



INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ DE
NEVERS

L'IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES SUR L'INVESTISSEMENT PSYCHOCORPOREL DE L'ADOLESCENT

Mémoire présenté par Oriane DONZEL en vue de l'obtention du
diplôme d'État de psychomotricien



INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITÉ DE
NEVERS

L'IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES SUR L'INVESTISSEMENT PSYCHOCORPOREL DE L'ADOLESCENT

Mémoire présenté par Oriane DONZEL en vue de l'obtention du
diplôme d'État de psychomotricien

Remerciements

À Sarah Frileux, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée tout au long de cet écrit et qui m'a permis d'étayer ma réflexion.

À Zoé Giret-Lauret, Tiphaine Ferreira et Sarah Frileux, mes tutrices de stage, de m'avoir permis d'apprendre à vos côtés tout le long de cette année et de m'avoir accompagnée dans cette réflexion.

Aux structures et aux personnels soignants de m'avoir accueillie en tant que stagiaire et de m'avoir permis d'enrichir mes connaissances.

Aux patients, qui m'ont permis d'apprendre auprès d'eux, et qui ont su me faire confiance pour s'ouvrir à moi.

À mes proches et à mes amis, qui m'ont soutenue lors de mes études et qui ont su me partager leur réflexion autour de cet écrit.

Et enfin à ma maman, qui m'a permis d'accéder à ces études, qui m'aura soutenue et encouragée tout au long de ces études.

Sommaire

Introduction	1
PARTIE 1 : LA THÉORIE	2
1. L'adolescence	2
1.1 Les transformations à l'adolescence	2
1.1.1. Sur le plan corporel.....	2
1.1.2. Sur le plan cognitif	4
1.1.3. Sur le plan psychologique	4
1.1.4. Sur le plan relationnel.....	5
1.2. Les enjeux psychomoteurs spécifiques à l'adolescence.....	6
1.2.1. Le tonus.....	6
1.2.2. La motricité	7
1.2.3. Les représentations corporelles : notions de schéma corporel et d'image du corps.....	8
1.2.4. Espace-Temps.....	9
1.3. L'investissement psychocorporel à l'adolescence.....	10
1.3.1. Le corps support de l'identité.....	10
1.3.2. L'influence de l'image du corps et du schéma corporel sur l'investissement psychocorporel ...	11
1.3.3. L'impact des réseaux sociaux	12
1.3.4. L'intimité	13
1.3.5. La sexualité.....	13
2. Les violences sexuelles : définitions et enjeux	14
2.1 Définition des violences sexuelles	15
2.1.1. Les types d'abus	15
2.1.2. Le consentement.....	16
2.1.3. Les peines encourues.....	17
2.2. Les conséquences psychopathologiques.....	18
2.2.1. Syndrome de stress post traumatique	18
2.2.2. Symptômes dépressifs et troubles anxieux.....	20
2.2.3. Troubles du comportement alimentaire	20
2.3. La mémoire traumatique	21
2.4. Les mécanismes de défense face au trauma	21
2.4.1. La sidération psychique	21
2.4.2. La dissociation traumatique	22
2.4.3. La déréalisation.....	22
2.4.4. La dépersonnalisation.....	22
2.4.5. L'amnésie péri-traumatique.....	23
3. L'impact des violences sexuelles sur l'investissement psychocorporel de l'adolescent 23	
3.1. Altération du schéma corporel	24
3.1.1. Déconnexion au corps	24
3.1.2. Modifications des sensations corporelles	25
3.1.3. Perturbation des limites corporelles	26
3.2. Altération de l'image du corps	27
3.2.1. Honte et rejet du corps.....	27

3.2.2.	Hypersexualisation et désexualisation	28
3.2.3.	Estime de soi et confiance en soi.....	29
3.3.	Impact de la motricité expressive.....	29
3.3.1.	Dysrégulation tonico-émotionnelle.....	30
3.3.2.	Altération de l'intégration sensorimotrice.....	31
3.3.3.	Perturbation du corps émotionnel	32
3.3.4.	Perturbation du rapport à l'espace	33
Conclusion partie théorique.....		34
PARTIE 2 : LA CLINIQUE.....		35
1.	Les lieux de stage.....	35
1.1.	Centre Médico-Psychologique (CMP)	35
1.2.	Institut Médico-Éducatif (IME)	36
2.	La situation clinique d'Alice.....	36
2.1.	Présentation et anamnèse	37
2.2.	Le bilan psychomoteur et le projet de soin	38
2.3.	La prise en soins.....	40
2.4.	Conclusion	43
3.	La situation clinique de Jules.....	45
3.1.	Présentation et anamnèse	45
3.2.	Le bilan psychomoteur et le projet de soin	46
3.3.	La prise en soins.....	50
3.3.1.	La spécificité du groupe	50
3.3.2.	L'évolution de Jules dans le groupe	51
3.4.	Conclusion	56
4.	Deux vécus, deux chemins vers le réinvestissement psychocorporel.....	58
5.	Ma place de stagiaire	59
PARTIE 3 : LA DISCUSSION.....		61
1.	La reconstruction des victimes à travers le processus de résilience	61
1.1.	Définition et concepts clés	61
1.2.	Le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement vers la résilience	64
1.3.	L'importance de la prise en charge pluridisciplinaire	66
1.4.	Être reconnu pour avancer ?	67
1.5.	La résilience chez Alice et Jules	69
2.	Le théâtre comme outil thérapeutique pour Alice.....	69
2.1.	Pourquoi le théâtre ?	70
2.2.	Prise en charge groupale ou individuelle ?	71
2.3.	Le théâtre dans un cadre thérapeutique.....	72
3.	Le positionnement du thérapeute	75

3.1.	La communication non verbale	75
3.2.	La communication verbale	77
4.	<i>Les limites du sujet</i>	78
	<i>Conclusion</i>	80
	<i>Annexes</i>	
	<i>Bibliographie</i>	

Introduction

Je réalise mon stage de troisième année sur plusieurs structures accueillant des adolescents. Les jeudis, au sein d'un IME (Institut Médico Éducatif) et les vendredis, le matin sur le CMPEA (Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents) et l'après-midi sur l'HDJ (Hôpital De Jour) pour adolescents. Parmi les jeunes accueillis, j'ai rencontré des adolescents ayant subi des violences sexuelles. Cela m'a amenée à m'interroger sur l'impact que ces violences sexuelles pouvaient avoir sur leur développement psychomoteur, en particulier sur la manière dont ils investissent leur corps.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), les violences sexuelles couvrent les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, en passant par de l'intimidation sociale ou la contrainte physique directe. En France, 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année. (1)

L'investissement psychocorporel, quant à lui, se définit par la manière dont un individu perçoit et utilise son corps dans son environnement. Le terme de développement implique des changements. Or, l'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte marquée par de nombreux changements. Selon l'OMS, cette période se situe entre 10 et 19 ans et se caractérise par des transformations physiques, cognitives et psychologiques. (2)

Selon moi, les violences sexuelles ont un impact réel sur le développement de l'adolescent. L'adolescence est une période charnière où l'individu est particulièrement vulnérable, et ces traumatismes affectent profondément cette phase. Je vais concentrer mon étude sur l'investissement du corps et les notions associées, même si je reconnais que d'autres aspects du développement peuvent également être touchés. Les violences sexuelles affectent d'abord le corps, qui est directement atteint, d'où mon questionnement sur la manière dont elles influencent l'investissement psychocorporel.

Je me suis alors questionnée sur : **Comment la psychomotricité peut-elle aider au réinvestissement psychocorporel de l'adolescent ayant vécu des violences sexuelles ?**

PARTIE 1 : LA THÉORIE

1. L'adolescence

Dans cette partie, nous allons chercher à comprendre tous les changements que nous retrouvons chez l'adolescent que ce soit sur le plan corporel, cognitif, psychologique ou relationnel.

1.1 Les transformations à l'adolescence

L'adolescence vient du latin *adolescens* qui renvoie à la notion de croître ; l'adolescent est ainsi celui qui grandit. Comme mentionné précédemment, c'est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Selon l'OMS, l'adolescence se situe entre 10 et 19 ans. (2)

Françoise Dolto, pour illustrer les problématiques en lien avec ces transformations, théorise le concept du homard : « *L'adolescence, c'est le moment où l'on se sent comme un homard pendant la mue : la carapace a disparu, il faut en fabriquer une autre, mais, en attendant les dangers sont là.* » (p.9) (3) L'adolescence débute par ce qu'on appelle la puberté qui va donner lieu à ces changements, à commencer par le corps.

1.1.1. Sur le plan corporel

Selon Christine Canard, la puberté caractérise l'adolescence, marquant une phase de transformation majeure. L'activation de la fonction hypothalamo-hypophyso-gonadique induit une production d'hormones sexuelles :

- Chez les filles, l'œstrogène stimule le développement mammaire, et la maturation des organes génitaux internes et externes.
- Chez les garçons, la testostérone permet une augmentation de la masse musculaire, une croissance des testicules et du pénis.

Nous observons à la puberté une stimulation des glandes sébacées (ce qui peut expliquer l'apparition de l'acné) ainsi qu'une stimulation des glandes sudoripares, situées dans des zones précises (notamment le pubis) entraînant une transpiration plus importante et odorante.

Nous retrouvons également une croissance staturo-pondérale ainsi que des modifications corporelles. En effet, la poussée de croissance, déclenchée par les hormones sexuelles et les hormones de croissance modifie la taille et les proportions corporelles. Cette croissance commence vers 10-12 ans chez les filles et 12-14 ans chez les garçons. On observe un allongement des membres et donc une modification de la silhouette. C'est en partie dû aux cartilages de croissance au niveau de l'épiphyse des os qui, sous l'effet des hormones, se développent et sont remplacés par du tissu osseux. (4) Cependant, d'après Charlotte Paumel, cette croissance peut être inégale, les parties du corps ne se développant pas au même rythme (les jambes grandissent plus vite que le reste du corps), entraînant alors une dysharmonie transitoire. Nous avons également une augmentation de la masse pondérale. En moyenne, les filles prennent 20 kg et les garçons multiplient leurs poids par 2. (5)

La puberté s'accompagne du développement des caractères sexuels secondaires comme :

- L'augmentation du volume mammaire, l'apparition des poils pubiens et axillaires chez la fille ainsi que la perte du caractère enfantin de la voix.
- Le développement de la pilosité corporelle (pubis, aisselle, visage) et la mue de la voix chez le garçon.

L'indice de maturation pubertaire est la ménarche chez la fille et la première éjaculation chez le garçon. Cet indice de maturation marque le début de la fonction reproductive. De plus, nous observons des changements dans la composition corporelle, où l'on retrouve chez les filles une augmentation du pourcentage de masse grasse et chez les garçons une augmentation de la masse musculaire. (4)

Les changements corporels sont les plus visibles mais nous retrouvons également une évolution sur le plan cognitif.

1.1.2. Sur le plan cognitif

Sur le plan cognitif, le système limbique est mature avant le lobe frontal. Cette asynchronie, accompagnée de modifications dans les neurotransmetteurs comme la dopamine (plaisir, récompense) et la sérotonine (bien-être), explique la prise de décisions impulsives et les difficultés de régulation émotionnelle souvent observées chez les adolescents, ainsi que leur potentiel addictif plus élevé en cette période. La maturation du cortex préfrontal permet une amélioration de la capacité de planification, de la prise de décision ainsi que le contrôle de l'impulsion. Cependant, le cortex préfrontal n'arrive à maturation complète qu'après l'adolescence. (4)

Également, « un « élagage » permet de supprimer les connexions synaptiques qui ne sont pas utilisées, et de renforcer les autres. La plasticité cérébrale à cet âge de la vie ouvre donc à des grandes possibilités d'apprentissage, mais expose aussi à des vulnérabilités, au risque de fixer des comportements pathogènes, voire altérer la maturation et la structuration cérébrales. C'est donc un période sensible du développement. » (p. 245) (5)

De plus, en accord avec le stade des opérations formelles de Jean Piaget, nous retrouvons le développement de la pensée abstraite. Elle permet un meilleur raisonnement et une prise de conscience de soi (introspection) qui permettent de se remettre en question. L'adolescent est capable de raisonner de manière hypothético-déductive ce qui lui permet de réfléchir à son avenir. Il peut également adopter plusieurs points de vue. (5)
Le développement cognitif influence ce qui se joue sur le plan psychologique.

1.1.3. Sur le plan psychologique

Sur le plan psychologique, nous retrouvons une forte vulnérabilité à l'adolescence. En effet, c'est la construction de l'identité qui se joue à cette période. L'adolescent cherche à savoir « qui il est » à travers ses choix, ses relations et son apparence physique. Selon Lyda Lannegrand-Willems, « L'adolescent va devoir former activement son identité personnelle, c'est-à-dire établir consciemment la synthèse entre ses intérêts, ses valeurs, ses capacités, et

les opportunités sociétales, dans un contexte social et culturel beaucoup plus large que celui de l'enfance. » (p.60) (6)

Cette construction de l'identité est un réel enjeu à l'adolescence et peut être impactée par tout traumatisme qui viendrait donc interférer dans son développement.

L'adolescence est également une période d'expérimentations : nous retrouvons un faible contrôle du comportement par le cortex préfrontal, étant le dernier à maturer, ce qui peut entraîner des comportements à risque. Cette recherche de sensations et de limites permet la construction de l'identité. (5)

De plus, à cette période la validation sociale est particulièrement importante. En effet, les adolescents ressentent le besoin d'être acceptés par leurs pairs. Ces derniers sont essentiels au développement de l'adolescent. Selon Lucie Henrénadez, Nathalie Oubrayrie-Roussel et Yves Prêteur « *Cette appartenance et cette identification à un groupe d'amis apparaissent en effet comme essentielle à l'adolescent car elle répond à des besoins éducatifs, personnels et sociaux : se découvrir, s'affirmer, se construire une représentation de soi, une personnalité, une identité personnelle et groupale. »*. (p. 137) (7) Ces questionnements identitaires, ainsi que l'importance des pairs, jouent un rôle essentiel dans la construction des relations.

Selon Emmanuelli Michele, nous retrouvons une modification des mécanismes de défense utilisés à cette période. En effet, à l'adolescence nous retrouvons un conflit psychique et la mise en jeu des mécanismes de défense permet d'éviter l'angoisse ainsi que le malaise psychique. On retrouvera l'intellectualisation, l'humour ou encore la sublimation. L'adolescent, au vu des changements multiples dont l'accession à un nouveau statut social, peut ainsi mettre en place ces mécanismes de défense afin de pallier à une certaine angoisse. (8)

1.1.4. Sur le plan relationnel

Selon René Kaes, cette transition peut être assimilée à « un travail de deuil », comme la perte d'un objet aimé. Nous observons une ambivalence : d'un côté, une nostalgie de

l'enfance et de l'autre une excitation face à ce qu'offre la vie d'adulte. Cela peut engendrer des conflits intrapsychiques qui se traduisent par des comportements comme la recherche d'émancipation en défiant l'autorité parentale tout en conservant des attitudes infantiles avec cette recherche de réassurance envers les autorités parentales. (9) On peut avoir un adolescent qui se réfugie dans ses jouets tout en demandant de sortir tard le soir.

D'après Charlotte Paumel, « *l'appartenance à des groupes, bandes, permet de soutenir l'identité peu assurée, l'estime de soi ébranlée, en dehors du système familial.* ». (p. 252) (5) La relation aux pairs est donc indispensable au développement de l'adolescent. Elle passe notamment par l'apparence physique, en pleine transformation. Celle-ci peut alors être cible de critiques et l'image de soi peut être grandement impactée.

1.2. Les enjeux psychomoteurs spécifiques à l'adolescence

Nous sommes toujours dans une période de développement psychomoteur, marquée par des remaniements en lien avec la puberté. Les transformations évoquées précédemment influencent le développement psychomoteur de l'adolescent.

1.2.1. Le tonus

D'après Jover Marianne, « *Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe du nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales* ». (p.1) (10)

Ce tonus arrive à maturation vers 12 ans, ce qui signifie qu'à partir de cet âge, l'adolescent est capable de réguler son tonus de manière adaptée. De plus, nous n'observons plus de syncinésie à diffusion tonique ni de syncinésie d'imitation, sauf dans le cas de nouvel apprentissage ou situation chargée d'effort ou d'affect. Nous avons également une augmentation de la force musculaire.

Dans son mémoire, Anaïs Monneau cite Julian de Ajuriaguerra (1977) qui a développé le concept de dialogue tonico-émotionnel. Cela « *correspond au processus d'assimilation et surtout d'accommodation entre le corps de la mère et le corps de l'enfant. L'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec des postures maternelles. Par sa mobilité il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent. Maintenir ne veut pas dire état fixe de maintien, mais accommodation réciproque* ». (p. 11) (11)

Selon Henri Wallon, le tonus est le reflet direct de l'état émotionnel, notamment à travers les postures corporelles. À l'adolescence, ces manifestations peuvent être augmentées, en raison de tensions psychiques liées à la recherche d'identité. (11) De plus, nous retrouvons des bouleversements hormonaux qui perturbent la régulation émotionnelle. Nous savons que les émotions influencent l'état tonique de l'individu, ce qui explique pourquoi, à cette période, nous retrouvons davantage de réactions tonico-émotionnelles.

Le tonus, essentiel à la mise en mouvement du corps, est ainsi d'autant plus influencé par les émotions durant cette période.

1.2.2. La motricité

Selon Indranil Manna, « *La maturation et les facteurs environnementaux influencent le développement progressif des enfants et des adolescents.* » (p.50- traduit de l'anglais en français) (12)

Au niveau de la motricité globale, des maladresses peuvent apparaître, liées au pic de croissance. Ces maladresses s'expliquent par la modification rapide du corps, en particulier par l'augmentation dysharmonieuse des segments corporels, qui nécessitent une réorganisation de l'équilibre et des coordinations motrices. Les adolescents doivent adapter leurs schémas moteurs à un nouveau centre de gravité, ce qui peut provoquer des désajustements provisoires en vue d'un réajustement ultérieur.

La motricité fine atteint généralement sa maturité à la fin de l'enfance. Nous retrouvons cependant à l'adolescence une automatisation et une personnalisation de l'écriture. En effet, l'adolescent transmet sa personnalité dans la trace écrite qu'il laisse.

Nous retrouvons donc des ajustements au niveau de la motricité, mais également dans les représentations que l'adolescent se fait de son propre corps.

1.2.3. Les représentations corporelles : notions de schéma corporel et d'image du corps

D'après Julian de Ajuriaguerra, cité par Anaïs Monneau, édifié : « *sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* ». (p. 239) (11)

Les changements physiques font que l'adolescent ne peut plus se fier aux sensations et perceptions vécues durant l'enfance. C'est le deuil de son corps d'enfant pour ce nouveau corps en transformation. (13)

Selon Charlotte Paumel, « *Pour stabiliser les représentations corporelles intégrant les nouvelles données anatomiques, sensorielles, émotionnelles, l'adolescent doit donc ré-éprouver son corps, le ré-approprier, pour apprendre à le connaître avant de pouvoir de nouveau se reconnaître.* ». (p. 250) (5) L'adolescent doit alors réintégrer les nouvelles proportions du corps dans sa représentation mentale.

Sur le plan de l'image du corps, l'adolescent peut ressentir un sentiment d'étrangeté face à la transformation de son corps d'enfant en un corps d'adulte. L'estime de soi peut être fortement impactée, car les adolescents se comparent souvent entre eux. D'après Daniel Marcelli et Anne Lamy « *L'image du corps, telle que l'adolescent la ressent et telle qu'elle est perçue par les autres, devient le véhicule central de cette affirmation, d'où sa sensibilité extrême à l'image (...)* ». (p.12) (3)

L'image du corps est ainsi fortement influencée par les modifications corporelles. En effet, les modifications staturo-pondérales pouvant être dysharmonieuses, le développement des caractères sexuels secondaires, la mue de la voix, l'acné ou encore la majoration de la transpiration entraînent un bouleversement physique mais également psychique rapide amenant à modifier son image du corps. Cette image est souvent dévalorisée que ce soit par la comparaison avec les pairs, la rapidité du changement entraînant un choc (ne plus se reconnaître) ou encore l'impact des réseaux sociaux et des normes sociales entraînant des complexes. Nous pouvons éprouver un inconfort face à ce nouveau corps, conduisant à une altération de l'image de soi. La satisfaction corporelle est essentielle pour une bonne image du corps et d'après Charlotte Paumel, « *L'adolescent est particulièrement attentif à son corps et à son image, à sa conformité à l'idéal corporel qu'il se forge ou qui lui est présenté, et sensible au regard et jugement d'autrui. Il fait parfois des fixations sur certaines parties du corps, dont il questionne la normalité, qui peuvent devenir franchement dysmorphophobiques.* » (p. 251) (5)

Les modifications des représentations corporelles influencent également la manière dont l'adolescent va percevoir et investir son environnement, qu'il soit spatial ou temporel.

1.2.4. Espace-Temps

En ce qui concerne les repères temporo-spatiaux, la croissance modifie certaines perceptions, comme celle de la hauteur amenant l'adolescent à se réajuster. Selon Jean Piaget, l'adolescent est dans le stade des opérations formelles : les compétences intellectuelles permettent de réfléchir à des concepts abstraits et de raisonner logiquement ce qui entraîne une meilleure anticipation et une meilleure représentation sur le plan spatio-temporel. (5)

La proxémie évolue également : l'investissement du corps ne se fait plus comme auparavant. Nous pouvons alors observer des comportements d'évitement ou, au contraire, de rapprochement. Les limites posées par les adolescents peuvent se modifier selon leur histoire de vie ainsi que leur rapport au corps. Dans ce contexte, l'espace de leur chambre prend souvent une grande importance. En effet, il peut être perçu comme un refuge et un lieu d'intimité.

L'adolescent accède également au temps impersonnel, cela lui permet de pouvoir manipuler et organiser son temps. Il se projette aussi dans l'avenir, ce qui peut être source d'angoisse (études, délais, projet de vie, métier...). Au niveau temporel, nous retrouvons aussi d'après Charlotte Paumel, une période d'hypersomnie biologique chez l'adolescent avec un changement de son rythme chronobiologique. Il a tendance à se coucher plus tard et se lever plus tard également alors que le rythme scolaire reste inchangé voire augmenté par un temps de trajet pouvant être rallongé. Cette tendance en partie biologique de l'inversion du rythme nyctéméral peut entraîner un déficit du sommeil amenant à des symptômes psychiques, somatiques, et cognitifs. (5) De plus, le rapport au temps est également influencé par l'apparition des premières règles (les ménarches). Les menstruations entraînent une temporalité corporelle cyclique. Cela amène notamment des variations hormonales impactant l'humeur, la concentration et les capacités psychomotrices.

Ces ajustements au niveau du développement psychomoteur s'entremêlent avec la façon dont l'adolescent investit son corps.

1.3. L'investissement psychocorporel à l'adolescence

L'investissement psychocorporel correspond à la manière dont l'adolescent se perçoit et interagit avec son corps pendant cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Comme nous l'avons vu précédemment, la puberté entraîne de multiples modifications qui impactent la relation au corps.

1.3.1. Le corps support de l'identité

Le corps, selon Edmond Marc, est le support de l'identité. (14) A travers la manière de s'habiller, de se mouvoir ou de se positionner dans l'espace social, l'adolescent cherche à exprimer son individualité. Nous retrouvons des tentatives d'appropriation ou de personnalisation du corps tels que le maquillage, les coiffures ou encore les tatouages. D'après Charlotte Paumel, « *Toutes ces transformations actives de l'apparence redonnent un sentiment de contrôle sur le corps qui se modifie malgré soi, d'affirmer son individualité et sa singularité*

« c'est ma peau », tout en s'identifiant à d'autres modèles valorisants et choisis (stars, personnages, amis, idéal, stéréotype...) ». (p. 251) (5)

Mais en parallèle nous avons aussi les comportements à risques qui peuvent montrer un rapport ambivalent au corps. En effet, à travers des comportements tels que la consommation excessive d'alcool ou encore la prise de drogues, l'adolescent cherche à éprouver son corps et à comprendre jusqu'où celui-ci peut aller. Il est à la recherche des nouvelles limites physiques et psychiques.

L'adolescent construit son identité en passant par le corps pour s'affirmer. Cependant cette construction est influencée par des représentations corporelles complexes.

1.3.2. L'influence de l'image du corps et du schéma corporel sur l'investissement psychocorporel

Les notions d'image du corps et de schéma corporel influencent fortement l'investissement psychocorporel. Ces deux notions interagissent ensemble pour façonner la perception et l'utilisation du corps pendant cette période de transition.

Selon Valérie Discour « *Le processus d'adolescence est intimement lié aux transformations physiologiques de la puberté, le corps se retrouve au premier plan.* ». (p.43) (15) Ces transformations peuvent être vécues de manière ambivalente. En effet, certains adolescents ressentent de la fierté face à ces transformations qui les rapprochent de l'âge adulte, tandis que d'autres peuvent éprouver de la gêne voire du dégoût.

L'image du corps, autrement dit la manière dont la personne perçoit son corps, est particulièrement sollicitée à cette période. Il faut prendre en considération le fait que celle-ci est influencée par l'histoire de vie. Comme vu précédemment, l'image devient centrale à l'adolescence en raison de la sensibilité au regard de l'autre et aux normes sociétales. Une image du corps positive encourage l'adolescent à explorer et à investir son corps dans des activités, en favorisant l'estime de soi ainsi que son développement global.

Cependant, il existe des difficultés dans l'acceptation de leur image du corps dues aux changements pubertaires pouvant limiter cet investissement. L'adolescent peut alors éviter de se mettre en jeu corporellement, par peur de jugement ou par inconfort face à son corps entraînant un désinvestissement psychocorporel.

Le schéma corporel doit se réajuster et intégrer les nouvelles proportions corporelles dues à ces transformations rapides et parfois même brutales. Ce travail de réintégration corporelle influence directement l'investissement corporel de l'adolescent notamment en lien avec les habiletés motrices. Comme vu précédemment, nous pouvons retrouver des maladresses dues à ce pic de croissance pouvant amener l'adolescent à se désengager de certaines activités corporelles.

Ces deux notions sont intimement liées car une bonne intégration des changements corporels peut favoriser la réappropriation de l'image du corps. Cela peut permettre de constituer une base plus solide pour investir son corps dans l'espace ainsi que dans les relations avec autrui.

1.3.3. L'impact des réseaux sociaux

A travers l'étude menée sur le lien entre l'usage des réseaux sociaux et l'image corporelle chez l'adolescent par M. Revranche, M. Biscond et M.M. Husky, nous retrouvons que l'usage des réseaux sociaux comme *Instagram* ou *Tiktok* est associée à une image du corps négative chez l'adolescent. Ils sont confrontés régulièrement aux standards de beauté parfois irréels (retouches, filtres), aux pressions des réseaux sociaux ainsi qu'au regard des pairs qui influencent énormément la construction de l'image corporelle. (16) L'adolescent est très sensible au « body shaming » qui se caractérise par des critiques sur l'apparence physique. Les réseaux sociaux influencent cette vulnérabilité en exposant leur image à des regards extérieurs importants impactant l'image du corps, ainsi que l'estime de soi de l'adolescent. Cette exposition constante aux réseaux sociaux influence l'investissement psychocorporel en affectant leur relation au corps et leur manière d'habiter leur corps. En effet, l'insatisfaction corporelle potentiellement engendrée amène l'adolescent à rejeter certaines parties de son corps, entraînant un désinvestissement de celui-ci. Au contraire, leur corps peut être parfois

source de satisfaction en fonction des likes et retours qu'ils reçoivent sur les réseaux sociaux, mais cette satisfaction peut concerner seulement certaines parties du corps, ce qui conduit à une objectification de celui-ci et potentiellement, à un investissement particulier.

A l'adolescence, la notion d'intimité évolue, en lien avec les représentations corporelles.

1.3.4. L'intimité

D'après Catherine Potel, « *L'intimité corporelle se construit, elle n'est pas innée. Elle est liée de façon indissoluble à la capacité de chaque individu à investir son corps comme sien, différencié, individualisé, séparé du corps de l'autre. C'est donc toute la question de la construction identitaire qui est contenue dans cette réflexion autour de l'intime. Avoir un corps à soi.* » (p.106) (17) L'intimité peut se définir comme ce que l'individu délimite pour préserver son corps et son psychisme. C'est pour se protéger soi car cela nous appartient.

Avec le début de la puberté, la notion de pudeur intervient avec une volonté de vouloir cacher certaines parties du corps. L'adolescent va commencer à apprendre d'autres limites que ce soit d'un point de vue corporel ou psychique (savoir dire « non »). Le but étant d'appréhender quand il y a intrusion dans l'intimité. Il faut quand même prendre en considération que cette intimité est modulable selon les relations (familiales, amicales, amoureuses, etc.) et la culture.

L'intimité permet à l'adolescent de s'approprier son corps et d'en donner ses limites. C'est à travers cet apprentissage qu'on ouvre la voie vers la découverte de la sexualité.

1.3.5. La sexualité

Selon Goran Kjellberg, la relation au corps est au cœur de la sexualité à l'adolescence. (18) Ce corps transformé par la puberté est plus ou moins accepté par l'adolescent. Soit il est source de plaisir et de stimulations, soit il devient source d'angoisse et de rejet. L'avènement de la puberté physiologique intervient dans les étapes du développement sexuel. En effet, la

libido dépend principalement des hormones et des organes génitaux qui arrivent à maturation. C'est la découverte d'un nouveau corps et parfois des premières expériences sexuelles.

D'après Charlotte Paumel, « *L'adolescent est exposé à la fois aux discours explicatifs sur la sexualité (cours, prévention), désaffectés, puisqu'ils se veulent éducatifs, neutres et fonctionnels et parallèlement à des images saturées d'une sexualité adulte parfois crue et souvent stéréotypée qui peuvent empiéter sur les représentations de l'adolescent tout en incitant au plaisir associé au consumérisme et à la performance.* »

Nous pouvons alors retrouver des pratiques sexuelles à risque (précoce ou inadaptées) chez l'adolescent qui ne sont pas en adéquation avec son développement psycho-affectif. (p. 249) (5)

La sexualité devient donc une expérience centrale dans l'investissement psychocorporel. Mais quelles sont les limites légales de cette expérience ?

2. Les violences sexuelles : définitions et enjeux

Les violences sexuelles représentent une problématique majeure, à la fois sur le plan individuel et sociétal. Véritable traumatisme, elles touchent profondément l'intégrité psychique, émotionnelle et corporelle des victimes, avec des répercussions qui peuvent s'étendre tout au long de la vie.

L'enquête INSERM-CIASE a montré que parmi les adultes, environ 3,9 millions de femmes et 1,5 millions d'hommes avaient été victimes de violences sexuelles dans leur enfance et adolescence. (19) L'adolescence est une période déjà marquée par des bouleversements identitaires et corporels ; la vulnérabilité face à ces violences, qui viennent entraver le processus de développement, est donc majorée. Pour mieux comprendre les répercussions de ces violences, il est nécessaire de définir la notion de violences sexuelles et les types d'abus qui en découlent.

2.1 Définition des violences sexuelles

Selon l'article 222-22 du code pénal, « *Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ou, dans les cas prévus par la loi, commise sur un mineur par un majeur. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage.* ». (20)

2.1.1. Les types d'abus

Nous allons recenser dans cette partie les différents types de violences sexuelles, classées par catégorie :

Les violences sexuelles directes :

- **Agression sexuelle** : acte sexuel, sans pénétration, imposé à une personne.
- **Viol** : acte de pénétration sexuelle imposé à une personne.
- **Inceste** : viol ou agression sexuelle commis au sein de la cellule familiale.

Les violences sexuelles de type psychologiques ou comportementales :

- **Harcèlement sexuel** : imposition à une personne, de façon répétée, de propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.
- **Outrage sexiste** : propos ou comportement à connotation sexiste ou sexuelle, qui porte atteinte à la dignité ou qui expose la victime à une situation intimidante, hostile ou offensante.
- **L'exhibition sexuelle** : fait d'imposer à la vue d'autrui des parties intimes du corps dans un lieu accessible aux regards du public.
-

Les atteintes à l'intimité et à la vie privée :

- **Voyeurisme** : observation non consentie des parties intimes d'une personne.

- **Stealth** : retrait non consenti du préservatif pendant un acte sexuel.
- **Cyberviolences sexuelles** : violences exercées via les outils numériques (cybersexisme, revenge porn, partage de photos à caractère sexuel).

Les violences d'exploitation :

- **Exploitation sexuelle** : situations dans lesquelles une personne est contrainte à se livrer à des actes sexuels, notamment dans le cadre de la prostitution forcée.
- **Prostitution** : fait de vendre son corps pour le plaisir sexuel d'autrui contre de l'argent.
- **Proxénétisme** : fait que quiconque aide, assiste ou protège la prostitution d'autrui, tire profit de la prostitution d'autrui et embauche ou entraîne une personne en vue de la prostitution.

Les violences spécifiques aux mineurs :

- **Corruption de mineurs** : exposition de mineurs à des propos ou actes à caractère sexuel.
- **Inceste** (vu précédemment). (21)

Après cette présentation des différents types d'abus, nous allons maintenant nous intéresser à la notion de consentement, essentielle dans ce sujet. Celle-ci présente un rôle crucial dans la définition juridique, mais également au sein de nos prises en charge.

2.1.2. Le consentement

La notion de consentement est fondamentale quand nous parlons de violences sexuelles. La victime n'a alors, comme nous l'avons vu à travers les définitions, pas consenti aux comportements/ propos/ images à caractère sexuel. Selon le site du gouvernement : « *Son refus et son non consentement peuvent être exprimés notamment par des paroles, par des silences, des attitudes, des écrits. Le consentement doit être réciproque et mutuel : le consentement peut être formulé par des propos, des comportements ou les deux. Le silence ne vaut pas acceptation. Le consentement est temporaire. Il peut être donné puis retiré. Le consentement concerne un acte sexuel et non tous les actes sexuels. Si une personne n'est pas en état de donner son consentement, c'est donc qu'elle refuse.* » (22) Le consentement doit

ainsi être libre c'est-à-dire sans contrainte extérieure, clair c'est-à-dire enthousiaste et sans doute possible, éclairé ainsi que réversible. Il est primordial de considérer que les victimes de violences sexuelles ont subi quelque chose contre leur volonté.

Au niveau du cadre légal, le consentement devient juridiquement invalide dès lors que :

- Il y a eu **contrainte, menace ou surprise**.
- La **victime est mineure** : la loi française place la majorité sexuelle à 15 ans ce qui signifie que toute relation sexuelle avec un adulte (avec une différence d'âge de 5 ans minimum) est considérée comme un viol, indépendamment du consentement.
- En cas de **vulnérabilité** c'est-à-dire avec une altération de la conscience (sous effet de la drogue, de l'alcool ou inconscience) ou en cas de vulnérabilité psychologique ou cognitive.

La loi reconnaît également que le consentement est temporaire et qu'il n'est pas global, c'est-à-dire qu'on peut consentir à une forme de relation sexuelle mais pas à d'autres.

2.1.3. Les peines encourues

Pour finir, les agressions sexuelles peuvent entraîner des peines selon la gravité de l'infraction, l'âge de la victime, de l'auteur des faits ainsi que les circonstances. Voici une liste non exhaustive des peines encourues. Ces peines sont évidemment modulables pour chaque situation.

Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle mais peut aller à 20 ans si c'est un viol sur mineur, personne vulnérable ou inceste et jusqu'à 30 ans en cas de récidive. Les violences sexuelles sont punies de 2 à 5 ans d'emprisonnement ainsi que d'une amende. Si la victime est mineure la peine encourue peut être portée à 7 ans d'emprisonnement. Enfin le harcèlement sexuel est puni de 2 ans de prison et de 30 000 euros d'amende tandis que l'outrage sexiste est punissable de 750 euros d'amende et l'exhibition sexuelle de 1 an de prison ainsi que 15 000 euros d'amende. (20)

Il est important de prendre en compte que les victimes ne portent pas toujours plainte. Par ailleurs, il arrive que la justice ne reconnaisse pas le statut de victime par manque de preuve. Ces situations ont un impact profond sur les victimes, il est donc indispensable d'en tenir compte dans l'accompagnement et la prise en charge des adolescents victimes de violences sexuelles.

2.2. Les conséquences psychopathologiques

Les violences sexuelles ont des conséquences psychologiques importantes notamment dans l'émergence de certains troubles. Bien que mon mémoire se concentre sur l'impact de ces violences sur l'investissement psychocorporel, il me semble indispensable de passer par ces notions. En effet, ces troubles auront forcément une influence sur l'investissement psychocorporel.

Lors d'un traumatisme comme les violences sexuelles, le cerveau est dépassé. En effet, ce dernier est toujours prêt à détecter une menace et en cas de stress aigu notre cerveau nous protège grâce aux circuits de la peur. Nous retrouvons notamment l'hippocampe qui intègre toutes les perceptions de l'instant présent dans le contexte et l'amygdale qui permet de déterminer la réponse organique immédiate. Si le danger est trop fort, alors le cerveau est surchargé, et « bugge » (p. 23) (23) Si la réponse au stress persiste au-delà de 30 jours, nous parlons alors de trouble de stress post traumatique (TSPT).

2.2.1. Syndrome de stress post traumatique

D'après les critères diagnostiques du DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), avoir été exposé à des violences sexuelles peut engendrer un syndrome de stress post traumatique. (24) Il est estimé que 30 à 40% des personnes ayant subi un viol vont développer un syndrome de stress post traumatique. (23)

Le premier critère spécifie « l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles », ce qui signifie que les violences sexuelles

peuvent entraîner un syndrome de stress post traumatique. Il existe plusieurs situations : être directement exposé, être témoin direct, apprendre qu'un membre a été victime, être exposé de manière répétée. Ici on perçoit que le stress post traumatique ne touche pas seulement les victimes elles-mêmes mais potentiellement l'entourage également.

Le deuxième critère définit la présence de « symptômes envahissants », où l'on retrouve les « souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants » entraînant un sentiment de détresse. Nous avons les « rêves répétitifs » de l'évènement traumatique. Nous retrouvons également les « réactions dissociatives » que sont les flashbacks, la « détresse psychologique » et les « réactions physiologiques » évoquant des symptômes de stress intenses.

Le troisième critère évoque « l'évitement persistant des stimuli associés » : ici nous retrouvons les évitements au niveau psychique comme les pensées ou souvenirs ainsi que la volonté de la personne d'éviter toute situation pouvant rappeler l'évènement traumatique.

Le quatrième critère évoque « l'altération marquée de l'éveil et de la réactivité » avec des symptômes comportementaux comme l'hypervigilance ou les réactions de sursaut exagéré, des symptômes cognitifs comme les problèmes de concentration et des symptômes physiologiques comme les perturbations du sommeil.

De plus, le DSM-V précise que nous pouvons retrouver des symptômes de dépersonnalisation, c'est-à-dire se sentir détaché de son corps ou de ses processus mentaux, mais également la déréalisation. Cette dernière est une altération de la perception, l'individu a le sentiment que le monde extérieur semble irréel. (24)

Tous ces critères indiquent que ces évènements traumatiques ont un impact sur tous les plans, avec des conséquences physiologiques, cognitives, émotionnelles et comportementales ayant une influence sur ses relations et sur ses activités de la vie quotidienne.

Comme nous le verrons plus loin : Alice, 13 ans, a subi des violences sexuelles au sein de son collège, depuis elle est en évitement de ce lieu qui lui rappelle ses souvenirs

traumatiques. Le stress post traumatique explique les manifestations du trauma, la mémoire traumatique explique comment ces symptômes peuvent se réactiver.

2.2.2. Symptômes dépressifs et troubles anxieux

Muriel Salmona cite, à ce propos, une étude nommée Adverse Childhood Experience réalisée en Californie auprès de 17 221 adultes qui révèle que les abus sexuels sont un facteur de risque de symptômes dépressifs ainsi que de troubles anxieux. (25)

Les abus sexuels engendrent des réactions intenses avec la production d'hormones telles que l'adrénaline ou le cortisol qui ont un effet néfaste sur le cerveau. (26) L'individu a des difficultés à réguler ses émotions, pouvant entraîner des symptômes anxio-dépressifs.

2.2.3. Troubles du comportement alimentaire

Leur acronyme est TCA. Ils se caractérisent par des perturbations importantes de l'alimentation et du comportement alimentaire. Selon le DSM-V, nous retrouvons :

- **Le mérycisme** : régurgitation répétée de nourriture. Elle peut être remâchée, ravalée ou recrachée.
- **Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments** : souvent nous retrouvons du dégoût pour manger, ou un évitement sensoriel des aliments ce qui empêche l'individu de satisfaire ses besoins nutritionnels.
- **L'anorexie mentale** : c'est une restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins menant à une perte de poids importante.
- **La boulimie** : c'est la survenue récurrente hyperphagique avec des comportements compensatoires.
- **L'accès hyperphagique** : on retrouve un sentiment de perte de contrôle avec une absorption importante d'aliments pendant une période limitée. (24)

Les personnes atteintes de TCA ont souvent une mauvaise estime d'elles-mêmes. Il est estimé que « 30 à 50 % des troubles du comportement alimentaire suivent une agression sexuelle, des violences physiques ou psychologiques ». (p. 30) (27) Il existe donc une corrélation entre les TCA et les violences sexuelles.

2.3. La mémoire traumatique

Selon Muriel Salmona, « *Les violences aboutissent à la constitution d'une mémoire traumatique de l'événement, symptôme central du psycho-traumatisme. Cette mémoire est différente de la mémoire autobiographique normale, il s'agit d'une mémoire non intégrée et piégée dans certaines structures du cerveau. 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.* ». (p.69) (26)

Cette mémoire est implicite et non consciente. Elle se déclenche lorsque quelque chose fait resurgir le souvenir traumatique. Cela met en avant le fait que nos patients ayant vécu des traumatismes puissent, à cause de sensations visuelles, auditives, tactiles, vestibulaires, proprioceptives ou encore olfactives, réenclencher cette mémoire et revivre cet événement traumatique. L'aspect sensoriel est donc indispensable à prendre en compte dans la prise en charge.

2.4. Les mécanismes de défense face au trauma

Selon Henri Chabrol, « *Les mécanismes de défense sont des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement.* » (p. 32) (28) Il existe énormément de mécanismes de défense dont nous allons étudier une liste non exhaustive.

2.4.1. La sidération psychique

Selon Muriel Salmona, « *Les violences sexuelles sont terrorisantes et incompréhensibles pour les enfants, elles créent une effraction psychique qui provoque un état de sidération.* » (p. 70) Cette psychiatre et psychotraumatologue nous explique que l'individu se retrouve paralysé psychiquement mais aussi physiquement, ce qui l'empêche de réagir. En cas de danger notre

cerveau se prépare à la fuite, l'amygdale qui a un rôle d'alarme ordonne la production d'hormones telles que le cortisol et l'adrénaline. C'est le cortex cérébral et l'hippocampe qui peuvent moduler cette alarme. En cas de sidération, cette modulation est impossible et nous retrouvons une production d'hormones excessive qui est très dangereuse pour le corps. Pour pallier à ce danger physiologique, le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel. L'individu se retrouve pétrifié, dans l'incapacité de crier, de fuir ou de se défendre. (26)

2.4.2. La dissociation traumatique

Ce mécanisme de défense est caractérisé par une déconnexion de soi ou de la réalité. Selon Bessel Van Der Kolk, « *La dissociation est l'essence même du traumatisme. L'expérience insurmontable est clivée, fragmentée : les émotions, les sons, les images, les pensées et les sensations physiques qui y sont liées acquièrent une existence autonome.* ». (p. 117) Il nous montre également que dans l'évocation d'un passé traumatique au niveau cérébral on retrouve une activité réduite entravant la pensée, l'orientation et l'attention. (29) L'amygdale et la mémoire traumatique se déconnectent, cela empêche l'individu de prendre conscience de ce qu'il se passe ou s'est passé.

2.4.3. La déréalisation

Le DSM-V nous propose une définition de la déréalisation, regroupant les « *Expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur* ». (24) Ce sont les patients qui nous partagent que ce qui les entoure est irréel, comme dans un rêve. Dans la déréalisation nous retrouvons une altération de la perception de l'environnement.

2.4.4. La dépersonnalisation

D'après le DSM-V, ce sont des « *Expériences d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes (p. ex. altérations perceptives, déformation de la perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ ou engourdissement*

physique). » (24) Dans la dépersonnalisation c'est une altération de la perception de soi, de son propre corps que nous retrouvons.

Se manifeste alors un sentiment de détachement de son corps comme mécanisme de défense pour essayer d'oublier ce qui est en train de se passer. D'après Bessel Van Der Kolk, « *La dépersonnalisation est un symptôme de dissociation massive causé par le traumatisme* » (p. 126) (29). Nous retrouvons des patients qui nous disent ne plus sentir leur corps comme s'ils étaient spectateurs de ce qu'il leur arrive sans rien pouvoir contrôler.

2.4.5. L'amnésie péri-traumatique

David Dunaeatz nous parle de repressed memories, qui sont littéralement les souvenirs refoulés. Il soutient que les victimes enfouissent les souvenirs de l'évènement traumatique dans leur inconscient. (30) Ce mécanisme de défense permet à l'individu d'oublier l'évènement traumatique. La victime pourra se rappeler des années plus tard de cet évènement, engendrant alors un choc.

3. L'impact des violences sexuelles sur l'investissement psychocorporel de l'adolescent

Selon François Louboff, Jean-François Marmion et Valentine Safatly, « *Le cerveau de l'enfant est en plein développement jusqu'à 18 ans. Les traumatismes précoces perturbent le développement des apprentissages et provoquent des troubles durables. Ils ont des conséquences neurobiologiques définitives qui pourront conduire l'enfant à développer de nombreux problèmes de santé, tant mentale que physique.* » (p. 127) (23) Nous allons dans cette partie essayer de comprendre les conséquences de ces violences sexuelles sur l'investissement psychocorporel de l'adolescent. Le psychotraumatisme surgit et bloque certains processus dans une période où la croissance n'est pas finie.

3.1. Altération du schéma corporel

Les violences sexuelles ont un impact sur le schéma corporel, le corps étant le premier touché, et pourront également avoir une répercussion sur l'investissement psychocorporel.

3.1.1. Déconnexion au corps

L'adolescent peut se détacher de ce corps abîmé. Une expression manifeste est la dépersonnalisation, mais cela peut également se retrouver de manière plus subtile. La somatognosie est la connaissance des parties du corps. Cette notion joue un rôle majeur dans l'élaboration du schéma corporel. J'ai pu observer des patients victimes de violences sexuelles ne plus pouvoir par exemple se nommer leurs cuisses. Nous avons un réel désinvestissement de certaines parties du corps pour en quelque sorte se protéger des traumatismes. L'adolescent perd donc ses repères corporels, affectant le schéma corporel.

D'après le Docteur Muriel Salmona : « *Une étude publiée en 2013 dans l'American Journal of Psychiatry a mis en évidence des modifications anatomiques visibles par IRM de certaines aires corticales du cerveau de femmes adultes ayant subi dans l'enfance des violences sexuelles. Fait remarquable, ces aires corticales qui ont une épaisseur significativement diminuée par rapport à celles de femmes n'ayant pas subi de violences, sont celles qui correspondent aux zones somato-sensorielles des parties du corps ayant été touchées lors des violences (zones génitales, anales, buccales, etc.).* » (p. 3) (35) Cette diminution de l'épaisseur de ces aires cérébrales signifie qu'au niveau neurologique il existe une altération de la perception de son propre corps. Cette altération entraîne un désinvestissement de certaines parties du corps modifiant le schéma corporel. Pour illustrer mes propos, nous allons prendre l'exemple de l'adolescent non victime d'abus sexuel. Les modifications corporelles liées à la puberté, comme par exemple l'augmentation de la taille et du poids, entraînent une réorganisation du schéma corporel. L'adolescent doit ajuster la perception qu'il a de son corps pour intégrer les changements physiques. Cependant, les victimes de violences sexuelles n'ont pas toujours de modifications visibles sur le long terme résultant des traumatismes. Les changements se produisent au niveau neurologique et psychologique, impactant nécessairement le corps qui est le premier touché. Nous avons en effet un désinvestissement,

que ce soit neurologique ou psychologique, de ces parties du corps entraînant une altération du schéma corporel.

3.1.2. Modifications des sensations corporelles

D'après Isabelle Algrain, « *Au niveau du schéma corporel, une hypoesthésie, c'est-à-dire une diminution du ressenti de la sensation corporelle, va apparaître, d'abord au niveau de la sphère génitale, puis va s'étendre à l'ensemble du corps entier, permettant ainsi à la personne de ne plus ressentir ce qu'il se passe durant la situation de prostitution et les actes sexuels qu'elle doit effectuer. Au début du processus, ce phénomène est on-off, c'est-à-dire qu'il s'active au moment des actes, et disparaît quand la personne retourne à la vie « normale » ; plus la situation de prostitution perdure, plus le processus devient permanent et l'hypoesthésie se transforme en véritable anesthésie complète du corps entier, les personnes ne ressentant plus les relations imposées.* » (p. 131)

Ce mécanisme permet aux personnes de ne plus ressentir ce qu'il se passe lors des actes imposés. Isabelle Algrain nous le relate dans le cadre de la prostitution, mais ce phénomène peut à mon sens se retrouver chez les adolescents victimes de violences sexuelles. Certaines victimes sont amenées à subir ces violences de manière répétée, et elles peuvent développer des troubles sensoriels. La dissociation corporelle est alors ici le mécanisme de défense permettant d'anesthésier toute sensation physique et psychique, y compris la douleur. Cette hypoesthésie se retrouve d'abord sur les parties du corps atteintes par les violences, mais plus celles-ci se prolongent et plus cette hypoesthésie peut s'étendre, renforçant cette déconnexion des victimes à leur corps. Comme vu précédemment, le schéma corporel s'édifie grâce aux sensations corporelles ; avec l'hypoesthésie, on retrouve une altération de l'élaboration du schéma corporel en modifiant ses composantes. (38)

Cette hypoesthésie peut entraîner un désinvestissement corporel, mais elle peut également donner lieu à un surinvestissement du corps. En effet, l'adolescent victime peut rechercher des sensations intenses afin de compenser cette diminution de la sensibilité. On peut retrouver un certain surinvestissement du corps associé à de l'agitation psychomotrice.

3.1.3. Perturbation des limites corporelles

Selon Camille Parsy : « *Plusieurs personnes que nous avons interrogées expliquent que leur rapport au corps a été totalement altéré par les violences sexuelles vécues. Certaines se décrivent comme détruites, fragmentées.* » (p. 28) (36) Avec ce corps « détruit, fragmenté », comment en percevoir ses limites ? Cette fragmentation peut se traduire par des difficultés à ressentir le corps comme une seule unité, ce qui altère la perception des limites. Cela peut nous faire écho au mécanisme de défense de la dissociation, qui peut induire cette sensation de perte des limites corporelles. Ces violences ont rompu l'intimité de la personne en jouant un rôle d'intrus, sans le consentement de celle-ci, sur sa sphère intime et ses limites corporelles. Cette désintégration des limites, perturbant le schéma corporel, amène un sentiment d'insécurité. Le schéma corporel est alors fragilisé par ses limites spatiales avec une perturbation de cette intégrité physique. Nous pourrions même dire que l'enveloppe psychocorporelle est impactée : c'est le corps tout comme le psychisme qui sont menacés.

Le lien étant indissociable entre le schéma corporel et l'image du corps, nous ne pouvons parler de l'enveloppe psychocorporelle sans parler du Moi-peau dont le précurseur est Didier Anzieu. Sylvie Consoli explique cette notion comme « *une « réalité fantasmatique », une figuration dont l'enfant se servirait au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps. Ce Moi-peau s'étayerait, principalement, sur trois fonctions de la peau : celle de sac, de contenant rempli des expériences satisfaisantes que l'allaitement, les soins, les bains de parole y ont accumulées, celle de surface entre le dedans et le dehors, protégeant l'individu des agressions externes provenant des autres ou des choses et, enfin, celle de zone d'échange et de communication avec autrui, d'établissement de relations signifiantes et de surface d'inscription de traces laissées par ces dernières.* » (p. 198) (37) Par-là, nous entendons que parmi les rôles du Moi-peau, nous avons une fonction de protection contre les agressions externes. Dans le cas des violences sexuelles, il y a une réelle intrusion. Cette intrusion renforce ce sentiment de dissociation et de fragmentation en altérant cette frontière entre soi et l'extérieur. De plus, le Moi-peau se construit dès les premières expériences de vie à travers les premières interactions corporelles. C'est censé être un espace de protection qui se construit et qui va être tout le

contraire dès l'apparition des violences entraînant douleur et perte de sécurité. Ce Moi-Peau fragmenté entraîne cette perte des limites corporelles.

3.2. Altération de l'image du corps

D'après un article de Christine Condamin qui étudie à travers le test appelé le Rorschach l'impact des violences sexuelles sur l'image du corps, nous retrouvons « *une image du corps profondément perturbée comme si les traces mnésiques du traumatisme vécu étaient corporellement inscrites* ». (p. 141) (31)

3.2.1. Honte et rejet du corps

Le corps peut devenir source de honte et de souffrance suite à ces abus. En effet, le premier impact du traumatisme a été physique, il y a eu une intrusion dans notre sphère intime. D'après Maéva Esquembre « *Dans le cas de l'abus sexuel, c'est l'effraction de l'intimité corporelle qui peut advenir. Elle peut être intrusée, transpercée, bafouée.* » (p. 291) (32) J'ai observé ce rejet du corps de différentes façons, tout d'abord par l'éviction du regard de soi dans le miroir. L'enveloppe corporelle a été abimée, il y a un malaise face à ce corps.

Nous avons également tous les propos injurieux sur le corps comme « je suis une grosse vache », « je me dégoûte », etc. Par ailleurs, la somatisation traduit également un mal-être psychique en passant par le corps comme par exemple le mal de ventre.

Enfin, les comportements auto-agressifs prouvent un rejet du corps utilisé à des fins de soulagement d'une douleur psychique. Dans ces comportements nous retrouverons l'automutilation. Au niveau des mécanismes neurobiologiques, suite à des traumatismes, nous retrouvons une production accrue de cortisol (hormone du stress). L'automutilation permet de réguler les émotions (dont l'excès de stress) car une production d'endorphine est présente quand il y a une lésion physique. (23) Cette hormone permet un soulagement et un sentiment de bien-être temporaire. De plus, nous pouvons également retrouver la libération d'adrénaline entraînant un sentiment d'excitation. L'automutilation peut permettre de reprendre contact avec son corps, surtout dans le cas où la victime se sent détachée (dissociation), par une

sensation potentiellement intense (douleur). Également, elle peut rendre visible sa souffrance, qui dans le cas de violences sexuelles ne laisse pas forcément de trace physique initiale.

Nous retrouvons une certaine honte de soi et de ce corps marqué par le traumatisme. C'est également par celui-ci que se manifeste le mal-être psychique ce qui peut conduire à un investissement particulier voire un désinvestissement de celui-ci. D'après Charlotte Paumel, « *Le corps est tantôt objet de haine et d'investissement narcissique exacerbé, ce qui conditionne les attitudes de l'adolescent vis-à-vis de son corps entre soin, négligence et attaque* ». (p. 259) (5)

3.2.2. Hypersexualisation et désexualisation

D'après Bénédicte Audrain -Servillat : « *Pour les victimes d'abus sexuels, vivre une vie amoureuse et sexuelle satisfaisante est souvent difficile.* » (p. 291) On peut retrouver des comportements sexuels à risque, des masturbations compulsives ou encore de la prostitution. Cette hypersexualisation serait comme une tentative de contrôle du traumatisme vécu. (33)

En 1989, Bessel Van Der Kolk parle d'une « compulsion de répétition du traumatisme ». En effet, les personnes ayant vécu un psychotraumatisme durant leur enfance ont parfois le besoin de se shooter à une forte dose d'opioïdes endogènes (elles les fabriquent elles-mêmes dans le cerveau). C'est pour cela que nous pouvons retrouver des comportements autodestructeurs avec de la violence contre soi-même comme vu précédemment, mais aussi des partenaires abusifs ou encore le masochisme sexuel. (23)

A l'inverse, nous pouvons retrouver une désexualisation, sûrement due à un rejet du corps. Ce corps a été meurtri, abimé, pourquoi alors lui donner du plaisir ? Peut-être que nous pouvons retrouver chez ces victimes une peur du rapport sexuel amenant donc à se désexualiser. Nous avons aussi dans ce cas de figure une fuite de la douleur que ce traumatisme a engendré dans le but de protéger cette intégrité physique. Puis nous retrouvons également le cas où l'individu a physiologiquement ressenti du plaisir durant l'abus sexuel, amenant une culpabilité et un évitement de ces sensations.

3.2.3. Estime de soi et confiance en soi

L'estime de soi, c'est l'opinion qu'on a de soi, la valeur que l'on s'accorde. La confiance en soi c'est la conscience de la capacité qu'on a pour engendrer quelque chose, réaliser un projet. Selon Fabienne Glowacz, « *Les adolescentes victimes d'abus sexuels présentent une estime de soi plus faible et une perception de soi négative* ». (34)

Les abus sexuels touchent directement l'image qu'a la personne d'elle-même. Elle remet en question son intégrité. En effet, les violences sexuelles sont une atteinte à la sécurité de la personne, il y a une perte de contrôle de son propre corps amenant de l'auto dévalorisation chez la victime avec un sentiment de fragilité conduisant à une baisse de l'estime et de la confiance en soi. Les victimes ont souvent un sentiment de culpabilité à l'égard de ce qu'elles ont vécu, les menant à croire qu'elles sont responsables de ce qu'il leur est arrivé. Le désinvestissement psychocorporel découle en partie de cette altération de l'estime et de la confiance en soi. Ces dimensions sont fragilisées, il devient alors difficile de s'engager dans des activités, ou de prendre soin de son corps.

3.3. Impact de la motricité expressive

Selon Marine Da Costa et Eléonore Lauriat « *le corps devient lieu d'inscription et d'expression du traumatisme* ». (p. 55-68) (39) Les violences sexuelles subies par certains individus peuvent entraîner ce désinvestissement psychocorporel. Il se manifestera par une altération de la motricité expressive, ce que nous verrons plus en détail dans la partie clinique. En effet, le cortex préfrontal, encore immature à l'adolescence, joue un rôle dans la régulation des émotions mais aussi dans l'agencement des séquences motrices. Lorsqu'un traumatisme survient, il pourrait perturber le développement de certaines fonctions, notamment la capacité à ajuster ses mouvements. L'expression motrice s'en voit alors impactée.

Le choix a été fait ici de parler de motricité expressive et non pas seulement de la motricité globale qui est une fonction psychomotrice. En effet, nous avons un corps capable de se mettre en mouvement mais pas seulement ; un corps habité qui véhicule des émotions

ainsi qu'une intentionnalité. Tout d'abord nous allons explorer les impacts au niveau de la régulation tonique puis de l'intégration sensori-motrice. En effet, ces deux notions sont essentielles pour la mise en mouvement du corps. Ensuite nous verrons comment ce corps véhicule des émotions et enfin nous ferons un arrêt sur la manière dont l'investissement spatial est possible à travers le corps.

3.3.1. Dysrégulation tonico-émotionnelle

Le tonus permet la mise en mouvement du corps mais également permet à ce corps de s'exprimer. Cependant, cette fonction tonique varie avec l'état émotionnel de la personne. Comme vu précédemment, les abus sexuels ont des impacts sur le psychisme pouvant provoquer une dysrégulation émotionnelle. On a pu retrouver de l'anxiété ainsi que des symptômes dépressifs chez les victimes. Ces symptômes influencent l'état émotionnel de la personne et donc l'état tonique de celle-ci. Le tonus étant la toile de fond de l'état psychocorporel et la base de tout mouvement, nous pouvons donc supposer qu'il y a un impact de cette dysrégulation tonico-émotionnelle sur la motricité de l'adolescent.

Nous pouvons retrouver un versant hypertonique c'est-à-dire une augmentation du seuil de recrutement tonique en réponse à un état de stress et d'anxiété chronique. Cette tendance hypertonique entrave la fluidité motrice ainsi que l'expression corporelle. A contrario, nous pouvons retrouver un versant hypotonique c'est-à-dire une baisse du seuil de recrutement tonique reflétant une inhibition psychomotrice qui peut être causé par des symptômes dépressifs. Nous observerons une difficulté lors de la mise en mouvement du corps. De plus, dans ce cas-là, le versant hypotonique altère la qualité des informations sensorielles transmises, diminuant la discrimination de la position et des mouvements du corps dans l'espace. Cela signifie que le feed-back proprioceptif est impacté. Nous retrouvons une conséquence sur l'élaboration du schéma corporel, rendant le corps plus difficile à investir, impactant les ajustements posturaux et les coordinations motrices. Pour compenser la tendance hypotonique et le déficit de feed-back proprioceptif, l'adolescent victime pourrait développer une agitation psychomotrice, cherchant inconsciemment à stimuler son corps afin de mieux le percevoir. Cela se traduit par une difficulté à rester en place.

Cette dysrégulation tonico-émotionnelle n'impactera pas seulement la motricité mais également la posture de l'adolescent, reflétant son état psychique.

3.3.2. Altération de l'intégration sensorimotrice

Pat Ogden nous explique que les patients qui souffrent d'un traumatisme ont une expérience corporelle dérégulée. En effet, « *Les patients traumatisés sont hantés par le retour des réactions sensorimotrices en lien avec le traumatisme, prenant la forme d'images intrusives, de sons, d'odeurs, de sensations corporelles, de douleurs physiques, de constrictions, d'engourdissement, ainsi que l'incapacité à moduler l'activation.* » (p. 19) (40)

L'intégration sensorimotrice désigne la capacité du cerveau à intégrer les données sensorielles afin de permettre le mouvement. Cette fonction est essentielle pour la mise en mouvement du corps ainsi que pour l'adaptation à l'environnement. C'est une interaction entre les sensations corporelles et les réponses motrices. Dans le cadre des violences sexuelles, la capacité d'intégration sensori-motrice peut être altérée. Nous avons pu voir précédemment que le stress avait un impact néfaste sur le cortex cérébral. Les zones impliquées dans la gestion des sensations corporelles et du mouvement sont alors touchées, entraînant une désynchronisation entre la perception du corps et sa mise en mouvement.

Au niveau de la perception corporelle, nous avons pu voir précédemment que les victimes peuvent avoir une hypoesthésie, modifiant les capacités de l'individu à recevoir et intégrer les stimuli corporels. C'est un mécanisme de défense mis en place pour éviter la douleur et la souffrance associées aux souvenirs traumatiques. Si cela perdure, l'adolescent peut développer une distance à son corps, en dégradant la perception sensorielle de certaines zones corporelles. Cette altération sensorielle va interférer dans l'intégration du mouvement dans l'espace. Le mouvement peut alors devenir moins fluide, moins coordonné et nous retrouvons une difficulté à ajuster ses gestes.

Cette difficulté à intégrer les sensations corporelles impacte la personne et la possibilité de générer une réponse motrice adéquate. L'altération de l'intégration sensorimotrice a des répercussions sur la motricité expressive, qui est la capacité à exprimer des émotions et des

intentions par le corps. Nous pouvons alors retrouver des mouvements figés, ou réduits dans leur amplitude.

3.3.3. Perturbation du corps émotionnel

Le corps est un moyen de communication non verbale qui permet de transmettre et exprimer des émotions que ce soit par la posture, les gestes ou les expressions faciales. Cependant, les violences sexuelles perturbent cette interaction entre les émotions et les manifestations corporelles.

Le traumatisme entraîne une dysrégulation émotionnelle comme nous avons pu l'apercevoir transversalement le long de cet écrit. En effet, nous retrouvons une difficulté à reconnaître, identifier ou réguler ses émotions. Ce trouble se manifeste au niveau corporel, où l'expression de ses émotions peut être inhibée, altérée ou exagérée. Nous pouvons observer chez certaines victimes comme un figement corporel avec des mouvements très restreints et avec très peu d'expressivité. Au contraire, nous pouvons observer des réactions corporelles désorganisées, avec des gestes brusques, pouvant nous faire penser à une difficulté à canaliser ses émotions.

Par ailleurs, le corps peut traduire les surcharges émotionnelles, où nous retrouvons une augmentation du seuil de recrutement tonique (dialogue tonico-émotionnel) traduisant cet état d'hypervigilance retrouvé chez les victimes et impactant l'expressivité du corps. Depuis le début, le corps est nommé mais pas seulement de manière anatomo-physiologique : c'est un corps habité par le psychisme, empreint d'une intentionnalité et d'une communication pouvant être transmise à autrui. Au vu de toutes les difficultés relatées, on comprend que les victimes de violences sexuelles peuvent voir leur expressivité corporelle impactée.

La motricité expressive a lieu dans un espace, le corps étant mis en mouvement dans un espace. Ce rapport à l'espace est-il également impacté ?

3.3.4. Perturbation du rapport à l'espace

D'après Susanna Miglioranza, « *L'espace est, d'abord et avant tout, une intégration psychique et corporelle de la limite, de la finitude* ». (p. 104) (41) Ce rapport à l'espace est intimement lié au corps, qui l'investit à travers le mouvement et donc l'engagement corporel. En effet, chaque individu construit une relation avec son environnement, que ce soit lors d'une séance de psychomotricité ou dans un lieu public. L'espace devient alors le lieu de l'expression corporelle, où le corps affirme sa présence et ses limites.

Chez les victimes de violences sexuelles, ce rapport à l'espace est souvent altéré. Les violences subies viennent bouleverser les limites psychocorporelles, entraînant une modification de leur manière d'investir l'espace. Précédemment, nous avons évoqué la notion de corps fragmenté. En effet, les limites corporelles deviennent floues, ce qui empêche l'individu d'occuper pleinement son espace et de s'affirmer dans celui-ci.

L'espace peut également être vécu comme menaçant, entraînant un sentiment d'insécurité pouvant se généraliser dans tous les espaces autres que le lieu de l'agression. La mémoire traumatique peut également se réactiver dans certains espaces, rappelant l'évènement traumatique. Si cet espace est vécu comme dangereux, comment pouvoir s'y investir corporellement ?

Le rapport à l'espace est dynamique : il s'exprime par l'exploration, la prise de repères et l'engagement corporel. Les victimes de violences sexuelles sont souvent envahies par des mécanismes de défense ce qui limite leurs mouvements et leur capacité à investir l'espace de manière spontanée et sécurisée.

Cette perturbation se manifeste par :

- La **posture** : repli corporel, prise de distance excessive avec l'individu ou les objets.
- Les **comportements d'évitements** : que ce soit l'évitement d'un espace ou de la mise en mouvement du corps.
- Une **motricité altérée** : mouvement rigide et dissocié ou au contraire une agitation psychomotrice traduisant un besoin de « remplir » l'espace pour compenser un sentiment de vide ou d'insécurité.

Enfin il est essentiel de parler de la notion de proxémie. Chez les victimes de violences sexuelles, la proxémie est souvent perturbée en raison de l'atteinte de l'intégrité corporelle. En effet, il y a eu intrusion dans cet espace personnel amenant de la vulnérabilité et de l'insécurité durable. Cet espace personnel n'est plus vécu comme une barrière protectrice, ce qui peut entraîner des difficultés à établir ou à maintenir des distances appropriées avec les autres. La proximité physique peut être associée à une menace ou une perte de contrôle amenant de l'hypervigilance chez l'adolescent. Au contraire, certaines victimes peuvent rechercher cette proximité excessive par besoin de réassurance ou d'effacement des limites, ce qui reflète une difficulté à gérer la distance interpersonnelle. Ce rapport à l'espace perturbé avec un investissement psychocorporel altéré impacte donc également la motricité expressive.

Conclusion partie théorique

L'adolescence constitue une période charnière marquée par des transformations corporelles, psychologiques, cognitives et relationnelles. Dans ce contexte de bouleversement identitaire, les violences sexuelles viennent perturber le processus de développement. Ces traumatismes impactent notamment le développement psychomoteur mais tout particulièrement l'investissement psychocorporel. Nous pouvons alors retrouver un surinvestissement ou au contraire un désinvestissement de ce corps et des sensations associées. A travers l'étude clinique de deux adolescents, nous allons maintenant discerner comment l'apport de la psychomotricité peut favoriser un rééquilibrage dans l'investissement psychocorporel.

PARTIE 2 : LA CLINIQUE

1. Les lieux de stage

Mon stage se déroule sur deux services accueillant des adolescents. Chaque structure à ses spécificités ainsi que des approches complémentaires afin d'accompagner au mieux les jeunes accueillis.

1.1. Centre Médico-Psychologique (CMP)

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est une structure extrahospitalière, rattachée à l'hôpital public, appartenant au pôle de psychiatrie infanto-juvénile (pédopsychiatrie). Elle accueille des enfants et adolescents présentant une souffrance psychique.

C'est un lieu de consultation, dépistage, d'évaluation et de prise en charge ambulatoire. Le CMP a pour mission de :

- Accueillir et orienter les jeunes et leurs familles
 - Prendre en charge des jeunes présentant des difficultés affectives, psychologiques ou familiales jusqu'à leurs 16 ans environ (18 ans ici)
 - Organiser des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile
 - Apporter du soutien aux familles ;
 - Orienter, si besoin, les jeunes vers des structures adaptées (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique).
- (42)

Cette structure est composée d'une équipe pluridisciplinaire regroupant des médecins psychiatres et pédopsychiatres, des psychologues, des infirmiers, une orthophoniste, des psychomotriciens ainsi que des assistants de service social et des éducateurs spécialisés. Nous retrouvons également l'équipe administrative avec les secrétaires et l'encadrement (cadre de proximité et cadre assistant de pôle).

1.2. Institut Médico-Éducatif (IME)

L'institut Médico-Éducatif (IME) est un établissement médico-social spécialisé dans l'accueil des adolescents présentant des troubles déficitaires de l'intelligence, pouvant être associés à des troubles psychiques, sensoriels ou moteurs. L'IME cherche à favoriser l'intégration dans la vie active, à travers des formations ou dans des lieux professionnels.

D'après la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), les missions de l'IME sont :

- L'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou de l'adolescent
 - Les soins et les rééducations
 - La surveillance médicale régulière, générale, ainsi que celle de la déficience et des situations de handicap
 - L'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et l'accès à un niveau culturel optimal
 - Des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation.
- (43)

L'équipe est composée de : éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, psychomotricienne, psychologue et un professeur d'activité physique adaptée (APA). L'IME où je suis est un externat et accueille des jeunes entre 12 et 20 ans. Ils répartissent les jeunes en deux groupes : un groupe nommé les mineurs et un groupe nommé les majeurs. Ils sont ainsi répartis pour les sessions de classe ainsi que pour les ateliers tels que la cuisine, la buanderie et la menuiserie. Il propose un mardi sur deux la possibilité à toute personne extérieure de venir manger au sein de l'IME. En effet, les jeunes préparent un repas puis le servent.

2. La situation clinique d'Alice

Nous allons désormais, à travers l'anamnèse d'une jeune que l'on nommera Alice, son bilan psychomoteur et deux séances détaillées, essayer de comprendre l'impact des violences sexuelles sur la manière dont elle investit son corps.

2.1. Présentation et anamnèse

Je rencontre Alice, âgée de 14 ans, dans le cadre de mon stage au CMP. Elle dispose d'un espace de psychothérapie. Sa psychologue, ayant estimé qu'un travail psychocorporel serait pertinent, l'a orientée en psychomotricité après adhésion de la famille et prescription médicale. Alice est le second enfant du couple parental, qui s'est séparé environ 2 ans et demi après sa naissance. Elle est en garde alternée, avec des demi-sœurs chez Madame, comme chez Monsieur.

Alice est scolarisée en 3e. Elle a des difficultés à trouver la motivation pour aller en cours mais aussi à fournir un travail régulier. Elle obtient cependant la moyenne générale. Au sein de son collège, Alice aurait subi du harcèlement de la 6e jusqu'à la 4e (les filles qui l'auraient harcelée ne sont plus au collège depuis cette année) ainsi que des attouchements sexuels en 6e et 5e, de la part d'un garçon de sa classe, toujours dans le même établissement actuellement. Les procédures sont toujours en cours et la famille en attente.

Au niveau médical, Alice a été opérée des amygdales et a eu des entorses digitales bilatérales, liées à la pratique du basket. Elle porte des lunettes depuis le CP pour hypermétropie.

Alice présente des troubles du sommeil avec des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes. L'alimentation semble difficile avec une sélectivité dans ce qu'elle mange (liée à un antécédent émétique) ainsi que du grignotage. Si des vomissements volontaires étaient présents fréquemment lors des attouchements afin de « se faire maigrir », Alice dit que ce n'est plus le cas aujourd'hui. Elle dit en revanche manger pour gérer son stress mais éprouver de la culpabilité après ingestion en général.

Alice a été suivie par une équipe d'une unité de crise pour les adolescents. Alice prend un antidépresseur (fluoxétine). A noter que la fluoxétine permet également de réguler les comportements alimentaires. Elle voit régulièrement une psychologue sur le CMP depuis décembre 2023 ainsi qu'une hypnothérapeute depuis mai 2024, par rapport aux attouchements.

La demande en psychomotricité concerne le rapport au corps d'Alice : elle dit ne « pas accepter [son] corps », elle se « trouve grosse », évite de se regarder dans le miroir ou de le découvrir publiquement, y compris les pieds. Des antécédents de scarifications sont notifiés.

2.2. Le bilan psychomoteur et le projet de soin

Le bilan psychomoteur se déroulera sur deux séances en octobre 2024. Le bilan psychomoteur se base sur des observations cliniques ainsi que sur le bilan psychomoteur spécifique aux TCA d'Odile Gaucher-Hamoudi.

Schéma corporel et image du corps :

La somatognosie est correcte, hormis concernant la cuisse, non sue. La sensibilité tactile est correcte également, Alice pouvant nommer les différentes parties du corps touchées. Pas de réaction de retrait manifestée au niveau global.

Le dessin du bonhomme est réalisé en 3 parties, sans vêtements apparents ni détail permettant de l'identifier. Alice réplique « je vais dessiner une vache alors » face à la demande de se représenter soi-même. Elle repassera sur le tronc, afin de l'agrandir. Elle dira ne pas aimer la majorité de son corps, jugé comme « trop gros ».

Une image du corps assez négative est notable, avec la présence d'une dysmorphophobie de façon globale, attestée avec l'épreuve de la cordelette (la représentation du volume de son corps étant perçue comme plus importante que la réalité) et la réaction face au miroir (regard jugeant et difficile à soutenir face à son image).

Tonus et équilibre :

Lors des mobilisations passives, Alice présente de nombreuses réactions de type paratonies (participation, maintien des postures), pouvant être dues à la difficulté à laisser le contrôle de son corps à l'autre et/ou la peur d'avoir les yeux fermés. Elle roulera sur le dos et maintiendra parfois sa tête contre son torse, en remontant à plusieurs reprises son t-shirt pour cacher son cou.

L'équilibre unipodal est efficace, ainsi que le tonus postural face aux différentes poussées. Il n'y a pas de déséquilibre notable lors de la posture yeux fermés / bras tendus en appui bipodal. La mobilité articulaire est correcte, les coordinations dynamiques également.

Sphère spatio-temporelle :

Au niveau temporel, Alice dit faire des plannings et exprime le besoin de ne pas laisser place à l'imprévu, source d'angoisse. De plus, les tempos lents sont difficiles à reproduire, toujours accélérés, même avec guidance physique et sonore.

Concernant l'espace, Alice définit comme lieu sûr sa chambre (et ce d'autant plus lorsque ses volets sont fermés) et insûre le collège. Elle dit avoir pu refaire des crises d'angoisse actuellement en y retournant.

Alice peut situer la droite et la gauche sur elle-même comme sur autrui. Elle pourra imiter des postures en réel, avec un temps de latence concernant la représentation en volume au niveau des jambes. Alice investit peu l'espace autour d'elle, restant plutôt repliée sur elle-même.

Sphère affective :

Tout au long du bilan, Alice dévalorisera ses compétences sur les différents plans, dont mnésique (« je ne vais pas y arriver »). Un étayage important est nécessaire pour qu'elle aborde une épreuve jugée comme difficile.

La motricité faciale est riche. Cependant, les émotions sont difficiles à mimer pour Alice, qui dit être gênée par la demande mais aussi avoir du mal à en parler et à les représenter hors contexte (sans ressentir directement).

De nombreuses réactions de prudence seront notables durant le bilan (crispations corporelles, mains sur les hanches, etc.). Alice est engagée durant ce temps, soutenant le regard et étant en relation avec l'autre. Elle fera preuve d'humour.

Conclusion :

Alice présente de bonnes compétences de base. Cependant, des difficultés sont présentes au niveau du rapport à son propre corps et de la relation à l'autre, ce qu'Alice relie à son histoire.

Un suivi en psychomotricité serait donc pertinent afin que la perception qu'Alice a de son propre corps corresponde davantage à la réalité, pour l'aider à se familiariser progressivement avec la notion de volume sans que celle-ci ne soit menaçante, mais aussi pour favoriser l'expression et la gestion des émotions autrement que via la nourriture.

Également, un travail sur la juste distance relationnelle, avec notamment la notion de toucher, de limites et de lâcher prise, paraît indiqué.

2.3. La prise en soins

Séance du 8 novembre 2024 :

Lors de l'accueil, Alice nous confie qu'elle fait beaucoup de cauchemars et qu'elle a du mal à dormir. Elle rêve des attouchements qu'elle a subi. Elle semble très fatiguée et présente une posture légèrement affaissée. Alice porte un jogging et un sweat taché, avec un chignon. C'est ainsi qu'elle se présente à presque chaque séance.

L'activité du jour porte sur le volume. L'objectif est qu'elle puisse percevoir les proportions de son corps et investir l'espace. Nous disposons plusieurs objets de taille et de volume différents dans la salle. Alice doit d'abord réfléchir à quelle partie de son corps elle peut introduire dans chaque volume avant d'essayer concrètement.

Elle prend un moment avant de se lancer, en observant les objets avec hésitation. Lorsqu'elle tente une première exploration, elle se fige, semble douter, puis verbalise : "Mais... je ne peux pas rentrer dedans !" Nous l'invitons à réfléchir autrement : quelle partie de ton corps pourrait s'adapter à cet espace ? Elle recommence alors, en se pliant légèrement, et en testant prudemment avec une main, un pied, avant de s'engager plus franchement. Ses

mouvements restent précautionneux, elle ajuste plusieurs fois ses positions comme si elle avait du mal à estimer correctement la manière dont son corps peut investir l'espace. Lorsqu'elle réussit à rentrer dans un volume, elle esquisse un sourire mais ne commente pas. À chaque nouvel essai, elle semble avoir besoin d'un temps de réflexion avant de pouvoir s'engager, comme si elle devait mentalement valider chaque étape avant d'oser se mettre en jeu.

Nous passons ensuite à son jeu. Comme à son habitude, Alice peine à choisir une activité. Elle reste immobile et ne prend pas l'initiative d'explorer la salle. Lorsqu'on l'encourage, elle semble hésiter à ouvrir un placard, regarde les objets qui l'entourent mais n'arrive pas à affirmer un choix ou une envie. Finalement, nous lui proposons de choisir un module visible, et nous construirons quelque chose à partir de celui-ci.

Elle opte pour un module en forme de vague. Nous l'aidons alors à construire avec son accord un parcours psychomoteur intégrant un trampoline, le module vague et un tapis. L'exercice consiste à traverser le module vague comme on le souhaite, monter sur le trampoline, et faire un saut spécial du trampoline au tapis. Il est nécessaire de varier le type de saut spécial à chaque passage.

Lorsqu'elle monte sur le trampoline, elle adopte d'abord une posture figée, les bras serrés contre son corps. Après quelques essais, elle parvient à lâcher un peu plus ses mouvements, mais semble avoir du mal à s'engager pleinement corporellement. Elle réalise les sauts demandés, mais il semble que le regard de l'autre soit compliqué pour elle, ayant l'air gênée d'effectuer ces sauts. Sa posture en réception reste rigide, comme si elle retenait son corps.

Nous clôturons la séance par un temps de détente ritualisé. Alice s'installe sur un tapis, avec un plaid recouvrant ses pieds (ces derniers étant une zone qu'elle ne supporte pas d'exposer, sans qu'elle ne donne d'explication particulière à ce sujet).

Alice peut choisir jusqu'à 6 objets (nous choisirons un objet par partie du corps). Nous effectuons alors, à sa demande et après exposition de diverses méthodes, une relaxation guidée autour de l'imaginaire de la plage. Chaque objet devient une sensation : le pinceau représente le vent sur le visage, un autre objet évoque la sensation du sable sur le bras, etc. Au fil de l'exercice, son seuil de recrutement tonique s'abaisse progressivement. Sa respiration

devient plus calme, et elle semble se laisser porter par l'expérience sensorielle. À la fin, lorsqu'on lui demande comment elle se sent, elle répond d'une voix plus posée qu'elle a apprécié le moment.

Séance du 28 février 2025 :

Aujourd'hui, Alice était particulièrement soignée dans son apparence. Elle nous explique que c'est parce qu'elle n'a pas cours. En la questionnant, on comprend qu'elle ne veut pas se faire remarquer au collège et que cela passe par une tenue tel qu'un jogging. Elle a pris beaucoup de poids récemment, environ 15 kg, ce qu'elle attribue à son traitement. Un changement a donc été décidé, et elle retourne sous fluoxétine, son premier traitement (entre temps un traitement plus fort lui avait été prescrit). Elle nous confie qu'elle a tout le temps faim, mais que la nourriture la dégoûte. Elle évoque aussi le fait qu'elle vomit avant d'aller en cours, sans que ce soit volontaire. Cela semble en lien direct avec son angoisse à l'idée d'aller au collège et d'y croiser son agresseur lui lançant des regards dans la cour, ainsi qu'à la potentielle future confrontation avec ses harceleuses, lors des portes ouvertes du lycée qui l'intéresserait.

Nous avons repris la pièce jouée la semaine précédente, mettant en scène une situation de harcèlement : deux harceleuses (Alice et moi) face à une victime (la psychomotricienne) qui tente de riposter sans y parvenir et se fait donc mépriser (une situation qu'elle-même a vécu au sein de son collège). La scène a cette fois-ci été jouée deux fois : une première où la victime se défend calmement, en montrant de l'assurance et en restant indifférente aux remarques des harceleuses. À l'issue de cette scène, Alice a exprimé que, dans le rôle de l'harceleuse, elle s'était sentie « bête » face à cette réaction, ce qui témoigne d'une prise de conscience sur l'impact du comportement de la victime sur les harceleuses. Lors de la deuxième version, la victime a fait appel à la CPE, explorant ainsi une autre possibilité de réponse, cette fois à l'aide d'un tiers représentant la loi.

Alice s'est énormément investie dans le rôle de l'harceleuse. C'est elle qui menait la pièce de théâtre, ce changement de positionnement lui a donné confiance en elle. Elle investissait pleinement son corps et l'espace, adoptant une posture affirmée et des gestes

amples, ce qui contraste avec son manque d'assurance habituel. Lors du retour sur l'activité, elle a pu prendre conscience qu'il existe différentes manières de réagir face à une situation de harcèlement, et qu'elle-même peut désormais envisager des alternatives : ne pas se laisser faire, poser ses limites, prendre confiance en elle.

Ensuite, Alice a choisi le même jeu que la semaine précédente. Il s'agit d'un jeu de reconstruction : une personne (ici, ma tutrice) place des cubes en mousse dans une certaine configuration, puis les détruit. Les autres doivent observer, mémoriser la disposition en 30 secondes, puis reconstruire ensemble la structure initiale.

Alice a proposé une stratégie : je devais m'occuper du côté droit, et elle du côté gauche. Pourtant, au moment de la reconstruction, elle m'a demandé de l'aide pour son côté. J'ai voulu l'aider, mais je me suis trompée, et pourtant elle m'a écoutée alors qu'elle avait raison dès le départ. Cela témoigne d'un manque de confiance en elle et en ses capacités.

Nous avons poursuivi avec notre temps habituel de relaxation, cette fois-ci avec une visualisation d'un départ en forêt. Alice s'est rapidement mise en condition, son seuil de recrutement tonique s'est abaissé. Elle semble apprécier ce moment. Cependant, lorsque l'objet est arrivé au niveau des cuisses, sa respiration s'est accélérée. Elle n'en a pas parlé à la fin et a exprimé que ce temps lui avait fait beaucoup de bien en rajoutant « comme toujours ».

2.4. Conclusion

La situation clinique d'Alice met en évidence des manifestations cliniques directement en lien avec son histoire traumatique. Les violences sexuelles qu'elle a subies ont profondément impacté son investissement psychocorporel.

Alice présente des symptômes de stress post-traumatique, tels que des reviviscences ou encore des troubles du sommeil. De plus, son état dépressif a fait suite au traumatisme vécu tout comme l'apparition des troubles du comportement alimentaire. Ces manifestations nous montrent la souffrance psychique d'Alice qui s'exprime également dans son rapport à son corps.

L'altération de l'image du corps d'Alice s'observe par un rejet de son corps visible à travers un discours dépréciatif « je suis énorme » sur son apparence ainsi que des passages à l'acte auto-agressif (des scarifications). On observe également que sa tenue vestimentaire est souvent identique, peu flatteuse, tâchée et ample : un sweat et un jogging. Quand nous la questionnons, elle nous partage qu'elle ne veut pas se faire belle ou prendre soin d'elle pour aller au collège « pour ne pas me faire remarquer ». Nous retrouvons donc chez Alice un rejet de ce corps meurtri, souvent retrouvé chez les victimes de violences sexuelles.

Les représentations corporelles d'Alice sont également perturbées, notamment visible par la présence d'une dysmorphophobie qui altère la perception de ses limites corporelles. Cette difficulté de pouvoir percevoir les limites de son corps dans l'espace se retrouve également dans ses relations aux autres : elle n'arrive pas à poser des limites et à affirmer son consentement. Nous retrouvons également une certaine éviction des cuisses (oubli du nom) et des manifestations neurovégétatives à leur contact. C'est comme si son corps ne lui appartenait plus.

Par exemple, elle peut nous partager qu'elle ne souhaite pas envoyer des photos intimes d'elle (« des nudes ») cependant elle finit par céder sous l'insistance. Elle n'arrive pas à s'affirmer et peut être qu'inconsciemment, elle s'hypersexualise mais cette fois-ci elle garde quand même un certain contrôle par le fait que cela se fasse à distance, de manière virtuelle.

La motricité expressive se retrouve également fortement impactée par son état dépressif qui diminue son seuil de recrutement tonique, limitant l'amplitude des mouvements. A contrario, elle présente également des paratonies pouvant aussi impacter l'amplitude et la fluidité des mouvements. C'est une dysrégulation tonico-émotionnelle, qui empêche également cette mise en jeu du corps dans l'espace.

Enfin, Alice semble vouloir minimiser voire effacer sa présence dans l'environnement. Elle n'investit pas l'espace, et selon le contexte son corps manifeste peu d'émotions, à l'image d'un « corps absent ». En effet, Alice est capable aussi bien verbalement que corporellement, notamment au bureau en début de séance d'exprimer ses émotions. Cependant, cela devient beaucoup plus compliqué lorsqu'elle est mise en jeu corporellement hors du bureau. Alice

présente une hypervigilance au niveau des sensations, d'où ce contrôle au niveau des pieds, du cou et des cuisses. Au niveau des cuisses, cela peut être en lien avec son vécu traumatique et une peur que l'évènement se reproduise. Mais en même temps, pourquoi vouloir investir un corps qui nous a « trahi » et qui a été abimé ?

Pour Alice c'est une prise en charge sur le long terme pour qu'elle retrouve du plaisir dans son corps, qu'il ne soit plus vécu comme son ennemi. Notre objectif en psychomotricité c'est qu'elle puisse se réapproprier ce corps abimé, qu'elle puisse en donner ses limites et enfin qu'elle puisse habiter son corps de son expressivité.

Le théâtre utilisé comme un outil thérapeutique s'est révélé être particulièrement efficace pour Alice, lui offrant la possibilité de ressentir et d'exprimer ses émotions à travers le jeu de rôle. Nous avons également rejoué certains moments difficiles de sa vie, ce qui lui a permis d'explorer d'autres issues possibles. Notre objectif aussi à travers le théâtre c'est qu'elle puisse s'affirmer que ce soit corporellement ou encore verbalement. Cet outil favorise le réinvestissement de son corps, renforce sa confiance en elle et l'aide à retrouver du mouvement. Alice étant actrice de sa prise en charge cela favorise son évolution, cependant un suivi sur le long terme me semble nécessaire.

3. La situation clinique de Jules

Nous allons cette fois, à travers l'anamnèse d'un jeune que l'on nommera Jules, son bilan psychomoteur et deux séances détaillées, essayer de comprendre l'impact des violences sexuelles sur la manière dont il investit son corps.

3.1. Présentation et anamnèse

Je rencontre Jules, il a 18 ans. Il a intégré l'IME il y a deux ans, après avoir dû quitter pour des raisons judiciaires son ancienne ville et donc son ancien IME.

Son passé avant l'IME reste un peu flou : en effet, Jules a grandi avec ses parents et 7 frères et sœurs dans une caravane. Il a ensuite été placé en famille d'accueil et séparé de ses frères et sœurs (nous n'avons pas la notion exacte de l'âge mais vers 8-9 ans). Il a aujourd'hui 4 autres demi-frères et sœurs également placés.

Les parents ont perdu la garde pour cause de négligence, maltraitance et inceste. Il y a également une suspicion de réseau de pédophilie dont Jules aurait été victime. Le procès des parents a eu lieu en mars 2025, soit presque 10 ans après la révélation des faits. La relation avec ses frères et sœurs reste très conflictuelle car c'est Jules qui a dénoncé les faits et il serait vu comme le « traître de la famille ».

Jules lui a dû quitter sa ville d'origine et son IME pour des actes de viols (7 viols) sur mineurs de moins de 15 ans dont un viol sur sa petite sœur. Son procès a lieu juste après le procès de ses parents. Il est depuis suivi par la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse). Dans ce cadre-là, il ne pouvait plus rester dans sa famille d'accueil initiale mais devait aller dans une famille d'accueil agréée par la PJJ. Il est resté 1 an et demi dans cette famille d'accueil ; son assistant familial étant tombé malade, Jules a été placé en foyer, toujours rattaché à la PJJ.

Dans le cadre du suivi PJJ, Jules a un accompagnement psychologique obligatoire à raison de 1 fois toutes les deux semaines. Le but étant de revenir sur les traumatismes passés. De plus, il a un bilan psychologique datant de 2016 révélant des difficultés au niveau cognitif.

3.2. Le bilan psychomoteur et le projet de soin

Le bilan psychomoteur s'effectuera sur deux séances de 30 minutes, en novembre 2024. Ce bilan se base sur des observations cliniques réalisées lors du groupe Mouv (monté par le prof APA et la psychomotricienne) ainsi que sur deux temps individuels basés sur une grille d'observation clinique évaluant l'investissement psychocorporel de l'adolescent que j'ai créée. (Annexe 1). Au moment du bilan, Jules a 17 ans.

Comportement global

Jules se montre très participatif, avec une réelle envie de démontrer ses capacités. Il présente cependant une agitation psychomotrice et éprouve donc des difficultés à se poser pour écouter les consignes.

Il entre facilement en relation avec les autres et peut spontanément proposer son aide lorsqu'un jeune est en difficulté.

Jules est un jeune qui aime être au centre de l'attention, ce qui peut l'amener à contourner les règles pour capter l'attention des autres. Il a du mal à gérer la frustration et peut rapidement s'énerver, notamment lors des jeux collectifs si un autre jeune ne suit pas ses attentes ou si l'activité proposée ne correspond pas à son choix.

Tonus

Les examens du ballant et de l'extensibilité mettent en évidence une tendance hypotonique au niveau des poignets, probablement liée à d'anciennes fractures n'ayant bénéficié d'aucune rééducation. Une hyperlaxité est également observée au niveau des chevilles.

Pour le reste du corps, Jules présente une bonne capacité d'ajustement tonique et postural, notamment lors de l'épreuve de poussée de Foix et Thévenard. Nous observons d'importantes réactions tonico-émotionnelles, comme le rire ou des frottements répétés au niveau des doigts.

Représentations corporelles

Jules est capable de nommer certaines parties du corps, mais il ne parvient pas à identifier les tempes, les poignets, les hanches et la nuque, ce qui n'est pas en adéquation avec ce qui est attendu pour son âge.

Il ne supporte pas de se regarder dans le miroir, ce qui accentue ses réactions tonico-émotionnelles. Il affirme qu'il ne se reconnaît pas, qu'il a l'impression de voir son frère à la place. Il évite donc cet exercice.

Il réussit à imiter des postures proposées, témoignant d'une bonne perception corporelle et d'une reproduction adaptée des mouvements grâce à des programmes moteurs efficaces. Il est également capable de mimer des actions de la vie quotidienne en investissant son corps et l'espace. Cependant, il a tendance à se précipiter dans l'exécution et ne va pas toujours au bout du mouvement, rendant son geste imprécis.

Motricité globale et équilibre

Jules maîtrise les coordinations dynamiques générales comme la marche, les sauts et la course.

L'hyperlaxité se remarque visuellement mais n'entraîne pas de déficit lors des mouvements. Cependant, l'hypotonie au niveau des mains et des poignets entraîne des incapacités (augmentation trop importante de l'amplitude des mouvements à ce niveau). Jules nous explique qu'il ne peut pas par exemple faire de l'escalade car ses mains ne s'accrochent pas aux prises. Nous retrouvons un fort impact au niveau de la motricité fine dû aux fractures non prises en charge.

Lors d'un test inspiré de Charlop-Atwell, les résultats sont globalement satisfaisants, sauf pour l'exercice de « l'animal préhistorique » qui sollicite une coordination main-main/pied-pied. Il présente des difficultés et réalise systématiquement le schéma main-pied/main-pied malgré de nombreuses répétitions des consignes (persévérance motrice). De plus, comme vu précédemment, il ne va pas jusqu'au bout du mouvement : par exemple, lors de l'exercice du pantin, ses bras ne s'élèvent pas complètement. Son geste reste fluide mais imprécis. En équilibre, il tient parfaitement 30 secondes pieds joints et sur un pied.

Espace

Lors du jeu des voyages inspiré de la batterie de tests de Marthe Vyl, Jules démontre une très bonne organisation spatiale, une orientation correcte dans l'espace et de bonnes capacités mnésiques.

Au niveau de la proxémie, il n'arrive pas à définir son espace personnel, ni à ajuster les distances avec les autres comme observé lors des séances de groupe avec les autres jeunes. Il a tendance à être très proche corporellement des autres jeunes. De plus, Jules est un adolescent qui bouge beaucoup et semble ressentir un fort besoin d'investir l'espace autour de lui.

Lorsque nous l'interrogeons sur les espaces sécurisants et insécurisants, il affirme se sentir en sécurité avec ses amis à l'IME, mais très insécure au foyer. Il explique que les faits qui lui sont reprochés (les viols) sont connus des autres jeunes du foyer, ce qui entraîne des comportements agressifs envers lui. Face à cela, il préfère se renfermer dans sa chambre.

Temps

Jules est capable de nous raconter quatre activités quotidiennes de manière cohérente, sans difficulté particulière.

Lors de l'épreuve de reproduction de rythme (3 rythmes différents), il réussit à frapper dans ses mains en suivant les rythmes proposés.

En revanche, la reproduction du rythme de Mira Stambak est particulièrement difficile pour lui. Il présente un défaut d'inhibition et ne parvient pas à suivre les séquences motrices proposées.

Conclusion

Jules est un adolescent semblant présenter une agitation psychomotrice et des difficultés de gestion des émotions. Il surinvestit son corps mais également l'espace qui l'entoure. L'image du corps est impactée, Jules ne reconnaissant pas son image dans le miroir. L'estime de soi est également perturbée. Les compétences motrices sont présentes, cependant toujours imprécises.

Il est par ailleurs en grande demande d'attention entraînant des comportements oppositionnels. Sur le plan relationnel, il a des difficultés à ajuster la distance avec l'autre pouvant être en lien avec son vécu traumatique.

Au vu de ces éléments, la prise en charge psychomotrice semble essentielle. Jules s'inscrit principalement dans le cadre du groupe Mouv en collaboration avec le prof d'APA, qui répond au mieux à ses besoins. En effet, en lien avec son bilan, ce cadre lui permettrait de :

- Améliorer sa régulation tonico-émotionnelle
- Développer ses compétences motrices et sa précision dans le mouvement
- Affiner ses ajustements relationnels (travailler la proxémie)
- Se détacher du regard des autres
- Favoriser le réinvestissement psychocorporel

Le cadre du groupe est sécurisant et structurant, permettant de maintenir un rituel de séance pour stabiliser ses repères et renforcer son estime de soi. Le groupe aiderait au réinvestissement psychocorporel de Jules à travers le mouvement.

3.3. La prise en soins

3.3.1. La spécificité du groupe

Pour Jules la prise en charge en individuel a été évoquée avec ma tutrice de stage. Cependant, la réalité du terrain fait qu'elle n'intervient à l'IME que le jeudi. Il est parfois difficile de faire entendre que la prise en charge peut, à certains moments, être prioritaire par rapport à l'éducatif.

Dans ce contexte, ma tutrice ainsi que le professeur d'APA ont décidé de mettre en place un groupe nommé "Mouv" afin de pouvoir accompagner plusieurs jeunes, qui présentent des difficultés au niveau des compétences motrices ainsi que dans les interactions. Ce groupe est semi-ouvert notamment en cas d'arrivée de nouveaux jeunes. Il accueille cinq participants et se déroule le jeudi matin de 9h15 à 11h15 au sein d'une gymnase.

Les objectifs du groupe sont multiples : mise en mouvement du corps, renforcement musculaire, relation à l'autre, stimulation des compétences cognitives à travers des jeux collectifs, développement de la conscience corporelle et diminution de l'anxiété à travers un

temps de relaxation, ainsi que la sensibilisation à l'hygiène avec une prise de douche en fin de séance. En parallèle, des objectifs thérapeutiques individuels sont définis pour chaque patient. Pour Jules, les objectifs sont en lien avec son projet thérapeutique comme vu précédemment.

Il me semble indispensable de vous présenter le déroulement des séances du groupe afin de comprendre au mieux la situation clinique de Jules. Nous commençons toujours par un temps d'échauffement, que les jeunes ont appris et qu'ils peuvent guider à tour de rôle. Ce moment permet de mobiliser chaque articulation tout en les nommant. L'échauffement se poursuit avec une course sur deux tours de terrain. Nous poursuivons avec un temps de renforcement musculaire, incluant divers exercices tels que la corde à sauter, la médecine ball, les squats, l'échelle d'agilité, etc. Ces exercices évoluent en fonction des progrès du groupe.

Ensuite nous passons à des jeux collectifs, avec des activités comme le ballon prisonnier, le football, mais surtout la thèque, qui est systématiquement proposée à chaque séance. La thèque (comme du baseball) est un jeu avec un potentiel thérapeutique très important, que nous pourrions découvrir plus tard pour Jules. Enfin, la séance se termine par un temps de relaxation suivi de la douche.

3.3.2. L'évolution de Jules dans le groupe

Séance du 5 décembre :

Nous retrouvons Jules qui semble fatigué ce matin. Comme à son habitude, il aide à porter le matériel nécessaire pour aller au gymnase et me prend même le sac que j'avais en main, contenant du matériel de sport. Une fois sur place, il dépose ses affaires et, pendant que les autres se changent, attrape un ballon de foot pour me proposer de se faire des passes. Je lui demande comment il se sent, il me répond un simple « ça va » ; toutes mes autres questions obtiendront la même réponse.

L'échauffement commence avec des mobilisations articulaires. Comme souvent c'est Jules qui veut guider ce moment, mais cette fois-ci, nous demandons à un autre jeune de le

faire. Jules ne peut cependant pas s'empêcher d'intervenir, soufflant les réponses et cherchant à modifier l'échauffement habituel pour y ajouter sa touche personnelle.

Nous enchaînons avec une course sur deux tours de terrain. Jules part en tête, devant tous les autres, semblant vouloir arriver le premier.

Lors du renforcement musculaire, il choisit de prendre la corde à sauter avec d'autres jeunes pour montrer comment il faut faire avec. Il est très à l'aise avec cet exercice et m'interpelle plusieurs fois pour me montrer ses compétences : sauter sur un seul pied, enchaîner des figures... Par la suite, il enchaîne avec la médecine ball (balle de 5 Kg) sous la guidance du professeur d'APA.

Nous installons l'échelle d'agilité. Je lui propose un exercice précis, mais Jules insiste pour le faire à sa manière. Après négociation, il accepte finalement de suivre ma consigne, mais ne manque pas d'ajouter des variantes, cherchant systématiquement mon regard pour obtenir une validation. Il ne respecte pas l'ordre de passage, dépassant les autres jeunes sans attendre son tour.

Jules propose ensuite de jouer au foot, mais aucun autre jeune ne souhaite participer. Etant frustré, il nous dit de manière virulente : « On ne fait jamais ce que je veux, c'est vraiment chiant », puis s'éloigne. Il revient cependant rapidement lorsque nous lançons une partie de ballon prisonnier. Il veut composer son équipe lui-même pour être sûr d'avoir de « bons » joueurs. Très compétitif, il cherche avant tout à gagner, ce qui le pousse parfois à rabaisser ses coéquipiers lorsqu'ils ne jouent pas comme il le souhaiterait. Pourtant, à d'autres moments, il prend plaisir à expliquer ses stratégies aux autres et à leur donner des conseils pour améliorer leur lancer.

Nous poursuivons avec un match de thèque en gardant les mêmes équipes. Jules comprend rapidement les consignes, pourtant complexes, et maîtrise bien le jeu : il sait lancer la balle, courir entre les bases et s'arrêter au bon moment. Il encourage ses coéquipiers et se démarque par sa capacité à attraper la balle directement (gober), ce qui élimine un adversaire. Il en joue, mettant en avant ses réussites avec fierté. Cependant, une nouvelle jeune intégrée à l'IME rencontre de grandes difficultés avec ce jeu, malgré la répétition des consignes. Elle se

retrouve dans l'équipe de Jules, ce qui le met en colère : il craint que sa présence lui fasse perdre la partie. Il s'emporte, allant jusqu'à crier : « Mais tu ne comprends rien, toi ! » ou encore « Ça sert à quoi que tu joues ? ». Lorsque je le reprends, il me confie avoir du mal à se contrôler et ne pas comprendre pourquoi elle n'y arrive pas.

Pour terminer, nous passons à un temps de relaxation avec une méthode inspirée de Jacobson, axée sur la contraction et la décontraction progressive des muscles sous guidance verbale. Jules apprécie ce moment et verbalise que cela lui fait du bien. Il me demande ensuite un temps individuel avant la douche, souhaitant que je lui passe la balle à picots. En effet, c'est une habitude que nous avons pris lors de la passation de son bilan. Sentant qu'il en avait besoin, je prends cinq minutes avec lui. Puis, il part se doucher en toute autonomie.

Séance du 20 mars :

Jules arrive de bonne humeur, il semble content de nous voir. Il aide à amener les affaires dans le camion et nous partons. À l'arrivée au gymnase, nous commençons par l'échauffement dans la salle de boxe. En effet, nous commençons dans cette salle, car l'école maternelle emprunte le gymnase jusqu'à 10h.

Dans la salle de boxe, nous proposons le même échauffement des articulations par de petits mouvements, et Jules veut mener l'échauffement. Il se montre impliqué et précis dans sa proposition. Nous partons ensuite pour trois tours de la salle, Jules part devant et finit en premier en me le faisant remarquer.

Ensuite, je propose un exercice de « cerceaux musicaux », c'est-à-dire que je dispose des cerceaux au sol (nombre de participants = nombre de cerceaux), je mets une musique et, quand la musique s'arrête, il faut vite entrer dans un cerceau. Petit à petit, j'enlève des cerceaux ; si une personne n'en a pas, elle est éliminée. La variante, c'est qu'à chaque tour, je donne une contrainte de déplacement, par exemple : se déplacer en crabe, se déplacer en sautant, faire la poule (avec le son), etc. C'est un bon exercice d'échauffement et de mise en mouvement du corps avec un côté ludique et compétitif. Jules a participé activement au dispositif, toutes les propositions étaient faites avec précision et attention. Il est arrivé en finale

contre ma tutrice de stage, mais il a perdu. Il a mal vécu la frustration de perdre et est allé s'asseoir dans un coin. Il m'a dit d'un ton agacé : « Ça me saoule de perdre, vraiment fait chier ». Je lui ai ensuite proposé de le refaire une deuxième fois, mais il a refusé, alors je lui ai suggéré d'être le maître du jeu, ce qu'il a accepté. Il a choisi une musique adaptée, ses consignes étaient claires et ses propositions adéquates. Il semble avoir pris ce rôle très à cœur.

Il nous partage durant le temps interstitiel après le jeu, à ma tutrice de stage et moi-même, que le procès de ses parents a eu lieu et qu'ils ont pris une peine de 4 ans de prison ferme et 2 ans de sursis. On le questionne sur comment il va, et il nous partage que c'est dur de savoir ses parents en prison, même s'il ne pouvait déjà plus les voir depuis un moment. Au niveau de son expression faciale et corporelle, il semblait soulagé. Il nous partage ensuite, avec un grand sourire, que son ancienne famille d'accueil rattachée à la PJJ a accepté de le reprendre et qu'il va donc pouvoir quitter le foyer où ça ne se passait pas bien. Il me demande ensuite si un temps de relaxation pourra être effectué en fin de séance.

Nous sommes retournés dans la grande salle afin de faire une thèque. Deux équipes de 4 sont constituées par deux chefs d'équipe volontaires. Je suis dans une équipe avec Jules et deux autres jeunes. Nous commençons par lancer la balle. Jules est capable sans souci de lancer la balle avec la batte de baseball, il a une très bonne coordination oculo-manuelle et est capable de viser. Il peut également augmenter son seuil de recrutement tonique afin d'envoyer la balle le plus loin possible. Il court et est capable de s'arrêter sur une base avant que la balle revienne dans les mains du lanceur. Il ne montre pas d'impulsivité pour cet exercice.

Dans notre équipe, nous avons la même jeune en difficulté que lors de la séance du 5 décembre. Je me mets donc en binôme avec elle afin de lui montrer où courir et où s'arrêter, ce qui agace très fortement Jules, puisque cela nous fait un joueur en moins dans l'équipe. Finalement, la jeune ne poursuivra pas cette activité et partira s'asseoir. On poursuit en allant du côté des lanceurs. Avec Jules, la jeune qui est revenue et moi, nous devons récupérer la balle pour la lancer au lanceur le plus vite possible. Jules est très participatif, il est stratégique, c'est-à-dire qu'il ne va pas courir si la balle est plus proche d'une autre personne. Cependant, la jeune se retrouve encore en difficulté lors de cette partie du jeu. Elle semble perdue dans ses pensées. Jules vient alors me voir en voulant arrêter le jeu ; il me dit qu'il ne comprend pas

comment on peut être « conne » comme ça alors qu'on lui a expliqué. Jules a également essayé de lui expliquer tout au long de la séance et de la motiver. Je lui explique alors que son handicap fait qu'elle a des difficultés dans cette activité. Il s'excuse en me disant qu'il avait juste l'impression qu'elle ne faisait pas d'effort mais comprend mieux. Je trouve qu'il a évolué de ce point de vue-là, car auparavant, il ne se serait pas excusé, ni remis en question dans l'après-coup.

Ensuite, nous finissons par un temps de relaxation. C'est un temps de guidance verbale où l'on imagine que nous partons à la mer, et j'essaie de donner le maximum de sensations qu'ils peuvent ressentir (le sable chaud sur les pieds, etc.). J'y ajoute des techniques de respiration pour permettre une détente corporelle. En effet, chez Jules, la respiration est parfois compliquée, il est souvent en apnée lors des exercices physiques, donc nous essayons de lui en faire prendre conscience.

Jules aime beaucoup ces temps-là, il dit que ça lui permet de se calmer. Tout au long de la séance de relaxation, il est couché, yeux fermés et ne bouge pas. Il est capable, à la fin, de nous partager ses ressentis et de nous dire également ce qu'il a imaginé : « J'étais sur la plage avec mon meilleur ami, on se baladait, on s'est baignés puis on est même allés dans un beach club, c'était génial. »

Nous n'avons pas beaucoup de douches au sein du gymnase, donc c'est chacun son tour. Pendant que certains jeunes prennent leur douche, je prends un temps, à la demande de Jules, d'un toucher thérapeutique avec la balle à picots. J'effectue le toucher au niveau du dos. C'est un temps qui permet à Jules de se relâcher et surtout de me partager comment il se sent. Il me dit plus de détails sur ses ressentis autour du procès : il a l'impression d'être « bizarre » car ses frères et sœurs pleuraient, mais lui n'arrivait pas à pleurer. Il m'a partagé qu'il était surtout très en colère, mais pas triste. Il m'a aussi dit que c'était très compliqué avec ses frères et sœurs, car ils le voyaient comme le « traître » de la famille. Il a également été capable de me dire qu'il aurait aimé, comme son petit frère encore bébé, être placé dès la naissance pour ne pas avoir subi ce qu'il a subi. Enfin, il me parle de son procès qui a lieu fin avril et me dit qu'il a peur. J'accueille ses ressentis puis j'essaie de le recentrer sur ses sensations afin qu'il

puisse mettre en pause ses pensées pendant quelques minutes. Il partira ensuite prendre sa douche.

3.4. Conclusion

Le vécu traumatique de Jules a fortement impacté sa construction et l'investissement de son corps. Nous observons une altération de l'image du corps qui ne se perçoit peut-être pas au premier abord, Jules donnant à voir un jeune à l'aise avec son corps. Pourtant face au miroir, il évite le regard et ne se reconnaît pas. Je me questionne sur une possible identification à l'agresseur, notamment sur un possible viol du frère sur Jules.

Une hypersexualisation est présente chez Jules avec une attirance plutôt vers les jeunes de moins de 15 ans. Avant le groupe Mouv, une classe de maternelle est présente, souvent nous attendons leur départ et Jules peut avoir des regards ou comportements inappropriés face à ces enfants. Jules ayant vécu dans un environnement où les violences sexuelles ainsi que la pornographie faisaient partie du quotidien, comment s'en détacher ? Peut-être est-ce la normalité pour lui ?

Jules est un jeune en quête d'approbation de la part des adultes afin de renforcer son estime de soi. Pour se protéger, il s'est construit une carapace et cherche à prouver aux autres qu'il est le meilleur, tout en ayant besoin d'un soutien de l'adulte dans cette démarche. Jules a connu de nombreuses ruptures et un manque de stabilité, que ce soit dans les familles d'accueil, les foyers ou encore en IME. Il n'a finalement aucune figure d'attachement stable, or nous savons que c'est essentiel au bon développement de l'enfant mais également de l'adolescent. Ce manque a profondément impacté sa construction et son estime de lui.

Son image du corps semble altérée, notamment à travers la notion de Moi-peau. En effet, ayant vécu des violences dès son plus jeune âge, il n'a pas pu intégrer le rôle de protection de la peau et parallèlement les limites psychocorporelles. Cette difficulté à percevoir ses propres limites corporelles influence sa capacité à respecter et à percevoir celles des autres. De plus, une hypoesthésie pourrait être présente chez Jules, pouvant potentiellement expliquer son agitation psychomotrice. En effet, peut-être qu'il est à la

recherche de stimulations sensorielles pour compenser ce déficit de perception. Ou alors, il peut également être à la recherche de sensations, afin de revivre des sensations intenses comme celles vécues toute son enfance lors des abus. En effet, ces sensations ont pu provoquer des shoots d'hormones et inconsciemment il peut aller les rechercher, entraînant son agitation psychomotrice et ce comportement d'agresseur.

Jules est capable de réguler son tonus de manière adaptée. Cependant, il rencontre des difficultés dans la gestion de ses émotions, en particulier la colère. Cette colère intense, qu'il refoule en lui, influence son seuil de recrutement tonique en l'augmentant. A mon sens, il ne s'agit pas d'une difficulté de régulation tonique en tant que telle mais plutôt d'une conséquence de cette mauvaise gestion émotionnelle. Le corps manque alors de variation dans son expressivité, en effet, il véhicule seulement la colère au détriment d'autres émotions.

Par ailleurs, Jules semble avoir des difficultés dans l'intégration sensorielle, impactant une réponse motrice adéquate. Bien qu'il soit capable de le faire, il ne va pas au bout de ses mouvements. Je me suis questionnée si ce n'était pas seulement la période de l'adolescence, mais en analysant la situation clinique de Jules, je pense qu'il y a une perturbation de cette intégration.

Le temps de relaxation en fin de séance, à l'aide d'une balle à picots, apporte des stimulations sensorielles favorisant une meilleure intégration de son schéma corporel et de ses limites corporelles. Un travail autour de l'étayage du schéma corporel lui permettra par la suite des réponses motrices plus efficiente. Enfin, son rapport à l'espace est particulier : pour combler son insécurité interne, il cherche à occuper l'espace qui l'entoure, ne laissant pas de place au vide.

Le groupe Mouv s'est révélé être un outil bénéfique pour Jules, lui permettant d'évoluer et de progresser au mieux vers ses objectifs thérapeutiques établis. Cependant, son évolution est très dépendante des événements de sa vie. L'absence de stabilité rend chaque changement déterminant dans son évolution. Les procès sont en cours, visant à reconnaître son statut de victime mais aussi d'auteur de violences sexuelles, ce qui sera une étape clé dans son parcours.

Un accompagnement pluriprofessionnel est nécessaire pour l'aider à gagner en autonomie et à construire un avenir en dehors des murs de l'IME.

4. Deux vécus, deux chemins vers le réinvestissement psychocorporel

L'analyse clinique d'Alice et de Jules montre à quel point les violences sexuelles s'inscrivent dans le corps de l'adolescent, impactant son investissement psychocorporel.

Alice et Jules ont vécu des traumatismes les impactant profondément. Même si leur histoire est différente, ils amènent des conséquences communes telles que la fragmentation des représentations corporelles, un rapport ambivalent au corps entre son rejet et son surinvestissement, ainsi qu'une difficulté à habiter ce corps. Les violences sexuelles ont eu lieu sur leur corps, qui est alors devenu un espace de tensions, où des mécanismes de défense ont été mis en place pour faire face et essayer de survivre face à l'effraction psychocorporelle subie.

Cependant, au-delà des points communs, la symptomatologie reste unique selon l'histoire et le vécu du sujet. On a pu observer qu'Alice et Jules ont leur singularité, notamment dans la manière d'investir leur corps avec Alice qui est plutôt dans l'hypercontrôle avec peu d'investissement spatial alors que Jules présente une agitation psychomotrice avec un besoin d'investir l'espace autour de lui. Ces disparités mettent en évidence la manière dont l'investissement psychocorporel est affecté par le traumatisme.

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte :

- L'histoire personnelle
- La récurrence des violences
- La relation avec l'auteur des violences sexuelles : intrafamilial, camarade de classe ou personne inconnue

- Le contexte familial et social
- L'identité sexuée et les représentations associées selon le genre

Effectivement, comme nous avons pu le voir en théorie, l'adolescence est une période où le corps se modifie, mais il faut prendre en considération qu'il se construit également autour des normes et attentes sociétales selon le genre. Le corps masculin est fréquemment considéré comme devant être fort et non vulnérable. En revanche, le corps féminin est confronté à des pressions contradictoires entre hypersexualisation (être attirante) et effacement (ne pas trop se montrer). Ces représentations peuvent avoir un impact sur la façon dont Alice et Jules essayent de reconstruire leur rapport au corps suite au traumatisme.

Ainsi, ces deux situations cliniques illustrent la complexité des répercussions des violences sexuelles sur l'investissement psychocorporel de l'adolescent : même si on retrouve des similitudes communes dans les conséquences, le vécu de chacun impose leurs particularités (chacun ne réagit pas de la même manière). La prise en charge psychomotrice se doit alors d'être spécifique en passant par l'écoute et le besoin de chaque patient. De plus, dans l'accompagnement des patients, nous offrons un espace pour accompagner l'adolescent à se réapproprier progressivement son corps, non plus comme un lieu de contrainte ou de danger, mais comme un espace à habiter et à investir de façon adéquate.

De plus, nous pouvons observer que la prise en charge psychomotrice est bénéfique à Alice et Jules. En effet, tous deux montrent une évolution entre le début de la prise en soin et aujourd'hui. Cependant dans le cas des victimes de violences sexuelles notamment à l'adolescence, c'est une prise en charge qui se fera sur plusieurs mois, voire années afin que les victimes puissent retrouver un équilibre psychocorporel.

5. Ma place de stagiaire

Au début de mon stage, j'ai choisi d'être dans une posture d'observatrice pour me permettre de comprendre le fonctionnement des structures, les méthodes de travail de mes tutrices et le profil des patients rencontrés.

J'ai choisi d'effectuer mon stage dans des structures différentes pour me permettre de découvrir de multiples variantes de la psychomotricité auprès des adolescents. C'était pour moi difficile dans un premier temps de suivre la cadence, de devoir m'intégrer dans ces différentes structures mais aussi d'assimiler une multitude d'informations. Toutefois, au fur et à mesure des semaines, j'ai réussi à trouver mon positionnement. Mes tutrices m'ont petit à petit donné davantage d'indépendance, ce qui m'a permis de réaliser des entretiens d'accueil, d'effectuer des bilans psychomoteurs, d'élaborer des projets de soins et d'assumer une responsabilité plus active vis-à-vis des patients.

J'ai principalement travaillé avec des adolescents ayant des histoires de vies compliquées pendant ce stage. Je me suis beaucoup remise en question, le peu d'écart d'âge entre les patients et moi a remué beaucoup de choses en moi. J'ai alors appris tout au long de mon stage à adopter une juste distance relationnelle mais surtout émotionnelle, pour me préserver aussi en tant que future soignante. Cette expérience a été une opportunité pour moi d'évoluer tant bien sur le plan professionnel que personnel.

Ce stage long m'a permis de prendre confiance et assurance dans ma pratique. J'ai découvert et utilisé une multitude d'outils thérapeutiques que je pourrais réutiliser à l'avenir. J'ai pu mettre en pratique les cours que j'apprenais ainsi que les médiations expérimentées pendant cette troisième année. J'ai également enrichi mes connaissances cliniques et affiné ma réflexion. Ce stage m'a permis de marquer une étape clé dans mon parcours et m'a permis d'avoir une vision plus claire de mon avenir en tant que psychomotricienne.

PARTIE 3 : LA DISCUSSION

Dans cette partie seront abordés différents points : le concept de résilience face aux traumatismes, et comment le psychomotricien peut l'amener. Nous approfondirons également l'outil thérapeutique du théâtre utilisé pour la situation clinique d'Alice pour mieux comprendre son potentiel dans l'investissement psychocorporel. Enfin, nous finirons sur une réflexion autour du positionnement du thérapeute auprès des patients victimes de violences sexuelles et nous évoquerons les limites du sujet.

1. La reconstruction des victimes à travers le processus de résilience

Dans cette partie, nous allons comprendre le concept de résilience et toutes les notions qu'il implique. Nous allons également analyser comment le psychomotricien peut amener vers ce processus de résilience et l'importance de l'équipe pluridisciplinaire. Puis nous évoquerons l'impact au niveau judiciaire de la reconnaissance des victimes en finissant par faire le lien avec Alice et Jules.

1.1. Définition et concepts clés

D'après Romana Babić et al. : « *In psychology, resilience is generally defined as capability of an individual to overcome stress and unhappiness, and to recover.* », c'est-à-dire que la résilience est la capacité d'un individu à surmonter le stress ou des événements « malheureux », et à se rétablir. (p. 226) (44)

La résilience représente la force de faire face à un événement difficile pouvant même être traumatique, de pouvoir le gérer et de continuer une vie « normale ». Cette capacité permet de résister aux effets négatifs du stress. Cette capacité de résilience après un traumatisme n'est pas innée, elle se développe dans un environnement favorable qui soutient le processus de guérison.

Nous retrouvons des concepts clés associés à la résilience :

- **Adaptabilité** : c'est la capacité à s'ajuster à la nouveauté notamment après un traumatisme.
- **Rétablissement** : c'est la capacité à mieux vivre avec le traumatisme.
- **Coping** : ce sont les stratégies que l'individu utilise pour gérer son stress et ses émotions liées au traumatisme.
- **Croire en soi et en l'avenir** : la résilience c'est également la capacité à maintenir une vision positive de soi-même et de l'avenir.

La notion d'attachement d'après Per O. G. Svanberg est un élément à prendre en compte afin d'accéder au processus de résilience. Bowlby évoque que les comportements d'attachement se mettent en place dès le plus jeune âge dans les interactions précoces, notamment avec les figures d'attachement. Elle permet, dans le cas d'un attachement sécure, le bon développement du bébé et de l'enfant.

Il existe donc plusieurs types d'attachements d'après Ainsworth :

- **Sécurisé** : l'enfant se sent en confiance avec les figures d'attachement
- **Anxieux-évitant** : l'enfant apprend que ses besoins émotionnels ne sont pas pris en considération.
- **Ambivalent-résistant** : l'enfant peut avoir des figures d'attachement rassurantes ou, au contraire, absentes. C'est un lien qui est inconstant.
- **Désorganisé** : souvent observé lorsque les enfants sont maltraités ou négligés.

L'attachement permet de créer des modèles internes opérants, c'est-à-dire des représentations mentales des relations, et permet également d'activer le système de survie face à un danger. L'enfant qui bénéficie d'un attachement sécure développe un sentiment de sécurité interne qui lui permet de pouvoir avancer malgré les difficultés potentiellement rencontrées. Cet attachement sécure favorise également les capacités d'autorégulation émotionnelle et encourage à avoir des relations saines (grâce à de bons modèles internes opérants). L'adolescent ayant bénéficié d'un attachement sécurisant a de bonnes ressources

internes permettant de faire face à l'adversité. Cela rejoint le concept de résilience, car cet attachement permet alors une construction solide et favorise l'accès à la résilience. (45)

Alice ayant eu dans son enfance un attachement sécure et étant entourée encore aujourd'hui, il est plus facile pour elle d'accéder à ce processus-là malgré le traumatisme vécu. Jules, lui, n'ayant pas bénéficié d'un attachement sécure ni de figures d'attachement pérennes autres, n'a pas pu développer cette sécurité interne lui permettant d'accéder plus facilement à la résilience.

Boris Cyrulnik a beaucoup écrit sur la notion de traumatisme et de résilience, il en donne une définition simple : « *la résilience fait référence à la reprise d'un nouveau développement après un fracas traumatique.* » (46) (p.29)

Certains éléments permettent d'augmenter la capacité de la personne à pouvoir rebondir après un traumatisme comme un soutien social important (amis, famille, professionnel de santé). En effet, le soutien social permet de partager ses ressentis et émotions, d'être écouté et accompagné pour faire face à cet événement. Je pense également qu'une bonne intelligence émotionnelle est importante, dans le sens où il faut pouvoir identifier et exprimer ses émotions pour accéder au processus de résilience en lien avec un attachement sécure ou un accompagnement thérapeutique. La flexibilité cognitive permet au sujet de changer de perspective dans l'avenir et de ne pas rester figé dans le traumatisme. Enfin, la confiance en soi : en effet, il faut que la personne puisse croire qu'elle est capable de surmonter l'adversité pour pouvoir entamer ce processus. Ces éléments ne sont pas tous indispensables mais participent fortement à accéder au processus de résilience.

De plus, d'après Katherine Anderson et al. : l'analyse des données de l'enquête auprès de femmes victimes de violences sexuelles met en évidence que la résilience permet aux victimes de diminuer les symptômes de stress post traumatique et donc d'accéder à une meilleure santé mentale. (47)

Le centre national des ressources et de la résilience a créé une vidéo sur le TSPT chez l'adolescent en montrant des symptômes de ce syndrome mais aussi qu'il est possible de s'en

sortir, même si on n'oublie pas. Je trouve que cela peut être un outil très utile pour les professionnels de santé à montrer aux adolescents victimes de psychotraumatisme et notamment de violences sexuelles. (48)

Toute personne peut faire preuve de résilience, cependant Boris Cyrulnik évoque que l'accompagnement thérapeutique est un élément essentiel dans l'accompagnement de ce processus. En effet, « *Si nous laissons le sujet seul sans que celui-ci puisse élaborer son trauma, ou le travailler affectivement, psychologiquement, verbalement et socialement, alors nous le laissons prisonnier de son trauma, qui sera de plus être amené à évoluer. Nous l'inscrivons ainsi sur le tapis roulant du syndrome psychotraumatique. Si, à l'opposé, nous sécurisons la personne et nous l'aidons à faire un travail de représentation verbale après l'avoir sécurisée, nous ne modifions certes pas le trauma, mais nous en transformons sa représentation. Donc, la personne blessée reçoit le décès d'un proche, son expulsion, sa maladie, mais elle n'est pas prisonnière du passé, puisqu'elle peut modifier la connotation affective du trauma.* » (p.29) (46)

Cela nous amène à se questionner sur la place du psychomotricien dans l'accompagnement des patients vers la résilience.

1.2. Le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement vers la résilience

Le corps et la résilience sont intriqués. En effet, la résilience ne passe pas uniquement par l'esprit du sujet, mais aussi par le corps. Comme nous avons pu le voir, le traumatisme s'inscrit dans le corps. La psychomotricité prend alors une place importante dans cet accompagnement pour permettre de restaurer cet équilibre psychocorporel et d'accompagner vers la résilience.

D'après le mémoire d'Evelyne Gonthier sur le sujet du psychotraumatisme et la psychomotricité, « *Le syndrome psychotraumatique est une constellation de difficultés qui viennent traduire la multi-effraction de l'événement traumatisant. Savoir repérer ces éléments précocement, c'est aussi offrir au jeune la possibilité de déployer son potentiel de résilience au mieux.* » (49) (p. 47)

En tant que psychomotricien, il est essentiel de pouvoir détecter précocement les signes d'un psychotraumatisme afin de mettre en place un accompagnement rapide et adapté. Tout comme les autres soignants, le psychomotricien crée un espace sécurisant et bienveillant pour permettre aux patients de pouvoir de nouveau ressentir et exprimer ses sensations corporelles et émotionnelles. D'après Evelyne Gonthier la résilience est donc « *un potentiel interne que le thérapeute ne fait que mettre en lumière.* » (p.75) (49). Le psychomotricien va accompagner le patient à développer son potentiel de résilience. L'intégration corporelle est une étape clé de la résilience, car nous avons pu observer tout au long de cet écrit que le traumatisme provoque une réelle dissociation entre le corps et l'esprit. Le travail du psychomotricien repose sur une approche psychocorporelle qui permet d'accompagner le patient à réintégrer et réinvestir son corps.

De plus, le psychomotricien va permettre de défusionner les sensations liées au traumatisme en ramenant des sensations nouvelles et actuelles. En effet, les victimes de violences sexuelles sont souvent dans le passé ; en amenant de nouvelles sensations et en modifiant la charge affective, nous allons pouvoir ramener les patients dans l'instant présent. Le cadre thérapeutique, avec la continuité des séances, le repère spatial de la salle de psychomotricité et le thérapeute, va permettre de rapporter de la sécurité interne au patient afin qu'il puisse se reconstruire.

En pratique, nous allons pouvoir utiliser des approches corporelles, telles que des techniques de relaxation comme mise en place pour Jules et Alice mais également une approche par la mise en mouvement du corps, ce que nous faisons particulièrement dans le groupe Mouv. Par exemple, pour Jules, le sport proposé durant le temps de groupe lui permet d'accéder à d'autres sensations, que ce soit tactiles, proprioceptives ou encore vestibulaires, lui permettant de se réapproprier ce corps, mais également de retrouver un sentiment de sécurité interne. Pour Alice, la relaxation lui permet également d'amener des sensations plaisirs au niveau de son corps, pouvant être perçues comme agréables et favorisant le réinvestissement.

Le psychomotricien peut mettre des mots sur les ressentis du patient pour qu'il puisse comprendre et intégrer ce qu'il est en train de vivre. L'objectif est aussi de pouvoir créer un espace où il puisse libérer et partager ses émotions.

L'approche psychomotrice du psychotraumatisme repose sur cette interaction entre le corps et le psychisme. En permettant au patient de se reconnecter à ses sensations, ainsi que de pouvoir exprimer ses ressentis et émotions, le psychomotricien permet d'accompagner son processus de résilience en contribuant à son bien-être global.

1.3. L'importance de la prise en charge pluridisciplinaire

La prise en charge pluridisciplinaire est essentielle pour offrir un soutien global en prenant en compte à la fois les dimensions psychologiques, corporelles et éducatives, notamment chez les adolescents victimes de violences sexuelles. Les professionnels de santé jouent un rôle complémentaire dans la prise en soin. En favorisant le travail d'équipe, la prise en charge pluridisciplinaire permet de renforcer la résilience de l'adolescent.

D'après une étude faite par la CIIVISE (Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants), il est préconisé « *la mise en place et le financement d'un parcours de soins spécialisés du psychotraumatisme de 20 à 33 séances réparties sur une année et renouvelables selon les besoins des victimes.* ». (50)

Ils décrivent 4 étapes qui passent par :

- L'évaluation clinique : 1 à 3 séances
- La stabilisation : 10 à 12 séances
- Les séances centrées sur le trauma : 10 à 15 séances
- La consolidation : 1 à 3 séances

Parmi les séances centrées sur le psychotraumatisme, on retrouve :

- Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) : identification et modification des pensées et comportements inadaptés

- L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) : thérapie qui utilise les mouvements oculaires pour aider le cerveau à traiter les souvenirs traumatiques
- Les thérapies intégratives : approche qui combine plusieurs méthodes thérapeutiques notamment les thérapies psychocorporelles
- La thérapie narrative : permet au patient de reconstruire son histoire. (50)

Bien que cette étude ne mentionne explicitement que les psychologues et les psychiatres, la psychomotricité a toute sa place au sein de ce parcours de soins. En effet, il souligne l'importance des thérapies psychocorporelles, qui sont la spécialité des psychomotriciens. De plus, ce parcours de soins est possible auprès des adolescents.

Comme le souligne Muriel Salmona, la prise en charge spécifique « *fait malheureusement le plus souvent défaut, et les centres de soins où elle peut être proposée restent encore trop rares en France, même si 10 centres viennent d'être créés et qu'il est prévu d'en créer 5 autres pour les enfants. Les professionnels du soin sont encore trop peu formés à la psychotraumatologie, la plupart n'interrogent pas systématiquement leurs patients sur les violences qu'ils ont pu subir, identifient rarement des symptômes comme traumatiques, et ne proposent pas de traitement spécifique (cf nos enquêtes IVSEA, 2015 et Ipsos 2019 sur les violences sexuelles dans l'enfance, seules 23% des victimes de viol ont bénéficié d'une prise en charge médico-psychologique spécialisée et il leur a fallu attendre 10 ans en moyenne pour en bénéficier, enfin 79% des professionnels de la santé ne font pas le lien entre les violences subies dans l'enfance et leur état de santé).* » (51)

Ces chiffres témoignent de la nécessité que les professionnels de santé soient formés au psychotraumatisme afin de garantir une prise en soins de qualité.

1.4. Être reconnu pour avancer ?

Muriel Salmona nous explique que « *Malgré un arsenal de loi qui s'est beaucoup enrichi ces dernières années comme nous venons de le voir, le viol reste le crime le moins rapporté aux autorités publiques et le moins condamné en tant que tel, il en est de même pour le délit d'agression sexuelle. En France, alors que seules 10 % des victimes de viols adultes et environ*

4% des victimes de viols mineurs portent plaintes, 74% de ces plaintes sont classées sans suite, la moitié des 26% de plaintes instruites sont déqualifiées en délits (correctionnalisées), et 10% seulement des plaintes seront jugées pour viol en cour d'assises, cela veut dire que seuls 1% des viols d'adultes seront jugés et 0,4% des viols de mineurs. ». (51)

Nous retrouvons une grande majorité des victimes qui ne vont pas porter plainte et parmi les personnes qui portent plainte, beaucoup verront leur dossier classé sans suite. La difficulté au niveau judiciaire est de trouver suffisamment de preuves permettant d'inculper l'auteur des violences sexuelles. Il est nécessaire de prouver qu'il y a eu un rapport sexuel et que celui-ci n'était pas consenti. Ces preuves peuvent être, par exemple, des prélèvements de sperme au niveau génital voire ano-génital, nécessitant que l'acte soit un viol réalisé sans préservatif, que la victime aille faire contrôler cela au niveau médical et sans s'être lavée au préalable. Parmi les autres éléments de preuve, nous retrouvons également les messages ou les photos à caractère sexuel ainsi que de possibles lésions physiques, comme des bleus, des griffures, etc.

Mais pour les victimes, comment peuvent-elles accéder à un après, à reprendre le cours de leur vie, si au niveau judiciaire elles ne sont pas reconnues comme victimes ? Cette procédure éprouvante à tous les points vaut-elle la peine ?

Alice est en attente de savoir les suites de sa plainte et cela lui apporte beaucoup d'anxiété. En séance, nous avons essayé de lui expliquer que, même si au niveau judiciaire elle peut ne pas être considérée en tant que victime, dans le cadre du CMP et en psychomotricité notamment, elle est considérée ainsi, ce qui lui permet de pouvoir accepter elle aussi que ce qu'elle a subi n'est pas normal et d'ensuite potentiellement pouvoir avancer.

Pouvoir pénalement être reconnu victime permet déjà à l'individu de prendre réellement conscience que ce qu'il a vécu n'est pas acceptable, et qu'il a le droit d'être mal. Les victimes avec des plaintes classées sans suite peuvent amener, ou plutôt renforcer, ce sentiment de honte, de dévalorisation et en fin de compte majorer tous les symptômes déjà présents. La reconnaissance des victimes de violences sexuelles facilite à mon sens l'accès au processus de résilience.

1.5. La résilience chez Alice et Jules

Le suivi en psychomotricité participe au processus de résilience en permettant une reconnexion à ses sensations corporelles et émotionnelles, leur permettant ainsi de réinvestir leur corps.

Alice accède petit à petit au processus de résilience : ce cadre lui permet de se retrouver, de se reconnecter progressivement à son corps et ses émotions. Néanmoins, son évolution nécessite encore un suivi structuré pour lui permettre d'en encore évoluer et d'y accéder.

En ce qui concerne Jules, son parcours plus compliqué et instable rend l'accès au processus de résilience plus complexe. La reconnaissance par la justice de son statut de victime a marqué un tournant crucial dans son parcours, constituant une étape importante vers une possible reconstruction. La prise en charge au sein de l'IME et par la PJJ permet un soutien psychologique, éducatif et un suivi psychomoteur, ce qui stimule cette dynamique de résilience. Toutefois, alors qu'il se rapproche de ses 20 ans, la fin de son suivi institutionnel suscite des doutes quant à son futur. Il est essentiel d'assurer un suivi à long terme pour favoriser son développement et qu'il puisse vivre avec ses traumatismes.

La résilience n'est pas toujours possible pour tout le monde ; elle n'est pas non plus synonyme d'oubli ou encore d'absence de souffrance. En effet, nous apprenons à vivre avec le traumatisme mais il fera toujours partie de nous, il ne nous définit pas cependant en tant que personne. Il est parfois nécessaire d'effectuer un long travail thérapeutique pour pouvoir l'atteindre.

2. Le théâtre comme outil thérapeutique pour Alice

Dans cette seconde partie, nous allons voir l'intérêt et la pertinence du théâtre comme outil thérapeutique dans l'accompagnement psychomoteur. En m'appuyant à la fois sur des

concepts théoriques et sur l'expérience clinique, nous allons comprendre comment cette médiation permet le réinvestissement psychocorporel. De plus, nous allons aborder ses modalités d'utilisation et également les conditions nécessaires pour que cette médiation soit thérapeutique.

2.1. Pourquoi le théâtre ?

Roxane Gironès dans son article sur l'utilisation de la médiation théâtre dans le cadre du psychotraumatisme nous dit que « *Le théâtre est un art incarné. Utilisé comme médiation thérapeutique, il charge le transfert d'une coloration sensible qui impacte le patient comme le clinicien.* ». (p.14) (52)

Le théâtre est pour moi un outil thérapeutique permettant de réinvestir son corps. En effet, nous avons pu observer chez Alice à quel point cet outil lui a permis d'évoluer et de prendre conscience de ses limites. Le théâtre offre la possibilité aux patients de jouer un rôle, un personnage donc d'investir une personne autre qu'eux avec leur propre corps, les amenant à réinvestir corporellement et psychiquement leur corps car, étant « dans la peau d'un autre », cela devient permis. De plus, le théâtre permet d'offrir d'autres façons de réagir ainsi que de découvrir d'autres issues, je pense notamment à la mise en scène du harcèlement avec Alice. Cela lui a permis de prendre conscience et d'être capable de modifier son comportement afin de se positionner autrement, modifiant ainsi la charge affective associée.

Cette médiation offre une multitude de possibilités entre improvisation, psychodrame, scénette, permettant d'atteindre des objectifs thérapeutiques multiples.

Avec Alice, nous avons particulièrement utilisé une technique inspirée du psychodrame pour lui permettre de revivre certaines scènes traumatisantes. Grâce à cette méthode, elle a pu mettre des mots sur ses limites psychiques mais aussi corporelles. Elle a ainsi exprimé ce qu'elle acceptait et ce qu'elle refusait, délimitant progressivement un espace de sécurité interne. De plus, en observant nos propres jeux de rôles et interactions, elle a pu percevoir et

comprendre d'autres manières de réagir face aux situations. Cette expérience lui a permis de renforcer sa confiance en elle et de s'autoriser à s'affirmer davantage.

Roxane Gorionès souligne également que « *Le théâtre, par ses scènes ludiques et ses personnages poétiques, permettrait de remettre en mouvement ce qui était coupé ou meurtri. La violence déniée dans laquelle certains sujets peuvent être pris et qui fait notamment retour dans les vécus dépressifs, les détresses multiples, les vécus d'abandon, doit être traversée ludiquement sur scène et avec le sujet. C'est dans ce corps à corps scénique et thérapeutique que doit être inventée une issue à ce que le patient subit dans la douleur et le non-dit.* » (p.14) (52)

Le théâtre devient alors un espace d'exploration et de transformation, où les patients peuvent rejouer, et même transformer leurs expériences traumatiques. Cet outil favorise la mise en mouvement psychique et corporelle, au rythme de chacun, en découvrant de nouvelles manières d'être soi et avec les autres. Cette médiation offre la possibilité d'une reconstruction identitaire mais également de résilience.

Pour Jules, le théâtre aurait pu être un outil très pertinent afin qu'il puisse atteindre ses objectifs thérapeutiques. Peut-être que cela lui aurait permis de libérer cette colère qu'il a enfouie au fond de lui et de pouvoir libérer sa parole afin d'accéder au processus de résilience.

2.2. Prise en charge groupale ou individuelle ?

Je me suis beaucoup questionnée autour de l'utilisation clinique du théâtre dans le cadre du psychotraumatisme, en particulier en lien avec les violences sexuelles. Ce qui m'amène à une question : le théâtre est-il plus adapté à une prise en charge groupale ou individuelle chez les patients victimes de violences sexuelles ?

L'espace du groupe peut devenir un lieu de soutien et de partage des vécus. La parole, les émotions et les ressentis peuvent alors être échangés entre les patients. Le groupe peut permettre aussi une certaine résonance, en se reconnaissant dans le vécu d'un(e) autre, permettant un espace de compréhension de soi et de ses émotions. Le groupe permet

également les relations sociales qui, comme vu précédemment, participent au processus de résilience. Par ailleurs, la mise en jeu théâtrale en groupe permet une multiplicité de dispositifs : les jeux de rôles, l'improvisation collective, les mises en scène...

De plus, la sécurité du groupe peut faciliter la mise en jeu du corps et des émotions en s'appuyant sur l'entraide entre les patients. Cela permet également de se détacher du regard de l'autre et de prendre confiance en soi.

Cependant, il est essentiel de prendre en compte les besoins des victimes de violences sexuelles, où la sécurité interne ainsi que la confiance en soi sont fortement altérées. La prise en charge groupale peut être alors difficile dans un premier temps pour eux. Une prise en soins individuelle permet alors de respecter le rythme de chaque patient, offrant un espace plus intime, plus sécurisant, favorable au réinvestissement du corps. Nous ne retrouvons pas cette confrontation aux pairs qui peut être vécue comme difficile. De plus, le choix des sujets abordés est plus grand en individuel. La prise en charge en psychomotricité avec la médiation théâtre en individuel offre moins de possibilités au niveau des dispositifs, mais reste très intéressante aussi.

La prise en charge en groupe et en individuel peut être complémentaire. Une combinaison des deux serait donc pertinente. Dans le cas d'Alice, un groupe théâtre en plus d'une séance de psychomotricité en individuel aurait pu être très pertinent ; cependant il y a la réalité institutionnelle, avec les places et médiations disponibles, mais également l'adhésion du patient.

2.3. Le théâtre dans un cadre thérapeutique

Anne-Christelle Kriska Mony nous explique que les « *thérapies par la parole sont nécessaires pour les prises de conscience, mais des thérapies psychocorporelles sont indispensables pour la guérison des traumatismes dans le corps.* ». (p.47) (53)

Nous retrouvons différentes thérapies psychocorporelles comme la danse, la relaxation ou encore le théâtre. Elles sont réellement thérapeutiques quand elles sont encadrées par un professionnel de santé formé ou sensibilisé à son utilisation dans un cadre thérapeutique.

Durant ma formation, j'ai eu la chance de pouvoir expérimenter le théâtre pendant 35h, ce qui m'a permis de découvrir son potentiel thérapeutique. En clinique, j'ai ainsi pu expérimenter plusieurs dispositifs théâtraux : j'ai directement pu observer les effets positifs en clinique, notamment avec Alice. Cet outil offre une possibilité d'expression alternative et une opportunité de reconstruction.

Avec Alice, nous avons beaucoup travaillé autour des jeux de rôles. Au début, nous sommes concentrées sur des scènes permettant l'expression de ses émotions. Pour cela, nous tirions au sort un lieu, un personnage et une émotion que nous avons inscrits au préalable sur des papiers. A partir de ces indications, nous essayions ensemble de construire une histoire mettant en jeu ces 3 informations avant de la jouer réellement.

Puis petit à petit elle a réussi à prendre confiance, à s'autoriser à vivre et partager ses émotions donc nous sommes allées rejouer des scènes qu'elle-même a vécu afin qu'elle puisse prendre du recul sur les situations (en tant que spectatrice) et trouver d'autres issues (en tant qu'actrice), sans support papier préalable.

Également, j'ai pu proposer, à la fois en groupe et en individuel, le jeu des « 3 chaises émotionnelles » avec des adolescents. Nous disposons 3 chaises sur une scène fictive, représentant différentes intensités émotionnelles : la chaise 1 pour l'intensité la moins forte et la chaise 3 pour l'intensité la plus forte. A chaque tour, les patients choisissent une chaise et doivent s'adapter d'une part à l'intensité demandée mais également à ce que proposent les autres sur les autres intensités pour être en lien. A la fin, nous partageons des souvenirs qui nous ont fait ressentir cette émotion, en trouvant des souvenirs différents, où nos émotions ont été d'intensité différente.

À l'IME exclusivement, j'ai aussi pu expérimenter les « cerceaux musicaux ». Comme précisé précédemment, le principe est : nous mettons une musique, lorsqu'elle s'arrête, il faut se placer dans un cerceau. A chaque tour, le maître du jeu enlève un cerceau et impose une consigne de déplacement, comme par exemple se déplacer comme si nous étions à un dîner mondain. Cela permet non seulement de travailler la concentration mais aussi la motricité

globale, la régulation tonique et les interactions. Selon ce que nous voulons faire travailler, nous donnons une consigne permettant d'y accéder de manière plus ludique. Jules a participé à cette activité, mes objectifs étaient qu'il puisse être capable de réguler son tonus pour lui permettre une meilleure fluidité dans les mouvements tout en se détachant du regard de l'autre. Pour cela, je proposais des consignes obligeant des mouvements parfois lents (pas de fourmi), parfois rapides (jumping jack), etc.

Il existe une multitude de possibilités, adaptables selon le public rencontré. Dans le cas des adolescents victimes de violences sexuelles, je trouve que le théâtre est un outil particulièrement efficace. Il permet de restaurer l'image du corps et d'étayer le schéma corporel altéré par les traumatismes vécus. Le théâtre offre un espace où l'adolescent peut rétablir une relation plus saine avec son corps. De plus, l'adolescent peut retrouver une perception corporelle plus juste, en rétablissant les limites psychocorporelles perturbées et en favorisant l'intégration de ses sensations grâce à cet outil thérapeutique.

Au niveau de la motricité expressive, le théâtre favorise la régulation tonico-émotionnelle mais travaille aussi le rapport à l'espace car quand nous jouons une scène nous devons investir celui-ci avec notamment la notion de proxémie. L'adolescent peut alors à travers cet outil et la prise en charge psychomotrice se réapproprier son corps et son espace de manière ludique.

Alicia Beloucif, psychomotricienne, nous cite des objectifs thérapeutiques spécifiques et adaptés à des victimes d'abus sexuels quel que soit leur sexe, hommes comme femmes :

- « *Renforcement de l'investissement du corps : approfondissement de la conscience, perception de l'axe corporel, de ses appuis et des limites.*
- *Réduction de la perméabilité psychocorporelle, diminution du sentiment d'exposition et d'intrusion, renforcement de l'enveloppe psychocorporelle.*
- *Récupération d'un sentiment de sécurité.*
- *Régulation tonico-émotionnelle en phase avec la réalité présente.*
- *Développement de la notion de plaisir.* » (p. 884) (54)

Ces objectifs thérapeutiques, tels que décrits par Alicia Beloucif, sont atteignables dans le cadre de la médiation théâtre. En effet, comme vu précédemment, cet espace scénique permettant la mise en jeu du corps contribue au travail sur la présence corporelle et psychique, les limites, la sécurité, le plaisir de jouer et la régulation tonico-émotionnelle.

Il est cependant essentiel de noter que ce potentiel thérapeutique ne peut être possible que dans un cadre sécurisant, porté par le thérapeute. Le théâtre seul ne suffirait pas à atteindre ces objectifs thérapeutiques : c'est l'accompagnement par le psychomotricien, sa capacité à ajuster les propositions en fonction de l'état psychique et physique du patient qui rend cette médiation thérapeutique. L'étayage du thérapeute est alors indispensable pour une prise en charge thérapeutique adaptée.

3. Le positionnement du thérapeute

Dans cette troisième partie, nous nous intéresserons au positionnement du thérapeute dans l'accompagnement d'adolescents victimes de violences sexuelles, en particulier à travers la posture du psychomotricien. Une attention sera portée notamment autour de la communication non verbale et verbale. Je développerai ainsi comment ces éléments permettent l'alliance thérapeutique, l'expression du vécu traumatique et un ajustement du thérapeute aux besoins du patient.

3.1. La communication non verbale

La communication non verbale représente une grande partie des échanges entre le psychomotricien et le patient. Chez l'adolescent ayant vécu des violences sexuelles, j'ai pu constater en clinique qu'il était parfois difficile d'utiliser les mots, rendant cette communication non verbale encore plus précieuse.

Laura Dias Da Silva et Mathilde Akian dans leur article sur l'approche psychomotrice auprès des événements à potentiel traumatique évoquent que « *Lors de sa formation, le psychomotricien apprend à lire et comprendre le dialogue du corps de son patient en s'appuyant sur l'identification de ses canaux préférentiels de communication non verbale : gestes, voix, posture, regard, expressions faciales, attitudes, tonus.* » (p. 571) (55)

En tant que thérapeute, la posture est très importante. Adopter une posture ouverte et détendue favorise un climat de confiance. Se mettre physiquement à hauteur du patient permet également d'éviter un sentiment de hiérarchie (voire de domination) pour le patient et favorise le contact visuel. Le regard est une composante essentielle de la communication non verbale. Avoir un regard doux plutôt que fixe ou intrusif, notamment chez les victimes de violences sexuelles, permet de créer le lien. La notion de proxémie, évoquée dans ma partie théorique, peut être perturbée chez ces patients ; il est alors essentiel de respecter l'espace personnel de la personne et, si cette zone n'est pas délimitée pour le patient, de laisser une distance suffisante, tout en justifiant que c'est notre espace personnel. Nous devons également adapter notre tonus afin que le patient nous sente prêt à accueillir ce qu'il a vécu (être attentif à notre propre régulation tonique et donc à notre dialogue tonico-émotionnel). Enfin, les gestes et les mimiques faciales comme les hochements de tête, les sourires permettent de rassurer le patient tout en montrant une écoute active de celui-ci voire une validation de ses ressentis. Notre communication non verbale renseigne sur notre disponibilité auprès du patient. Elle permet donc d'ajuster l'accompagnement en fonction du ressenti du patient tout en favorisant une alliance thérapeutique.

Jules, lors d'une de nos séances, pendant que les autres jeunes se changeaient, prend un ballon et commence à courir un peu partout dans la salle. Il me semblait avoir besoin de se défouler. Je m'approche alors de lui, il me dit de suite « je n'ai pas envie de parler ce matin ». Je réponds qu'il n'y a pas de soucis et ne cherche pas pour le moment à comprendre pourquoi. Je lui demande également s'il veut être seul ou si je peux rester, il acquiesce alors de la tête ma présence. Je garde une posture ouverte, maintenant un seuil de recrutement tonique plus faible que le sien. Au bout de quelques minutes, il murmure une phrase hésitante. Plutôt que de répondre immédiatement, j'hoche la tête doucement, lui montrant que j'étais prête à l'écouter. Il reprend alors avec une voix plus assurée en m'expliquant pourquoi il n'avait pas

envie de parler ce matin. Suite à notre échange, il rejoindra les autres de lui-même afin de débiter la séance. Il me semblait alors beaucoup plus disponible.

3.2. La communication verbale

La communication verbale peut être parfois difficile chez les adolescents victimes de violence sexuelle, cependant elle reste un outil précieux dans la relation thérapeutique. Elle permet non seulement d'exprimer ses ressentis mais aussi de mettre en mots le vécu corporel émotionnel ou traumatique. En psychomotricité, cette mise en mots peut faciliter l'intégration des expériences vécues au cours de la séance, permettant par la suite la progression du patient.

Le psychomotricien peut jouer un rôle de contenant psychique, permettant au patient de se sentir écouté dans son vécu, sans jugement ou intrusion. Le choix des mots, le ton utilisé, la reformulation, ou encore la validation sont des éléments qui participent à cette fonction de contenance. Nous pouvons également adapter le volume, le rythme et l'intonation de notre voix afin d'apaiser et de favoriser l'expression du patient. L'ajustement de notre langage permet d'instaurer un climat de sécurité.

Chez les adolescents ayant vécu des violences sexuelles, j'ai pu observer que le langage pouvait être altéré, dans le sens où nous pouvons retrouver un discours flou, une difficulté à exprimer ses émotions ou un évitement de certains sujets (notamment des relations amoureuses). En effet, Muriel Salmona explique que parmi les symptômes psycho traumatiques, nous pouvons retrouver une inhibition de la parole. Elle évoque alors le fait que la méconnaissance des professionnels de santé autour des impacts des violences sexuelles sur le développement entraîne des mauvais diagnostics et donc impacte la prise en soins. (26)

En tant que psychomotricien, je pense qu'il faut laisser le temps au patient de s'ouvrir et de pouvoir s'exprimer. Le plus important, c'est de l'accompagner dans cette démarche et non pas de forcer l'émergence verbale. Le fait de laisser des silences, de poser des questions ouvertes ou encore de reformuler sont des stratégies que nous pouvons mettre en place afin d'encourager cette parole sans la contraindre.

En stage, j'ai pu constater que l'expression verbale se construit progressivement, au fur et à mesure que la confiance s'instaure. Il peut être très difficile chez ces patients de parler de leur vécu corporel car, bloqués dans leur traumatisme, le vécu est ressenti comme mauvais. Nous pouvons alors nommer des sensations, des ressentis ou encore proposer des hypothèses sur leur vécu corporel pour potentiellement ouvrir l'échange.

Au fil des séances, Alice comme Jules ont pu partager plus de détails sur leur vécu traumatique. Je me suis beaucoup questionnée sur si on avait besoin de savoir des détails sur un vécu traumatique pour une meilleure prise en charge. Sincèrement, je ne sais pas, mais tout ce que je sais, c'est que ça a permis à Alice de se libérer d'un poids, de pouvoir en parler.

La communication verbale se doit d'être ajustée, respectueuse et bienveillante pour renforcer une sécurité au sein du cadre thérapeutique. Elle soutient l'élaboration psychique du vécu corporel, permettant d'accéder à un processus de reconstruction après un traumatisme.

La finalité c'est qu'à travers le cadre thérapeutique, ou encore la communication verbale et non verbale, le thérapeute puisse apporter une contenance au patient. Ceci, afin d'amener le sentiment de sécurité et ainsi favoriser le réinvestissement psychocorporel.

4. Les limites du sujet

Je pense que les limites du sujet méritent d'être soulignées afin de nuancer les propos évoqués et d'ouvrir des pistes de réflexion futures.

L'une des premières limites observées concerne l'adhésion des adolescents victimes de violences sexuelles à une thérapie centrée sur le corps. En effet, nous avons pu voir tout au long de cet écrit les nombreuses conséquences psychocorporelles de ces violences. La proposition d'une thérapie psychocorporelle peut ainsi être vécue comme menaçante par certains jeunes, rendant difficile le travail en psychomotricité. Il est également à prendre en considération que les thérapies psychocorporelles peuvent raviver des vécus traumatiques. D'où, encore une fois, l'importance d'être formé au psychotraumatisme.

Le cadre thérapeutique proposé par un psychologue, passant davantage par la parole et avec une distance corporelle plus importante, peut être plus rassurant pour certains adolescents dans un premier temps.

Nous retrouvons également une inégalité d'accès aux soins psychomoteurs. Il n'y a malheureusement pas de psychomotriciens dans toutes les structures, limitant ainsi l'accès à ce soin pourtant complémentaire aux suivis psychologiques ou psychiatriques.

Il faut aussi prendre en considération le sexe du thérapeute, qui peut être un facteur facilitant ou au contraire bloquant selon le vécu de la victime. Alice, qui a été agressée par un homme, pourrait avoir plus de difficultés à s'engager dans un suivi avec un thérapeute masculin.

Enfin, il est à noter que les bilans psychomoteurs que j'ai utilisés sont non standardisés et avec une part subjective. Ils ne permettent pas d'obtenir des données chiffrées exploitables. Il n'existe pas encore de test permettant d'évaluer de manière quantitative l'investissement psychocorporel des adolescents ayant subi des violences sexuelles. Des tests quantitatifs, en plus de nos observations qualitatives, permettraient non seulement d'objectiver le soin psychomoteur, mais aussi d'objectiver l'évolution des patients.

Conclusion

Tout au long de cet écrit, nous avons pu voir à quel point les violences sexuelles impactent l'investissement psychocorporel de l'adolescent. L'adolescence est une période de développement éprouvante en modifications, que ce soit sur le plan corporel, cognitif, psychologique ou relationnel. Si à tout cela s'ajoute un traumatisme, les violences sexuelles dans notre propos, alors il y aura un impact direct sur la manière dont l'adolescent va habiter ce corps, directement atteint.

La psychomotricité est une discipline paramédicale qui fait le lien entre le corps et la psyché. L'objectif est de pouvoir ramener un équilibre psychocorporel. Dans le cas des violences sexuelles, cet équilibre est brisé ; la psychomotricité a alors toute sa place dans le rétablissement de cet équilibre. À travers deux situations cliniques, nous avons pu comprendre comment la psychomotricité peut aider au réinvestissement de ce corps meurtri. Ce réinvestissement peut se faire à travers plusieurs outils thérapeutiques tels que le théâtre ou encore le sport. Le psychomotricien va chercher à ce que le patient puisse reprendre le cours de son développement et accéder au processus de résilience. Il est essentiel de créer une relation de confiance pour y parvenir. Pour cela, le regard, la posture, l'écoute et la parole bienveillante entre autres sont indispensables. La communication, verbale comme non verbale, est donc essentielle à notre métier, non seulement en tant que psychomotricien, mais également en tant que soignant.

En réfléchissant aux prises en charge post-traumatiques, et plus particulièrement à la réactivité nécessaire face à des événements traumatisants tels que les violences sexuelles, je me suis interrogée sur les lieux d'interventions d'urgence. Nous retrouvons les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) qui jouent un rôle dans les premières heures suivant un traumatisme, le but étant d'éviter l'installation de troubles psychotraumatiques. Nous avons pu voir tout le long de cet écrit que le traumatisme s'inscrit dans le corps. Nous pouvons alors nous questionner si une prise en charge précoce par un psychomotricien dans une cellule d'urgence permettrait de réduire les impacts des violences sexuelles sur l'investissement psychocorporel.

Annexes :

Annexe 1 : Grille d'observation de l'investissement psychocorporel de l'adolescent

GRILLE D'OBSERVATION DE L'INVESTISSEMENT PSYCHOCORPOREL DE L'ADO

Nom :	Date de l'observation :
Prénom :	Lieu de l'observation :
Âge :	

REPRÉSENTATION CORPORELLE

Identifie les parties du corps				Nomme les parties du corps			
<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Épaules	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Coudes	<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Épaules	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Coudes
<input type="checkbox"/> Poignets	<input type="checkbox"/> Mains	<input type="checkbox"/> Doigts	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Poignets	<input type="checkbox"/> Mains	<input type="checkbox"/> Doigts	<input type="checkbox"/> Dos
<input type="checkbox"/> Ventre	<input type="checkbox"/> Hanches	<input type="checkbox"/> Genoux	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Ventre	<input type="checkbox"/> Hanches	<input type="checkbox"/> Genoux	<input type="checkbox"/> Jambe
<input type="checkbox"/> Chevilles	<input type="checkbox"/> Pieds	<input type="checkbox"/> Orteils	<input type="checkbox"/> Oreilles	<input type="checkbox"/> Chevilles	<input type="checkbox"/> Pieds	<input type="checkbox"/> Orteils	<input type="checkbox"/> Oreilles
<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Bouche	<input type="checkbox"/> Cuisses	<input type="checkbox"/> Yeux	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Bouche	<input type="checkbox"/> Cuisses
<input type="checkbox"/> Nuque	<input type="checkbox"/> Tempes			<input type="checkbox"/> Nuque	<input type="checkbox"/> Tempes		

Perception de son corps : ☐ + ☐ -

Verbalisation des sensations corporelles : ☐ Oui ☐ Non

Réaction face au miroir :

Dessin du bonhomme : ☐ Soi ☐ Réaliste Précisions:

Estimation volume corporel avec corde : ☐ Adapté ☐ Non adapté ☐ + ☐ -

Imitation de posture : ☐ Efficient ☐ Non efficient

Mimer une action de la vie quotidienne :

Commentaires :

.....

.....

TONUS

Tonus du membre supérieur : ☐ Tendance hypotonique ☐ Etonie ☐ Tendance hypertonique

Tonus du membre inférieur : ☐ Tendance hypotonique ☐ Etonie ☐ Tendance hypertonique

Présence de : ☐ Paratonies ☐ Douleurs ☐ Réactions au toucher :

Épreuve des poussées: ☐ Adapté ☐ Inadapté

Réactions tonico-émotionnelles:

Commentaires :

.....

.....

MOTRICITÉ GLOBALE ET ÉQUILIBRE

Obs coordinations dynamiques générales :

Fluidité : ☐ Oui ☐ Non

Charlop Atwell :

Équilibres : ☐ Pieds joints ☐ Pied D ☐ Pied G

Commentaires :

ESPACE

Jeu des voyages:

Espace sécurisant:..... **Espace insécure:**

Proxémie :

Commentaires :

.....

TEMPS

Narration chronologique de 4 activités quotidiennes : ☐ Adaptée ☐ Non adaptée

Reproduction de 3 tempos : ☐ Correct ☐ Incorrect

Reproduction de structures rythmiques : ☐ Correct ☐ Incorrect

Commentaires :

=====

Précisons supplémentaires :

[illegible]

Bibliographie

1. World Health Organization. La violence sexuelle.pdf [En ligne] ; 2012 [Consulté le 23/11/2024]. Disponible : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf?sequence=126isAllowed=y
2. World Health Organization. Santé des adolescents [En ligne] ; 2025 [Consulté le 20/11/2024]. Disponible : https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
3. Mascaron J. Passage à travers le miroir : quand le corps est le reflet du mal de vivre adolescent - Pertinence de l'approche psychomotrice de l'image du corps chez l'adolescent en état dépressif. HAL open science [En ligne] p. 108. Mémoire de fin d'études : psychomotricité : Université Toulouse III - Paul Sabatier : 2022 juin. [Consulté le 20/11/2024]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03720987/document>
4. Cannard C. Adolescence et puberté : maturation biologique et neurobiologique. In : Le développement de l'adolescent. Toulouse : Éres ; 2019 ;3 : p. 37-54.
5. Paumel C. La traversée adolescente : problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. In : Le grand livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche. Paris : Dunod ; 2019. p. 225-266.
6. Lannegrand-Willems L. La construction identitaire à l'adolescence : quelle place pour les émotions ? Cah Dyn. [En ligne] 2017 nov 16 [Consulté le 25/11/2024]. 71(1) : p. 60-66. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2017-1-page-60?lang=fr>
7. Hernandez L, Oubrayrie-Roussel N, Prêteur Y. De l'affirmation de soi dans le groupe de pairs à la démobilisation scolaire. Enfance. [En ligne]. 2014 [Consulté le 26/11/2024]. 2(2) : p. 135-157. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-enfance2-2014-2-page-135?lang=fr>
8. Emmanuelli M. L'adolescence. [En ligne]. Paris : Presses Universitaires de France ; 2009. [Consulté le 04/12/2024]. 128p. Disponible : <https://shs.cairn.info/l-adolescence--9782130575085?lang=fr>
9. Kaes R. Aspects de la progression dans les groupes de formation : réadolescence, perte de l'objet et travail du deuil.pdf [En ligne]. Extrait de Perspectives Psychiatriques ; 1973. [Consulté le 04/12/2024]. p 43-63. Disponible : https://www.rene-kaes.com/files/ugd/b0233d_a21f8da448f6481aa00801723f34133c.pdf
10. Jover M. Perspectives actuelles sur le développement du tonus et de la posture. In: Rivière J, éditeur. Le développement psychomoteur du jeune enfant Idées neuves et approches actuelles [En ligne]. Marseille : Solal ; 2020 [Consulté le 30/11/2024]. p. 17-52. Disponible : <https://hal.science/hal-02479299>

11. Monneau A. L'apport du dialogue tonico-émotionnel et son étayage en psychomotricité, dans le développement de la conscience corporelle chez l'adolescent déficient intellectuel. [En ligne]. 89p. Mémoire de fin d'études : psychomotricité : Bordeaux, Collège Sciences de la santé ; 2020 [Consulté le 30/11/2024] Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900374/document>
12. Manna I. Growth Development and Maturity in Children and Adolescent: Relation to Sports and Physical Activity. [En ligne]. American Journal of Sports Science and Medicine; 23 janv 2014 [Consulté le 30/11/2024];2(5A): p. 48-50. Disponible : <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=a1f031aae7b1cad4251181816a89a4338539364d>
13. Ajuriaguerra J de. Manuel de Psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson. 1970. p. 239.
14. Marc E. La construction identitaire de l'individu. In : Identité(s) [En ligne]. Éditions Sciences Humaines ; 2016 [Consulté le 27/11/2024]. p. 28-36. Disponible : <https://shs.cairn.info/identites--9782361063283-page-28>
15. Discour V. Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. [En ligne] Érès ; 1 sept 2011 [Consulté le 27/11/2024]. ;50(1) :P. 40-46. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2011-1-page-40?lang=fr&tab=texte-integral>
16. Revranche M, Biscond M, Husky MM. Lien entre usage des réseaux sociaux et image corporelle chez les adolescents : une revue systématique de la littérature. [En ligne] L'Encéphale ; 1 avr 2022 [Consulté le 27/11/2024]. ;48(2) : p. 206-218. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700621002189>
17. Potel Baranes C. Intimité du corps. Espace intime. Secret de soi. [En ligne] Érès, Enfances Psy ; 6 nov 2008 [Consulté le 27/11/2024]. ;39(2) : p. 106-118. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2008-2-page-106?lang=fr>
18. Adolescence et sexualité G. Kjelberg. Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 792-796
19. Bajos N., Ancian J., Tricou J., Valendru A. Rapport-INSERM-CIASE [En ligne]. La science pour la santé ; oct 2021 [Consulté le 03/03/2025]. Disponible sur : https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2021/10/Rapport-INSERM-CIASE_2021.pdf
20. France, Code pénal, Article 222-22 - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 04/01/2025]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409030
21. Section 3 : Du viol, de l'inceste et des autres agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1) - Légifrance [En ligne]. [Consulté le 7/01/2025]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006165281/

22. Violences sexuelles | Arrêtons les violences [En ligne]. [Consulté le 27/11/2024]. Disponible : <https://arretonslesviolences.gouv.fr/besoin-d-aide/violences-sexuelles>
23. Louboff F, Marmion JF, Safatly V. Adieu Traumatismes .. et autres blessures invisible. Les arènes (BD PSY). 2024.
24. Crocq M, Daniel Guelfi J. Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V). American Psychiatric Association. 2013.
25. Salmona M. Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. [En ligne]. Rhizome ; 2018 [Consulté le 27/11/2024]. ; 6970(3) : p. 4-6. Disponible : https://shs.cairn.info/article/RHIZ_069_0004
26. Salmona M. La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma. [En ligne]. Les cahiers de la justice ; 2018 [Consulté le 27/11/2024] ;1(1) : p. 69-87. Disponible : <https://www.souffrance-au-travail-melun.fr/files/la-memoire-traumatique-violences-sexuelles-et-psycho-trauma.pdf>
27. Marmion JF, Eyraud N, Perroud DA. Victoire sur les troubles alimentaires- En finir avec l'anorexie, boulimie et hyperphagie. Les Arènes BD ; 2024.
28. Chabrol H. Les mécanismes de défense. [En ligne]. Recherche en Soins Infirmier ; 2005 [Consulté le 27/11/2024] 82(3): p. 31-42. Disponible : <https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-31?lang=fr>
29. Van Der Kolk B. Le corps n'oublie rien. Albin Michel. Pocket. 2018. 736p.
30. Dunaetz DR. Recovered Memories and Accusations of Sexual Abuse: A Review of Scientific Research Relevant to Missionary Contexts [En ligne]. Open Science Framework ; 2020 [Consulté le 07/12/2024]. Disponible : <https://osf.io/5phc9>
31. Condamin C. Corps démembré, corps supplicié, corps massacré. : Le Rorschach chez les enfants et adolescents victimes d'agression. [En ligne]. Champ Psychosomatique ; 2006 [Consulté le 17/01/2024]. 41(1) : p.129-142. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2006-1-page-129?lang=fr>
32. Esquembre M. Adolescence et traumatisme, quand l'art ravive les couleurs du sujet. In : Le Grand Livre des pratiques psychomotrices. Dunod. 2022. p.285-294
33. Perrigot M. Recherche en pelvi-périnéologie. [En ligne] Pelvi-Périnéologie ; déc 2006 [Consulté le 07/01/2024]. 1(3) : p. 209-210. Disponible : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11608-006-0068-y>
34. Glowacz F, Buzitu R. Adolescentes victimes d'abus sexuel et trajectoire délinquante : quels facteurs de résilience ? [En ligne] Neuropsychiatrie Enfance Adolescence ; 1 oct 2014 [Consulté le 07/02/2024] 62(6): p. 349-357. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0222961714001354>

35. Salmona M. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre. In : Pratique de la psychothérapie EMDR [En ligne]. Dunod ; 2017 [Consulté le 07/02/2024]. p. 207-218. Disponible : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2017-Aide-memoire-Dunod-Impact-des-violences-sexuelles-la-memoire-traumatique-a-l-œuvre.pdf>
36. Parsy C. Violences sexuelles faites aux femmes : Considération des victimes sur la prise en charge en kinésithérapie [En ligne]. 43p. Mémoire de fin d'études : kinésithérapie : Pays de la Loire : 2023[Consulté le 14/01/2024] Disponible : https://scholar.google.fr/scholar?q=violence+sexuelle+camille+parsy&hl=fr&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
37. Consoli SG. Le moi-peau. [En ligne]. Paris : Médecine/sciences ; 1 févr 2006 [Consulté le 18/01/2024] 22(2) : p.197-200. Disponible : <https://www.erudit.org/fr/revues/ms/2006-v22-n2-ms1046/012392ar/>
38. Algrain I. Les femmes, leurs soins, leurs médecins. Bruxelles : Université des femmes ; 2018.
39. Costa MD, Lauriat É. Fiche 4. Corps et traumatisme chez l'enfant. In : Le traumatisme psychique chez l'enfant [En ligne]. In Press ; 2019 [consulté le 16/12/2024]. p. 55-68. Disponible : https://shs.cairn.info/article/PRES_LAROC_2019_01_0056
40. Minton K, Ogden P, Pain C. Le corps et le trauma : Une approche sensorimotrice de la psychothérapie. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2016. 385 p.
41. Miglioranza S. L'utilisation de l'espace en psychomotricité. [En ligne]. Enfances Psy. Érès ; 2006 [consulté le 18/12/2024]. 33(4) : p. 104-112. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-4-page-104?lang=fr>
42. Mon Parcours Handicap | CMP (Centre médico-psychologique) : définition [En ligne]. [Consulté le 23/02/2025]. Disponible : <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/cmp>
43. La Maison Départementale des personnes handicapées | IME (Instituts Médico-Éducatif) [En ligne]. [Consulté le 23/03/2025]. Disponible : <https://www.mdph13.fr/demarches/Pages/IME.aspx>
44. Babić R, Babić M, Rastović P, Ćurlin M, Šimić J, Mandić K, et al. Resilience in Health and Illness. [En ligne]. Psychiatr Danub; Sept 2020 [consulté le 18/12/2024]. 32(Suppl 2) : p. 226-232. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970640/>
45. Svanberg POG. Attachment, resilience and prevention. [En ligne]. Journal of Mental Health ; janv 1998 [consulté le 18/12/2024]. 7(6) : p. 543-578. Disponible : <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/09638239817716?scroll=top&needAccess=true>

46. Cyrulnik B. Traumatisme et résilience. [En ligne]. Rhizome ; 2018 [consulté le 27/12/2024]. p. 28-29. Disponible : <http://palimpsestes.fr/blocnotes/2020/novembre/traumatisme-resilience.pdf>

47. Anderson KM, Tsuyuki K, Fernandez DeSoto A, Stockman JK. The Effect of Adverse Mental Health and Resilience on Perceived Stress by Sexual Violence History. [En ligne]. International Journal Environmental Research Public Health ; 15 avr 2022 [consulté le 27/12/2024]. 15p. Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9029884/>

48. Cn2r - Informations et ressources sur les psychotraumatisme [En ligne]. 2022 [Consulté le 11/04/2025]. Disponible sur : <https://cn2r.fr/>

49. Gonthier E. Psychomotricité et psychotraumatisme. Institut régional de formation en psychomotricité [En ligne]. 109p. Mémoire de fin d'études : psychomotricité : Académie de la Réunion : juin 2018 [consulté le 27/01/2024]. Disponible : https://associationpp.fr/theses/memoire_evelyne_gonthier.pdf

50. CIIVISE - Commission Indépendante sur l'Inceste et les Violences Sexuelles faites aux Enfants | Le coût du déni [En ligne]. 2023 [Consulté le 11/04/2025]. Disponible : <https://www.ciivise.fr/le-cout-du-deni>

51. Salmona M. Viols et agressions sexuelles. In Aide-mémoire psychotraumatologie en 51 notions M. Kédia, A Sabouraud-Seguin et al. [En ligne]. Dunod, 2020 [Consulté le 11/01/2025]. P. 79-101. Disponible : <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/2020-article-Dunod-Agressions-sexuelles.pdf>

52. Gironès R, Raufast L. Expérience sensorielle et affective du lien dans le cadre du psychotraumatisme. Médiation thérapeutique par le théâtre. [En ligne]. L'Évolution Psychiatrique ; nov 2022 [Consulté le 11/02/2025]. 87(4) : p. 673-684. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014385522000779>

53. Mony ACK. Sortir du déni. [En ligne]. Rhizome ; 1 mars 2024[Consulté le 11/02/2025]. 8889(1) : p.43-50. Disponible : <https://shs.cairn.info/revue-rhizome-2024-1-page-43?lang=fr>

54. Beloucif A. Prise en charge psychomotrice des femmes victimes d'abus sexuels. [En ligne]. L'information psychiatrique ; déc 2021[Consulté le 11 avr 2025]. 97 (10) : p. 883-886
Disponible : https://www.google.com/search?q=Prise+en+charge+psychomotrice+des+femmes+victimes+d%E2%80%99abus+sexuels*+Alicia+Beloucif+Exercice+lib%C3%A9ral%2C+psychomotrici&og=Prise+en+charge+psychomotrice+des+femmes+victimes+d%E2%80%99abus+sexuels*+Alicia+Beloucif+Exercice+lib%C3%A9ral%2C+psychomotrici&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzl5N2owajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

55. Dias Da Silva L. Akian M. Urgences, psychomotricien et traumatisme : approche psychomotrice d'évènements à potentiel traumatique. [En ligne]. L'information psychiatrique ; 2021 [Consulté le 11 avr 2025]. 97 (7) : p. 559-563 Disponible : <https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2021-7-page-559?lang=fr>

RÉSUMÉ

L'investissement psychocorporel est la manière dont l'individu perçoit, habite et utilise son corps dans l'environnement. Il inclut les notions de schéma corporel, d'image du corps et de motricité expressive, qui reflètent cet investissement du corps. L'adolescence est une période de développement chargée de bouleversements identitaires, cognitifs et corporels. Lorsque des violences sexuelles surviennent durant cette période, elles affectent profondément le rapport que l'adolescent entretient avec son corps. Deux situations cliniques illustrent ces impacts : Alice, 14ans, ayant vécu des attouchements sexuels au sein de son collègue et Jules, 18ans, victime d'inceste. La prise en charge psychomotrice, avec comme médiateur premier le corps, favorise ce réinvestissement psychocorporel. Le théâtre, en tant qu'approche psychocorporelle, s'inscrit dans cette dynamique thérapeutique. La notion de résilience, dans laquelle nous avons un rôle à jouer, sera centrale dans le processus de reconstruction.

Mots-clés : Psychomotricité, Corps, Adolescence, Violence sexuelle, Psychotraumatisme, Investissement psychocorporel, Résilience, Théâtre.

ABSTRACT

Body-psychological investment is the way in which individuals perceive, inhabit and use their bodies in the environment. It includes the notions of body schema, body image and expressive motor skills, which reflect this investment in the body. Adolescence is a period of development fraught with identity, cognitive and physical upheaval. When sexual violence occurs during this period, it profoundly affects the adolescent's relationship with his or her body. Two clinical situations illustrate these impacts: Alice, aged 14, who was sexually molested at school, and Jules, aged 18, who was the victim of incest. Psychomotor treatment, with the body as the primary mediator, encourages this psycho-corporal reinvestment. Theatre, as a psycho-corporal approach, is part of this therapeutic dynamic. The notion of resilience, in which we have a role to play, will be central to the reconstruction process.

Key words: Psychomotricity, Body, Adolescence, Sexual Violence, Psychological trauma, body investment, Resilience, Theater.