

COMPARAISON DES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES AVÉRÉES DANS L'AIDE AUX TSPT

Les **violences sexuelles durant l'enfance** constituent des **traumatismes complexes**, susceptibles d'**altérer** durablement le **développement neurobiologique, émotionnel, cognitif et relationnel**. Les troubles de **stress post-traumatique (TSPT)**, les **symptômes dissociatifs**, l'**anxiété**, la **dépression**, la **honte** et la **culpabilité** sont fréquemment observés à l'âge adulte.

Les approches présentées ci-dessous font partie des **thérapies dites « evidence-based »**, reconnues par les principales instances scientifiques et cliniques internationales (OMS, APA, NICE) pour le **traitement des traumatismes psychiques**. Elles ne sont ni exclusives ni universelles : leur efficacité dépend du cadre thérapeutique, du rythme de la personne, de la sécurité relationnelle et du stade de stabilisation.

1. Thérapies psychologiques

Les psychothérapies suivantes sont les plus **étayées par des essais contrôlés** randomisés, des revues systématiques et des méta-analyses pour traiter le TSPT et particulièrement les traumatismes liés aux agressions sexuelles.

I. Thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme (TCC / TF-CBT)

La TCC/TF-CBT repose sur l'hypothèse que le traumatisme entraîne :

- une **activation persistante du système de peur**,
- des **schémas cognitifs dysfonctionnels** (danger permanent, culpabilité, honte),
- des **comportements d'évitement** qui maintiennent les symptômes.

Cette approche combine :

- une **exposition graduée** et sécurisée aux **souvenirs traumatiques**,
- des techniques cognitives visant à **identifier et modifier les pensées automatiques** liées au traumatisme,
- un travail sur la **régulation émotionnelle et corporelle**.

Chez les personnes ayant subi des violences sexuelles durant l'enfance, l'exposition n'est jamais brute, elle est préparée par un travail de stabilisation, de psychoéducation et de renforcement des ressources.

Résultats observés

Les études montrent que la TF-CBT permet :

- une **diminution** significative des **reviviscences** et **cauchemars**,
- une **réduction** de l'**évitement** et de l'**hypervigilance**,
- une **baisse** durable de l'**anxiété** et des symptômes **dépressifs**,
- une **amélioration** de l'**estime de soi** et du sentiment de sécurité.

La TF-CBT est l'une des approches les plus étudiées chez les enfants et adultes survivant.e.s de violences sexuelles.

II. Cognitive Processing Therapy (CPT)

La CPT est une forme spécifique de thérapie cognitive développée pour le TSPT. Elle part du principe que le traumatisme peut **bloquer l'intégration de l'événement** dans le système de croyances de la personne, générant des « **points de blocage cognitifs** » (*stuck points*).

Chez les survivant.e.s de violences sexuelles infantiles, ces croyances concernent fréquemment :

- la **responsabilité personnelle** (« c'est ma faute »),
- la **honte**,
- la **dangerosité** du monde,
- la **méfiance** envers les autres,
- l'**impuissance** ou la **perte de contrôle**.

La CPT vise à identifier, questionner et restructurer ces croyances à travers :

- l'**écriture** et l'analyse du récit traumatique,
- des **exercices cognitifs** structurés,
- une **exploration** des thèmes clés (sécurité, confiance, pouvoir, estime, intimité).

Résultats observés

Les recherches montrent que la CPT entraîne :

- une **réduction** importante des **symptômes du TSPT**,
- une **diminution** marquée de la **culpabilité** et de la **honte**,
- une **amélioration** du fonctionnement **relationnel**,
- des effets durables à long terme.

Elle est **particulièrement indiquée** lorsque la **culpabilité** et l'**auto-blâme** sont centraux.

III. Prolonged Exposure Therapy (PE)

La thérapie par **exposition prolongée** repose sur les modèles de conditionnement de la peur. Le traumatisme est associé à une **mémoire émotionnelle non intégrée**, perçue comme toujours actuelle.

La PE comprend deux formes d'exposition :

- **exposition imaginale** : revisiter le souvenir traumatique de manière répétée et encadrée,
- **exposition in vivo** : se confronter progressivement aux situations évitées mais non dangereuses.

L'objectif n'est pas de revivre la souffrance, mais de permettre au **cerveau d'apprendre** que le **souvenir**, bien que douloureux, **n'est plus une menace actuelle**.

Résultats observés

Les études indiquent que la PE permet :

- une **réduction** significative des **symptômes du TSPT**,
- une **diminution** de la **peur** conditionnée,
- une **amélioration** du fonctionnement **quotidien**,
- une **baisse** de l'**évitement** comportemental.

Chez les survivant.e.s de violences sexuelles infantiles, la PE nécessite une attention particulière à la dissociation et au rythme d'exposition.

IV. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

L'EMDR repose sur le modèle du **Traitement adaptatif de l'information** (AIP). Selon ce modèle, les souvenirs traumatiques restent stockés de manière dysfonctionnelle, avec leurs émotions, sensations corporelles et croyances négatives intactes.

L'EMDR associe :

- l'**activation** du **souvenir** traumatique,
- une **stimulation bilatérale alternée** (mouvements oculaires, sons ou tapotements).

Cette stimulation favoriserait un **retraitement adaptatif du souvenir**, permettant son intégration dans la mémoire autobiographique sans activation traumatique.

Résultats observés

Les données scientifiques montrent que l'EMDR :

- **réduit rapidement l'intensité émotionnelle** des souvenirs traumatiques,
- **diminue les symptômes du TSPT**,
- **améliore la régulation émotionnelle**,
- est efficace sans exposition verbale prolongée.

Elle est particulièrement **utile** lorsque la **verbalisation est difficile**.

V. Narrative Exposure Therapy (NET)

La NET a été développée pour les **traumatismes complexes et répétés**. Elle repose sur la construction d'un **récit de vie chronologique**, intégrant les événements traumatiques dans une continuité biographique.

Le travail thérapeutique consiste à :

- **recontextualiser** les souvenirs traumatiques,
- **relier émotions, sensations et événements**,
- **transformer la mémoire** fragmentée en mémoire narrative.

Cette approche est particulièrement pertinente lorsque les **violences sont multiples et prolongées**, comme dans les abus sexuels durant l'enfance.

Résultats observés

La NET permet :

- une **réduction des symptômes du TSPT**,
- une **diminution de la dissociation**,
- une meilleure **cohérence narrative**,
- une **restauration du sentiment d'identité** et de continuité personnelle.

2. Approches complémentaires corps-esprit (somatiques et physiques)

Il existe un intérêt croissant pour des **approches qui intègrent le corps dans le processus de guérison**. Certaines disposent de preuves préliminaires, d'autres sont à un stade de recherche ou émergent, mais prometteuses — cependant elles ne remplacent pas les thérapies recommandées ci-dessus.

I. Somatic Experiencing (SE)

Le Somatic Experiencing, développé par Peter A. Levine, repose sur une approche neurobiologique du traumatisme. Le postulat central est que le TSPT résulte d'une **réponse de survie inachevée** (fight, flight, freeze, fawn), **restée bloquée dans le système nerveux autonome**.

Le SE privilégie :

- l'attention portée aux **sensations internes** (interoception),
- l'observation fine des **micro-réponses corporelles**,
- une **activation** graduée et non submergeante du **système nerveux**,
- des allers-retours entre **activation** et **apaisement**.

Le récit verbal du traumatisme n'est pas central. Le travail se fait prioritairement sur **ce que le corps ressent ici et maintenant**.

Cette approche permet au système nerveux de compléter et désactiver les réponses de survie bloquées.

Résultats observés

Les données disponibles suggèrent que le SE peut :

- **réduire les symptômes du TSPT**,
- **améliorer la régulation émotionnelle et corporelle**,
- **diminuer l'hyperactivation et la dissociation**,
- **renforcer le sentiment de sécurité interne**.

Toutefois, la littérature scientifique reste moins abondante et plus hétérogène que pour les TCC ou l'EMDR.

II. Interventions corporelles et mouvements (body-movement)

Ces interventions reposent sur l'idée que le mouvement, la respiration et la conscience corporelle peuvent **moduler l'activité du système nerveux autonome**.

Elles incluent notamment :

- **mouvements conscients et lents**,
- **danse/mouvement thérapeutique**,
- **respiration** guidée,
- techniques **somatosensorielles**,
- pratiques **corporelles** structurées.

Ces approches permettent de :

- **restaurer** la perception du **corps** comme un **espace sûr**,
- **renforcer** la capacité d'**autorégulation**,
- améliorer la conscience des **limites corporelles**.

Résultats observés

Les études montrent que ces interventions peuvent :

- **réduire** modérément les **symptômes du TSPT**,
- **améliorer** la **régulation émotionnelle**,
- **diminuer** la **dissociation** corporelle,
- **favoriser** un meilleur **ancrage** dans le présent.

Les effets sont généralement plus marqués lorsqu'elles sont intégrées dans un cadre thérapeutique structuré.

III. Techniques corps-esprit (validées scientifiquement)

A) Mindfulness / Méditation de pleine conscience

La **pleine conscience** vise à développer une **attention non jugeante au moment présent**, incluant sensations corporelles, émotions et pensées.

Elle agit sur :

- la **réduction** de la **réactivité émotionnelle**,
- la modulation de l'**amygdale** et du **cortex préfrontal**,
- l'amélioration de la **tolérance** aux **états internes**.

Raiffeisen Sion et Région – IBAN : CH06 8080 8006 7667 5045 4



Libération de la parole



Ecoute sans jugement



Aide aux victimes

Résultats observés

Les études indiquent que la mindfulness peut :

- **réduire** les symptômes du TSPT,
- **améliorer** l'autorégulation émotionnelle,
- **diminuer** l'évitement expérientiel,
- **renforcer** la stabilité émotionnelle.

Elle est souvent utilisée **en complément** des psychothérapies.

B) Relaxation musculaire profonde & biofeedback

Ces techniques visent une **réduction volontaire de l'activation physiologique** :

- **relaxation musculaire** progressive,
- **régulation** de la **respiration**,
- **biofeedback** (fréquence cardiaque, variabilité cardiaque).

Résultats observés

Elles permettent :

- une **diminution** de l'**hyperactivation** autonome,
- une **amélioration** du sentiment de **contrôle corporel**,
- une **réduction** du **stress** chronique.

Elles sont considérées comme des outils de stabilisation, utiles mais rarement suffisantes seules.

IV. Kiné, fasciathérapie, kinésiologie, etc.

Les approches corporelles peuvent aider le bien-être global, la conscience du **corps**, la réduction du **stress**, et la **tension** musculaire, renforçant ainsi les thérapies psychologiques.

Elles sont un **bon complément thérapeutique lors de traumatismes subis dans l'enfance**, le corps gardant aussi des **empreintes de la violence subie**.

Dans le cadre de traumatismes infantiles, elles peuvent **aider à réinvestir le corps**, souvent vécu comme étranger ou menaçant.

Résultats observés et limites scientifiques

Les données scientifiques disponibles indiquent :

- un effet **positif** sur le **stress**, la **douleur** et le **bien-être global**,
- un **soutien** indirect au **travail psychothérapeutique**.

Toutefois, pour certaines pratiques (ex. kinésiologie), les preuves scientifiques spécifiques au TSPT restent insuffisantes ou absentes. Ces **approches** doivent donc être considérées comme **complémentaires**, et non comme traitements du traumatisme en soi.

3. Recommandations cliniques importantes

Les **thérapies psychologiques** centrées sur le traumatisme (TF-CBT, PE, EMDR, CPT) sont **actuellement les plus recommandées** par les guidelines internationales pour le TSPT suite à des violences sexuels.

Les **approches somatiques** peuvent être utiles **en complément**, notamment pour les symptômes corporels, la régulation nerveuse et l'hypervigilance, mais elles **ne remplacent pas** les traitements psychologiques validés par essais contrôlés.