche inductive/déductive. *Raisons éducatives*, (5), 89-110.
- Beaugrand, J. P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. In M. Robert (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (pp. 1-36). Québec : Edisem.
- Ben Abdelaziz, A. et al. (2021). Comment lire, selon une démarche critique, un article médical scientifique ? Stratégie VIP (3x3). *La Tunisie Médicale*, 99(08/09), pp. 859-868
- Berthier, F. (2016). Les techniques d'enquête en sciences sociales. 4e éd. Méthodes et exercices corrigés.
- Boscaini, F. (2005). Pourquoi une sémiologie spécifique aux psychomotriciens, simplicité et complexité. *Evolutions psychomotrices*, 17(68), 88-100
- Boulan, H. (2015) Le questionnaire d'enquête. Dunod
- Bouvard, M., & Dupont, H. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications*. Paris : Masson.
- Bullinger, A. (2004). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. *Un parcours de recherche*. Remonville-Saint-Agne : Erès.
- Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (2012). *Violence domestique – Feuille d'information*. Confédération Suisse.

- Canada, A. D. L. S. P. du. (s. d.). *Ravaler sa douleur : Etude des liens entre l'anorexie, la boulimie et la violence contre les femmes et les filles – Canada.ca*. <<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/arretons-violence-familiale/publications/ravaler-douleur-etude-liens-entre-anorexie-boulimie-violence-contre-femmes-filles.html> >
- Carric, J.-C., & Soufir, B. (2014). *Lexique pour le psychomotricien*. Paris : Editions Robert Atlani.
- CEDIP. (2014, Avril). Les Fiches en Ligne. *La lettre du CEDIP*, Fiche n°62.
- Charretier, L., Dayan, J., Eustache, F., & Quinette, P. (2021). La mémoire traumatique : postulats historiques et débats contemporains. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205(2), 154-160.
- Claude, G. (2021, 24 mars). Méthodes inductives et déductives : définition, méthodologie et exemples. Scribbr. <<https://www.scribbr.fr/methodologie/methodes-inductives-deductives/>>
- Claude, G. (2019, 12 décembre). *Etude quantitative : définition, techniques, étapes et analyse*. Scribbr. <<https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-quantitative/>>
- Claude, G. (2019b, 19 décembre). Etude empirique : définitions, méthodes, analyse et exemple. Scribbr. <<https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-empirique/>>
- CNCR. (2021, 21 septembre). *Définition – Critères d'inclusion et de non inclusion (ou critère d'éligibilité)*. Notre Recherche Clinique. <<https://notre-recherche-clinique.fr/definition/criteres-dinclusion-et-de-non-inclusion/>>
- CNPP. (s. d.). Sur Domaine d'expertise : la psychomotricité. Centre National Professionnel des Psychomotriciens. Consulté le 01 mars 2023, sur <<https://cnp-psychomotriciens.fr/la-profession/>>
- Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. *Enfances & Psy*, 49, 89-99. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0089>
- Corraze, J. (2009). *La psychomotricité : Un itinéraire*. Marseille : Solal
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *Dsm-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e édition). Elsevier Masson.
- Daligand, L. (2008). Violences conjugales. *Le Journal des psychologues*, 255, 49-53. <<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-2-page-49.htm>>
- Dariel, O. (2013). La méthodologie Q, une méthodologie innovante pour la recherche infirmière. *Soins*, 773, 55-61.
- Defontaine, D. (2019). Chapitre 25. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le travail du psychomotricien. Dans : Anne Vachez-Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application*,

- formation et recherche* (pp. 337-345). Paris : Dunod. <<https://doi.org/10.3917/dunod.tecel.2019.01.0337>>
- Department of Health (2005). *Responding to Domestic Abuse: A Handbook for Health Professionals*. Department of Health, London
- Dias Da Silva, L. (2016). *Approche psychomotrice et transdisciplinaire de la douleur chez l'adulte*. Article soumis pour publication.
- Dias Da Silva, L. [@allopsychomot]. (2022, 13 mai). *Profil psychomoteur, psychomotricité et trouble psychomoteur ? Quel modèle théorique & définitions ?* [Images]. Instagram. <<https://www.instagram.com/p/CdgFkc-tJCF/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>>
- Fantuzzo, JW., et Lindquist, UC. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence*, 4, pp.77-94.
- Farrer, A., Franck, N., Paillard, J. et Jeannerod, M. (2003). The role of proprioception in action recognition. *Consciousness and Cognition*, 12, 609-619.
- Fenneteau, H. (2002). Enquête : entretien et questionnaire. DUNOD
- Fenneteau, H. (2015). Enquête : entretien et questionnaire-3e édition. Dunod.
- Feuillerat, B. (2010). Etude de la représentation mentale de l'espace de préhension. *Evolutions psychomotrices*, 22(88), 77-85.
- Fischer, G. (2020). Chapitre 8. La violence sociale. Dans : G. Fischer, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (pp. 267-298). Paris : Dunod. <<https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.01.0267>>
- Fortin, A., & Lachance, L. (2006). Children exposed to domestic violence: Effects of gender and child physical abuse on psychosocial problems. *International Journal of Child and Family Welfare*, 9 (3), pp. 114-130
- France compétences (2022, 21 avril). *Expert en psychomotricité à référentiel européen*. France compétences. <<https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/28192/>>
- Girard J., Rinaldi Baud I., Rey Hanson H., Poujouly -C., (2006). Les violences conjugales : pour une clinique du Réel, *Journal International de Victimologie* 4(1), p28-30
- Giromini F., Pavot-Lemoine C., Robert-Ouvray S., Vachez-Gatecel A. (2022). La psychomotricité. Que sais-je ?
- Giromini, F., Vincent, F., Albaret J.-M. (2018). Chapitre 2 : Histoire du bilan psychomoteur. Dans Albaret, J.-M., Scialom, P. & Giromini, F (dirs.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Examen psychomoteur et tests* (pp.39-49). DeBoeck Supérieur.
- Given, L. M. (2008). *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. SAGE publications.

- Gnosias. (s. d.). <<https://neuronup.fr/domaines-dintervention/fonctions-cognitives/gnosies>>
- Guillain, A. & Pry, R. (2012). D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs. *Bulletin de psychologie*, 518, 115-127. <<https://doi.org/10.3917/bupsy.518.0115>>
- Hall, E.-T. (1971). *La dimension cachée*. Paris : Seuil.
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Note de cadrage. Evaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques*.
- Haute Autorité de Santé. (Décembre 2020). *Recommandations de bonnes pratiques ; Repérage des femmes victimes de violences au sein d'un couple ; Comment agir*. Haute Autorité de Santé
- Haute Autorité de Santé. (2022, 23 novembre). *Communiqué du 23 novembre 2022 à propos des violences faites aux femmes : la HAS publie un nouvel outil d'aide au repérage*. Haute Autorité de Santé
- Heisecke, K., (2015). *Sensibilisation à la violence à l'égard des femmes : article 13 de la convention d'Istanbul ; Série de documents sur 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*. Conseil de l'Europe
- Henrion R., (2001). *Les femmes victimes de violences conjugales. Rôle des professionnels de santé*. Paris : La documentation française.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of trauma and stress*, 5, 377-91
- Hofner, M. C., & Mihoubi-Culan, S. (2008). Le rôle des professionnel-le-s de l'action médico-sociale dans la prévention de la violence conjugale. *Frauenfragen= Questions au féminin= Problemi al femminile*, 2, 90-95
- INSEE – ONDRP-SSMSI (2012-2019). *Enquête « Cadre de vie et sécurité »*. Gouvernement Français. <<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Je suis professionnel | Arrêtons les violences. (2020). Gouvernement Français. <<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel>>
- Josse, E. (2022). Un nouveau regard sur le syndrome de Stockholm. <<https://www.researchgate.net/publication/362932039>>
- Krane, J. (1996). Violence Against Women in Intimate Relations: Insights from Cross-Cultural Analyses. *Transcultural Psychiatric Research Review*, (33), 435-465.
- Kinzl, J.F., C. Traweger, V. Guenther, et coll. Family Background and Sexual Abuse associated with Eating Disorders, *American Journal of Psychiatry*, 151, 8 (1994): 1127-1131.

- Larousse. (s. d.). Sémiologie. Dans *Larousse Dictionnaire en ligne*. Consulté le 24 octobre 2022 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sémiologie/72007>
- Lauzon, F. (2011). *L'éducation psychomotrice : Source d'autonomie et de dynamisme*. PUQ.
- Legifrance (2012). Loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. (J.O. 5 mars 2012) https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025441587?init=true&page=1&query=Loi+Jardé&searchField=ALL&tab_selection=all
- Legifrance (2018). Loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037085952/>
- Le Robert (s. d.). Violence. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 9 août 2022 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/violence>
- Le Roux, Y. (2005). Le bilan psychomoteur : outil de mesure et/ou de compréhension. *Evolutions psychomotrices*, 17(68), 71-78.
- Les formes de violences •. (2019, 5 février). *Ecoute Violences Conjugales*. <https://www.ecouteviolencesconjugales.be/pourquoi-appeler/victime/les-formes-de-violences/>
- Les violences administratives dans le couple. (2022, mai). *DroitsDirects.fr* <https://droitsdirects.fr/fiche/les-violences-administratives/>
- Margairaz, C., Girard, J., & Halpérin, D. S. (2006). Violences au sein du couple et de la famille. *Forum Medical Suisse* (Vol. 6, pp. 366-373).
- Martin-Du-Pan, R., C. (2009), Syndrome de Stockholm, *Rev Med Suisse*, -5, no. 201, 989a– 989a.
- Mazeau, M. (2005). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages : Du symptôme à la rééducation*. Paris : Mansson.
- Michaud, Y., (2014). Définir la violence ? *Érès*, 2(60), pp. 30-36. DOI 10.3917/lcd.060.0029
- Moiron-Braud, E., (2020). *Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions*. Mission Interministérielle pour la Protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains.
- Mortoire Saint-Cast, A. (2012). *Etude de profils psychomoteurs d'enfants à haut potentiels intellectuels en difficulté d'apprentissage à l'école primaire française* [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. SavoirsUdeS. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6391>
- Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED). (2006). Les enfants exposés aux violences au sein du couple, quelles recommandations pour les pouvoirs publics?

<https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/cahier_preconisations_sdfe_08_5.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021, 9 mars.). *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>>

Pages d'accueil | Arrêtons les violences. (2020). *Gouvernement*. <<https://arretonslesviolences.gouv.fr>>

Paquet, A. (2017). DEPCOR – *Profil psychomoteur et sensoriel dans la dépression*. Document télé-accessible à l'adresse : <<http://frpmc.fr/depcor-profil-psychomoteur-et-sensoriel-dans-la-depression/>>

Paquet, A., Calvet, B. et al. (2022). Psychomotor semiology in depression: a standardized clinical psychomotor approach. *BMC Psychiatry* 22, 474. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04086-9>

Paquet, A., Calvet, B., Lacroix, A., Girard, M. (2022). Sensory processing in depression: Assessment and intervention perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 29(5), 1567-1579. <<https://doi.org/10.1002/cpp.2785>>

Pes, J-P. (2011). *Sport & Psychomotricité*. Editions Vernazobres-Grego.

Pesso, A. (1988). *Movement in psychotherapy*. Telles Institute.

Piaget, J. (1954). *Les relations entre l'intelligence et l'affectivité dans le développement de l'enfant*. Document télé-accessible à l'adresse : <<http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/index.php>>

Poirier Courbet, L. (2015). *Vivre après un viol, chemins et reconstruction*. Toulouse : Érès.

Potel, C. (2010). *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Érès

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D., (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What is in a name. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.

Qualtrics. (2023). *Tout savoir sur l'analyse en cluster*. <<https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/etude-marche/analyse-cluster/>>

Rector, N. A., Bartha, C., Kitchen, K., Katzman, M. A., & Richter, M. A. (2016). *Le trouble obsessionnel-compulsif : guide d'information*. Centre for Addiction and Mental Health.

Sadlier, K. (2015). *L'enfant face à la violence dans le couple*. Dunod. <<https://doi.org/10.3917/dunod.sadli.2015.01>>

- Salès-Wuillemin, E. (2006). *Méthodologie de l'enquête*. 46.
- Salmona, M. (2018). Les liens entre violences, psychotraumatismes et troubles du comportement alimentaire.
- Salmona, M. (2018). La mémoire traumatique : violences sexuelles et psychotrauma. *Les Cahiers de la Justice*, 1, 69-87. <<https://doi.org/10.3917/cdlj.1801.0069>>
- Schwander Marianne. 2003. Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt : Neue Erkenntnisse – neue Instrumente. In : Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, vol. 121, cahier 2. Berne.
- Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure (2021, 22 novembre). *Communiqué du 22 novembre sur les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2020*. Gouvernement de la République Française. <<https://www.interieur.gouv.fr/actualites/communiques/violences-conjugales-enregistrees-par-services-de-securite-en-2020>>
- Shahrokh N.C, Hales R.E., Phillips K.A, Yudofsky S.C. (2014). *Dictionnaire de psychiatrie*. American Psychiatric Publishing. Elsevier Masson
- Vacher, A. (2013). Passer par l'acte psychomoteur. *Enfances & Psy*, 61, 20-31. <<https://doi.org/10.3917/ep.061.0020>>
- Vaivre-Douret, L., Paquet, A. (2019). L'évaluation standardisée développementale des fonctions neuro-psychomotrices : présentation de la batterie normée française NP-MOT. *Neurophysiologie Clinique*, 49(6). 421. <<https://doi.org/10.1016/j.neucli.2019.10.042>>
- Van de Kamp, M. Emck, C., Cuijpers, P. & Beek, P.J. (2018). A psychomoteur diagnostic instrument for patients with post-traumatic stress disorder. *Body movement and dance in psychotherapy*, 13(1), 33-49
- Van de Kamp, M., Scheffers, M., Hatzmann, J., Emck, C., Cuijpers, P. & Beek, P.J. (2019). Body- and Movement-Oriented Interventions for Posttraumatic Stress Disorder. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 00, 1-10
- Van Der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien*. Éditions Albin Michel.
- Vicard-Olagne, M., Pereira, B., Rougé, L., Cabailot, A., Vorilhon, P., Lazimi, G., Laporte, C. (2021). Signs and symptoms of intimate partner violence in women attending primary care in Europe, North America and Australia : a systematic review and meta-analysis. *Family Practice* 39(1), 190-199. <<https://doi.org/10.1093/fampra/cmab097>>
- Vincent, F. (2019). Chapitre 4. Le bilan psychomoteur sous toutes ses formes. Dans : Anne Vachez-Gatecel éd., *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche* (pp. 39-48). Paris : Dunod.

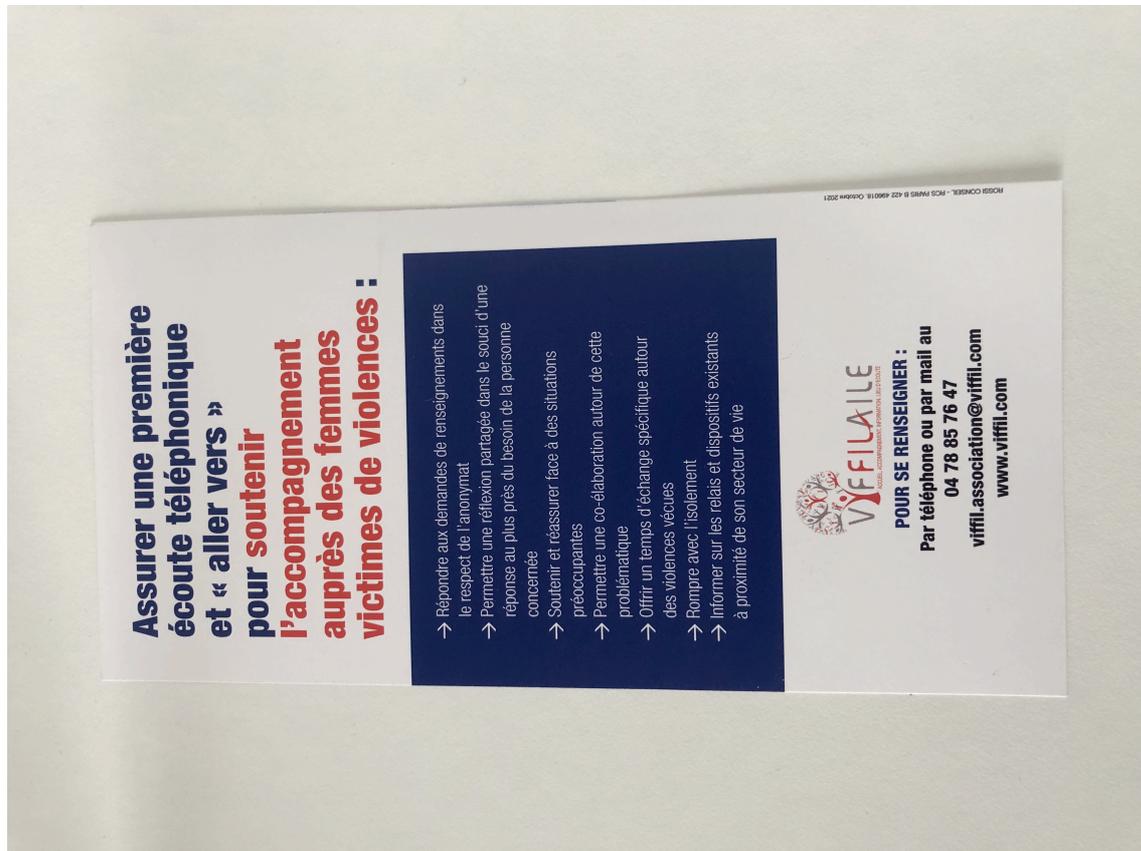
- Voyer, M., Delbreil, A. & Senon, J. (2014). Violences conjugales et troubles psychiatriques. *L'information psychiatrique*, 90, 663-671. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1251>
- Walker Lenore E.A. (1979). *The Battered Woman*. New York, Harper and Row
- World Health Organization. (1994) . CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision / traduction de l'anglais coordonnée par C. B. Pull. Organisation mondiale de la Santé
- Zaouche-Gaudron, C. (2016). Conclusion. Dans : C. Zaouche-Gaudron, *Exposés aux violences conjugales, les enfants de l'oubli* (pp. 103-108). Toulouse : Érès.
- Zwart, M. (2004). *Psychomotorische diagnostiek in de intake van getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers*. Mikado

Annexes

Annexe 1 : Violentomètre

PROFITE Ta relation est saine quand il...	1	Respecte tes décisions, tes désirs et tes goûts
	2	Accepte tes amies, amis et ta famille
	3	A confiance en toi
	4	Est content quand tu te sens épanouie
	5	S'assure de ton accord pour ce que vous faites ensemble
VIGILANCE, DIS STOP ! Il y a de la violence quand il...	6	Te fait du chantage si tu refuses de faire quelque chose
	7	Rabaisse tes opinions et tes projets
	8	Se moque de toi en public
	9	Est jaloux et possessif en permanence
	10	Te manipule
	11	Contrôle tes sorties, habits, maquillage
	12	Fouille tes textos, mails, applis
	13	Insiste pour que tu lui envoies des photos intimes
	14	T'isole de ta famille et de tes proches
	15	T'oblige à regarder des films pornos
PROTÈGE-TOI, DEMANDE DE L'AIDE Tu es en danger quand il...	16	T'humilie et te traite de folle quand tu lui fais des reproches
	17	"Pète les plombs" lorsque quelque chose lui déplaît
	18	Menace de se suicider à cause de toi
	19	Menace de diffuser des photos intimes de toi
	20	Te pousse, te tire, te gifle, te secoue, te frappe
	21	Te touche les parties intimes sans ton consentement
	22	T'oblige à avoir des relations sexuelles
	23	Te menace avec une arme
	24	

Annexe 2 : Dépliant explicatif sur les violences conjugales



Annexe 3 : Recommandations de bonnes pratiques pour le repérage des femmes victimes de violences au sein d'un couple (HAS, 2020).



Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple

COMMENT AGIR

Juin 2019 – Mise à jour décembre 2020

METTRE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION

En cas de situation jugée grave

- Hospitaliser sans délai après un appel au 15 ou mettre en sécurité en centre d'hébergement d'urgence.
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie.
- Informer du droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.
- Informer du droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance de protection (pour cette demande la victime peut être informée par un juriste d'une association du réseau CIDFF (Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familles) ou France victime.
- Décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation.
- Réaliser un signalement auprès du procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants.
- Faire une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), si, sans avoir vu les enfants en consultation, le médecin estime qu'ils peuvent être en danger.
- Si besoin faire un signalement :
 - avec l'accord de la victime, pour porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations constatés, sans nommer l'auteur des faits ;
 - mais cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur, une personne vulnérable ou un majeur en danger immédiat et placé dans l'incapacité de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences (article 226-14 du code pénal)^{1,2}.

1. Actualisation suite à la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

2. [Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal - Secret médical et violences au sein du couple \(C.NOM\)](#).

En cas de situation à risque élevé

- Conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence sous la forme d'un **Plan de sécurité** à préparer de façon anticipée.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Une liste des numéros d'urgence. • La photocopie des documents personnels. • Un double des clés et de l'argent de côté. • Un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr). | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association). • Convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent. |
|---|--|

INFORMER ET ORIENTER LA PATIENTE

- Informer des structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider.

- Rappeler à la patiente qu'elle peut appeler le 15 ou se présenter aux urgences 24h/24, 7j/7.
- L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sentira prête et en sécurité pour le faire.
- Lui conseiller d'appeler le 3919 (Violences Femmes Info), numéro national d'aide aux femmes victimes de violence, ou le 116 006, numéro européen dédié aux victimes d'infractions pénales.
- Solliciter l'aide des services du Conseil départemental, en particulier, la PMI, les services sociaux.

ÉTABLIR UN CERTIFICAT MÉDICAL OU UNE ATTESTATION PROFESSIONNELLE

- Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection.

La consultation et l'examen clinique de la patiente sont un préalable indispensable à la rédaction du certificat.

- N'exprimer aucun jugement ni aucune interprétation : le rédacteur ne se prononce pas sur la réalité des faits, sur la responsabilité d'un tiers, ni sur l'imputabilité.
- Ne pas désigner nommément le tiers responsable.
- Reporter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme : « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... ».
- Noter les doléances de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, et les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots.
- Décrire avec précision et sans ambiguïté les faits médicalement constatés (signes cliniques des lésions, signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux constatés), en s'appuyant sur l'examen clinique.
- Faire figurer les antécédents qui peuvent interférer avec les lésions traumatiques (état antérieur) uniquement avec l'autorisation expresse de la patiente.
- Préciser, en cas de violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne : les violences psychologiques constituent une effraction psychique au même titre que les violences physiques, et de longue durée.
- Mentionner si besoin des éléments cliniques négatifs ainsi que la prise de photos ou la réalisation de schémas anatomiques datées et identifiées, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.

- Déterminer une ITT (Incapacité totale de travail) lors du certificat initial n'est pas obligatoire : à éviter en l'absence de compétences spécifiques (l'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents).
- Modèles de certificats/d'attestations et conseils à consulter en annexe des Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » :
 - si vous êtes médecin ;
 - si vous êtes sage-femme ;
 - si vous êtes chirurgien-dentiste ;
 - si vous êtes masseur kinésithérapeute ;
 - si vous êtes infirmier.

RESSOURCES

- **Numéros d'urgence**
 - Violences Femmes Info : 3919
 - Demande d'hébergement d'urgence : 115
- **Sites d'information**
 - <https://arretonslesviolences.gouv.fr> (à conseiller aux victimes et qui comporte également une rubrique dédiée aux professionnels)
 - Declicviolence : <https://decliviolence.fr>
 - CNOM : [Secret médical et violences au sein du couple](#)
- Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple »

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » – Recommandations – Juin 2019. Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Juin 2019 – Mise à jour décembre 2020

- Déterminer une ITT (Incapacité totale de travail) lors du certificat initial n'est pas obligatoire : à éviter en l'absence de compétences spécifiques (l'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents).
- Modèles de certificats/d'attestations et conseils à consulter en annexe des Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » :
 - si vous êtes médecin ;
 - si vous êtes sage-femme ;
 - si vous êtes chirurgien-dentiste ;
 - si vous êtes masseur kinésithérapeute ;
 - si vous êtes infirmier.

RESSOURCES

- **Numéros d'urgence**
 - Violences Femmes Info : 3919
 - Demande d'hébergement d'urgence : 115
- **Sites d'information**
 - <https://arretonslesviolences.gouv.fr> (à conseiller aux victimes et qui comporte également une rubrique dédiée aux professionnels)
 - Declicviolence : <https://decliviolence.fr>
 - CNOM : [Secret médical et violences au sein du couple](#)
- **Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple »**

Annexe 4 : Symptômes caractéristiques après l'exposition à un ou des événements traumatiques

Trouble stress post-traumatique

Critères diagnostiques

309.81 (F43.10)

Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

<http://doctidoc2.blogspot.com>

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

<http://doctidoc2.blogspot.com>

1. **Dépersonnalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Annexe 5 : Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-V

Trouble dépressif caractérisé

Critères diagnostiques

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B.** : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B.** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse nor-

male à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte¹.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

Codage et procédures d'enregistrement

Le code diagnostique de trouble dépressif caractérisé dépend des données suivantes : épisode isolé ou récurrent, sévérité actuelle, présence de caractéristiques psychotiques et rémission. La sévérité actuelle et les caractéristiques psychotiques ne sont indiquées que si les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé sont actuellement réunis. Les éléments concernant la rémission ne sont indiqués que si les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas actuellement réunis. Les codes sont les suivants :

Sévérité/évolution	Épisode isolé	Épisode récurrent*
Léger (p. 231)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moyen (p. 231)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (p. 231)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Avec caractéristiques psychotiques** (p. 229)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En rémission partielle (p. 231)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.4)
En rémission complète (p. 231)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Non spécifié	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

* Pour qu'un épisode soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle d'au moins 2 mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis. La définition des spécifications est présentée dans les pages indiquées.

** Si des caractéristiques psychotiques sont présentes, le code « avec caractéristiques psychotiques » doit être choisi indépendamment de la sévérité de l'épisode.

Lorsqu'on enregistre le nom d'un diagnostic, les termes doivent être listés dans l'ordre suivant : trouble dépressif caractérisé, épisode isolé ou récurrent, caractéristiques de sévérité/psychotique/rémission, suivis de toutes les spécifications suivantes non codées qui s'appliquent à l'épisode actuel.

Spécifier :

Avec détresse anxieuse (p. 227)

Avec caractéristiques mixtes (p. 227)

Avec caractéristiques mélancoliques (p. 228)

Avec caractéristiques atypiques (p. 229)

Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur (p. 229)

Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur (p. 229)

Avec catatonie (p. 229). **Note de codage :** Utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1).

Avec début lors du péripartum (p. 230)

Avec caractère saisonnier (épisodes récurrents seulement) (p. 230)

Annexe 6 : Observations cliniques des caractéristiques psychomotrices liées au TSPT selon Defontaine (2019)

Tableau 25.1. Bilan psychomoteur du Trouble de Stress Post-Traumatique

Item psychomoteur	Tests	Observation psychomotrice
Initiative motrice	Équilibre statique/dynamique Marche, Course	Item perturbé par la présence d'une hyper vigilance, une hypertonie avec posture défensive ou une impulsivité.
Fonction tonique	Extensibilité, ballant Epreuve des bras tendus	Demander l'accord pour la prise de contact est indispensable. Impulsivité entravant le relâchement musculaire Hypertonie de l'axe et des membres avec résistance aux mouvements d'extension Trouble de la régulation tonique en lien avec les dysphories émotionnelles.
Schéma corporel, image du corps	Conscience corporelle spontanée, somatognosie. Tests d'imitation de gestes de Berges Lézine Dessin du bonhomme	Impulsivité et instabilité avec difficulté d'accès à la conscience corporelle. Surinvestissement des zones de surface ou des canaux sensoriels. Défaut d'intégration de l'arrière du corps. Dévalorisation de l'image du corps par le sentiment de culpabilité ou de honte.
Structuration spatiale	Marche, course Pas comptés de Marthe Vyl	Impact de l'hypervigilance sur l'appréhension de l'espace, notamment lointain. Besoin de maîtriser l'espace environnement, notamment l'espace arrière.
Structuration temporelle	Reproduction de tempo spontané, reproduction d'un rythme simple et complexe de Mira Stambak. Organisation du quotidien	Réactivité à une stimulation sonore. Impulsivité. Difficulté d'adaptation au changement de rythme. Rythme nyctéméral perturbé, cycle du sommeil. Rituels.
Fonctions cognitives	Attention, concentration, mémoire	Impact de l'hypervigilance, des troubles du sommeil. Attention accrue pour certains flux sensoriels au détriment des capacités cognitives plus intégratives. Fatigabilité.

Annexe 7 : Tableau d'aide à l'élaboration du questionnaire

- (Menu déroulant) Vous êtes :
 Psychomotricien avec un numéro ADELI / infirmier avec un numéro ADELI / psychologue ou neuropsychologue avec un numéro ADELI / psychiatre avec un numéro ADELI / sage-femme avec un numéro ADELI
 - (Question choix unique) Vous travaillez actuellement avec des femmes qui ont subies de violences conjugales / Vous avez travaillé dans le passé avec des femmes ayant subies des violences conjugales
 - (Question choix unique) Le nombre de femmes ayant subies des violences domestiques que vous suivez ou avez suivi est de l'ordre de : 1 à 5 / 5 à 10 / 10 à 15 / >15
 - Vous exercez : en France / en DOM-TOM
 - (Question ouverte) Vous avez accompagné ou accompagnez des femmes victimes de violences domestiques dans le cadre de votre exercice professionnel en (nom de la structure)
 -Ces femmes présente(nt) elle(s) un diagnostic de dépression ou de Trouble de Stress Post-Traumatique consécutif à des violences conjugales ou présente(nt) elle(s) des symptômes pouvant évoquer la présence d'une éventuelle dépression ou d'un Trouble de Stress Post-Traumatique consécutif à des violences conjugales ? **TABLEAU DOUBLE ENTRÉE**

Pour les questions suivantes, merci de ne penser qu'aux femmes présentant soit un tableau **depressifogène**, soit **traumatogène**, soit les deux.

Contexte et concepts théoriques			Méthodologie d'enquête	
Parties de mon contexte	Thématique	Traduction de la théorie en indicateurs	Questions possibles	Réponses possibles
Les fonctions psychomotrices	Modifications des fonctions psychomotrices (Selon Vaivre-Douret et Paquet, 2019)	-Présence / Absence	Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble du tonus ? <i>*(Régulation tonique inadaptée dans l'action, difficultés de résolution musculaire, syncinésies, paratonie, extensibilité et, ou ballant diminué, tonus d'attitude inadapté)</i>	OUI / NON
			Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble de la latéralité ? <i>* Une mauvaise latéralisation (phénomène de développement de la latéralité, soit de la dominance d'un hémicorps par rapport à un autre) ou une modification de la latéralité peut entraîner</i>	OUI / NON

			des difficultés dans l'exécution des activités motrices	
			Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble des habilités oculo-manuelles ? <i>*Capacité d'ajuster et organiser ses mouvements en fonction d'une cible visuelle</i>	OUI / NON
			Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble de la motricité globale ? <i>*Equilibre statique, équilibre dynamique, coordinations membres supérieurs/inférieurs, contrôle postural</i>	OUI / NON
			Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble des praxies ? <i>*Praxies = gestes complexes définis comme « un ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but ou d'un résultat précis. » (Lauzon, 2011). Cela regroupe les : praxies bi-manuelles, praxies uni-manuelles, gnosopraxies (reconnaissance d'un objet grâce au touché), représentation des gestes, praxies d'habillage, praxies bucco-linguo-faciales</i>	OUI / NON
			Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble d'intégration de l'orientation spatiale du corps ? <i>*Orientation sur soi, orientation sur autrui, orientation par rapport aux objets, orientation par rapport au plan</i>	OUI / NON
			Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble du rythme ? <i>*Difficultés de perception du rythme, difficultés d'adaptation aux changements de rythme</i>	OUI / NON

			<p>Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble de l'attention auditive ?</p> <p><i>*Attention auditive soutenue (capacité à prêter attention à un stimulus auditif durant un long moment), attention auditive sélective ((capacité à prêter attention à un stimulus auditif précis en présence d'autres stimuli distracteurs)</i></p>	OUI / NON
			<p>Votre (vos) patiente(s) présentent-elles un trouble des gnosies tactiles ?</p> <p><i>*Capacité à reconnaître des stimuli tactiles donc grâce au touché comme les textures, les objets, les températures)</i></p>	OUI / NON
Observations complémentaires	L'image du corps (Selon De Vignemont, 2010)	-Présence / Absence	<p>Votre (vos) patiente(s) présent(es)-elle(s) des troubles de l'image du corps ?</p> <p><i>*composante perceptuelle (conscience corporelle), composante conceptuelle (savoirs et croyances), composante émotionnelle (appréciation corporelle, acceptation...)</i></p>	OUI / NON
	Les fonctions cognitives	-Présence / Absence	<p>Votre (vos) patiente(s) présent(es)-elle(s) des troubles des fonctions cognitives ?</p> <p><i>*Fonctions cognitives : perception, attention, mémoire, langage, cognition sociale (comprendre autrui, identifier les émotions chez l'autre, interpréter son environnement), fonctions exécutives</i></p>	OUI / NON
			<p>Si votre (vos) patiente(s) présent(es) des troubles des fonctions cognitives, cela concerne-t-il plus spécifiquement un trouble des fonctions exécutives ?</p> <p><i>*Fonctions exécutives (Selon Diamond, 2013) : mémoire de travail, inhibition, flexibilité mentale, raisonnement, résolution de problème, planification</i></p>	OUI / NON

Annexe 8 : Questionnaire

Questionnaire "Sémiologie psychomotrice et violences conjugales"

Je me présente, MONTROYA Mathilde étudiante en master de psychomotricité à l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice de Paris.

Dans le cadre de mon mémoire de recherche sur la sémiologie psychomotrice des femmes ayant subies des violences domestiques, je vous sollicite afin de répondre à cette enquête professionnelle correspondant à un questionnaire de 19 questions et d'une durée d'environ 3 minutes. Cette dernière est anonyme.

Dans le cadre de cette enquête, un traitement informatique des données va être mis en œuvre pour analyser les résultats. Conformément à l'article L 1123-7 du code de la santé publique, cette étude ne dépend pas d'un comité de protection des personnes (CPP).

Les informations vous concernant seront recueillies et traitées sous la responsabilité de Laura Dias Da Silva, en tant que maître de mémoire selon les dispositions relatives au Règlement Général sur la Protection des Données de l'Union Européenne (RGPD du 25 mai 2018) et la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 modifiant la loi n°78-17 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux données à caractère personnel, à la rectification de celles-ci, à une limitation ou à l'opposition de leur traitement à tout moment et sans délai. Ces droits s'exercent auprès de MONTROYA Mathilde.

Si des résultats de cette étude devaient être présentés dans des communications et/ou publications scientifiques ou médicales, je garantirai votre anonymat.

Je vous remercie par avance et reste à votre disposition pour toutes informations nécessaires par mail mathilde.montoya@psychomotricien.eu

*Si vous souhaitez que je vous transmette les sources théoriques et les résultats de l'étude lorsqu'elle sera finalisé, n'hésitez pas à m'envoyer un mail avec pour objet « résultats de l'étude profil psychomoteur et violences domestiques ».

Section 1

...

1. Pouvez vous m'indiquer 4 lettres ?

Celles-ci sont à conserver pour vous et seront à me retourner si vous souhaitez sortir de l'étude et que vos données soient alors supprimées. *

Entrez votre réponse

2. Vous êtes *

- Psychomotricien D.E. avec un numéro ADELI
- Infirmier D.E. avec un numéro ADELI
- Psychologue ou neuropsychologue avec un numéro ADELI
- Psychiatre avec un numéro ADELI
- Sage-femme avec un numéro ADELI

3. Vous travaillez actuellement avec des femmes qui ont subies de violences conjugales ou vous avez travaillé dans le passé avec des femmes ayant subies des violences conjugales ? *

- Je travaille actuellement avec des femmes qui ont subies de violences conjugales
- J'ai travaillé dans le passé avec des femmes ayant subies des violences conjugales
- Je ne travaille pas et n'ai jamais travaillé avec des femmes ayant subies des violences conjugales

4. Le nombre de femmes ayant subies des violences domestiques que vous suivez ou avez suivi est de l'ordre de *

- 1 à 5
- 5 à 10
- 10 à 15
- > 15

5. Vous exercez : *

- En France métropolitaine
- En DOM-TOM

6. Vous avez accompagné ou accompagnez des femmes victimes de violences domestiques dans le cadre de votre exercice professionnel en : (nom de la structure) *

Entrez votre réponse

7. Ces femmes présentent elles un diagnostic de dépression ou de Trouble de Stress Post Traumatique consécutif à des violences conjugales ou présente(nt) elle(s) des symptômes pouvant évoquer la présence d'une éventuelle dépression ou d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) consécutif à des violences conjugales ? *

	Oui	Non
Diagnostic posé de dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnostic posé de TSPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Symptômes pouvant évoquer la présence d'une éventuelle dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Symptômes pouvant évoquer la présence d'un éventuel TSPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attention,

Pour les questions suivantes, merci de ne penser qu'aux femmes présentant : soit un tableau dépressif, soit un tableau traumatogène soit les deux.

8. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble du tonus ? *

Un trouble du tonus peut-être: une régulation tonique inadaptée dans l'action, des difficultés de résolution musculaire, des syncinésies, des paratonies, une extensibilité et/ou un ballant diminué, un tonus d'attitude inadapté

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

9. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble de la latéralité ? *

Une mauvaise latéralisation (phénomène de développement de la latéralité, soit de la dominance d'un hémicorps par rapport à un autre) ou une modification de la latéralité peut entraîner des difficultés dans l'exécution des activités motrices

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

10. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble des habiletés oculo-manuelles ? *

Les habiletés oculo-manuelles sont la capacité d'ajuster et organiser ses mouvements en fonction d'une cible visuelle

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

11. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble de la motricité globale ? *

La motricité globale comprend : l'équilibre statique, l'équilibre dynamique, les coordinations des membres supérieurs et inférieurs, le contrôle postural

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

12. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble des praxies ? *

Les praxies sont des gestes complexes définis comme « un ensemble de mouvements coordonnés en fonction d'un but ou d'un résultat précis. » (Lauzon, 2011). Cela regroupe les : praxies bi-manuelles, praxies uni-manuelles, gnosopraxies (reconnaissance d'un objet grâce au touché), représentation des gestes, praxies d'habillement, praxies bucco-linguo-faciales

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

13. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble d'intégration de l'orientation spatiale du corps ? *

L'intégration spatiale du corps correspond à : l'orientation sur soi, l'orientation sur autrui, l'orientation par rapport aux objets, l'orientation par rapport à un plan

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

14. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble du rythme ? *

Un trouble du rythme peut entraîner : des difficultés de perception du rythme, des difficultés d'adaptation aux changements de rythme

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

15. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble de l'attention auditive ? *

L'attention auditive comprend : l'attention auditive soutenue (capacité à prêter attention à un stimulus auditif durant un long moment) et l'attention auditive sélective (capacité à prêter attention à un stimulus auditif précis en présence d'autres stimuli distracteurs)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

16. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) un trouble des gnosies tactiles ? *

Les gnosies tactiles sont la capacité à reconnaître des stimuli tactiles donc grâce au touché comme les textures, les objets, les températures

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

17. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) des troubles de l'image du corps ? *

L'image du corps est construite selon 3 composantes : perceptuelle (soit la conscience corporelle), conceptuelle (soit les savoirs et les croyances sur son corps) et émotionnelle (soit l'appréciation de soi, l'acceptation...).
(De Vignemont, 2010)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

18. Votre (vos) patiente(s) présente(nt) des troubles des fonctions cognitives ? *

Les fonctions cognitives sont : perception, attention, mémoire, langage, cognition sociale (comprendre autrui, identifier les émotions chez l'autre, interpréter son environnement), fonctions exécutives

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Pas du tout

Tout à fait

19. Si votre (vos) patiente(s) présente(nt) des troubles des fonctions cognitives, cela concerne-t-il plus spécifiquement un trouble des fonctions exécutives ? *

Les fonctions exécutives sont : mémoire de travail, inhibition, flexibilité mentale, raisonnement, résolution de problème, planification

 Oui

 Non

20. Souhaitez-vous apporter des commentaires complémentaires ou d'autres observations ?

Entrez votre réponse

Annexe 9 : Affiche de présentation du questionnaire

Recherche pour une étude paramédicale

UNIVERSIDAD DE MURCIA  

Mathilde MONTOYA,
étudiante en Master
Internacional en
Psicomotricidad

Quoi ?

Recherche sur la sémiologie psychomotrice des femmes ayant subi des violences domestiques.

Comment ?



Durée : environ 3 minutes

<https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=GkEq3s2Kwk6ey2N2jCgdQ5pK9vX2FqBHKfzTJAy320ZURTdDVjhFSFIMRDJNJRTExVDMxSU9DOFRVTi4u>

Qui ?

- Psychomotricien.ne
- Infirmier.e
- Sage-femme
- Psychiatre
- Psychologue ou Neuro-psychologue

Diplômés et exerçant en France métropolitaine ou DOM_TOM

Contact :
MONTOYA Mathilde
mathilde.montoya@psychomotricien.eu
06.58.88.19.07

Les informations vous concernant seront recueillies et traitées selon les dispositions relatives au Règlement Général sur la Protection des Données de l'Union Européenne (RGPD du 25 mai 2018) et la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 modifiant la loi n°78-17 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux données à caractère personnel, à la rectification de celles-ci, à une limitation ou à l'opposition de leur traitement à tout moment et sans délai.



Annexe 10 : Tableau récapitulatif du détail des notes données pour chaque fonction neuro-psychomotrice

	Note 1	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6	Note 7	Note 8	Note 9	Note 10
Trouble du tonus	9	3	6	4	6	4	7	6	3	6
Trouble de la latéralité	20	9	11	4	8	1	1	/	/	/
Trouble des habilités oculo-manuelles	20	7	12	1	10	2	1	1	/	/
Trouble de la motricité globale	12	5	5	2	12	4	7	3	1	3
Trouble des praxies	18	6	9	2	12	3	2	1	/	1
Trouble de la spatialisation	13	6	6	5	7	4	4	5	2	2
Trouble du rythme	12	4	5	4	10	5	9	1	3	1
Trouble de l'attention auditive	14	2	5	4	8	7	8	3	2	1
Trouble des gnosies tactiles	19	8	8	2	10	1	5	1	/	/
Trouble de l'image du corps	2	1	2	1	2	4	7	6	9	20
Trouble des fonctions cognitives	4	/	4	1	5	5	10	10	6	9

Mots-clés

Mots-clés : Psychomotricité, Violences domestiques, Fonctions psychomotrices, Questionnaire

Keywords : Psychomotricity, Domestic violence, Psychomotor functions, Questionnaire

Palabras clave : Psicomotricidad, Violencia doméstica, Funciones psicomotoras, Cuestionario