



HAL
open science

Intérêt de la danse-thérapie chez les adultes victimes d'inceste dans leur enfance

Sophie Gallet

► **To cite this version:**

Sophie Gallet. Intérêt de la danse-thérapie chez les adultes victimes d'inceste dans leur enfance. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02302080

HAL Id: dumas-02302080

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02302080>

Submitted on 1 Oct 2019

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.

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M. AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M. ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M. AOUBA Achille	Médecine interne
M. BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M. BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M. BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M. BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M. BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes

M. BROUARD Jacques	Pédiatrie
M. BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M. COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M. DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M. DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M. DEFER Gilles	Neurologie
M. DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M. DENISE Pierre	Physiologie
M. DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
Éméritat jusqu'au 31/08/2020	
Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire

M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition

M. QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
M. ROUPIE Éric	Médecine d'urgence
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIADER Fausto	Neurologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François	Addictologie
---------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig	Anglais
--------------------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS

HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne

Mme DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M. HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico- faciale
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2020	Génétique
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M. REPESSÉ Yohann	Hématologie
M. SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M. VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André	Médecine générale
M. GRUJARD Philippe	Médecine générale
M. LE BAS François	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas	Médecine générale

REMERCIEMENTS

Messieurs les membres du Jury,

Vous m'avez fait un très grand honneur en acceptant de faire partie de ce jury. Je vous en remercie sincèrement.

Monsieur le Professeur Delamillieure,

Vous avez montré d'emblée un intérêt pour ce sujet de thèse et accepté sans hésitation aucune d'être le Président de mon jury et vous en remercie profondément.

Monsieur le Professeur Viader,

Vous avez consenti de vous joindre à ce jury alors même que ce n'est pas votre domaine de spécialité et dans des conditions quelques peu inhabituelles, ce dont je vous remercie tout particulièrement.

Monsieur le Professeur Leroy,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse sans réticence, sur un sujet qui ne vous est pas familier, et vous en suis d'autant plus reconnaissante.

Monsieur le Docteur Vasse,

Vous avez su faire d'une idée vague, un vrai sujet de thèse et m'encourager à chaque fois que j'en ai eu besoin. Vous avez toujours fait preuve d'une grande patience et m'avez toujours donné d'excellents conseils que je garde précieusement en mémoire. Je vous suis très reconnaissante.

Monsieur le Docteur Sigward,

Vous avez toujours été une source d'inspiration et d'admiration pour moi. Vous m'avez toujours accordé votre confiance et avez toujours su me redonner foi en moi quand je doutais. Jamais je ne saurais assez me montrer reconnaissante à votre égard.

Madame le Docteur Gindrey,

Vous avez su m'aiguiller sur certains points de ma thèse et m'avez bien aidée dans mes recherches et pour cela, je tenais à vous en remercier.

Michel Aufrère et Odile Auxenfants,

Vous m'avez tout deux transmis votre passion pour cet art qu'est la danse de société et, quelque part, c'est à vous que je dois l'idée initiale de cette thèse. Un grand merci à vous deux.

Georgios, François, Maxime, Philippe, Aline,

Vous savez pourquoi.

*Un beau jour,
Ou peut-être une nuit,
Près d'un lac, je m'étais endormie
Quand soudain, semblant crever le ciel
Et venant de nulle part,
Surgit un aigle noir.*

*Lentement, les ailes déployées,
Lentement, je le vis tournoyer.
Près de moi, dans un bruissement d'ailes,
Comme tombé du ciel,
L'oiseau vint se poser.*

*Il avait les yeux couleur rubis
Et des plumes couleur de la nuit.
À son front, brillant de mille feux,
L'oiseau roi couronné portait un diamant
bleu.*

*De son bec, il a touché ma joue.
Dans ma main, il a glissé son cou.
C'est alors que je l'ai reconnu :
Surgissant du passé,
Il m'était revenu.*

*Dis l'oiseau,
Oh dis, emmène-moi.
Retournons au pays d'autrefois,
Comme avant, dans mes rêves d'enfant,
Pour cueillir en tremblant
Des étoiles, des étoiles.*

*Comme avant, dans mes rêves d'enfant,
Comme avant, sur un nuage blanc,
Comme avant, allumer le soleil,
Être faiseur de pluie
Et faire des merveilles.*

*L'aigle noir, dans un bruissement d'ailes
Prit son vol pour regagner le ciel.
Quatre plumes, couleur de la nuit,
Une larme, ou peut-être un rubis.
J'avais froid, il ne me restait rien.
L'oiseau m'avait laissée
Seule avec mon chagrin.*

*Un beau jour, ou était-ce une nuit
Près d'un lac je m'étais endormie.
Quand soudain, semblant crever le ciel
Et venant de nulle part
Surgit un aigle noir.*

Barbara

LISTE DES ABBREVIATIONS

AIVI :	Association Internationale des Victimes de l'Inceste
ALD :	Affection de Longue Durée
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (remplacée en 2004 par la HAS)
ASI-R :	Appearance Schemas Inventory Revised
BC-SC :	Body Cathexis - Self Cathexis scale
BDQ :	Body Disclosure Questionnaire / Body Distorsion Questionnaire
BIQ :	Body Image Questionnaire
BFQ :	Body Focus Questionnaire
BPM :	Battements Par Minute
BPQ :	Body Prominence Questionnaire
BSS :	Body Satisfaction Scale
BSRQ :	Body Self Relations Questionnaire
CIM :	Classification Internationale des Maladies
CMP :	Centre Médico-Psychologique
DAP :	Draw-A-Person test
DAS-24 :	Derriford Appearance Scale – 24
DESNOS :	Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DMT :	Dance Movement Therapy
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
EDC :	État Dépressif Caractérisé
EDM :	État Dépressif Majeur
EMDR :	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
ESPT :	État de Stress Post-Traumatique
FRS :	Figure Rating Scale
HAS :	Haute Autorité de Santé
HT :	Homonyms Test
ISRS :	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
IRS-Na :	Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

NCS :	National Comorbidity Survey
QPC :	Questionnaire de Préoccupations Corporelles
QEC :	Questionnaire d'Expériences Corporelles
QIC :	Questionnaire d'Image Corporelle
SATAQ :	Social Attitudes Towards Appearance Questionnaire
SMPG :	Santé Mentale en Population Générale
SWAS :	Satisfaction With Appearance Scale
TCC :	Thérapies Cognitivo-Comportementales
TSA :	Trouble de Stress Aigu
TSPT :	Trouble de Stress Post-Traumatique

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

1- Les figures

- Fig 1 : Traduction d'un schéma proposé par Slade représentant les différents facteurs influençant l'image corporelle
- Fig 2 : Test du dessin du bonhomme d'une patiente victime d'inceste à l'âge de 5 ans et 6 ans (3 évènements), Mlle A.
- Fig 3 : Draw-a-person test d'une patiente victime d'inceste à l'âge de 5 ans et 6 ans (3 évènements), Mlle A.
- Fig 4 : TSPT et qualité de vie chez les victimes d'inceste
- Fig 5 : Prévalence de symptômes de TSPT chez les victimes d'inceste comparativement à la population générale
- Fig 6 : Prévalence des comorbidités chez les victimes d'inceste comparativement à la population générale
- Fig 7 : Antécédents suicidaires chez les victimes d'inceste
- Fig 8 : Risque suicidaire en fonction de l'âge des victimes au moment des faits (tout type d'agressions sexuelles confondu)
- Fig 9 : Qualité de vie estimée par les victimes d'inceste
- Fig 10 : Qualité de vie estimée par les d'agressions sexuelles (toutes confondues) en fonction de l'âge au moment des faits
- Fig. 11 : Photographie du « Sorcier dansant » dans la grotte « des 3 frères » en Ariège
- Fig. 12 : La représentation schématique de cette photographie faite par l'abbé Breuil
- Fig. 13 : Photographie de sujets exécutant une « tarentelle napolitaine »
- Fig. 14 : Autre photographie de sujets exécutant une « tarentelle napolitaine »
- Fig. 15 : Photographie d'une rave-party
- Fig. 16 : Vaslav Nijinski interprétant une autre de ses œuvres « L'après-midi d'un faune »
- Fig. 17 : Isadora Duncan, dont les vêtements cachaient peu l'anatomie, comme on peut le voir sur cette photographie
- Fig. 18 : Marian Chace dansant avec une patiente
- Fig. 19 : Affiche de l'atelier danse

2- Les tableaux

Tableau 1 : Les différents types d'évènements traumatiques, extrait du livre de Jehel qui semble être une synthèse des études de Yehuda, Kessler et Breslau

Tableau 2 : Représentation des différentes comorbidités associées au TSPT dans l'étude SMPG

Tableau 3 : Représentation des principales comorbidités en fonction de l'intensité des troubles psychotraumatiques dans l'étude SMPG (de l'exposition à un traumatisme [notée « événement »] au TSPT [noté « PTSD »])

Tableau 4 : Les différentes psychothérapies du TSPT et leurs niveaux de preuves

Tableau 5 : Comparaison de la transe dans la danse de transe et dans l'hypnose

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

PREMIERE PARTIE

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE PSYCHOTRAUMATISME ET SES PARTICULARITES DANS LES CAS D'INCESTE	3
---	----------

I. HISTORIQUE DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE	3
---	---

II. CLINIQUE DU PSYCHOTRAUMATISME	7
---	---

1. <i>Grandes notions et classifications</i>	7
--	---

2. <i>Particularités cliniques de l'inceste</i>	12
---	----

a. Traumatisme de type II ou DESNOS	12
---	----

b. Rapport au corps chez ces patients	13
---	----

III. EPIDEMIOLOGIE	23
--------------------------	----

1. <i>Du psychotraumatisme</i>	23
--------------------------------------	----

2. <i>De l'inceste</i>	23
------------------------------	----

IV. FACTEURS DE RISQUE, FACTEURS PROTECTEURS ET COMORBIDITES.....	26
---	----

1. <i>Facteurs de risque</i>	35
------------------------------------	----

2. <i>Facteurs protecteurs</i>	39
--------------------------------------	----

3. <i>Comorbidités</i>	40
------------------------------	----

V. PRISE EN CHARGE	42
--------------------------	----

1. <i>Médicamenteuse</i>	42
--------------------------------	----

2. <i>Psychothérapies</i>	44
---------------------------------	----

3. <i>Thérapies à médiations corporelles</i>	47
--	----

VI. ASPECTS JURIDIQUES DE L'INCESTE.....	48
--	----

1. <i>Définitions légales</i>	48
-------------------------------------	----

2. <i>Particularités lorsque la victime est mineure</i>	50
---	----

3. <i>Particularités liées au cadre familial</i>	51
--	----

4. <i>Délais de prescription</i>	54
--	----

DEUXIEME PARTIE

APPORT DE LA DANSE-THERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

D'INCESTE.....	56
I. LA DANSE-THERAPIE.....	56
1. <i>Historique de la danse-thérapie</i>	56
a. La danse	61
b. La psychanalyse.....	65
c. Trois grands courants	67
2. <i>La danse-thérapie aujourd'hui</i>	70
3. <i>La danse-thérapie comme thérapie du psychotraumatisme et de l'inceste</i>	71
II. LE CAS DE MME D.....	73
1. <i>L'histoire traumatique</i>	73
2. <i>Symptomatologie</i>	76
3. <i>Danse-thérapie avec Mme D.</i>	81

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION	85
CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE.....	95
ANNEXES	107

INTRODUCTION

Pendant mon externat, j'ai effectué un stage dans un service de psychotraumatologie. Il se trouvait que nous recevions en majorité des patients qui avaient été victimes d'inceste dans leur enfance. Passée ma surprise de découvrir l'importance du nombre de victimes, j'ai été frappée de voir que ces patients avaient une relation très particulière avec leur corps. Sans doute y étais-je plus sensible parce que j'avais reçu une formation de kinésithérapeute avant de devenir interne en psychiatrie et que cela me donnait un regard sur mes patients différent de celui de mes collègues. Je remarquais que certains patients se cachaient sous des vêtements particulièrement larges, entièrement noirs, alors que d'autres étaient au contraire particulièrement peu vêtus et outrageusement maquillées pour certaines femmes. Par ailleurs je constatais différents troubles du comportement alimentaire associés, les scarifications et autres automutilations (comme ce patient qui s'était arraché tous les ongles des pieds à cause d'une mycose qui « l'énervait ») ainsi que des symptômes divers qui me donnaient l'impression que le corps était « celui par qui le malheur est arrivé » et qu'il « faudrait punir », dénaturer afin que « ça ne recommence jamais ».

En outre, le hasard a voulu que je pratique plusieurs types de danse depuis ma petite enfance : danse balinaise, danse classique, danse de société et plus récemment « street jazz ». Toutes ces danses sont très différentes et leurs codes aussi. Ce que le danseur cherche à exprimer, à transmettre ainsi que la manière de le faire y sont totalement différents à chaque fois. Pour autant, chacune de ces danses apporte quelque chose de particulier. Par exemple, en danse de société, ce qui intéresse particulièrement, c'est de travailler la féminité, la virilité, ainsi que la communication entre les deux partenaires. Une hypothèse a alors émergé : ce type particulier de danse pourrait être utile chez les patients victimes d'inceste, afin de

leur permettre de se réappropriier leur corps, d'apprendre qu'il n'est pas leur ennemi, et que le corps de l'autre ne soit pas perçu comme un danger.

C'est ainsi que j'ai entrepris des recherches sur la danse en tant qu'outil thérapeutique. J'ai ainsi découvert la danse-thérapie et son application sur une patiente vous est présentée dans cette thèse.

1^{ère} partie :

ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE PSYCHOTRAUMATISME ET SES PARTICULARITES DANS LES CAS D'INCESTE

I. Historique de la psychotraumatologie

L'histoire de la psychotraumatologie est intimement liée aux guerres, grandes pourvoyeuses de blessés physiques et psychiques, mais aussi à l'évolution de la médecine et plus particulièrement de la psychiatrie. Les différents courants de pensée qui se sont succédés ont imprégné et modifié le concept pour en faire ce qu'il est aujourd'hui.

Dès l'antiquité, certains auteurs notent des symptômes psychotraumatiques, même si le concept n'est pas encore décrit comme tel (1). Ainsi, Hérodote (390 avant J-C) rapporte le cas d'Épizélos, un soldat athénien, devenu subitement aveugle à la vue d'un ennemi semble-t-il particulièrement impressionnant, qui tua le soldat athénien juste à côté de lui (2). Cette cécité soudaine est à rapporter à la dimension d'effroi et d'impuissance qu'a ressentie Épizélos dans cette situation (3). A la même époque, Hippocrate décrivait dans son « traité des songes », des rêves traumatiques (4). L'individu se montre agité, et le contenu du rêve est à thématique guerrière. Parfois, l'individu peut parler ou aller jusqu'à se battre en dormant (4)(5).

D'autres récits émaillent ainsi l'histoire de la psychotraumatologie, mais ce n'est qu'à partir de Pinel en 1808 que ces symptômes vont être regroupées pour tenter de définir le trouble (1). Ainsi, il décrit ce qu'il appelle « les névroses de la circulation et de la respiration » insistant ainsi sur l'importance des troubles neurovégétatifs et de l'anxiété. Lors des guerres napoléoniennes, des chirurgiens

tels que Desgenettes ou Percy dénomment « syndrome du vent du boulet », l'état stuporeux qui saisit les combattants épargnés de justesse par un boulet passé tout près d'eux (6)(7). Le soldat sentant le boulet du canon ennemi passer tout près de lui, se retrouve sidéré par le sentiment de mort imminent. Ainsi la notion de stupeur et d'effroi apparaît.

A la fin du XIXème siècle, les accidents de chemins de fer vont faire évoluer le concept. En effet, deux idées importantes vont voir le jour : d'une part ce trouble n'est pas l'apanage des soldats - il peut aussi concerner des civils ; d'autre part il peut toucher des personnes n'étant pas ou peu blessées physiquement (1)(8). C'est Oppenheim, psychiatre allemand, qui va particulièrement s'intéresser à la question et être le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique ». Il décrit alors « des troubles dominés par la reviviscence de l'événement avec ses composantes neurovégétatives et sa labilité émotionnelle assortie de phénomènes phobiques sélectifs en rapport avec l'accident dont la phobie des chemins de fer » (1). Bien qu'Oppenheim insiste sur l'importance de la dimension émotionnelle causale, il prend néanmoins une position organiciste, estimant que les symptômes sont le fruit de changements moléculaires dans le système nerveux central. Beaucoup de psychiatres le suivront ensuite dans ce courant de pensée avec des notions telles que « le cœur irritable » ou « le cœur de soldat » (9).

A la même époque, la psychiatrie française exerce une forte influence au niveau international, notamment J-M Charcot à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris. Pour lui, il y a bien une origine émotionnelle à ces symptômes mais aussi une explication neurologique sous-jacente, mais tout cela est à rapprocher de l'hystérie. Il en veut pour preuve que ces sujets plongent dans un état comparable à l'hypnose, thérapie qu'il utilise pour traiter les patients hystériques (10).

Un de ses élèves, Janet va alors s'intéresser à la psychotraumatologie avec en tête les idées de son maître (l'hystérie et l'hypnose). Janet va développer un concept révolutionnaire, celui de la « dissociation de la conscience » (11). Pour lui,

un individu confronté à une situation particulièrement effrayante, va se voir temporairement incapable de gérer « ses schémas cognitifs » préexistants (2). Le débordement émotionnel provoqué par la situation fait que « ces schémas cognitifs » sont mis à l'écart ; le sujet est alors dissocié. Janet note par ailleurs que les souvenirs des individus confrontés à des événements traumatiques ne sont pas élaborés comme des souvenirs habituels, et qu'ils correspondent moins à des représentations mentales qu'à des éprouvés, c'est-à-dire des sensations. Il nomme cela « idées fixes », dont il fait le postulat qu'elles restent enfouies dans le subconscient du sujet à son insu et ressortent sous forme de cauchemars, d'actes automatiques ou de reviviscences (12).

Vient ensuite Freud, autre élève de Charcot, avec l'impact qu'on lui connaît sur la psychiatrie. Freud est initialement très intéressé par les thèses de Charcot et pratique l'hypnose sur des patientes hystériques. Puis il s'écarte de son maître pour développer ses propres théories. Il développe avec Breuer la notion de catharsis, idée selon laquelle l'hystérie serait due à un choc émotionnel dans l'enfance qu'il faudrait faire ressortir par une thérapie (qui deviendra plus tard, la psychanalyse) (13). Il ne différencie donc pas le psychotraumatisme de l'hystérie. La psychiatrie va ainsi longtemps oublier les idées de Janet au profit de la théorie du fantasme de Freud, négligeant ainsi tous les traumatismes réels. Seul Ferenczi, célèbre disciple de Freud va s'intéresser aux traumatismes sexuels chez les enfants. Il présentera au congrès psychanalytique de 1932, sa théorie sur « La confusion de langue entre les adultes et l'enfant ». Il introduit un concept majeur, celui de l'identification à l'agresseur. Malheureusement, Ferenczi est totalement rejeté à l'époque et il faudra attendre 1949, soit 17 ans après sa mort, pour que cet article soit publié en anglais (14).

La psychotraumatologie va alors être de nouveau intimement liée à la guerre, avec notamment les deux guerres mondiales, puis la guerre du Vietnam. Les médecins vont se retrouver confrontés à de très nombreux cas de soldats, traumatisés par les violences de la guerre et incapables de retourner au front. Lors

de la première guerre mondiale, l'époque étant très tournée vers l'idée que le psychotraumatisme n'est rien d'autre qu'une forme d'hystérie, les médecins ne vont pas tant s'attacher à soigner les soldats qu'à détecter des « simulateurs » qui chercheraient à éviter d'aller au front (15). Les soldats traumatisés sont même considérés comme des lâches. Les « thérapies » consistent alors à redonner la volonté au soldat d'aller au combat (2)(16). Ces thérapies, comme la faradisation, sont si pénibles que les soldats préfèrent en effet retourner au front que de poursuivre un tel traitement. Par ailleurs, dans l'Allemagne d'entre deux guerres au nazisme grandissant, les soldats traumatisés, se voient supprimer leurs compensations financières puisqu'il ne serait pas logique de donner une telle compensation à des lâches (17).

C'est après la seconde guerre mondiale que les choses vont évoluer de nouveau, en raison du nombre exceptionnel de victimes, tant parmi les soldats que les rescapés des camps de concentration. Pour la première fois, on commence à parler de facteurs de protection tels que l'entraînement ou la cohésion de groupe. Certaines thérapies s'attachent à travailler sur les « souvenirs somatiques » en relation avec les réactions physiologiques lors de l'événement traumatique. On a alors recours à des techniques comme l'hypnose ou la narcosynthèse (utilisation de narcotiques pour induire la transe). On revient alors vers la théorie de Janet (5).

Puis, avec la guerre du Vietnam, beaucoup d'études sur les vétérans vont voir le jour. Des psychiatres concernés personnellement par le psychotraumatisme (soit parce que ceux sont eux-mêmes d'anciens soldats, soit parce qu'ils sont des enfants de vétérans) vont se mobiliser pour faire évoluer le concept. Ainsi, dans la troisième version de Diagnostic and Statistical of Mental Disorders (DSM-III) paru en 1980, apparaît pour la première fois la notion de « Post-traumatique Stress Disorder » (PTSD). Cette notion regroupe tous les états de stress post-traumatiques, quelque soit le type de traumatisme (viol, guerre, femmes battues.... etc). En revanche, il ne fait référence qu'aux troubles qui apparaissent à une certaine distance de l'événement. Il n'est donc pas fait mention dans le DSM-III de l'état de

stress aigu qui n'apparaîtra que dans le DSM-IV en 1994, dans lequel la notion de dissociation péri-traumatique devient un élément important (1)(8)(17).

II. Clinique du psychotraumatisme

1. Grandes notions et classifications

Il convient désormais de définir les notions de traumatismes, état de stress post-traumatique et trouble de stress post-traumatique. Ces définitions varient légèrement aux États-Unis et en France selon les classifications utilisées. Malgré la sortie du DSM V en 2013 aux USA, suivi de sa version française en 2015, il nous est apparu indispensable de préciser ce qu'il en est dans le DSM-IV, nombre d'études étant encore basées sur cette classification.

Traumatisme : un traumatisme est un événement à caractère potentiellement traumatique, ou traumatogène. Si être exposé à un tel événement n'engendre pas nécessairement des conséquences psychopathologiques, il est indispensable d'avoir été exposé à un tel événement pour développer par la suite un état de stress post-traumatique. Selon les classifications, la définition d'un tel événement peut varier.

Dans le DSM-IV-TR (6), un événement traumatique était défini comme suit (critère A d'un état de stress post-traumatique) (6) :

« 1/ Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2/ La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

NB : Il est à noter que, chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations. »

Nous voyons dans cette définition qu'il n'est pas considéré comme nécessaire que le sujet soit directement confronté lui-même à la réalité de la mort, de sa propre mort ou au sentiment de menace de son intégrité physique. Il s'en suit que l'annonce du décès brutal d'un proche peut être considéré comme un événement traumatique.

Or, en France et en Europe en général, la notion d'événement traumatique est envisagée sous un angle plus restrictif. Il a donc généralement été préféré la définition proposée par la CIM-10 (7) « une situation ou un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. » (7). Bien que cette définition paraisse plus vague, le caractère « exceptionnellement menaçant ou catastrophique » de l'événement considéré, exclut en réalité les situations où la personne n'est pas directement concernée. Ainsi les personnes qui ont vu les images télévisuelles des tours du World Trade Center s'effondrer lors des attaques terroristes du 11 septembre 2001, n'ont pas été estimées comme exposées à un événement traumatique par les médecins français, alors que les médecins anglo-saxons, notamment américains, ont pu être d'avis que c'était le cas.

Ces divergences de point de vue ont été la source de différences de résultats lors de diverses études, notamment épidémiologiques selon qu'elles étaient faites aux États-Unis ou en Europe. Aussi, il a été proposé dans le DSM-V (18) (critère A d'un trouble de stress post-traumatique), une définition de l'événement traumatique qui se veut conciliante :

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

1/ En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.

2/ En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3/ En apprenant qu'un ou plusieurs évènements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les évènements doivent avoir été violents ou accidentels.

4/ En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des évènements traumatiques (par exemple intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

NB : Il est à noter que le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images télévisuelles, cinématographiques ou iconographiques, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle. »

Par conséquent, les situations où la personne n'est pas directement concernée désormais sont acceptées, mais sous certaines conditions. Par ailleurs, il est notable que la notion de traumatismes répétés n'était pas du tout clairement exprimée dans le DSM-IV-TR, suggérée dans la CIM-10 et devient tout à fait explicite dans le DSM-V, ce qui a toute son importance dans un traumatisme comme l'inceste, qui est très généralement répété sur une longue période.

État ou Trouble de Stress Post-traumatique : Nous pourrions le définir de façon générale comme l'ensemble des symptômes psychopathologiques, regroupés en un trépied diagnostique, survenant un certain délai après l'exposition à un événement traumatique. Les éléments du trépied diagnostique sont :

- ✓ un syndrome de répétition (souvenirs répétitifs ou « flashbacks », cauchemars traumatiques, jeu traumatique chez l'enfant) ;
- ✓ un syndrome d'évitement (évitement de pensée, de lieu ou de tout ce qui peut rappeler le traumatisme) ;
- ✓ une activation neurovégétative (hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, troubles de la concentration, troubles du sommeil).

Il faut au moins un symptôme dans chacune de ces trois catégories pour pouvoir poser le diagnostic. Par ailleurs, il existe des réactions différentes dans les suites immédiates ou post-immédiates à l'exposition au traumatisme. Il est donc admis qu'il faut un certain délai pour parler d'état de stress post-traumatique et ne plus considérer qu'il s'agit de réactions aiguës.

Dans le DSM-IV-TR (6) :

Le critère A définit le traumatisme comme on l'a vu plus haut. Ensuite, de manière très précise et détaillée, le trépied diagnostique est posé :

- ✓ Critère B : Syndrome de répétition ;
- ✓ Critère C : Syndrome d'évitement, mais aussi notion d'altération des émotions ;
- ✓ Critère D : Activation neurovégétative.

Il est ensuite précisé que le diagnostic d'état de stress post-traumatique sera posé si les symptômes des critères B, C et D durent depuis au moins un mois, avec une souffrance dite « cliniquement significative » ou une « altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. »

Enfin, il est précisé que l'ESPT peut avoir trois caractéristiques particulières :

- ✓ il sera dit aigu s'il dure depuis moins de 3 mois ;
- ✓ il sera dit chronique s'il dure depuis 3 mois ou plus ;
- ✓ il sera qualifié de différé si les symptômes apparaissent au moins 6 mois après l'exposition au traumatisme.

Dans la CIM-10 (7), la définition est moins précise :

« Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à un traumatisme. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable "d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations

pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neurovégétatif, avec hypervigilance, état de "qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité. »

Nous retrouvons bien ici aussi notre trépied diagnostique, cependant la durée à partir de laquelle nous pouvons parler d'état de stress post-traumatique et ne plus considérer qu'il s'agit de la phase aiguë est ici plus floue « de quelques semaines à quelques mois ».

Dans le DSM-V (8) :

Il a été choisi de ne plus parler d'état mais de trouble de stress post-traumatique (TSPT) (8). En effet, le terme d'état retenu jusque-là, laissait à penser que le patient était dans une situation passive et fixée plus qu'il ne présentait des symptômes constitutifs d'une affection éventuellement résolutive. Par ailleurs, il a été spécifié deux cas de figures :

- ✓ le trouble de stress post-traumatique de l'enfant de plus de six ans, de l'adolescent et de l'adulte
- ✓ et le trouble de stress post-traumatique de l'enfant de moins de six ans. Jusque-là, la symptomatologie du jeune enfant, n'avait jamais été spécifiée.

Comme dans la version précédente du DSM, le critère A définit le traumatisme, ce que nous avons vu également plus haut.

Ensuite, on retrouve le trépied diagnostique :

- ✓ Critère B : Syndrome de répétition
- ✓ Critère C : Syndrome d'évitement
- ✓ Critère E : Activation neurovégétative

Il est cependant ajouté un autre pied, le Critère D : L'altération négative des cognitions et de l'humeur. En effet, les patients présentant un TSPT ont très souvent des croyances négatives à leur sujet du fait d'une culpabilité importante, se rendant responsables de ce qui leur est arrivé. Les patientes victimes de viol par exemple, vont justifier à leurs propres yeux l'agression dont elles ont été victimes, se l'expliquer à elles-mêmes en se disant qu'elles n'auraient pas dû se trouver là à cette heure-là, ou être habillées comme cela, maquillées comme cela, sourire à leur agresseur... etc. Ces patients peuvent également avoir un vécu négatif du monde en général perçu comme dangereux, le danger étant partout tout le temps. Ceci provient d'un besoin fondamental de l'être humain de donner du sens à ce qui se produit dans son existence. Or, le problème des événements traumatiques, c'est précisément qu'ils n'ont pas de sens. Et c'est en cherchant désespérément à donner du sens à ce qui n'en a pas que l'être humain produit du symptôme.

2. Particularités cliniques de l'inceste

a. Traumatisme de type II ou DESNOS

Terr distingue deux types de tableaux cliniques chez l'enfant : le type I et le type II (19)(20). Le type I correspond aux symptômes survenant après un événement traumatique unique. Il est véritablement celui source du TSPT tel que décrit dans les différentes classifications avec le trépied (voire les quatre pieds) diagnostique(s) (décrits dans le DSM-V).

Le type II, lui, correspond aux symptômes survenant après un traumatisme répété. Les souvenirs traumatiques sont donc multiples, correspondant à de multiples scènes traumatiques. Ainsi, le patient va se voir envahi de multiples flashbacks et cauchemars traumatiques. Si dans le type I, le patient peut connaître des moments de répit, tant que rien ne lui remémore le traumatisme, dans le type II, il y a presque toujours quelque chose pour lui rappeler le traumatisme.

Le TSPT consécutif à un inceste correspond généralement à un type II, puisque dans la plupart des cas, le traumatisme est répété. Les victimes subissent des agressions des années durant. Cela peut entraîner également une symptomatologie encore différente, appelée « Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) » ou « Trouble de stress post-traumatique complexe » en français (1). Il faut savoir que si cette appellation est admise par beaucoup de spécialistes du psychotraumatisme, elle n'est pour autant pas reconnue dans les classifications internationales que ce soit le DSM IV et V ou la CIM 10. Cependant il est à noter que le critère D du DSM-V évoque cette symptomatologie. Le tableau clinique associe :

- ✓ une dysrégulation des émotions ;
- ✓ des épisodes dissociatifs transitoires (dépersonnalisation, déréalisation) ;
- ✓ des somatisations, souvent au premier plan et motif de la demande de soins ;
- ✓ des troubles du caractère :
 - sentiment de honte, culpabilité et sentiment d'être différent des autres ;
 - altération de la perception du lien à l'agresseur ;
 - altération de la relation aux autres qui n'est pas sans rappeler le trouble de personnalité borderline, fréquemment associé au TSPT de type II ou aux DESNOS ;
 - altération de la capacité du patient à mettre du sens dans les événements de sa vie, perte de ses croyances, avec sentiment de désespoir qui en découle.

b. Rapport au corps chez ces patients

• Définition de l'image corporelle :

Selon Dyer et al. (11) « L'image corporelle est une construction multidimensionnelle de composants cognitivo-affectifs, comportementaux et perceptifs ». L'image corporelle fait appel au vécu subjectif du corps, mais celui-ci s'ancre nécessairement dans une réalité sensorielle. Nous pouvons alors supposer que les personnes souffrant d'insensibilité congénitale à la douleur (ICD) ont un vécu subjectif de leur corps très différent de personnes n'en souffrant pas. L'image du corps est également liée à l'histoire que nous avons avec notre corps depuis notre

naissance, tant au niveau de nos perceptions sensorielles que de la façon dont ces perceptions ont été vécues sur un plan psychologique. Par exemple, être gros entraîne des perceptions sensorielles : le poids du corps sur les articulations, les vêtements qui serrent le corps avec parfois des frottements et des irritations, le reflet du corps dans le miroir... etc. Mais selon que nous avons vécu dans une société, une famille où il était plutôt bien vu d'être gros (symbole de réussite sociale, comme en Indonésie par exemple), ou au contraire de laisser aller, comme dans nos cultures occidentales actuelles, le vécu subjectif de notre corps sera différent, bien qu'il soit lié à des perceptions corporelles pourtant similaires.

Ainsi, nous comprenons que l'image corporelle est liée au schéma corporel, mais en diffère par le vécu subjectif, absent dans le schéma corporel. Nous pourrions définir le schéma corporel comme la construction des composants cénesthésiques en une image mentale inconsciente, faisant là appel au concept de mémoire implicite (21). Il s'agit d'un avantage car, sans avoir besoin que cela entre dans notre champ de conscience, nous ressentons en permanence la tension ou le relâchement de nos muscles, nos tendons, nos ligaments et autres capsules articulaires et, de cette manière on sait à tout moment quelle est la position de notre corps sans avoir besoin de le regarder. Notre image mentale va même jusqu'à intégrer deux autres paramètres :

- ✓ Le premier est celui du schéma corporel avec intégration d'objet. C'est ainsi que nous pouvons passer une porte avec un énorme sac sur le dos, sans avoir besoin de regarder pour vérifier que le sac passe par la porte. C'est aussi comme cela que nous parvenons à conduire en intégrant les dimensions de la voiture pour faire des manœuvres telles qu'un créneau. Notre mémoire implicite garde une trace inconsciente de toutes nos expériences sensori-motrices de sorte que notre schéma corporel inclue le sac (ou les dimensions de la voiture) et ainsi tous les circuits moteurs s'adaptent alors pour que nous puissions passer par la porte avec le sac sur le dos, en ajustant notre trajectoire (21).

- ✓ Le second est le mouvement. Il existe un schéma corporel statique et un schéma corporel dynamique. Comme nous avons une image mentale en

permanence de la position de chaque muscle, articulation, avec l'état de tension de chaque tendon, ligament... etc, et autres parties anatomiques, notre cerveau peut prendre en compte les modifications de position au court du temps, en temps réel, et créer ainsi une image mentale dynamique. Si nous prenons des cours de tennis étant enfant et que nous arrêtons, lors d'une partie étant adulte, il pourra nous arriver tout d'un coup de reproduire exactement le même geste que celui que nous avons tellement répété pendant l'enfance. La recherche consciente pour reproduire le geste pendant toute une partie pourrait s'avérer infructueuse, alors que c'est souvent au moment où nous ne nous y attendons pas que nous y arrivons. Pourquoi ? Parce qu'à cet instant, l'état de tension des muscles, tendons, ligaments, ainsi que la position des articulations... etc a fait appel à un souvenir inconscient de schéma corporel dynamique (mémoire implicite) et a immédiatement permis de retrouver le geste qui y était associé. Et c'est ainsi que nos mères nous disent toujours que « le vélo, ça ne s'oublie pas ! »

Pour en revenir à l'image corporelle, Slade définit un modèle d'image corporelle à partir d'une série d'études des troubles de l'image corporelle dans les troubles du comportement alimentaire (22)(23). Selon lui, sept facteurs influencent la construction de l'image du corps :

- ✓ l'histoire des expériences sensorielles du corps
- ✓ l'histoire des fluctuations de poids
- ✓ les normes culturelles et sociales
- ✓ les attitudes individuelles vis-à-vis du poids et à la silhouette
- ✓ les variables affectives et cognitives
- ✓ la psychopathologie individuelle
- ✓ les variables biologiques

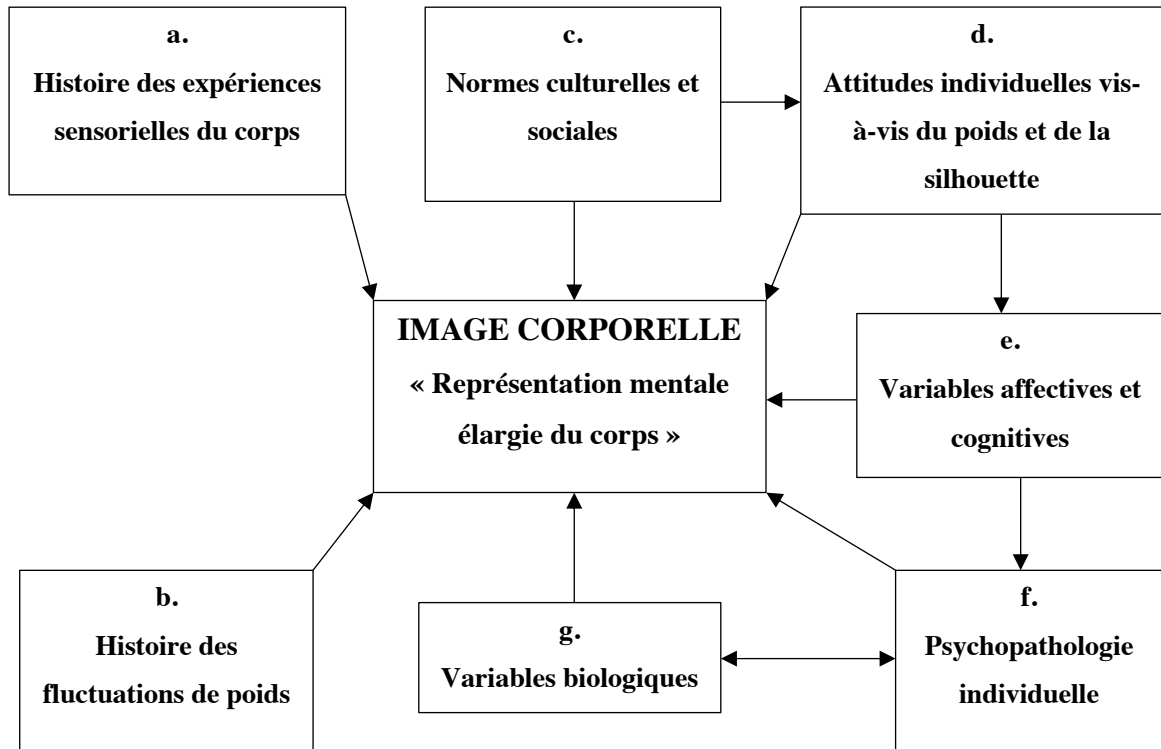


Figure 1 : Traduction d'un schéma proposé par Slade représentant les différents facteurs influençant l'image corporelle (22)

- Méthodologie de l'étude de l'image du corps :

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'image corporelle est un concept composite. Aucune méthodologie ne permet d'en explorer tous les aspects à elle-seule. Aussi nous allons avoir deux grands types de méthodes d'évaluation de l'image du corps :

- ✓ les **méthodes psychométriques** (24), qui sont basées sur des auto- ou hétéro-questionnaires, visant à évaluer un aspect plus précisément de l'image corporelle. La plupart de ces tests sont en anglais et il n'existe pas de traduction en français validée.

- ✓ les **méthodes projectives** qui vont permettre d'appréhender plus spécifiquement le vécu subjectif du corps (24)(25).

✓ Techniques psychométriques

Il existe de très nombreux tests, que nous ne prétendons pas ici inventorier de manière exhaustive et que nous pouvons classer en plusieurs catégories. Parmi ces tests, certains sont plus connus, aussi nous ne détaillerons que ceux-là.

- Échelles de mesure de la connaissance du corps : Body Self Relations Questionnaire (BSRQ) (26) et Body Image Questionnaire (BIQ) (27). Le BIQ comprend 20 items et mesure l'écart entre la perception que le sujet a de son corps et le corps idéal (avec des questions sur le corps global puis par parties). Il est très fréquemment utilisé dans la littérature anglo-saxonne.

- Échelles de conscience corporelle : Body Prominence Questionnaire (BPQ) (28), Homonyms test (HT) (29) et Body Focus Questionnaire (BFQ) (28). Le BFQ a été établi par Fisher en 1970 qui a également construit plusieurs autres échelles d'évaluation de l'image corporelle. L'objectif de ce test est de déterminer si le sujet perçoit de manière prédominante une partie du corps par rapport à une autre. Il est également fréquemment utilisé dans la littérature anglo-saxonne.

- Échelles de satisfaction corporelle : Body Cathexis-Self Cathexis scale (BC-SC) (29), Satisfaction With Appearance Scale (SWAS) (30), Figure Rating Scale (FRS) (31), Questionnaire de préoccupation corporelle (QPC) (en anglais le Body Shape Questionnaire (BSQ)) (32), le Body Satisfaction Scale (BSS) (33) qui mesure la satisfaction en fonction des différentes parties du corps. Il est relativement fréquemment utilisé dans la littérature anglo-saxonne.

- Échelles de mesure de l'impact émotionnel de l'image corporelle : Derriford Appearance Scale – 24 (DAS 24) (34), Body Disclosure Questionnaire (BDQ) (35), Body Distorsion Questionnaire (aussi appelé BDQ) (28), développé également par Fisher en 1970, qui recherche les modifications de la perception du corps en 84 items. Il est fréquemment utilisé dans la littérature anglo-saxonne contrairement au Body Disclosure Questionnaire qui est beaucoup moins fréquemment utilisé.

- Échelles de mesure de l'investissement du corps par le sujet : Appearance Schemas Inventory Revised (ASI-R) (36), le Social Attitudes Towards Appearance Questionnaire (SATAQ), qui a été développé en 1995 et réactualisé depuis (37), et qui s'intéresse à l'identification et l'acceptation par le sujet des normes sociales d'apparence corporelle véhiculées dans nos sociétés occidentales. Il est de ce fait très utilisé dans la littérature anglo-saxonne.

- Échelles composites : Sans prétendre mesurer tous les aspects de l'image du corps, ces échelles évaluent plusieurs variables. Il en existe principalement deux : le Questionnaire d'expérience corporelle (QEC) (38) et le Questionnaire d'Image Corporelle (QIC), développé en 1984 par Bruchon-Schweitzer en français (39). Il s'agit d'un auto-questionnaire, sous forme d'une échelle de Likert, cotée de 1 à 5 sur 19 items. Le patient se voit proposer pour chaque item deux adjectifs antagonistes pour définir son corps, lui permettant ainsi de définir ce qui lui semble correspondre le mieux à son ressenti vis-à-vis de celui-ci.

✓ Techniques projectives

Il en existe principalement quatre. Dans les quatre cas, le sujet projette le vécu affectif associé à son corps soit sur une image qu'il crée lui-même, soit sur une image qui lui est donnée. Ce qui est intéressant dans ces techniques, c'est que le sujet n'est pas focalisé sur les réponses qu'il doit donner et éventuellement sur ce qu'il cherche à nous montrer. Nous accédons ainsi à une partie plus inconsciente de l'image corporelle.

- Test du dessin du bonhomme (40) : très utilisé chez l'enfant, il permet notamment d'évaluer la maturation affective de l'enfant. Ce test est aussi volontiers utilisé en pratique courante chez l'adulte par les psychomotriciens.



Figure 2 : Test du dessin du bonhomme d'une patiente victime d'inceste à l'âge de 5 ans et 6 ans (3 évènements), Mlle A.

- Draw-a-person Test (DAP), dont la validité a été longtemps discutée (1). Dans ce test, la consigne n'est pas de demander au sujet se dessiner lui-même mais de dessiner comment il se voit ou comment il aimerait se voir. Ce test reflète ainsi les angoisses et autres vécus négatifs par rapport à la perception de son propre corps ou les désirs plus ou moins cachés par rapport à celui-ci. Sidun, en 1987, réalise une étude auprès de 60 adolescents hospitalisés en psychiatrie dont la moitié sont victimes d'inceste et évalue leur image corporelle au moyen du Draw-a-person test (41). Il note que les DAP des victimes d'inceste ne sont pas plus sexualisés ni au contraire plus indifférenciés que dans le groupe contrôle. Il ne retrouve pas non plus de signes d'anxiété notamment dans la région pelvienne, comme il l'attendait. En revanche, les DAP du groupe des victimes montrent de fréquentes omission des mains, des doigts voire du corps tout entier (seule la tête est dessinée).



Trouve à chaque partie qu'elle est moche.
Pieds trop larges
Fesses et bas ventre trop gros
(Confusion de vocabulaire "vagin" pour bas ventre)
Épaules sont haussées, donc pas de cou
Ne sait pas comment mettre les mains.

Figure 3 : Draw-a-person test d'une patiente victime d'inceste à l'âge de 5 ans et 6 ans (3 événements), Mlle A.

- Test du dessin d'une personne (42): Contrairement à ce que nous pourrions penser, ce n'est pas une version française du DAP. Il s'agit ici de dessiner deux personnes de sexes différents et d'inventer ensuite une histoire entre les deux personnages. A l'aide de questions standardisées, l'examineur pourra évaluer l'image du corps.

- Test du Rorschach: Certains psychologues utilisent ce test afin d'appréhender l'image du corps et plus globalement le TSPT. L'intérêt ici réside dans le fait que contrairement aux échelles de mesure, il est plus difficile pour le patient de contrôler le contenu de ses réponses. Selon Coutanceau et al. (43), il est possible de distinguer deux types de réponses au Rorschach chez les sujets ayant un TSPT :

- Celles qui témoignent d'un « débordement post-traumatique » avec un débordement émotionnel. Comme C. Condamin (25) le note également, l'image du corps se trouve ici fortement altérée. Il y a atteinte voire disparition de la figure humaine (que l'axe de symétrie des planches vient couper en deux), une image corporelle éclatée avec surinvestissement de certaines parties au détriment d'autres, une effraction voire disparition des limites du corps (avec le Moi-peau qui ne remplit plus sa fonction de barrière protectrice). Par ailleurs, on retrouve des thématiques très agressives, persécutives et violentes dans les scénari des patients. En cas d'agressions sexuelles, la thématique sexuelle est également fortement marquée. Montreuil et al. (44) dans leur étude avait également identifié une fragilité identitaire, une fragilité de l'enveloppe corporelle et une problématique des limites dedans-dehors se manifestant dans les inversions fond-forme. Il était aussi retrouvé une agressivité sur un mode sadique traduisant « une identification à l'agresseur » selon les auteurs.

- Celles qui témoignent d'une constriction importante du fonctionnement et qui marque un évitement important. Ici, on ne retrouve aucune thématique agressive, violente ou persécutive, ce qui, selon C. Condamin (25) montre un « refus du souvenir des expériences d'agression », ce que Montreuil et al. (44) avaient retrouvé également, parlant de « procédés d'inhibition et de contrôle entravant l'élaboration »

Pour C. Condamin, le Rorschach peut permettre de solliciter la mémoire corporelle qui va ainsi venir projeter sur le matériel, le vécu corporel, permettant une narrativité du traumatisme qui n'était pas toujours possible jusque-là (45).

Coutanceau et al. (43) nous rappellent alors que deux études notables ont étudié la capacité du Rorschach à distinguer les patients présentant un TSPT de patients se disant traumatisés (dans le cadre de la polémique des « faux souvenirs »). Globalement, il en résulte que le Rorschach détecte bien les patients (bonne sensibilité) mais mal les faux positifs (spécificité médiocre), autrement dit qu'il a une excellente valeur prédictive négative.

Il existe encore bien d'autres tests, dont beaucoup sont centrés sur une problématique en particulier : les troubles du comportement alimentaire et l'image

du corps sont une thématique particulièrement étudiée aux États-Unis (46)(47)(48). Par ailleurs, les psychomotriciens et les art-thérapeutes ont de nombreux outils à leur disposition pour évaluer l'image corporelle de leurs patients. Mais il n'existe pas ou peu d'études validées sur ces méthodes d'investigation.

- **Image corporelle chez ces patients :**

Lorsque j'étais externe en stage à Paris dans une unité spécialisée de psychotraumatologie, j'étais toujours frappée par la présentation des patients. Ils étaient approximativement de deux types :

- ceux qui cachaient leur corps sous des vêtements les plus amples et informes possibles
- et ceux qui au contraire montraient leur corps presque à l'extrême dans un rapport au corps évoquant la prostitution

Dans tous les cas, il y avait une certaine violence de ces patients à l'égard de leur propre corps, comme si, de manière plus ou moins consciente, ceux-ci cherchaient à punir celui par qui le malheur était arrivé. Cette violence pouvait être directe sous forme d'auto-mutilations, ou indirecte sous forme de troubles du comportement alimentaire par exemple.

Une patiente avec qui j'avais une très bonne alliance, a pu me confier comment elle percevait son corps et celui de son mari lors de leurs relations sexuelles. Ils étaient mariés depuis environ 10 ans et avaient 2 enfants. Elle m'avait dit « On est deux tranches de steak ». Cette patiente avait été violée par son grand-père de l'âge de 7 ans à l'âge de 10 ans. Je crois bien que c'est la patiente qui m'a fait prendre conscience de l'impérative nécessité d'un travail sur l'image du corps de ces patients. J'avais alors pu convaincre l'étudiante en art-thérapie de travailler sur ce point. Nous avons alors commencé à demander aux patients de dessiner leur corps. Des parties entières du corps ne pouvaient être dessinées et n'apparaissaient pas sur leurs dessins. Mais au fur et à mesure du travail et en art-thérapie et avec les entretiens en partant des dessins, nous avons pu obtenir que les dessins se complètent petit à petit.

Si le traumatisme psychique n'est encore que peu enseigné dans les universités de médecine, il fait pourtant l'objet de nombreuses publications. Et quant aux patients victimes d'inceste plus spécifiquement, il est à noter la diversité des symptômes corporels qui laisse supposer une altération de leur image corporelle. Cependant, ces victimes ont fréquemment d'autres troubles psychiatriques associés, comme l'ont montré également de nombreuses études, tels que des troubles du comportement alimentaire, des troubles de la personnalité (notamment de type état limite), ou des addictions. Ces pathologies en elles-mêmes sont susceptibles d'être associées à un trouble de l'image corporelle.

Par ailleurs, depuis les années 1990, beaucoup de publications en langue anglaise ont vu jour sur le thème de l'image corporelle (47)(49)(50)(46)(22)(51). Nombre d'entre elles se sont plus particulièrement intéressées à l'image corporelle d'enfants ou d'adultes victimes de traumatismes physiques ou sexuels dans l'enfance et présentant un trouble du comportement alimentaire. La question au centre de toutes ces études étant de déterminer si le trouble de l'image corporelle est le lien qui unit les traumatismes de l'enfance et les troubles du comportement alimentaire si fréquemment associés.

Ainsi, nous venons d'étudier la symptomatologie du psychotraumatisme notamment dans l'inceste et les particularités du rapport au corps chez ces patients. Nous allons à présent aborder l'impact en santé publique de ces troubles.

III. Épidémiologie

1. Du psychotraumatisme

Les études dont nous allons à présent rapporter les résultats ont été faites sur la base des classifications DSM-IV ou CIM-10, raison pour laquelle nous parlerons d'ESPT et non de TSPT.

La Haute Autorité de Santé (HAS) dans son rapport de 2007 (52) estimait la prévalence de l'ensemble des troubles anxieux en population générale de 18 à 65 ans à 15% sur 12 mois et à 21% sur la vie entière. Parmi ces troubles, la prévalence de l'ESPT était de 2,2% sur 12 mois et 3,9% sur la vie entière. La HAS notait par ailleurs que la prévalence est globalement deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme, pour l'ensemble des troubles anxieux, l'ESPT n'échappant pas à ce constat.

Il faut savoir que la plupart des études d'épidémiologie concernant l'ESPT sont américaines, la plus importante étant l'étude NCS (National Comorbidity Survey) réalisée par Kessler en 2005 (53)(54). Il s'agit d'une étude réalisée sur un échantillon de 9282 sujets considérés comme représentatifs de la population américaine. Dans cet échantillon, l'auteur retrouve une prévalence de l'ESPT de 3,5% sur 12 mois et de 6,8% sur la vie entière, soit des chiffres nettement plus élevés que ceux de la HAS. En revanche, là aussi, la prévalence est environ deux fois supérieure chez la femme que chez l'homme (10,4% vs 5%). Or, comme nous avons pu le voir au chapitre précédent, en Europe et notamment en France, la notion de traumatisme est plus restrictive qu'aux États-Unis. Ceci explique principalement que les études américaines notamment la NCS retrouvent des prévalences plus élevées qu'en Europe. Il a été également retrouvé que le risque de développer un ESPT aigu après exposition à un événement traumatique est de 10%, tout événement traumatique confondu (5). Selon cette même étude deux facteurs principaux entrent en jeu :

- ✓ **le type de traumatisme** : certains traumatismes sont plus fréquemment pourvoyeurs d'ESPT que d'autres, en particulier les agressions sexuelles avec 60 à 80% d'ESPT après un viol et les tortures avec près de 100% d'ESPT.

- ✓ **la population concernée** : le risque de développer un ESPT et l'intensité de ces symptômes varient en fonction de la population qui subit le traumatisme. Il a été retrouvé 15% d'ESPT chez les vétérans du Vietnam, 10% chez les pompiers et 7% chez les policiers, avec plus fréquemment dans

ces catégories un ESPT partiel. Il apparaît alors que le type de personnalité des personnes qui choisissent cette catégorie de métier et la préparation psychologique qui leur est prodiguée sont des éléments protecteurs face au risque de développer un ESPT.

En France plusieurs études intéressantes ont été réalisées. Il y a tout d'abord eu des études épidémiologiques réalisées après des attentats et l'explosion de l'usine AZF en 2001 (55). Ces études ont montré que lors de l'attentat dans le RER B à la station Port-Royal en 1995, 41% des victimes présentaient un ESPT à 6 mois, 34% à 18 mois et 25% à 32 mois. L'étude auprès des victimes (essentiellement des travailleurs sur le site de l'usine) de l'explosion de l'usine AZF à Toulouse en 2001 retrouvait quant à elle 45,5% d'ESPT entre 5 et 10 semaines après le traumatisme.

Cependant, la plus grande étude faite en France, est l'étude SMPG dirigée par G. Vaiva entre 1999 et 2003 (53). Cette étude a permis d'étudier un échantillon de 36000 personnes représentatif de la population générale en France métropolitaine. Il a été retrouvé une prévalence instantanée (dans le mois écoulé) de l'ESPT, dans la population générale de 0,7% avec une quasi égalité hommes-femmes, ce qui est tout à fait nouveau par rapport à toutes les études faites jusque-là. Autre révélation de cette étude, les hommes sont plus souvent confrontés à un événement traumatique au cours de leur vie. En revanche, lorsque les femmes sont confrontées à un tel événement, elles développent plus souvent que les hommes un ESPT. Ceci explique que tout confondu, il y a presque autant d'hommes que de femmes présentant un ESPT à un instant t. Cependant les événements traumatiques causaux sont différents chez les uns et chez les autres, les agressions sexuelles et les viols étant nettement plus souvent rapportés par les femmes que les hommes.

Par ailleurs 30% des sujets de cette étude ont révélé avoir été exposé à un moment de leur vie (entière) à un événement traumatique. 10% d'entre eux ont

développé un ESPT complet et 5% un ESPT incomplet. Enfin, la prévalence d'ESPT chroniques était de 3,9%. Parmi ces patients, 75% de ceux qui présentaient un ESPT complet et 37% de ceux qui présentaient un ESPT incomplet consommaient des médicaments, et respectivement 32% et 9% ont été hospitalisés. Ceci fait donc de l'ESPT une pathologie fréquente et un enjeu de santé publique.

2. De l'inceste

Il est difficile d'évaluer la prévalence des violences sexuelles et de l'inceste en particulier en raison des difficultés pour les victimes de révéler ce qu'elles ont vécu et de porter plainte. Cependant, connaître l'importance du nombre de victimes est une nécessité pour adapter les dispositifs de santé, d'aide aux victimes mais aussi judiciaire et tenter de prévenir ces violences.

Dans son rapport de mars 2015 (56), l'association Mémoire Traumatique et Victimologie nous donne les résultats de son enquête réalisée entre mars et septembre 2014 auprès de 1214 victimes de violences sexuelles âgées de 15 à 72 ans. L'enquête s'est faite sur la base d'un auto-questionnaire auquel les victimes ont pu avoir accès via les comptes sociaux de l'association et le web, la radio, la presse papier ainsi que le réseau associatif.

Parmi les répondants on retrouve 95% de femmes pour 5% d'hommes. N'oublions cependant pas qu'il s'agit là d'une démarche volontaire de la part des victimes et qu'il est encore très mal admis que les hommes puissent eux aussi être victimes de violences sexuelles. Nous pouvons supposer que des victimes masculines n'aient pas osé répondre et que le chiffre soit donc encore sous-évalué.

Dans cette enquête, 40% des victimes de violences sexuelles rapportent une situation d'inceste et parmi les victimes d'inceste, 58% ont été victimes de viol par inceste. Seul 1% des victimes rapporte avoir été victimes d'inceste uniquement à l'âge adulte. Sans surprise, les enfants sont donc la première cible des agresseurs.

Par ailleurs, dans une enquête menée par l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI) par téléphone en 2010 sur un échantillon de 341 victimes d'inceste exclusivement et par internet en 2015 (57), 11% des répondants déclaraient avoir été victimes d'inceste en 2010 quand ils étaient 22% en 2015. Il semble que la parole se libère d'une part et que le support internet le permette davantage d'autre part.

Dans l'enquête de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie (56), l'âge des victimes au moment des premières violences sexuelles est très jeune : dans 68% des cas, avant l'âge de 15 ans, dans 51% des cas avant 11 ans et dans 21% des cas avant 6 ans. Il s'agissait d'une situation d'inceste dans 70% des cas lorsque la victime avait moins de 6 ans au moment des premières agressions et dans 58% lorsqu'elle avait entre 6 et 10 ans.

L'enquête VIRAGE (Violences et Rapports de Genre) (58) quant à elle, a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population française de 27268 personnes (15556 femmes et 11712 hommes), essentiellement par téléphone (à 98%, les 2% restant par le web) entre le 10 février 2015 et le 13 novembre 2015. Les premiers résultats montrent que pour 59% des femmes et 50% des hommes, les viols et tentatives de viols au sein de la sphère familiale, ont débuté avant l'âge de 11 ans, et pour 80% des femmes et 86% des hommes, avant l'âge de 15 ans. Ces violences (viols, tentatives de viols et agressions sexuelles) étaient souvent répétées : dans plus de 60% (chez les deux sexes) des viols et tentatives de viols et dans près de 70% (chez les deux sexes) dans les agressions sexuelles.

Une des grandes surprises de l'enquête de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie (56), concerne les auteurs de violences sexuelles : 96% sont des hommes lorsque la victime est mineure, mais seulement 52% sont des hommes lorsqu'il s'agit d'un proche ou d'un membre de la famille. Autrement dit, en situation d'inceste et seulement dans ce cas, il y a pratiquement autant de femmes

que d'hommes auteurs de violences sexuelles, ce qui est tout de même à mentionner. Cette observation est corroborée par l'enquête VIRAGE (58) « L'espace de la famille et des relations avec les proches est celui où des auteurs exclusivement masculins sont le moins souvent mentionnés. Ils représentent cependant 92,6% des violences déclarées. Dans 2,3% des cas les femmes qui déclarent ces violences mentionnent qu'une ou plusieurs femmes a commis ces violences, accompagnées ou non d'hommes. Il faut noter que l'espace familial est celui où les femmes refusent le plus fréquemment (5,1%) de mentionner le sexe des auteur(e)s, ce qui laisse supposer qu'un certain nombre de ces violences sont le fait de femmes. » Par ailleurs dans l'enquête de Mémoire Traumatique et Victimologie (56), il peut être souligné que lorsque la victime est mineure, dans 24% des cas, l'agresseur est lui-même mineur. « Leur victime avait moins de 10 ans dans 62% des cas. Et 68% de ces enfants et adolescent(e)s agresseurs ont commis des viols, incestueux dans près d'un quart des cas (23%). Selon un article de Becker et Hunter (59), ces agresseurs mineurs seraient eux-mêmes victimes de violences sexuelles dans 40% à 80% des cas. »

L'impact sur la vie des victimes d'inceste est très lourd. Dans l'enquête VIRAGE (58), 42% de celles qui déclarent des violences dans la sphère familiale, mentionnent également des violences dans les espaces publics ou du fait de leurs ex-conjoint(e)s. L'enquête AIVI (60) faisait sensiblement le même constat. Les victimes de viol par inceste sont plus souvent victimes d'autres violences sexuelles à l'âge adulte et lorsque c'est le cas, il s'agit dans 34% des cas de viol conjugal. L'inceste apparaît donc comme un facteur de risque majeur d'autres violences.

D'une façon générale, l'importance du TSPT et des troubles comorbides chez ces victimes, fait que la santé de ces personnes est beaucoup moins bonne que dans la population générale.

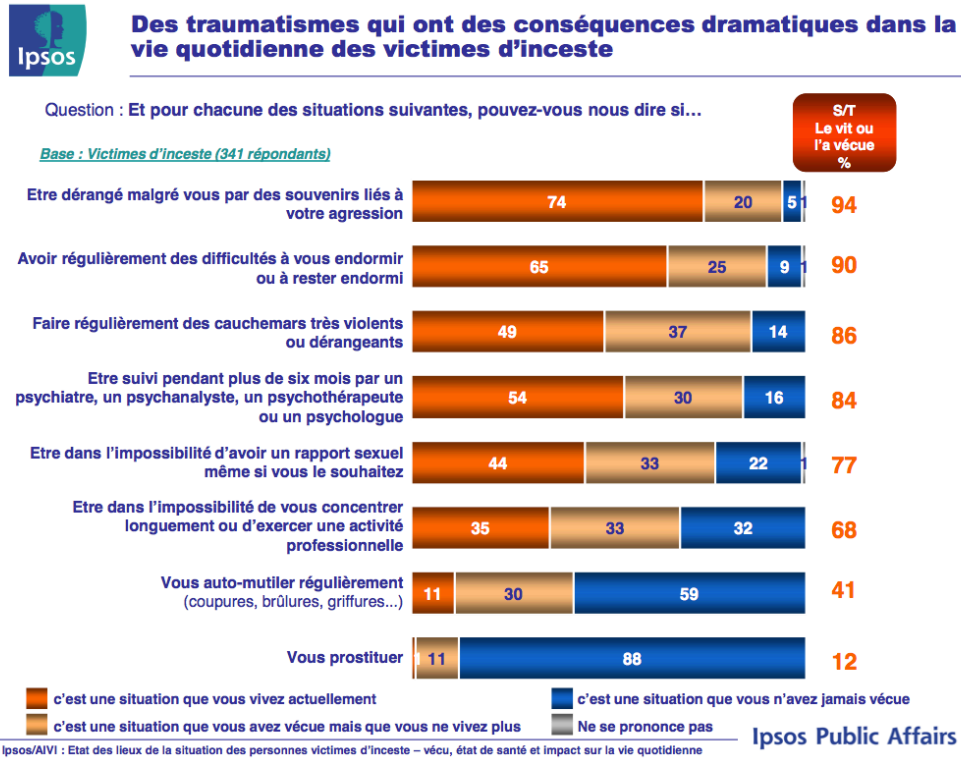


Figure 4 : TSPT et qualité de vie chez les victimes d'inceste (60)

Les victimes d'inceste souffrent de pathologies multiples, dans des proportions beaucoup plus importantes qu'au sein de la population française

Question : Pour chacune des situations suivantes, pouvez-vous me dire si...

Base : Ensemble des Français (946 répondants)

Base : Victimes d'inceste (341 répondants)

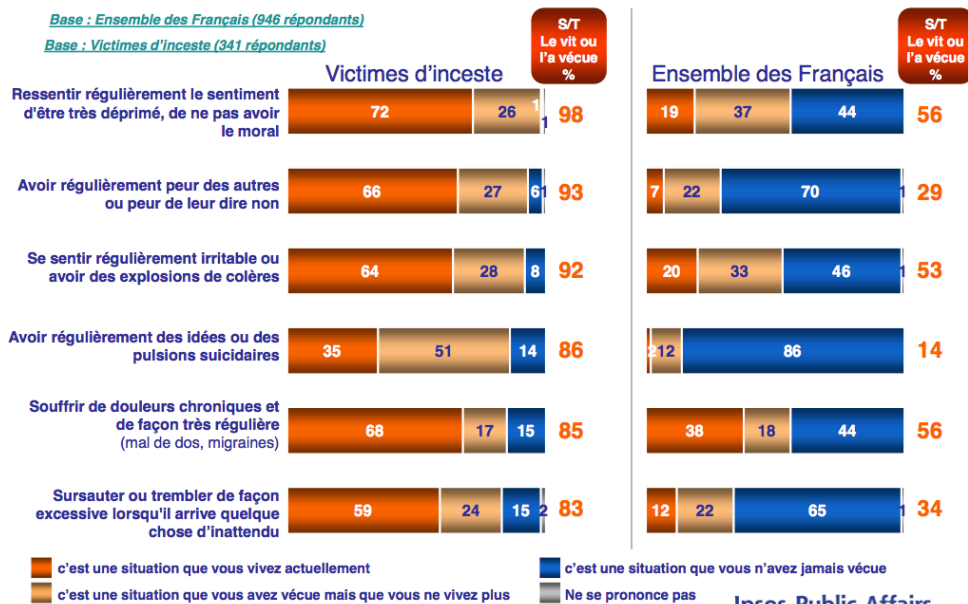


Figure 5 : Prévalence de symptômes de TSPT chez les victimes d'inceste comparativement à la population générale (60)

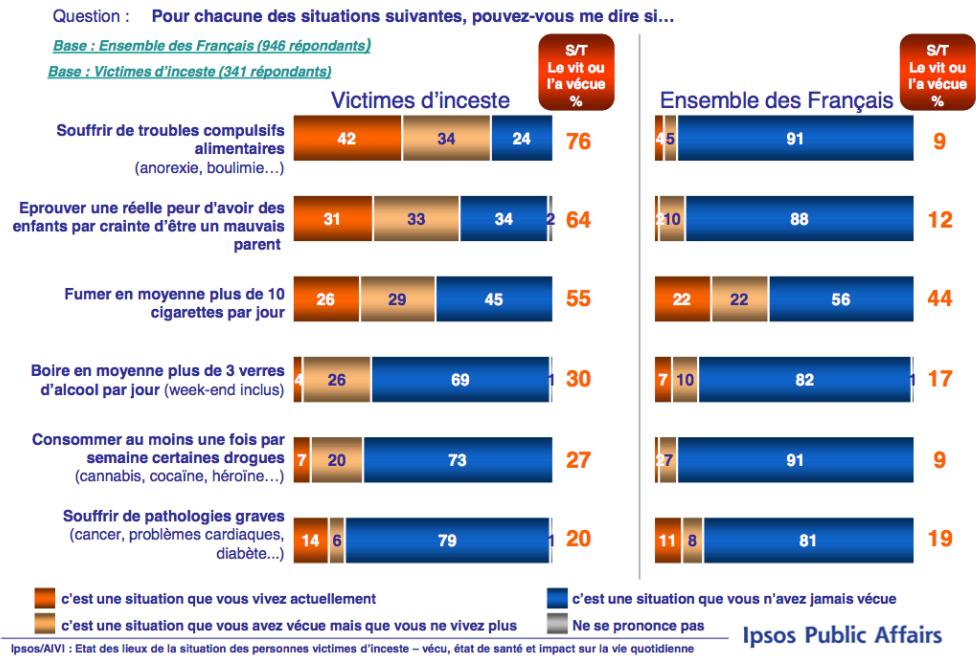


Figure 6 : Prévalence des comorbidités chez les victimes d'inceste comparativement à la population générale (60)

Comme nous pouvons le voir sur les résultats de l'enquête AIVI (60), les victimes d'inceste présentent extrêmement fréquemment des symptômes de TSPT (fig. 4., 5. et 6) :

- ✓ syndrome de répétition : « souvenirs liés à votre agression » dans 94% des cas, cauchemars traumatiques dans 86% des cas
- ✓ syndrome d'évitement : « peur des autres » dans 93% des cas, « impossibilité d'avoir des rapports sexuels même si vous le souhaitez » dans 77% des cas
- ✓ hyperactivation neuro-végétative : réactions de sursaut exacerbées dans 83% des cas, troubles du sommeil dans 90% des cas, troubles de la concentration dans 68% des cas
- ✓ altération négative des cognitions et de l'humeur : « peur d'avoir des enfants » dans 64% des cas, difficultés de gestion des émotions « se sentir régulièrement irritable ou avoir des explosions de colère » dans 92% des cas

Nous remarquons aussi une prévalence très importante de troubles comorbides :

- ✓ Syndrome dépressif et idées suicidaires, respectivement dans 98% et 86% des cas
- ✓ Troubles du comportement alimentaire dans 76% des cas
- ✓ Pathologies addictives : tabac dans 55% des cas, alcool dans 30% des cas, toxiques divers dans 27% des cas.

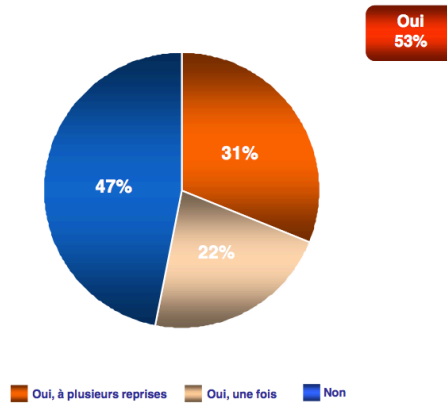
Un fait important signalé par l'enquête Mémoire Traumatique et Victimologie (56) est que 8,5% des victimes de viols (dans un contexte d'inceste ou non) se sont retrouvées enceintes de leur agresseur. Parmi ces victimes, une grossesse sur cinq concernait une victime mineure qui avait entre 9 et 17 ans au moment de sa grossesse et un quart a mené sa grossesse à terme. Il n'est pas possible avec ces résultats de savoir combien de ces grossesses concernent des situations d'inceste.

Par ailleurs, 58% des victimes de violences sexuelles (toutes confondues) rapportent souffrir de douleurs chroniques depuis les agressions et 45% de pathologies somatiques. L'enquête AIVI (60) retrouvait elle, 85% de douleurs chroniques chez les victimes d'inceste et 20% de pathologies somatiques graves. Nous constatons donc une altération notable de la santé globale de ces patients.

Concernant les idées suicidaires, l'enquête AIVI (60) comme l'enquête de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie (56) rapporte un taux élevé de tentative de suicide.

Question : Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?

Base : Victimes d'inceste (341 répondants)



© 2008 Ipsos

Figure 7 : Antécédents suicidaires chez les victimes d'inceste (60)

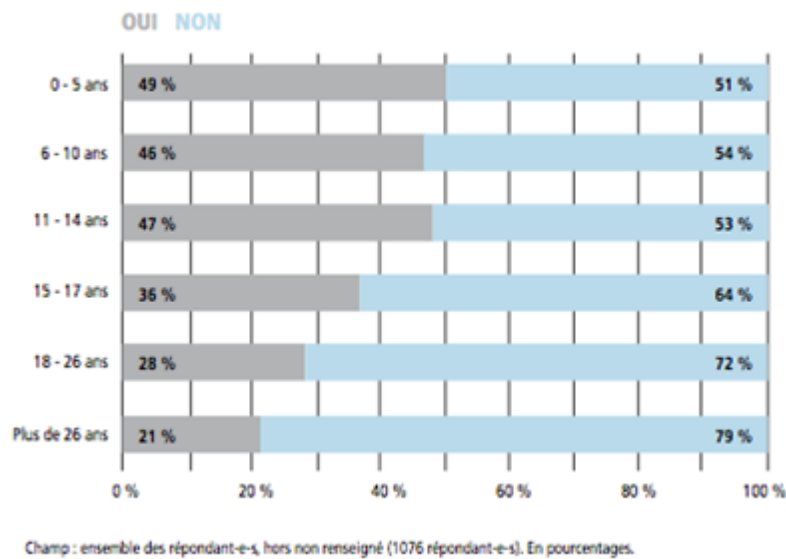


Figure 8 : Risque suicidaire en fonction de l'âge des victimes au moment des faits (tout type d'agressions sexuelles confondu) (56)

Si nous combinons les résultats de ces deux enquêtes, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une part, que plus de la moitié des victimes d'inceste a déjà tenté de se suicider au moins une fois, et d'autre part, que plus la victime est jeune au moment des faits, plus le risque de tentative de suicide est élevé.

Du fait de leurs symptomatologies traumatiques et comorbides, les victimes d'inceste jugent négativement leur qualité de vie dans tous les domaines.

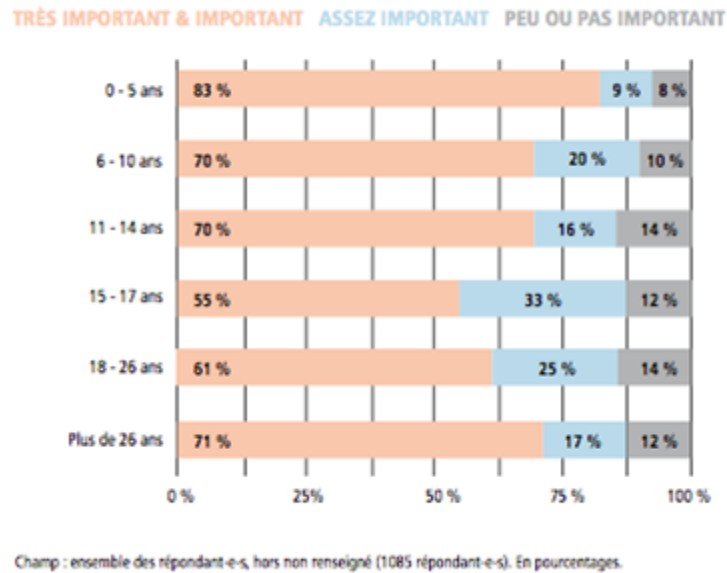


Figure 9 : Qualité de vie estimée par les victimes d'inceste (56)

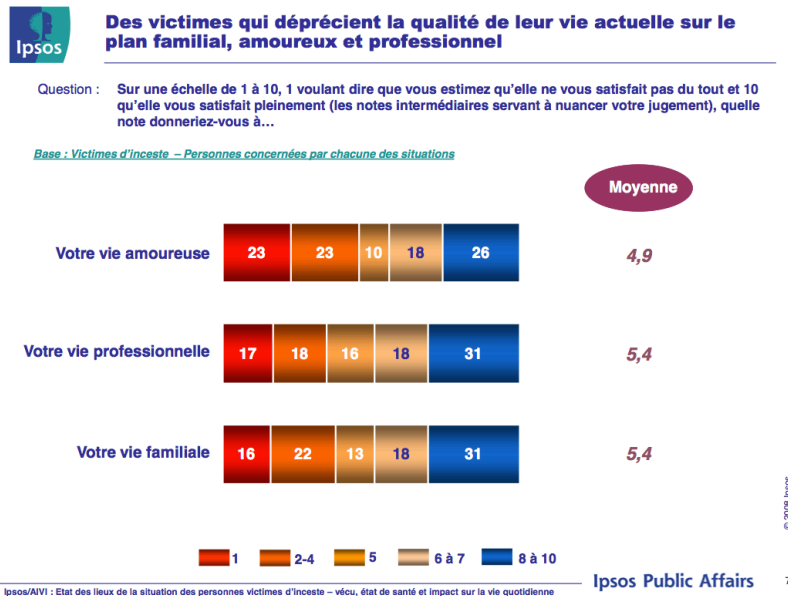


Figure 10 : Qualité de vie estimée par les victimes d'agressions sexuelles (toutes confondues) en fonction de l'âge au moment des faits (60)

Si nous combinons les résultats des deux enquêtes, nous pouvons supposer que plus la victime d'inceste est jeune au moment des faits, plus l'impact sur sa qualité de vie, quelque soit le domaine, sera important.

Enfin, les deux enquêtes retrouvent de grandes difficultés des victimes avec le monde judiciaire. Très peu portent plainte (seulement 30% selon l'enquête AIVI (60)), et quand elles le font, elles se sentent souvent incomprises voire maltraitées par la justice. En effet, 81% des victimes d'agressions sexuelles (toutes confondues) estiment que la justice n'a pas joué son rôle et 70% ne s'est pas senti reconnue comme victime par la police et la justice (56).

Nous venons de voir l'importance sur le plan de la santé publique du TSPT et de ses conséquences, notamment chez les victimes d'inceste. A présent, nous allons étudier quels sont les éléments prédictifs de l'apparition ou non d'un TSPT.

IV. Facteurs de risque, facteurs protecteurs et comorbidités

1. Facteurs de risque

Ils sont de deux ordres : ceux liés à l'individu et ceux liés au traumatisme (1)(8).

- **Facteurs de risque liés à l'individu :**

- ✓ **Le sexe.** Bien qu'autant exposées à des événements traumatogènes que les hommes, les femmes développent deux fois plus souvent un TSPT que les hommes. Cependant, rappelons que le type d'événements traumatogènes auxquels les hommes et les femmes sont exposés sont volontiers différents, les femmes étant plus souvent exposées à des violences sexuelles que les hommes même si ceux-ci peuvent également en être victimes. Ce type de violences étant particulièrement

pourvoyeuses de TSPT, il se peut qu'il y ait là un biais de confusion. Pour autant, tous les spécialistes s'accordent à dire que les femmes sont « à haut risque » devant un TSPT.

✓ **Les antécédents personnels de troubles psychiatriques.** Si tous les troubles psychiatriques sont à priori un facteur de risque de développement ultérieur d'un TSPT, certains le sont plus que d'autres. Les pathologies dissociatives sont plus favorables du fait du mécanisme de dissociation qui se produit au moment même du traumatisme. Certaines personnalités sont également plus à risque, bien que le lien entre personnalité et TSPT soit toujours difficile à évaluer, la personnalité pouvant se modifier du fait du TSPT. Selon une étude américaine sur les vétérans du Vietnam (30) les personnalités retrouvées dans cette catégorie de sujet, présentant un TSPT sont : à 47% une personnalité évitante, à 46% une personnalité paranoïaque, à 28% une personnalité obsessionnelle et à 28% également une personnalité antisociale. Cette dernière est considérée comme un facteur indirect de vulnérabilité au TSPT, puisqu'elle expose plus le sujet à un événement traumatique. Par ailleurs, de nombreuses études ont montré un lien entre personnalité limite et traumatisme psychique (8). Selon ces diverses études, il semble que l'exposition à un jeune âge à des traumatismes psychiques, surtout répétés, favorise le développement ultérieur d'une personnalité limite. Cependant, remarquons que nous ne connaissons pas la personnalité de ces sujets avant l'étude. Or, des comportements d'évitement ou anxieux pouvant être perçus comme de la paranoïa sont très fréquents chez des sujets présentant un TSPT. Il est donc difficile de savoir si ces personnalités sont véritablement des facteurs de risque ou si elles sont la conséquence d'un TSPT chronique et sévère. Pour ce faire des études prospectives (55) ont été réalisées, mais cette fois-ci avec une approche dimensionnelle et non plus catégorielle. Il a alors été retrouvé que le névrosisme est un facteur de risque de développement de TSPT. Le névrosisme est caractérisé par une tendance persistante aux émotions négatives : un vécu pénible voire menaçant, une auto-dévalorisation et une plus grande facilité à ressentir de la peur, de la honte ou de la colère.

✓ **Les antécédents personnels d'exposition à un traumatisme psychique.** Un des plus grands facteurs de risque de développer un TSPT est d'avoir déjà été exposé à un traumatisme, que celui-ci ait entraîné ou non, à l'époque, des troubles aigus ou post-traumatiques consécutifs.

✓ **Les antécédents familiaux de troubles psychiatriques,** notamment l'alcoolisme, du fait que l'enfant se construit dans un contexte développemental, affectif et cognitif particulier.

✓ Enfin, un **bas niveau socio-économique,** éducatif ou intellectuel, comme l'a retrouvé l'étude SMPG (53).

- **Facteurs de risque liés au traumatisme :**

Ils sont là aussi de deux ordres : le type de traumatisme et les réactions péri-traumatiques.

✓ **Le type de traumatisme.** On peut classer les traumatismes en deux catégories : les traumatismes intentionnels et non-intentionnels.

Dans les traumatismes non intentionnels se retrouve par exemple, les catastrophes naturelles, ferroviaires, les accidents de la voie publique ou les accidents industriels.

Dans les traumatismes intentionnels, se distingue tout ce qui met la victime face à la volonté de nuire de l'agresseur. Ceci inclus les agressions sexuelles et les viols mais aussi les actes de torture et de barbarie.

C'est cette deuxième catégorie de traumatisme qui est la plus pourvoyeuse de TSPT, justement parce qu'elle met le sujet face à tout ce qu'il y a de plus mauvais dans l'être humain, posant inévitablement la question « Pourquoi moi ? ». Comme nous l'avons vu plus haut, les agressions sexuelles et les viols ont pour conséquences un TSPT dans 60 à 80% des cas (55) alors que les catastrophes naturelles ne sont à l'origine d'un TSPT que dans 5% des cas (8). Les facteurs qui vont être en relation avec l'apparition d'un TSPT ultérieurement sont : la gravité

perçue du traumatisme (sensation de confrontation à sa propre mort ou de risque blessure physique important), la présence de blessures corporelles et leur importance (notamment les brûlures), l'intentionnalité de nuire ainsi que l'existence d'un lien affectif entre l'agresseur et sa victime.

Tableau 1 : Les différents types d'évènements traumatiques, extrait du livre de Jehel et al. (1) qui semble être une synthèse des études de Yehuda (61), Kessler (62) et Breslau (63)

Événement traumatique	Prévalence de l'exposition (%)		Fréquence de l'ESPT en réponse à l'événement (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Viol *	0,7	9,2	65,0	45,9
Autres agressions sexuelles*	2,8	12,3	12,2	26,5
Agression physique*	11,1	6,9	1,8	21,3
Accident*	25,0	13,8	6,3	8,8
Catastrophe naturelle*	18,9	15,2	3,7	5,4
Combat*	6,4	0,0	38,8	–
Être témoin de mort ou blessures †	40,1	18,6	9,1	2,8
Tout événement traumatique*	60,7	51,2	8,1	20,4
Tout événement traumatique †	92,2	87,1	6,2	13,0

✓ **Les réactions péri-traumatiques.** Elles sont de trois types : la dissociation péri-traumatique, la détresse péri-traumatique et le trouble de stress aigu (TSA) (1).

- **La dissociation traumatique.** Il s'agit de l'archétype de la réaction péri-traumatique. « Elle est définie comme la rupture immédiate ou post-immédiate de l'unité psychique au moment du traumatisme » (1). Il est observé alors chez le sujet, une altération de la perception du temps (souvent plus allongé), de l'espace

et de soi-même (déréalisation, dépersonnalisation, impression d'étrangeté ou d'être déconnecté de son corps) (8). Il existe des échelles d'évaluation de la dissociation traumatique à partir desquelles des études ont permis de montrer que la dissociation est le facteur le plus prédictif de TSPT ultérieur (1)(8).

- **La détresse péri-traumatique** est une notion plus récente et sur laquelle, de ce fait, il y a moins d'études. Il s'agit du sentiment d'effroi associé au traumatisme : plus il est intense, plus le risque de développer un TSPT est élevé. Ceci s'explique par les mécanismes neuro-bio-physiologiques du stress lors d'un traumatisme psychique (1)(8)

- **Le TSA** est constitué de la dissociation traumatique et du trépied clinique qui fait le lit du TSPT à savoir le syndrome de répétition, les conduites d'évitement et l'activation neurovégétative. Il s'agit d'un trouble clinique à part entière dans les classifications internationales (DSM et CIM) et d'une durée inférieure à un mois (puisqu'au-delà, on parlera de TSPT). Selon les études, les sujets qui présentent un TSA, présenteront dans 70% des cas un TSPT ultérieurement (1)(8). On comprend là encore, le rôle crucial de la dissociation péri-traumatique dans le risque de développement ultérieur d'un TSPT.

2. Facteurs protecteurs

Dans un abord catégoriel, on retiendra qu'une personnalité « endurente » est un facteur de protection vis-à-vis du TSPT mais aussi de la dépression. Cette personnalité se caractérise par une capacité à prendre des décisions adaptées, à se distancier des événements, une bonne maîtrise des situations ordinaires, une certaine affirmation de soi et un esprit positif ou optimiste (55). Dans un abord dimensionnel, certaines stratégies de coping (centrées sur la tâche et la résolution de problème plutôt que sur l'émotion) sont plus efficaces (1). Les préparations aux situations stressantes destinées par exemple aux policiers ou aux pompiers, visent à favoriser ce type de stratégies de coping (8). Un concept très étudié actuellement, est le concept de résilience, qui est une notion psycho-dynamique (1)(8). Il s'agit de la capacité de l'individu à transformer le traumatisme. Selon Ferreri et al. (55) « Les

traits de personnalité les plus saillants chez le résilient sont la maîtrise des émotions, la bonne sociabilité, la facilité d'élaboration d'une stratégie, accompagnée d'une réponse adaptée et une pertinence de l'action. Ces dispositions favorables relèveraient en partie d'une prédisposition liée au tempérament et à la qualité du support parental lors de l'évolution psychoaffective du sujet. »

3. Comorbidités

Toutes les études épidémiologiques retrouvent à peu près les mêmes résultats. Les troubles comorbides psychiatriques les plus fréquemment associés à un TSPT sont :

✓ **EDM (état dépressif majeur) ou EDC (état dépressif caractérisé)** avec un risque suicidaire très important dans cette catégorie de population. Selon l'étude SMPG (53) les sujets présentant un TSPT présentaient un risque 3 fois supérieur par rapport aux sujets indemnes de TSPT de présenter un EDM. Le risque d'EDM et suicidaire chez les sujets présentant un TSPT était quant à lui 3,5 fois supérieur. Au-delà de cela, dans cette même étude, il est montré que plus il y a de symptômes psychotraumatiques, plus le risque suicidaire augmente et plus le risque que le sujet ait déjà effectué une tentative de suicide dans le mois écoulé est grand.

Tableau 2 : Représentation des différentes comorbidités associées au TSPT dans l'étude SMPG (53)

	% SMPG	Si PTSD (%)	Risque (×)	p	OR	95 % IC	
Épisode dépressif	11	32,5	3	0,000	0,552	0,546	0,558
Dysthymie	2,4	6,3	3	0,000	1,106	1,105	1,107
Dépression récurrente	5,6	17,2	3	0,000	1,291	1,274	1,308
Manie	1,5	8,8	6	0,000	0,522	0,514	0,529
Dépendance à l'alcool	2	9,8	5	0,000	0,670	0,658	0,683
Abus d'alcool	2,3	3,7	1,5	0,000	0,423	0,417	0,428
Trouble panique	4,2	18,6	4	0,000	0,452	0,446	0,457
Trouble panique avec agoraphobie	0,5	4,1	8	0,000	0,825	0,805	0,846
Agoraphobie	2,1	9,6	5	0,000	0,670	0,658	0,681
Trouble anxieux généralisé	12,8	20,7	2	0,000	0,605	0,599	0,611
Phobie sociale	4,3	15,9	4	0,000	0,444	0,438	0,449
Risque suicidaire	13,7	45,1	3,5	0,000	1,106	1,105	1,107

OR : *odd ratio* ; 95 % IC : intervalle de confiance à 95 %.

Tableau 3 : Représentation des principales comorbidités en fonction de l'intensité des troubles psychotraumatiques dans l'étude SMPG (de l'exposition à un traumatisme [notée « événement »] au TSPT [noté « PTSD »]) (53).

	Échantillon global (%)	Évènement		Trauma		Psychotrauma		PTSD	
	N = 36,105	30,2 %	OR	10%	OR	5,3%	OR	0,7%	OR
Troubles dépressifs	13,6	16,7 vs 12,2	1,5	24,8 vs 12,1	2	29,9 vs 12,4	2,5	39,1 vs 13,4	3
Troubles anxieux	21,6	25,8 vs 19,8	1,5	38,5 vs 19,9	1,5	47,8 vs 20,2	2,5	61,5 vs 20,6	3
Troubles/avec l'alcool	4,3	6,4 vs 3,4	2	8,6 vs 3,6	2,5	10,2 vs 4%	2,5	13,5 vs 4,2	3
Troubles/avec les drogues	2,5	3,9 vs 1,9	2	4,6 vs 1,9	2	5,5 vs 2,4	2	11,4 vs 2,4	4
Risque suicidaire	13,7	10,9 vs 7	1,5	16,4 vs 7,3	2	21,8 vs 7,5	3	30,9 vs 8%	4
1TS dans le mois écoulé	0,7	1,2 vs 0,5	2,5	2 vs 0,5	4	3,6 vs 0,5	7	7,7 vs 0,5	15

OR : *odd ratio* ; vs : versus ; TS : tentative de suicide.

✓ **Autres troubles anxieux.** Dans les différentes classifications, le TSPT est considéré comme un trouble anxieux. L'étude ESEMeD retrouve 81% d'agoraphobie associée à un TSPT et 29% de phobies spécifiques (55)(64). L'étude SMPG quant à elle, estime le risque de trouble panique avec agoraphobie 8 fois supérieur chez les sujets ayant un TSPT par rapport à ceux indemnes de TSPT, et le risque de trouble panique sans agoraphobie et de phobie sociale 4 fois supérieur (53). Ceci s'explique par les conduites d'évitement et l'activation neurovégétative dans le TSPT. Le sujet va progressivement augmenter les conduites d'évitement des lieux et des situations stressantes lui rappelant le traumatisme, jusqu'à développer un autre trouble anxieux.

✓ **Addiction.** Selon l'étude SMPG, le risque d'abus et de dépendance à des substances (alcool et autres drogues) est environ 5 fois supérieur chez les sujets présentant un TSPT par rapport à ceux qui en sont indemnes. Les substances utilisées sont surtout des substances à but anxiolytiques (alcool, cannabis, héroïne) (53). Il est retrouvé peu de substances hallucinogènes. Ceci s'explique par la volonté des patients de faire baisser leur niveau d'angoisse et le syndrome de répétition.

V. Prise en charge

Pour prendre en charge un patient souffrant de TSPT, notamment dans un contexte d'inceste, il convient de commencer par procéder à une évaluation d'ensemble de sa situation : médicale, sociale et judiciaire. Aussi le professionnel de santé quelque soit sa fonction aura à cœur de travailler en réseau aussi bien avec d'autres acteurs de soins, mais aussi du monde judiciaire et associatif (d'aide aux victimes). Le dépôt de plainte et le procès peuvent être des étapes importantes dans la reconstruction mais aussi source de fragilité. Aussi, il sera important de bien encadrer cette période (65).

Nous pouvons ensuite classer les thérapeutiques en 3 grandes catégories : les thérapeutiques médicamenteuses, les psychothérapies et les thérapies à médiations corporelles. Dans son rapport de 2007, la HAS pose les bases du traitement recommandé du TSPT (66).

1. Médicamenteuse

Selon la HAS (66), le traitement n'est indiqué que dans les formes chroniques (c'est-à-dire durant depuis plus d'un an), formes quasiment systématiquement associées à un EDM (ou EDC). C'est ce que nous retrouverons chez les patients adultes victimes d'inceste dans leur enfance. Il est à noter que les formes chroniques sont classées comme Affection de Longue Durée (ALD), ce qui est important pour les patients en termes de prise en charge. Cependant, en pratique, la plupart des praticiens spécialistes n'attendent pas un an pour envisager un traitement médicamenteux.

- Le traitement de base

- ✓ Les antidépresseurs (67) : Ce sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRS-Na), sachant que seules la Paroxétine à la dose de 20 à 60 mg/j (68) et la Sertraline à la dose de 25 à 50 mg/j (69) ont reçu l'autorisation de

mise sur le marché (AMM) dans cette indication. Néanmoins, il est recommandé de changer de molécule en cas d'inefficacité et un autre ISRS ou IRS-Na pourra alors être prescrit, comme la Venlafaxine par exemple (8).

Les tricycliques et les inhibiteurs de la mono-amine oxydase auraient également une certaine efficacité dans le TSPT. Cependant, leur moins bonne tolérance leur vaut d'être prescrits en seconde intention (69).

Il faut également se souvenir que beaucoup de médicaments de cette catégorie allongent le QT, ce qui doit être pris en compte pour toute association médicamenteuse, notamment avec l'Hydroxyzine.

✓ Les anxiolytiques (67) : Seule, l'Hydroxyzine est recommandée dans le traitement des TSPT et des TSA. Elle pourra être prescrite jusqu'à la dose maximale, soit 300 mg/j chez l'adulte. Les Benzodiazépines sont fortement déconseillées et à ne donner que très ponctuellement en privilégiant les molécules de courtes durées d'action (52)(69) et ce pour deux raisons : d'une part, ce sont des molécules très addictogènes chez des patients présentant une anxiété chronique, d'autre part, il a été montré qu'elles peuvent augmenter le risque de développement d'un TSPT lors de l'utilisation en phase aiguë et d'aggravation des cauchemars et flashbacks.

• Les médicaments à utiliser en adjonction au traitement de base

✓ Les thymorégulateurs (8) : Ils sont utilisés pour traiter les reviviscences, l'agressivité/irritabilité et les troubles du sommeil. Tous les thymorégulateurs peuvent être utilisés, à dose cible.

✓ Les antipsychotiques : Tout comme les thymorégulateurs, ils peuvent être employés pour traiter reviviscences, agressivité/irritabilité et troubles du sommeil. Mais ils peuvent aussi traiter des symptômes psychotiques parfois associés. Les molécules étudiées dans cette indication sont la Risperidone, l'Olanzapine et la Quétiapine (8)(69).

✓ Le Propranolol : Des études ont montré que le propranolol qui n'a pas d'AMM dans cette indication, aurait des effets bénéfiques en diminuant les sensations physiques du stress (en diminuant notamment la fréquence cardiaque) ce qui aurait pour effet, en l'administrant très précocement, de permettre de réduire le risque d'apparition de symptômes de TSPT, leurs nombres et leur intensité (69).

2. Psychothérapies

Il ne s'agit pas ici de proposer une liste exhaustive de toutes les thérapies proposées dans le traitement du psychotraumatisme, mais seulement les plus éminentes que sont la psychanalyse, les TCC, l'hypnose et l'EMDR. Puis nous évoquerons les thérapies systémiques. Il est à noter que L'ANAES a été remplacée en 2004 par la HAS.

Tableau 4 : Les différentes psychothérapies du TSPT et leurs niveaux de preuves (1)

Technique thérapeutique	Force des recommandations (ANAES)
TCC	A
Thérapie psychodynamique	B
EMDR	A/B
Hypnothérapie	C
Thérapie familiale	E
Thérapie de groupe	C

- La psychanalyse : Elle a toute son importance puisqu'historiquement, c'est la première thérapie qui a été utilisée pour traiter les traumatismes psychiques (Freud, Ferenczi... etc). L'histoire de la psychotraumatologie est en effet très fortement liée à celle de la psychanalyse comme on a pu le voir plus haut. Elle a ensuite été fortement décriée, la théorie du fantasme de Freud allant à l'encontre d'un traumatisme réel. Depuis, la technique psychanalytique dans le psychotraumatisme a évolué. Il ne s'agit plus d'une cure

type, mais plutôt de thérapies d'inspiration analytique et de thérapies psychodynamiques (8)(67). Dans tous les cas, les thérapeutes qui pratiquent ce type de thérapies s'accordent sur l'importance de l'empathie du thérapeute et de l'analyse du transfert (de type direct dans le psychotraumatisme, le patient rejouant la scène traumatique de manière littérale) (8). Ces thérapies ne cherchent pas à faire ressurgir des conflits passés mais se centrent sur les conséquences sur la vie actuelle du sujet du traumatisme et notamment sur sa personnalité. Ces thérapies sont donc tout particulièrement intéressantes chez des TSPT très chroniques, sur des traumatismes de l'enfance notamment l'inceste, avec troubles de la personnalité associés. La réserve que nous pourrions émettre à propos de ce type de thérapies est que le patient doit avoir de bonnes capacités cognitives, d'introspection et à affronter ses émotions (1)(8). Un dernier point qui explique que ce type de thérapie ne fasse pas l'unanimité, c'est qu'à l'heure de l'evidence based medicine, il est difficile pour de telles thérapeutiques de faire des protocoles d'étude standardisés afin de prouver leur efficacité. Il existe donc peu de publications validant les thérapies d'inspiration psychanalytique/psychodynamique dans le traitement du psychotraumatisme.

- **Les TCC** : Thérapies Cognitivo-comportementales. Ce sont les seules à être véritablement recommandées par la HAS dans son rapport de 2007 (66). Les grands principes des TCC sont les mêmes que pour d'autres pathologies. Le patient est ici sollicité à participer de manière très active à sa thérapie. Le nombre de séances est défini à la fin de la première séance, qui est une séance d'évaluation des troubles présentés par le patient (on parle d'analyse fonctionnelle) et des objectifs que le patient et le thérapeute se fixent ensemble. L'utilisation d'échelles, comme la SUD (Subjective Units of Distress), permettent de scorer l'intensité émotionnelle, notamment l'anxiété (1)(8). Plusieurs modèles se sont succédés pour aboutir au modèle actuellement recommandé par la HAS, celui d'E. Foa de l'exposition longue (70). Il s'agit de 15 à 20 séances de 90 minutes où le patient est exposé au souvenir traumatique via la narration de l'événement, des émotions et cognitions qui y sont associées, dans un environnement sécurisé avec une bonne

alliance thérapeutique, de sorte que le niveau d'intensité émotionnelle diminue petit à petit et que les schémas de pensée (les cognitions) qui étaient altérées par le traumatisme, se corrigent. Grâce à des protocoles très précis, les TCC ont pu prouver leur efficacité dans études contrôlées (67). Néanmoins, elles comportent quelques inconvénients. Elles se révèlent d'un emploi difficile lorsque le patient a subi de nombreux traumatismes différents et impossible si le patient se dissocie (1)(8).

- L'hypnose : Elle est recommandée par la HAS en association avec les TCC, de manière ponctuelle pour corriger certains troubles difficiles à traiter et qui répondent bien à l'hypnose (notamment les cauchemars et les intrusions ou les douleurs) (66). Historiquement, l'hypnose est une technique utilisée depuis longtemps en psychotraumatologie comme on l'a vu plus haut (1)(8). Les techniques ont évolué depuis celles utilisées à l'époque, mais le principe reste celui d'utiliser la dissociation que Janet évoquait en son temps. L'hypnose a subi une controverse autour du phénomène des « faux souvenirs » induits par des thérapeutes. En conséquence, il est désormais déconseillé d'utiliser l'hypnose si une procédure judiciaire est envisagé ou en cours (71).

- L'EMDR : Eye Movement Desentization and Reprocessing ou Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, en français. Il s'agit d'une thérapie créée dans les années 1980 par une psychologue américaine, Francine Shapiro et qui a depuis prouvé son efficacité (72). Elle est largement reconnue comme un traitement efficace du TSPT, mais n'est cependant pas recommandée par la HAS (52). Cette technique est basée sur un protocole très précis, inspiré des TCC. Par ailleurs, pendant qu'il est demandé au patient de relater son récit traumatique et le vécu émotionnel qui lui est rattaché par le biais d'associations libres, il lui est également demandé de fixer une cible qui se déplace de gauche à droite plus ou moins rapidement. L'idée générale est que le fait que le patient focalise son attention sur la cible, permet de réduire les affects négatifs

associés au traumatisme et permet de retraiter plus facilement les schémas de pensée altérés par le traumatisme. Il a été montré depuis les premières études que la focalisation peut se faire autrement que visuellement, en tapotant de manière alternative sur les mains du sujet par exemple. Les inconvénients sont les mêmes que pour les TCC, à savoir que dans les traumatismes complexes et chez les patients dissociés, la technique devient difficile voire impossible (1)(8).

- Les Thérapies familiales systémiques : Il existe un consensus de la plupart des cliniciens, selon lequel ces thérapies sont contre-indiquées dans les cas de violences intra-familiales notamment les incestes. Le principe des thérapies systémiques est de regrouper toute la famille au sens le plus large possible afin de traiter les dysfonctionnements du « système » que représente la famille, notamment dans ses modes de communication. Or ici, si toute la famille est présente, on met dans la même pièce l'agresseur et sa victime. Le mode de fonctionnement de l'ensemble de la famille vise souvent à protéger l'agresseur au détriment de la victime via des dynamiques « perverses ». Aussi est-il préférable d'avoir recours à des entretiens familiaux avec la mère et l'enfant, ou la fratrie mais sans jamais mettre l'agresseur et sa victime en confrontation directe (8).

3. Thérapies à médiations corporelles

Il est à noter que certains classent l'hypnose et l'EMDR dans les thérapies à médiations corporelles. Nous retrouverons ici notamment l'art-thérapie, l'ergothérapie et la psychomotricité. C'est surtout l'art-thérapie qui va nous intéresser ici et que nous développerons plus particulièrement. Klein (73) dit ceci : « On pourrait définir l'art-thérapie comme une psychothérapie à support artistique. L'art serait ainsi un moyen parmi d'autres, une technique au même titre que le médicament. » L'art-thérapeute invite son patient, de manière individuelle ou en groupe, à utiliser un média artistique (dessin, peinture, mosaïque, musique, photographies ou bien encore théâtre) de façon à exprimer ses difficultés psychologiques. On fait appel ici à un mécanisme nommé en psychanalyse sous le

nom de sublimation. L'art-thérapeute ne cherche pas à induire le patient dans une direction mais peut le guider dans le support artistique à utiliser. Il ne doit pas non plus interpréter les productions artistiques de ses patients. En revanche, celles-ci peuvent l'être, avec l'accord du patient, par un psychologue par exemple. Si le dessin de l'enfant est étudié depuis longtemps, on a moins l'habitude d'étudier celui des adultes. Pourtant, comme l'expliquent Lizion (74) ou Klein (73), le dessin d'un patient présentant un traumatisme psychique peut être tout à fait informatif et aider celui-ci à métaboliser son traumatisme. On voit alors les dessins se transformer au fur et à mesure du temps alors que les aspects traumatiques très présents dans les premiers dessins, disparaissent petit à petit. L'art est aussi un mode de communication. C'est ainsi que la musique peut-être être un moyen de travailler tous les stimuli sonores qui ravivent le traumatisme. Le théâtre, quant à lui, permet de travailler la confiance en soi, l'estime de soi, et la relation aux autres (74).

VI. Aspects juridiques de l'inceste

1. Définitions légales

Selon l'article 222-22 du code pénal, modifié par la loi du 5 août 2013 (73), il est dit que :

« Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise.

Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. »

La loi prévoit également une applicabilité indépendante de la géographie : « Lorsque les agressions sexuelles sont commises à l'étranger contre un mineur par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables. »

Il nous faut donc tout d'abord définir la différence entre un viol et « les autres agressions sexuelles ».

Toujours selon l'article 222-23 du code pénal, le viol est défini comme suit (75) : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle. » La notion de pénétration sexuelle de quelque nature qu'elle soit, a ici toute son importance. En effet, la pénétration peut être vaginale, anale ou buccale. Il peut s'agir d'une pénétration par le sexe de l'agresseur comme d'une pénétration digitale ou à l'aide d'un objet. Il s'en suit, que lorsque la victime est un homme et l'agresseur une femme, il lui est souvent plus difficile de faire reconnaître le viol. Lorsque des circonstances aggravantes sont établies, la peine peut être majorée avec éventuellement peine de sûreté comme le définissent les articles 222-24, 222-25, et 222-26 (75). Par exemple : la peine est majorée à 20 ans lorsque le viol est commis du fait de l'orientation sexuelle de la victime ou de son âge (mineur), à 30 ans lorsque le viol a conduit à la mort de la victime et à perpétuité lorsqu'il a été précédé d'actes de torture et de barbarie.

Selon le code pénal, les agressions sexuelles sont donc définies comme toute atteinte de nature sexuelle, n'étant pas un viol (donc sans pénétration) mais également « commises avec violence, contrainte, menace ou surprise. » Il peut donc s'agir d'attouchements ou de caresses à caractère sexuel. Les peines encourues sont de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende, là aussi pouvant être majorées en cas de circonstances aggravantes ayant pu être déterminées, comme prévus par les articles 222-27 à 222-31 (75).

Il nous faut désormais définir ce que la loi entend par « contrainte, menace ou surprise. » La contrainte se définit par l'exercice de pressions qu'elles soient d'ordre physique ou moral. Un agresseur plus âgé que sa victime mineure, aura un ascendant psychologique sur celle-ci qui peut être qualifié ainsi de contrainte morale sur le plan juridique. On parle de menace lorsque l'agresseur prévient sa victime

qu'elle subira des représailles si elle s'oppose à son agression. Enfin, la surprise est définie par l'utilisation par l'auteur des faits d'un stratagème ou encore lorsque la victime était dans un état de faiblesse (inconsciente ou en état d'ébriété par exemple)

Reste enfin la question du consentement de la victime présumée. Elle n'est pas clairement exposée dans l'article du code pénal, mais est implicite. Or, pour établir l'absence de consentement d'une victime, il faut établir que l'auteur avait d'une part « l'intention » de commettre cette agression et d'autre part qu'il avait « conscience d'imposer ses agissements à la victime sans son consentement. » C'est ce dernier point qui est souvent plus complexe à établir, l'auteur niant bien souvent les faits. Les examens médico-légaux peuvent en effet apporter la preuve d'un acte commis avec violence, mais ils ne peuvent en aucun cas assurer que la victime n'était pas consentante.

2. Particularités lorsque la victime est mineure

Selon le site du gouvernement justice.fr (76), la loi punit notamment :

- ✓ le viol qui suppose un acte de pénétration sexuelle ;
- ✓ les attouchements, lorsqu'il n'y a pas de pénétration ;
- ✓ les propositions sexuelles, quelle qu'en soit la teneur, faites via internet par un majeur à un mineur de moins de quinze ans (par exemple sur un "chat" sur un réseau social) ;
- ✓ la corruption de mineur, par exemple si un majeur tient des propos particulièrement choquants face à un mineur, même de plus de quinze ans, lors d'échanges sur internet, ce qui constitue un délit plus grave que la simple proposition sexuelle ;
- ✓ le recours à un(e) prostitué(e) mineur(e).

3. Particularités liées au cadre familial

Comme le dit Me Salas (77) : « Fondement universel des sociétés, l'interdit de l'inceste est loin d'être une évidence pour le droit. Alors que les législations anciennes le nommaient comme tel, il disparaît subitement des grandes codifications du début de XIX^{ème} siècle ». En effet, l'inceste existait spécifiquement dans notre législation jusqu'au XIX^{ème} siècle, puis il en fut retiré. Ceci correspondait sans doute à une évolution de la société. Non pas que l'inceste fut alors considéré comme acceptable ou « normal » mais qu'il n'était alors pas envisageable qu'un tel acte puisse se produire. Il faudra attendre des affaires retentissantes, notamment médiatiquement, à partir des années 1980 pour que la société et le législateur se posent à nouveau la question de réintroduire spécifiquement l'inceste dans le droit français.

Une première tentative a été faite en 2010 avec loi dite Fort (députée de l'Yonne mandatée alors pour établir un rapport sur le sujet) (78)(79). Le mot inceste est désormais dans le code pénal. Cependant la loi a été par la suite censurée par le Conseil Constitutionnel, pour ses deux volets, en raison de la difficulté à définir « la famille » (80). En effet, on peut définir l'inceste comme une relation sexuelle entre deux personnes qui sont parentes à un certain degré. L'évolution actuelle de notre société fait que « la famille » est une notion bien plus complexe qu'au XIX^{ème} siècle, avec notamment le cas des familles dites recomposées voire multiples recomposées.

A l'heure actuelle (80), l'inceste n'est pas répréhensible sur le plan juridique dans notre pays si, d'une part les deux personnes concernées ont atteint la majorité sexuelle fixées à quinze ans en France, et d'autre part, qu'elles sont toutes deux consentantes. Si l'une ou l'autre de ces deux conditions n'est pas respectée, en revanche, la loi punit l'inceste. Dans quel cadre exactement ? Le 18 novembre 2015, l'Assemblée Nationale adoptait une proposition de modification de la loi relative à la protection de l'enfance (datant du 5 mars 2007) visant à réintroduire la notion

d'inceste (mais pas dans le code pénal, il s'agit ici de droit de la famille et de droit civil). Le 14 mars 2016 la nouvelle loi était promulguée au Journal Officiel (81).

Le mot inceste a fait son apparition dans le code pénal le 17 septembre 2011, article 222-31-1, mais le Conseil Constitutionnel a déclaré inconstitutionnel cet article (82). Néanmoins, le combat visant la réintroduction de l'inceste dans le code pénal se poursuivant, celui-ci est de nouveau réapparu avec la loi actuellement en vigueur depuis le 16 mars 2016, article 222-31-1 (83) :

« Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par :

- ✓ 1° Un ascendant ;
- ✓ 2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ;
- ✓ 3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait. »

Si cette loi a permis en effet la réintroduction de l'inceste dans le code pénal, c'est cependant par le biais d'une surqualification pénale des viols et agressions sexuelles dites « incestueuses » (80) qui sont alors punis plus sévèrement. En effet, le code pénal tient désormais compte du lien de parenté qui unit l'agresseur à sa victime ainsi que de l'âge de la victime au moment des faits pour punir plus sévèrement les agressions sexuelles et les viols (78). En outre, l'article 222-31-2 précise (84) :

« Lorsque le viol incestueux ou l'agression sexuelle incestueuse est commis contre un mineur par une personne titulaire sur celui-ci de l'autorité parentale, la juridiction de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité en application des articles 378 et 379-1 du code civil.

Elle peut alors statuer sur le retrait de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime.

Si les poursuites ont lieu devant la cour d'assises, celle-ci statue sur cette question sans l'assistance des jurés. »

« À l'exception du viol commis sur un enfant de moins de quinze ans, qui est puni de vingt ans de réclusion criminelle quel qu'en soit l'auteur, les infractions sexuelles sont en général sanctionnées plus sévèrement lorsqu'elles sont commises par « *un ascendant, légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime* » :

✓ vingt ans de réclusion criminelle, au lieu de quinze, pour le viol lorsqu'il est commis sur des victimes âgées d'au moins quinze ans ;

✓ sept ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende, au lieu de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende, pour les agressions sexuelles autres que le viol commises sur des victimes âgées d'au moins quinze ans ;

✓ dix ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende, au lieu de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende, pour les agressions sexuelles autres que le viol commises sur des victimes âgées de moins de quinze ans ;

✓ dix ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende, au lieu de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende, pour les atteintes sexuelles commises sur des victimes âgées de moins de quinze ans.

Par ailleurs, les atteintes sexuelles sur des mineurs âgés d'au moins quinze ans ne constituent des infractions que si elles sont commises par « *un ascendant, légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime* ». Elles sont alors punies de deux ans d'emprisonnement et d'une amende de 30 000 €. » (85). Il est à regretter que l'absence de consentement de la victime doit toujours être recherchée dans ce texte de loi. Cependant, le principe de « non consentement » prévaut habituellement lorsque la victime est mineure.

4. Délais de prescription

Le délai de prescription est la durée au-delà de laquelle une action en justice n'est plus recevable. Il est possible de porter plainte au-delà du délai de prescription mais l'affaire sera classée sans suite (86).

✓ Concernant les viols :

Avant 2017, le délai de prescription pour les faits de viols était de 10 ans. En février 2017, les délais de prescriptions ont été doublés passant donc à 20 ans, à compter de la date des faits (87)(86). Les lois concernant les délais de prescription n'étant pas rétroactives, si les faits sont antérieurs à 2017, le délai de prescription qui s'applique est de 10 ans.

✓ Concernant les agressions sexuelles :

En février 2017, le délai de prescription concernant les agressions sexuelles a été également doublé, passant de 3 à 6 ans, à compter également de la date des faits. Là également, si les faits sont antérieurs à 2017, le délai est de 3 ans.

✓ Cas particulier des viols et agressions sexuelles sur mineurs :

Il est plus compliqué de calculer le délai de prescription lorsqu'il s'agit d'un mineur, la loi ayant été modifiée plus souvent dans ce cas précis.

- Concernant les viols

Le 10 juillet 1989 la loi a été modifiée une première fois, considérant qu'un mineur violé par un ascendant naturel ou adoptif ou ayant autorité ne pouvait pas porter plainte compte tenu du lien avec son agresseur. Aussi, le délai (de 10 ans) court désormais à partir de la majorité de la victime présumée (57).

Le 17 juin 1998 (57), il est décidé de faire courir le délai de prescription (toujours de 10 ans) à tous les mineurs de moins de 15 ans, indépendamment de l'agresseur.

Le 9 mars 2004 (57), le délai de prescription est rallongé à 20 ans après la majorité mais sous certaines conditions : la victime doit être née après le

9 mars 1976, avoir moins de 15 ans au moment des faits, et le viol doit avoir été commis après le 10 juillet 1979, par un ascendant ou une personne ayant autorité.

Depuis février 2017, le délai de prescription est de 20 ans, à compter de la majorité de la victime sans condition. Autrement dit, elle a jusqu'à l'âge de 38 ans pour porter l'action en justice, quelque soit la date des faits (87)(88). Ce délai de prescription a été tout récemment encore rallongé à 30 ans, avec la loi du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes (89).

- Concernant les agressions sexuelles

Le 6 février 1995 (57), le délai de prescription (alors de 3 ans) court désormais à partir de la majorité de la victime si les faits sont commis par un ascendant naturel ou adoptif ou une personne ayant autorité.

Le 9 mars 2004, le délai de prescription est rallongé à 20 ans, mais tout comme dans les faits de viols, sous certaines conditions bien spécifiques : la victime doit être née après le 9 mars 1976, avoir moins de 15 ans au moment des faits et l'agression sexuelle doit avoir été commise après le 4 février 1992, par un ascendant ou par une personne ayant autorité.

Depuis février 2017, tout comme pour les viols, le délai de prescription est de 20 ans, à compter de la majorité de la victime sans condition (87)(88). De même que pour les viols, le délai de prescription a été rallongé à 30 ans par la loi du 3 août 2018 visant à renforcer la lutte contre les violences sexuelles et sexistes (89).

Enfin, dans le cas des agressions sexuelles sur une victime mineure de plus de 15 ans au moment des faits, c'est-à-dire lorsqu'elle avait entre 15 et 18 ans, le délai de prescription est de 10 ans. Il n'y a pas de particularité sur le délai de prescription sur cette tranche d'âge, concernant les viols (88).

La loi ne fait mention d'aucune particularité concernant le délai de prescription lorsqu'il s'agit d'une situation d'inceste.

2^{ème} partie :

APPORT DE LA DANSE-THERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'INCESTE

I. La danse-thérapie

1. Historique de la danse-thérapie

Il est très intéressant de constater à quel point la danse a toujours fait partie de l'Homme et ce, à des fins thérapeutiques. En effet, les premières traces que nous connaissons, datent du paléolithique, avec des dessins dans des grottes telles que la grotte dite « Des trois frères » en Ariège (90).



Fig.11

Figure 11 : Photographie du « Sorcier dansant » dans la grotte « Des 3 frères » en Ariège



Fig.12

Figure 12 : La représentation schématique de cette photographie faite par l'abbé Breuil

La figure 11 est une photographie prise dans la grotte « Des trois frères » alors que la figure 12 en est sa représentation schématique. Nous pouvons y voir un homme vêtu vraisemblablement d'une peau de bête, avec une queue de cheval, un masque de loup et des bois de cerf. Il s'agit donc probablement d'un homme qui pratiquait un rituel, peut-être à caractère sacré si nous nous en référons à d'autres dessins trouvés dans d'autres grottes et à ce que nous savons des pratiques religieuses de cette époque (91). Ce qui fait penser que l'homme danse est la position de ses pieds. Ce dessin a été appelé « Le sorcier dansant ».

Il existe deux types de danses de transe (90) : les danses dites extatiques et les danses dites de possession. Dans les premières, l'idée est que la transe permet au Moi de l'individu concerné d'être emmené vers un être ou quelque chose de

supérieur. Dans les secondes, il s'agit du phénomène inverse : c'est l'être ou l'entité supérieure qui entre dans la personne. Dans les deux cas, le but des danses de transe est de permettre un remaniement profond de l'identité de la personne. Étant donné ce que nous connaissons des croyances des hommes de cette époque, les danses de transe pratiquées devaient être des danses extatiques (91). En tout état de cause, dès le paléolithique, la danse est utilisée pour provoquer des changements profonds de l'être qui la pratique.

Par la suite, avec l'avènement de la chrétienté en Europe, ces danses de transe ont pratiquement disparu dans nos régions. Il en subsiste cependant quelques traces, comme dans les danses bretonnes ou dans la Tarentelle Italienne (90). Arrêtons-nous quelques instants sur cette danse particulièrement intéressante. A l'origine, cette danse est issue des mouvements produits par des personnes ayant été mordues par une toute petite araignée lors de la saison des moissons. Cette araignée est minuscule, mais son venin très toxique provoque de gros troubles du comportement. L'idée a alors été de reproduire ces mouvements de manière volontaire, afin de débarrasser l'être empoisonné, de l'araignée qui avait pris possession de son corps. Seulement, cette araignée étant minuscule, elle n'est pas très impressionnante, contrairement à la tarentule, qui n'est pas dangereuse, mais très effrayante. L'idée s'est vite propagée que c'était donc la tarentule qui provoquait ces troubles du comportement, d'où le nom de Tarentelle pour cette danse Napolitaine. Cette danse s'exécute toujours au milieu d'une foule, avec plusieurs personnes qui jouent une musique particulière qui a pour but de séduire la tarentule. L'individu « possédé par la tarentule » danse dans un premier temps de manière à amadouer la tarentule. Une fois cela accompli, la musique change et le danseur produit des mouvements différents qui ont pour but d'expulser la tarentule. Lorsqu'on y regarde de plus près, l'immense majorité des individus ayant recours à cette danse est de sexe féminin, et la configuration se prêtant un grand théâtralisme, laisse volontiers penser que ces sujets sont atteints de troubles de la personnalité de type histrionique (Fig.13 et 14).



Fig. 13

Figure 13 : Photographie de sujets exécutant une « tarentelle napolitaine »



Fig. 14

Figure 14 : Autre photographie de sujets exécutant une « tarentelle napolitaine »

Cependant, si les danses de transe ont été malmenées par la chrétienté en Europe, il n'en va pas de même dans le reste du monde, où elles ont perduré jusqu'à nos jours. Nous pouvons ainsi observer des danses de transe d'Orient en Occident, sur tous les continents. Par exemple, les derviches tourneurs en tournant sans cesse et à vive allure, perturbent leur oreille interne et entrent ainsi en transe. Sur le continent africain (mais pas seulement), dans la religion vaudou, se pratiquent de nombreuses danses de transe. En Amérique du sud, dans certaines religions anciennes, comme la religion Umbanda au Brésil par exemple, se retrouve également des danses de transe, ainsi que chez les chamanes au Pérou.

Par ailleurs nous assistons depuis les années 1990, à un retour en Europe, des danses de transe, sous une forme différente, via les « rave-party ». Si le but n'est pas cette fois-ci explicitement de soigner un trouble psychique, nous pouvons néanmoins nous poser la question de la réponse que ces danses apportent aux jeunes qui les pratiquent. En effet, ces danses s'adressent à un public bien ciblé,

d'adolescents ou jeunes adultes qui ne se retrouvent pas dans la société telle qu'elle existe. Pour participer à ces « rave-party », il faut connaître les bonnes personnes, qui, elles seules, pourront indiquer au « raveur » le lieu et le moment où se déroulera la fête (92)(93). Une fois sur place, se retrouve tous les ingrédients des danses de transe (90) :

- ✓ des musiques au rythme très marqué, avec des percussions et des basses particulièrement audibles, avec un rythme très rapide autour de 140 battements par minutes (bpm), ainsi que des variations de rythme (binaire, ternaire, mélange des deux) qui facilitent l'entrée en transe.

- ✓ des jeux de lumière, volontiers saccadés, au rythme de la musique

- ✓ assez volontiers consommation de psychodysléptiques, comme dans beaucoup d'autres danses de transe, ainsi que d'hallucinogènes, qui facilitent l'entrée en transe

- ✓ et les danseurs s'adonnent alors à des danses où les pieds frappent fort le sol et les bras se balancent tout comme la tête.

Les « rave-party » sont peut-être une réponse pour des jeunes gens en souffrance psychique du fait d'un mal être sociétal (94).



Figure 15 : Photographie d'une « rave-party »

Toutes ces danses ont donc, semble-t-il, une vocation de soins, et possiblement même à dimension psychique. Mais à la différence des transe hypnotiques telles qu'elles se pratiquent actuellement dans le courant ericksonien, la médiation corporelle est très différente (pour l'immense majorité de ces danses). Les principales différences sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Comparaison de la transe dans la danse de transe et dans l'hypnose

Danse/Transe (90)	Transe hypnotique (95)
<ul style="list-style-type: none"> - Rythme élevé (140 bpm) - Surcharge de tous les canaux sensoriels, tout au moins les deux principaux (visuels et auditifs) <p>=> Grande tension dans le corps qui ne peut se libérer que par la danse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rythme lent - Réduction de tous les champs de perception sensorielle <p>=> Pas de tension dans le corps qui va de pair avec l'absence de tension psychique</p>

On voit donc que la danse de transe, différente de la danse-thérapie (qu'on va aborder un peu plus loin) pourrait être encore différente de l'hypnose thérapeutique. Néanmoins, si le but est le soin psychique dans tous les cas, il se peut qu'il y ait un outil thérapeutique à créer ici, via les danses de transe.

Venons-en désormais à la danse-thérapie. Tenter d'établir son histoire est une gageure. La danse-thérapie est née au cours de la première moitié du XXème siècle, à une époque où la psychanalyse venait de naître et où la danse connaissait une transformation radicale qui allait bouleverser complètement son expression. La danse-thérapie est donc née de la confluence de l'évolution de ses deux branches : la danse d'une part et la psychanalyse d'autre part.

a. La danse

D'après le Petit Larousse, la danse peut se définir ainsi :

Danse : *action d'exécuter un ensemble de mouvements du corps, volontaires et rythmés ; suite composée et rythmée de mouvements du corps, parfois accompagnée d'une musique ou d'un chant.*

Il est en effet mal aisé de donner une définition de la danse car elle prend des formes extrêmement variées selon les endroits du monde et selon les époques. La danse peut avoir un caractère religieux ou social, parfois très codifié ou pas du tout. Tout à chacun peut se mettre à danser pour exprimer sa joie et cela sans support musical, alors que celui-ci sera requis pour un bal ou un spectacle de danse. Examinons comment la danse a évolué pour devenir la danse-thérapie.

Notons tout d'abord que la danse au XIX^{ème} siècle est présente essentiellement sous deux formes : soit dans les bals où la fonction de la danse est éminemment sociale (c'est l'essor de la valse viennoise et de la polka), soit dans des spectacles sous la forme de ballets classiques. Dans les deux cas, la danse y est très codifiée, l'accent est mis sur la technique de danse et on met soigneusement de côté l'expression des émotions, aussi bien des danseurs que des spectateurs, considérée comme impudique (96)(97)(98).

Au début du XX^{ème} siècle, deux danseurs vont créer une petite révolution dans le milieu de la danse. Tout d'abord Nijinski lorsqu'il chorégraphie et interprète « Le sacre du Printemps » sur une musique d'Igor Stravinski. Il ne respecte alors aucun des codes du ballet classique, se montrant les pieds en dedans et le corps ramassé sur lui-même (99). « Le sacre du Printemps » fera d'ailleurs scandale à l'époque et un autre chorégraphe sera nommé pour les représentations suivantes. En fait, en 100 ans d'existence, plus de 250 chorégraphes revisiteront cette œuvre, mais c'est Nijinski le vrai précurseur.



Figure 16 : Vaslav Nijinski interprétant une autre de ses œuvres « L'après-midi d'un faune »

Ensuite, Isadora Duncan est elle aussi considérée comme une pionnière de la danse moderne. Vêtue dans un style rappelant l'antiquité grecque, elle cherche « un rapport entre sa danse et la vie réelle rompant ainsi avec la tradition du ballet classique qui cherchait à s'évader de la réalité. » (98)(99). La danse classique se veut avant tout une recherche d'esthétisme et la technique très poussée un moyen de donner l'illusion que cet esthétisme est tellement simple et facile qu'il en est presque naturel. Nijinski et Duncan ont créé la rupture en ne cherchant pas l'esthétisme et n'ayant pas du tout la volonté de se servir de la technique pour masquer la difficulté de réalisation des pas. Au contraire, ils montrent tout : le corps, la difficulté, l'émotion et ils racontent des histoires plus proches de leurs publics. C'est le strict opposé de la danse classique.



Figure 17 : Isadora Duncan, dont les vêtements cachaient peu l'anatomie, comme on peut le voir sur cette photographie

Une fois le mouvement lancé, la danse n'a plus cessé d'évoluer. Certains danseurs ont cherché à se rapprocher des danses dites « primitives » issues des danses africaines ou du vaudou haïtien par exemple. C'est ce qu'on appellera « La Modern Primitive », courant américain, conceptualisé par Katerine Dunham (98).

D'autres seront influencés par l'évolution de la psychanalyse et vont commencer à tenter de faire des liens entre leur pratique de la danse et les théories psychanalytiques en vogue. Un mouvement particulièrement important sera représenté par la « Denishawn's School ». Sur le plan de la danse, les deux danseurs créateurs de cette école que sont Ruth Saint-Denis et Ted Shawn sont fortement influencés par Isadora Duncan. Cependant, Ruth Saint-Denis d'un esprit très ouvert et Ted Shawn formé au Delsartisme (courant de pensée française qui

insiste sur l'unité corps-psychisme) vont avoir à cœur de créer une école qui rassemble toutes sortes de courants artistiques. Ils y enseignent aussi bien la danse classique que différentes danses disparues (dont aztèques, et grecques antiques) ou primitives, en s'inspirant de divers courants philosophiques et psychanalytiques. Cette école va être une grande source de futurs danse-thérapeutes (99)(100).

En Europe, c'est le courant allemand qui va prédominer avec Mary Wigman et Rudolf Laban. Leur vision de la danse est encore toute autre. Mary Wigman côtoie de nombreux artistes tel que Kandinsky. Ce dernier dans son ouvrage « Du spirituel dans l'art » (1911) explique « le langage du ballet n'ayant servi qu'à exprimer des sentiments matériels (l'amour, la peur...) doit faire place à un autre langage, capable de provoquer des vibrations psychiques plus subtiles. Le mouvement, le plus simple qu'on puisse imaginer et dont le but n'est pas connu, agit déjà par lui-même, il prend une importance mystérieuse, solennelle... Le mouvement simple, que rien d'extérieur ne paraît motiver, cache un trésor immense de possibilités. » (100) Kandinsky, décrit ici toute l'essence du mouvement dit « expressionniste » de Mary Wigman et Rudolf Laban. L'idée générale est que chaque mouvement effectué le plus naturellement possible, traduit en lui-même l'inconscient de celui qui l'a émis. Laban va alors construire une méthode d'analyse du mouvement permettant de voir quel est le rapport au corps du sujet et comment il relationne avec les autres. La « labanalyse » comme elle est souvent appelée, est encore largement utilisée par les danse-thérapeutes (100)(101).

b. La psychanalyse

La psychanalyse a apporté les ressources théoriques permettant d'appuyer et de comprendre les découvertes faites par les danseurs sur ce que la danse engendrait au niveau du corps mais pas seulement.

Le premier est bien évidemment Sigmund Freud avec sa théorie du Moi. Le Moi est l'instance décisive de la vie psychique. Cependant Freud ne le sépare pas totalement du corps, puisque pour lui il existe une sorte de Moi corporel, « dérivé

des sensations corporelles » (99) essentiellement de la surface corporelle (dont s'inspirera Anzieu bien plus tard dans son « Moi-peau » (102)). Autrement dit, les sensations corporelles influent sur cette instance psychique qu'est le Moi. Ceci est cependant à différencier du schéma corporel ou de ce dont on parlera plus tard, l'image corporelle, dont Freud n'a jamais évoqué l'idée. Une autre notion très importante qui vient des travaux de Freud est la notion de sublimation. Il s'agit d'un mécanisme de défense de haut niveau où l'énergie pulsionnelle libidinale est détournée pour être utilisée comme énergie créatrice artistique. Dans le contexte de l'utilisation d'un art (la danse) comme thérapie, cette notion paraît éminemment intéressante.

Vient ensuite Wilhelm Reich pour qui il existe une « armure caractérielle » qui cuirasse le Moi. Au fur et à mesure de la vie de l'individu, divers éléments qui constituent le caractère, viennent se superposer les uns sur les autres en couches successives (un peu comme des strates sédimentaires) sur le Moi. De la même façon, au niveau du corps vont se succéder des tensions musculaires et des blessures—qui vont traduire cette accumulation d'éléments du caractère. Reich fait donc l'hypothèse « d'une mémoire somatique » que l'on peut utiliser pour analyser le caractère (103).

Adler quant à lui, prônait l'indivisibilité de l'homme. Le fondement essentiel de sa théorie qui intéresse le danse-thérapeute est l'idée que l'on ne peut séparer le corps de l'esprit qui forme un tout indivisible (99)(104).

Enfin, Jung décrit « l'imagination active » qui est une méthode d'introspection. Il s'agit de plonger volontairement dans son imaginaire afin d'accéder à son inconscient et permettre ainsi une meilleure connaissance et acceptation de soi. Pour Jung, le mouvement pourrait être une expression de l'inconscient. Aussi, pour certains danse-thérapeutes, permettre un mouvement venu de l'imagination du patient, c'est accéder à son inconscient ; mouvement que l'on va pouvoir analyser par la « labanalyse ». Ensuite, en guidant le patient, le mouvement pourra être

retravaillé par l'imagination active du patient et c'est ainsi qu'on entre dans un processus thérapeutique (99)(101).

c. Trois grands courants

- **La Dance Mouvement Therapy de Marian Chace (1896-1970) :** C'est une danseuse moderne issue de la Denishawn school. Elle fonde sa propre école de danse à Washington. Elle remarque progressivement que certains de ses élèves viennent chercher bien plus que des leçons de danse. Plus tard, en 1930, elle dira ceci : « En observant le mode non verbal communicationnel des sujets qui prenaient leur premier cours de danse, je commençais à comprendre et à percevoir les besoins pour lesquels ils demandaient de l'aide. Au lieu de m'en sentir dépitée, j'essayais au contraire d'empathiser avec eux en tant qu'individus. (...) Mon enseignement était à l'évidence en train de se modifier. Inconsciemment, l'intérêt et l'attention que j'accordais à tous mes élèves se transformaient en l'apport d'un soutien offert à des individus aussi bien qu'à des danseurs. » (100) C'est ainsi que Marian Chace va se rapprocher du monde de la psychiatrie, tout d'abord bénévolement en travaillant auprès d'enfants présentant de graves troubles de la communication et du comportement (en 1940) puis en rentrant dans l'équipe soignante de l'hôpital Sainte Elisabeth. Pour Marian Chace, la danse est avant tout communication, comme le dit B. Lesage (101). Par un travail en groupe, où elle reprend les mouvements de l'un pour que tous puissent les reprendre à leur tour, saisissant l'occasion de ce travail de danse pour verbaliser avec les patients, elle crée une dynamique communicationnelle autour du mouvement dansé. « Marian Chace cherche donc à provoquer une évolution psychique par un travail sur le geste et la posture qui correspond à une sorte de « reformulation non verbale » qui ouvre à la symbolisation. » (101) La réussite est alors au-delà même de ses espérances, puisque les patients eux-mêmes vont avoir l'idée de créer un spectacle sur ce qu'ils vivent au sein de l'hôpital. Leur désir est si fort qu'ils parviennent non seulement à convaincre Marian Chace de leur projet mais créent une émulation parmi tout le personnel de l'hôpital, qui participe à la création des costumes et des décors. Le spectacle qui est une sorte de comédie satirique, a lieu avec succès. Dans ce

contexte de la psychiatrie asilaire, ce que Marian Chace provoque est inouï. Elle va poursuivre ce travail où elle utilise la danse comme un outil plus éducatif, communicationnel et chorégraphique avec les malades de l'hôpital Sainte Elisabeth et petit à petit va naître le concept de « Dance Movement Therapy » (DMT). En 1946, alors âgée de 50 ans, elle devient officiellement danse-thérapeute à la clinique psychiatrique Chesnut Lodge où elle exercera encore pendant plus de 20 ans. C'est tout cela qui fait considérer Marian Chace comme « La Grande Dame » par nombre de danse-thérapeutes encore aujourd'hui (99)(100)(101).



Figure 18 : Marian Chace dansant avec une patiente

- **La danse-thérapie « expressionniste » de Trudi Schoop (1903-1999) :** Elle se forme auprès de Mary Wigman et Laban, avant de rencontrer Bleuler qui lui propose de travailler avec lui à Zurich. Elle est donc issue de ce mouvement « expressionniste » de la danse et s'attache à faire ressortir les conflits inconscients

de ses patients par la danse. Bleuler est le psychiatre qui introduit pour la première fois le terme de schizophrénie dans la terminologie psychiatrique et en décrit un élément essentiel qu'est le syndrome dissociatif, même s'il ne le nomme pas encore ainsi. Trudi Schoop fera ainsi également la connaissance de Jung, élève de Bleuler. Aussi, elle va travailler beaucoup avec des schizophrènes, s'attachant à utiliser l'expressivité du corps dansant pour harmoniser l'image corporelle intérieure. Dans les années 1940, elle émigre aux États-Unis, où elle travaillera avec des patients souffrant de schizophrénie. Elle va s'attacher à développer la conscience de leur propre corps par divers exercices : examiner les différentes parties de son corps et dire celles qu'ils aimaient ou pas, mimer les postures d'un autre membre du groupe et s'attacher à ressentir les tensions dans le corps et les émotions qui s'y rattachent. Une fois que les patients avaient pris meilleure connaissance de leur corps, elle leur proposait des improvisations entre danse et théâtre (101).

- **La danse-thérapie pour les enfants de Rose Gaetner (1925-2011) :** Française, psychomotricienne de formation, elle a trois pôles de formation à la danse : la danse classique, les danses folkloriques et les danses de société. Elle travaille dans diverses structures mais toujours avec des enfants et des adolescents et deviendra même directrice (de 1963 à 1990) d'un Hôpital de jour pour enfants et adolescents autistes et psychotiques à Paris (l'Hôpital Santos Dumont). De la danse classique, elle garde le côté très structurant de cette danse très rigoureuse, en faisant répéter à de nombreuses reprises des pas minutieusement chorégraphiés. Elle garde aussi la nécessité de danser sur de la musique elle aussi très structurée, marquée et rythmée. Elle est en perpétuelle quête du beau et de la légèreté de la danse classique. Le beau étant pour elle, un moyen de restauration narcissique, elle va beaucoup travailler avec le miroir ou en miroir avec ses élèves. Rose Gaetner est en effet très attachée aux idées freudiennes. Elle introduit un concept de psychomotricité dans la danse-thérapie tout à fait intéressant qu'est le dialogue tonique. Pour essayer de l'expliquer simplement, deux personnes en contact physique, vont accorder inconsciemment leurs tonus musculaires respectifs en

fonction de leur état émotionnel jusqu'à trouver un équilibre. Cela fait partie du langage non verbal (100).

2. La danse-thérapie aujourd'hui

La danse-thérapie est une discipline encore très jeune et qui continue de se construire jour après jour. Cependant, la DMT de Marian Chace garde une influence considérable encore de nos jours. C'est le courant principal aux États-Unis grâce notamment à l'ADTA (American Dance Therapy Association, fondée en 1965) qui enseigne la danse-thérapie surtout sur la base de la DMT (99).

Cependant, la danse-thérapie reste peu connue en France. Ses indications restent à définir clairement face à des disciplines comme l'art-thérapie ou la psychomotricité, mais des études ont montré ses bénéfices sur des populations allant de l'enfant à la personne âgée, et dans des pathologies très variées : troubles de l'image corporelle notamment associés aux TCA (105) et à l'obésité (106)(107), diverses pathologies neurologiques (maladie de Parkinson (108)(109), démences (110)) ou psychiatriques (psychose (101)(111), autisme (101), handicap mental (101), dépression (112)).

Les programmes thérapeutiques proposés sont généralement peu codifiés, en dehors des études cliniques et semblent aussi divers que variés. Mille et al. semblent penser d'ailleurs que c'est peut-être en partie cela qui en fait l'intérêt, car ce qui se joue est pour eux plus dans le relationnel avec les soignants qui font l'atelier (113).

Enfin, concernant la formation de danse-thérapeute en France, elle est encore assez limitée et tout aussi peu connue que la profession elle-même. Il existe quelques centres de formations reconnus tels que par exemple, la Société Française de Danse-Thérapie (SFDT), l'association Free Dance Song ou l'institut I.R.P.E.C.O.R (il est possible de trouver une courte liste d'organismes de formation

sur le site de la SFDT (<http://sfdt.fr>.) Certains danse-thérapeutes que j'ai pu interroger, m'ont néanmoins confié s'être formés à l'étranger.

3. La danse-thérapie comme thérapie du psychotraumatisme et de l'inceste

Il a été retrouvé huit études traitant de la danse-thérapie dans la prise en charge des patients ayant vécu un psychotraumatisme dont une seule sur l'inceste spécifiquement.

Deux de ces études (114)(115) sont des hétéroévaluations et ne donnent aucune information sur le nombre de patients, le nombre de séances, leur durée, le nombre de séances par semaine, la durée totale de la thérapie ou encore le diagnostic porté, les traitements ou les autres thérapies éventuellement proposées aux patients. Dans ces deux études, n'est évalué que la pratique des danse-thérapeutes chez des femmes victimes de violences sexuelles dans l'enfance dans l'une (114) et des femmes victimes d'inceste dans l'autre (115).

Deux autres de ces études sont des « case-report » (116)(117), la seconde étant par ailleurs, la seule française, les autres étant hollandaise, chinoise, croate, philippine, anglaise, canadienne et américaine.

Une des publications (118) reprend certain nombre d'autres études (mélangeant différents types de traumatismes) sans pour autant en comparer les protocoles. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une méta-analyse. Elle compare les théories, analyses et discussions des différentes études afin d'en déduire ce que les danse-thérapeutes semblent avoir en commun dans leur façon de prendre en charge les patients psychotraumatisés. Elle en conclue que la DMT peut induire « différents bénéfices dans le fonctionnement physiologique et psychologique de personnes ayant souffert d'une expérience traumatisante » et que « il y a une nécessité à définir le cadre d'un programme de thérapie approprié en termes de

structures des séances, du thème de l'intervention, des techniques, des outils et des tactiques ».

Enfin, les trois dernières études retrouvées portent sur plusieurs patientes. Deux sur des femmes adultes et une sur des enfants. L'étude chinoise (119) porte sur un groupe fermé de 25 femmes de 25 à 52 ans (moyenne 36,2 ans), victimes de violences sexuelles dans leur enfance. Il s'agissait de séances de DMT de 2 heures, au rythme d'une fois par semaine pendant 5 semaines consécutives. Il n'est fait mention d'aucun diagnostic précis, ni de traitement médical ou d'éventuelles autres thérapies associées. Cependant le protocole d'évaluation semble assez solide : des questionnaires (General Health Questionnaire, Courtaud Emotional Control Scale et Rosenberg Self-Estem Scale) ainsi qu'une évaluation qualitative par les participantes ont été faits avant, juste après et 5 semaines après la thérapie. Les réponses de 21 des participantes ont pu être analysées. Sur le plan quantitatif, les résultats ne montrent aucun changement statistiquement significatif avant et après la prise en charge en DMT. En revanche sur le plan qualitatif, l'analyse des réponses montre des effets positifs : développement d'une meilleure conscience de soi et des limites du corps ainsi que des émotions et affects avec pour finalité davantage de confiance dans le futur. Dans l'étude canadienne (120), 5 femmes victimes de violences sexuelles dans l'enfance ont été interrogées sur leur expérience de la danse-thérapie, via des entretiens non-structurés. Mais n'ont été incluses dans l'étude que les femmes qui ont considéré l'expérience de la danse-thérapie positive. La dernière étude (121) a évalué l'efficacité de 10 séances DMT sur un groupe de 5 fillettes âgées de 6 à 9 ans. Le rythme des séances était croissant puis décroissant : d'une par semaine pendant 2 semaines à 2 par semaines pendant 3 semaines à de nouveau 1 par semaine pendant 2 semaines. Là non plus, on ne retrouve aucune notion de diagnostic, de traitement médical ou d'éventuelles autres thérapies associées. L'évaluation de l'efficacité a été faite par des échelles (Sentence Completion, Piers Harris 2 Self Concept Scale for Children, Movement Indication Checklist for Sexually Abused Children), passées à la 1^{ère} séance, 8^{ème} séance, 10^{ème} séance et 2 semaines après la 10^{ème} séance. Les moyennes des

T-scores des différentes échelles des cinq fillettes ont progressé sauf pour un domaine qui évalue l'effet sur les capacités intellectuelles et scolaires, où le T-score est resté stable. Plus précisément, ces T-scores montrent que 4 fillettes sur 5 montrent une amélioration de la conscience de soi, 3 sur 5 auto-évaluent leur comportement plus positivement, 4 sur 5 estiment leurs capacités physiques meilleures, 4 sur 5 sont plus satisfaites de leurs vies et les 5 montrent une meilleure gestion de leurs émotions.

Nous n'avons pu trouver que peu d'études portant sur l'intérêt de la danse-thérapie chez les patients psychotraumatisés et plus spécifiquement chez les victimes d'inceste. Même si dans leur ensemble elles semblent toutes conclure que la danse-thérapie est bénéfique chez ce type de population, en les aidant notamment à améliorer leur image corporelle, à travailler les limites du corps ainsi que la notion de honte de soi et de honte de leur corps, elles ne sont malheureusement pas comparables du fait de leurs méthodologies très différentes.

Nous allons désormais évoquer notre cas clinique, Mme D., notre atelier de danse-thérapie et comment Mme D. s'y est intégrée.

II. Le cas de Mme D.

1. L'histoire traumatique

Mme D. est la fille aînée d'une fratrie de deux filles. Son père était un cousin de sa mère. Il a fait la guerre d'Algérie pendant 28 mois. Ses parents se sont mariés un an après son retour. Cependant, il n'était plus le même, selon les dires de la mère de Mme D. Il ne travaillait pas, était inactif la plupart du temps, trompait régulièrement son épouse et était devenu un alcoolique chronique. La mère de Mme D. était employée de bureau. Elle avait 2 heures de trajet pour se rendre au travail. Aussi, après la naissance de ses filles, elle a décidé de les confier à sa mère (grand-mère maternelle de Mme D.) dans la journée.

Mme D. raconte qu'elle a d'abord subi des attouchements de la part de son père. Puis celui-ci l'a rapidement forcée à lui faire des fellations. Selon elle, cela se déroulait la nuit. Il venait la chercher dans sa chambre, lui demandait une fellation, puis il la faisait dormir entre lui et sa mère dans le lit conjugal. Parfois, au cours de la nuit, il voulait une deuxième fellation, et là, sa mère s'y opposait. Ces agressions auraient duré de l'âge de 3 ans à l'âge de 8 ans.

Mme D. explique en avoir parlé à sa grand-mère maternelle au moment des faits. Elle pense se souvenir que celle-ci en aurait parlé à une amie mais qu'elles n'auraient rien pu faire pour l'aider. Puis elle dit avoir tout raconté à sa mère quand elle avait 8 ans mais que celle-ci n'aurait rien mis en œuvre pour interrompre ces agressions. Elle explique en effet que si cela s'est arrêté, c'est parce que ses parents ont divorcé, non en raison de ses révélations, mais du fait que sa mère ne supportait plus l'alcoolisme de son père.

Après le divorce de ses parents, Mme D. n'a plus revu son père pendant 7 ans. Puis, celui-ci ayant développé un cancer oto-rhino-laryngologique, a souhaité revoir ses filles. Elle explique qu'elle ne voulait pas revoir son père, mais que sa mère l'y aurait contrainte, en lui disant qu'il allait mourir et qu'elle ne le reverrait plus après cela. De fait, il est décédé peu de temps après.

Mme D. rencontre un amour de jeunesse à l'adolescence, dont elle est très éprise. Lorsqu'il la quitte, la séparation est très douloureuse pour elle. Cependant, jusque-là, elle ne décrit aucun trouble psychiatrique et plus particulièrement du registre psychotraumatique, pas plus qu'elle ne décrit de symptômes somatiques. Elle devient professeur d'allemand, travail qui lui procure satisfaction.

Elle se marie un peu plus tard avec son premier époux, un allemand, alors qu'elle vivait en Belgique. C'est à la naissance de son premier enfant, une fille, qu'elle développe ses premiers troubles psychiatriques. C'est à partir de ce moment précis, que des cauchemars apparaissent, ainsi que des flashbacks et des

reviviscences des scènes traumatiques de son enfance. Elle est alors angoissée en permanence, hypervigilante, et commence à se plaindre de troubles de la concentration. Elle décide alors de chercher des solutions par elle-même et va alors commencer une série de « thérapies » (qu'elle nomme ainsi) un peu étranges. Elle parle ainsi de thérapie systémique en groupe, où les membres du groupe interprètent les rôles de ses parents, ou alors de pratique chamanique avec vécu de transe. Elle a ensuite deux autres filles avant de divorcer de son mari au bout de 8 ans de mariage.

Elle fait ensuite la connaissance de son second époux, avec qui elle aura une quatrième fille. Elle divorcera également de ce second époux au bout de 7 ans de mariage. Elle vivra un temps seule, avec ses quatre filles. A cette période, elle semble avoir traversé alors un état dépressif sévère à la suite duquel elle décide de laisser ses filles à leurs pères respectifs et de partir en Allemagne.

C'est au cours de ce qui semble être un épisode dissociatif qu'elle tente de se défenestrer et qu'elle est hospitalisée en Allemagne, en 2010. Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir de compte-rendu de cette hospitalisation, dont nous savons simplement qu'elle aurait été traitée par Aripiprazole et Olanzapine. Elle explique par la suite, qu'elle se souvient qu'elle était très angoissée ce soir-là, qu'elle s'est retrouvée sur le balcon sans savoir ni pourquoi, ni comment, mais ne pas avoir voulu se tuer. Ensuite, elle décrit un « trou noir » jusqu'au moment où elle est à l'hôpital. C'est à cette période, qu'elle usait de manière intensive des pratiques chamaniques avec « transe » où, dans ses dires, elle revivait beaucoup les scènes traumatiques.

En 2012, elle décide de revenir en France et vient vivre chez sa mère en Basse-Normandie, près de la Côte. Le logement est étroit et Mme D. dort sur le canapé du salon. Bien que la cohabitation soit difficile, d'autant plus que sa mère a un conjoint, ce qui contraint Mme D. à partir certains soirs, elle semble s'en contenter. Néanmoins, au cours d'un nouvel épisode dissociatif, elle fera une

intoxication médicamenteuse grave, qui la conduira en réanimation. Sans que nous en comprenions la raison, elle n'est pas hospitalisée en psychiatrie au décours.

Elle est hospitalisée en avril 2012 pour un état dépressif avec idées suicidaires. C'est ainsi qu'elle rencontre pour la première fois, le Dr S. qui la suivra par la suite au centre médico-psychologique (CMP). Celle-ci note une certaine bizarrerie du comportement associée à des affects dépressifs et hésite entre une psychose et un état dépressif avec éléments psychotiques. Aussi, elle demande une évaluation psychologique, par la psychologue du CMP, à l'issue de l'hospitalisation. Celle-ci fera passer à Mme D. un test de Rorschach et ne retrouvera aucun élément psychotique, mais notera des éléments plutôt en faveur « soit d'un état limite, soit d'une névrose post-traumatique ». Il est à noter que Mme D. garde une présentation excellente, même lorsqu'elle va mal et reste fragile. Ainsi, le jour même de sa sortie d'hospitalisation, elle passe un entretien d'embauche au rectorat et obtient une place de professeur d'allemand en classe de Terminale. Malheureusement, elle ne tiendra qu'une semaine.

Malgré une alliance de bonne qualité, notamment avec l'infirmière du CMP, et un traitement par Duloxétine et Aripiprazole, son état ne s'améliore pas. Mme D. se montre toujours aussi dépressive, et se met à présenter des épisodes où elle part brutalement de chez elle, sans bagage, sans savoir dans quel but ni où elle va. Elle erre ainsi en ville des jours entiers, avant de rentrer chez sa mère. C'est lors d'un nouvel épisode où elle est allée jusqu'à Paris, que son infirmière au CMP parvient à la joindre sur son téléphone mobile. Elle errait alors dans Caen, quand son infirmière parvint à la faire venir au CMP et de là à la convaincre de se faire hospitaliser à nouveau.

2. Symptomatologie

C'est à l'occasion de cette deuxième hospitalisation, que j'ai rencontré Mme D., alors âgée de bientôt 48 ans. Lors de l'entretien d'entrée, j'ai été frappée

par sa présentation à la fois très enfantine et marquée par une grande hypervigilance.

Elle décrit alors une sensation de vacuité intense associée à un sentiment d'anéantissement et d'incurabilité. Il n'est pas retrouvé de symptomatologie dépressive franche, ni d'idée suicidaire, mais des idées morbides sont clairement présentes. Elle décrit également très bien sa relation au corps avec un besoin de destruction de celui-ci qui se traduit par des crises de « Binge-Eating » dont elle culpabilise ensuite. Le « Binge-Eating » est un trouble du comportement alimentaire se traduisant par des crises de compulsion irrésistible, pendant lesquelles le sujet va ingérer dans un court laps de temps de grandes quantités d'aliments de toutes sortes, mais sans avoir de comportement compensatoire par la suite, ce qui distingue le « Binge-Eating » de la boulimie. Pour autant, Mme D. est une femme petite et menue, de poids tout à fait normal pour sa taille. Elle se plaint également d'importants troubles de la concentration qu'elle interprète comme une perte de ses facultés intellectuelles, et qui ont pour conséquence une incapacité non seulement à travailler mais aussi à entamer quelque activité que ce soit. Elle ne décrit initialement aucun trouble du sommeil, ni flashback ou hypervigilance. Mais elle ne semble pas véritablement présente lors de l'entretien. Elle semble répondre de manière un peu automatique et déréalisée. Compte-tenu des éléments à ma disposition à ce moment-là, j'émetts l'hypothèse que Mme D. est peut-être toujours plus ou moins dissociée dans un contexte de personnalité névrotique post-traumatique, ce qui expliquerait les troubles de concentration, les fugues dissociatives (épisodes où elle part brutalement de chez elle sans savoir ni comment ni pourquoi) et les troubles de la relation au corps. Comme elle me dit n'avoir jamais pris son traitement depuis sa sortie d'hospitalisation parce que « ça m'embrouille mes facultés intellectuelles », je décide de ne prescrire que de l'Hydroxyzine 25 mg, 2 x 4/j, jusqu'à réévaluation le lendemain matin, en présence du Dr S.

Au cours de l'hospitalisation, notre attention se porte alors à retravailler les événements traumatiques, qui nous semblent très en lien avec la symptomatologie

actuelle. En effet, si Mme D. nous assure initialement avoir « réglé » cela depuis très longtemps grâce à ses séminaires chamaniques et autres « thérapies », sa symptomatologie évoque fortement une composante traumatique encore bien présente et corrélée à ces événements. Nous lui permettons ainsi de relater les événements ainsi que ses cognitions et émotions par rapport à ces événements. C'est ainsi que pour la première fois, nous apprenons ce que Mme D. a vécu, puisque jusqu'alors, nous n'avions pu qu'entrevoir un douloureux passé, mais sans qu'elle ne l'aborde jamais. Elle va ainsi relater avec précision les agressions et le rôle de chacun de ses parents et de sa grand-mère maternelle selon son souvenir. A aucun moment elle ne semble se dissocier lorsqu'elle évoque cette période de sa vie. Elle est émue, mais ne semble pas non plus débordée par l'émotion. Il paraît clair que c'est un sujet qu'elle ne veut pas aborder, expliquant qu'elle a « déjà réglé tout ça » et que, par conséquent, selon elle, ses troubles actuels ne peuvent être en aucun cas, en lien avec ce passé. Nous décidons malgré tout, de poursuivre dans cette voie, en lui expliquant notre objectif, ce qu'elle accepte. Elle décrit alors tellement précisément les odeurs lors des agressions - « une odeur salée » (celle de la sueur de son père) ainsi que le goût et la nausée quand il lui demandait d'avaler, que nous avons alors été incité à mettre en lien ces éléments avec ses troubles du comportement alimentaire.

Lors d'un entretien, nous lui faisons lire le texte de la chanteuse Barbara « L'aigle noir » qui raconte de manière très métaphorique, l'inceste dont elle-même, a été victime. Lorsque nous avons lu nous-mêmes ce texte, aucun d'entre nous n'a ressenti d'affect négatif. Nous n'avons été sensibles qu'à la poésie du texte. Ce n'est qu'une fois que nous avons appris ce qu'il exprimait que nous avons compris et alors pu ressentir des émotions comme la peur, le désarroi. Nous nous étions assurés que Mme D. ne connaissait pas le sens caché du texte. Lorsqu'elle l'a lu, elle a été terrifiée. Elle ne savait pas dire initialement pourquoi, mais il lui semblait que ce texte parlait de quelque chose de tout à fait effrayant. Puis en reprenant avec elle le texte, phrase par phrase, paragraphe par paragraphe, elle nous a exprimé une peur intense qu'on vienne s'en prendre à elle. Il lui semblait que des gens qu'elle ne

connaissait pas viendrait s'en prendre à elle pour la punir de tout le mal qu'elle avait fait au cours de sa vie, exprimant là tout le sentiment de culpabilité de la victime très jeune. En effet, chez les très jeunes victimes d'inceste, la seule explication raisonnable qu'elles puissent trouver à ce qui leur arrive, est qu'elles soient fondamentalement mauvaises ; elles sont nées mauvaises, et on les punit pour ça. C'est très exactement ce que Mme D. a pu exprimer à la lecture de ce texte. Lorsque nous lui avons expliqué de quoi parlait le texte, elle a pu alors dire que cela ne la surprenait pas.

Il apparaît également qu'il lui a été impossible d'exprimer sa colère envers son agresseur et père, du fait que celui-ci était un héros de guerre et qu'il présentait des séquelles psychologiques par la suite. Elle ne se sentait ainsi pas le droit de lui faire le moindre reproche et devenue adulte, elle aurait même tendance à l'idolâtrer. De plus, celui-ci étant désormais décédé, il n'est plus possible pour Mme D. de lui dire toute la colère qu'elle ressentait à son encontre vis-à-vis des agressions.

Enfin, lors d'un entretien, nous lui proposons un travail sur le corps, afin de nous représenter la perception qu'elle a de son corps. Dans un premier temps, nous lui demandons, les yeux ouverts, de décrire l'état de tension globale de son corps, puis de manière plus précise, segment par segment. Nous lui redemandons ensuite la même chose les yeux fermés, en lui demandant également de préciser si le cœur bat rapidement, lentement ou normalement selon elle, et si la respiration lui semble calme, rapide ou lente. De même, nous lui demandons également de décrire les sensations physiques qu'elle peut ressentir au niveau des viscères abdominaux et dans la tête. Elle va alors décrire une tension musculaire dans les membres supérieurs et inférieurs, aucune sensation particulière dans le thorax, ainsi qu'une respiration et rythme cardiaque calmes. En revanche, elle décrit une sensation de vacuité dans le bas ventre et surtout dans la tête. Dans un second temps, nous lui demandons alors de bien vouloir représenter son corps, à l'aide d'un bloc d'argile, les yeux fermés. Cette méthode fait appel à des mécanismes très archaïques sur la représentation du corps et peut permettre de donner des informations que le langage

verbal ne peut transmettre. Deux méthodes sont employées lorsqu'on demande à un sujet de se représenter les yeux fermés à l'aide d'un bloc d'argile ou de pâte à modeler. Soit il saisit le bloc et le manipule pour en dégager une forme qui représente son corps tel qu'il le perçoit, non seulement au niveau cénesthésique mais dans sa représentation psychique (notamment inconsciente puisqu'il ne peut utiliser le regard pour corriger ce qu'il modèle), soit il dégage des petits morceaux pour en faire des boudins qu'il accole ensuite les uns aux autres. C'est cette deuxième méthode qui est principalement utilisée chez les patients souffrant de dissociation psychotique (schizophrénie notamment), du fait de l'angoisse de morcellement. Mme D. a utilisé la méthode du modelage du bloc entier. Elle a représenté un corps féminin, avec de la poitrine, la taille marquée et les hanches plus larges. On peut donc émettre l'hypothèse qu'elle accepte sa féminité et ne la rejette pas. En revanche, le corps qu'elle a modelé, est en volume au niveau des quatre membres et du thorax, mais totalement aplati au niveau du ventre et de la tête. Ceci semble correspondre aux sensations précédemment décrites de tensions musculaires dans les membres, et rien de particulier dans le thorax, mais de grande vacuité dans le bas-ventre et la tête. Lorsque nous lui demandons d'ouvrir les yeux et de regarder le travail qu'elle a produit, elle ne réagit pas vraiment. Il est également à noter que le bas ventre et la tête sont les deux zones du corps mises à l'épreuve lors des agressions. Les représenter aplaties pourrait traduire une dénégation non seulement du traumatisme mais aussi de ses conséquences, congruents avec ses paroles « tout est réglé ». Nous lui demandons ce qu'elle pense d'avoir représenté la tête et le ventre tout plat et elle répond que c'est sans doute parce qu'elle a l'impression « qu'on lui vole ses facultés intellectuelles », ce qui fait dire à nombre de collègues qu'elle a des idées délirantes et qu'elle est psychotique. Un travail sur sa relation au corps est alors engagé notamment par le biais de la danse-thérapie de groupe.

3. Danse-thérapie avec Mme D.

Nous allons dans un premier temps décrire brièvement l'atelier. Il a été proposé qu'en tant qu'interne du service, danseuse et présentant un intérêt pour la danse-thérapie, je monte un atelier de danse-thérapie au sein du service, atelier qui jusqu'alors n'existait pas. J'ai donc créé une maquette que j'ai présentée en réunion de service où le projet a été accepté. Voici donc, comment était conçu l'atelier :

- **Type de danse :**

Il a été décidé de proposer 2 types de danses par session : de la salsa en première partie, puis des "danses de l'été" en seconde partie. Le choix s'est porté sur ces danses car elles ont l'avantage de pouvoir se danser seul, en groupe ou en couple, mais aussi pour leur côté très ludique et actuel, ce qui devait permettre un accueil plus favorable tant des patients que des soignants.

- **Public concerné :**

L'atelier n'étant qu'un atelier parmi d'autres proposés au sein d'un service de psychiatrie adulte d'entrants (toutes pathologies psychiatriques confondues), il n'était pas possible de le centrer uniquement sur le TSPT, notamment suite à un inceste dans l'enfance. Il a donc été pensé plus pour des patients présentant un trouble dépressif ou anxieux, voire un trouble psychotique mais suffisamment stabilisé. Nous avons pu cependant y voir des patients avec troubles de personnalité, un patient mineur présentant des carences multiples et une seule patiente, Mme D. présentant un TSPT consécutif à un inceste dans son enfance.

- **Objectifs visés :**

Il s'agissait d'un atelier à visée essentiellement dynamisante, afin de lutter contre la clinophilie des patients dépressifs, l'apragmatisme des patients psychotiques, et de permettre un ancrage dans le temps présent des patients anxieux.

Le deuxième objectif était bien évidemment de permettre une meilleure connaissance de son corps, de ses limites, une amélioration de l'image corporelle, et une lutte contre les angoisses de morcèlement des patients psychotiques.

L'atelier devait permettre également un travail de la relation à l'autre, ainsi qu'un travail de la cohésion du groupe patients, utile à chacun d'entre eux dans la réalisation de ses objectifs personnels.

- **Modalités :**

La durée de l'atelier était d'une heure, tous les jeudis, de 15h à 16 heures (sauf aléas).

Nous avons opté pour un "groupe ouvert", afin de pouvoir maintenir un groupe de taille cohérente, au gré des sorties et des admissions des patients.

Les patients étaient alertés de l'existence de l'atelier par le biais d'un affichage dans le réfectoire et la salle commune, ainsi que par les soignants ou leur psychiatre qui pouvait en poser l'indication avec l'interne (moi-même) qui menait l'atelier.

J'étais assistée par un soignant du service, afin de contenir le groupe et de signaler d'éventuelles difficultés. Le soignant participait à l'atelier, avec les patients et moi-même.

Le choix d'un atelier en deux parties, permettait de proposer une certaine "progression" dans la danse (salsa) en première partie pour les patients qui venaient plusieurs fois de suite, et une nouveauté à chaque fois pour ceux qui débutaient dans l'atelier, afin qu'ils ne se sentent pas dévalorisés par rapport aux autres patients.



Figure 19 : Affiche de l'atelier danse

- **Évolution de Mme D. dans l'atelier :**

L'atelier était en place depuis plusieurs semaines, lorsque nous avons proposé à Mme D. cette prise en charge. Elle a immédiatement accepté et s'est très bien intégrée au groupe « patients » déjà présent dans l'atelier. Alors qu'elle s'isolait et ne communiquait pas ou très peu avec les autres patients, se montrant toujours assise dans un coin de la salle commune à lire un livre, disait-elle, avec beaucoup de difficultés, "parce qu'on lui avait volé ses facultés intellectuelles", pendant le temps de l'atelier, et dès le premier jour, elle s'est mêlée aux autres avec aisance. Elle se montrait souriante et semblait bien dans son corps, sans être pour autant désinhibée ou inadaptée dans le contact ou la relation aux autres. Il s'est avéré qu'elle avait pratiqué la danse de société et la salsa en cours par le passé, ce qui lui conférait une certaine habileté technique indéniable. Néanmoins, dès qu'elle repassait la porte de l'atelier (une fois celui-ci terminé), son attitude changeait. La

teneur des entretiens ne semblait pas se modifier, notamment concernant ses sensations corporelles ou ses relations aux autres.

Mme D. a bénéficié au total de 12 séances au sein de notre atelier de danse-thérapie. Son attitude, sa présentation et son comportement tant avec les thérapeutes menant l'atelier que les autres patients, sont restés strictement invariables durant ces 12 séances. Au sein de l'atelier, elle a toujours été une patiente très agréable et parfaitement adaptée. A contrario, Mme D. avait beaucoup changé en dehors de l'atelier. En effet, sa prise en charge était complexe et a nécessité beaucoup d'aménagements. Nous avons pu observer que Mme D. est passée d'une femme prostrée, fuyant le contact, et peu loquace à une femme désinhibée et adoptant un comportement sexuel inadapté au sein de notre structure avec un autre patient. Il semblait véritablement y avoir « le dedans » et « le dehors » de l'atelier.

3^{ème} partie :

DISCUSSION

Notre cas clinique n'a pas permis de faire la démonstration de l'efficacité de la danse-thérapie chez Mme D. Néanmoins, il prête à discussion diagnostique ce qui peut avoir impacté la prise en charge en danse-thérapie. En effet, nous pouvons envisager trois hypothèses diagnostiques : un TSPT différé, un trouble psychotique ou encore un TSPT différé avec éléments psychotiques.

En faveur du premier, nous retrouvons l'absence de tout symptôme tant psychiatrique que somatique (psychosomatique éventuellement), entre les événements traumatogènes et la naissance de son premier enfant qui se trouve être une fille. C'est à ce moment précis qu'apparaissent les cauchemars traumatiques, les reviviscences, l'hypervigilance et des troubles de la concentration. Or, dans son histoire, Mme D. a cherché de l'aide auprès de sa grand-mère maternelle et de sa mère qui se sont révélés être des tiers sécures défailants. Ceci pourrait avoir eu pour effet d'imprimer l'idée à l'enfant qu'elle était à l'époque, qu'il ne faut pas parler de cela et même que cela n'a pas existé, parce que ça ne peut pas avoir existé. Mais au moment de la naissance de sa fille, il ne lui était plus possible de maintenir ce mécanisme de déni. C'est ce que C. Duchet appelle « le retour du refoulé » (122). Par ailleurs, la déni même de la grand-mère et de la mère de Mme D. des traumatismes, peuvent expliquer que l'enfant ait elle-même recours à ce mécanisme de défense pour survivre à l'expérience traumatique (123)(57). Ceci explique que dans sa présentation clinique au moment de sa prise en charge, Mme D. insistait sur le fait qu'elle ne souhaitait plus en parler parce que « tout était réglé », ce qui ne nous semblait pas être le cas. Enfin, l'impossibilité de Mme D. à exprimer de la colère envers son père décédé ou sa mère, insistant sur le fait que celle-ci n'était au courant de rien, ce qui ne semblait pas cohérent avec les faits qu'elle nous avait révélés, mais totalement en accord avec le discours de sa mère, pouvait être

compris comme un trouble de la relation à l'agresseur, qu'on retrouve fréquemment chez les victimes d'inceste présentant un trauma complexe (57).

Néanmoins, il faut le reconnaître, certains arguments vont dans le sens de l'hypothèse d'une psychose. En effet, comme le souligne C. Duchet (122) il n'est pas si fréquent que la période de latence entre les événements traumatiques et l'apparition des tous premiers symptômes soient si longue. Par ailleurs, nous savons qu'elle a été hospitalisée en 2010 en Allemagne suite à une tentative de défenestration et dans un contexte semble-t-il d'épisode de dissociation pour lequel elle aurait été traitée par anti-psychotiques (Aripiprazole et Olanzapine). Même si nous n'avons pas pu obtenir de compte-rendu d'hospitalisation, le tableau clinique à l'époque était semble-t-il en faveur d'un trouble psychotique. Ensuite, en 2012, un nouvel épisode dissociatif l'a conduite à faire une intoxication médicamenteuse grave, nécessitant même un passage en réanimation. Puis des fugues dissociatives, l'amèneront à errer en ville, allant même jusqu'à Paris et c'est ainsi qu'elle sera finalement hospitalisée. Le traitement prescrit par sa psychiatre au CMP, comprenait d'ailleurs un anti-psychotique (Aripiprazole). Enfin, lors de l'hospitalisation, sa façon de commenter le texte de Barbara, « l'Aigle noir », disant qu'elle avait le sentiment que des gens qu'elle ne connaissait pas voulait la punir du mal qu'elle avait pu faire dans l'ensemble de sa vie, ainsi que le fait qu'elle répétait qu'on « lui avait volé ses facultés intellectuelles », pouvait être compris comme des idées délirantes.

La dernière hypothèse est que l'apparition des symptômes psychotraumatiques au moment même de la naissance de sa première fille, sans aucun signe auparavant, associés néanmoins à une certaine étrangeté (recours notamment à des pratiques chamaniques qualifiées de « thérapies »), et un test de Rorschach montrant « soit un état limite, soit une névrose post-traumatique » pourrait montrer un TSPT avec éléments psychotiques.

En tout état de cause, la présentation clinique complexe a été source de grandes difficultés de prise en charge, ayant nécessité des modifications de traitement concomitamment au travail en atelier de danse-thérapie. Or, Mme D. est restée strictement la même au cours des 12 séances en atelier alors même que son comportement changeait profondément hors atelier. Nous pouvons donc nous

demander si ce ne sont pas les modifications de traitement qui en sont l'explication, plutôt que la prise en charge en danse-thérapie. Aussi, il paraît difficile d'évaluer l'efficacité de la danse-thérapie lorsqu'elle est effectuée en même temps que d'autres thérapeutiques. Il aurait peut-être fallu effectuer cette prise en charge en danse-thérapie dans un second temps, par exemple en dehors de toute hospitalisation. De plus, si l'hypothèse diagnostique retenue était celle d'un TSPT, alors notre atelier tel qu'il était conçu pouvait lui apporter un bénéfice, en lui permettant un ancrage dans le temps présent. En revanche, si le diagnostic était celui d'un trouble psychotique plus particulièrement, alors notre atelier n'était pas indiqué puisqu'il s'adressait à des patients psychotiques stabilisés afin de lutter contre leur apragmatisme, et ce n'était pas le cas de Mme D. On voit donc toute l'importance du diagnostic sur la prise en charge en danse-thérapie.

Néanmoins, si notre expérience peut nous faire douter, rappelons que des études sur la danse-thérapie chez des psychotraumatisés dont une chez des victimes d'inceste, même si leurs méthodologies ne sont pas comparables, aboutissent toutes à la conclusion que la danse-thérapie paraît indiquée et bénéfique dans cette population particulière de patients (115)(116)(117)(119)(118)(114)(120)(121). Par ailleurs, c'est une pratique qui apparaît possiblement plus courante que le peu de publications sur le sujet ne le laisse penser. En effet, l'étude de la bibliographie de l'ADTA (124) nous montre plusieurs thèses non accessibles sur le sujet. Les danse-thérapeutes s'y intéressent donc mais un nombre extrêmement restreint a publié sur le sujet. Les travaux sus-cités retrouvaient que ce qui semblait déterminant était le travail en miroir, soit entre le danse-thérapeute et le patient, soit entre patients, sous forme de binôme, de trinôme ou en cercle. Il était montré que ce travail en miroir permettait au(x) patient(s) d'accepter de « toucher » le corps de l'autre et « d'être touché ». Il s'en suivait un travail permettant une réparation des limites du corps et du moi-peau souvent altéré, comme l'ont montré Condamine (25) et Montreuil et al. (44). Il en découlait une meilleure image corporelle, un gain d'estime de soi, de confiance en soi et une acceptation de l'autre, d'où une régression voire une disparition du

sentiment de honte de son corps et honte de soi. Enfin, de tout cela naissait des relations interpersonnelles de meilleures qualités.

Quelles hypothèses peut-on émettre, alors, pour expliquer ses observations cliniques ? Tout d'abord, nous connaissons maintenant l'existence des neurones miroirs. Ces neurones interviennent dans la reconnaissance des émotions sur le visage d'autrui, dans l'empathie, mais aussi dans la régulation de notre activité motrice (tonus et mouvement) en fonction de ce que nous percevons chez l'autre(125)(21). Aussi nous pouvons envisager que le travail justement « en miroir » en danse-thérapie, où l'un va mimer les mouvements de l'autre, va permettre de faire émerger des émotions qui ne lui étaient pas connues ou tout au moins, qui n'étaient pas dans son champ de conscience, grâce à l'activation de ces neurones miroirs, qui vont activer une machinerie cérébrale jusque-là inactive ou éteinte. Il est d'ailleurs admirable de constater que Rose Gaetner, qui ignorait tout des neurones miroirs à son époque, travaillait déjà « en miroir » dont elle avait noté l'efficacité (100). Ensuite dans l'étude de Sidun (41) les DAP des adolescents étudiés étaient volontiers privés de mains voire du corps tout entier, quand Condamin (25) remarque au test de Rorschach « une image corporelle éclatée avec surinvestissement de certaines parties au détriment d'autres, effraction voire disparition des limites du corps (avec le Moi-peau qui ne remplit plus sa fonction de barrière protectrice). » Aussi, il paraît logique que le travail du « toucher » et « être touché » permette de retrouver ces parties du corps manquantes et de restaurer les limites du corps. Le moi-peau retrouvant sa fonction de « barrière protectrice », l'individu peut se sentir plus en sécurité à l'intérieur de lui-même et avec les autres : il gagne en confiance en lui et les relations avec les autres peuvent s'améliorer. Nous en arrivons alors aux notions de dialogue tonique et de dialogue tonico-émotionnel, chères aux psychomotriciens (125)(126). En effet, lors d'un travail « en miroir » le tonus de l'un (en relation avec ses émotions) va être communiqué à l'autre en face de lui, qui va adapter son tonus en retour et vice-versa. C'est une forme de communication de corps à corps, non verbale, qui se fait même à notre insu, sauf quand le thérapeute choisi consciemment d'en tenir compte à des

fins thérapeutiques. Enfin, cette forme de communication non verbale est une option thérapeutique de choix pour les patients en difficulté pour verbaliser leur souffrance, leurs émotions, leurs éprouvés de quelques natures qu'ils soient (126)(118). On se souviendra d'ailleurs que Condamin (25) comme Montreuil et al. (44) ont noté chez certains psychotraumatisés une « constriction de la pensée » avec une impossibilité de verbalisation et une narration uniquement en termes factuels. De fait, le travail sur le corps va modifier le fonctionnement de leurs neurones miroirs, leur dialogue tonico-émotionnel ce qui pourra être repris en entretien et au fil du temps pourra donner lieu à une verbalisation d'éprouvés, de souvenirs, d'images jusque-là impossible à mettre en mots.

La question qui se pose maintenant, est celle du choix que nous avons fait des danses de société alors que dans les publications retrouvées, personne n'y a eu recours dans cette population particulière de patients. Les danses de société sont des danses en couple, composé d'un homme et d'une femme. Ce sont par exemple, la valse viennoise, le rock'n'roll ou le cha-cha-cha (97). Par essence même, pour que les deux danseurs puissent avancer ensemble dans la même direction, les pas du danseur et de la danseuse sont les mêmes mais en miroir. Si le danseur fait un pas à gauche, la danseuse fait le même à droite. Ils sont dans une nécessaire proximité pour que le danseur puisse communiquer à sa partenaire la direction et les figures qu'il souhaite et qu'en retour la danseuse puisse lui transmettre la façon dont elle les exprime. On retrouve là les ingrédients qui ont montré leur efficacité, à savoir le travail en miroir et le travail « toucher-être touché », qui permet de restaurer le moi-peau et les limites du corps. Cependant, les danses de société ont des caractéristiques qui leurs sont propres. En effet, on pourrait qualifier les danses de société de danses « sexuées » (127)(97). Mais loin d'être un inconvénient, c'est justement ce qui en fait tout l'avantage. En effet, la danseuse doit se montrer très féminine et le danseur très viril mais ni l'un ni l'autre ne doivent jamais manifester le moindre comportement déplacé et encore moins vulgaire. La bienséance est toujours de mise. Et c'est cela qui nous intéresse. En effet, quand une femme victime d'inceste présente une anorexie au point d'être en aménorrhée ou porte des

vêtements informels qui cachent ses courbes féminines, nous pouvons présumer qu'elle n'accepte pas sa féminité. Aussi, en travaillant avec elle une danse qui lui permet d'endosser le rôle d'une femme féminine prête à assumer sa féminité, nous lui permettons d'accepter qu'elle ait le droit d'être une femme. Or Lizion (74) qui a travaillé en médiation théâtre avec des traumatisés psychiques, avait conclu que cela permettait un gain de confiance en soi, d'estime de soi et une amélioration de la relation aux autres, ce qui est concordant avec les observations faites dans le travail en danse-thérapie avec les psychotraumatisés (mais qui avaient recours, à d'autres danses). Il en résulte que les danses de société auraient les mêmes avantages que la DMT par exemple, mais apporteraient en plus un travail sur l'acceptation de sa féminité ou sa virilité, qui paraît particulièrement pertinent chez cette population de patients. Enfin, adopter une posture très féminine ou très virile, implique d'adopter une posture de femme alpha ou de mâle alpha. En effet, en zoologie et par extension en psychologie de groupe chez l'humain, le mâle et la femelle les plus dominants sont qualifiés de mâle et femelle alpha. Viennent ensuite les mâles et femelles bêta, qui ont pour rôle de faire respecter les règles imposées par le mâle et la femelle alpha. Il n'y a généralement que quelques individus de type bêta dans un groupe. Puis, selon la hiérarchie, au rang d'en dessous, se retrouve les mâles et femelles oméga, qui sont les individus dominés. C'est par leur langage corporel que les animaux montrent leur statut de dominant (alpha) ou dominé (oméga). Or A. Cuddy (128)(129) a démontré que prendre une attitude de mâle ou femelle alpha de manière volontaire pendant quelques minutes par jour, permettait un gain de confiance en soi, d'estime de soi ; quant à l'inverse, prendre une attitude de mâle ou femelle oméga, diminue la confiance en soi et l'estime de soi. Les danses de société ont donc cet avantage sur les autres danses, qu'elles permettent de travailler des postures qui facilitent le gain de confiance en soi et d'estime de soi.

Enfin, il se peut que nous n'ayons pas observé de changement de comportement au sein de l'atelier de danse-thérapie chez Mme D. car celui-ci n'était pas adapté à sa problématique. Dans les études de Ho (119), Baraero-Sharma (121)(85) ainsi que Mills et Daniluk (120), il s'agissait à chaque fois de groupes

homogènes puisque composés uniquement de femmes ou filles victimes du même type de traumatismes. Or, comme nous l'avons expliqué, dans le cadre de notre atelier, il s'agissait d'un groupe ouvert au sein d'un service d'entrants de psychiatrie adulte à destination principalement de patients dépressifs, anxieux voire psychotiques stabilisés. Il n'était pas conçu pour prendre en charge spécifiquement des psychotraumatisés, notamment des victimes d'inceste. Cependant, ces patients ont des besoins bien spécifiques en termes de prise en charge, tant médicamenteuse que psychothérapeutique comme nous avons pu le voir (69). Il est donc très plausible que la forme de cet atelier n'ait pas été adaptée à une patiente comme Mme D. Par ailleurs, les études sur la danse-thérapie chez les psychotraumatisés montraient que certains paramètres, dont le rythme des séances, leur durée et leur nombre étaient très variables d'une étude à l'autre, et nécessitait sans doute d'être protocolisé. Il est donc à envisager que le rythme d'une séance par semaine de notre atelier, la durée d'une heure par séance, et le fait que Mme D. n'a pu bénéficier que de 12 séances, n'étaient pas suffisants.

Pour terminer, dans les protocoles d'études de Ho (119) et Baraéo-Sharma (121), des échelles d'évaluation ont été passés aux participantes soit avant et après (119) soit pendant et après (121) afin de déterminer l'efficacité de la danse-thérapie. Or, nous n'avons pas eu recours à de tels outils d'évaluation. En effet, Mme D. a bénéficié d'un test de Rorschach mais qui n'a pas été effectué dans le but d'apprécier son image corporelle mais l'éventualité de la présence d'un trouble psychotique. La passation s'est faite à une période où son histoire traumatique n'était pas connue. Nous pouvons nous demander alors, si, comme C. Condamine (45) le rapporte, le Rorschach n'a pas permis de « faire ressurgir la mémoire corporelle » et d'amener « à la remémoration spontanée (ou sollicitée) des faits » qui a alors pu être possible pendant sa deuxième hospitalisation (où la danse-thérapie a été mise en place). Pour autant, il est vrai qu'aucun test d'évaluation de l'image corporelle (psychométrique ou projectif) ou du TSPT n'a été utilisé. Au moment de la prise en charge de Mme D. par notre service, ces tests ne nous étaient pas connus et il n'était pas possible de les lui faire passer a posteriori. En effet, d'une

part évaluer l'image corporelle ou le TSPT après une prise en charge hospitalière pour cela perd de son intérêt, d'autre part, environ un an après l'hospitalisation, Mme D. est repartie en Allemagne. Nous avons appris par la suite par sa mère qu'elle était décédée peu de temps après d'une intoxication médicamenteuse dont sa mère ne savait si elle était accidentelle ou volontaire. En conséquence, nous devons reconnaître que nous n'avons pas mis en place un protocole d'évaluation qui nous aurait permis de quantifier véritablement l'effet de la danse-thérapie sur notre patiente.

En conclusion, si le cas clinique présenté ici ne semble pas suffisamment pertinent pour conclure sur les bénéfices éventuels de la danse-thérapie chez les adultes victimes d'inceste dans leur enfance, des indices théoriques et étayés par quelques études laissent penser malgré tout que cet outil thérapeutique pourrait s'avérer d'un grand intérêt pour cette population spécifique de patients. Aussi, des études avec un protocole bien précis semblent nécessaires.

CONCLUSION

L'idée de cette thèse est née de l'observation de patients d'un service de psychiatrie spécialisé en psychotraumatologie où la plupart avaient été victime d'inceste.

Il m'a donc fallu commencer par découvrir la psychotraumatologie et la spécificité des patients victimes d'inceste. L'histoire de cette spécialité est très ancienne et remonte à l'antiquité où déjà certains observateurs avaient remarqués que des soldats présentaient des rêves agités où ils pouvaient mimer des combats. Ce n'est que des siècles plus tard qu'il fut compris que des civils pouvaient présenter les mêmes symptômes que des soldats et que la notion de traumatisme psychique puis d'état de stress post-traumatique et enfin de trouble de stress post-traumatique et de trouble de stress aigu, firent leur apparition dans les manuels et les classifications internationales. Des études épidémiologiques ont montré l'importance de ces troubles sur le plan de la santé publique au regard du nombre d'individus touchés et plus encore, au regard des troubles comorbides qui les affectent. En conséquence, la prise en charge de ces patients doit être rigoureuse et polyfactorielle : médicamenteuse et psychothérapeutique.

L'hypothèse de ce travail a été que la danse pouvait être un outil thérapeutique intéressant chez ces patients ; il a donc fallu découvrir la danse-thérapie. Cette dernière est née dans les années 1940, aux USA, de la convergence de la danse alors en pleine mutation et d'une discipline nouvelle, la psychanalyse. C'est une discipline encore très jeune et malheureusement peu connue en France.

Peu d'études ont été faites sur l'emploi de la danse-thérapie chez des sujets psychotraumatisés plus encore chez des victimes d'inceste. Néanmoins, l'histoire

même de la danse-thérapie et les conclusions des quelques études parues sur le sujet, ainsi que les supports théoriques nous laissent entrevoir que cet outil pourrait être très efficace.

Le cas clinique que nous avons présenté ici, ne permet malheureusement pas d'en faire la démonstration. En effet, la présentation clinique complexe de cette patiente nous fait penser qu'il aurait peut-être été préférable de choisir un(e) patient(e) dont le diagnostic était plus caractérisé. Cependant, au moment précis où cet atelier a existé (moins de 6 mois), seule cette patiente a été hospitalisée dans notre unité avec un antécédent d'inceste dans son enfance. Par ailleurs, notre atelier n'était pas destiné spécifiquement à ce type de patients, ce qui n'était probablement pas pertinent à posteriori. Enfin, il se peut que d'autres facteurs comme la courte durée de prise en charge en atelier de danse-thérapie ou l'adaptation des traitements médicamenteux en cours de prise en charge en danse-thérapie ne nous ait pas permis d'évaluer correctement l'efficacité de cette technique chez notre patiente.

Pour autant, il nous apparaît que cette technique ne devrait pas être abandonnée eu égard aux bénéfices potentiels qu'elle pourrait apporter. En revanche, il paraît nécessaire de faire des études avec des protocoles standardisés pour éprouver cette méthode.

BIBLIOGRAPHIE

1. Jehel L, Lopez G. Psychotraumatologie: évaluation, clinique, traitement. Paris: Dunod; 2006.
2. Hérodote : livre VI : Erato (bilingue) [Internet] - Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/historiens/herodote/erato.htm>
3. Keaveney A, Bartley A. The Case of Epizelos (Herodotus 6.117) Revisited. *Giornale Italiano di Filologia*. janv 2014;66:9-26.
4. Hippocrate. Volume VI. In: Œuvres complètes. J.B Bailliere; 1849, 671p. [Internet] - Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=livre&cote=34859x06>
5. Hippocrate. Volume VII. In: Œuvres Complètes. J.B. Ballière; 1851, 675p. [Internet] - Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?do=livre&cote=34859x07>
6. Desgenettes R-ND. Histoire médicale de l'armée d'Orient, par le médecin en chef R. Desgenettes. 1802. [Internet] - Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6149251b>
7. Caron P. Journal des campagnes du baron Percy, chirurgien en chef de la Grande Armée. *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*. 1904;6(1):47-50.
8. Kédia M, Sabouraud-Séguin A. L'aide-mémoire de psychotraumatologie. Paris: Dunod; 2013.
9. Da Costa JM. Art. I. On Irritable Heart; a Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and its Consequences: *The American Journal of the Medical Sciences*. janv 1871;121(1):2-52.
10. Charcot J-M. Leçons du mardi à la Salpêtrière, professeur Charcot : notes de cours de MM. Blin, Charcot et H. Colin ; [avec une préface de J. Babinski]. 1892. [Internet] - Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55646784>

11. Pierre Janet : L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. [Internet] - Disponible sur: <http://lecturepsy.free.fr/psy/spip.php?article24>
12. Heim G, Bühler K. Les idées fixes et la psychologie de l'action de Pierre Janet. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2003;161(8):579-86.
13. Freud, Breuer et la Méthode dite « Cathartique ». [Internet] - Disponible sur: <http://psychanalyste-paris.com/Freud-Breuer-et-la-Methode-dite.html>
14. Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Paris: Payot & Rivages; 2004. (Petite Bibliothèque Payot).
15. Clervoy P. Les surprises psychiatriques de la Grande Guerre. *Médecine des armées*. 2015;44(1):69-74.
16. Crocq L. La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. avr 2005;163(3-4):269-89.
17. Crocq L. La culpabilité du soldat occidental. *Revue des deux mondes*, mars 2011;129-148
18. Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding M-C, American Psychiatric Publishing. DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2013
19. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*. janv 1991;148(1):10-20.
20. Daligand L. Le psychotrauma de l'enfant. *Stress et Trauma*. 2009;9(4):224-7.
21. Lejeune A, Delage M. La mémoire sans souvenir. Odile Jacob; 2017.
22. Slade PD. What is body image? *Behaviour research and therapy*. 1994;32(5):497-502.
23. Pierre Delion. Le corps retrouvé le tabou du corps en psychiatrie. Journées de la Société de l'Info Psy; 2008; Lille. [Internet] - Disponible sur: <https://paradoxa1856.wordpress.com/2010/11/11/le-corps-retrouve-pierre-delion-par-j-l-vannier/>
24. Sudres J-L. L'examen du corps par la clinique et les outils d'évaluation

en psychiatrie infanto-juvénile : un synopsis. 28 févr 2008;14(4):175-87.

25. Condamin C. Corps démembré, corps supplicié, corps massacré: Le Rorschach chez les enfants et adolescents victimes d'agression. *Champ psy.* 2006;41(1):129.

26. Brown TA, Cash TF, Mikulka PJ. Attitudinal Body-Image Assessment: Factor Analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment.* sept 1990;55(1-2):135-44.

27. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Cousson-Gélie F, Gilliard J, Quintard B. The body-image questionnaire: an extension. *Percept Mot Skills.* févr 2002;94(1):189-96.

28. Fisher S. *Body experience in fantasy and behavior.* New York: Appleton-Century-Crofts; 1970. 690 p. (Century psychology series).

29. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology.* 1953;17(5):343-7.

30. Lawrence JW, Heinberg LJ, Roca R, Munster A, Spence R, Fauerbach JA. Satisfaction With Appearance Scale. American Psychological Association; 2011. [Internet] - Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t01054-000>

31. Stunkard AJ, Sørensen T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis.* 1983;60:115-20.

32. Rousseau A, Knotter R-M, Barbe R-M, Raich R-M, Chabrol H. Étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire. *L'Encéphale.* avr 2005;31:162-73.

33. Slade PD, Dewey ME, Newton T, Brodie D, Kiemle G. Development and preliminary validation of the body satisfaction scale (BSS). *Psychology & Health.* juillet 1990;4(3):213-20.

34. Merz EL, Kwakkenbos L, Carrier M-E, Gholizadeh S, Mills SD, Fox RS, et al. Factor structure and convergent validity of the Derriford Appearance Scale-24 using standard scoring versus treating 'not applicable' responses as missing data: a Scleroderma Patient-centered Intervention Network (SPIN) cohort study. *BMJ.* mars 2018;8(3)

35. Jourard SM. An Exploratory Study of Body-Accessibility¹. *British*

Journal of Social and Clinical Psychology. sept 1966;5(3):221-31.

36. Cash TF, Labarge AS. Development of the Appearance Schemas Inventory: A new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*. févr 1996;20:37-50.

37. Schaefer LM, Burke NL, Thompson JK, Dedrick RF, Heinberg LJ, Calogero RM, et al. Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4). *Psychological Assessment*. mars 2015;27(1):54-67.

38. Strauss B, Richter-Appelt H. Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. 1996;34. [Internet] - Disponible sur: <https://www.testzentrale.de/shop/fragebogen-zur-beurteilung-des-eigenen-koerpers.html>

39. Bruchon-Schweitzer M. Une psychologie du corps. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 1990. 324 p. (Psychologie d'aujourd'hui).

40. Pasquasy R, Goodenough F. Le test du dessin d'un bonhomme de Fl. Goodenough : manuel d'interprétation. Bruxelles: Editest; 1967. 31 p.

41. Sidun NM, Rosenthal RH. Graphic indicators of sexual abuse in draw-a-person tests of psychiatrically hospitalized adolescents. *The Arts in Psychotherapy*. mars 1987;14(1):25-33.

42. Stern E. Le test de Karen Machover. *European Neurology*. 1955;129(5):385-410.

43. Coutanceau R, Smith J, éditeurs. Violence et famille: comprendre pour prévenir. Paris: Dunod; 2011. 434 p. (Psychothérapies. Pathologies).

44. Montreuil M, Dubus C, Castelain B, Elipot F. Inceste et maltraitance : étude comparative au Rorschach. *Psychologie clinique et projective*. 1996;2(1):31-47.

45. Condamin C. Trauma, résilience et mémoire du corps. À propos d'un cas d'enfant sexuellement maltraité, approche projective et théorico-clinique. *Bulletin de psychologie*. 2009;503(5):457.

46. Schaaf KK, McCanne TR. Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders. *Child Abuse & Neglect*. 1994;18(8):607-615.

47. Dyer A, Borgmann E, Feldmann RE, Kleindienst N, Priebe K, Bohus

M, et al. Body image disturbance in patients with borderline personality disorder: Impact of eating disorders and perceived childhood sexual abuse. *Body Image*. mars 2013;10(2):220-5.

48. Preti A, Incani E, Camboni MV, Petretto DR, Masala C. Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive Psychiatry*. nov 2006;47(6):475-81.

49. Dyer A, Borgmann E, Kleindienst N, Feldmann RE, Vocks S, Bohus M. Body Image in Patients with Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse and Co-Occurring Eating Disorder. *Psychopathology*. 2013;46(3):186-91.

50. Byram V, Wagner HL, Waller G. Sexual abuse and body image distortion. *Child abuse & neglect*. 1995;19(4):507–510.

51. Simonds SL. Sexual abuse and body image: Approaches and implications for treatment. *The Arts in psychotherapy*. 1992;19(4):289–293.

52. Caroline Latapy. Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves. Haute Autorité de Santé; juin 2007, 36p. [Internet] - Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

53. G. Vaiva, L. Jehel, O. Cottencin, F. Ducrocq, C. Duchet, C. Omnes, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'encéphale*. 12 janv 2008;34(6):577-83.

54. Jehel L, Evans M, Sigward J-L, Debien C. Faire face au traumatisme du patient, quel impact pour les médecins ? *European Psychiatry*. nov 2013;28(8):76.

55. Ferreri F, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri M. Psychotraumatismes majeurs : état de stress aigu et états de stress post-traumatique. *EMC - Psychiatrie*. janv 2011;8(1):1-16.

56. Laure Salmona. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. mars 2015, 368p. [Internet] - Disponible sur: http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/doc_violences_sex/Rapport-enquete-AMTV_mars-2015_BD.pdf

57. Aubry I, Lopez G. L'inceste: 36 questions-réponses incontournables. Malakoff (Hauts-de-Seine): Dunod; 2017.

58. Premiers résultats de l'enquête Virage - Des données pour agir contre

les violences faites aux femmes. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. [Internet] - Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/cid109715/premiers-resultats-de-l-enquete-virage-des-donnees-pour-agir-contre-les-violences-faites-aux-femmes.html>

59. Becker JV, Hunter JA. Understanding and Treating Child and Adolescent Sexual Offenders. In: Ollendick TH, Prinz RJ, éditeurs. *Advances in Clinical Child Psychology*. Boston, MA: Springer US; 1997;177-97.

60. AIVI. État des lieux de la situation des personnes victimes d'inceste : vécu, état de santé et impact sur la vie quotidienne. 2010 mai, 20p. [Internet] - Disponible sur: http://aivi.org/jdownloads/Etudes%20sondages/aivi_-_linceste_mai_2010.pdf

61. Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*. 10 janv 2002;346:108-14.

62. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1 déc 1995;52(12):1048.

63. Breslau N. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In: *Psychological trauma*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1998; 1-29. (Review of psychiatry series).

64. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators*, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. juin 2004;109(s420):21-7.

65. Lopez G. Traiter les psychotraumatismes - clinique et conséquences psychologiques du trauma - fondements, indications et mise en œuvre des traitements - outils d'aide à la pratique. Paris: Dunod; 2016.

66. Rapport HAS 2007 - Troubles anxieux [Internet] - Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

67. Cottencin O. Les traitements du psychotraumatisme. *Stress et Trauma*. 2009;9(4):241-4.

68. Commission de transparence HAS Paroxétine [Internet] - Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct032652.pdf>

69. Commission de transparence HAS Sertraline [Internet] - Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-7400_ZOLOFT_PIC_avis1_CT7400.pdf
70. Foa EB, éditeur. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2009. 658 p.
71. Phillips M, Frederick C. Psychothérapie des états dissociatifs: guérir le moi divisé : hypnose éricksonienne et clinique pour les états post-traumatiques et dissociatifs. Bruxelles: Satas; 2001. (Le Germe).
72. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*. avr 1989;2(2):199-223.
73. Klein J-P. L'art-thérapie. PUF. Paris: Presses universitaires de France; 2012. 127 p. (Que sais-je?; vol. 3137).
74. Lizion F. Une expérience d'art-thérapie à dominante théâtre auprès de personnes victimes de traumatismes psychiques. Tours; 2011 [Mémoire de diplôme universitaire d'art-thérapie]
75. GISTI - Code pénal : agressions sexuelles (art. 222-22 à 222-33-1) Livre III - Titre II Atteintes à la personne humaine Section 3 : Des agressions sexuelles [Internet] - Disponible sur: <http://www.gisti.org/spip.php?article2398>
76. Infraction sexuelle sur mineur : viol, agression, contact via internet | Justice.fr [Internet] - Disponible sur: <http://www.justice.fr/fiche/infraction-sexuelle-mineur%C2%A0-viol-agression-contact-via-internet-2>
77. Denis Salas. L'inceste, un crime générationnel. *Melampous*. déc 1996;(7):109-16.
78. Historique de la pénalisation de l'inceste - Le Combat d'AIVI [Internet] - Disponible sur: <https://aivi.org/nos-actions/penalisation-de-linceste/notre-combat.html>
79. Proposition de loi visant à identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et à améliorer l'accompagnement médical et social des victimes [Internet] - Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/108-465/108-465_mono.html

80. Le retour... de l'inceste | Le Petit Juriste [Internet] - Disponible sur: <https://www.lepetitjuriste.fr/droit-penal/retour-de-linceste/>

81. Une proposition de loi pour renforcer la protection de l'enfant - Sénat [Internet] - Disponible sur: https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201412/une_proposition_de_loi_pour_renforcer_la_protection_de_lenfant.html

82. Loi de 2011 - Article 222-31-1 | Code Pénal [Internet] - Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2AF468D33BC3F39333102502CCDD6C5F.tpdila18v_1?idArticle=LEGIARTI000021796952&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=20110916

83. Loi de 2016 - Article 222-31-1 | Code Pénal [Internet] - Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2AF468D33BC3F39333102502CCDD6C5F.tpdila18v_1?idArticle=LEGIARTI000032207654&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=

84. Loi de 2016 - Article 222-31-2 | Code Pénal [Internet] - Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=2AF468D33BC3F39333102502CCDD6C5F.tpdila18v_1?idArticle=LEGIARTI000032207666&cidTexte=LEGITEXT000006070719&categorieLien=id&dateTexte=

85. Le Sénat. La répression de l'inceste. Sénat. [Internet] - Disponible sur: <http://www.senat.fr/lc/lc102/lc1020.html>

86. Réforme de la prescription pénale, allongement des délais de prescription et traitement particulier des infractions occultes et dissimulées. Par Cécile Ride, Avocat. [Internet] - Disponible sur: <https://www.village-justice.com/articles/Reforme-prescription-penale-allongement-des-delais-prescription-traitement,24560.html>

87. Loi n° 2017-242 du 27 février 2017 portant réforme de la prescription en matière pénale - Article 1. 2017-242, 27 fév, 2017.

88. Violences sexuelles [Internet] - Disponible sur: <https://stop-violences-femmes.gouv.fr/violences-sexuelles-312.html>

89. Loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes. 2018-703 3 août, 2018.
90. Christian Dubar. Danse & Transe. Dansons magazine. janv 1995;(18):45.
91. Lenoir F. Petit traité d'histoire des religions. Paris: Points; 2014. (Points Essai).
92. Pourtau L. Le risque comme adjuvant, l'exemple des raves parties. Sociétés. 2002;77(3):69.
93. Cabassut J, Vives J-M. Toxico-Manie et mélo-manie du raveur : Une approche psychanalytique du phénomène de la rave et de la musique techno. Champ psychosomatique. 1 déc 2008;(48):93-107.
94. Volery I. La rave-party au miroir d'une sociologie du sujet: Un essai d'analyse. Empan. 2002;48(4):57.
95. Michaux D, Halfon Y, Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Paris: Maloine; 2007.
96. Christian Dubar. La communication dans le couple dansant. Dansons magazine. juillet 1993;(12):32.
97. Joannis-Deberne H. Danser en société: bals et danses d'hier et d'aujourd'hui. Paris: Bonneton; 1999. 223 p. (Des Français ensemble).
98. Suquet A. L'éveil des modernités: une histoire culturelle de la danse (1870-1945). Pantin: Centre national de la danse; 2012. 959 p. (Histoires).
99. Nganou Tchatié A. Danse-thérapie et traumatisme psychique: restauration narcissique et réappropriation de soi, chez la femme présentant des troubles post-traumatiques, à travers la pratique de la danse [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2007.
100. Vaysse J. La danse-thérapie histoire, techniques, théories. Nouvelle édition augmentée. Paris: l'Harmattan; 2006.
101. Lesage B. La danse dans le processus thérapeutique: fondements, outils et clinique en danse-thérapie. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2006.
102. Anzieu D. Le moi-peau. Nouvelle édition revue et augmentée. Paris: Dunod; 2011. 291 p. (Psychismes).

103. Brunet D. Le caractère selon Reich. 2006;11. [Internet] - Disponible sur: http://www.l-ame.fr/textes/le_caractere.pdf
104. Mormin G, Viguier R. Adler et l'adlérisme. Paris: PUF; 1991.
105. Dubois A-M. Art-thérapie et addictions, l'exemple des troubles du comportement alimentaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. sept 2010;168(7):538-41.
106. Anzules C, Muller-Pinget S, Golay A. L'art thérapie : l'expression de soi autrement. *Rev Med Suisse*. 2012;(8):239-41.
107. Garnier S, Cazau A, Joffroy S, Sanguignol F, Mauriège P. Une étude-pilote montrant les bénéfices de la danse-thérapie sur les comportements alimentaires et l'estime de soi de femmes obèses. *Science & Sports*. fév 2014;29(1):1-9.
108. Bleton J-P. Maladie de Parkinson : rééducation par la musique et la danse. *KS (Kinsésithérapie Scientifique)*. 10 nov 2011;(517):47-8.
109. Sharp K, Hewitt J. Dance as an intervention for people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. nov 2014;47:445-56.
110. Lelièvre A, Tuchowski F, Rolland Y. La danse, une thérapie pour la personne âgée. *Revue de la littérature. Les cahiers de l'année gérontologique*. déc 2015;7(4):177-87.
111. Lee H-J, Jang S-H, Lee S-Y, Hwang K-S. Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy*. sept 2015;45:64-8.
112. Mala A, Karkou V, Meekums B. Dance/Movement Therapy (D/MT) for depression: A scoping review. *The Arts in Psychotherapy*. sept 2012;39(4):287-95.
113. Mille C, Barthe E, Bon Saint Come M, Delhaye M. Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. août 2015;63(5):332-40.
114. Meekums B. A creative model for recovery from child sexual abuse trauma. *The Arts in Psychotherapy*;26(4):247-59.
115. Ambra LN. Approaches used in dance/movement therapy with adult

women incest survivors. *American Journal of Dance Therapy*. mars 1995;17(1):15-24.

116. Zvika F. Dance and Expressive Movement Therapy: An Effective Treatment for a Sexually Abused Man. *American Journal of Dance Therapy*. mars 1997;19(1):45-61.

117. Vaysse J, Boinon D. Spécificité et efficacité d'une psychothérapie médiatisée : de l'organisation de l'espace à l'espace psychique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2003;161(10):766-73.

118. Martinec R. Dance Movement Therapy in the Wider Concept of Trauma Rehabilitation. *J Trauma Rehabil*;1(1). [Internet] - Disponible sur: https://www.scitechnol.com/peer-review/dance-movement-therapy-in-the-wider-concept-of-trauma-rehabilitation-gmCh.php?article_id=7765

119. Ho RTH. A place and space to survive: A dance/movement therapy program for childhood sexual abuse survivors. *The Arts in Psychotherapy*. nov 2015;46:9-16.

120. Letty J. Mills, Judith C. Daniluk. Her Body Speaks: The Experience of Dance Therapy for Women Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Counseling & Development*. janv 2002;80(1):77-85.

121. Baraero-Sharma DK. Dancing the Demons Away: Dance/Movement Therapy as a Tool in Counseling Sexually Abused Children in the Philippines. *DTAA Quarterly*. 2006;5(2).

122. Duchet C. Névrose traumatique ou névrose traumatisée ? A propos d'une ancienne résistante de la seconde guerre mondiale. *Le Carnet PSY*. 1 sept 2011;(155):52-7.

123. Coutanceau R, Damiani C, Lacambre M. Victimes et auteurs de violence sexuelle. Malakoff: Dunod; 2016.

124. Bibliographie de l'ADTA [Internet] - Disponible sur: <https://adta.wildapricot.org/Resources/Documents/Trauma%20bib.pdf>

125. Pireyre ÉW. Clinique de l'image du corps : du vécu au concept. 2ème édition. Paris: Dunod; 2015. (Psychothérapies).

126. Jaquet C, Neveu P, Pireyre EW, Sainte Maréville F de, Scialom P, Golse B. Les liens corps esprit perspectives croisées à partir de cas cliniques. Paris :

Dunod; 2014.

127. Huesca R. Danser à Paris dans l'entre-deux-guerres. Recherches en danse. 7 avr 2014. [Internet] - Disponible sur: <http://danse.revues.org/702>

128. Cuddy AJC, Glick P, Beninger A. The dynamics of warmth and competence judgments, and their outcomes in organizations. *Research in Organizational Behavior*. 1 janv 2011;31(Supplement C):73-98.

129. Crockett MJ, Cuddy A. Editorial overview: Social behavior. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 1 juin 2015;3(Supplement C):V-VII.

ANNEXES

Liste non exhaustive de centres de formation en France :

- Danse Rythme Lien Social et Thérapie
7 rue Daguerre
75014 Paris
<http://www.gesterythme.com>
- Free Dance Song
106 rue des Maraichers
75020 Paris
<http://www.freedancesong.com>
- I.R.P.E.C.O.R : Itinéraire et Recherche Pour l'Édification CORporelle
5 rue de la côte du Moulin
25370 Jougne
<http://www.irpecor.com>
- ARTEC
71 boulevard de Brandebourg
94200 Ivry-Sur-Seine
<https://www.artec-formation.fr/mediateurs-et-creativite/danse-therapie-corps-et-danse.html>

- PROFAC
19 Avenue La Fayette
13200 Arles
https://www.artherapie.com/Danse-therapie-Grenoble_a1234.html
https://www.artherapie.com/Danse-therapie-La-Garde_a1240.html

- SFDT : Société française de danse-thérapie
106 rue des Maraîchers
75020 Paris
<http://sfdt.fr>

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs »

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : GALLET Sophie

TITRE DE LA THESE : Intérêt de la danse-thérapie chez les adultes victimes d'inceste dans leur enfance

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS : Depuis l'antiquité, certains auteurs se sont intéressés à la clinique du psychotraumatisme. De nos jours, différentes classifications (DSM IV, DSM V et CIM 10) définissent le traumatisme psychique et la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique (ESPT) ou trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ainsi, un traumatisme peut être grossièrement défini comme un événement brutal qui confronte le sujet à la réalité de sa propre mort ou à la perte de son intégrité physique. Le TSPT est diagnostiqué à partir de quatre points : le syndrome de répétition, le syndrome d'évitement, l'activation neuro-végétative et l'altération négative des cognitions et de l'humeur ; le tout depuis au moins un mois. Le TSPT est un enjeu de santé publique. En effet, une enquête de l'AIVI en 2015 a révélé que 22% des répondants se déclarait victime d'inceste. La prise en charge de ces patients est double : médicamenteuse et psychothérapeutique. C'est dans ce cadre que la danse-thérapie peut intervenir. Elle est née dans les années 1940 de la confluence de la danse moderne et de la psychanalyse, mais dans son essence toutes les danses peuvent être employées.

A partir d'un cas clinique, nous avons tenté de démontrer l'intérêt de la danse-thérapie chez les adultes victimes d'inceste dans leur enfance. Malheureusement, ce ne fût pas concluant, malgré des études et des supports théoriques tendant à prouver les bénéfices de cet outil. Aussi nous pensons qu'il ne faut pas remettre en question cette méthode, mais que des études avec un protocole rigoureux sont nécessaires.

MOTS CLES : danse-thérapie, inceste, adultes, trouble de stress post-traumatique

THESIS TITLE: Interest of dance-therapy use in adult victims of childhood incest

THESIS SUMMARY: Ever since antiquity, a number of authors have been interested in the clinical presentation of psychotraumatism. Nowadays, various classifications (DSM IV, DSM V and CIM 10) define psychic traumatism and symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD). A traumatism can be crudely defined as a brutal event during which the subject is confronted with the reality of one's own death or that of loss of one's physical integrity. PTSD is diagnosed using four criteria: recurrence syndrome, avoidance syndrome, neurovegetative activation as well as detrimental changes of cognition and humor, all within at least one month following trauma onset. PTSD is a public health issue, as demonstrated by the 2015 inquiry of AIVI (« Association Internationale des Victimes de l'Inceste » or « International Association of Incest Victims »), which revealed that 22% of respondents had declared themselves as victims of incest. Clinical management of such patients comprises of both, medicinal and psychotherapeutic treatments, such as dance-therapy. It was born in the 1940s, out of the confluence of modern dance and psychoanalysis, although, in essence, all dance types can be used.

Using a unique case-study, we attempted to demonstrate the interest of using dance-therapy in adults, formerly victims of incest during their childhood. Unfortunately, our results did not allow for a decisive conclusion, in spite of studies and theoretical support tending to prove the benefits of this type of therapy. It is our view, then, that it is not necessary to question this method, but rather, to evaluate it using studies with a more rigorous protocol.

KEYWORDS: dance-therapy, incest, adult, post-traumatic stress disorder