



HAL
open science

Ceci est mon corps : la psychomotricité à la rencontre des personnes LGBT

Wendy Richard

► **To cite this version:**

Wendy Richard. Ceci est mon corps : la psychomotricité à la rencontre des personnes LGBT. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03728207

HAL Id: dumas-03728207

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03728207>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Institut de Formation en Psychomotricité de la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

Ceci est mon corps

La psychomotricité à la rencontre des personnes LGBT

Mémoire présenté par Wendy RICHARD

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Psychomotricité

Référentes de mémoire :
Mélisande Le Corre
Caroline Beyer

Session Juin 2022

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Mélisande, pour ses nombreuses relectures, ses précieux conseils, d'avoir cru en mon sujet et de m'avoir poussé à élaborer jusqu'au bout.

Je remercie mes maître·sse·s de stage, qui m'ont permis de me questionner, de reformuler et de faire progresser mon sujet au fil des mois.

Je remercie de tout cœur ma Elsa, qui part sa présence au quotidien, son soutien, sa délicieuse cuisine et nos sessions plans/relectures/élaboration, m'a permis de rédiger ce mémoire sereinement.

Un merci tout particulier à ma maman qui m'a toujours soutenue et accepté quoi qu'il arrive. Merci à ma famille qui de près ou de loin m'a toujours encouragé, montré sa fierté et sa présence.

Merci mille fois à mes amies d'enfances qui se sont rendues disponibles pour m'aider à organiser mes idées et qui m'ont soutenu jusqu'au bout !

Je remercie également ma team de travailleuse, on s'est soutenues dans tous les moments et franchement c'était beaucoup plus chouette avec vous à mes côtés !

Enfin j'ai une pensée émue pour mes grands-parents, qui ne sont plus là aujourd'hui mais sans lesquels je n'aurais sûrement pas fait cette prépa et donc pas découvert le merveilleux monde de la psychomotricité.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
AVANT PROPOS	5
INTRODUCTION	6
PREMIÈRE PARTIE : Les spécificités des personnes LGBT	8
A) Présentation de Max	8
B) Se construire en tant que personne LGBT	9
1) Les concepts d'hétéronormativité, de cisnormativité, de binarité de genre	9
2) Le groupe : support identitaire du sujet ?	11
3) L'adolescence	17
4) Les vécus et le développement de soi : chez les personnes transgenres et chez les personnes LGB 20	
C) La santé mentale des personnes LGBT	22
1) Le stress minoritaire	22
2) Les troubles anxieux et syndrome de stress post traumatique	23
3) La dépression/La tentative de suicide/le suicide	24
4) Les addictions & les conduites à risques	26
5) Les troubles des conduites alimentaires (TCA) et de l'ingestion d'aliments	28
DEUXIEME PARTIE : un point de vue psychomoteur pour accompagner les patient·e·s LGBT	30
A) Comment définir l'identité en psychomotricité ? Présentation de différentes approches théoriques.	30
B) En quoi l'approche psychomotrice de l'identité peut-elle être un levier pour l'accompagnement des personnes LGBT ?	33
1) Approche par le cadre thérapeutique des séances.....	34
2) Approche par la contenance et la posture du/de la psychomotricien·ne	35
3) L'approche psychocorporelle et le travail des médiations thérapeutiques	37
TROISIEME PARTIE : Et si la psychomotricité avait rencontré...	46
A) Pierre	46
1) À la rencontre de Pierre	46
2) Penser une prise en charge en psychomotricité pour Pierre.....	47
B) Jeanne	49
1) À la rencontre de Jeanne.....	49
2) Penser une prise en charge en psychomotricité pour Jeanne	50
C) Max	53
1) À la rencontre de Max	53
2) Penser une prise en charge en psychomotricité pour Max	56
CONCLUSION	58
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
Résumé :	64

AVANT PROPOS

Tout d'abord, dans un souci de cohérence avec mon sujet, j'ai choisi de rédiger mon mémoire en écriture inclusive. En effet, il semble important d'écrire en incluant toute personne concernée par le sujet et non pas dans le respect d'une règle qui implique que « le masculin l'emporte sur le féminin ». Cette règle semble faire perdurer un mode de fonctionnement normatif imposant les codes de la cis-hétéronormativité¹. Ainsi, comme mon mémoire questionne l'impact de ces normes et de ces codes sur les personnes LGBT j'ai souhaité écrire ainsi.

Concernant l'acronyme LGBT, que vous retrouverez tout au long de ce mémoire, il signifie : Lesbienne (pour les femmes ayant des relations avec des femmes), Gay (pour les hommes ayant des relations avec des hommes), Bi (pour les personnes femmes ou hommes ayant des relations avec des femmes et/ou des hommes), Transgenre (pour les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas à celle assignée à leur naissance). Cet acronyme est utilisé pour regrouper les différentes personnes qui constituent cette communauté minorisée.

Les personnes LGBT ne sont pas les seules minorités sexuelles dans la société mais j'ai fait le choix de restreindre mon sujet aux personnes lesbiennes, gays, bi et transgenres par souci de cadrage. En effet chaque catégorie est spécifique et ce mémoire n'aurait pas pu rendre compte de toutes les réalités.

Ce mémoire se présente comme un mémoire de recherche. Je tiens à préciser que par absence des personnes LGBT dans les lieux de soins où je réalisais mes stages, je n'ai pas de clinique. Toutefois, pour étayer mon propos j'ai choisi de prendre les cas de trois personnes rencontrées au cours de ma vie, dont Max², qui a accepté de faire un entretien afin d'illustrer certaines parties de mon mémoire. Pour les deux autres personnes, iels seront présenté·e·s en dernière partie. Je proposerais une lecture psychomotrice issue de mes observations et impressions ainsi que des projets thérapeutiques en lien avec leurs problématiques et besoins.

Concernant le choix de ce sujet, celui-ci découle des analyses et des questionnements qui m'ont traversé durant ma formation mais aussi durant ma vie.

¹ Cette notion sera définie dans la première partie.

² Son prénom a été modifié pour respecter l'anonymat

INTRODUCTION

La société française devient de plus en plus tolérante à l'égard des personnes LGBT. Nous pouvons le constater par l'évolution de la loi notamment :

- Retrait de l'homosexualité des maladies mentales en 1981 et dépénalisation en 1982
- Pénalisation des propos et des actes discriminatoires liés à l'orientation sexuelle en 2004
- Retrait de la transidentité des maladies mentales en 2010
- Autorisation du mariage pour les couples de même sexe en 2013
- Procréation médicalement assistée pour toutes les femmes en 2021
- Loi interdisant les pratiques visant à modifier l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, sexuelle, sexuée d'une personne depuis 2022
- Don du sang autorisé à toute personne qu'importe son orientation sexuelle en 2022

À partir de cette liste, nous pouvons voir qu'il y a effectivement eu des avancées concernant les droits et libertés des personnes LGBT mais qu'elles sont relativement récentes. De plus, il faut noter qu'ils peuvent encore subir de la discrimination, des lgbtphobies et toutes sortes de violences (verbales, physiques). Dans le rapport 2021 de SOS homophobie sur les lgbtphobies en 2020 en France, près d'une personne sur quatre rapporte avoir été harcelée au sein de sa famille et/ou de son voisinage (le voisinage étant le 2^{ème} contexte d'agression physique), 39% des cas de transphobies envers les hommes transgenres ont eu lieu dans leur cercle familial, près d'une victime sur dix est mineure (les violences et le rejet venant à la fois des camarades d'école, des enseignant·e·s, de la famille). (SOS homophobie, 2021). En effet, comme nous le disions à l'instant, les violences perpétrées dans la société peuvent se retrouver dans les sphères familiale (Ined, 2020), scolaire (Richard, 2018), sociale (SOS Homophobie, 2021), de santé (Jedrzejewski, 2016) et professionnelle.

À partir de ce constat nous pouvons supposer que les lgbtphobies peuvent induire des difficultés psychologiques importantes. De plus, nous pouvons supposer que la construction identitaire des personnes LGBT est spécifique par rapport aux personnes cis-hétérosexuelles qui ne subissent pas ces discriminations. En effet, ils sont surreprésentés dans les pathologies telles que la dépression, les troubles anxieux, les addictions et les troubles des conduites alimentaires.

Mon but ici, n'est pas de pathologiser le fait d'être LGBT mais de rendre compte de leur situation et de présenter les spécificités qui les concernent en grandissant en tant que LGBT. De plus, il demeure encore un tabou et une méconnaissance des problématiques que rencontrent ces minorités au sein de leurs parcours : les vécus d'invisibilisation, de discrimination, de stigmatisation des personnes LGBT, peuvent générer un mal être inhérent à leur place dans la société.

Du point de vue de la psychomotricité, nous savons que pour sa construction identitaire, le sujet doit trouver un équilibre à travers son contexte familial, son psychisme, ses émotions, sa socialisation, sa sensorialité afin d'avoir un développement psychomoteur le plus efficient possible. Le parcours des patient·e·s peut donc avoir un impact sur leur santé mentale. Ainsi il est de notre ressort en psychomotricité, de les aider à pouvoir retrouver une unité dans toutes les sphères qui composent leur identité psychocorporelle/affective/sensorielle.

Alors, au cours de ce mémoire, nous nous demanderons en quoi l'identité en psychomotricité pourrait avoir un intérêt pour les personnes LGBT.

Ainsi, nous verrons au cours de la première partie quelles sont les spécificités des personnes LGBT dans leur construction identitaire : à travers les différents groupes d'appartenances et la période de l'adolescence. Nous verrons également l'impact que peut avoir leur vécu sur leur santé mentale. Dans une seconde partie nous définirons l'identité en psychomotricité et nous verrons en quoi l'approche psychomotrice de l'identité pourrait être un levier dans la prise en charge des personnes LGBT. Enfin dans une dernière partie nous verrons l'application de projets thérapeutiques concernant trois personnes issues de la communauté LGBT.

PREMIÈRE PARTIE : Les spécificités des personnes LGBT

« Se dire à soi et à autrui ne va pas de soi. Pouvoir être soi-même dans toutes les facettes de son existence n'est pas une évidence. De la cour au bureau, de la rue aux réseaux sociaux, les violences traversent toutes les sphères, y compris celles qui devraient constituer des facteurs de protections tels que le cercle familial ou amical. » (C.Dayer, 2020, p.7)

Malgré un parcours de vie plutôt ordinaire, il suffit que l'une des sphères de la vie soit touchée par des violences LGBTphobes pour que les personnes LGBT ne trouvent pas ou plus la légitimité nécessaire pour se construire sereinement en tant que sujets. Nous verrons en quoi grandir dans une société normée peut être une entrave à leur épanouissement et à leur construction identitaire. Nous verrons également quel impact cela peut engendrer sur leur santé mentale.

A) Présentation de Max

Afin d'illustrer ce mémoire nous allons utiliser le cas de Max. En effet j'ai eu l'occasion de m'entretenir avec lui et il a accepté de me livrer une partie de sa vie, de l'enfance à maintenant. Max est un jeune homme de 27 ans que j'ai rencontré il y a quelques années lors d'un engagement bénévole pour une association. Max se définit et se présente comme metteur en scène, homosexuel, militant et président d'une association de réduction des risques³. Au cours de cet entretien je lui ai demandé de prendre du recul sur l'enfant qu'il avait été. Il m'a alors raconté sa scolarité de la primaire à la fac, le théâtre qui a pris et prend toujours une grande place dans sa vie. Il m'a parlé de sa famille, de ses ami-e-s. Nous avons aussi parlé du rire utilisé chez lui comme une « arme » et comme échappatoire des situations délicates. Nous avons parlé de ses questionnements, des moments de creux, de son sentiment de « Vide ». Nous avons parlé de son rapport aux autres et à la société. Il m'a parlé de son coming-out et de la manière dont il avait compris qu'il était homosexuel. Il m'a aussi parlé de son rapport à la santé et de ses expériences face au soin. Nous avons également abordé sa dépression récente.

Il semblait pertinent d'utiliser son témoignage à la lumière de son vécu en tant que personne issue de la communauté LGBT.

³ La réduction des risques a pour objectif de soutenir les personnes consommatrices et de trouver avec elles des solutions adaptées à leurs pratiques afin de limiter les atteintes physiques, psychiques, sociales (en délivrant, par exemple, du matériel d'injection propre). Sidaction, 2020, *Guide de la santé psychique chez les lgbt*

B) Se construire en tant que personne LGBT

Dans cette partie nous verrons en quoi le développement et la construction identitaire du sujet peuvent être spécifiques pour les personnes LGBT par rapport aux personnes cis-hétérosexuelles. Pour ce faire, nous allons définir, dans un premier temps, les concepts d'hétéronormativité, de cisnormativité et de binarité de genre afin de comprendre le contexte dans lequel ces personnes se développent. Nous verrons ensuite en quoi les différents groupes (famille, école) participent à la construction identitaire du sujet. Enfin nous verrons la période de l'adolescence, période de grands bouleversements de l'identité.

1) Les concepts d'hétéronormativité, de cisnormativité, de binarité de genre

Lorsqu'on grandit en tant que personne en France, on grandit dans l'hétéronormativité. L'hétéronormativité correspond à la croyance supposant que l'hétérosexualité est la seule orientation sexuelle possible. En effet, Adrienne Rich (1981), théoricienne féministe et professeure d'université américaine, fait partie des figures principales qui ont conceptualisé l'hétéronormativité. Elle part du constat que dans la « *littérature féminine*⁴ », il n'y a pas de représentations des personnes LGB, ou alors, si iels apparaissent, iels sont représenté·e·s de manière péjorative. Pour elle, l'unique représentation des relations hétérosexuelles et l'absence des personnes LGB participent au fait que l'hétérosexualité soit vu comme le seul type de relation possible et valorisé par la société. SOS Homophobie décrit l'hétéronormativité comme « *l'ensemble des normes qui font apparaître l'hétérosexualité comme cohérente, naturelle et privilégiée. Elle implique la présomption que toute personne est hétérosexuelle et la considération que l'hétérosexualité est idéale et supérieure à toute autre orientation sexuelle. L'hétéronormativité inclut également le fait de privilégier une norme d'expression des genres binaires qui définit ou impose les conditions requises pour être accepté·e ou identifié·e en tant qu'homme ou femme.* ».

Lorsqu'on grandit en tant que personne on grandit dans la « cisnormativité ». Lexie (2021) définit la cisnormativité comme : « *une disposition sociale qui estime qu'être cisgenre est la norme* ». (p.247) Pour comprendre le concept de cisnormativité nous allons d'abord définir ce qu'est être cisgenre et transgenre.

⁴ La littérature féminine peut se définir comme un genre littéraire, entre la fin du XVIIIème et le début du XIXème siècle, écrit par des femmes et destiné aux femmes.

Être cisgenre, c'est ressentir une adéquation entre son identité de genre⁵ et le genre qui a été assigné à la naissance. Au contraire des personnes transgenres, qui justement ne ressentent pas d'adéquation entre leur identité de genre et le genre (féminin ou masculin) qui leur a été assigné à la naissance. Le préfixe latin « cis » signifie « du même côté », quand le préfixe « trans » signifie « de l'autre côté ».

La *cisnormativité* repose sur le fait que comme les personnes cisgenres seraient numériquement majoritaires alors ce serait l'unique manière d'apparaître au monde. Evoluer dans la société en ayant l'air d'un homme selon les critères occidentaux de ce à quoi doit ressembler un homme et de même pour les femmes serait alors la seule chose qui soit acceptable. Pour lexie : « *La cisnormativité est directement liée à la binarité puisque les sociétés occidentales reposent sur une construction binaire où un homme doit avoir un pénis et une femme une vulve-vagin-utérus.* » (*Ibid.*)

Cette conception entraîne alors un sentiment de rejet et de mépris pour les personnes transgenres. En effet, exprimer son genre de manières différentes et en dehors des catégories binaires de genre n'est pas vu comme quelque chose de normal et peut faire l'objet de discriminations. Autrement dit, la cisnormativité c'est le fait de penser que ressentir une adéquation avec le genre apposé à sa naissance serait la seule et unique norme valide. C'est également le fait de penser que le cadre de la binarité de sexe doit servir de référence pour déterminer ce qui est normal ou pas.

En effet, l'hétéronormativité et la cisnormativité sont éminemment liées à la binarité de genre. Lexie (2021) « *la binarité de genre est un modèle de construction des identités intégrant seulement, ou majoritairement, deux bornes de genre : homme et femme. Il s'agit du modèle ancré et intégré aux sociétés occidentales notamment. La binarité est apprise et s'est construite selon les caractéristiques perçues et supposées liées aux réalités biologiques majoritaires sur la division pénis/vulve-vagin-utérus. Cette binarité sous-entend aussi une répartition selon ces deux genres.* » (p.273). Autrement dit, ce concept suppose qu'il y a des attendus (physiques, comportementaux, nominatifs, amoureux) sous-jacents aux genres homme et femme. Ainsi, toute personne qui ne se retrouve pas ou qui ne serait pas conforme à cette binarité, peut être stigmatisée voire discriminée.

⁵ L'identité de genre c'est la catégorie de genre (féminin, masculin, non binaire, etc.) à laquelle une personne estime appartenir.

2) Le groupe : support identitaire du sujet ?

Dans son développement, le sujet va évoluer dans différents groupes appelés : (selon les auteur·e·s) *groupe d'appartenance* ou *groupe de référence*.

Celui-ci lui confère une sécurité, une *enveloppe*, qui lui permettra de découvrir qui iel est à travers l'autre dans leurs similitudes mais aussi dans leurs différences. C'est ce qu'explique E.Marc (2005) : « *l'identité se construit dans un double mouvement d'extension croissante où l'individu accède à la conscience de soi, par différenciation d'autrui et assimilation au même.* » (p.50).

Didier Anzieu (1999), psychanalyste et professeur de psychologie, donne également une vision du groupe dans un aspect plus symbolique : « *le groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. (...) Une enveloppe vivante, comme la peau qui se régénère autour du corps, comme le moi qui s'efforce d'englober le psychisme, est une membrane à double face. L'une est tournée vers la réalité extérieure, physique et sociale (...). Par sa face interne, l'enveloppe groupale permet l'établissement d'un état psychique transindividuel que je propose d'appeler un Soi de groupe : le groupe a un Soi propre. Il est le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes.* » (cité par C.Calecas, 2013, p.300). Ici Anzieu compare le groupe à un phénomène vivant, organique, qu'il rapproche de l'enveloppe et donc à sa théorie du *Moi-peau* (1974). Il semble faire ce parallèle dans les fonctions de contenant mais également d'interfaces. En effet ici l'enveloppe fait groupe. Le groupe étant un ensemble de personnes. Donc pour qu'il y ait des interactions et groupe, il faut qu'il y ait une enveloppe groupale. Concernant les interfaces, cela implique un dedans et un dehors : à l'intérieur l'enveloppe favoriserait une identité de groupe, « *le Soi de groupe* », qui permet aux individu·e·s de s'identifier les un·e·s aux autres parce qu'ils sont tous différents·e·s. De plus, iels s'influencent, partagent et s'apportent à travers ce groupe. À l'extérieur cette enveloppe permet d'être en interaction avec d'autres personnes et d'autres groupes. Cependant, le groupe peut aussi induire la fusion pour certaines personnes qui ne s'identifient qu'à travers le groupe et qui de l'extérieur ne sont perçues que par ce groupe comme n'ayant plus de singularité.

De là, les groupes d'appartenances ne sont des supports que s'ils fournissent des sphères d'identifications où chaque personne conserve son individualité. De plus, il faut noter que les personnes peuvent appartenir à différents groupes, donc si la fusion est opérante avec l'un d'eux, il sera difficile de s'en détacher pour intégrer d'autres groupes d'appartenances.

Il y a un aspect important ici qui peut faire écho avec le vécu des personnes LGBT. Nous verrons dans les parties ci-dessous que les groupes de références ne sont pas toujours

des supports d'identifications dans leurs cas. Iels peuvent manquer de groupes d'appartenances dans lesquels iels pourraient se sentir pleinement soi.

Ainsi, il semble que la notion de groupe soit une composante primordiale dans la construction identitaire du sujet et particulièrement des personnes LGBT : nous l'étudierons au travers du groupe familial, de l'école et de l'adolescence. Nous verrons également les différences et spécificités de développement entre les personnes transgenres et les personnes LGB (Lesbiennes, Gays, Bisexuelles)

La famille

Le premier groupe intégré par le sujet est le *groupe familial*. Celui-ci va être le premier support de son identité et de ses représentations relationnelles. Il va mimer ce groupe tout en ayant son propre caractère et son propre fonctionnement. « *C'est d'abord dans et par le groupe familial que les systèmes normatifs s'actualisent (...). Naître c'est se retrouver membre d'un groupe qu'on n'a pas choisi, qui lui-même s'inscrit dans un contexte social et culturel particulier, qui détermine ses conditions d'existence, spécifie sa place par rapport à d'autres groupes sociaux, et propose un certain nombre de valeurs et de modèles qui orientent ses conduites.* » (V.Aebischer, D.Oberlé, 2007, p.37) Il y a donc l'idée que le sujet n'est pas complètement maître de ce qui le définit, il est d'abord sous l'influence de son groupe familial, qui lui impose ses propres codes et modes de fonctionnement jusqu'à ce qu'il puisse s'émanciper.

Le groupe familial a un autre rôle dans la construction du sujet : l'apport de la sécurité de base. Celle-ci est possible par les soins et l'attention qu'il prodigue à l'enfant au cours de son développement. Cela lui permettra de se sentir assez confiant-e pour expérimenter et s'épanouir sereinement. À travers le *holding* et le *handling* (Winnicott, 1956) notamment, l'enfant acquiert un sentiment de continuité d'existence et donc sa subjectivité. Les relations entretenues avec les *caregiver* sont donc fondamentales pour la construction de l'identité de l'individu-e. Iels lui permettent de pouvoir s'épanouir dans un cadre qui soit à la fois contenant, rassurant, sécurisant et *suffisamment bon*.

De ce fait, le cadre de vie peut avoir une influence considérable sur la manière dont la personne va se penser et penser le monde. De plus, les proches peuvent être des personnes ressources et contenantantes ou au contraire des personnes maltraitantes. Bien sûr, ce n'est pas aussi binaire mais il faut noter que l'environnement sûr n'est pas toujours présent pour toutes. En effet, c'est souvent le cas pour les personnes LGBT. Iels sont sureprésenté-e-s dans les violences intrafamiliales subies par les jeunes de moins de 25 ans en comparaison des jeunes identifié-e-s hétérosexuel-le-s. Notamment les filles lesbiennes et bisexuelles

subissent presque deux fois plus ces violences (psychologiques, physiques, sexuelles) dans la sphère familiale. (Ined, 2015) Nous voyons donc, à travers ces résultats, que pour les jeunes LGBT la famille peut être un groupe où iels ne sont pas en sécurité. Il y a ici une expression directe de la systémie des lgbtphobies et du sexisme au sein de la société.

Nous pouvons également supposer que le groupe familial n'est donc pas un environnement qui est propice à un développement identitaire sécurisé.

D'ailleurs pour Max, son coming out⁶ n'a pas été accepté et entendu par toutes les personnes de son cercle proche, il me raconte :

« J'ai fait mon coming-out au collège fin de 5^{ème} et du côté de ma famille je l'ai fait à mes parents milieu de 4^{ème} ou milieu de 3^{ème}. Donc assez rapidement mais pas illico non plus. À l'époque 6mois/un an et demi, c'est long... Et mes frères je ne leur ai pas dit illico non plus.

Moi : Tu as des frères ?

Max : J'ai deux petits frères : un de deux ans et demi plus jeune que moi, qui entre en 6^{ème} juste après mon coming-out de fin de 5^{ème}. Donc il y a eu un petit moment de : « houlala faut pas que lui l'entende » mais je pense qu'il l'a entendu très vite et qu'il n'en jamais rien eu à faire. Le jour où il l'a su, où on en a parlé cash, c'était un non sujet aussi. Il savait déjà, il en avait entendu parler, il avait compris. Par contre avec mon plus jeune frère ça s'est beaucoup moins bien passé parce que j'étais persuadé qu'il le savait déjà comme mon autre frère, qui l'avait appris par l'école etc et en fait non et du coup il l'a pris très violemment. Mais ça c'était des années plus tard.

Donc en effet, je ne l'ai pas dit pendant un moment puis quand je l'ai dit j'ai compris que pour mon père ça allait mais pour ma mère, non. Ma mère ça été très difficile pendant dix ans. Les relations avec ma mère c'était « Madame huître ». Parce qu'en plus, graduellement, un peu tout dans ma vie s'est mis à graviter autour de mon identité sexuelle. Parce que mon identité sexuelle ce n'est pas juste j'aime les mecs et voilà, c'est quand même un gros pan de ma vie, c'est beaucoup de mes engagements associatifs, de mes activités, dans ma socialisation, de mes envies professionnelles, de

⁶ Révélation volontaire de son orientation sexuelle ou de son identité de genre. Cette révélation effectuée par une personne LGBTI peut se faire à différents niveaux : familial, professionnel, sportif ou social (loisirs, voisins, amis, etc.).

mes projets artistiques... Enfin c'est très très présent quand même. En construisant ça graduellement d'années en années, en sachant que je ne pouvais pas partager ça avec elle, parce qu'elle se fermait comme une huître, ça faisait graduellement de plus en plus de bouts de ma vie sur lesquels je n'avais rien à lui raconter.

Mon père a toujours été assez « safe », en faisant des efforts pour l'être mais ce n'était pas inné. »

Nous voyons que lorsque Max a annoncé son homosexualité à sa famille les réactions sont allées de l'hostilité à l'indifférence. Nous pouvons supposer comme l'indiquent V.Aebischer et D.Oberlé, que Max ne correspondait plus aux valeurs et aux normes valorisées par sa famille. (*Ibid.*) En effet, il parle d'une dizaine d'années « difficiles » avec sa mère. Il confie un peu après qu'elle ne s'intéressait plus à lui et semblait gênée par son homosexualité en ne l'abordant jamais. Comme pour Max, toute sa vie était liée à son orientation sexuelle, il n'avait rien à partager avec elle.

« Le truc qui m'a beaucoup blessé dans ces années-là c'est qu'en fait ma mère posait des questions. Mon père non, enfin pas plus à mes frères qu'à moi. Donc son discours se tenait de : « si vous vous voulez en parler je suis là, si vous n'avez pas envie d'en parler je ne vais pas vous forcer ». Mais ma mère en revanche était capable de tirer les vers du nez à mes frères sur plein de choses. Moi je n'avais pas le droit à une question. Il y avait des déjeuners entiers où je n'avais pas le droit à une question, à un : « comment ça va ? » »

On peut donc voir que pour Max, il y avait peu d'espaces dans sa famille pour discuter de son quotidien et de ce qui pouvait lui arriver, en bien comme en mal. Il semble avoir vécu l'isolement et une certaine invisibilisation.

Nous pouvons supposer que selon les situations familiales les personnes n'ont pas forcément de ressources à leur disposition pour se sécuriser et se réassurer. Il faut parfois aller chercher de l'aide auprès d'autres personnes qui ne font pas toujours partie du groupe familial. Pour Max, l'aide et l'écoute ont été trouvées auprès de son infirmière scolaire :

« Je pense que dans mes années collège, lycée, je n'étais pas trop malheureux. C'était très variable, d'un jour à l'autre. Je pouvais être très content, rire et d'autres jours être très down. Quand je dis down, je pense que l'infirmière du collège/lycée avait bien compris que je n'allais pas bien. Pourtant je ne crois pas en avoir abusé, mais j'en ai usé de ces heures passées à discuter avec elle en lui disant : « ok je sais que je suis là sur du temps scolaire, mais j'en ai trop gros sur la patate pour rester concentré sur un cours de physique » »

Max a donc pu trouver du réconfort auprès de cette infirmière avec laquelle il pouvait discuter et trouver une échappatoire.

L'école

Lorsqu'on naît assigné-e fille ou garçon, il y a des règles insidieuses auxquelles il ne faut pas déroger, encore moins dans le premier lieu de socialisation : l'école. *« La scolarité se trouve prise dans un espace institutionnel de normalisation et de classification au sein duquel des attentes genrées persistent (Duru-Bellat, 1995). L'école est donc une institution réaffirmant des stéréotypes de genre dans un cadre normatif mais elle vise également à normaliser les expressions de genre (Collet, 2011). » (C.Reverse, 2020, pp.35-36).*

Nous pouvons effectivement observer que les garçons restent ensemble, jouent à des jeux collectifs, se battent, ne parlent pas trop de leur vie personnelle et de leurs ressentis, ne montrent pas trop leurs émotions et qu'ils vont préférentiellement dire être amoureux des filles. L'observation se fait aussi pour les filles : elles restent ensemble, jouent à des jeux calmes, communiquent sur leurs émotions et leurs ressentis mais surtout entre elles, ne parlent pas très fort et se font peu remarquer de manière générale, elles se salissent peu, jouent davantage à des jeux en intérieur et vont préférentiellement dire qu'elles sont amoureuses de garçons.⁷

Max me parle de cette période et de ses relations avec ses camarades :

Assez vite, je n'étais pote qu'avec les nanas. Avec les mecs ce n'était pas possible, vraiment pas.

⁷ Delalande, J. (2003). La socialisation sexuée à l'école : l'univers des filles. La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 73-80.

Moi : Au collège ?

Max : Non non, en primaire, au collège, au lycée, même encore aujourd'hui... enfin non aujourd'hui ce n'est plus pareil (il rit) mais ce ne sont pas des mecs cis-hétéro.

Moi : Donc dès l'enfance, tu te disais déjà : « les filles sont davantage mes amies » ?

Max : Oui et ce n'était pas tellement parce que c'était des filles mais plutôt des personnes avec lesquelles je pouvais parler de trucs marrants. Je n'ai pas envie d'associer ça au cliché de « c'est parce que j'étais homosexuel » et que les filles et les homosexuels on serait pareils. C'est du bullshit.

Moi : Oui, j'ai l'impression qu'on élève les petites filles à être plus dans la communication, la bienveillance. Peut-être que toi tu te reconnaissais dans cette communication qui n'est pas forcément possible avec les petits garçons.

Max : Oui tout à fait et c'est justement ce que tu pointes et ce que tu viens de dire. C'était quand même beaucoup plus facile de communiquer. Parce qu'évidemment y'avait du « drama », y'avait des disputes, mais ça ne passait pas aux poings. Je n'avais pas envie de ça. Je n'avais pas envie de me battre autour d'un ballon de foot.

Moi : Oui je vois, pas le corps à corps direct ou la violence.

Max : Non, avec les filles c'est beaucoup plus verbal et beaucoup plus rigolo aussi. Tu peux vite transformer du drama en truc drôle pour dé-escalader la dispute.

Le témoignage de Max n'est que le reflet des relations que peuvent avoir les enfants à l'école. Notre société influence de fait les rapports qu'ils entretiennent dans leur lieu de socialisation. Iels reproduisent ce qu'ils observent et vivent dans leur groupe familial notamment. Iels peuvent donc se construire de manière très codifiée et normée. Ce qui peut les enfermer et les faire souffrir s'ils n'appartiennent pas à cette norme. C'est ce que Max expliquera un peu plus tard dans l'entretien.

Clément Reverse (2020) indique que les vécus de violences sont conscientisés et intégrés aux représentations que ces jeunes LGBT ont de leur place à l'école, face à leur sexualité, leur genre et/ou leur sexe les conduisant à ne pas toujours être intègres à leur soi-même.

3) L'adolescence

L'adolescence est l'une des étapes clé dans le processus identitaire du sujet. Ainsi, concernant le regard porté sur l'évolution des personnes LGBT, il semble important de parler de cette période du développement des sujets. En effet, iels entrent dans une période où beaucoup de changements interviennent au même moment. C'est pour cela que l'on parle de « *processus bio-psycho-social* » (Paumel, 2019). En effet, les bouleversements ont lieu à tous les niveaux autant dans les relations à l'autre qu'à soi. C'est l'instant « *des remaniements intrapsychiques et interpersonnels* » (*Ibid*, 2019). Mais ces bouleversements ont lieu aussi dans la relation que l'adolescent·e entretient avec son corps avec l'arrivée de la puberté. Philippe Jeammet (2012) en parle ainsi : « *C'est le corps du sujet qui est au cœur de l'adolescence, un corps en transformation, un corps en identification, un corps en cours de sexualisation.* » Cette citation illustre bien ce qui se passe pour l'identité du sujet et notamment son identité psychocorporelle. Charlotte Paumel (2019) donne aussi un avis intéressant sur l'identité de l'adolescent·e. Elle parle de la question des « *identifications* » concernant les membres de la famille à travers les ressemblances et les projections de ses parents mais également concernant ses pairs à travers le style vestimentaire qu'iel va choisir d'avoir. Il semble qu'il y ait un besoin de trouver une stabilité identificatoire et singulière au sein d'un processus évolutif. Benoit Lesage (2012) y fait référence dans le rapport au temps que le sujet entretient à cette période de la vie. Il faut qu'iel puisse ressentir une continuité d'existence de son identité, tout en accueillant et intégrant les changements qui s'opèrent. Ainsi le sujet n'est « *ni tout à fait le même ni tout à fait un autre.* » (Verlaine, 1866)

Une autre composante importante concerne les rapports que l'adolescent·e a avec son groupe familial. En effet, durant son adolescence les liens qu'iel entretenait avec sa famille vont se restructurer. Les identifications, selon Winnicott (1953) sont remaniées et les nouvelles expériences du sujet modifient son rapport psychique à son groupe familial. Iel passe donc *d'identifications structurantes* à des *identifications indépendantes*. « *La tâche de l'adolescent est de trouver un équilibre narcissico-objectal, lui permettant de retrouver une sécurité interne, d'affirmer un nouvel Idéal du moi, tout en investissant de nouvelles personnes.* » (Paumel, 2019, p.240). Il faut que l'adolescent·e puisse se détacher de ses figures d'attachement pour pouvoir établir de nouvelles relations en accord avec sa personnalité et son identité. La notion « *d'équilibre* » fait donc référence à la fragilité de cette période et aux différentes étapes qu'iel traversera dans sa construction. En d'autres termes, cette période oblige l'adolescent·e à se réajuster en permanence en ayant à l'esprit qu'iel évolue sans fondamentalement changer ce qu'iel a toujours été.

L'adolescence est aussi le moment où les pairs sont les révélateur·ice·s de son identité. Le groupe familial n'est plus sa source d'identification principale donc l'adolescent·e va se chercher un ou des nouveau·x groupe·s d'appartenance·s.

E.Marc (2005) à propos de la théorie sur l'identité d'Erikson (1972) : « *L'identité n'est pas simplement la somme des identifications passées : l'adolescence est aussi une période de rupture où le jeune abandonne certaines identifications pour en choisir de nouvelles* » (p.21). Il fait donc référence à la rupture et aux remaniements « bio-psycho-sociaux » qui vont amener l'adolescent·e à se sentir singulier·e et différent·e de son groupe familial mais aussi de ses pairs. Il est dans une dynamique plutôt paradoxale puisqu'il va s'identifier tout en se différenciant. La différence est dans le fait qu'iel va revendiquer ses propres goûts, valeurs et ressentis dans une émancipation qui lui sera favorable pour affirmer qui iel est.

Comme nous venons de l'exposer, l'adolescent·e a besoin de l'autre pour se sentir pleinement soi et unique mais a aussi besoin de supports identificatoires pour se sentir en sécurité. C'est cette double composante qui semble parfois manquer aux personnes LGBT. Iels ne trouvent pas forcément de place pour leur identité propre dans leurs différents groupes d'appartenances. En effet, leur groupe familial ne leur permet pas toujours de trouver une place et une sécurité identitaire. De plus, il peut en être de même avec leurs pairs. Il leur faut chercher des repères, des personnes identifié·e·s et identifiables qui pourraient les comprendre, ne pas les juger ou vivre la même chose. De ce fait, les personnes LGBT ne trouvent pas forcément de groupe d'appartenance avant un long moment. Il leur faut parfois vivre, d'abord, la solitude et le rejet avant de se constituer leur propre « *famille* ». C'est ce que Max m'a expliqué avec « sa famille queer » :

Lors de ma première hospitalisation pour ma première tentative de suicide, ce n'est pas le numéro de mes parents ou de mes frères que j'ai donné c'est celui de ma famille...pas la biologique. (il rit)

Moi : Donc tu ne trouvais pas forcément de sécurité et de réconfort auprès de ta famille biologique ?

Max : Non, du tout. Donc j'allais chercher ailleurs.

Moi : Tu allais chercher ailleurs depuis toujours ?

Max : Non. Je dirais, inconsciemment depuis toujours, sans avoir trouvé pendant des années... Je n'avais qu'une seule copine, qui est ma plus ancienne relation mais aussi l'une des plus compliquées. C'est fluctuant, il y a des moments où ça se passe merveilleusement bien mais à d'autres, pas du tout et je vais avoir les mêmes réticences à lui parler de certains sujets. Pas parce qu'elle rejette mon homosexualité mais parce qu'elle ne va pas comprendre.

Moi : Étant ton amie la plus ancienne elle t'a aidé et t'a soutenu ?

Max : Oui elle m'a soutenu à beaucoup de moments, plus que chez moi.

Aujourd'hui je crois que j'ai quand même trouvé quelque chose de beaucoup plus stable : il y a des personnes qui peuvent disparaître du radar pendant un moment, parfois on se dispute. Mais je considère que y'a beaucoup de gens dans ma vie sur qui je peux compter. C'est beaucoup plus sain et stable au sens famille choisie. Bien sûr on n'est pas d'accord sur tout. Mais dans nos débats on est plus posés, on s'écoute davantage, on parle le même langage. C'était une nécessité pour moi de trouver cette famille.

Par son témoignage Max raconte la nécessité de trouver une stabilité affective mais aussi une appartenance au sein d'un groupe. Il semble montrer la nécessité de parler le même langage, de pouvoir partager les mêmes expériences, intérêts. Il semble aussi très important pour lui d'avoir trouvé cette stabilité face à une « famille biologique » auprès de laquelle il ne pouvait pas trouver la sécurité et la contenance nécessaire.

Pour conclure cette partie sur la construction des individu-e-s au sein des différents groupes, il semble important d'aborder aussi les spécificités lorsqu'on grandit en tant que personne transgenre. En effet, la construction identitaire n'évolue pas de la même manière que pour les personnes homosexuelles et bisexuelles.

4) Les vécus et le développement de soi : chez les personnes transgenres et chez les personnes LGB

Nous avons pu montrer précédemment que le fait de grandir comme personne LGBT, pouvait être difficile voire violent. Bien sûr, chaque vécu est différent, nous avons toutes une appréciation différente de qui nous sommes malgré des caractéristiques communes (culture, contexte social, familial...). Nous avons vu qu'il pouvait être difficile de trouver sa place dans les différents groupes rencontrés au cours de la construction du sujet, notamment du point de vue des processus d'identification. Pour les personnes de la communauté LGBT, et surtout les personnes transgenres, les vécus sont souvent imprégnés de violence et de solitude.

Les personnes transgenres ne vivent pas les mêmes processus que les personnes LGB. Une personne homosexuelle ou bisexuelle, ne va pas vivre son corps et sa place dans la société de la même manière qu'une personne transgenre dont l'identité de genre n'est peut-être pas en adéquation avec son identité sexuée et sexuelle : « *Le passage du pubertaire (psychique et surtout physique) joue ensuite un rôle essentiel dans le vécu identitaire des jeunes transgenres, ramenant sur le devant de la scène le corps et l'espace d'un intime ainsi que ses enjeux nouveaux sur la scène publique.* » (F.Poirier, 2020, p.161) En effet, ce processus auquel toute personne est confrontée peut être très difficile à vivre pour les jeunes transgenres. Le corps, jusqu'ici plutôt stable dans sa morphologie et son apparence change pour soi mais aussi dans le regard des autres. L'autre peut lui renvoyer une image de lui ou elle qui n'est pas conforme à la sienne et qui soit violente, inadéquate.

De plus, F.Poirier (*ibid*) cite une étude canadienne (Veale *et al.*, 2017), qui a montré que : « *les jeunes transgenres font face à des difficultés psychiques plus importantes que chez les populations cisgenres hétérosexuelles ou LGB.* » (p.161). L'auteure se questionne plus loin dans son article, quant aux raisons de ces difficultés psychiques :

« *On évoquait plutôt certains des éléments-clés du bon déroulement d'une adolescence. Les différentes formes de discriminations (intimidations, indifférence, marginalisation, etc.) sont tout particulièrement prégnantes à cet âge de la vie, surtout dans un contexte culturel binaire homme/femme où la transidentité est encore méconnue du plus grand nombre. En outre la transphobie « intériorisée » (Alessandrin, 2016), autrement dit les effets d'une socialisation genrée et d'un mode de pensée qui ne sont, en soi, pas neutres... ».* (*Ibid*).

L'auteure fait donc le parallèle avec ce que subissent les personnes transgenres, leur vécu et le contexte binaire de la société, ce que nous exposons au début de cette partie.

Ces modes de fonctionnement systémiques excluent de fait, toute personne qui ne serait pas dans la norme. Ces formes d'exclusions peuvent pousser ces jeunes à se questionner davantage sur leur identité et leur place dans la société, dans une période déjà complexe et bouleversante.

Max l'évoque :

« (...) j'étais quand même mature pour un enfant de mon âge, enfin plus mature que les enfants que je fréquentais. J'étais entouré d'enfants qui n'avaient jamais eu besoin de se poser des questions sur quoi que ce soit dans la vie. Moi j'ai dû m'en poser, pas pour des raisons éco-sociales, mais je pense que j'ai commencé à me poser des questions sur qui je suis et ce que ça représente dans la société à partir du moment où j'ai compris que j'étais homo. »

Les jeunes LGBT peuvent donc éprouver de la difficulté à se sentir exister et légitimes face à leurs pairs. Iels peuvent alors se retrouver seul-e-s face à leurs inquiétudes et leurs ressentis. Stéphanie Rubi (2020), explique la causalité entre la stigmatisation des personnes LGBT, leur isolement et leur santé mentale : *« Les orientations sexuelles ou l'identité de genre de ces enfants et jeunes, en différant de celles de la majorité, les placent comme des déviant-e-s à une norme statistique. Assigné-e-s à figurer le différent, le dissemblable, ces mineur-e-s sont aussi trop fréquemment condamné-e-s au mépris, à l'isolement, à l'ostracisme, au dénigrement ou à devenir la cible de multiples faits de violence. Les enquêtes témoignent alors de l'extrême solitude, de la souffrance de ces enfants abandonnés dans une arène scolaire où règne la tyrannie de la majorité. Difficile de se construire comme sujet quand ce que l'on est, se trouve bafoué, et fait avant tout l'objet d'une « reconnaissance négative » dans un quotidien d'opprobre. »* (pp32-33).

Nous voyons donc que la norme peut être lourde de conséquences sur la construction des personnes LGBT. Iels intériorisent des actes, des paroles, des pensées qui agissent sur leur bien-être. Ces vécus de violence peuvent alors se généraliser et affecter plus ou moins durablement leur santé mentale et le développement de leur subjectivité. Il est donc pertinent de s'intéresser de plus près à l'impact que peut avoir leur parcours sur leur santé mentale.

C) La santé mentale des personnes LGBT

« Pour les jeunes LGBT ou en questionnement, confronté-e-s à leurs désirs naissants et à la peur de décevoir les attentes parentales, l'adolescence et les premières années de l'âge adulte constituent des périodes de haute vulnérabilité sur le plan de la santé mentale : c'est à ces âges de la vie que des violences physiques, verbales ou psychologiques et diverses ruptures de parcours, au premier rang desquelles le rejet familial, sont les plus susceptibles d'entraîner des comportements suicidaires » : (*Jeune et homo*, 2010)

En commençant par cette citation, nous comprenons les liens qui peuvent s'établir entre le parcours de vie des personnes LGBT, leur construction identitaire et l'éventuel impact sur leur santé mentale. De plus, en analysant les données d'études statistiques concernant la santé mentale des personnes LGBT, nous pouvons constater qu'elles sont fortement touchées par la dépression (avec des données élevées concernant les tentatives de suicide et les suicides), les troubles anxieux, les addictions et conduites à risques (chemsex⁸ notamment) ainsi que les TCA (troubles du comportement alimentaires) même s'il y a moins d'études sur ce sujet.

Nous allons voir dans cette partie comment et pourquoi leur santé mentale est impactée. Nous verrons également l'impact psychocorporel et psychoaffectif de ces pathologies, en lien avec la sémiologie psychomotrice. Enfin, pour illustrer les chiffres présentés, nous retrouverons les témoignages de Max et Olly Alexander⁹.

1) Le stress minoritaire

Tout d'abord, il semble important de présenter le modèle de « *stress minoritaire* » proposé par Mayer en 2003. Ce concept a permis de relever la prédominance du stress ressenti par les minorités contrairement à la majorité privilégiée. En l'occurrence, les personnes LGBT font parti-e-s d'un groupe minoritaire. Iels sont davantage exposé-e-s au stress que les personnes cishétérosexuel-le-s à cause des discriminations, de la stigmatisation et des multiples violences subies (mentales, verbales, physiques).

De fait, cette approche a permis de montrer, la prévalence aux problèmes de santé mentale des personnes LGBT.

Elle a également montré que ces problèmes résultent souvent les uns des autres et qu'ils sont en lien avec le contexte de vie de ces personnes. Comme l'indique le rapport *Health4 LGBTI*

⁸ Contraction des termes anglais «chemical», le produit chimique, et «sex», cette pratique allie consommation de produits psychoactifs – parfois injectés, on parle alors de «slam» – et activités sexuelles, avec pour objectif de les prolonger et/ou de les intensifier.

⁹ Chanteur britannique du groupe *Years & Years* et à l'affiche du documentaire *Growing Up Gay* sorti en 2017.

(2017) la santé mentale, physique sociale et l'état de santé général sont moins bon que pour la population générale pour les personnes LGBT.

2) Les troubles anxieux et syndrome de stress post traumatique

Le modèle de Meyer fait écho aux études relevant un fort taux des troubles anxieux chez les personnes LGBT. En effet, la peur et/ou un état de stress généralisé et quotidien, comme le stress minoritaire, peuvent générer à terme une anxiété ou des troubles anxieux. Ils se définissent par « *des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future. Manifestement, ces deux états se chevauchent mais ils diffèrent également ; la peur étant plus souvent associée à des poussées d'hyperactivité neurovégétative nécessaires pour fuir ou combattre, évaluer le danger immédiat et permettre les conduites d'échappement, et l'anxiété étant plus souvent associée à une tension musculaire et une vigilance dans la préparation au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement.* » (DSMV, 2015, p.221).

Chez les personnes LGBT les troubles anxieux peuvent être le symptôme du manque ou de la perte des liens avec leur famille et/ou ami-e-s. Cela pourrait donc induire un manque de sécurité affective qui produirait une source trop importante de stress et la peur constante d'être rejeté-e-s. Les discriminations vécues, dues à la stigmatisation et aux lgbtphobies, peuvent être intériorisées comme des événements traumatiques non résolus. L'association *Stonewall* au Royaume-Uni a réalisé une étude publiée en 2018, auprès de 5000 personnes LGBT, qui a montré que 61% d'entre elles avaient présenté de l'anxiété au cours des 12 derniers mois. Cela représente 3 personnes sur 5. Cette proportion se constate dans plusieurs autres études, sorties après les confinements notamment, publiées dans le Bulletin Epidémiologie Hebdomadaire (BEH), de Santé publique France, sorti en mai 2021. Nous constatons qu'il y a donc une forte proportion des personnes LGBT concernées par ces troubles anxieux. Nous pouvons alors supposer que l'exclusion et les différentes formes de violences vécues, subies, intériorisées peuvent, à terme, faire douter ces personnes d'elles-mêmes. De plus, iels peuvent se sentir constamment en insécurité physique comme psychique, induisant un état d'hypervigilance constant. L'anticipation incessante peut être épuisante et induire cette anxiété.

Le docteur Serge Hefez (2015) parle de la corrélation entre les vécus des discriminations et la santé mentale des personnes LGBT. Ce n'est pas leur sexualité qui

créerait cette symptomatologie mais leur stigmatisation : « *Par conséquent, ils peuvent intérioriser une honte de soi, d'être soi, qui est extrêmement pernicieux et préjudiciable à la construction de leur identité [...]. Cette homophobie* intériorisée est à l'origine de symptomatologies surreprésentées chez les gays.* » (p.29)

Ainsi, l'anxiété peut s'inscrire dans le corps et prendre différentes formes. Le tonus, support des émotions, est fortement impacté par l'état de tension constant. Le corps se présente sur un versant plutôt hypertonique qui rend la régulation tonique et le dialogue tonico-émotionnel difficile. La relation à l'autre dans le cas des personnes LGBT peut être compliquée et se construire dans une dynamique du doute. La sécurité et la validation de leur vécu n'étant pas forcément possible au sein de ces relations, ils se renferment et développent une peur et parfois des sentiments de rejet envers eux-mêmes.

3) La dépression/La tentative de suicide/le suicide

Les autres données que l'on retrouve beaucoup sur la santé mentale des personnes LGBT concernent la dépression, les tentatives de suicide et le suicide. La dépression, ou « *trouble dépressif* » est caractérisé par « *la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu.* » (DSM-V, 2015, p.181).

Les données d'une étude qualitative britannique (2018) indiquent que dès 10 ans, les enfants peuvent présenter des signes de la dépression (IREPS, 2020).

Les femmes cisgenres lesbiennes et bisexuelles ont plus de chance de faire une tentative de suicide ou de se suicider, que les femmes cishétérosexuelles. (Santé Publique France, 2021).

Les personnes LGB ont plus de risques de présenter une santé mentale fragile, « *selon le type de troubles, le risque peut être multiplié de 2 à 4 pour les personnes LGB par rapport à celles hétérosexuelles* », troubles dépressifs, tentatives de suicide du fait du stress minoritaire et des nombreuses violences subies : « *les hommes homosexuels ont un risque de tentative de suicide dans l'année 4 fois plus grand que les hommes hétérosexuels, et de même pour les femmes bisexuelles par rapport aux femmes hétérosexuelles.* » (Ibid., p.102)

Les symptômes de la dépression sont les mêmes pour les personnes LGBT que pour toutes personnes souffrantes de cette pathologie. Toutefois, il semble que l'étiologie ne soit pas la même. En effet, les discriminations peuvent engendrer un repli sur soi et l'affaiblissement de l'estime de soi et provoquer une très forte tristesse. Les personnes LGBT peuvent rester longtemps seules avec leur vécu, leur questionnement relatif à leur orientation sexuelle, identité de genre, ou de leur sexualité. Le rejet (implicite et/ou explicite) pouvant être

présent dans leurs différents groupes d'appartenances, iels peuvent manquer d'espace pour parler et se sentir compris·e·s conduisant à un manque d'affirmation de soi et un sentiment d'illégitimité. Le sentiment d'être nié·e·s pourrait alors ne plus leur donner goût à la vie et à la présence des autres.

Selon l'étude de Beck F et *al.*, (2014), citée dans le guide du CRIPS (2021), les jeunes LGBT sont plus susceptibles d'attenter à leurs jours que les hétérosexuel·le·s et/ou cisgenres.

Presses gays et lesbiennes (2016) : « 16 % des hommes gays et 18 % des femmes lesbiennes » déclarent avoir déjà tenté·e·s de se suicider une fois depuis leur naissance, de même source, l'étude Virupaksha HG et al. (2016) indique que près de la moitié des personnes transgenres dans le monde, ont un risque de passage à l'acte suicidaire avant 25 ans.

Nous avons abordé le sujet avec Max. Celui-ci a vécu une grosse dépression récemment au cours de laquelle il a fait plusieurs tentatives de suicide. Je lui ai demandé s'il se souvenait de ses ressentis psychocorporels. Il m'a décrit ce qu'il avait ressenti à ce moment-là :

« La sensation de vide était très présente, au point où tu fais un scanne de ton corps et tu te rends compte que là où il devrait y avoir un cerveau t'as l'impression qu'il y a un vide, là où il devrait y avoir un cœur t'as l'impression qu'il y a un vide, là où il devrait y avoir des poumons t'as l'impression qu'il y a un vide, là où il devrait y avoir un estomac t'as l'impression qu'il y a un vide... »

La description de Max est très viscérale et sensorielle. Il nomme un à un les organes vitaux qui émettent énormément de signaux sensoriels. Ce sont eux qui provoquent des sensations, qui induisent certaines émotions. Les poumons permettent de respirer et de reprendre son souffle. Le cerveau pour penser les sentiments et comprendre ce qu'on ressent. Le cœur, organe vital par excellence, permet de donner une temporalité à une vie qui semble ici s'être arrêtée. De plus, Max a fait plusieurs tentatives de suicides. Il semble avoir testé ce corps, testé ses limites, son propre cadre.

C'est ce que met en lumière Le Breton (2013) en disant que l'adolescent va chercher à « reprendre le contrôle de son existence » et lui permettant parfois de faire « *renaître un dialogue interrompu* » ou de montrer sa subjectivité à ses proches. En effet, Max reprend contact peu à peu avec sa mère depuis cet été, moment où il était au plus mal.

Néanmoins, Max ne m'a pas parlé de son vécu psychocorporel, que du point de vue de sa dépression, il m'a aussi parlé d'un sentiment propre à son développement en tant que jeune homme gay :

« Cette sensation de vide c'est la maladie. Pour le coup c'est très bizarre mais je pense que ce n'est pas que propre à la maladie mais aussi... (il cherche ses mots) Je n'ai pas l'habitude de parler de ça donc je ne sais pas comment le formuler ... mais je pense que quand tu grandis en tant que personne queer, même encore aujourd'hui - où c'est plus simple de communiquer, de trouver des bouts de représentations à droite à gauche, de te dire que ça existe enfin qu'il y a des gens comme ça qui existent, vers qui tu vas pouvoir aller - même avec ça, je pense que tu grandis avec un sentiment de solitude qui ne disparaît jamais totalement. Il y a une forme de solitude qui est... -tu me parles de physique et je te parle de solitude ce qui est plutôt psychique d'ordinaire- mais je pense que c'est une solitude physique. Je pense que ça se traduit physiquement. »

Dans ce passage Max semble faire le parallèle entre le vide physique et psychique ressenti lors de sa dépression et la solitude qu'il a ressenti en grandissant « personne queer ». Il semble que ce sentiment de solitude, qui pour lui se « traduit physiquement » a pu être traduit viscéralement. Il semble que le vécu de cette solitude ait été intériorisé. Peut-être est-il resté à l'état brut. En effet, les choses qu'on ne peut exprimer par le langage peuvent parfois trouver un ancrage dans le corps. C'est « *l'inscription de l'histoire dans le corps propre.* » (Constant, p.259).

4) Les addictions & les conduites à risques

Les addictions sont décrites comme « *un ensemble de conduites pathologiques chroniques définies par une dépendance à l'objet (substances ou activités) caractérisées par une recherche avide et un usage compulsif répété du produit/objet de satisfaction visant à produire un plaisir et la diminution de tensions internes, malgré les conséquences délétères dans les différentes sphères de la vie, connues ou non par le sujet.* » (Dupin.D et al., 2018, p.619).

Cette dépendance, est très présente chez les personnes LGBT. En effet, d'après une étude citée dans *La santé psychique chez les LGBT* (2019), ils seraient « *deux à cinq fois plus susceptibles de consommer des drogues, de l'alcool ou du tabac que les personnes hétérosexuelles* ». (C.J.Boyd et al., 2019). Olly Alexander en parle aussi dans son documentaire. Il interviewe un jeune homme qui nous raconte que « *l'isolement, la solitude, te pousse à aller dans des endroits où tu n'es personne, comme dans ta vie au quotidien et ça entretient ces mauvaises habitudes.* ». Il raconte à Olly la difficulté d'avoir grandi gay. Il raconte

avoir été « viré » de chez lui le conduisant à commencer à consommer. Il cherchait à se socialiser par la consommation dans les soirées où il allait. Il pratiquait également la sexualité sous drogues appelée « chemsex ». En effet, c'est une pratique très répandue auprès des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). « *Une personne meurt tous les douze jours à Londres après avoir pratiqué du chemsex ; la consommation de drogue dans la communauté lgbt est sept fois plus élevée que dans la population générale* ». (Imperial College, 2016) Les personnes étant sous l'emprise de substances psychoactives, peuvent donc manquer de discernement et courir un risque lié à leur santé sexuelle mais aussi à la prise de produits. (Sidaction, 2019).

Nous pouvons alors nous demander pourquoi les personnes LGBT sont fortement exposées aux addictions et aux pratiques à risques. Il y a déjà un angle d'approche, abordé à plusieurs moments auparavant concernant l'intériorisation du rejet, de la stigmatisation et des discriminations. Iels peuvent être amené·e·s à consommer pour échapper à ce vécu violent et traumatique. La consommation peut prendre la place d'une relation à l'objet qu'iels maîtrisent et dont iels pensent avoir le contrôle. (Le breton, 2013). Aussi, C.Chabert citée par A.Constant (2019) dit que « *l'objet d'addiction arrive comme un objet toujours disponible dont le sujet pourra user pour tenter, vainement, d'inscrire une limite en lieu et place d'une enveloppe contenant.* » (p.317). Donc pour elleux l'addiction vient remplacer le vide laissé par la relation absente avec la figure d'attachement par exemple. Elle leur donne l'impression d'être sous leur contrôle et qu'iels peuvent décider quand iels s'en sépareront. Elle vient aussi les contenir et faire la fonction pare-excitatrice. Elle permet à la fois de contenir les sensations qu'iels ne peuvent s'expliquer et en même temps leur procurer les sensations qu'iels n'arrivent plus à ressentir et s'appropriier (*Ibid*, p.317).

Ainsi, les vécus intériorisés par les personnes LGBT, l'absence de sens sur certaines sensations ou leurs mises à l'écart peuvent induire ces conduites et favoriser la prise de produit ou un comportement à risque. La personne cherche à nouveau à s'approprier son corps, ses vécus, ses sensations en passant par un acte extérieur à soi mais qui peut les *effracter*. « *Se stimuler en permanence c'est s'attester de sa propre présence singulière au monde en tant qu'être délimité en se soustrayant à la relation à l'autre.* » (*Ibid.*, p.318). La personne cherche à se légitimer, à trouver un sens à son existence. L'autre est mis à distance et cela peut être recherché par les personnes LGBT qui peinent à trouver des relations qui leur conviennent et qui ne soient pas/ou plus violentes. De plus, Mac Dougall voit *l'objet d'addiction* comme objet pour « *atténuer des états affectifs autrement vécus comme intolérables.* » (*Ibid.*, p.319) Il y a là une manière de passer outre ce qui a blessé, de pouvoir supporter l'insupportable.

Concernant les conduites à risque, Le Breton (2013) parle « *d'un agir qui décharge la tension* ». (p.96). La personne passe à l'acte pour ne plus avoir à ressentir le trop plein d'émotions incontrôlables. Parce qu'elle ne peut conscientiser ce qui pourrait engendrer une angoisse trop forte, elle passe par son corps. Olly Alexander parle d'ailleurs de la période de son adolescence où il se scarifiait : « *je voulais juste le faire parce que j'avais l'impression que j'avais tous ces sentiments que je ne pouvais pas gérer et donc que de me faire du mal était la manière la plus évidente pour y faire face...* ». Il semblait chercher du sens par l'acte de se scarifier. Son corps était devenu le support d'expression de ses états émotionnels. Il racontera plus tard que ces pratiques se sont arrêtées suite à l'émergence de troubles du comportement alimentaire.

5) Les troubles des conduites alimentaires (TCA) et de l'ingestion d'aliments

Si nous voyons les TCA à la suite des addictions et conduites à risque c'est qu'il existe des similitudes dans ces pratiques. Tout d'abord, selon le DSM-V (2015), les TCA « *se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social.* » (p.387) Dans cette définition il est question de comportement et de fonctionnement délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social. Ces éléments se retrouvent eux aussi dans les conduites addictives. De plus, il est indiqué dans le DSM-V (2015) que les personnes qui souffrent de TCA ont des symptômes *qui « ressemblent à ceux présentés lors de troubles de l'usage de substances, comme les envies impérieuses (craving) et des rituels compulsifs de consommation.* » (p.387)

Penser le lien entre ces deux troubles nous ramène au modèle de Meyer (2003). En effet, celui-ci indiquait dans ses recherches que le stress minoritaire induisait des troubles de la santé mentale qui pouvaient se surajoutés les uns aux autres. Il ne paraît donc pas étonnant que les personnes LGBT aient plusieurs troubles associés.

À titre d'exemple, nous pouvons prendre le témoignage d'Olly Alexander qui a commencé par les scarifications puis qui a ensuite développé des TCA. « *Puis un an plus tard, j'ai arrêté de me scarifier et j'ai développé un trouble de l'alimentation en vomissant de la nourriture et en pensant constamment à ce que je mangeais.* » Il montre ensuite des pages entières de son journal intime d'adolescent où il écrivait « *je ne mangerais pas de pain, je ne mangerais pas de gâteaux, je ne mangerais pas chocolat...* ». Il dira plus tard dans le reportage à propos que : « *Les troubles des conduites alimentaires viennent combler au même titre que les autres addictions, un manque, ou une faille dans la relation que l'on a à soi et aux*

autres. » Dans le documentaire, Olly Alexander interview un autre jeune homme souffrant encore de ces troubles alimentaires. Ils seront filmés à un groupe de parole dans lequel les spécialistes présents indiquent que les jeunes hommes gays sont davantage concernés par les TCA que les jeunes hommes hétérosexuels. Il est indiqué dans *Santé LGBT* (2020) que les hommes homosexuels présentent « un risque plus élevé de présenter un trouble de l'alimentation comme l'anorexie et la boulimie. » (p.23) que les hommes hétérosexuels.

Ainsi au regard de ces différents éléments statistiques et du témoignage de Olly Alexander nous pouvons nous demander pourquoi les personnes LGBT, notamment les hommes gays, sont plus représentés dans cette pathologie. Il semblerait dans un premier temps, au même titre que l'addiction, que la nourriture (ou son absence) vienne « *combler un manque, ou une faille* ». La relation à l'objet est éminemment présente puisque Olly Alexander parle de « *la relation que l'on a à soi et aux autres.* » Il fait donc référence aux liens que les personnes entretiennent à leur entourage mais aussi à soi. Il est donc question de l'image que ces personnes ont d'elles. Iels peuvent contrôler leurs corps, ce qui en sort et ce qui y rentre. Il y a un lien également avec ce qu'iels pensent d'eux. Iels ont intériorisé des sentiments très négatifs liés au rejet et aux discriminations qu'iels peuvent et l'état de tension ressenti demanderait à être assouvi par les compulsions alimentaires. (Le Breton 2013).

Enfin, Olly Alexander dit quelque chose qui semble très important pour notre propos et qui rejoint le témoignage de Max partagé plus haut : « *Souvent je veux dire aux gens que je suis fière, que je suis heureux, que le fait d'être gay ne m'a pas rendu triste, que ça n'a pas rendu les choses plus difficiles pour moi, que ça a rendu les choses meilleures, mieux. Sauf que c'est difficile d'en parler vraiment. Alors que je pense que grandir gay dans un monde hétéro m'a vraiment affecté et m'a fait ressentir toutes ces choses... Je pense que ça peut vraiment être dur pour les gens d'en parler, de le dire. Je ne dis pas qu'être gay signifie que tu vas être triste et déprimé, je ne dis pas ça. Mais je pense qu'il y a un lien.* »

De ce fait, il y a un véritable travail à réaliser avec ces personnes qui sont pour la plupart des potentiel·le·s patient·e·s parfois très isolé·e·s et hors des parcours de soins. Il faut donc pouvoir les accueillir dans un esprit bienveillant et inclusif tout en ayant à l'esprit ce qu'iels peuvent avoir traversé au cours de leur vie.

DEUXIEME PARTIE : un point de vue psychomoteur pour accompagner les patient-e-s LGBT

La psychomotricité a été créée à partir de plusieurs disciplines. En effet, elle est à la confluence entre la psychologie, les neurosciences et la phénoménologie. Ces différents cadres théoriques ont permis de donner une coloration particulière à notre métier. Puisque chaque auteur apporte sa pierre à l'édifice, il faut imaginer les concepts comme des mandalas dans lesquels chaque apport théorique vient donner corps à une idée et fournir une vision d'ensemble. Cette idée de mandala permet alors d'imaginer que les théories s'associent pour former un seul et même dessin qui permettra de comprendre le concept dans sa globalité. C'est ainsi que je me représente la psychomotricité et les influences qui l'ont fait exister.

A) Comment définir l'identité en psychomotricité ? Présentation de différentes approches théoriques.

Pour parler d'identité en psychomotricité il semble nécessaire de revenir sur quelques définitions. Les auteurs sont issus de disciplines différentes mais permettent d'avoir une vision globale de l'identité en psychomotricité.

Pour Erik Erikson (1994), psychanalyste et psychologue du développement, l'identité est : « *Le sentiment conscient d'avoir une identité personnelle est basé sur deux observations simultanées : la perception de l'unité de soi et de la continuité de sa propre existence dans le temps et l'espace, et la perception du fait que les autres reconnaissent son unité et sa continuité.* » (cité par Paumel, 2019, p.232). Avec sa définition assez complète Erikson permet de voir l'identité comme un concept autant personnel, qu'interpersonnel avec des mécanismes qui sont autant proprioceptifs qu'extéroceptifs. Ils font intervenir des compétences visuo-spatiales, kinesthésiques, relationnelles, l'image du corps et le schéma corporel. Il fait référence également à l'importance du continuum identitaire qui permet au sujet de se sentir stable et sécurisé dans son identité « dans le temps et l'espace ». Autrement dit, sa définition donne une représentation très psychomotrice de l'identité du sujet avec des aspects sensoriels, perceptifs, interprétatifs et relationnels.

Du côté d'André Bullinger (2007) il est question de « *subjectivité* », étape essentielle pour acquérir son identité : « *La régulation intériorisée des états toniques, l'instrumentation des segments corporels et les représentations de l'organisme sont des éclairages différents d'une même étape cruciale du développement : celle où commence à se former une subjectivité, où l'organisme est compris comme un corps articulé et mobile dans des espaces*

peuplés d'objets tant physiques que sociaux. » (pp.37-38). Ici Bullinger fait référence à la manière dont on perçoit, ressent que l'on a un corps, à travers les afférences sensorielles provoquées par le monde extérieur (environnement, relations) mais aussi par l'intérieur du corps. Ces afférences et perceptions nécessitent d'être intégrées et interprétées par la personne pour se les approprier, entrer en relation et se construire en tant que sujet. Ce processus de subjectivation permet de se sentir acteur-ice de sa vie et de son environnement via les interactions et le *développement sensori-moteur* entre-autre.

Les choses sont sensiblement les mêmes du côté des neurosciences avec Antonio Damasio (1999), médecin neurologue, psychologue et professeur-chercheur en neurosciences. Il établit une théorie décrite dans *Le sentiment même de soi*. Celle-ci est basée sur trois niveaux du soi : *le proto-soi*, *la conscience-noyau (ou le soi noyau)* et *la conscience étendue (ou le soi autobiographique)*. Ces niveaux découlent les uns des autres, du moins conscient au plus élaboré et intègrent autant des données physiologiques, émotionnelles, relationnelles et historiques/mémorielles.

Le premier, le *proto-soi*, concerne la physiologie générale de notre corps d'un point de vue viscérale, musculaire, neuronale, psychique... Ensuite, à partir de ces données en filigrane, chaque personne peut se faire une représentation brute et rapide de l'état général de son corps et de comment il se sent.

Le second, *le soi noyau*, s'étaye sur les données physiologiques du premier et concerne la manière dont la personne va avoir conscience de soi, en ajoutant les paramètres de la relation à l'autre et de l'environnement. L'individu-e dans ce qu'il est avec ses ressentis, sensations, perceptions va être confronté à l'autre, aux éléments qui l'entoure et peu à peu va pouvoir nuancer sa cartographie de vécu pour en faire des émotions. Il y a ici, la notion de partage, d'où cette idée de dynamique complémentaire. Ainsi, le *soi noyau*, fait intervenir l'aspect relationnel et émotionnel du soi.

Enfin, le dernier niveau, le *soi autobiographique*, vient s'étayer sur les deux précédents. Il correspond à la trace laissée par les relations, les vécus corporels, physiologiques, émotionnels. Il permet d'avoir une vision globale de soi basée sur une base de données de ressentis, relations émotions, passées, présentes, futures qui permettront de se raconter à soi à aux autres ce qui a été traversé par le corps.

Il est intéressant de noter que Damasio (2021) a retravaillé sa théorie dans son ouvrage *Sentir et Savoir, une nouvelle théorie de la conscience*. Le proto-soi serait finalement l'esprit dans lequel se forme des cartographies correspondant aux réseaux neuronaux qui laissent une trace de l'expérience vécue entre le mouvement et la sensation. Le soi-noyau serait les sentiments à savoir la manière dont l'esprit transforme les émotions (correspondance de ce qui se passe dans le corps). Ces sentiments permettent de nuancer les émotions et de faire

le tri en apportant des limites. Il est donc davantage question d'émotions que de relation dans cet apport de 2021. Enfin, le soi autobiographique serait la conscience à savoir la manière dont la personne perçoit que son corps, ses pensées et son esprit lui appartiennent.

Du côté de la phénoménologie, nous parlerons de l'identité en termes d'*ipséité*. Cette notion, a été utilisée par Heidegger en 1927 pour remplacer celle du sujet. Elle permet de voir la personne comme un « Soi », avec une réflexivité dans les échanges avec son environnement, comme une notion malléable et évolutive, différente de la notion de « Moi » qui impliquerait que les individu-e-s aient une structure psychique pré-établie dès leur naissance. (cité par F.Dastur (2005), p.59) Il y aurait donc avec l'apport de la notion d'ipséité, une identité en perpétuelle évolution, qui influence et est influencée par les événements, le contexte et les personnes rencontrées tout au long de la vie. Il y a également une notion de stabilité de ce Soi par rapport à l'autre à travers l'apport de Ricoeur (1990) avec l'identité-ipse. (*Ibid.*) Ainsi, il est question de pouvoir se laisser influencer, éprouver par l'autre ainsi que l'environnement (événements, contexte) et donc de pouvoir évoluer sans fondamentalement devenir quelqu'un d'autre. Il est question de pouvoir s'identifier sans faire fusion ni totalement se détacher de l'autre. En effet comme l'indique F.Dastur « *l'être humain est un être en constant devenir, qu'il ne peut jamais s'appuyer que sur une identité fixe et déjà toute constituée de lui-même, mais qu'il a (...) à la reconstituer contre les perturbations qui inlassablement lui viennent du temps, du monde et d'autrui.* » (p.60). Il y a donc la notion que l'individu-e change, évolue, se transforme au fil du temps, de ses rencontres, de ses expériences et que l'identité serait un processus qui pourrait être constamment remanié.

Ainsi, ce propos nous intéresse particulièrement puisqu'il conceptualise que l'identité n'est pas un processus qui implique l'individu-e seul-e mais également, ses pairs, son environnement, les expériences qu'il a fait, les événements qu'il a vécu. Tout ce qui semble constituer un parcours de vie et qui semble être un angle d'approche intéressant pour penser le parcours des personnes LGBT.

Il semble essentiel d'ajouter à ces diverses définitions, la vision de R. Ziller (1973) dans sa théorie de *l'orientation soi-autre*. En effet, comme nous l'avons vu dans la sous partie sur le groupe, il paraît important de voir l'identité sous le prisme de la relation à l'autre. Pour Ziller, psychologue social et professeur de psychologie, l'identité de chaque personne est le résultat, des interactions qu'il a eu avec son environnement social à travers ce que celui-ci peut lui renvoyer de soi, mais également dans ce qu'il comprend et perçoit de soi en réponse aux autres. De fait, il est aussi question d'identification et de représentation de soi. Cette théorie permet, de voir l'individu-e comme un être social en interaction avec les autres mais aussi avec la société dans des dynamiques personnelles (ce qu'il aime, revendique, défend) et

interpersonnelles/transpersonnelles (groupe d'appartenance, exclusion/inclusion, minorités, domination) incluant des codes et des normes qui induisent un rapport à soi et aux autres parfois conditionné et/ou plus négativement, stigmatisant.

Enfin, du côté de la théorie psychomotrice, Eric Pireyre (2021), psychomotricien DE, apporte également sa pierre à l'édifice concernant le concept d'identité. Pour lui, celle-ci est prise dans les différents mécanismes psychomoteurs par lesquels l'individu·e passe pour se construire un socle identitaire stable et solide : la perception, la sensorialité, la subjectivité, le tonus, l'environnement, la mémoire.

Ainsi, ses manières de définir et de voir l'identité sont infiniment liées au corps et donc aux traces que laissent chaque expérience. La personne va alors engrammer toutes sortes de choses qui vont lui permettre d'inscrire en mémoire, à travers notamment le *soi autobiographique*, une manière de se penser, de se vivre et de se considérer. Toutes ces composantes, à la manière de « l'habit d'arlequin » de Deleuze permettent d'avoir la conscience d'un corps propre unifié et différent de l'autre via l'intersubjectivité.

L'identité est un processus en perpétuel remaniement. Elle n'est pas figée et dépend de fondements essentiels qui passent par le corps-propre, le corps soma mais aussi par les interactions avec l'environnement (objets inanimés et animés c'est-à-dire autrui). Il faut pouvoir considérer que les personnes sont influencé·e·s et influençables par ce qu'ils ont vécu, ce qu'ils vivront et ce qu'il leur reste à vivre. Chaque expérience qu'elle soit bonne ou mauvaise est stockée. Cependant, elle peut rester vide de sens si elle n'a pas été portée à leur conscience comme quelque chose d'audible et d'acceptable. Il semble en être le cas pour certaines personnes de la communauté LGBT.

Nous pouvons dire que la psychomotricité permet de refaire du lien entre l'expérience et le vécu psychocorporel/sensoriel/affectif lorsque celui-ci a été rompu ou interrompu, endommagé ... Notre fonction est donc d'accompagner le sujet dans ces questionnements identitaires, dans cette quête de mise en sens, en accueillant, écoutant, étayant par le cadre thérapeutique, notre contenance et les propositions psychocorporelles qui semblent être les plus adaptées pour nos patient·e·s.

B) En quoi l'approche psychomotrice de l'identité peut-elle être un levier pour l'accompagnement des personnes LGBT ?

« L'étude du sentiment d'identité passe non seulement par la conscience de soi mais aussi par la conscience d'autrui dans une altérité essentielle comme dit le philosophe Emmanuel Levinas dans Totalité et Infini. Pas d'identité sans autrui puisque le sentiment de

la présence même d'autrui construit la différenciation entre soi et l'autre, en soi et son image, entre soi et le monde. » (Giromini, 2019, p.23). Cette vision nous fait considérer que l'autre permet au sujet de se sentir exister, singulier-e, individuel-le, différent-e. Mais nous avons également vu que pour les personnes LGBT, cette différenciation intervient parfois de manière violente et brutale. En effet l'autre peut-être pour elleux, celui ou celle qui rejette, celui ou celle dont il faut se méfier, rendant les relations difficiles et peu nombreuses. Ainsi, la psychomotricité permettrait à ces patient-e-s de repasser par un sentiment d'identité à la fois sensoriel, perceptif, tonique, émotionnel et relationnel au regard des trois leviers qui sont le cadre thérapeutique, notre contenance et nos propositions psychocorporelles. De plus, nos approches du développement de la relation pourraient permettre une réappropriation de soi dans toutes les composantes (soi-psychique, soi-corporel, soi-émotionnel, soi-relationnel).

1) Approche par le cadre thérapeutique des séances

D'après, C.Ballouard (2011) le cadre « permet au patient de trouver une place, c'est-à-dire un espace et un temps pour lui, qui lui est réservé. Pour le thérapeute, il octroie l'opportunité de laisser la possibilité et la disponibilité à ce qui se passe, d'accueillir ce qui doit advenir et non d'attendre quelque chose de prévu. Il est contenant au développement d'une relation. » (p.186). Ce qu'explique Ballouard ici c'est que le-a psychomotricien-ne est garant-e du cadre tant par les données logistiques (l'heure, le lieu, le temps de séance, suivi individuel ou en groupe, la fréquence) mais aussi par sa posture, son *dialogue tonique*. Il exprime également l'importance de la créativité et de la spontanéité du travail en psychomotricité. En ce sens, les patient-e-s comme le-a psychomotricien-ne se laissent éprouver par la relation et les expériences au cours de la séance, ici on parle du *dialogue tonico-émotionnel*. On parle aussi de la co-construction du cadre : le-a psychomotricien-ne n'est pas le seul maître à penser dans l'espace de la séance le-a patient-e l'est aussi. Il faut qu'iel puisse adhérer au projet thérapeutique pour que l'alliance thérapeutique existe. De plus, il faut qu'une relation de confiance soit possible afin que la personne puisse se sentir à l'aise d'expérimenter. Pour se faire, en tant que psychomotricien-ne, le premier élément est de proposer une contenance tant physique que psychique.

Le cadre est la première impression que les patient-e-s ont de notre travail. Il est donc primordial de pouvoir les accueillir dans les meilleures conditions. De plus, comme le dit Ballouard, ce cadre « permet au patient de trouver une place, un espace et un temps pour lui ». Nous savons, au regard des différents éléments énoncés dans la partie I, que pour les personnes LGBT le fait de trouver une place n'est pas toujours évident voire parfois impossible. Il paraît donc primordial pour elleux de pouvoir trouver un espace dans lequel iels

se sentent en sécurité afin d'éprouver et expérimenter librement. Il est aussi important de réfléchir aux différents éléments logistiques comme le choix des séances en individuel ou en groupe. Autrui pouvant être sujet de mal être pour certain-e-s, il vaut mieux commencer par des séances en individuelle pour construire une alliance thérapeutique durable et dans un sentiment de confiance mutuelle. De plus, les groupes en *non-mixité choisie*¹⁰ pourrait être une option intéressante si les séances de groupe venaient à se présenter dans le projet thérapeutique. Si ce procédé venait à ne pas être possible pour des questions de personnes (par exemple s'il n'y a pas d'autres personnes LGBT) il faudrait alors s'assurer que le cadre soit assez rassurant pour la personne concernée. Il faudrait également lui poser la question de si elle est d'accord de partager un espace thérapeutique avec d'autres personnes qui n'ont pas eu le même parcours. En effet, l'effet de groupe pourrait entraîner des reviviscences traumatiques qui sont « *l'ensemble des sensations et perceptions vécus au moment du trauma qui s'impose au sujet, dans la vaine tentative de mise en sens de ces informations. Le sujet est replongé sans filtre dans l'instant traumatique.* » (D.Defontaine, 2019, p.340). En effet, pour certaines personnes LGBT, des événements traumatiques peuvent être liés au groupe (familial, amical, scolaire, professionnel). De plus, ceux-ci ont pu être intériorisés puisqu'ils étaient trop violents à l'instant où cela s'était passé. Ainsi, la personne peut ne pas avoir de souvenirs de cela et se retrouver dans une situation très anxiogène. Il est donc très important de s'assurer qu'ils ne soient pas confrontés à une situation traumatique qui puisse induire ce processus. Le premier entretien d'anamnèse étant donc très important.

2) Approche par la contenance et la posture du/de la psychomotricien-ne

Au cours de notre formation de psychomotricien-ne nous apprenons à incarner la fonction *pare-excitatrice* dont parle D.Anzieu (1985) dans les fonctions du moi-peau. Par notre présence et notre posture physique et psychique, nous accueillons les vécus tourmentés et désorganisés de nos patient-e-s dans un cadre contenant. Ces deux fonctions (la contenance et pare-excitatrice) font aussi référence à la question des enveloppes. Les enveloppes permettent de contenir en dedans les vécus, ressentis, sensations mais aussi permettent de se protéger de l'extérieur. Elles permettent de différencier le dedans du dehors. C'est ce mécanisme qui permet, entre autres, le processus de subjectivité. Cependant, parfois les limites de l'enveloppe sont ou deviennent poreuses et le sujet perd ses fonctions de

¹⁰Appliquée généralement par des associations de lutte pour les droits et libertés des personnes, cette manière de procéder permet aux groupes minorisés de se retrouver dans un espace sécurisé, dans lequel les personnes peuvent partager leurs vécus (similaires ou non) sans avoir la crainte du jugement, de la discrimination, de la négation etc. et dans lesquels ils peuvent s'exprimer sans tabous ni restrictions.

contenance. Le tout est confondu et il ne sait plus forcément ce qui s'apparente à lui ou à l'autre.

Pour A.Ciccone (2001) « *ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue.* » (p.82). Par ses mots Ciccone permet de faire le lien avec la clinique psychomotrice des personnes LGBT. La contenance est d'autant plus importante pour elleux, qu'ils ont pu se retrouver dans une extrême solitude par les mécanismes d'exclusions et d'auto-exclusion ne facilitants pas le sentiment continu d'exister. Bien sûr, ce sentiment se développe pendant l'enfance par la rythmicité des soins prodigués par le *care-giver* mais il peut être fragilisé par les vécus du rejet et de violence à répétition qui peuvent faire réapparaître des angoisses archaïques.

Pour C.Potel (2019), la présence du/de la psychomotricien·ne doit être « *suffisamment apaisante, sécurisante, ferme et solide, afin d'aider chacun de ses patients à une intériorisation psychique de ses affects, de ses sensations, de ses éprouvés, de ses émotions* ». (p.362). Ce travail est permis par les différentes expériences que nous proposons en séance par exemple. Nous permettons aux personnes de déposer, de projeter sur nous leurs angoisses et les éléments qu'ils n'ont pas forcément intégré·e·s. Nous abordons ici la *fonction alpha* de Bion.

La théorie de W.Bion, cité par A.Ciccone (2001) permet de voir notre travail comme une retranscription des vécus. Travail qui semble être au centre d'une prise en charge des personnes LGBT. En effet, à travers son concept, Bion parle de « contenant-contenu », le contenant représentant la mère avec sa « capacité de rêverie » qui transforme les vécus bruts du bébé, le contenu, en vécus assimilables. La capacité de rêverie de la mère permet de comprendre, d'imaginer et de transformer ces vécus bruts. « Cette fonction de l'objet, cette fonction qu'accomplit l'objet – la mère – pour le bébé est appelée « fonction alpha », et elle constitue le premier pas dans l'activité de pensée. Le bébé clive et projette une partie de sa personnalité en détresse dans l'objet, celui-ci contient cette expérience émotionnelle, cette partie de la personnalité du bébé expulsée, et dans la « rêverie » (...) commence le processus de formation du symbole et de la pensée. L'objet contenant transforme les éléments « bêta », éléments bruts projetés, en éléments « alpha », éléments disponibles pour la pensée. » (p.85) Dans cette explication de Ciccone, à propos de la théorie de Bion, il est question de permettre au bébé d'intégrer les vécus qui lui semblaient difficiles voir insupportables en un schème de pensée qui ne soit plus traumatisant mais au contraire, habituel, assimilable et donc qu'il puisse les revivre et les accepter ensuite. L'objet au sens de la mère pour Bion fait donc un travail de retranscription et de traduction des vécus de son enfant pour qu'il puisse les assimiler et les

comprendre. Ce qui n'est pas possible pour lui est possible pour elle et donc permettra à l'enfant de se construire un socle de sécurité de base sur lequel s'appuyer pour percevoir ce qu'il ressent.

Là est le parallèle avec notre fonction de thérapeute. Notre rôle est alors d'apporter de la sécurité et de la contenance aux patient-e-s qui consultent auprès de nous. Nous leur permettons de comprendre ce qu'ils ont traversé au cours de leur vie, ou de la séance, par les vécus et ressentis corporels restés à l'état brut. Au regard de ces éléments, il semble fondamental que les personnes LGBT puissent trouver auprès des psychomotricien-ne-s un étayage sécurisant et enveloppant pour leur permettre d'expérimenter pour s'accepter à nouveau et renforcer l'estime de soi.

3) L'approche psychocorporelle et le travail des médiations thérapeutiques

« Penser la médiation revient à penser également la fonction miroir ou réflexive de l'environnement, ce qui veut dire qu'entre nous et nos sensations il y a de l'environnement » (Giromini, 2012, p.255). À travers les médiations, notre présence et le travail relationnel en psychomotricité, nous permettons à la personne de projeter sur le médium les conflits non résolus. En effet, au cours de notre formation nous sommes habitués à élaborer sur nos vécus psychocorporels et psychoaffectifs dans la relation à nous-même et avec l'autre. *« Pour les psychomotriciens, l'étude sur soi de la sensorialité, des structures psychocorporelles, la découverte des liens qui s'établissent entre elles, l'influence du monde extérieur (travail à deux et en groupe) et le travail d'analyse des pratiques vont contribuer à conscientiser le sentiment d'existence de soi. La connaissance qui en est ainsi faite va d'une certaine manière servir de médiateur en soi et soi, (au niveau de la manifestation de ses émotions par exemple), entre soi et autre et entre soi et le monde ».* (Ibid. pp.259-260)

À la fin de nos trois années de formation nous sommes en mesure de prendre en charge les vécus corporels de nos patient-e-s et de les aider à y mettre du sens. Nous leur offrons par le cadre thérapeutique et notre contenance un espace dans lequel ils peuvent expérimenter en sécurité. Nous leur proposons une *aire transitionnelle* où le champ des possibles est vaste par les nombreuses médiations thérapeutiques auxquelles nous sommes formé-e-s. C.Potel (2010) définit la médiation thérapeutique comme *« une proposition de rencontre autour d'un objet d'investissement partageable et partagé. Elle se définit par : un lieu, un temps, une personne qui la représente (le thérapeute), une activité (l'objet d'intérêt). C'est, pour reprendre les termes de Winnicott, une zone transitionnelle intermédiaire entre soi*

et l'autre, une zone exploratoire de création commune, dont les buts vont tendre vers la représentation symbolique des affects et des éprouvés qui fait tant défaut aux psychotiques. L'enjeu de toute médiation thérapeutique est donc « un aménagement avec la réalité : réalité du corps, réalité de l'autre, réalité de l'objet ». (p.217)

Ainsi, au regard de suivis en psychomotricité pour des personnes LGBT, nous allons présenter les approches psychocorporelles qui pourraient être pertinentes de leur proposer. Ces approches seront appliquées en partie III dans les projets thérapeutiques imaginés pour les personnes présenté-e-s.

Nous retrouvons d'abord le dialogue tonico-émotionnel. En effet, le tonus est à la toile de fond des impressions sensorielles, émotionnelles, relationnelles. Il permet de maintenir la posture, d'entrer en relation et d'effectuer le mouvement. Par conséquent, il est le point de départ des travaux psychocorporels et psychoaffectifs autour de l'identité.

a) L'approche par le dialogue tonico-émotionnel

Le dialogue tonico-émotionnel, concept amené par J.Ajurriaguerra en 1977 a d'abord été développé par Wallon en 1930. Celui-ci parlait de *dialogue tonique*. Il a initié ce concept pour décrire les échanges infra-verbaux entre la mère et son bébé. Cette approche est intéressante puisqu'elle induit de fait une notion de réciprocité dans le terme du « dialogue ». C'est ce que Wallon appelle *l'ajustement tonique* qu'il décrit selon quatre modalités : le porter (lien tonique), le toucher (lien sensoriel), le parler (lien affectif) et le penser (lien de pensée). En effet la mère s'adapte aux réponses corporelles de son bébé et vice-versa.

C'est ce que Winnicott développera dans ses théories du *Holding* et du *Handling* pour parler du portage psychique et physique et des soins prodigués au bébé dans le lien mère enfant. Le *holding* étant la manière dont la mère porte son enfant par son regard, sa voix, sa contenance. Le *handling* se rapportant à tous les soins et le portage physique du bébé. Cet accordage de la mère et son bébé permettent à celui-ci de se sentir unifié et sécurisé.

La dimension supplémentaire apportée par Ajurriaguerra concerne la transmission du vécu émotionnel dans les échanges corporels entre la mère et son bébé. C'est la mise en place d'une communication affective. Pour lui le *dialogue tonico-émotionnel* est « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre* ». (cité par Bachollet, M & Marcelli, D, 2010, p.14). Il dira également que « *les relations entre*

tonus et émotions sont indissociables, le corps parle face à une situation ». (Cité par Corraze, 1988) Il y a bien une interdépendance dans la relation que les corps entretiennent les uns avec les autres.

Nous comprenons alors l'importance que le dialogue tonico-émotionnel peut avoir dans une relation thérapeutique. Il permet d'établir un lien où le corps et ses affluences sont au centre. Il y a également une composante introspective, liée à la mémoire des vécus traversés par le corps auparavant. La personne est invitée à se laisser porter par ses sensations, son corps et les émotions qu'elle ressent.

Nous comprenons alors que notre travail de psychomotricien·ne est totalement basé sur ces concepts de dialogue tonique et tonico-émotionnel. Il est question de se laisser éprouver corporellement et émotionnellement dans l'expérience à soi mais aussi avec l'autre. Cet autre, ou ce corps, qui pour les personnes LGBT, peuvent être mis à distance. Alors, à travers cette écoute et réappropriation corporelle des vécus émotionnels ainsi que leur identification et leur verbalisation, ils pourraient reprendre contact petit à petit avec leur corps et leurs affects. Ils pourraient mettre du sens sur les impressions et événements restés vides de sens. Ils pourraient également reprendre contact avec la relation et le corps de l'autre dans une relation qui soit apaisée, sécurisée et choisie.

Enfin, cette communication non verbale étant au cœur de tout travail psychocorporel, elle se retrouve dans les médiations thérapeutiques que nous pouvons proposer comme la danse, le mime ou la relaxation dont nous parlerons ci-dessous.

b) L'approche par l'intégration psychomotrice

Cette approche nous a été présentée lors de notre cours de Gériatrie de 3^{ème} année par M.Lefebvre. Elle permet d'intégrer à différents moments, par différents processus le mouvement et la sensation du mouvement. L'évolution de cette intégration est la suivante : exercice psychomoteur → éprouver, ressentir → identifier les sensations → retenir, étayer les représentations. Ce processus permet de conscientiser le mouvement dans le but d'aider la personne à élargir le panel des sensations qu'elle peut ressentir et de pouvoir à terme les intégrer. Il peut aussi permettre de faire des liens avec des ressentis corporels passés. Ce travail est finalement, lui aussi, en filigrane des propositions psychocorporelles que nous faisons. En effet, le cheminement proposé est celui que nous essayons d'avoir pour guider nos patient·e·s dans l'expression et la symbolisation de leurs vécus.

De là, l'intégration psychomotrice nous montre un autre intérêt principal dans l'accompagnement de s personnes LGBT. Cette approche pourrait en effet donner l'occasion à ces personnes de pouvoir prendre un temps avec leur corps, la sensation et l'expérience de celle-ci. Iels pourraient essayer de reprendre corps. Iels pourraient chercher à identifier ce qui leur a toujours échappé aux mots. De plus, cette approche permet de reprendre connaissance de sensations oubliées mais qui étaient agréables. Iels pourraient réactualiser le vocabulaire de ce corps qui a pu être malmené, oublié, tue. Le corps des personnes LGBT a pu être sujet de rejet et de repli sur soi, l'intégration psychomotrice pourrait favoriser la réappropriation de celui-ci ainsi que sa réaffirmation. Enfin, si nous reparlons de leur symptomatologie, la dépression étant une des pathologies très représentées chez elleux, il leur semble nécessaire de reprendre contact avec ce corps qui a pu être désinvesti et perçu comme vide. De même que pour les personnes LGBT présentant des addictions, l'intégration psychomotrice pourrait remettre du lien dans les sensations non digérées, absentes, oubliées.

L'exemple de la relaxation progressive de Jacobson

« Selon Jacobson, les émotions se traduisent par des contractions localisées dans diverses parties du système musculaire et viscéral. » (Giose.M, 2015, p.241) Il poursuit en expliquant le but de la méthode de Jacobson. Elle « consiste à reconnaître ces tensions, qui entrent en jeu lorsque nos muscles se tendent, et à les contrôler. (...) en diminuant ces tensions dites « résiduelles », on atténue l'impact émotionnel ». (*Ibid.*) En faisant ce parallèle entre l'état émotionnel et l'état physiologique du sujet, Jacobson a développé une technique qui permet d'intervenir corporellement sur les vécus et de pouvoir les conscientiser et donc de les intégrer.

Cette technique de relaxation pourrait être utilisée auprès de ce public parce qu'elle met en lien les tensions et les émotions. En plus du dialogue tonico-émotionnel, cette proposition d'intégration psychomotrice des tensions et des inconforts corporels pourrait les aider à trouver un apaisement. Iels pourraient devenir actrices de leurs vécus physiques. Iels pourraient agir directement sur leurs corps et libérer les tensions et les affects associés qui viennent parfois parasiter le quotidien ou la corporéité. Iels seraient présent-e-s à ce qu'ils vivent dans leur corps et non plus spectatrices. De plus, l'anxiété étant très présente chez les personnes LGBT, la relaxation de Jacobson pourrait être un bon moyen d'abaisser le niveau tonique et donc de travailler l'hypertonie.

L'approche par la conscience corporelle

Cette approche est très utilisée dans notre formation puisqu'elle nous permet de prendre conscience de notre corps dans ses différentes postures, formes, états, dans l'espace mais aussi dans la relation à l'autre. Cette conscience permet aussi de découvrir sa sensorialité. En d'autres termes elle « favorise la mémoire corporelle et la conscience de soi. » (Vachez-Gatecel, Valentin-Lefranc, 2019, p.506) C'est un outil qui se retrouve dans les médiations telles que la danse, la relaxation, le mime mais également le touché thérapeutique. Selon A.Cicconne (1991) : « *Le soin ne consiste pas en une observation du dehors, mais en une observation du dedans, du dedans de l'expérience humaine et sensible partagée avec le patient. C'est une observation qui conduit à la reconnaissance et à l'analyse des vécus émotionnels et affectifs mobilisés par l'expérience de rencontre, de relation, de communication avec l'autre.* »

Cette manière de voir le soin, exprime ce que nous devons essayer de faire avec nos patient-e-s. Il faut leur proposer des possibilités d'expérimentations diverses qui favorisent la rencontre et la conscience de soi. Cette conscience corporelle peut être quelque chose qui manque aux personnes LGBT. Iels peuvent avoir des impressions diverses, parfois liées aux angoisses ou aux différents symptômes des pathologies énoncées plus haut. La conscience de soi, de la mémoire de leur corps, de ce qu'il représente, de sa densité peut manquer de stabilité, ainsi la conscience corporelle permet de réunir toutes ces qualités.

L'exemple de la danse

« *La danse met le corps au travail comme une matière à sentir, à vivre, à s'approprier ou à se réapproprier.* » (Hemelsdael.M, Moreau.A, Vennat.T, 2015, p.431) Le corps n'est plus seulement un vecteur de déplacement il est aussi un vecteur de sensations et d'émotions. La danse peut permettre d'aller dans des endroits encore inexplorés qui pouvaient échapper à la conscience. De retrouver une conscience de soi par le mouvement et en se laissant émouvoir

par celui-ci. Elle permet également à la personne d'entrer de nouveau en relation avec de nouvelles modalités. « *Elle donne également accès au sensible et au non-mesurable, à la qualité expressive du corps dans le mouvement, à la précision des formes, aux orientations et aux rythmes. Ce travail de modulation tonique confère sa présence au danseur et rend chaque mouvement inédit et unique. Le dialogue tonique ainsi ouvert, entre deux corporalités en présence dans la danse, donne des clés de compréhension pour accompagner les états tensionnels et émotionnels du patient* ». (Ibid., p.432) Notre objectif sera donc de pouvoir aider les patient.e.s à retranscrire et comprendre leurs vécus dans une dynamique symbolique. En effet, la danse permet de reprendre goût à se mouvoir et dans la relation que chacun.e entretient avec son corps. Cette médiation peut redonner vie à ce qui sommeillait dans chaque personne. Les personnes LGBT peuvent être dans un contrôle permanent de leurs affectes mais aussi dans un contrôle physique qui induit une très forte tension. Le vécu constant de la discrimination peut en effet leur faire oublier leur sensorialité et de fait le plaisir de se mouvoir, d'explorer leur mobilité. Le vécu de l'invisibilisation peut engendrer une corporalité peu expressive. La danse pourrait les réconcilier avec cette expressivité tout en leur fournissant un support pour l'estime de soi et la confiance en soi.

c) *L'approche par la sensorialité*

C'est une approche qui peut s'étayer sur le concept de la sensori-motricité développé par A.Bullinger. Les flux sensoriels sont constants et émanent tant de l'extérieur que de l'intérieur de soi. Parfois les signaux sont brouillés et/ou non identifiables parce qu'il y en a trop ou parce que la personne n'a pas appris à se les approprier. Dans le cas de personnes ayant mis à distance leur corps et donc leur sensorialité, comme les personnes LGBT, il s'agit de remettre du lien entre sensation et corps. Cela peut passer notamment par le touché thérapeutique ou l'objet médiateur. Pour les personnes LGBT, le touché thérapeutique peut-être délicat et utilisé en seconde intention. En effet, il arrive souvent que ces personnes aient subis des violences sexuelles et/ou physiques, ainsi le touché peut être vécu comme intrusif voir effractant. Alors il vaut mieux commencer le touché thérapeutique avec un objet médiateur qui jouera le rôle de tiers et qui évitera la proximité directe avec la peau et l'enveloppe du/de la patient.e. Il permet de prendre conscience différemment de sa sensorialité, dans un rapport extérieur à soi. Il permet aussi à la personne de pouvoir manipuler cet objet et de pouvoir décider de l'endroit, de l'intensité de la sensation et d'arrêter ou non. La sensation est sous contrôle. Pour les personnes qui ont toujours été habituées à contrôler, cela peut être un début pour les aider à approcher leur corps et sa sensorialité.

Comme l'explique E.Pireyre (2021) « *plutôt que la sensation elle-même, c'est ressentir l'expérience de la sensation qui pourrait apporter le sentiment d'identité. L'expérience de la sensation, c'est la perception.* » (p.63) En faisant cette expérience la personne travail sa

perception et donc l'intégration. Il peut faire des associations émotionnelles et corporelles qui permettront de revenir à la base de son/ses vécu-s. De plus, Pireyre remet le concept d'identité au centre en l'associant à la sensation. Sentir qu'on a un corps qui vit, ressent, éprouve est donc une des clés pour se sentir présent-e au monde et à soi. En d'autres termes : sentir sa corporéité. C'est là le but de notre thérapie auprès des personnes LGBT : pouvoir leur permettre par le biais de leur corps de pouvoir se sentir de nouveau elleux. C'est ce qu'explique Damasio dans *Le sentiment même de soi* (1999). Pour lui, les émotions sont perceptibles à partir des sensations corporelles que le sujet a pu identifier physiologiquement et psychiquement. De plus, son cheminement ainsi que celui de Bullinger, permettent de comprendre les flux sensoriels comme constitutifs d'un soi unifié à travers la perception des afférences internes et externes à soi. En l'occurrence, si la personne réussit à se laisser de nouveau éprouver par ce qu'elle ressent en soi et par/avec l'autre et son environnement, le sentiment continu d'être soi pourra être retrouvé.

L'exemple de la relaxation dynamique (empruntée à la sophrologie)

« *La sophrologie désigne l'ensemble des études, recherches et applications thérapeutiques qui ont pour objet les modifications et les phénomènes de la conscience, obtenus par les moyens de la relaxation dynamique et psychologique.* » (Nassé-T, 2015, p.282) La sophrologie est une technique qui demande une formation supplémentaire à notre diplôme pour être pratiquée. Toutefois, nous pouvons nous en inspirer pour certaines propositions lors de nos séances. Notamment, en utilisant la relaxation dynamique. Celle-ci est intéressante puisqu'elle permet au moyen des 5 sens de trouver un état de détente corporel et psychique. En effet, il s'agit d'invoquer nos sens pour être totalement en immersion dans l'imaginaire et l'instant présent. Par les odeurs, les goûts, les sensations et ce qu'on se représente, il est possible de visualiser et de revivre par la mémoire kinesthésique chaque petit détail de la scène décrite. Ainsi, dans une proposition de relaxation dynamique les patient-e-s peuvent explorer différents endroits, instants qui les ramènent à leur-s endroit-s préféré-s, à quelque chose de très personnel. Quelque chose à soi. C'est ce qu'exprime D.Liotard (2007) dans sa vision de la relaxation « *c'est par les sensations liées à la relaxation, au mouvement, à la respiration, à la présence d'émotions, que peu à peu d'autres perceptions du corps, d'autres représentations, d'autres investissements seront possibles.* » (p.247) En effet, si le sujet peut de nouveau sentir des sensations dans un cadre contenant, rassurant, apaisant, il pourra reprendre confiance en son corps et dans ses impressions sensorielles. Il pourra voir son corps d'une toute autre manière.

Attention, il faut faire en sorte que cet univers soit assez contenant et amené progressivement pour qu'il ne puisse pas provoquer des angoisses. Il faut pouvoir emmener

les individu-e-s dans une dynamique qui les rassurent et qui induise un imaginaire favorable et agréable. Il faut aussi être prêt-e à ce que les patient-e-s soient en difficulté pour créer ces images, ou à en convoquer. Alors, il faut pouvoir les accompagner dans ce processus en essayant de guider aux mieux leur vécu. Les personnes en souffrance, comme les personnes LGBT que nous pourrions rencontrer, peuvent avoir du mal à se servir de leur imaginaire. Comme nous le disions précédemment, la sensorialité et plus simplement le corps, ont pu figurer le négatif depuis longtemps. Ainsi, demander de penser, de s'immerger totalement dans quelque chose de doux, de calme, où on explore à l'aide des 5 sens dans un état semi-hypnotique peut générer de l'angoisse car la personne peut se retrouver seule face à un grand nombre de ressentis qu'elle ne sait peut-être plus accueillir. Ainsi, avant de faire cette proposition, une préparation de conscience corporelle couplée à la respiration pourrait être pertinente.

L'exemple du mime adapté à la psychomotricité

Le mime adapté à la psychomotricité, dans une dynamique proche du jeu dramatique thérapeutique, peut être un moyen de jouer ou rejouer des situations qui ont posé problème ou qui ont été sujettes aux questionnements. Cependant, l'aspect supplémentaire que le mime apporte est qu'il est silencieux. Seuls des petits bruits peuvent accompagner un geste/une action. Ainsi, la personne est invitée à laisser les mots de côté pour être concentrée sur son intériorité et son mouvement ainsi que sur l'interaction (si c'est un mime à plusieurs).

« Aller vers l'harmonie de soi, car ce mime rassemble, tel un puzzle éparpillé, les fragments de nous-mêmes, pour les recentrer dans une présence consciente de l'ici et Maintenant. » (S. Conein-Gaillard, 2011, p.258). Cette citation nous rappelle que nous pouvons travailler avec des personnes qui vivent ou ont vécu des angoisses archaïques de morcellement, de liquéfaction, d'effondrement... Ces angoisses donnent l'impression au sujet de ne plus être unifié, contenu et contenant.

Si Simone Conein-Gaillard, parle de *« rassembler dans une présence consciente »* c'est que le mime est une médiation thérapeutique qui demande d'être totalement présent-e à la situation de jeu. Il demande de la précision pour que la ou les personnes qui observent comprennent de quoi il est question. Il faut aussi être vigilant-e à sa respiration, sa posture (notamment à son bassin), à ce que font les mains et les doigts. Il y a un vrai travail de conscience corporelle lorsque les patient-e-s font du mime adapté. Aussi, il faut pouvoir faire un avec soi et l'environnement qui nous entoure. Le mime étant à la fois la matière et le résultat. En effet, Il a une dimension d'autant plus psychocorporelle que c'est le corps qui parle pour exprimer ce qui se passe dans l'espace scénique. *« C'est un médiateur efficace car il est, entre autres, le moyen d'expression par excellence, qui a le privilège de faciliter tout rapport*

de communication, s'adaptant à chaque demande que ce soit sur un plan purement praxique, psychologique, cognitif, sensoriel et/ou émotionnel. » (S. Conein-Gaillard, 2015, p.438).

De là, nous pouvons alors supposer que cette médiation pourrait faciliter les échanges et la verbalisation des personnes LGBT. Iels pourraient faire avec les gestes ce que la parole ne peut pas dire. Cela leur permettrait de se raconter ou de raconter une histoire avec leur corps. Il redeviendrait le support d'expression et d'affirmation de leur corporéité. Comme le mime demande d'être attentif·f·ve à soi, mais aussi à l'autre (dans le cas d'interactions), il y a une nécessité à se laisser éprouver par le dialogue tonico-émotionnel puisqu'il est la toile de fond de l'action mais aussi des émotions. Le mime propose de penser l'action différemment puisque tous les petits gestes sont importants pour donner de la consistance au jeu.

C'est ce que propose notamment l'utilisation du masque blanc pour certaines scènes de jeu. Il propose d'apporter une neutralité faciale pour que les individu·e·s puissent davantage se focaliser sur leur intériorité. Également, il permet de sentir et d'intégrer le dialogue tonique. Il permet de conscientiser différemment le mouvement et l'échange avec l'autre. La relation n'est plus influencée par les mimiques faciales mais au contraire par le langage du corps. Le corps tout entier prend la place des mots. Les émotions passent par la respiration, la posture, la sensorialité. Ce masque pourrait aussi être utilisé avec les personnes LGBT dans la relation à autrui notamment. Il permettrait de mettre un objet médiateur entre soi et l'autre. De plus, l'effet neutre du masque peut symboliquement représenter la neutralité dans la relation et l'échange qui s'apprête à émerger. Ceci semble très important pour créer un climat de confiance avec les personnes LGBT.

Ainsi, au regard des précédentes parties et de cette présentation des diverses approches et médiations psychocorporelles, il semble vraiment nécessaire de pouvoir proposer une thérapie psychomotrice aux personnes LGBT. Leur identité s'étant construite dans la violence et la négation, le dialogue tonico-émotionnel, la conscience corporelle, la sensorialité et la contenance peuvent vraiment être des leviers intéressants pour les aider. Nous verrons donc dans une dernière partie comment nous pourrions appliquer ces approches auprès de trois exemples tirés de rencontres passées.

TROISIEME PARTIE : Et si la psychomotricité avait rencontré...

A) Pierre

1) À la rencontre de Pierre

Pierre à 16 ans lorsque je le rencontre au lycée. Il entre en première et à l'internat, à l'étage des « filles ». Avant qu'il arrive, j'avais entendu parler de lui par sa petite amie, elle aussi à l'internat. Elle nous l'avait présenté avec son *dead name*¹¹ et comme « sa petite amie ». Pierre a une *expression de genre** masculine. Il porte des vêtements simples et qu'on pourrait considérés comme masculin : grand t-shirt, chemise, bermuda, jean ou pantalon. Il porte un *binder*¹² sous ses vêtements afin de lui aplatir la poitrine. Il a un carré long, avec une grande mèche de cheveux qui lui cache le visage et les yeux. Il se tient plutôt en enroulement avec dominance de la chaîne antéro-médiane, conduisant son regard vers le sol. Il me donne l'impression de ne pas être très à l'aise, son regard est fuyant et sa démarche peu assurée. Il n'est pas très érigé sur son axe corporel. Dans les groupes, il sourit et s'exprime peu. Il est souvent en retrait. Les filles de sa chambre disent n'avoir que très peu d'échanges avec lui. Il ne se change jamais devant elles, il le fait dans une douche. Une des deux filles de sa chambre ne semble pas très à l'aise et exprime ouvertement son incompréhension face à sa situation et à sa présence dans leur chambre.

Au lycée, certain-e-s professeur-e-s, respectent facilement sa volonté d'être appelé Pierre et d'être genré au masculin. Sauf un jour, un professeur refusa avec violence de l'appeler ainsi, il lui cria même « qu'il était un monstre ». Je me souviens encore de la violence et de ma stupéfaction. Cependant, à l'époque, j'avais conscience de l'injustice et de la discrimination mais c'était beaucoup moins évident que maintenant. Alors nous n'avions rien dit ou fait. Nous ne l'avions pas soutenu et avec le recul, je m'en veux beaucoup. La violence que Pierre a subi par ce professeur est quelque chose qui a dû être traumatisant et qui a dû laisser une trace.

Un jour Pierre nous a confié qu'il savait depuis un certain temps que son *identité de genre** n'était pas celle qu'on lui avait *assignée à la naissance**. En fait, pour lui, Pierre avait toujours été là. D'ailleurs son *identité de genre** posait souvent question dans les discussions d'élèves. Pierre avait l'air de souffrir de devoir s'exprimer sur sa vie intime contre son grès. Il

¹¹ Le deadname (ou dead name, ou morinom) est le prénom de naissance ou le précédent nom d'une personne qui n'est pas cisgenre, et qui, au vu de sa transidentité ou non-binarité, a décidé de changer son prénom, administrativement ou par l'usage.

¹² Sous-vêtement compressif permettant d'aplatir la partie haute du torse, principalement utilisé par les hommes trans, les personnes non-binaires, et certaines crossplayeuses.

avait pu trouver auprès de nous, un peu de réconfort même si nous n'avions pas les outils pour l'aider et réellement comprendre ce qu'il vivait.

2) Penser une prise en charge en psychomotricité pour Pierre

Dans un premier temps, les éléments qui concernent l'identité de Pierre peuvent nous interpeller. Qu'elle soit corporelle, relationnelle, psychique, éducative, celle-ci a pu être difficile à s'approprier d'après les événements qu'il a vécu durant son adolescence notamment. Il n'est pas question ici de faire de sa transidentité un sujet pathologique, qui induirait qu'il ait un « problème » ou un « trouble de l'image du corps ». Il est plutôt question, comme expliqué dans les premières parties de ce mémoire, de voir les choses sous le prisme de sa construction en tant que sujet dans un environnement (par les différents groupes d'appartenances), un corps, une identité. Comme nous l'avons vu, l'évolution de chaque personne peut être influencée par ses expériences de vie plus ou moins positives et donc avoir un impact sur sa conscience de soi (corporelle, émotionnelle, psychique).

Tout l'intérêt de la psychomotricité serait d'aider Pierre à reprendre confiance dans la relation qu'il a avec son corps mais aussi avec l'autre. En supposant que la relation à l'autre et par ricochet la relation à soi a pu être délicate, un travail sur le dialogue tonico-émotionnel l'aiderait à assimiler sensations, perceptions et émotions. Il pourrait apprendre et réapprendre à s'ajuster dans son corps et dans la relation avec autrui. Pour se faire, les séances seraient en individuel dans un premier temps, pour qu'il puisse s'approprier le cadre et le contenu des séances. Les séances en individuelles peuvent proposer une contenance dans le fait d'avoir un.e thérapeute et un espace rien que pour soi ainsi que la possibilité de s'exprimer sans avoir peur d'être jugé. Aspects fondamentaux pour Pierre. Il pourrait aussi reprendre confiance en sa corporéité avec sa temporalité. Ainsi, avec l'intégration psychomotrice Pierre pourrait reprendre contact avec ses vécus dans un cadre sécurisé et établi autour de règles communes de non jugement, de bienveillance et de confidentialité.

Nous pouvons imaginer que Pierre a engrammé des expériences de vie qui sont peut-être restées vides de sens. Des événements dont il n'a peut-être pas eu l'occasion de reparler ou qu'il a simplement mis de côté. Peut-être pourrait-on parler de traumatismes ? Alors, il serait pertinent de faire un travail d'intégration psychomotrice avec lui, afin de réintégrer de nouvelles représentations de son corps. Il pourrait également reprendre contact avec ses ressentis et travailler sur leurs identifications. Pour une personne comme Pierre dont le corps et les mouvements étaient peu expressifs, l'intégration psychomotrice serait un bon moyen de retrouver les chemins corporels et sensoriels oubliés/laisser de côté parce que le corps était

devenu sujet de rejet. Cette proposition serait l'occasion pour lui, de reprendre un contact physique avec son corps par le touché et/ou l'objet médiateur. L'intégration psychomotrice pourrait lui permettre de renouer avec le regard qu'il se porte et le regard de l'autre. Ces procédés lui auraient donnés une nouvelle approche de lui et de son corps.

La danse, est aussi une médiation intéressante pour travailler ces éléments. Le mouvement est sous-tendu par des questions d'émotions, de perceptions et donc de sensations. En dansant on peut également vivre de nouvelles sensations allant chercher dans des endroits inattendus et oubliés pour retrouver le mouvement « vrai », dans son plus simple appareil. Il n'est pas question d'esthétisme dans la danse en médiation thérapeutique, mais de se laisser porter par le rythme interne (comme la respiration ou les ressentis organiques) comme externe (s'il y a de la musique, ou d'autres personnes donc d'autres temporalités). Il faut se laisser éprouver. Elle permet de s'ancrer dans l'instant mais aussi dans le sol. Les appuis sont réévalués en permanence. Pour Pierre dont la posture globale était en enroulement, la danse permettrait de travailler les mouvements d'ouvertures et de redressement sur son axe, de reprendre corps. Elle pourrait aussi lui permettre de sortir un peu de son inhibition corporelle. La danse comme médiation permet de moins penser aux mouvements que l'on va faire et à leur beauté mais plutôt à ressentir ce qu'il se passe dans l'instant, ce que les différentes variations de temps, de poids, d'espace, de formes provoquent en soi.

Cette médiation peut aussi permettre de se réconcilier avec son corps et sa gestuelle. Elle permet de penser le corps et de le voir autrement que dans les déplacements ou les stations assises. Le mouvement existe à cet instant pour expérimenter. Le corps à cet instant n'a pas de bonne ou de mauvaise réponse, il n'est plus question de norme mais de percevoir ce qui s'y passe. Il semble que cette conception soit assez proche de Pierre et de ce qu'il a pu traverser face à la cishétéronormativité. La norme corporelle mais aussi au sens psychique a pu être intériorisée par Pierre qui n'a vu son corps qu'à travers des pensées qui n'étaient pas les siennes. Il a pu se décentrer de ce que représentait son corps dans une négation que la danse permet de retravailler. Le corps éprouve les personnes et peut permettre de revenir à l'émotion.

Ainsi, en faisant cette pratique, Pierre pourrait se recentrer sur lui dans un mouvement propre à soi, mais aussi (s'il s'agissait d'un groupe thérapeutique) dans la relation avec les autres, dans ce cas le mouvement peut être en harmonie ou en contre-pied des autres.

Comme nous le disions à l'instant, la danse amène la possibilité de faire des séances de groupe. Cela serait intéressant dans un second temps pour Pierre. En effet, celles-ci seraient une bonne manière pour lui de réapprivoiser sa place ainsi que le regard des autres.

Cette proposition est une seconde intention car il semble nécessaire de proposer d'abord à Pierre un espace dans lequel il puisse se retrouver et expérimenter seul avant de se confronter de nouveau aux autres.

Toutefois, il paraît pertinent de préciser que les séances en psychomotricité peuvent être investies comme un lieu ressource. Ainsi les séances de groupe pour Pierre pourrait être pensées de sorte à ce que chaque personne soit issue d'un parcours similaire à lui pour aider l'identification à ses pairs mais aussi éviter qu'il ressente de nouveau le rejet ou l'interrogation. Cette manière de procéder fait référence à la non-mixité choisie dont nous avons parlé en partie 2.2¹³. Ainsi, pour le cas de Pierre, cette non-mixité aurait pu être quelque chose à mettre en place pour ne pas le contraindre de nouveau à la norme et à des personnes qui n'ont pas la même réalité que lui. Elle pourrait être un cadre de prise en charge en soit, sur le même principe qu'un groupe de parole sauf que celle-ci serait remplacée par des éprouvés et expériences corporelles et prendrait sens en second plan, après avoir exploré les vécus corporels.

Pour conclure, ces propositions d'espaces en non-mixité choisie semblent être un levier intéressant pour les suivis en groupe des patients LBGT.

Nous pouvons alors constater que le parcours de Pierre a pu générer une symptomatologie psychomotrice que nous aurions pu, ou pourrions encore prendre en charge. D'ailleurs, ses différents vécus de rejet, de violence, de moquerie, d'incompréhension, de mégenrage semblent s'être inscrits dans sa corporéité à travers un repli postural, un manque de confiance en soi, une inhibition... Nous pourrions imaginer aider Pierre dans un parcours de soin revalorisant autant dans la vision de son corps que de son identité de sujet.

B) Jeanne

1) À la rencontre de Jeanne

Jeanne a 14 ans. Elle est au collège et à l'internat où je travaille. C'est une adolescente réservée. Sa coiffure est toujours la même : cheveux attachés et ramenés en chignons bas avec une mèche sur le devant du visage. Jeanne porte des vêtements pratiques et simples. Elle suit la mode mais sans trop de fioritures. Sa démarche n'est pas très affirmée et son regard est très peu dirigé vers les autres. Concernant sa posture, Jeanne a une dominance des chaînes antéro-médianes, donc un enroulement du buste et ses membres sont relativement en abductions. D'un point de vue général, Jeanne est davantage regroupée sur

¹³ Voir la sous partie sur l'approche par le cadre thérapeutique des séances p.35

son axe, et n'a donc pas une gestuelle très expressive. En effet, ses mouvements ne sont pas très affirmés et elle ne paraît pas toujours très à l'aise avec son corps dans l'espace public.

Elle a un groupe d'ami·e·s avec lequel·le·s elle rit beaucoup. Elle semble assez à l'aise en leur présence. Mais le reste du temps, elle est plutôt réservée et laisse les autres s'exprimer avant elle. Comme je suis surveillante à l'internat également, les élèves se confient plus facilement à moi, me posent des questions et m'expriment leurs ressentis. Nous prenons souvent un temps une fois que les devoirs sont faits pour parler de sujets qui les concernent ou qui les questionnent. Un soir, nous avons abordé le sujet de l'orientation sexuelle. J'ai remarqué que Jeanne s'était crispée. Elle semblait être gênée par la discussion mais elle l'avait écouté avec intérêt. Ses copines m'avaient demandé comment savoir si on est homosexuel·le et si l'autre est homosexuel·le. D'autres filles avaient dit « ça se voit quand un mec ou une meuf est gay ou lesbienne », « les filles se coupent les cheveux et s'habillent comme des mecs », « les mecs gays sont sensibles et s'habillent pas trop comme des mecs ». Cela avait lancé un débat. Cette discussion avait permis de réfléchir autour des clichés et des représentations que certaines avaient de l'homosexualité et des personnes homosexuelles.

Puis Jeanne est rentrée au lycée. Jeanne et ses ami·e·s sont repassé·e·s me voir quelques temps après la rentrée. J'ai trouvé Jeanne changée. Elle n'avait plus la même coiffure, elle semblait plus détendue, plus à l'aise. Sa posture avait elle aussi changée. Elle était plus droite, son regard était plus présent. Elle s'était redressée sur son axe. J'ai eu l'impression à cet instant de voir une jeune fille qui semblait beaucoup plus sûre d'elle qu'un an auparavant. Plus tard, j'ai appris que Jeanne avait rencontré une jeune fille et qu'elles étaient très amoureuses. Ses amies me l'ont confié un jour où Jeanne n'était pas présente, en m'indiquant qu'elles se doutaient qu'elle aimait déjà bien les filles au collège, mais qu'elles ne voulaient pas la brusquer et la laisser leur dire elle-même. J'avais trouvé cette réflexion très mature et bienveillante envers Jeanne.

2) Penser une prise en charge en psychomotricité pour Jeanne

L'exemple de Jeanne nous donne un aperçu du lien entre l'acceptation de soi et la découverte de soi. Il semble qu'il y ait une corrélation entre les processus qui font intervenir les affects, les expériences, l'environnement et le corps. En d'autres termes l'identité psychomotrice du sujet. En effet, en ayant changé d'environnement, Jeanne semble avoir pu se sentir à l'aise de montrer qui elle était. Elle semble s'être laissée guider par ses affects pour faire de nouvelles expériences et peut être trouver son épanouissement.

De plus, les modifications physiques observées (sa posture, ses vêtements, sa coiffure, ses mimiques non verbales) témoignent de cette réciprocity entre le corps, l'environnement, les émotions et les affects. Jeanne semblait s'être découverte dans son identité psychomotrice,

elle s'affirmait et s'assumait davantage. Nous pourrions supposer qu'elle était donc plus à l'écoute de ses émotions et de ses affects reflet de cette posture déverrouillée, redressée, prête à regarder et affronter les autres. Ainsi qu'un éventuel signe d'une meilleure estime d'elle-même ?

Pour une adolescent-e comme Jeanne qui se questionnait sur son orientation sexuelle mais qui n'osait pas en parler ou exprimer cette envie, nous pourrions proposer des séances autour de la gestion des émotions par un travail sensoriel. Bien que nous ne soyons pas sûre qu'elle était en souffrance au collège, nous pourrions supposer, que la cishétéronormativité encore très présente dans les établissements scolaires, puisse empêcher les jeunes personnes comme Jeanne qui se questionnent sur leur orientation sexuelle notamment.

Ressentir, percevoir, identifier, verbaliser semblent être les maîtres mots d'une identité psychocorporelle et psychoaffective sécurisée et unifiée. Si Jeanne, sait qu'elle est légitime de ressentir tel sentiment ou telle sensation dans un cadre sécurisant et contenant, cela pourrait l'aider à ne pas nier ce qu'elle ressent faute d'exemples autour d'elle, faute de mise en mots de ses vécus ou d'espaces pour les-y déposer. En ce sens, il semble important de favoriser ces espaces pour qu'elle se sente à l'aise de vivre et éprouver ses sentiments sans s'auto-violenter ni se sentir violentée. De plus, lorsque la personne réprime ses sentiments et ses émotions, les répercussions corporelles peuvent engendrer le repli corporel et des tensions perpétuelles qui peuvent entraver le mouvement et l'expressivité.

Concernant le cadre et la contenance nous pourrions dans un premier temps proposer ce travail autour des émotions dans des séances en individuel pour créer une alliance thérapeutique sécurisée qui ne lui impose pas directement le regard des autres. De plus, à l'adolescence le groupe peut-être facteur d'exclusion et de difficultés multiples pour se sentir accepté-e et compris-e, il faudrait donc s'assurer que Jeanne est assez sécurisée et confiante pour passer aux séances de groupe.

Le travail sensoriel que nous pourrions lui proposer pourrait être réalisé autour de la relaxation dynamique et le mime. En effet, il est possible d'aller chercher un imaginaire très intime et personnel puisque cela permet une régression, un retour vers des aspects plus primaires, plus archaïques du corps. Cela lui permettrait de se détacher du jugement pour se recentrer sur les sensations et les ressentis via les différentes perspectives sensori-motrices. Dans cette relaxation dynamique dans laquelle le mime est possible, la proprioception et la mémoire kinesthésique sont mises à profit. Les indications verbales pourraient l'inviter à utiliser le mime et donc le mouvement pour se figurer davantage la scène et l'action. L'environnement est convoqué à travers l'imaginaire proposé par les suggestions. Celles-ci

inviteraient Jeanne dans un endroit qu'elle connaît afin de retrouver les différentes sensations qui s'y réfèrent. (les odeurs, les émotions, les mouvements...) Ainsi, dans son cas, ces éléments permettraient de travailler sur l'appréhension globale de soi, de son environnement et des autres. Cette technique permet aussi de revenir à soi, dans un univers paisible dans lequel elle se sent bien et qu'elle est la seule à connaître.

Comme il a été présenté dans la partie 2, le mime est silencieux, ou presque. Retirer les paroles dans le cas de Jeanne, peut être un bon moyen pour elle de s'exprimer avec plus d'aisance et de distance (en ayant bien à l'esprit que le corps est une grande question de cette période de la vie). Par le travail de conscience du corps, et plus particulièrement du bassin et de la respiration, le mime lui permettrait d'ancrer son corps et le mouvement dans « *l'ici et Maintenant* ». Le mime pourrait être utilisé en séance individuel mais peut induire un projet de séance en groupe. Alors, le cadre est éminemment important en indiquant : le respect de son corps et du corps de l'autre, la confidentialité, le non jugement et les espaces de la scène et de la réalité. Grace à cette séparation entre l'espace de jeu et la réalité, de nouveaux rapports peuvent émerger laissant libre cours aux échanges, ici non verbaux, donc tonique et aux possibilités de mise en scène.

Le masque blanc utilisé dans la médiation du mime pourrait être intéressant pour lui permettre d'exprimer son intériorité sans que les autres/et ou le-a thérapeute ne voit ses réactions faciales. Donc son utilisation paraît pertinente pour un travail sur les émotions. Comme il empêche de voir les mimiques, il laisse le corps parler par la respiration par exemple. Il permettrait à Jeanne de pouvoir écouter davantage ses mouvements internes en se focalisant moins sur ce que l'autre voit d'elle. De plus, comme nous le disions, l'émotion faciale est moins visible pour ceux qui regardent mais facilite l'accession à l'intériorité pour la personne qui porte le masque. Le dialogue tonico-émotionnel est donc au centre de l'échange avec l'autre. Jeanne pourrait alors se montrer différemment face à l'autre, le corps n'étant plus l'accessoire d'un discours mais le discours lui-même.

Le travail de régulation tonico-émotionnel serait d'ailleurs intéressant à travailler avec elle pour l'aider à redresser sa posture et se sentir plus à l'aise dans la relation à l'autre. Cette régulation pourrait lui permettre de mieux se connaître à travers son corps, sa sensorialité et ses émotions lui évitant d'être déroutée par les vécus qu'elle traverse.

Ainsi, pour Jeanne, il semble qu'un travail autour de la régulation tonique aurait pu être pertinent pour l'aider à redresser sa posture, prendre conscience de ses appuis et pouvoir également faciliter la gestion des émotions. Comme nous le disions, un travail sur le dialogue

tonico-émotionnelle est central dans l'appréhension du corps, des émotions et de l'autre. Il pourrait être un bon moyen, pour les adolescent-e-s comme Jeanne qui manquent d'assurance, de pouvoir se réapproprier leur corps ainsi que les affects qui y sont associés.

C) Max

1) À la rencontre de Max

J'ai rencontré Max il y a quelques années, au festival organisé par une association où nous étions bénévoles. Il a 24 ans. C'est un jeune homme qui n'est pas très grand et fin. Il a des paillettes sur le visage et une grande boucle d'oreille. Ses habits sont simples mais colorés. Max est un jeune homme qui n'a pas peur de parler fort, de rire fort. Le timbre de sa voix oscille entre des notes très aiguë, lorsqu'il rit ou fait une blague, et graves quand il parle de choses plus posément et sérieusement. Il semble assez tactile avec les personnes qu'il connaît et affectionne. Il donne des petits surnoms à ses ami-e-s. C'est la première fois que je rencontre Max mais je sens qu'il ne sera pas compliqué de parler avec lui. Il parle ouvertement et sans gênes ou retenues de son homosexualité. Il apprécie parler devant un public et faire rire l'assemblée. Il semble avoir une certaine aisance pour communiquer.

Je revois Max quelques mois plus tard, au sein de l'équipe de bénévoles en prévention de l'association. Il me paraît très sûr de lui et conquérant. Il connaît beaucoup de choses notamment sur les questions des *Infection sexuellement transmissibles* (IST) du *Virus de l'Immunodéficience Humaine* (VIH) et de la prise en compte des personnes LGBT dans la société. Lors des interventions avec lui, il me semble très à l'aise. Il va facilement à la rencontre des gens, parle de sexualité, de plaisir, de conduites à risques sans trop de gêne.

Je retrouve Max, le jour de ses 27 ans, dans un café pour effectuer un l'entretien (qui illustre plusieurs parties de mon mémoire). Il arrive habillé d'un grand manteau de fourrure mais le reste de sa tenue est plutôt simple : jean/t-shirt/baskets. Il a une coloration rose poudré sur ses cheveux qui sont très courts. Il arrive vers moi avec un grand sourire. Il me semble plus calme que d'habitude. Il semble fatigué mais son visage est assez apaisé. Il manipule constamment ses boucles d'oreilles. Il rit souvent et facilement. Il ne semble pas gêné par la situation et me parle avec aisance des différents éléments de sa vie quand je le questionne. Il n'a pas de difficultés à se raconter. Il se tient droit, face à moi, son regard n'est pas fuyant. Il parle doucement et réfléchis aux mots qu'il emploie. D'ailleurs, il revient souvent sur les termes employés, les modifie. Il semble vouloir employer les bons mots aux bons endroits. Nous ne resterons pas moins de sept heures ensemble. Durant celles-ci nous avons pu parcourir son enfance, son adolescence, sa vie de jeune adulte, avec les moments les plus

difficiles comme les plus joyeux et imprévus. Au cours de cet entretien j'ai pu saisir les différentes étapes qui ont façonnées sa construction identitaire.

Nous avons beaucoup parlé de sa pratique du théâtre arrivée très tôt dans sa vie, vers 4/5 ans. Je l'ai donc questionné :

Du coup le théâtre ça te procure/procurais quoi ? Tu aimais bien jouer ? T'aimais bien apprendre quelque chose et le jouer ? Et te produire ? À l'époque c'était quoi que tu aimais vraiment bien ?

Max : Je pense que je suis relativement à l'aise sur un plateau, encore aujourd'hui, je peux me débrouiller, je pense que y'a encore certains rôles que je joue décemment. Pour autant je ne considère pas du tout que je suis comédien. Ce n'est pas de monter sur scène que j'aime, ce n'est pas de me produire devant les gens. C'est plus l'avant, je dirais même le pendant car à la limite j'aime assez bien être à la régie, j'aime beaucoup faire ça même.

Moi : Ok, donc pas forcément être sur la scène alors.

Max : Ouais tout ce qui peut être autour et ... dans le noir, genre juste derrière le proje. (il rit)

Moi : Mais enfant moins ?

Max : Alors enfant j'avais davantage ce truc de monter sur scène parce que c'était le seul truc qu'on connaissait et pouvait faire. Parce qu'en réfléchissant, je me dis que j'ai davantage de souvenir de temps passé en coulisse, en répète générale, à refaire parce que la lumière allait, pas. Ok bon du coup je me remets ici, d'accord. Avec mes petits pieds de gosse. Et juste avant d'entrer en scène où tu fais une grimace à ton pote.

Moi : Ouais ok, donc un peu le côté social de ce que ça générerait, des échanges humains.

Max : Ah bah oui c'est pas un art que tu fais seul.

Il poursuit plus tard : Ah si 4ème c'est l'âge où j'ai commencé à m'incruster sur les ateliers du primaire qui avaient lieu sur le temps du midi. Donc au début j'étais là en observation/en back up a proposé des idées etc. Puis après je me suis retrouvé en technique pour des petits bouts de spectacle. Je n'étais jamais seul parce que j'étais encore trop jeune pour rester avec une classe. Mes pauses dej étaient rythmées par ça, tous les midis j'avais les ateliers avec la prof que j'ai suivi pendant 10 ans. Et donc j'ai commencé petit à petit à suivre tous les ateliers primaire, collège, lycée de l'établissement dans lequel j'étais. Et puis, j'étais connu pour ça.

Moi : Ça te permettait d'avoir ta place à toi quoi ?

Max : Oui et puis c'était que j'avais une place où je savais un peu ce qui se passait en salle des profs, j'avais connaissance des dramas et dossiers croustillants de tout le monde. J'étais omniscient. Et puis j'avais besoin d'être connu.

Il semblerait que Max ait choisi le théâtre pour trouver un espace d'expression et d'émancipation de sa personnalité. Il peut clamer haut et fort ce qu'il pense et le tourmente par le biais de personnages ou de ses comédiens dans son travail de metteur en scène. De plus, il semblerait qu'il y ait aussi trouvé une place, au moment de sa scolarité, quand il se sentait seul et isolé de tous. C'était quelque chose à lui, qui le rendait identifiable et « omniscient » dans son établissement. Cela pouvait en un sens, combler son besoin de reconnaissance ou l'absence d'identifications aux autres personnes qui l'entouraient.

Si nous pensons au théâtre en termes de médiation thérapeutique, nous pouvons relever quelques éléments de compréhension quant à la présentation psychomotrice de Max. Nous avons pu voir au cours de ce mémoire et de cette présentation plus spécifique, que Max avait grandi dans un contexte familial, scolaire, amical qui n'a pas été facilitant dans son processus identitaire. Il a cherché rapidement une échappatoire pour mettre au travail les vécus intériorisés de rejet, de solitude, de vide qu'il ressentait en étant un jeune garçon homosexuel. Le théâtre semble avoir été pour lui son moyen d'expression premier dans un environnement où il ne s'exprimait que très peu. Il était identifié et identifiable à travers son activité théâtrale. Il pouvait en quelque sorte, mettre en jeu sur un espace scénique, qu'on pourrait qualifier de transitionnel, différents personnages, différentes scènes fictives. En effet, le jeu a une fonction d'organisation des instances psychiques pour supporter la réalité et la prendre en compte. Ceci fut d'abord théorisé par Piaget en 1956 puis par Winnicott dans *Jeu et réalité* en 1971. Ils ont réfléchi à la manière dont l'enfant investissait le jeu pour mettre au travail ce qui le tourmentait mais aussi comme outil de symbolisation et d'exploration du monde dans lequel il évolue (autant dans les interactions avec l'extérieur que dans ses remaniements intérieurs).

Cet angle d'approche est intéressant pour penser la place du théâtre dans la vie de Max. Il semble que cette activité, qui maintenant est son métier à part entière, ait été pour lui un moyen de donner du sens à ses vécus, ses expériences mais aussi à ses relations avec autrui. Il a trouvé dans le théâtre une identification, un point de repère qui le rendait visible par les autres, voire légitime. « *J'avais besoin d'être connu* » me dit-il.

2) Penser une prise en charge en psychomotricité pour Max

Comme nous avons pu le constater, le jeu dramatique est une composante intégrante de sa vie et de sa personnalité, alors il serait intéressant de pouvoir l'emmener dans autre chose. Quelque chose où l'intellect est plus en retrait, où la sensorialité peut reprendre le dessus et être exprimée différemment. De plus, étant sa passion et son métier, il semble pertinent de pouvoir séparer les espaces afin qu'il puisse vraiment être dans un espace qui le sécurise et qui lui fasse découvrir de nouvelles facettes de lui-même.

En discutant avec lui, Max dit qu'il ne s'est jamais trop senti à l'aise dans son corps. Il aime danser, bouger, mais ne se sent pas toujours en harmonie avec celui-ci. Il ne « *sait pas quoi faire de son corps* ». Nous pourrions alors nous saisir de son appréciation de la danse pour lui en proposer. Elle pourrait lui offrir un espace pour décharger les tensions et les inconforts corporels. Il pourrait reprendre sa place puisque malgré sa profession de metteur en scène son corps est en retrait. Il coordonne, projette sur les autres corps ses idées, ses pensées mais ne se met pas forcément en jeu. Ainsi la danse lui permettrait de repasser par différentes sensations et dynamiques corporelles permettant une variation des états toniques et d'identifier les émotions qui s'y réfèrent. Il pourrait aborder son expressivité plus viscéralement en étant plus proche des remaniements psychocorporels qui se produisent lors de l'exploration du mouvement.

La relaxation progressive de Jacobson qui propose une alternance contraction/relâchement des différents segments du corps pourrait également aider le relâchement musculaire et une intégration progressive des ressentis sous-jacent du corps. De plus, la relaxation étant parfois sujet d'angoisse pour les patient·e·s, la part active de cette technique permettrait à Max de rester dans le réel tout en ayant l'occasion de se focaliser davantage sur son corps et ses impressions sensorielles.

Max m'a confié avoir traversé une longue dépression dont il a réussi à sortir cet été. Il me dit ne pas se sentir encore complètement remis mais il a fait l'expérience du « vide », du corps qui ne répond plus, qui « ne ressent rien ».

Il me dit qu'il aurait vraiment apprécié pouvoir entreprendre une thérapie psychocorporelle à cette époque. D'ailleurs, Max se présente sur un versant plutôt hypertonique. Alors nous pourrions travailler sur la respiration et le mouvement pour réduire les tensions corporelles induite par le stress ou l'anxiété résiduelle.

Les propositions citées plus haut comme la relaxation de Jacobson, la respiration ou encore le travail de conscience corporel par le biais de la danse, pourraient être, encore aujourd'hui,

des moyens pour Max de trouver un apaisement quant aux éventuels inconforts encore présents et/ou d'identifier les vécus non digérés et non élaborés.

La prise en charge qui me semblerait la plus adaptée serait en séance individuelle, pour que Max puisse se consacrer totalement à lui-même. Il côtoie beaucoup de personnes, élabore souvent en collectif, porte un regard sur les corps de ses comédiens et de leur jeu de scène... Et lui ? Revenir à son intériorité et sa corporéité lui laisserait de nouveau un espace pour mettre ses vécus au travail.

Ainsi, un travail pourrait être entrepris avec Max dont le corps a parfois été malmené par le manque d'investissement du fait de l'invisibilisation, du mépris, de la solitude, mais aussi plus récemment par la dépression. Max a développé l'art oratoire mais semble avoir mis de côté le corporel et le sensoriel. Les sensations lui semblent lointaines alors elles pourraient être le début d'un projet thérapeutique afin de reprendre contact avec son identité corporelle.

CONCLUSION

Au regard de ce mémoire, nous avons vu en quoi le développement des personnes LGBT était spécifique. En effet, en ne correspondant pas aux normes et aux codes attendus et valorisés par la société iels peuvent faire l'objet de rejet. Ce rejet peut être perpétué par les différents groupes d'appartenances (famille, école) qui sont structurants, comme nous l'avons vu, au cours de la construction identitaire du sujet. De plus, la période de l'adolescence, où ces groupes se restructurent et où les personnes vivent de nombreux bouleversements, est une période qui peut fragiliser davantage les personnes LGBT. C'est le moment où les personnes cherchent des supports identificatoires mais aussi à se singulariser. Cela peut être compliqué à trouver pour les personnes LGBT qui ne se retrouvent pas dans la cis-hétéronormativité de la société. Aussi, nous avons pu remarquer que les environnements sécurisés dans lesquels s'épanouir pouvaient être moins présents pour ces personnes. En effet, le témoignage de Max, nous a permis de comprendre que la solitude et le déni liés à son homosexualité avaient engendré un vide psychocorporel qui n'avait jamais disparu. Il nous a alors parlé de la nécessité à se reconstituer un groupe d'appartenance « choisi ». Nous avons aussi constaté que les personnes LGBT développaient une symptomatologie liée au fait de s'être construites dans la violence et la discrimination.

Ainsi, nous avons donc pu voir que la psychomotricité pouvait offrir aux personnes LGBT des espaces contenant et étayant, dans lesquels iels pourraient se sentir écouté-e-s et surtout où iels pourraient de nouveau éprouver leurs corps. Les différentes propositions psychocorporelles possibles en psychomotricité ont montré en effet, qu'elles pourraient correspondre aux problématiques liées au rejet, à la faible estime de soi et d'affirmation de soi, au repli sur soi et à toutes les pathologies en santé mentale déjà connues de la psychomotricité. Le vécu du rejet et des violences laisse des traces psychiques mais aussi corporelles qui concernent de plus en plus la psychomotricité. En effet, notre profession se développe de plus en plus dans les centres d'hébergements d'urgence qui accueillent les personnes ayant subies différentes violences. Nos connaissances autour des liens psychocorporels et psychoaffectifs que les contextes de vie ont engendré sont éminemment importantes pour venir en aide à ces personnes. La psychomotricité semble avoir une place plus qu'importante auprès des personnes LGBT, pour lesquelles le corps a été malmené par elleux, l'autre, le produit, la société. Il faut pouvoir redonner du sens à ces vécus mais aussi à leur humanité dans cette société.

Alors il pourrait être intéressant de questionner notre place dans les centres, associations en soutien aux personnes LGBT. En effet, la psychomotricité, au cœur du

développement et de l'épanouissement des individu·e·s prend de plus en plus une place au sein d'établissements accueillants des personnes précarisées, isolées, minorisées... Alors pourquoi ne pas développer notre présence dans ces endroits où le corps parfois malade, invisibilisé, renié peut être mis de côté. Ce sont des endroits où nous pourrions aider les personnes à reprendre leur place, à se sentir exister par le biais de séance de groupe ou en individuel. Autour de médiations psychocorporelles comme l'expressivité du corps par la danse et/ou le jeu dramatique ou encore la relaxation dynamique ou activo-passive. Nous avons un panel de choses à mettre en place en tant que psychomotricien·ne pour accompagner le mieux-être des personnes en souffrance. Notre métier est au plus proche des différents états traversés par une personne au cours de sa vie. Il nous permet de ne plus voir seulement des patient·e·s mais des individu·e·s qu'il faut accompagner pour affronter le monde.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES :

- AEBISCHER, V, OBERLÉ, D. (2007). *Le groupe en psychologie sociale*. (3^{ème} ed.). Dunod.
- ALESSENDRIAN A, DAGORN J, MEIDANI A, RICHARD G, TOULZE M. (2020). *Santé LGBT. Les minorités de genre et de sexualité face aux soins*. Le bord de l'eau.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2015). *DSM-5 : Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux* (5^{ème} éd.). Elsevier Masson.
- BALLOUARD, C. (2011). *L'aide mémoire de psychomotricité*. (2^{ème} ed.). Dunod.
- BULLINGER, A. (2007) *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Le parcours de recherche*. Érès.
- CALECA, C. (2013). Didier Anzieu. Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal (1975). Dans D.Drieu (dirs.) *46 commentaires de textes en clinique institutionnelle*. (pp.299-305) Dunod.
- CONEIN-GAILLARD, S. (2011). *L'art du mime adapté à la psychomotricité : Du corps oublié au corps créateur*. Gap : Le Souffle d'or.
- CORRAZE, J. (1988). *Les communications non verbales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- DAMASIO, A. (1999). *Le sentiment même de soi : Corps, émotions, conscience*. Odile Jacob.
- DAMASIO, A. (2021). *Sentir et Savoir, une nouvelle théorie de la conscience*. Odile Jacob.
- GIOSE, M. (2015). Méthode de relaxation et de gestion du stress. Dans F.Giromini, J-M.Albaret, P.Scialom (dirs.). *Manuel d'enseignement de Psychomotricité 2. Méthodes et techniques*. De Boeck supérieur SA.
- GIROMINI F, ALBARET J-M, SCIALOM P. (2012). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 1. Clinique et thérapeutiques*. De boeck solal.
- GIROMINI F, ALBARET J-M, SCIALOM P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3. Clinique et thérapeutiques*. De boeck solal.
- GIROMINI F, ALBARET J-M, SCIALOM P. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 4. Sémiologie et nosographies psychomotrices*. De boeck supérieur.
- HEMELSDAEL M, MOREAU A, VENNAT T. (2015) Méthodes à médiation artistique. Danse. Dans F.Giromini, J-M.Albaret, P.Scialom (dirs.). *Manuel d'enseignement de Psychomotricité 2. Méthodes et techniques*. De Boeck supérieur SA.

- JEAMMET, P. (2012). *Adolescences, repères pour les parents & professionnels*. (5^{ème} ed). Paris: La Découverte.
- LE BRETON, D. (2013). *Conduites à risques*. Presses Universitaires de France.
- LESAGE, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Érès.
- LEXIE. (2021) *Une histoire de genres. Guide pour comprendre et défendre les transidentités*. Marabout.
- LIOTARD, D. (2007). La personne âgée : du comportement à l'acte imaginé. Dans A. Calza & M. Contant, *Psychomotricité* (p. 238-248). Paris : Masson
- MARC, E. (2005) *Psychologie de l'identité. Soi et le groupe*. Dunod.
- NASSÉ-T, Y. (2015). Méthode de relaxation et de gestion du stress, Relaxation en sophrologie. Dans F.Giromini, J-M.Albaret, P.Scialom (dirs.). *Manuel d'enseignement de Psychomotricité 2. Méthodes et techniques*. De Boeck supérieur SA.
- PAUMEL, C. (2019). La traversée adolescente : Problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. Dans A.Vachez-Gatecel & A.Valentin-Lefranc (dirs.). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. (pp.225-266). Dunod.
- PIREYRE-W, E. (2021). *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*. (3^{ème} éd.) Dunod.
- POTEL, C. (2010). *Psychomotricité entre théorie et pratique*. (3^{ème} ed.). Sous la direction de Potel C. In Press.
- POTEL, C. (2019) *Être psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. (Nouvelle ed. augmentée). Érès.
- VACHEZ-GATECEL, A & VALENTIN-LEFRANC, A. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. Dunod.
- WINNICOTT, D. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Sciences de l'homme Payot.
- ZILLER R. (1973). *The Social Self*. New York : Pergamon Press.

ARTICLES :

- BACHOLLET, M, MARCELLI, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49, 14-19.
- CICCONE, A. (1991). XXe JA (Strasbourg) : Actes et entre actes – Quels actes ? Agir et soin psychique : quelques réflexions. *Évolutions psychomotrices*. (89).
- CICCONE, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenantante : modèles et pratiques. *Cahier de psychologie clinique*. (17). (pp.81-102).

- DASTUR, F, NAUDIN, J. (2005) Ipséité et pathologie mentale. Débat entre Françoise Dastur et Jean Naudin. *PSN : Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, volume 3 (no. 12).
- DESTOMBES, C, HEFEZ, S. (2015). La trajectoire sociale est plus compliquée pour les homosexuels. *Transversal* (78)
- GAZON, V, VILAIN, J. (2015). Le jeu dramatique une médiation thérapeutique en psychomotricité. *Journées annuelles du SNUP 2015*
- REGNY, M. (2018) Note de lecture du rapport "State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people". *Commission européenne, juin 2017*
- Saskia E. Kunnen et Harke A. Bosma, Le développement de l'identité : un processus relationnel et dynamique,

GUIDES :

- IREPS Auvergne Rhone alpes. (2020) *La santé mentale des personnes LGBT*.
- CRIPS. (2021). *Pour une santé inclusive, guide LGBTQI+ pour un meilleur accueil des minorités genrées, sexuelles et sexuées à destination des professionnel-le-s de santé*.
 - Virupaksha HG et al. « *Suicide and suicidal behavior among transgender persons* ». *Indian J Psychol Med*. 2016 nov-déc ; 38(6) : 505-509. (consulte le 11 avril à 15h)
 - Beck F, Firdion J-M, Legleye S, Schiltz M-A. *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et Perspectives*. [Nouvelle édition 2014]. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2014 : 140 pages (consulté le 11 avril à 15h05)
 - Ined, *Enquête Virage*, 2020. <https://virage.site>. ined.fr/en/publications/Publications (consulté le 11 avril à 15h07)
 - Richard G. avec MAG Jeunes LGBT, *Rapport synthétique de la consultation mondiale sur l'éducation inclusive et l'accès à la santé des jeunes LGBTI+*. Paris :MAG Jeunes LGBT, avec le soutien de l'UNESCO, 2018. (consulté le 11 avril à 15h10)
 - Jedrzejewski T, « *EGale-MG. État des lieux des difficultés rencontrées par les homosexuels face à leurs spécificités de santé en médecine générale en France* ». Thèse, Université Paris 7 Diderot, octobre 2016. (consulté le 11 avril à 15h30)
- SIDACTION. (2020). *La santé psychique chez les LGBT+*.

- BACHMANN L, C, GOOCH, B. (2018). LGBT In Britain, Health Report. *Stonewall-YouGov*.
- BOYED-J, C et al. (2019) Severity of Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders Among Sexual Minority Individuals and Their “Not Sure” Counterparts. *LGBT Health*. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0122>
- https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_health.pdf consulté le 18 avril 2022 à 17h37

DOCUMENTAIRE:

- COOPER,V (Réalisatrice). (2017). *Olly Alexander, Growing Up Gay*. Antidote production. <https://www.youtube.com/watch?v=yfrq7y1PqBo>

SITES INTERNETS :

- Santé publique France (2021) *Stigmatisation des minorités sexuelles : un déterminant clef de leur état de santé*. Dans Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/350235/3053495> (consulté le 6 avril 2022 à 14h58)
- Défenseur des Droits et Hamel, C. (2020). *Synthèse de l'étude Virages (INED 2015)*. <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/communiquede-presse/2020/04/etude-sur-les-violences-intrafamiliales-les-filles-et-les-jeunes-lgbt> (consulté le 18 avril 2022 à 13h11)
- Non-mixité. (2020, 29 avril). Dans *Wikipédia*. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Non-mixit%C3%A9#:~:text=La%20non%2Dmixit%C3%A9%20est%20une,potentiellement%20discriminants%20\(ou%20oppressifs\)%2C](https://fr.wikipedia.org/wiki/Non-mixit%C3%A9#:~:text=La%20non%2Dmixit%C3%A9%20est%20une,potentiellement%20discriminants%20(ou%20oppressifs)%2C)
- Dead Name. (2020, 2 décembre). Dans *Wikipédia* <https://fr.wikipedia.org/wiki/Deadname> consulté le 31 mars 2022

Résumé :

Nous pouvons faire le constat qu'en 2022, les personnes LGBT subissent toujours des discriminations. Iels sont toujours stigmatisé-e-s et peuvent se sentir rejeté-e-s de leurs différents groupes d'appartenances tels que leur famille, l'école, les groupes à l'adolescence. Ces différents vécus du rejet et de violences peuvent avoir un impact sur leur construction identitaire et engendrer des difficultés en matière de santé mentale. La psychomotricité permet de considérer l'identité du sujet dans toutes les sphères qui l'entoure à savoir : sa socialisation, son développement sensori-moteur, ses émotions, son environnement. Ainsi il semblait pertinent de voir en quoi la psychomotricité pouvait être intéressante dans l'accompagnement des personnes LGBT vers une réaffirmation de soi et de leur légitimité dans une approche autour des différentes propositions psychocorporelles proposées en psychomotricité.

Mots clés : Construction identitaire, LGBT, Cis-hétéronormativité, Santé mentale, Médiations Psychocorporelles

Abstract :

We can say that in 2022, LGBT people still suffer from discrimination. They are still stigmatized and may feel rejected by their different groups such as their family, school, and teenage groups. These different experiences of rejection and violence can have an impact on their identity construction and lead to mental health difficulties. Psychomotricity allows us to consider the identity of the subject in all the spheres that surround him/her, namely: his/her socialization, his/her sensory-motor development, his/her emotions and his/her environment. Thus, it seemed relevant to see how psychomotricity could be interesting in the accompaniment of LGBT people towards a reaffirmation of themselves and their legitimacy in an approach around the various psychocorporal propositions proposed in psychomotricity.

Key words : Identity construction, LGBT, Cis-heteronormativity, Mental health, Psychocorporal mediations