



Psychothérapie psychocorporelle dans la prise en charge des symptômes de stress post-traumatique : présentation et évaluation d'un protocole d'ateliers thérapeutiques d'escrime chez des femmes victimes de violences sexuelles

Paul Busser

► To cite this version:

Paul Busser. Psychothérapie psychocorporelle dans la prise en charge des symptômes de stress post-traumatique : présentation et évaluation d'un protocole d'ateliers thérapeutiques d'escrime chez des femmes victimes de violences sexuelles. Médecine humaine et pathologie. 2022. <dumas-03970211>

HAL Id: dumas-03970211

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03970211v1>

Submitted on 2 Feb 2023

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.



HAL Authorization

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2021/2022

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 4 avril 2022

Par

Mr Paul Busser

Né le 15 juillet 1992 à Château-Gontier (Mayenne)

TITRE DE LA THÈSE :

Psychothérapie psychocorporelle dans la prise en charge des symptômes de stress post-traumatique : Présentation et évaluation d'un protocole d'ateliers thérapeutiques d'escrime
chez des femmes victimes de violences sexuelles

Président : Monsieur le Professeur Thanh-Huy Eric BUI

Membres : Madame le Docteur Hélène CHAUVEL

Madame le Docteur Gaëlle ARC

Directeur de thèse : Pr Thanh-Huy Eric BUI

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (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.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
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
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-Huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes

M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
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 et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie

M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
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
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses et tropicales
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales

M. QUEFFEULOU Guillaume

Néphrologie

Mme VILLOT Anne

Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme LELEU Solveig

Anglais

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M. DERLON Jean-Michel

Neurochirurgie

M. GUILLOIS Bernard

Pédiatrie

M. HURALT de LIGNY Bruno

Néphrologie

Mme KOTTLER Marie-Laure

Biochimie et biologie moléculaire

M. LE COUTOUR Xavier

Epidémiologie, économie de la santé
et prévention

M. LEPORRIER Michel

Hématologie

M. RAVASSE Philippe

Chirurgie infantile

M. TROUSSARD Xavier

Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

Mme BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BROSSIER David	Pédiatrie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme KRIEGER Sophie	Pharmacie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M. LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale

M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ARMAND Audrey	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme	SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle Pharmacologie fondamentale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Thanh-Huy Eric BUI, merci de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et d'en avoir été le directeur. Je souhaite vous témoigner toute ma considération et mon respect. Je vous remercie également pour la confiance et la précieuse aide que vous m'avez accordées tout au long de ce travail passionnant.

A Madame le Docteur Gaëlle Arc, je suis honoré que tu aies accepté de juger mon travail. Lors de mon stage au SMPR, j'ai beaucoup apprécié ta bienveillance et ta pédagogie. Tu as renforcé mon intérêt pour le sujet des violences sexuelles lors des séminaires que tu as animés. Je te prie d'accepter mes plus chaleureux remerciements.

A Madame le Docteur Hélène Chauvel, je te remercie de m'accorder de ton temps et de me faire l'honneur de juger mon travail.

A Madame le Docteur Violaine Guérin, je suis admiratif de tes travaux et des applications pratiques qui en résultent. Je te remercie pour ton accueil chaleureux et pour m'avoir formé au dispositif. Je te suis reconnaissant de m'avoir ensuite accordé ta confiance et ton soutien pour entreprendre ce travail sur les ateliers.

A Madame Véronique Coutance ainsi qu'à tous les thérapeutes et maîtres d'armes des ateliers, merci pour votre gentillesse et votre soutien. Ce travail n'aurait pas pu voir le jour sans eux.

Aux participantes des ateliers d'Hérouville, pour leur engagement dans le protocole et la confiance qu'elles m'ont accordée.

Merci aux praticiens qui m'ont accompagné au début de mon internat, Dr Vandavelde, Dr Belleguic, Dr Le Monnier De Gouville. Vous m'avez encouragé et enseigné des bases solides. Je vous suis reconnaissant pour la générosité dont vous avez fait preuve à mon égard.

Merci à tous les praticiens des services de Bayeux, du Centre Esquirol, du SMPR, de la Fondation du Bon Sauveur de Saint Lô et du CRA de Caen pour le rôle que vous avez joué dans ma formation.

Merci à toute l'équipe du CHU de Saint Pierre avec qui j'ai eu le bonheur de travailler pendant 6 mois et qui m'a accueilli chaleureusement. Dr Blum, Dr Gosselin, Dr Duplantier, Dr Sy, je garderai un souvenir impérissable de ce semestre. Merci zot tout !

Merci aux équipes des services Jean-Baptiste Pussin et de l'AMP à la fondation du Bon Sauveur de Saint-Lô pour toute la gentillesse que vous m'avez témoignée. C'est toujours un immense plaisir de travailler à vos côtés.

Merci à tous mes co-internes de Normandie et de La Réunion, merci pour ces belles rencontres, les bons moments passés et ceux à venir. Merci Léa, Charles, Lucie, Alexandre, Enrico, Ali Babus, Farkisha, Paul, Audaline, Cyril, Arnaud, Méderick, Marie, Raphael, Jessica, Nicolas... et tous ceux qui se reconnaîtront et que je n'ai pas cités.

A mes parents, pour m'avoir transmis une éducation et des valeurs dont je suis fier. Vous avez toujours été là pour moi, y compris dans les moments difficiles. Tout au long de ce parcours et malgré la distance, je sais que je peux compter sur vous.

A ma grande sœur et mon grand frère, Marion et Philippe qui ont toujours pris soin de moi et que j'ai toujours admirés. Merci pour tout votre amour.

A mes neveux, qui grandissent à toute vitesse et qui m'apportent beaucoup de joie.

A Mamie et Papi cocotte, pour tout l'amour que vous nous avez transmis.

A Mamie de Pau, qui j'en suis sûr, aurait été fière de moi.

A tonton Richard, tu as toujours été aux petits soins pour moi.

A Isabelle et Philippe, pour votre soutien très fort. Je vous remercie infiniment pour toute votre affection et tout ce que vous avez fait pour moi.

A mes amis, qui ont une place très chère dans mon cœur. Ces liens forts m'ont permis d'être là où j'en suis aujourd'hui. Pour n'en citer que quelques-uns, Pierre, Kiki, Arthur, Tipss, Olivier, Poupou, Matthieu, Ben...

A Tangerine Dream pour leur accompagnement lors des longues sessions de travail.

A Tom et Naco pour leur soutien infailible.

A mon amour, Camille, qui m'a soutenu pendant tout ce travail et je sais que cela n'a pas été de tout repos. Pour toutes tes attentions, ta patience et ta tendresse, je te remercie infiniment.

Abréviations

APA : American Psychological Association

BEP : Brief Eclectic Psychotherapy

BIS : Body Investment Scale

CAPS : Clinician Administered PTSD Scale

DERS : Difficulties in Emotions Regulation Scale

Dod : Department of Defense

DSM III : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, third edition

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth edition

DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EP : Exposition Prolongée

HAS : Haute Autorité de Santé

ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

LEC-5 : Life Events Checklist for DSM-5

NCCIH : National Center for Complementary and Integrative Health

NET : Narrative Exposure Therapy

PCL-5 : PTSD Checklist for DSM-5

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

TPC : Thérapie du Processus Cognitif

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

VA : Veterans Affairs

Tableaux et figures

- Tableau 1p 41

Données socio démographiques et cliniques et scores à T0 de la PCL-5, la DERS-F et la BIS

- Tableau 2p 42

Comparaison des scores entre T0, T1 et T2 pour la PCL-5, la DERS-F et la BIS

- Tableau 3p 44

Calcul par ANOVA à mesures répétées du seuil de significativité de la différence des scores à la DERS-F entre T0, T1 et T2

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	1
II. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	4
a. Le Trouble de Stress Post-Traumatique	4
i. Epidémiologie.....	4
ii. Facteurs de risque	4
iii. Comorbidités	6
iv. Critères diagnostiques selon le DSM-5	7
v. Diagnostics différentiels	10
vi. Traitements recommandés dans le TSPT.....	10
b. Les psychothérapies psychocorporelles.....	12
i. Définition.....	13
ii. Concept thérapeutique	14
iii. Rappels historiques	15
iv. Psychothérapies d'approche psychocorporelle ayant été évaluées et ayant montré un intérêt dans la prise en charge du TSPT.....	18
III. LES ATELIERS THERAPEUTIQUES D'ESCRIME.....	21
a. Présentation	21
b. Concept thérapeutique	22
c. Les 10 thèmes de réparation	25
i. Les limites.....	25
ii. Les bases.....	25
iii. Protection	26
iv. Confiance	26
v. Equilibre.....	27
vi. Contrôle	27
vii. Construction	28
viii. Contrat et engagement.....	28
ix. Gagner	28
x. Liberté.....	28
d. Déroulement d'une séance type et suivi.....	29
e. Inclusion des participantes	30
IV. EVALUATION DES ATELIERS THERAPEUTIQUES D'ESCRIME.....	31
a. Matériels et Méthode	32
i. Participants et procédure.....	32
ii. Mesures.....	34
iii. Analyse statistique.....	38
b. Résultats.....	38
i. Résultats à T0	38
ii. Résultats à T1 et T2	40
iii. ANOVA à mesures répétées	43
c. Discussion	44
V. CONCLUSION.....	50
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	51
VII. ANNEXES	57

I. INTRODUCTION

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) est un trouble dont la prévalence en France est de 2,2% sur un an et de 3,9% sur la vie entière (HAS, 2007) ce qui en fait un trouble fréquent. Il s'agit d'un trouble anxieux apparaissant suite à l'expérience d'un événement traumatique. La survenue de ces événements traumatiques a une incidence croissante : dans le monde, au moins un événement traumatique aurait été vécu par 70% de la population adulte (Benjet et al., 2016). Selon le DSM-5, le diagnostic du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) se caractérise par quatre grands groupes de symptômes, dont la reviviscence intense de l'événement traumatique par des souvenirs perturbateurs et des cauchemars, l'évitement des rappels de l'événement, des cognitions et une humeur négative, ainsi qu'une hyper-réactivité neuro-végétative (APA, 2015). Les personnes atteintes de TSPT souffrent d'importants problèmes sociaux et interpersonnels, ainsi que d'une qualité de vie altérée par la présence à long terme de ces symptômes.

Bien que les interventions pharmacologiques et psychothérapeutiques conventionnelles aient démontré une certaine efficacité dans le traitement du TSPT, (The Department of Veterans Affairs and the Department of Defense guidelines, 2017 ; HAS, 2007 ; Casey et al., 2018) l'existence de symptômes résiduels et l'efficacité thérapeutique restent problématiques (Wynn et al., 2015). De plus, un taux d'abandon important a été retrouvé dans plusieurs études portant sur les psychothérapies recommandées dans la prise en charge du TSPT (Chard, Schumm, Owens, & Cottingham, 2010; Harpaz-Rotem & Rosenheck, 2011; Steenkamp & Litz, 2013). Une revue systématique de la littérature examinant les interventions sur le TSPT a révélé un taux moyen d'abandon de 36 % chez les vétérans de l'après-11

septembre aux Etats-Unis (Goetter et al., 2015). C'est pourquoi, il est intéressant d'étudier de nouvelles approches psychothérapeutiques dans la prise en charge du TSPT.

Ces dernières années, les approches thérapeutiques complémentaires destinées aux personnes souffrant de TSPT et d'autres troubles liés à un traumatisme ont suscité un intérêt croissant. La psychothérapie psychocorporelle, en tant que moyen de promouvoir la santé physique et psychologique, a récemment fait l'objet d'une attention particulière dans la littérature scientifique. La psychothérapie psychocorporelle se concentre sur l'esprit, le corps et les émotions, à travers, entres autres, des exercices de respiration, l'exercice physique ou la méditation (Zou et al., 2018). En mettant l'accent sur cette triade esprit, corps, émotions (Tanaka et al., 2015), elle présente les avantages d'un travail abordant le patient dans sa globalité. Récemment, une variété de modalités d'interventions intégratives psychocorporelles a émergé et celles-ci sont de plus en plus employées dans le traitement du TSPT (Zhu et al., 2022). En 2010, 39 % des personnes souffrant de TSPT ont déclaré avoir recours à des interventions de médecine complémentaire et alternative, notamment des pratiques corps-esprit qui intègrent divers types de mouvements et de postures ainsi que d'étirements combinés à une respiration profonde. Plusieurs études ont montré que l'exercice psychocorporel peut avoir un impact positif sur le TSPT par le biais de mécanismes psychologiques et neurophysiologiques, tels que l'exposition et la désensibilisation aux signaux d'éveil internes, l'amélioration des fonctions cognitives, la neuroplasticité induite par l'exercice, la normalisation des fonctions hypothalamo-hypophysaires et la réduction des marqueurs inflammatoires (Streeter et al., 2012 ; Zhu et al., 2022). Ces thérapies psychocorporelles présentent également un haut niveau de satisfaction chez les patients (Millegan et al., 2021).

Dans ce travail nous allons nous intéresser à une approche psychocorporelle innovante : des ateliers thérapeutiques d'escrime qui sont proposés à des femmes victimes de violences sexuelles et qui sont dans une démarche de réparation. Ces ateliers thérapeutiques d'escrime constituent une intervention intégrative psychocorporelle qui n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation dans la littérature scientifique. Nos hypothèses sont que les participantes des ateliers thérapeutiques d'escrime présentent des symptômes de TSPT et que la participation aux ateliers thérapeutiques d'escrime peut avoir un impact positif sur ces symptômes. En effet parmi les troubles anxieux que les victimes de violences sexuelles sont plus à risque de développer, le trouble de stress post traumatique (TSPT) est le plus fréquent (Tiihonen Möller et al., 2014). En outre, le viol fait partie des trois événements traumatiques les plus à risque d'entraîner un TSPT (Husky et al, 2015). Nous avons donc réalisé une étude rétrospective monocentrique portant sur les ateliers thérapeutiques d'escrime réalisés entre septembre 2021 et décembre 2021 dans le Calvados (Normandie, France). L'objectif de cette étude était de mesurer l'évolution des symptômes de TSPT lors de la participation aux ateliers thérapeutiques d'escrime.

Nous décrirons dans un premier temps l'état des lieux des connaissances sur le TSPT et les différents traitements recommandés dans la prise en charge de celui-ci. Puis nous détaillerons les psychothérapies psychocorporelles et les ateliers thérapeutiques d'escrime. Enfin, nous présenterons l'étude rétrospective visant à évaluer l'impact de la participation à ces ateliers sur les symptômes de TSPT chez des femmes victimes de violences sexuelles, avant de conclure.

II. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

a. Le Trouble de Stress Post-Traumatique

i. Epidémiologie

Bien que l'exposition à des événements traumatiques au cours de la vie d'un adulte soit fréquente (Benjet et al., 2016), la proportion de personnes développant un TSPT varie de 25 à 30% selon les recommandations anglaise (NICE, 2018). La prévalence mondiale pour le TSPT serait de 1% à 9% de la population totale (Atwoli et al., 2015). On observe des variations importantes de cette prévalence selon les populations étudiées. Dans certaines populations plus à risque de développer un TSPT, la prévalence vie entière peut dépasser 50% (APA, 2015).

Plusieurs études montrent que le TSPT est associé à une invalidité importante dans les populations touchées (Schlenger et al., 2015) ainsi qu'à une mortalité prématurée. Bien que ce syndrome soit associé à des comportements suicidaires, les principales causes de décès seraient d'après plusieurs recherches, les cancers des voies respiratoires et les maladies cardiaques ischémiques (Nazarian et al., 2012 ; Schlenger et al., 2015).

ii. Facteurs de risque

Comme suggéré précédemment, le risque de développer un TSPT serait variable suivant les populations mais aussi selon certains facteurs individuels et le type de traumatisme auquel les personnes ont été exposés (Akbarian et al., 2015). Le TSPT semble être ubiquitaire dans toutes les tranches d'âge (NICE, 2018) avec un risque augmenté chez les plus jeunes. Plusieurs études suggèrent qu'un niveau socio-économique faible, un apprentissage scolaire ou une intelligence modeste seraient

également des facteurs de risque (Casey et al., 2018 ; Shalev et al., 2017). Certaines professions semblent être associées à un risque plus grand de développer un TSPT, tel que les militaires, les policiers et les pompiers. Une prévalence augmentée de TSPT a été retrouvée chez les premiers intervenants lors de désastres ou auprès de traumatisés de masse (Casey et al., 2018).

Plusieurs caractéristiques individuelles constituent des facteurs de risque de développer un TSPT. Il s'agit des antécédents personnels ou familiaux de traitement psychiatrique, de problèmes émotionnels, ou de troubles psychiatriques notamment anxieux ou de l'humeur. De plus, les antécédents de TSPT sont un facteur de risque d'en développer à nouveau un (Casey et al., 2018).

La menace ressentie lors de l'exposition au traumatisme est un meilleur prédicteur de l'apparition d'un TSPT que la menace objective. Certains auteurs suggèrent que la perception subjective de l'événement traumatisant pourrait expliquer les réponses différentes selon les individus (Lopez, 2020). Cependant certains types de traumatismes sont plus à risques d'entraîner un TSPT chez les personnes qui y sont exposées. Une étude menée en France en 2015 rapporte que les traumatismes les plus à risque sont les viols, la violence domestique et la survenue d'une maladie grave pendant l'enfance (Husky et al., 2015).

La sévérité, la chronicité et la durée du traumatisme sont aussi des éléments péri-traumatiques représentant autant de facteurs de risque de développer un TSPT (Shalev et al., 2017). La survenue d'une détresse péri-traumatique ou d'une dissociation pendant le traumatisme semblent prédictives de l'apparition d'un TSPT (Bui et al., 2010 ; Casey et al., 2018 ; Vance et al., 2018).

Des conditions post-traumatiques sont également pointées comme favorisant le développement du trouble. On retrouve l'absence de soutien social, la présence continue de stress, des adversités persistantes, la survenue de nouvelles adversités ou l'échec de stratégies mises en place pour faire face au traumatisme (abus de substances, mauvaise hygiène du sommeil, affections somatiques comorbides) (Casey et al., 2018).

iii. Comorbidités

Plusieurs études montrent que les patients présentant un TSPT ont plus de risque de développer d'autres troubles psychiatriques (APA, 2015 ; Kessler et al., 2005). Le taux de comorbidités psychiatriques se situe entre 50% et 80% (Ravindran et Stein, 2009). Les troubles psychiatriques concomitants les plus fréquents sont l'épisode dépressif caractérisé, le trouble panique et le trouble de l'usage de substances (Casey et al., 2018). Certaines recherches suggèrent que le TSPT est associé à des troubles du comportement alimentaire notamment chez des adultes victimes de violences sexuelles (Dubosc et al., 2012). De plus, les patients souffrant de TSPT présentent des taux élevés de comorbidités somatiques (Pacella et al., 2013). Ces patients ont des taux plus élevés de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs (Felitti et Anda, 2010) et le risque suicidaire est majoré chez ceux présentant des cauchemars traumatiques (Tanskanen et al., 2001).

iv. Critères diagnostiques selon le DSM-5

1. L'évènement traumatique

Le trouble de stress post-traumatique a été défini pour la première fois dans le DSM-III en 1980 (APA, 1980). Le diagnostic était et reste toujours dépendant d'un prérequis d'exposition. Dans la première version de la description du trouble, il était nécessaire de caractériser une exposition à un événement traumatisant catastrophique générant un stress en dehors de la gamme habituelle des expériences humaines classiques. La caractérisation d'évènement traumatique était nécessairement associée à la crainte d'avoir pu mourir. On peut remarquer que le prérequis d'exposition est étroitement lié à une réaction subjective. Cette caractérisation évolue avec le DSM-IV qui opère un élargissement sémantique de la caractérisation de l'évènement traumatique qui doit alors être associé à des réactions individuelles de peur intense, d'horreur ou de désespoir (APA, 1994) et plus uniquement la crainte d'avoir pu mourir. Malgré ce premier élargissement, les critiques restèrent vives vis-à-vis de cette définition car de nombreuses personnes présentant des symptômes de stress post-traumatique ne présentaient pas ces critères indispensables au diagnostic. Le DSM-5 vient répondre à ces critiques et retire une grande part de subjectivité à la caractérisation de l'évènement traumatique : le prérequis devient indépendant de la réaction subjective, il est plus factuel. Les événements traumatiques identifiés dans le DSM-5 comme prérequis nécessaire à la caractérisation du trouble sont : une exposition à la mort effective ou une menace de mort, des blessures graves ou des violences sexuelles (APA, 2013). L'individu doit être personnellement ou indirectement exposé ou menacé à l'évènement traumatique. Le DSM-5 précise que s'il s'agit de l'annonce de décès, le diagnostic peut être posé si le décès est une mort violente ou accidentelle. Bien que

la définition de l'événement traumatique soit plus concrète, une place est toujours laissée à une certaine interprétation. En effet, le critère A4 précise que l'exposition répétée ou extrême aux détails horribles d'un événement traumatisant peut constituer un événement traumatique causal de TSPT (APA, 2013). Il n'en demeure pas moins que la clinique conserve une part de subjectivité et dans ce sens que le diagnostic d'événement traumatique ne peut être complètement objectif (Auxéméry, 2019).

Avec le DSM-5, le TSPT ne fait plus partie de la catégorie des troubles anxieux. Il s'inscrit dans les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress (APA, 2015).

2. Les symptômes de TSPT

On retrouve quatre groupes de symptômes de TSPT dans le DSM-5. Les symptômes intrusifs (critère B) comprennent les souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, les rêves provoquant un sentiment de détresse, les réactions dissociatives qui comprennent les flashbacks, le sentiment intense de détresse provoqué par les stimuli rappelant le traumatisme et les réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des stimuli évoquant le traumatisme. Au moins un symptôme intrusif est nécessaire pour le diagnostic de TSPT selon le DSM-5.

Les symptômes d'évitement et les altérations de l'humeur qui étaient regroupés dans le DSM-IV ont été séparés dans le DSM-5. Ces symptômes d'évitement (critère C) correspondent à des efforts répétés pour éviter des pensées et des sentiments associés au traumatisme. Ils peuvent aussi être en rapport avec des stimuli externes ayant un lien avec l'événement traumatique comme des personnes, des lieux ou

encore des activités. Au moins un symptôme d'évitement est nécessaire pour le diagnostic de TSPT.

Les altérations négatives des cognitions et de l'humeur (critère D) correspondent à des émotions et des pensées désagréables et inadaptées qui surviennent après le traumatisme. Parmi ces symptômes du critère D, on retrouve : l'amnésie d'aspects importants du traumatisme, les croyances négatives persistantes concernant soi-même, les autres ou le monde, une culpabilité inadaptée ou excessive de soi-même ou des autres pour les causes ou les conséquences du traumatisme, les émotions négatives liées au traumatisme comme la colère ou la peur, une diminution importante de l'intérêt du patient pour des activités majeures, le sentiment d'être étranger par rapport aux autres personnes de son entourage et une limitation des affects. Deux symptômes du critère D sont nécessaires pour le diagnostic de TSPT selon le DSM-5.

Le critère E correspond aux altérations de l'éveil et de la réactivité qui surviennent ou se dégradent après le traumatisme. Ces symptômes comprennent : l'irritabilité ou les comportements agressifs, les conduites autodestructrices, l'hypervigilance, les réactions de sursaut exagérées, les difficultés pour se concentrer et les troubles du sommeil. Deux symptômes du critère E sont requis pour le diagnostic de TSPT. (APA, 2013 ; Casey et al., 2018)

La durée des symptômes décrits aux critères B, C, D et E doit être de plus d'un mois (Critère F). Ceux-ci doivent entraîner une souffrance cliniquement significative (Critère G) et ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple médicament ou alcool) ou à une autre affection (Critère H). La validation des critères F, G et H est indispensable pour le diagnostic de TSPT.

v. Diagnostics différentiels

Le trouble de stress aigu correspond à l'apparition de symptômes de TSPT suite à l'exposition à un événement traumatique. Les symptômes débutent au cours des 4 semaines suivant le traumatisme et durent au minimum 3 jours, mais, contrairement au TSPT ne durent pas plus de 1 mois.

Si le prérequis de l'exposition à un événement traumatique tel qu'il est énoncé dans le DSM-5 n'est pas validé, le diagnostic de TSPT ne pourra pas être choisi en raison de l'absence du critère A. Cependant, des événements non définis comme des événements traumatiques selon le DSM-5 peuvent entraîner une détresse ou un stress intense. D'autres diagnostics que le TSPT peuvent alors être envisagés tels que le trouble de l'adaptation, l'épisode dépressif caractérisé, le trouble de personnalité borderline ou un trouble appartenant aux "autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress spécifiques" (Casey, 2018).

vi. Traitements recommandés dans le TSPT

Les deux axes principaux de prise en charge du TSPT sont les psychothérapies et la pharmacothérapie. Certaines sociétés savantes recommandent l'utilisation des psychothérapies en première intention (The Department of Veterans Affairs and the Department of Defense guidelines, 2017 ; Nice, 2018).

Sur le plan pharmacologique, plusieurs essais cliniques pharmaceutiques randomisés et contrôlés ont été publiés et les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) tels que la paroxétine ou la sertraline sont les médicaments les plus largement étudiés. Ils se sont avérés efficaces pour réduire les symptômes de TSPT avec un taux de réponse approximatif de 60 % (Bisson et Andrew, 2009).

Les psychothérapies recommandées sont les psychothérapies centrées sur le trauma (trauma-focused therapy) (Charney et al., 2018). Parmi elles, les psychothérapies ayant montrées la plus grande efficacité sont les psychothérapies d'exposition, les psychothérapies cognitives et comportementales spécifiques pour le TSPT, la Thérapie des Processus Cognitifs (TPC) et l'Eye Movement Desensitization and Reprocessin (EMDR) (Lewis et al., 2020). Nous allons évoquer plus en détail ces psychothérapies.

1. Les thérapies cognitives et comportementales spécifiques pour le TSPT et les thérapies d'exposition

L'objectif de ces thérapies est d'identifier précisément les distorsions cognitives ainsi que les schémas cognitifs inadaptés dans le cadre du TSPT dans le but de les atténuer voir les modifier ensuite (Casey et al., 2018). Plusieurs techniques telles que l'exposition, la relaxation et les techniques cognitives sont utilisées (Grebot & Berjot, 2010). Le thérapeute aide alors le patient à améliorer ses réponses adaptatives.

Les thérapies d'exposition ont pour but d'aider à réduire la peur et l'anxiété d'une personne en modifiant les comportements appris suite au traumatisme tels que l'évitement. Ceci est fait en confrontant activement le patient à un stimulus extérieur qu'il perçoit comme dangereux. Plusieurs thérapies d'exposition existent comme l'Exposure Psychotherapy (EP), la Brief Eclectic Psychotherapy (BEP) et la Narrative Exposure Therapy (NET) (Casey et al., 2018).

2. La thérapie des processus cognitifs

La TPC est fondée sur la théorie sociale cognitive et la théorie du traitement de l'information émotionnelle (Chauvel, 2020). L'objectif est d'aider le patient à développer des évaluations plus saines et équilibrées de l'évènement traumatique, de lui-même et de son environnement. Pour cela, plusieurs techniques de restructuration cognitives sont utilisées telles que les questions socratiques afin de modifier des interprétations inexacts ou des pensées négatives liées au traumatisme.

3. L'EMDR

L'EMDR peut être considérée comme une thérapie cognitive basée sur l'exposition en imagination au souvenir douloureux. Cette exposition est associée à des mouvements oculaires (suivi oculaire du doigt du clinicien qui se déplace dans le champ visuel) (Casey et al., 2018). Il s'agit d'une thérapie cognitive puisque l'objectif est que le patient puisse remplacer les pensées négatives associées au traumatisme par des pensées plus positives

b. Les psychothérapies psychocorporelles

Bien que les psychothérapies conventionnelles aient démontré une certaine efficacité dans le traitement du TSPT, les symptômes résiduels, l'efficacité thérapeutique et un taux d'abandon encore trop important (Goetter, et al., 2015 ; Wynn et al., 2015) encouragent à développer et étudier d'autres approches dans la prise en charge du

TSPT. C'est le cas des psychothérapies psychocorporelles que nous allons développer à présent.

i. Définition

L'objectif des psychothérapies psychocorporelles est la réintégration du corps comme lieu d'expérience et d'existence et la réhabilitation du ressenti (Motchane, 2005).

Elles correspondent à un ensemble de pratiques psychothérapeutiques vaste. On peut distinguer deux grands types de psychothérapies psychocorporelles qui sont d'une part les psychothérapies dites d'approche corporelle et d'autre part les psychothérapies qualifiées de psychothérapies organismiques (Heller, 2008).

Le courant organismique considère la psyché et le corps comme constituants d'un ensemble plus grand qui est l'organisme. Les psychothérapies organismiques ont pour but d'explorer cet organisme par tous les modes de communication possibles (verbal, gestuel, postural, vocal, végétatif) (Heller, 2008). Ici, les méthodes corporelles ne sont qu'un élément parmi d'autres pour explorer l'organisme. La végétothérapie et la psychologie biodynamique sont des exemples de psychothérapies organismiques.

Les psychothérapies d'approche corporelle distinguent nettement les interventions verbales et les interventions corporelles et qui utilisent les méthodes corporelles pour soutenir dans un second temps une exploration de la psyché centrée sur la communication verbale (Heller, 2008). C'est le cas par exemple de la gestalt thérapie, l'analyse transactionnelle, la relaxation, le yoga ou la méditation. Les

anglophones utilisent le terme de *Mind Body Therapy*. Les ateliers thérapeutiques d'escrime détaillés plus loin font partie de cet ensemble.

ii. Concept thérapeutique

Le concept thérapeutique des psychothérapies psychocorporelles repose sur la notion de « bio-phénomène » ou « éprouvé » qui correspond à tout ce qui est vécu par un individu lors d'un travail introspectif « avec son corps ». Lors des séances, la dynamique corporelle induit un état de vigilance accrue dit « vigilance paradoxale ». Les perceptions corporelles, émotionnelles, voire réflexives, échappent en partie à la censure du surmoi et révèlent ainsi des vécus « plus profonds » que ceux que le conscient laisse émerger dans l'état de veille habituelle (Motchane, 2005)

Les psychothérapies psychocorporelles cherchent toujours à faire prendre conscience au sujet des trois dimensions des vécus existentiels (cognition, sensation corporelle et émotion) et à les équilibrer (Gamba, 2004). L'émotion est le produit du vécu corporel et cognitif réunis, elle est activement « produite » par l'individu, avec un rôle d'indicateur de la qualité des vécus. Elle constitue le principal levier effectif des interventions psychocorporelles.

Plusieurs études de neuro imagerie cérébrale chez des patients atteints de TSPT montrent une hyper activation de l'amygdale et une hypo activation du cortex préfrontal (Dégeilh et al., 2013 ; Postel et al., 2021). Cela soutient l'hypothèse d'une hypermnésie des aspects émotionnels du traumatisme dans le TSPT et de difficultés d'élaboration du vécu traumatique grâce aux capacités symboliques du cortex supérieur, pour devenir un « récit » assimilable par le psychisme. Les psychothérapies psychocorporelles permettent alors d'accéder au traumatisme dans

sa dimension émotionnelle et corporelle par l'exploration du "bio-phénomène". Elles permettent ainsi une harmonisation progressive des dimensions corporelle, émotionnelle et cognitive, notamment en favorisant une bonne régulation des émotions par la pratique corporelle. (Kolk et al., 2012).

iii. Rappels historiques

Les premières interventions psychocorporelles datent d'il y a plus de deux mille ans dans la région de l'Indus en Asie avec le développement du yoga. Cette pratique peut être considérée comme la démarche psychocorporelle la plus ancienne et dont le premier ouvrage connu, le recueil des Sûtras de Patanjali est daté d'il y a environ vingt-trois siècles. Pour les yogis, un individu ne peut pas se développer sainement sans mobiliser les ressources contenues dans toutes les dimensions du vécu humain que sont la posture, les gestes, la respiration, la physiologie, la relaxation, la concentration mentale et les connaissances intellectuelles (Heller, 2008)

Par la suite, notamment en Asie, cette approche psychocorporelle sera centrale dans le développement de la médecine chinoise dont découleront par exemple l'acupuncture mais également les arts martiaux tels que le tai chi-chuan.

C'est au 19^{ème} siècle que l'on peut situer les premières réflexions sur les interventions psychocorporelles en Occident à travers les travaux de Freud (1856-1939) et la psychanalyse. Bien que Freud ait centré son attention sur l'analyse de ce qui est dit, la dimension corporelle demeure pour lui essentielle, comme partie de l'organisme, avec la psyché (Brun, 2007). Ce sont d'autres psychanalystes qui approfondiront au début du 20^{ème} siècle la question de la dimension corporelle. Alfred Adler (1870-1937) prônait une intégration du corps dans la pratique et la

théorie de la psychothérapie. Selon lui, il existe alors une relation directe entre corps et psyché. Walter Groddeck (1866-1934) propose quant à lui une psychothérapie "psychosomatique". Il développe les notions de défenses corporelles en considérant que les tensions musculaires peuvent être des moyens de répression de contenus psychiques (Hauswirth, 2002, p. 180). Sándor Ferenczi (1873-1933) qui est un proche de Freud, développe la technique psychanalytique active (Ferenczi, 1921) qui intègre l'analyse des comportements non verbaux lors des séances de psychanalyse.

Bien que de nombreux psychanalystes se soient intéressés à la dimension corporelle, c'est Wilhelm Reich (1897-1957) qui eut un rôle véritablement central dans le développement des idées sur le corps en psychothérapie. Psychiatre et sexologue à Vienne, Reich est connu pour ses travaux en sexologie et son développement de l'analyse caractérielle, c'est à dire une façon d'aborder les résistances d'un individu dans un ordre précis, des résistances les plus superficielles vers les plus profondes. C'est au contact de plusieurs personnalités du domaine psychocorporel telles que Rudolph Laban (1920-1950) connu pour son étude de la communication non verbale ou Elsa Gindler, spécialiste des techniques de coordination entre mouvements et respirations, qu'il développe, à l'aube de la seconde guerre mondiale, la notion de « cuirasse » ou « d'armure » (Reich, 1949). La « cuirasse » correspondrait au résultat d'un ensemble de tensions musculaires associées chacune à un affect distinct et qui conduirait graduellement à une forme pathologique d'organisation de la musculature. Elle entraverait la coordination des segments corporels, réduisant le répertoire postural, inhibant la respiration et diminuant les perceptions corporelles. Les défenses psychiques et musculaires rempliraient alors une fonction identique. En 1933, Reich est contraint de quitter

l'Allemagne nazie et s'exile au Danemark puis à Oslo en Norvège. A la même époque il est exclu de l'Association Psychanalytique pour des raisons essentiellement politiques.

A Oslo, Reich définit sept niveaux de blocages au niveau de la « cuirasse musculo-caractérielle » et développe la végétothérapie. Par des exercices corporels aussi nommés « acting », le thérapeute peut explorer les résistances du patient. Plus tard, Reich développera d'autres théories notamment la théorie de « l'Orgone », Energie qui animerait l'univers. Durant les années qui suivront, Reich sera de plus en plus critiqué par la communauté médicale, notamment pour certaines expérimentations portant sur « l'Orgone » et les radiations. Il est finalement emprisonné et meurt en prison en 1957 (Heller, 2008).

Les décennies qui suivirent la mort de Reich furent une traversée du désert pour le domaine des psychothérapies psychocorporelles, celles-ci se trouvant fortement réprimées par les milieux académiques en raison des dernières théories et expériences de Reich. C'est dans les années 80 que les recherches cliniques sérieuses purent reprendre et que la communauté scientifique s'est à nouveau intéressée à la pertinence des psychothérapies corporelles.

Aujourd'hui de nombreuses psychothérapies d'approche psychocorporelle se sont développées et leur popularité croît au fil des années. Plusieurs de ces techniques psychothérapeutiques ont fait l'objet d'évaluations dans le TSPT au sein de publications scientifiques.

iv. Psychothérapies d'approche psychocorporelle ayant été évaluées et ayant montré un intérêt dans la prise en charge du TSPT

Bien que de nombreuses psychothérapies d'approche psychocorporelle existent, nous allons présenter dans ce chapitre, les psychothérapies ayant fait l'objet du plus grand nombre de publications récentes concernant leur intérêt dans la prise en charge du TSPT. Les données présentées proviennent de revues systématiques de la littérature réalisées en 2013 et 2018 (Sang Hwan Kim et al., 2013, Cushing et al., 2018, Niles et al., 2018) et d'une méta analyse réalisée en 2020 (Vancampfort et al., 2020). Les techniques évaluées sont la méditation pleine conscience et le yoga.

1. La méditation pleine conscience

La méditation pleine conscience est définie comme une attention focalisée sur les expériences vécues dans l'instant présent, sans jugement (Kabat-Zinn, 1994). Plusieurs études suggèrent que la méditation pleine conscience peut apporter un bénéfice dans la prise en charge de certains troubles anxieux notamment le trouble anxieux généralisé (Hoge et al., 2013). Trois revues systématiques de la littérature réalisées entre 2013 et 2018 et une méta analyse réalisée en 2020 sur 17 études randomisées retrouvent un effet positif significatif de la méditation pleine conscience sur la réduction des symptômes de TSPT.

Une revue systématique de la littérature réalisée en 2013 retrouve un effet positif de la pratique de la méditation pleine conscience avec une réduction des symptômes de TSPT (Sang Hwan Kim et al., 2013). En 2018, une autre revue systématique de la littérature concernant les psychothérapies psychocorporelles chez des vétérans

militaires présentant des symptômes de TSPT retrouve également un effet positif de la méditation pleine conscience sur la réduction des symptômes de TSPT. Elle retrouve également un effet positif de la méditation pleine conscience sur le sommeil et les symptômes de dépression et d'anxiété associés (Cushing et al., 2018). La même année, une deuxième revue systématique de la littérature retrouve un effet positif sur la réduction des symptômes de TSPT. Cette revue de la littérature concerne majoritairement une population de vétérans militaires mais deux études sur les neuf qui ont été incluses concernent une population de femmes victimes de violences interpersonnelles (Niles et al., 2018). En 2020, une méta analyse de 17 études cliniques randomisées évalue l'efficacité des thérapies psychocorporelles dont la méditation pleine conscience dans les troubles psychiatriques. Cette méta analyse montre un effet modéré de la méditation pleine conscience sur la réduction des symptômes de TSPT, comparé à un groupe sur liste d'attente (Vancampfort et al., 2020).

2. Le yoga

Le yoga est une pratique intégrative consistant en des exercices de respiration, de posture et de méditation. Le yoga est de plus en plus utilisé depuis quelques années par la population mais également au sein de structures de soins afin d'améliorer le bien-être général (NCCIH, 2020). Plusieurs types de yoga existent selon qu'ils insistent plus sur le travail postural, la respiration ou la méditation. Le travail sur la respiration et sur la conscience du moment présent peut être utile pour prendre en charge les symptômes de TSPT en agissant sur les capacités de régulation du système nerveux autonome (Moore, Brown, Money and Bates, 2011). Les trois

mêmes revues systématiques de la littérature réalisées entre 2013 et 2018 retrouvent un effet positif significatif de la pratique du yoga sur la réduction des symptômes de TSPT. Ce résultat est confirmé par la méta analyse réalisée en 2020.

La revue systématique de la littérature concernant les psychothérapies psychocorporelles dans la prise en charge des symptômes de TSPT publiée en 2013 inclut une étude réalisée aux États-Unis en 2010 (Descilo et al., 2010) retrouvant un effet positif de la pratique du yoga sur la réduction des symptômes d' TSPT. (Sang Hwan Kim et al., 2013). La revue systématique de la littérature publiée en 2018 évalue l'effet des psychothérapies psychocorporelles chez des vétérans militaires présentant des symptômes de TSPT et inclut deux études évaluant la pratique du Yoga sur les symptômes de TSPT. Les deux études montrent une réduction significative des symptômes de TSPT (Cushing et al., 2018). La deuxième revue systématique de la littérature publiée en 2018 incluant 6 études évaluant la pratique du yoga chez des patients présentant un TSPT retrouve également une réduction significative des symptômes (Niles et al., 2018). La méta analyse réalisée en 2020 retrouve des effets importants sur la réduction des symptômes de TSPT comparé à un groupe sans traitement et vient renforcer les résultats retrouvés dans les études précédentes (Van Damme et al., 2020).

III. LES ATELIERS THERAPEUTIQUES D'ESCRIME

Comme nous l'avons vu plus tôt, les psychothérapies psychocorporelles semblent présenter un intérêt dans la prise en charge du TSPT et bien que le yoga et la méditation soient les deux modalités ayant été les plus étudiées, d'autres psychothérapies psychocorporelles existent et n'ont pas bénéficié à l'heure actuelle d'évaluation. C'est le cas des ateliers thérapeutiques d'escrime proposés pour les femmes victimes de violences sexuelles et auxquels nous allons nous intéresser à présent.

a. Présentation

Les ateliers thérapeutiques d'escrime ont été créés en 2011 à l'initiative du Dr Violaine Guérin, d'Olivier Serwar (Maître d'armes), de Marie-Blanche Lombardo (thérapeute psychocorporelle), de Boris Sanson (kinésithérapeute et champion olympique de sabre par équipe) et de Martine Cartier.

Ces ateliers ont pour but de proposer à des hommes et des femmes victimes de violences sexuelles un parcours de réparation où la dimension corporelle tient un rôle central. Les ateliers thérapeutiques d'escrime sont aujourd'hui proposés au sein de l'association Stop aux Violences Sexuelles dans plusieurs régions de France. Ils sont réalisés en partenariat avec la fédération française d'escrime et détiennent le label sport santé.

Bien que la plus grande partie des ateliers thérapeutiques d'escrime concernent les victimes de violences sexuelles, femmes ou hommes, il existe un protocole pour les auteurs de violences sexuelles. Par ailleurs, les ateliers thérapeutiques d'escrime ne

sont pas mixtes. Les ateliers thérapeutiques d'escrime qui font l'objet de ce travail de thèse sont destinés à des femmes victimes.

b. Concept thérapeutique

Les violences sexuelles constituent un traumatisme qui est avant tout corporel, sensoriel et émotionnel. Elles vont entraîner des conséquences à la fois somatiques et psychiques. Dans une étude réalisée en 2013 qui porte sur 100 patients ayant déclaré avoir été victime de violences sexuelles, 79,5% des femmes et 75% rapportaient des antécédents psychiatriques d'épisode dépressif traité par anti-dépresseur (Guérin, 2014). Plusieurs études ont également identifié des conséquences des violences sexuelles sur la santé psychique des victimes, notamment un risque accru de développer des troubles dépressifs, des troubles de l'usage des substances et des troubles anxieux (Abrahams et al., 2013 ; Ullman et al., 2007). Une grande proportion de la population prise en charge en soins psychiatriques a été victime de violences sexuelles (Oram et al., 2019). Parmi les troubles anxieux que ces victimes sont plus à risque de développer, le trouble de stress post-traumatique est le plus fréquent (Tiihonen Möller et al., 2014). En outre, le viol fait partie des trois événements traumatiques les plus à risque d'entraîner un TSPT (Husky et al, 2015).

Plusieurs études montrent que les personnes victimes de violences sexuelles ont un risque accru de développer plusieurs pathologies somatiques tels que les troubles gynécologiques, l'obésité, le diabète, certaines maladies auto-immunes et des troubles intestinaux (Chandler et al. 2006 ; Midei et al., 2011).

Le Dr Violaine Guérin utilise le terme « d'énergie meurtrière » pour désigner l'énergie qui est déversée par l'auteur des violences sexuelles sur la victime. Celle-ci va conserver cette « énergie meurtrière » qui sera à l'origine « des processus alter et/ou auto destructifs » (Guérin, 2014). A la différence de la plupart des psychothérapies et des processus de réparation qui utilisent la parole pour accéder au traumatisme, les ateliers thérapeutiques d'escrime ont pour objectif de l'atteindre au travers des sensations corporelles et des émotions. C'est cet accès qui permet l'évacuation de « l'énergie meurtrière ». Pour les participantes, ceci se fait par la réalisation de plusieurs exercices en lien avec la pratique de l'escrime mais également d'autres exercices psychocorporels qui vont permettre de prendre conscience du vécu dans les trois dimensions du bio phénomène (dimension corporelle, émotionnelle et cognitive). L'escrime est utilisée ici comme une médiation permettant un « transfert thérapeutique » et pas uniquement dans sa dimension sportive. Cette notion de « transfert thérapeutique » est essentielle et doit être comprise comme une évacuation de la colère et des « envies de meurtre » et non comme une référence à des notions psychanalytiques. Dans un second temps, entre les ateliers, les participantes pourront revenir sur leur expérience lors des séances de psychothérapie comme nous le verrons plus loin. Le travail réalisé dans la dimension corporelle et émotionnelle lors des ateliers va donc également soutenir une exploration de la psyché centrée sur la communication verbale ce qui confirme que ces ateliers font partis de l'ensemble des psychothérapies d'approches corporelles que nous avons évoqué plutôt.

L'escrime a été choisie comme médiation pour ces ateliers car sa pratique facilite le « transfert thérapeutique », et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'agit d'un sport qui se pratique avec une tenue de protection qui couvre l'ensemble du corps,

les participantes sont donc protégées et leur corps n'est pas visible. Ceci a pour objectif de les rassurer, d'éviter qu'elles se sentent mal à l'aise afin que cela n'interfère pas avec leur attention à l'instant présent. Un masque est également nécessaire, il rend anonyme la participante de l'atelier ainsi que sa partenaire. Cet anonymat et la neutralité de l'apparence vestimentaire facilitent l'imagination et la concentration sur les ressentis en réduisant les stimulations visuelles. Ensuite, l'escrime est l'art de la gestion de la bonne distance, ce qui, nous le verrons plus loin et étroitement lié à certains thèmes travaillés lors des ateliers, notamment le thème des limites. Bien que trois armes soient utilisées dans la pratique de l'escrime, c'est le sabre qui a été choisi. Il s'agit d'une arme dont la grande majorité des touches est réalisée avec le tranchant et non la pointe qui est moins respectueuse de l'enveloppe corporelle. De plus, c'est une arme très rapide qui entraîne des assauts brefs, obligeant les participantes à réagir de manière intuitive, facilitant la connexion aux sensations corporelles et aux émotions. Enfin, de nombreux parallèles peuvent être faits d'un point de vue sémantique entre le champ lexical de l'escrime, celui des violences sexuelles et les thèmes des ateliers (Guérin, 2014). Tous ces éléments font de l'escrime un support intéressant pour travailler sur le traumatisme avec une méthode corporelle.

Les ateliers thérapeutiques d'escrime se déroulent en 10 séances réparties sur 10 mois qui sont chacune articulées autour d'un thème spécifique. Ces thèmes de réparations sont travaillés tout le long de la séance dont le déroulé type est détaillé plus loin. Il est essentiel d'envisager l'ensemble des 10 séances comme un tout, un cheminement durant lequel les participantes ne peuvent s'exonérer d'une étape. Il est demandé lors de l'inclusion des patientes à ce qu'elles s'engagent à participer à l'ensemble des ateliers.

c. Les 10 thèmes de réparation

L'objectif de ce chapitre n'est pas de faire une description exhaustive des exercices proposés lors des séances mais d'avoir un aperçu de chacun des thèmes et ce pourquoi ils sont importants dans le processus de réparation. Les thèmes sont successivement explorés lors des 10 ateliers du protocole.

i. Les limites

Il s'agit du thème de réparation qui est exploré lors du premier atelier. L'objectif est de faire prendre conscience aux participantes des limites de leur enveloppe corporelle et d'apprendre à les faire respecter (Guérin, 2019). Cela implique de réintégrer ce concept de limites dans sa sensorialité et ses émotions. Les participantes sont invitées à se concentrer sur leurs ressentis pour savoir ce qui est bon pour elles. Lors de différents exercices d'escrime et d'exercices psychocorporels, elles sont incitées à prendre conscience des signaux sensoriels et émotionnels qui peuvent leur indiquer les limites de ce qu'elles peuvent tolérer. L'escrime étant l'art de gérer la bonne distance, elle constitue une médiation très intéressante pour travailler ce sujet des limites.

ii. Les bases

Le thème des bases est exploré dans le deuxième atelier. L'objectif est ici de travailler sur l'ancrage dans le sol, la verticalité et la posture. Dans une optique de réparation, les bases renvoient aux « fondations » : « ce thème permet de revisiter

les infrastructures existantes, de voir celles qu'il convient de garder ou de jeter et les nouvelles qu'il convient de mettre en place » (Guérin, 2019).

iii. Protection

Le troisième atelier est dédié à la protection. Ce thème est lié au soin que l'on apporte à soi-même et à son corps. Un des objectifs de la séance est de savoir se protéger en posant un "non" ferme en communication verbale et en communication non verbale. La protection peut faire référence à la défense mais également à l'attaque qui peut constituer un moyen de se protéger. Cet équilibre entre attaque et défense ou attaque d'anticipation afin de garder le contrôle peut être exploré de manière très intéressante lors d'exercice d'escrime puisque ces notions y sont tout à fait essentielles.

iv. Confiance

Le quatrième thème de réparation exploré est la confiance. La confiance en soi est généralement diminuée chez les personnes victimes de violences sexuelles, souvent en lien avec le sentiment d'humiliation et de culpabilité. La confiance en les autres peut également être altérée. L'objectif de cet atelier est d'entamer un travail de restauration de cette confiance en aidant les participantes à se reconnecter à leur instinct et à leurs sens à travers plusieurs exercices d'escrime et d'exercices psychocorporels.

v. Equilibre

L'équilibre est le thème du cinquième atelier. L'objectif est de faire prendre conscience aux participantes que le corps fonctionne en déséquilibre constant et qu'il est en permanent ajustement. Ce déséquilibre "sain" est normal et les participantes sont invitées à travers plusieurs exercices à accepter ce déséquilibre et à découvrir qu'il n'est pas source de danger. Cela permet de développer la notion de lâcher prise et de travailler encore sur l'instinct. Les participantes explorent les mécanismes de défense et de protection qu'elles ont mis en place. Cet atelier intervient en milieu de protocole car les participantes sont souvent en cours de cheminement, dans une phase d'incertitude qualifiée de "pont de singe" (Guérin, 2019).

vi. Contrôle

Le sixième thème est le contrôle et il n'est pas anodin qu'il soit développé après le thème de l'équilibre qui insiste sur la notion de lâcher prise. L'objectif de cette séance est de poursuivre le travail sur le lâcher prise et de continuer à travailler sur les mécanismes de protection. La finalité de cette séance est aussi de prendre conscience, grâce aux exercices, de l'existence d'un « bon contrôle » et d'un « mauvais contrôle ». Le premier fait appel aussi bien aux cognitions qu'à l'ensemble des perceptions (émotionnelles et corporelles), tandis que le second est essentiellement cognitif ce qui est délétère pour le fonctionnement.

vii. Construction

La construction est le thème du septième atelier. L'objectif de cet atelier est d'aider les patientes à réfléchir à leur chemin de vie et à se projeter dans leur avenir. Le travail va se concentrer sur l'autonomie et la prise de décision en explorant la créativité des participantes.

viii. Contrat et engagement

Le huitième atelier explore le thème du contrat et de l'engagement. L'objectif de cette séance est de travailler le contrat que les participantes peuvent faire avec elle-même dans le sens du respect et de la bienveillance vis-à-vis de soi et de son corps mais aussi de contrats que l'on peut faire avec les autres. Cela permet d'explorer les notions de choix, de prise de décision, de responsabilité et de cadre.

ix. Gagner

Le neuvième thème est « gagner ». Cette séance permet d'explorer de nombreux thèmes déjà abordés comme la confiance, les bases, le contrôle et l'équilibre. Gagner est synonyme d'enjeu, c'est donc se confronter à la peur de perdre, parfois à la peur de gagner également.

x. Liberté

Le dernier atelier thérapeutique d'escrime est consacré au thème de la liberté. L'objectif de cet atelier est de mettre en avant la créativité des participantes et le

cheminement qu'elles ont effectué jusque-là. Elles sont encouragées à créer ce qu'elles souhaitent notamment par la pratique de l'escrime artistique.

d. Déroulement d'une séance type et suivi

La durée d'une séance est de 4h et celle-ci se déroule dans un gymnase omnisport équipé pour l'escrime ou une salle d'arme.

L'équipe encadrante est composée de professionnels de la santé et du sport comprenant des médecins, des ostéopathes, des kinésithérapeutes, des psychothérapeutes ainsi qu'une personne endossant le rôle de "nounou". Celle-ci veille à coordonner les différents ateliers et s'occupe de la gestion logistique. Tous les membres de l'équipe encadrante doivent avoir suivi la formation à l'encadrement des ateliers thérapeutiques d'escrime qui se déroule à Paris sur plusieurs jours.

Chaque participante est suivie par un psychothérapeute entre chaque atelier. Celui-ci ne fait pas nécessairement partie de l'équipe encadrante mais doit être en relation avec celle-ci et avoir suivi la formation à l'encadrement des ateliers thérapeutiques d'escrime (Guérin, 2014, 2019).

Séance type

- Installation dans la salle**
- Accueil puis tour de parole (1 heure)**

Les participantes sont invitées à décrire leur état émotionnel, il s'agit d'un premier exercice de concentration sur ses ressentis dans le moment présent. Un cahier de groupe est donné à une des participantes à chaque atelier afin qu'elle puisse y

inscrire ce qu'elle souhaite entre deux séances (dessins, poèmes, ressentis...). A la fin du tour de parole, celle qui avait le cahier peut le montrer si elle le souhaite.

- **Préparation physique puis escrime (2 heures)**

Les exercices d'escrimes sont encadrés par le ou les maîtres d'armes. Les participantes sont équipées (masque, plastron) et utilisent uniquement le sabre. Les autres encadrants se positionnent en tant qu'observateurs et peuvent proposer des interventions en kinésithérapie, ostéopathie ou simplement pour échanger sur les ressentis des participantes qui le souhaite.

- **Retour au calme (30 min)**

Ce temps est réservé aux étirements mais également à divers exercices psychocorporels ou de relaxation.

- **Temps de parole (30 min)**

Les participantes reviennent sur leur ressenti en groupe avec les autres participantes et les encadrants. Lors de ce temps de parole, un exercice qui fait référence au thème de la séance, à réaliser à leur domicile, est proposé.

- **Fermeture de la salle**

e. Inclusion des participantes

Les participantes sont sélectionnées par des médecins ou des thérapeutes ayant une connaissance de l'atelier thérapeutique et du bilan pré thérapeutique requis. Si une personne sollicite une inclusion directe, elle est redirigée vers un thérapeute afin de réaliser un bilan pré thérapeutique. Ce bilan permet de réaliser un recueil du

retentissement des violences sexuelles chez la personne, d'identifier les différents mécanismes en jeu, les ressources et recueillir les antécédents médicaux et de suivi. Afin d'être incluse dans les ateliers thérapeutiques d'escrime, la personne doit remplir une fiche d'information et d'engagement. Elle s'engage à être présente lors des 10 séances des ateliers. Enfin, un certificat médical autorisant la pratique de l'escrime est requis (Guérin, 2019). Le groupe ainsi constitué est composé d'une dizaine de participantes.

IV. EVALUATION DES ATELIERS THERAPEUTIQUES D'ESCRIME

Les participantes des ateliers ont été victimes de violences sexuelles et ont donc été exposées à un des événements traumatiques les plus à risque d'entraîner un TSPT. En tant que psychothérapie psychocorporelle, les ateliers thérapeutiques d'escrime pourraient être intéressants dans la prise en charge des symptômes de TSPT chez les femmes victimes de violences sexuelles, comme traitement principal ou en complément d'un autre traitement. Ainsi, il apparaît important d'évaluer leurs potentiels bénéfices.

La dysrégulation émotionnelle résulte d'une réponse exagérée à une menace ou de l'incapacité à réguler les émotions négatives. Plusieurs études semblent montrer une relation forte entre les difficultés à réguler ses émotions et la sévérité du TSPT (Seligowski et al, 2015 ; Tull et al., 2020). Un examen de cet élément semble donc judicieux.

Nous avons vu l'existence d'un risque auto-agressif accru chez les personnes souffrant de TSPT. Des difficultés à prendre soin et investir son corps peuvent être indicatifs de processus autodestructeurs et de comportements suicidaires (Orbach et

Mikulincer, 1998). Dans ce contexte, l'existence d'un travail corporel lors des ateliers thérapeutiques d'escrime est une particularité intéressante à évaluer.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'évolution des symptômes de TSPT lors de la participation aux 4 premiers ateliers thérapeutiques d'escrime. Nous faisons l'hypothèse que les participantes présentent des symptômes de TSPT et que ceux-ci ne devraient que peu ou pas diminuer. En effet, c'est le cheminement au travers de la totalité des 10 ateliers et des 10 thèmes du protocole qui fait soin, nous n'attendons donc pas d'amélioration majeure avec un cheminement incomplet.

Les objectifs secondaires de l'étude sont d'évaluer l'évolution des difficultés de régulation des émotions et l'investissement corporel lors de la participation aux 4 premiers ateliers. Notre hypothèse est que ces femmes présentent des difficultés dans ces domaines et que la participation à ces 4 ateliers pourrait induire une amélioration dans leur capacité à réguler leurs émotions ainsi qu'un meilleur rapport à leur corps, dans la mesure où le travail de ces notions semble plus progressif et moins dépendant d'un cheminement total au travers des 10 ateliers.

a. Matériels et Méthode

i. Participants et procédure

Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective à partir de données collectées auprès de 6 participantes lors de leurs 4 premiers ateliers s'étant déroulés entre septembre et décembre 2021 en Normandie dans la ville d'Hérouville-Saint-Clair. Les données collectées sont issues des bilan pré thérapeutiques réalisés par les thérapeutes de l'équipe encadrante et font partie du protocole des ateliers

thérapeutiques d'escrime au même titre que des auto-questionnaires de suivi que les participantes étaient invitées à remplir à leur domicile.

Ces données concernent des caractéristiques socio démographiques (statut marital, niveau d'éducation et âge), les antécédents médicaux et les traitements en cours.

Les quatre auto-questionnaires remplis par les patientes avant le premier atelier sont la Life Event Checklist (LEC-5), la PTSD Check List (PCL-5), la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-F) et la Body Investment Scale (BIS FR). Ces auto-questionnaires ont été à nouveau complétés par les participantes entre le deuxième et le troisième atelier et entre le quatrième et le cinquième atelier à l'exception de la LEC-5 complétée uniquement avant le premier atelier.

L'ensemble des données a été récupéré au cours du mois de janvier 2022 auprès des encadrants de l'atelier thérapeutique d'escrime avec l'accord des participantes.

La population étudiée correspond aux femmes âgées de 18 à 65 ans et victimes de violences sexuelles. Les critères d'inclusion dans l'étude étaient 1) participer aux ateliers thérapeutiques d'escrime d'Hérouville-Saint-Clair pour l'année 2021-2022, 2) être âgée entre 18 et 65 ans inclus, 3) avoir donné son consentement pour l'utilisation des données collectées de manière anonyme. Le premier critère d'inclusion comprenait nécessairement le fait d'avoir subi des violences sexuelles, et d'être une femme, ces deux éléments n'ont donc pas été ajoutés aux critères d'inclusion de l'étude.

Les dix participantes aux ateliers d'escrime pour l'année 2021-2022 à Hérouville Saint Clair avaient un âge compris entre 18 et 65 ans. Six participantes ont donné leur consentement pour participer à l'étude et ont donc pu être incluses.

Les 6 participantes de l'échantillon étaient des femmes âgées entre 29 ans et 56 ans. Leur moyenne d'âge était de 42,5 ans. Sur les 6 participantes 5 (83%) avaient un niveau d'éducation correspondant au baccalauréat ou supérieur et 1 (17%) participante avait un niveau inférieur. 3 participantes (50%) étaient mariées, 2 (33%) participantes étaient en concubinage et 1 (17%) participante était célibataire. 2 participantes (33%) déclaraient avoir eu un suivi psychologique ou psychiatrique par le passé et 4 participantes (66%) avaient un suivi psychologique ou psychiatrique en cours. Sur les 6 participantes, 4 (66%) déclaraient avoir un traitement anti-dépresseur en cours, 1 (17%) participante déclarait avoir eu par le passé un traitement anti-dépresseur et 1 (17%) participante déclarait n'avoir jamais eu de traitement anti-dépresseur (cf Tableau 1).

L'étude a été analysée au sein du comité d'éthique de la recherche (CLERS) du Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé du CHU de Caen. Le CLERS a émis un avis favorable et a déclaré l'étude conforme aux règles et standards éthiques requis. Les participantes ont donné leur accord pour que les données soient collectées et analysées de manière anonyme. Une information claire concernant le déroulement et l'objectif de l'étude leur a été donnée.

ii. Mesures

1. La LEC-5

A l'origine, la LEC a été développée en même temps que la CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV) pour être administrée avant celle-ci. La LEC a démontré des propriétés psychométriques adéquates en tant qu'évaluation autonome de l'exposition au traumatisme, en particulier lors de l'évaluation de la

cohérence des événements qui se sont réellement produits pour un répondant (Ashbaugh et al., 2016).

La LEC-5 est destinée à recueillir des informations sur les expériences potentiellement traumatisantes qu'une personne a vécues. Il n'y a pas de protocole de notation formel ou d'interprétation en soi, autre que d'identifier si une personne a vécu un ou plusieurs des événements énumérés. Les répondants indiquent différents niveaux d'exposition à chaque type d'événement potentiellement traumatique inclus sur une échelle nominale de 6 points, et les répondants peuvent endosser plusieurs niveaux d'exposition au même type de traumatisme. La LEC-5 ne donne pas de score total ni de score composite mais permet d'identifier le nombre de types d'expositions traumatiques auxquelles les sujets sont exposés, ainsi que le trauma index (événement le plus traumatisant), vis-à-vis duquel la PCL-5 est complétée.

La version de la LEC-5 utilisée dans l'étude est une version adaptée et ayant bénéficié d'une rétro traduction (Bui, Denis, & Goetter).

2. La PCL-5

La PTSD Check List (Weathers et al., 1993) est cohérente avec la nosographie du DSM-5 (PCL-5) (cf annexe). La PCL-5 est un auto-questionnaire qui explore les symptômes du DSM à travers 20 items et qui sont notés sur une échelle de Likert de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement) pour un score final se situant entre 0 et 80. Les 20 items de la PCL-5 peuvent être séparés en 4 sous catégories correspondants aux différents clusters du DSM-5 (Symptômes d'intrusion, Evitement, Altération des cognitions et de l'humeur et Hyperréactivité). La PTSD Check List permet de surveiller l'évolution des symptômes de TSPT pendant un traitement. Elle permet

également de réaliser un dépistage d'un trouble de stress post-traumatique et de réaliser un diagnostic provisoire. Un score supérieur ou égal à 33 suggère un diagnostic de trouble de stress post traumatique (Bovin et al., 2016 ; Wortmann et al., 2016). Parmi les versions existantes, une version explorant le dernier mois et une version explorant la dernière semaine existent. Aux États-Unis le VA/Dod recommande l'utilisation de la PTSD Check List à l'initiation du traitement et au cours de ce dernier afin d'évaluer l'évolution des symptômes de TSPT.

La PCL-5 a fait l'objet d'une traduction validée en français (Macintosh et al., 2015) et la version de la PCL-5 utilisée dans l'étude est une version adaptée et ayant bénéficié d'une rétro traduction (Bui, Denis, & Goetter).

3. La DERS

Une régulation réussie des émotions est un aspect essentiel d'un fonctionnement social efficace et du bien-être personnel. Les difficultés de régulation des émotions entraînent des déficiences relationnelles et sont présumées être impliquées dans l'apparition et le maintien de certains troubles psychopathologiques ainsi que dans des comportements inappropriés. L'échelle DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) est un instrument complet de mesure des problèmes de régulation des émotions qui englobe plusieurs dimensions sur lesquelles des difficultés peuvent apparaître (Gratz et Roemer, 2003).

Il s'agit d'un auto-questionnaire (Cf. Annexe) qui examine six difficultés de régulation des émotions : l'inacceptation des émotions négatives, la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives, la difficulté à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives,

l'accès restreint à des stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces, le manque de conscience émotionnelle, et l'incompréhension de ses émotions définie comme le manque de clarté émotionnelle. Des scores plus faibles indiquent la présence de difficultés dans la régulation des émotions. La DERS constitue un instrument rapide et simple à remplir. Il contient 36 items dont la cotation s'effectue sur une échelle de Lickert de 1 (presque jamais) à 5 (presque toujours).

La version de la DERS utilisée dans l'étude est une version traduite et validée en français, la DERS-F (Dan-Glauser et al., 2012).

4. La BIS

The Body Investment Scale (BIS) (Orbach et Mikulincer, 1998) est un auto-questionnaire (Cf. Annexe) mesurant le rapport qu'entretient le répondant avec son corps. La BIS est composée de 24 items qui explorent 4 aspects fondamentaux du soi corporel qui ont été identifiés comme étant les plus importants pour la question de l'auto-préservation contre l'autodestruction : les sentiments et attitudes liés à l'image du corps, le confort dans le contact physique, les soins corporels, et la protection corporelle. La cotation s'effectue sur une échelle de Lickert de 1 (si vous n'êtes pas du tout d'accord) à 5 (si vous êtes tout à fait d'accord). Certains items s'effectuent en cotation inverse de 1 (si vous êtes tout à fait d'accord) à 5 (si vous n'êtes pas du tout d'accord). Des scores plus élevés à la BIS peuvent être indicatifs de processus autodestructeurs et de comportements suicidaires. Les auteurs de la BIS suggèrent qu'elle peut être un instrument utile dans l'exploration de certains

troubles tels que les troubles du comportement alimentaire, les troubles de l'usage des substances et les troubles liés aux expériences d'agressions sexuelles.

La version de la BIS utilisée dans l'étude est une version traduite par nos soins, nommée BIS FR, la BIS ne disposant pas de traduction validée en français. (Cf. Annexe)

Le critère de jugement principal était le score à la PCL-5.

Les critères de jugement secondaire sont les scores à la DERS-F, et la BIS FR.

iii. Analyse statistique

Les scores totaux des quatre auto-questionnaires sont comparés aux 3 temps de passation (T0 avant le début des ateliers, T1 entre le deuxième et le troisième atelier et T2 entre le quatrième et le cinquième atelier). Puis les scores moyens de chaque sous-catégorie de la PCL-5, la DERS-F et la BIS sont comparés entre les trois temps de passation. Enfin, si des modifications sont observées entre les 3 temps de mesure, un calcul du seuil de significativité par ANOVA à mesures répétées est effectué pour le score concerné.

b. Résultats

i. Résultats à T0

D'après les résultats de la LEC-5, le nombre moyen d'évènement traumatiques rapportés par les participantes était de 8 et comprenait toujours au moins une

agression sexuelle. Sur les 6 participantes, 5 (83%) considéraient que le pire événement traumatique qu'elles avaient vécu était une agression sexuelle et 1 (17%) participante considérait que le pire événement qu'elle avait vécu était une blessure ou une maladie mettant la vie en danger. 5 (83%) participantes rapportaient avoir été personnellement touchées lors du pire événement traumatique vécu et 1 (17%) participante rapportait avoir été témoin. Le temps moyen en mois s'étant écoulé depuis le pire événement traumatique rapporté par les participantes était en moyenne de 330 mois soit 27 ans et 6 mois.

Les scores totaux moyens à la PCL- 5 à T0 étaient de 44,2 avec un score minimum de 25 et un score maximum de 60. Sur les 6 participantes, 4 (66%) avaient un score supérieur à 33 et donc un score indiquant un diagnostic de TPST probable. Dans les sous catégories de la PCL-5, les scores moyens étaient de 10,3 pour les symptômes d'intrusion (Cluster B), 6,5 pour l'évitement (Cluster C), 15,2 pour les altérations des cognitions et de l'humeur (Cluster D) et 12,2 pour l'hyper réactivité (Cluster E).

Les scores totaux moyens à la DERS-F à T0 étaient de 103,3 avec un score minimum de 85 et un score maximum de 129. Les scores moyens des sous catégories de la DERS-F étaient de 15,2 pour l'inacceptation des émotions négatives, 17 pour la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives, 15,2 pour les difficultés à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives, 20,1 pour le manque de conscience émotionnelle, 21,5 pour l'accès restreint à des stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces et 14,5 pour l'incompréhension de ses émotions.

Les scores moyens totaux à la BIS à T0 étaient de 75,5 avec un score minimum de 59 et un score maximum de 88. Les scores moyens des sous catégories de la BIS

étaient de 14,5 pour les sentiments et attitudes liés à l'image du corps, 16,7 pour le confort dans le contact physique, 22 pour les soins corporels et 22,3 pour la protection corporelle (cf Tableau 1).

ii. Résultats à T1 et T2

Les scores moyens totaux à la PCL-5 étaient 48,5 à T1 et 42,7 à T2 (cf Tableau 2). Les scores moyens pour les sous catégories de la PCL-5 à T1 étaient 13,3 pour le Cluster B, 4,8 pour le Cluster C, 17 pour le Cluster D et 13,3 pour le Cluster E. Les scores moyens pour ces même sous catégories à T2 étaient 9,8 pour le Cluster B, 5,5 pour le Cluster C, 14,3 pour le Cluster D et 13 pour le Cluster E. Ces résultats montrent que les symptômes de TSPT restent stables entre le premier et le quatrième atelier avec une légère augmentation de 5 points après le deuxième atelier qui s'amende après le quatrième atelier. L'augmentation du score à la PCL-5 après le deuxième atelier se reporte sur les sous catégories du Cluster B, du Cluster D et du Cluster E.

Les scores moyens totaux à la DERS-F étaient 97,8 à T1 et 91,8 à T2, ce qui montre une légère diminution des scores totaux au fil des 4 premiers ateliers. Les scores moyens des sous catégories de la DERS-F à T1 étaient de 15 pour l'inacceptation des émotions négatives, 15,8 pour la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives, 13,7 pour les difficultés à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives, 18 pour le manque de conscience émotionnelle, 21,7 pour l'accès restreint à des stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces et 13,7 pour l'incompréhension de ses émotions.

Tableau 1

Données socio démographique et cliniques et scores à T0 de la PCL-5, la DERS-F et la BIS

Mesure	%	M	Sd	Min	Max
Sexe					
Féminin	100				
Masculin	0				
Age		42,5	10,1	29	56
Statut marital					
Mariée	50				
Célibataire	33,3				
Concubinage	16,7				
Education la plus haute					
Pas de baccalauréat	16,7				
Baccalauréat ou supérieur	83,3				
Suivi psychiatrique ou psychologique					
Interrompu	33,3				
En cours	66,7				
Traitement anti dépresseur					
Jamais	16,7				
Interrompu	66,6				
En cours	16,7				
Total PCL-5		44,2	14,5	25	60
Cluster B		10,3	5,8	2	17
Cluster C		6,5	1,4	5	8
Cluster D		15,2	5,5	8	21
Cluster E		12,2	3,9	5	16
Total DERS-F		103,3	17,6	85	129
Inacceptation des émotions négatives		15,2	6,7	6	22
Comportements orientés vers des buts		17	4,4	13	24
Difficultés à contrôler des comportements impulsifs		15,2	3,4	10	18
Manque de conscience émotionnelle		20,1	5,1	14	26
Accès restreint à des stratégies de régulation		21,5	4,9	15	28
Incompréhension de ses émotions		14,5	1,7	12	17
Total BIS		75,5	9,9	59	88
Sentiments et attitudes liés à l'image du corps		14,5	4	10	20
Confort dans le contact physique		16,7	4,8	9	22
Soins corporels		22	2,6	19	25
Protection corporelle		22,3	3,5	19	25

Tableau 2

Comparaison des scores entre T0, T1 et T2 pour la PCL-5, la DERS-F et la BIS

Mesure	M (Sd)		
	T0	T1	T2
Total PCL-5	44,2 (14,5)	48,5 (10,6)	42,7 (7,5)
Cluster B	10,3 (5,8)	13,3 (1,5)	9,8 (3,1)
Cluster C	6,5 (1,4)	4,8 (1,5)	5,5 (1)
Cluster D	15,2 (5,5)	17 (4,6)	14,3 (3,2)
Cluster E	12,2 (3,9)	13,3 (4,6)	13 (2,6)
Total DERS-F	103,3 (17,6)	97,8 (15,1)	91,8 (6,1)
Inacceptation des émotions négatives	15,2 (6,7)	15 (4,4)	13,5 (3,9)
Comportements orientés vers des buts	17 (4,4)	15,8 (4,4)	16,7 (2,9)
Difficultés à contrôler des comportements impulsifs	15,2 (3,4)	13,7 (3,7)	12 (2,7)
Manque de conscience émotionnelle	20,1 (5,1)	18 (2,5)	18,5 (2,9)
Accès restreint à des stratégies de régulation	21,5 (4,9)	21,7 (3,9)	18,8 (3,8)
Incompréhension de ses émotions	14,5 (1,7)	13,7 (1,9)	12,3 (1,5)
Total BIS	75,5 (9,9)	77,7 (9,1)	75,7 (10,4)
Sentiments et attitudes liés à l'image du corps	14,5 (4)	16,7 (1,6)	16,2 (3,1)
Confort dans le contact physique	16,7 (4,8)	16,7 (3,6)	16,3 (2,7)
Soins corporels	22 (2,6)	21,2 (4,1)	19 (3,3)
Protection corporelle	22,3 (3,5)	23,2 (2,8)	24,2 (3,4)

Les scores moyens des sous catégories de la DERS-F à T2 étaient de 13,5 pour l'inacceptation des émotions négatives, 16,7 pour la difficulté à s'engager dans des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives, 12 pour les difficultés à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives, 18,5 pour le manque de conscience émotionnelle, 18,8 pour l'accès restreint à des stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces et 12,3 pour l'incompréhension de ses émotions. Ces résultats montrent que les sous

catégories de la DERS-F qui ont diminué le plus au cours des quatre premiers ateliers sont les difficultés à contrôler les comportements impulsifs en présence d'émotions négatives, le manque de conscience émotionnelle, l'accès restreint à des stratégies de régulations efficaces et l'incompréhension de ses émotions.

Les scores moyens totaux à la BIS à T0 étaient de 77,7 à T1 et 75,7 à T2. On observe un score similaire à la BIS entre le premier et le quatrième atelier avec une légère augmentation après le deuxième atelier. Les scores moyens des sous catégories de la BIS à T1 étaient de 16,7 pour les sentiments et attitudes liés à l'image du corps, 16,7 pour le confort dans le contact physique, 21,2 pour les soins corporels et 23,2 pour la protection corporelle. Les scores moyens des sous catégories de la BIS à T2 étaient de 16,2 pour les sentiments et attitudes liés à l'image du corps, 16,3 pour le confort dans le contact physique, 19 pour les soins corporels et 24,2 pour la protection corporelle. Les résultats des sous catégories montrent une légère augmentation du score pour la protection corporelle et une légère diminution du score pour les soins corporels.

iii. ANOVA à mesures répétées

L'ANOVA à mesures répétées pour les scores totaux obtenus à la DERS-F entre T0, T1 et T2 ne retrouvent pas une différence significative avec p légèrement supérieur à 0,05 ($p=0,09$) (cf Tableau 3). L'ANOVA à mesures répétée ne retrouve pas non plus de différences significatives pour les sous catégories de la DERS-F en dehors de la sous-catégorie « accès restreint à des stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces » pour laquelle l'ANOVA à mesures répétées retrouve une différence significative entre les trois temps ($p=0,01$). L'effet du temps sur la sous-

catégorie « les difficultés à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives » est marginalement significatif ($p=0,06$).

Tableau 3

Calcul par ANOVA à mesures répétées du seuil de significativité de la différence des scores à la DERS-F entre T0 et T2

	<i>F</i>	<i>p</i>
Total DERS-F	3,04	0,09
Inacceptation des émotions négatives	1,44	0,28
Comportements orientés vers des buts	0,56	0,59
Difficultés à contrôler des comportements impulsifs	3,59	0,06
Manque de conscience émotionnelle	1,52	0,26
Accès restreint à des stratégies de régulation	7,71	0,01
Incompréhension de ses émotions	1,07	0,37

c. Discussion

Les résultats obtenus à la PCL-5 à T0 sont cohérents avec l'hypothèse de l'existence de symptômes de TSPT chez les participantes de l'atelier thérapeutique d'escrime puisque 66% des participantes avaient un diagnostic probable de TSPT et le score minimum obtenu à la PCL-5 était de 25. Par ailleurs l'ensemble des participantes rapportaient avoir vécu des violences sexuelles et 5 participantes sur 6 (83%)

notaient le pire événement traumatique vécu comme étant ces violences sexuelles. Ce résultat est également cohérent avec l'existence de symptômes de TSPT chez les participantes puisque comme nous l'avons plus tôt, les violences sexuelles constituent un facteur de risque majeur de développer un TSPT. Les résultats à la LEC-5 montrent également que les violences sexuelles notées comme pire événement traumatique vécu s'étaient déroulées il y a en moyenne 27 ans et 6 mois. Ceci qui correspond, pour les participantes, à un événement traumatique vécu en moyenne à l'âge de 15 ans. Toutes les participantes ont eu par le passé ou ont actuellement un suivi psychologique ou psychiatrique et 5 participantes sur 6 disaient avoir eu ou avoir un traitement anti-dépresseur. Cela est également cohérent avec la forte prévalence de troubles psychiatriques chez les personnes victimes de violences sexuelles.

Notre hypothèse concernant l'évolution des symptômes de TSPT lors de la participation aux quatre premiers ateliers thérapeutiques d'escrime est confirmée par l'absence de diminution des scores totaux à la PCL-5 entre T0 et T2. Comme nous l'avons dit plus tôt, les ateliers thérapeutiques constituent un cheminement sur 10 séances qui constitue un ensemble cohérent et dont les éléments n'ont pas été organisés dans le but d'être désolidarisés et utilisés de manière isolée. On observe par ailleurs une élévation du score total de la PCL-5 entre T0 et T1 ce qui correspond aux deux premiers ateliers dont les thèmes sont les limites et les bases. Bien qu'il soit difficile d'évaluer la significativité de cette élévation du score à la PCL-5, cela pourrait illustrer que le cheminement réalisé par les participantes peut être vécu difficilement et conforte la nécessité d'un accompagnement fort des participantes tout au long du protocole.

Les résultats obtenus aux scores totaux de la BIS ne permettent pas de conclure à une amélioration générale de l'investissement corporel pour les participantes au cours des quatre premiers ateliers thérapeutiques d'escrime. Cependant, on observe une diminution du score pour la sous-catégorie des soins corporels ce qui pourrait s'expliquer par une amélioration de l'attention des participantes portée à leurs corps. On observe également une diminution du score pour la sous-catégorie de la protection corporelle ce qui nous fait formuler l'hypothèse d'une vulnérabilité des participantes tout au long de la participation aux ateliers et renforcerait encore la nécessité d'un encadrement fort. Il serait nécessaire de poursuivre les observations sur l'ensemble des séances et de réaliser des observations sur un échantillon plus important de participantes pour documenter davantage ces modifications des scores.

Les résultats obtenus aux scores totaux de la DERS-F montrent une nette diminution entre le début des ateliers et le quatrième atelier et cette différence est proche de la significativité. Lorsqu'on observe les résultats aux sous catégories de la DERS-F, on remarque que les scores de la sous-catégorie « Accès restreint à des stratégies de régulation » sont significativement diminués entre le début des ateliers et le quatrième atelier. Notre hypothèse d'une amélioration de la capacité à réguler les émotions après 4 ateliers est donc validée. Il s'agit d'un point important puisque comme nous l'avons plus tôt la dysrégulation émotionnelle constitue un point essentiel dans le TSPT (Seligowski et al, 2015). Plusieurs études basées sur le modèle de la DERS retrouvent que des difficultés élevées en matière de régulation des émotions en général ont été systématiquement associées à des symptômes plus sévères du TSPT (McDermott et al., 2009 ; Miles et al., 2016 ; Tull et al., 2007 ; Weiss et al., 2013). Bien les scores obtenus à la PCL-5 ne retrouvent pas de différence significative entre les trois temps de mesure, la participation aux quatre

premiers ateliers d'escrime a tout de même permis d'améliorer les capacités de régulation des émotions des participantes. Cette amélioration de la régulation des émotions pourrait contribuer à terme à diminuer la sévérité des symptômes de TSPT. Par ailleurs, certains programmes de psychothérapie intensive centrée sur le trauma proposent aux participants des ateliers de pratiques psychocorporelles telles que le yoga afin de faciliter la relaxation, diminuer l'anxiété et améliorer la régulation des émotions dans le but de soutenir le patient durant le travail intensif en psychothérapie (Harvey et al., 2018). Si les résultats montrant une amélioration des capacités de régulation des émotions sont confirmés, les ateliers thérapeutiques d'escrime pourraient être intégrés à un programme de psychothérapie centrée sur le trauma afin de soutenir les patients.

Bien que l'étude n'explore pas la faisabilité pratique des ateliers thérapeutiques d'escrime il s'agit d'une question importante. En effet, une équipe d'intervenants formés d'environ 5 à 8 personnes est nécessaire pour encadrer un atelier d'une dizaine de participantes. De plus, le suivi des participantes entre les ateliers doit être assuré par des thérapeutes formés au protocole. D'un point de vue logistique, du matériel spécifique est nécessaire (masques d'escrime, tenues de protection, sabres) ainsi qu'un lieu adapté à la pratique de l'escrime. Sur le plan financier, le coût moyen d'une séance d'atelier thérapeutique d'escrime est de 350 euros par participante (Guérin, 2019). Afin de diminuer les coûts, l'organisation actuelle repose en partie sur le bénévolat des encadrants, des subventions par les clubs d'escrime et une participation financière des participantes variable selon leurs moyens. Bien que la piste d'un remboursement par l'assurance maladie soit explorée, les ateliers thérapeutiques d'escrime n'en font pas l'objet actuellement.

La satisfaction est un autre sujet qu'il serait intéressant d'explorer dans de futures recherches. En effet, les ateliers thérapeutiques d'escrime constituent une approche innovante différente des psychothérapies classiques pour lesquelles le taux d'abandon est parfois élevé (Goetter, et al., 2015). Les approches psychocorporelles ont déjà montré qu'elles présentaient un haut niveau de satisfaction (Millegan et al., 2021), les ateliers thérapeutiques d'escrime pourraient être également à l'origine d'une meilleure satisfaction et d'un taux d'abandon moindre en cours de protocole. Dans notre étude, aucun abandon n'a été relevé ce qui est encourageant. De plus, l'inquiétude relative à une forme de stigmatisation lors d'une prise en charge psychiatrique et psychologique est une barrière dans l'accès aux soins des personnes atteintes de TSPT (Hoge et al., 2014; Tanielian et al., 2016). En tant que démarche psychocorporelle, les ateliers thérapeutiques d'escrime pourraient susciter moins d'inquiétude par rapport à une éventuelle stigmatisation à l'instar d'autres approches psychocorporelles telles que le yoga et la méditation pleine conscience (Millegan et al., 2021).

Ainsi, si les 4 premières séances d'ateliers thérapeutiques d'escrime ne semblent pas permettre une diminution des symptômes de TSPT, la diminution des difficultés de régulation émotionnelle pourrait conférer un intérêt à la réalisation d'ateliers de manière isolée sans le protocole complet en complément d'une autre psychothérapie. D'autres études sont nécessaires afin de confirmer ces résultats et d'évaluer l'intérêt du protocole complet d'ateliers thérapeutiques d'escrime dans la prise en charge du TSPT en tant que thérapie principale.

Cette étude a plusieurs limites dont la première est son faible nombre de participantes, limitant la puissance statistique des analyses. Une autre limite est l'existence d'un traitement anti-dépresseur actuel et d'un suivi psychologique ou

psychiatrique actuel chez 66% des patientes. Cela constitue un biais de confusion qu'il serait nécessaire de prendre en compte dans de futures recherches. Il existe un également un risque de biais d'information, les auto-questionnaires étaient complétés par les participantes à leur domicile dans la semaine précédant l'atelier, les conditions dans lesquelles elles ont répondu n'étaient pas équivalentes. De plus les auto-questionnaires comportent des risques d'erreur lors de leur passation notamment en raison de la présence de plusieurs items dont la cotation se fait à l'envers. Enfin, il est nécessaire de rester vigilant par rapport à la population étudiée qui se restreint aux femmes victimes de violences sexuelles. Ces résultats ne sont donc valides que pour ce type de population.

Des études futures sont nécessaires afin de confirmer les résultats retrouvés sur la totalité des séances et donc sur l'utilisation du protocole comme thérapie principale. Les études futures pourraient également réaliser des observations sur plusieurs ateliers ayant lieu en France afin d'augmenter la puissance et de permettre de prendre en compte d'éventuels facteur de confusion.

En ce qui concerne l'aspect de régulation des émotions et l'utilisation d'ateliers isolés, en complément d'une thérapie principale, il conviendrait d'investiguer les bénéfices éventuels dans une population présentant des TSPT n'ayant pas nécessairement subi de violence sexuelle.

V. CONCLUSION

Les psychothérapies psychocorporelles sont de plus en plus étudiées dans la prise en charge du TSPT. En effet, elles constituent une approche innovante et répondent au besoin d'alternatives aux psychothérapies recommandées qui présentent un taux d'abandon encore trop élevé. Bien que certaines psychothérapies psychocorporelles aient fait l'objet d'étude telles que le yoga ou la méditation pleine conscience, de nombreuses thérapies n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation. A travers l'amélioration des capacités de régulation émotionnelle, notre recherche est en faveur de l'intérêt des ateliers thérapeutiques d'escrime dans la prise en charge du TSPT chez les femmes victimes de violences sexuelles, en complément d'une autre thérapie, si ce n'est comme soin principal. La poursuite de nos investigations permettra de répondre davantage à cette question.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- Abrahams, N., Jewkes, R., & Mathews, S. (2013). Depressive symptoms after a sexual assault among women : Understanding victim-perpetrator relationships and the role of social perceptions. *African Journal of Psychiatry*, 16(4), 288-293. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v16i4.39>
- Akbarian, F., Bajoghli, H., Haghighi, M., Kalak, N., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2015). The effectiveness of cognitive behavioral therapy with respect to psychological symptoms and recovering autobiographical memory in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third ed.* American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed.* American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth ed.* American Psychiatric Publishing.
- Ashbaugh, A., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE, Public Library of Science*, 11(10). <https://hal-univ-tours.archives-ouvertes.fr/hal-02524236>
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder : Prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 307-311. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>
- Auxmery, Y. (2019). Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : Intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 245-256. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.002>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide : Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379-1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>

- Brun, A. (2007). *Résumé des œuvres complètes de Freud : 1914-1920*. Hermann.
- Bui, E., Brunet, A., Allenou, C., Raynaud, J.-P., Claudet, I., Fries, F., Cahuzac, J.-P., Grandjean, H., Schmitt, L., & Birmes, P. (2010). P01-177—Peritraumatic Reactions and Post-traumatic Stress Symptoms in School-aged Children Victims of Road Traffic Accident. *European Psychiatry*, 25(S1), 1-1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)70383-7](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)70383-7)
- Casey, P., Strain, J. J., & Inc, A. P. P. (2018). *Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress : Le guide du clinicien*. Elsevier Health Sciences.
- Chandler, H. K., Ciccone, D. S., & Raphael, K. G. (2006). Localization of Pain and Self-Reported Rape in a Female Community Sample. *Pain Medicine*, 7(4), 344-352. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2006.00185.x>
- Charney, M. E., Hellberg, S. N., Bui, E., & Simon, N. M. (2018). Evidenced-Based Treatment of Posttraumatic Stress Disorder : An Updated Review of Validated Psychotherapeutic and Pharmacological Approaches. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(3), 99-115. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000186>
- Chauvel, H. (2021). *Intérêt de l'abord en thérapie cognitivo-comportementale du trouble de stress post-traumatique par la thérapie des processus cognitifs*. Caen
- Cushing, R. E., & Braun, K. L. (2018). Mind–Body Therapy for Military Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder : A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(2), 106-114. <https://doi.org/10.1089/acm.2017.0176>
- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2012). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1421-0185/a000093>
- Dégeilh, F., Viard, A., Dayan, J., Guénolé, F., Egler, P.-J., Baleyte, J.-M., Eustache, F., & Guillery-Girard, B. (2013). Memory impairment in posttraumatic stress disorder : Behavioural and neuroimaging findings. *Revue de neuropsychologie*, 5(1), 45-55
- Dubosc, A., Capitaine, M., Franko, D. L., Bui, E., Brunet, A., Chabrol, H., & F. Rodgers, R. (2012). Early adult sexual assault and disordered eating : The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 50-56. <https://doi.org/10.1002/jts.21664>
- Guillery-Girard, B. (2013). Memory impairment in posttraumatic stress disorder : Behavioural and neuroimaging findings. *Revue de neuropsychologie*, 5(1), 45-55.
- Descilo, T., Vedamurtachar, A., Gerbarg, P. L., Nagaraja, D., Gangadhar, B. N., Damodaran, B., Adelson, B., Braslow, L. H., Marcus, S., & Brown, R. P. (2010). Effects of a yoga breath intervention alone and in combination with an exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression in survivors of the 2004 South-East Asia tsunami. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 289-300. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01466.x>
- Felitti, V., & Anda, R. (2009). The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Medical Disease, Psychiatric Disorders, and Sexual Behavior : Implications for

Healthcare. *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042.010>

Ferenczi, S. (1974). *Œuvres complètes : Psychanalyse III. 1919-1926*. Payot.

Gamba, L. (2004). *Les thérapies Psycho-Corporelles*.

Goetter, E. M., Bui, E., Ojserkis, R. A., Zakarian, R. J., Brendel, R. W., & Simon, N. M. (2015). A Systematic Review of Dropout From Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder Among Iraq and Afghanistan Combat Veterans : Dropout From PTSD Treatment in OEF/OIF Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 401-409. <https://doi.org/10.1002/jts.22038>

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2003). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation : Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14.

Grebot, & Berjot. (2010). Stress perçu et stress post-traumatique après un licenciement. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 4 vol 20, 131-140.

Guérin, V. (2011). *Stop aux violences sexuelles ! : Écoutons donc ces corps qui parlent !* Auto-édition, Docteur Violaine Guérin.

Guérin, V. (2014). *Conséquences chroniques des violences sexuelles dans une consultation d'endocrinologie et de gynécologie médicale*.

Guérin, V. (2019). *Guide clinique de conduite d'ateliers thérapeutiques d'escrime pour des adultes ayant été victimes de violences sexuelles*. Tanemirt éditions.

HAS. (2007). *Guide médecin sur les troubles anxieux graves*.

Hauswirth, M. (2002). De l'Analyse Bioénergétique aux psychothérapies psycho-corporelles analytiques. In *Traité de psychothérapie comparée, sous la direction Nicolas Duruz et Michèle Gennart* (Médecine et Hygiène, p. 180-204).

Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., Worthington, J. J., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2013). Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder : Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(8), 16662. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08083>

Heller, M. (2008). *Les psychothérapies corporelles : Fondements et méthodes*. De Boeck Supérieur.

Husky, M. M., Lépine, J.-P., Gasquet, I., & Kovess-Masfety, V. (2015). Exposure to Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in France : Results From the WMH Survey: Traumatic Events and PTSD in France. *Journal of Traumatic Stress*, 28(4), 275-282. <https://doi.org/10.1002/jts.22020>

Kabat-Zinn, J. (2009). *Wherever You Go, There You Are : Mindfulness Meditation In Everyday Life*. Hachette UK.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kim, S. H., Schneider, S. M., Kravitz, L., Mermier, C., & Burge, M. R. (2013). Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *Journal of Investigative Medicine: The Official Publication of the American Federation for Clinical Research*, 61(5), 827-834. <https://doi.org/10.2310/JIM.0b013e3182906862>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults : Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>
- Lin Zhu, Long Li, Xiao-zhi Li and Lin Wang. (2022). *Mind–Body Exercises for PTSD Symptoms, Depression, and Anxiety in Patients With PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis*.
- Lopez, G. (2016). *Traiter les psychotraumatismes*. <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/4404-traiter-les-psychotraumatismes.html>
- MacIntosh, Heather B., Séguin, Guylaine, Abdul-Ramen, I., Randy, M. (2015). Première traduction française PCL-5-LEC, Civilian Checklist for PTSD, DSM5. *Canadian Psychological Association*.
- Midei, A. J., & Matthews, K. A. (2011). Interpersonal violence in childhood as a risk factor for obesity : A systematic review of the literature and proposed pathways. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(5), e159-172. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00823.x>
- Moore M, Brown D, Money N, & Bates M. (2011). Mind-body skills for regulating the autonomic nervous system. Arlington, VA: *Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury*.
- Motchane, J.-F. (2005). *Extrait du cours « Les Psychothérapies Corporelles » de Jean-Frédéric Motchane dans le cadre du Certificat de formation complémentaire en Médecine Psychosomatique et Psychosociale (UNIL/HUGE)*. Association Suisse des Thérapies Psycho-Corporelles.
- Nazarian, D., Kimerling, R., & Frayne, S. M. (2012). Posttraumatic stress disorder, substance use disorders, and medical comorbidity among returning U.S. veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 220-225. <https://doi.org/10.1002/jts.21690>
- NCCIH. (2020). *Yoga for Health : What the Science Says*. <https://www.nccih.nih.gov/health/providers/digest/yoga-for-health-science>
- NICE. (s. d.). *Post-traumatic stress disorder NICE guidelines*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>

- Niles, B. L., Mori, D. L., Polizzi, C., Pless Kaiser, A., Weinstein, E. S., Gershkovich, M., & Wang, C. (2018). A systematic review of randomized trials of mind-body interventions for PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1485-1508. <https://doi.org/10.1002/jclp.22634>
- Oram, S. (2019). Sexual violence and mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 592-593. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000106>
- Orbach, I., & Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale : Construction and validation of a body experience scale. *Psychological Assessment*, 10(4), 415-425. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.4.415>
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms : A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- Postel, C., Mary, A., Dayan, J., Fraisse, F., Vallée, T., Guillery-Girard, B., Viader, F., Sayette, V. de la, Peschanski, D., Eustache, F., & Gagnepain, P. (2021). Variations in response to trauma and hippocampal subfield changes. *Neurobiology of Stress*, 15, 100346. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2021.100346>
- Ravindran, L. N., & Stein, M. B. (2009). Pharmacotherapy of PTSD : Premises, principles, and priorities. *Brain Research*, 1293, 24-39. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.03.037>
- Reich, W. (2006). *L'analyse caractérielle*. Payot.
- Schlenger, W. E., Corry, N. H., Williams, C. S., Kulka, R. A., Mulvaney-Day, N., DeBakey, S., Murphy, C. M., & Marmar, C. R. (2015). A Prospective Study of Mortality and Trauma-Related Risk Factors Among a Nationally Representative Sample of Vietnam Veterans. *American Journal of Epidemiology*, 182(12), 980-990. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv217>
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion Regulation and Posttraumatic Stress Symptoms : A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87-102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
- Streeter, C. C., Gerbarg, P. L., Saper, R. B., Ciraulo, D. A., & Brown, R. P. (2012). Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric-acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Medical Hypotheses*, 78(5), 571-579. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.01.021>
- Tanaka, H., & Suksom, D. (2015). Mind-Body Exercises. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(6), 459-459. <https://doi.org/10.1177/1559827615591153>
- Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamäki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., & Puska, P. (2001). Nightmares as Predictors of Suicide. *Sleep*, 24, 844-847. <https://doi.org/10.1093/sleep/24.7.845>

- The Department of Veterans Affairs and the Department of Defense guidelines. (2017). *VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*
- Tiihonen Möller, A., Bäckström, T., Söndergaard, H. P., & Helström, L. (2014). Identifying Risk Factors for PTSD in Women Seeking Medical Help after Rape. *PLoS ONE*, 9(10), e111136. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111136>
- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L. (2007). Structural Models of the Relations of Assault Severity, Social Support, Avoidance Coping, Self-Blame, and PTSD Among Sexual Assault Survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 31(1), 23-37. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00328.x>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Van Damme, T., Smith, L., Hallgren, M., Schuch, F., Deenik, J., Rosenbaum, S., Ashdown-Franks, G., Mugisha, J., & Firth, J. (2021). The efficacy of meditation-based mind-body interventions for mental disorders : A meta-review of 17 meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 181-191. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.048>
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. A., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL) : Reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper Presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*.
- Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa, E. B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J. S., Hembree, E. A., Mintz, J., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28(11), 1392-1403. <https://doi.org/10.1037/pas0000260>
- Wynn, G. H. (2015). Complementary and Alternative Medicine Approaches in the Treatment of PTSD. *Current Psychiatry Reports*, 17(8), 62. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0600-2>
- Zou, L. Y., Yeung, A. S., Li, C. X., Wei, G. X., Chen, K. W., Kinser, P. A., et al. (2018). *Effects of meditative movements on major depressive disorder : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*.

VII. ANNEXES

1. PCL-5

Nom _____

Date __/__/__

Voici une liste de problèmes qui affectent parfois les personnes suite à des expériences très stressantes. En gardant en tête votre pire événement que vous avez entouré dans la PARTIE 1, veuillez lire chaque problème attentivement et encrer ensuite un des chiffres à droite pour indiquer à quel point vous avez été affecté(e) par ce problème **AU COURS DU DERNIER MOIS**.

Au cours du dernier mois, à quel point vous avez été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modéré ment	Beau coup	Extrême ment
1. Souvenirs répétés, dérangeants et indésirables de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
2. Rêves répétés, dérangeants au sujet de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. Vous sentir ou agir soudainement comme si l'événement stressant arrivait de nouveau (comme si vous y étiez et que reviviez l'événement) ?	0	1	2	3	4
4. Vous sentir très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
5. Avoir des réactions physiques intenses quand quelque chose vous rappelait l'expérience stressante (exemple : palpitations, difficultés à respirer, transpiration excessive)?	0	1	2	3	4
6. Éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments reliés à l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. Éviter les rappels externes de l'événement stressant (exemple: personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations)?	0	1	2	3	4
8. Difficulté à se rappeler des parties importantes de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
9. Avoir de fortes croyances négatives à votre sujet, au sujet d'autres personnes ou au sujet du monde (exemple: avoir des pensées telles que: je suis mauvais(e), j'ai un sérieux problème, on ne peut faire confiance à personne, le monde est complètement dangereux)?	0	1	2	3	4
10. Vous blâmer ou blâmer une autre personne pour l'expérience stressante ou ses répercussions?	0	1	2	3	4
11. Avoir de forts sentiments négatifs comme la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte?	0	1	2	3	4
12. Perte d'intérêt pour les activités que vous aviez l'habitude d'apprécier?	0	1	2	3	4
13. Se sentir distant(e) ou coupé(e) des autres?	0	1	2	3	4
14. Difficulté à avoir des sentiments positifs (exemple: incapable de ressentir du bonheur ou de l'amour envers vos proches)	0	1	2	3	4
15. De l'irritabilité, des explosions de colère, ou des comportements agressifs?	0	1	2	3	4
16. Prendre trop de risque ou faire des choses pouvant vous faire du mal ?	0	1	2	3	4
17. être hypervigilant ou en état d'alerte, ou être sur vos gardes?	0	1	2	3	4
18. Se sentir nerveux ou sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
19. Avoir des difficultés à se concentrer ?	0	1	2	3	4
20. Des difficultés à s'endormir ou rester endormi ?	0	1	2	3	4

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane -- National Center for PTSD

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD

Première traduction française (1st French translation): Macintosh, Séguin, Abdul-Ramen, & Randy

Retro-traduction et Adaptation (Back translation and Adaptation): Bui, Denis, & Goetter

Pcl-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx et Schnurr – National Center for PTSD.

Première traduction française (1st French translation) : Macintosh, Séguin, Abdul-Ramen et Randy

Retro-traduction et Adaptation (Back translation and Adaptatio) : Bui, Denis et Goetter

2. LEC-5

Nom _____

Date ____/____/____

LEC-5

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes que les gens peuvent vivre. Pour chaque événement, veuillez cocher dans une ou plusieurs des cases à droite pour indiquer que: (a) cela vous est arrivé à vous personnellement; (b) vous avez été témoin du fait que c'est arrivé à quelqu'un d'autre; (c) vous avez appris que c'est arrivé à un membre de votre famille proche ou à un(e) ami(e) proche; (d) vous avez été exposé(e) à cet événement dans le cadre de votre emploi (par exemple : SAMU/secouristes, police, militaire ou intervenant de première ligne); (e) Vous n'êtes pas sûr(e) que les réponses précédentes correspondent à votre expérience (f) cela ne s'applique pas à vous.

En lisant chacun des événements de la liste, assurez-vous de tenir compte de votre vie entière (de votre enfance jusqu'à aujourd'hui)

Événement	M'est arrivé	Été témoin	J'ai appris	Dans mon travail	Pas sûr	Ne s'applique pas
1. Catastrophe naturelle (par exemple : inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre)						
2. Incendie ou Explosion						
3. Accident de transport (par exemple : accident de voiture, accident de bateau, accident de train, crash aérien)						
4. Accident grave au travail, à la maison, ou pendant les loisirs						
5. Exposition à une substance toxique (par exemple : produits chimiques dangereux, radiation)						
6. Agression physique (par exemple : être attaqué(e), frappé(e), giflé(e), brutalisé, roué(e) de coups, être battu(e))						
7. Agression armée (par exemple : être touché(e) par balle, poignardé (e), menacé(e) avec un couteau, une arme à feu, une bombe)						
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être forcé à accomplir n'importe quel acte sexuel par la force ou la menace)						
9. Autre expérience sexuelle non désirée ou non voulue						
10. Combat ou exposition à une zone de guerre (en tant que militaire ou civil)						
11. Captivité (par exemple : être kidnappé(e), enlevé(e), pris en otage, prisonnier(ère) de guerre)						
12. Blessure ou maladie mettant la vie en danger						
13. Souffrance humaine grave						
14. Mort violente soudaine (par exemple : homicide, suicide)						
15. Mort accidentelle soudaine						
16. Blessure graves, dommages, ou être responsable de la mort d'une autre personne						

Si vous avez fait l'expérience de plus d'un événement, **encerclez l'événement que vous considérez comme le pire événement**. Dans le cadre du présent questionnaire, le pire événement correspond à celui qui vous affecte le plus actuellement. **Cet événement est arrivé il y a _____ Mois (ou Date : ____/____/____).**

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx & Keane – National Centre for PTSD

3. DERS-F

DERS-F: Echelle de régulation émotionnelle

Le DERS est une échelle permettant d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale.

Répondez à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon si celui-ci vous correspond:

- (1) *presque jamais*
- (2) *quelques fois*
- (3) *la moitié du temps*
- (4) *la plupart du temps*
- (5) *presque toujours*

Code:

	presque jamais	quelques fois	la moitié du temps	la plupart du temps	presque toujours
	1	2	3	4	5
01) Je comprends bien mes sentiments	☐	☐	☐	☐	☐
02) Je fais attention à ce que je ressens	☐	☐	☐	☐	☐
03) Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables	☐	☐	☐	☐	☐
04) Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens	☐	☐	☐	☐	☐
05) J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments	☐	☐	☐	☐	☐
06) Je fais attention à mes sentiments	☐	☐	☐	☐	☐
07) Je sais exactement comment je me sens	☐	☐	☐	☐	☐
08) Je prends garde à ce que je ressens	☐	☐	☐	☐	☐
09) Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens	☐	☐	☐	☐	☐
10) Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion	☐	☐	☐	☐	☐
11) Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même	☐	☐	☐	☐	☐
12) Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion	☐	☐	☐	☐	☐
13) Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail	☐	☐	☐	☐	☐
14) Quand je suis contrarié(e), je deviens incontrôlable	☐	☐	☐	☐	☐

	presque jamais 1	quelques fois 2	la moitié du temps 3	la plupart du temps 4	presque toujours 5
15) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps	☐	☐	☐	☐	☐
16) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
17) Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants	☐	☐	☐	☐	☐
18) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses	☐	☐	☐	☐	☐
19) Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable	☐	☐	☐	☐	☐
20) Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses	☐	☐	☐	☐	☐
21) Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion	☐	☐	☐	☐	☐
22) Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux	☐	☐	☐	☐	☐
23) Quand je suis contrarié(e), je me sens désarmé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
24) Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements	☐	☐	☐	☐	☐
25) Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion	☐	☐	☐	☐	☐
26) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer	☐	☐	☐	☐	☐
27) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement	☐	☐	☐	☐	☐
28) Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux	☐	☐	☐	☐	☐
29) Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion	☐	☐	☐	☐	☐
30) Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal	☐	☐	☐	☐	☐
31) Quand je suis contrarié(e), je pense que me complaire dans ces contrariétés est la seule chose à faire	☐	☐	☐	☐	☐
32) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements	☐	☐	☐	☐	☐
33) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose	☐	☐	☐	☐	☐
34) Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment	☐	☐	☐	☐	☐
35) Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je ne me sente mieux	☐	☐	☐	☐	☐
36) Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus	☐	☐	☐	☐	☐

Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). *The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor Structure and Consistency of a French Translation. Swiss Journal of Psychology, 72(1), in press.*

4. BIS FR

The Body Investment Scale (BIS)

Instructions pour les participants

Voici une liste d'affirmations concernant l'expérience, les sentiments et les attitudes d'une personne vis-à-vis de son corps. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous aimerions savoir quelles sont votre expérience, vos sentiments et vos attitudes à l'égard de votre corps. Veuillez lire attentivement chaque affirmation et évaluer comment elle vous concerne en cochant le degré d'accord ou de désaccord avec elle. Si vous n'êtes pas du tout d'accord : encerclez (1). Si vous n'êtes pas d'accord : encerclez (2). Si vous êtes indécis : encerclez (3). Si vous êtes d'accord : encerclez (4). Si vous êtes tout à fait d'accord : encerclez (5). Essayez d'être aussi honnête que possible. Merci de votre temps et de votre coopération.

1.	Je crois que prendre soin de mon corps améliorera mon bien-être.	1	2	3	4	5
2.	Je n'aime pas que les gens me touchent. (R)	1	2	3	4	5
3.	Cela me fait du bien de faire quelque chose de dangereux. (R)	1	2	3	4	5
4.	Je fais attention à mon apparence.	1	2	3	4	5
5.	Je suis frustré(e) par mon apparence physique. (R)	1	2	3	4	5
6.	J'aime le contact physique avec d'autres personnes.	1	2	3	4	5
7.	Je n'ai pas peur de m'engager dans des activités dangereuses. (R)	1	2	3	4	5
8.	J'aime choyer mon corps.	1	2	3	4	5
9.	J'ai tendance à garder une certaine distance avec la personne avec laquelle je parle. (R)	1	2	3	4	5
10.	Je suis satisfait(e) de mon apparence.	1	2	3	4	5
11.	Je me sens mal à l'aise lorsque les gens s'approchent trop près de moi physiquement. (R)	1	2	3	4	5
12.	J'aime prendre un bain.	1	2	3	4	5
13.	Je déteste mon corps. (R)	1	2	3	4	5
14.	A mon avis, il est très important de prendre soin de son corps.	1	2	3	4	5
15.	Quand je suis blessé, je soigne immédiatement la blessure.	1	2	3	4	5
16.	Je me sens à l'aise avec mon corps.	1	2	3	4	5
17.	Je ressens de la colère envers mon corps. (R)	1	2	3	4	5
18.	Je regarde dans les deux sens avant de traverser la rue.	1	2	3	4	5
19.	J'utilise régulièrement des produits de soins corporels.	1	2	3	4	5
20.	J'aime toucher les personnes qui sont proches de moi.	1	2	3	4	5
21.	J'aime mon apparence en dépit de ses imperfections.	1	2	3	4	5
22.	Parfois, je me blesse volontairement. (R)	1	2	3	4	5
23.	Être pris dans les bras d'une personne qui m'est proche peut me réconforter.	1	2	3	4	5
24.	Je prends soin de moi dès que je ressens un signe de maladie.	1	2	3	4	5

Note. R = notez dans le sens inverse. Copyright 1998 par Israël Orbaeh et Marie Mikulincer.

Fischer, Joel., Corcoran, Kevin J. (2007). *Measures for Clinical Practice and research: A sourcebook.* (4th ed.). NY. Oxford University Pr. Vol. 1, Page (s): 440-442.

Traduction française : Busser, P.

« 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 : 2021/2022

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : BUSSEY Paul

TITRE DE LA THESE : Psychothérapie psychocorporelle dans la prise en charge des symptômes de stress post-traumatique : Présentation et évaluation d'un protocole d'ateliers thérapeutiques d'escrime chez des femmes victimes de violences sexuelles.

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :

Le syndrome de stress post-traumatique est un trouble fréquent en population générale et à l'origine d'un retentissement fonctionnel marqué dans la vie des sujets atteints. Il existe des psychothérapies ayant montré leur efficacité mais elles présentent certaines limites notamment un taux d'abandon élevé et des symptômes résiduels. Ainsi, l'évaluation de nouvelles approches est primordiale dans une démarche d'amélioration de l'offre de soins. Au sein de ces démarches innovantes on trouve les psychothérapies psychocorporelles. Parmi elles, le yoga et la méditation ont déjà fait la preuve de leur efficacité. D'autres nécessitent d'être évaluées. Nous proposons donc ici de décrire un protocole de dix ateliers thérapeutiques d'escrime successifs, pendant 10 mois et destiné à des femmes victimes de violences sexuelles. Ce protocole est ensuite évalué grâce à une étude préliminaire, rétrospective, monocentrique, chez 6 femmes ayant participé aux quatre premières séances. L'évaluation porte sur la quantification des symptômes du trouble de stress post-traumatique, via la PCL5, avant le premier atelier et après deux puis quatre ateliers. Conformément à notre hypothèse principale, aucune différence significative n'est retrouvée sur ce critère principal de jugement. En revanche il semble qu'il puisse y avoir dès ce stade une amélioration de la régulation émotionnelle. Ceci serait en faveur de l'intérêt d'adjoindre cette psychothérapie à un autre mode de traitement déjà existant dans ce trouble. Afin de confirmer ces résultats et d'analyser l'éventuel bénéfice du protocole dans d'autres domaines, la poursuite de son évaluation est nécessaire.

MOTS CLES : Psychothérapie psychocorporelle ; Escrime ; Trouble de stress post-traumatique

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : Mind-body psychotherapy in the management of post-traumatic stress symptoms: Presentation and evaluation of a therapeutic fencing workshop protocol for women victims of sexual violence.

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

Post-traumatic stress disorder is a frequent disorder in the general population and has a marked functional impact on the lives of the affected individuals. Psychotherapies have been shown to be effective, but they have certain limitations, notably a high drop-out rate and residual symptoms. Thus, the evaluation of new approaches is essential in order to improve the care offered. Among these innovative approaches are psycho-corporal psychotherapies. Among them, yoga and meditation have already proven their effectiveness. Others need to be evaluated. We therefore propose here to describe a protocol of ten successive therapeutic fencing workshops, over a period of 10 months, for women who have been victims of sexual violence. This protocol is then evaluated through a preliminary, retrospective, monocentric study of 6 women who participated in the first four sessions. The evaluation focused on the quantification of symptoms of post-traumatic stress disorder, via the PCL5, before the first workshop and after two and then four workshops. In accordance with our main hypothesis, no significant difference was found on this main criterion of judgment. On the other hand, it seems that there may be an improvement in emotional regulation at this stage. This would be in favor of adding this psychotherapy to another existing treatment method for this disorder. In order to confirm these results and to analyze the possible benefit of the protocol in other domains, further evaluation is necessary.

KEY WORDS : Mind-body psychotherapy; Fencing; Post-traumatic stress disorder