

La psychothérapie par EMDR comme expérience croisée : rencontre avec une victime des attentats du 13 Novembre 2015 en France

Chloé Nagels

▶ **To cite this version:**

Chloé Nagels. La psychothérapie par EMDR comme expérience croisée : rencontre avec une victime des attentats du 13 Novembre 2015 en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-02044545

HAL Id: dumas-02044545

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02044545

Submitted on 21 Feb 2019

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

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

La psychothérapie par EMDR comme expérience croisée : rencontre avec une victime des attentats du 13 Novembre 2015 en France.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 7 Novembre 2017

Par Madame Chloé NAGELS

Née le 29 juillet 1989 à Bordeaux (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean	**Président**
Monsieur le Professeur POINSO François	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) VION-DURY Jean	**Assesseur**
Madame le Docteur MOUGIN Gaelle	**Directeur**
Monsieur le Docteur LECOMTE Cyril	**Assesseur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :
* Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
* Intérieur : Joëlle FAVREGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 16/11/2016

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUTILLO-TOUATI Amapola
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger

MM GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs
J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs
D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs
P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs
M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
T. MARRIE (Canada)
Sir
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur
M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur
L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur
A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur
S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALESSANDRINI Pierre Surnombre
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZORIN Jean-Michel
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon
BERNARD Jean-Paul

BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier

BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA Alain Surnombre
BOTTA/FRIDLUND Danielle

BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe

BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane

CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia

CHAUVEL Patrick Surnombre
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier

CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELARQUE Alain
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe

DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc

DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence

FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRAISSE Alain Disponibilité
FRANCES Yves Surnombre

FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc

GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte

GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOLIVET/BADIER Monique
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
LAFFORGUE Pierre
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUGIER René
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

Mis à jour 16/11/2016

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent
ANDRE Nicolas
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine
BACCINI Véronique
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole

CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOUILLOUX Virginie
FRERE Corinne
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GAUDY/MARQUESTE Caroline
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GREILLIER Laurent
GRISOLI Dominique
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
JOURDE CHICHE Noémie
KASPI-PEZZOLI Elise
KRAHN Martin
L'OLLIVIER Coralie

LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude
LAGIER Jean-Christophe
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SOULA Gérard
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
TROUSSE Delphine
VALLI Marc
VELLY Lionel
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise
MARANINCHI Marie

MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

Mis à jour 16/11/2016

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)
VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)
SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

Mis à jour 16/11/2016

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH
SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH)
PIARROUX Renaud (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

ANDRE Nicolas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
POUGET Jean (PU-PH) Surnombre

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre
JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

Mis à jour 16/11/2016

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur Jean Naudin,

Je vous remercie chaleureusement de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider ce jury. J'ai souvenir du premier contact que j'ai eu avec la psychiatrie lorsque j'étais externe à Vega, de mes premières rencontres avec les patients. Ces instants ont été décisifs dans mon choix de devenir ensuite psychiatre. La bienveillance et l'humanisme qui régnaient dans votre service m'ont donné envie d'y revenir pendant mon internat, et de vous solliciter ensuite pour présider mon jury de thèse. J'aurai à cœur de continuer à cultiver ces valeurs.

Je vous remercie pour votre soutien et votre confiance et vous adresse l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur François Poinso,

Je vous suis infiniment gré de l'honneur que vous me faites en ayant accepté de juger ce travail en tant qu'assesseur.

A Monsieur le Docteur Jean Vion-Dury,

Je souhaite vous remercier de l'honneur que me faites en étant membre de ce jury de thèse. De l'initiation aux concepts de la thermodynamique en PCEM1, à la rencontre avec la phénoménologie pour laquelle je vous suis reconnaissante, votre contact a enrichi et marqué mon parcours. Je vous remercie d'être aussi disponible pour nous accompagner dans nos cheminements intellectuels pendant notre internat.

A Madame le Docteur Gaëlle Mougin

Ta présence dans ce jury a pour moi une saveur toute particulière. Notre rencontre lors de mon choix d'interne à Centaure a été déterminante pour la suite de mon parcours. C'est toi qui, lorsque j'ai découvert pour la première fois l'EMDR, a éveillé ma curiosité et mon désir de me lancer dans cette aventure. Tes conseils en matière de formation ont été précieux et m'ont aidé à faire de ce challenge une expérience clinique formidable et passionnante.

Nous nous sommes retrouvées deux ans après, chacune ayant développé de son côté une expérience de la thérapie, et les confronter fut pour moi une évidence. Je suis très sensible à ta manière d'envisager la thérapie et les mouvements psychiques en général, et en conséquence extrêmement fière de la reconnaissance que tu as porté à ce travail dès son ébauche. Je te remercie du fond du cœur pour ta guidance souple, encourageante, tout en étant constamment pertinente et disponible. Tu m'as aidé à construire la thèse qui correspondait à mes souhaits, au plus près de ceux-ci. Je me suis sentie en confiance et ai vécu avec toi cette aventure, ce cheminement dans un sentiment d'accomplissement personnel. Pour tout cela, sois assurée de ma plus profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Cyril Lecomte,

Tu m'as soutenu dans mon apprentissage de l'EMDR en m'adressant des patients dès notre rencontre à Régis. Je te remercie de ta confiance et de ta disponibilité dans les échanges cliniques. J'ai été heureuse que nous ayons travaillé ensemble cet été-là, je garde un excellent souvenir de cette collaboration ! Je te remercie de faire partie de ce jury et de représenter notre hôpital aujourd'hui.

A Emmanuelle Andrieu,

Je te remercie pour ta confiance en me proposant de rejoindre ton pôle au mois de novembre. J'en suis heureuse.

A Enrica Adamoli,

Je te remercie de m'accueillir dans ton secteur. J'ai apprécié participer à la COPS avec toi et me réjouis de partager désormais du temps de clinique ensemble.

Aux autres psychiatres qui ont compté pour moi et qui ont le plus influencé mon parcours d'interne.

Par ordre de rencontre, je souhaite remercier Véronique Rivière pour sa gentillesse, son enthousiasme, ses talents de chef d'équipe et surtout son amitié, Isabelle Lefebvre pour la richesse des entretiens faits ensemble lors de mes premiers mois en psychiatrie adulte, Didier Thérond pour son intelligence et sa bienveillance, Lyes Si-Ahmed avec qui je n'oublierai jamais les six mois de travail en binôme à Régis Ouest, Karina Benabid pour qui j'ai un respect immense en matière de clinique et Virginie Rulfi-Faugère au contact de qui j'ai beaucoup appris sur le plan pharmacologique. Merci aussi à Danielle Raoux et à Patricia Suter pour leur soutien et leur présence pendant ma dernière année d'internat.

Merci également à ma famille d'avoir été là pendant ces dix ans, une tranche de vie durant laquelle vous m'avez accompagnée, chacun à votre manière.

Merci à Anthony pour sa persévérance dans l'épreuve de la relecture, pour ses encouragements constants et pour l'aide apportée dans la mise en page de ma thèse. Je pense que tu es fin prêt pour te lancer dans une deuxième thèse. Je la relirai, promis.

Merci aux internes qui ont le plus compté ces dernières années et surtout à ma chère Mathilde Meissirel dont la présence a été précieuse à chacun des moments difficiles. Les autres, et notamment les futurs collègues, se reconnaitront. Merci à Julien Seimandi qui, certes n'est plus interne, mais un maitre de stage en puissance formidable, pour sa gentillesse ces six derniers mois.

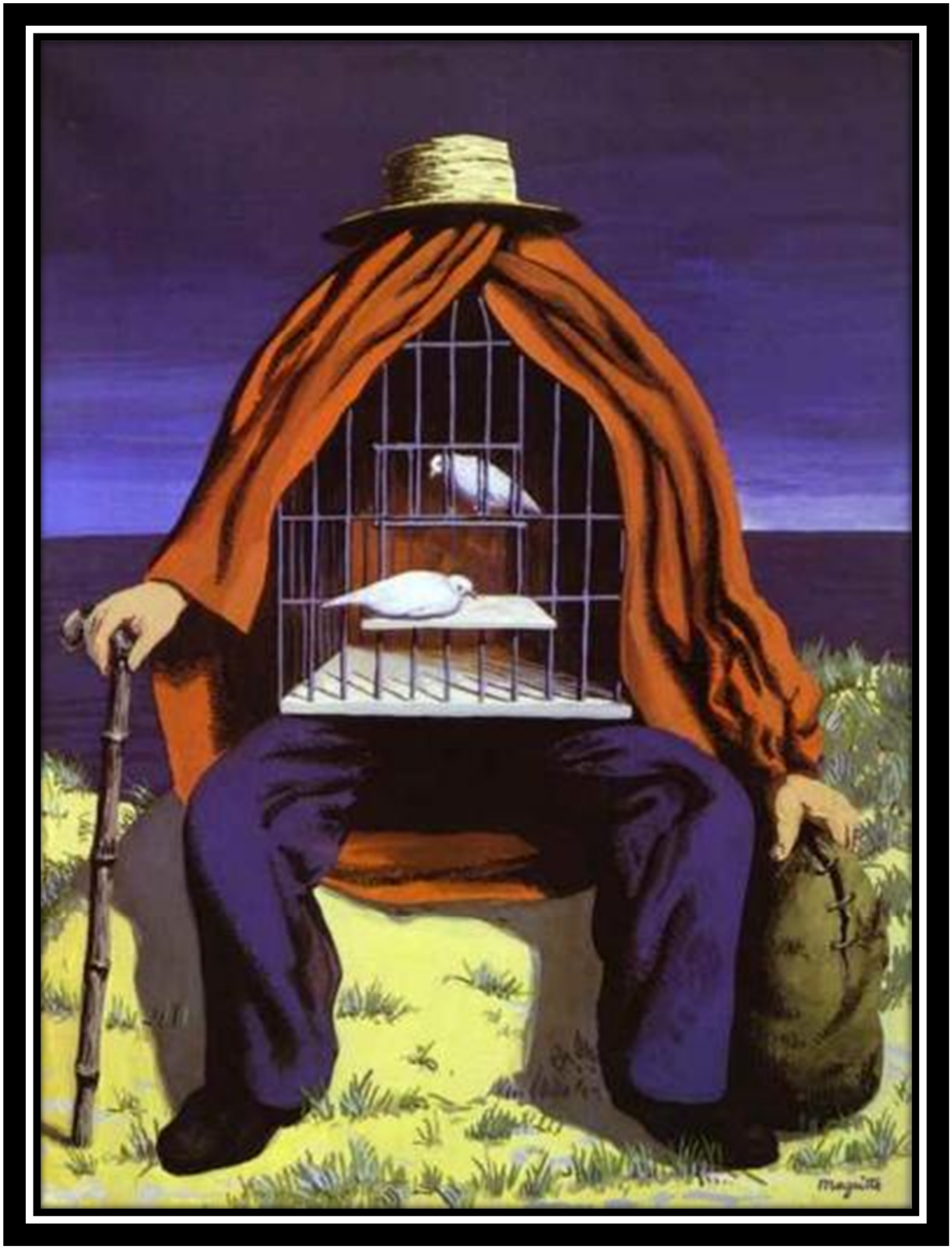
Aux collègues et amis de Montperrin, à ceux avec qui je suis heureuse de venir travailler en garde ou au quotidien.

Bien sûr, merci aux amis des Régis. A Régis Ouest, car je vous ai rencontré les premiers (ce que vous ne manquez jamais de me rappeler), merci à Bernard pour ses conseils avisés tant professionnels que personnels, à Christine pour sa bienveillance (merci pour les assiettes mises de côté les soirs de garde !), à Corinne, Karine, Anne-Marie, Valérie, Christelle, Florian, Bruno G pour leur gentillesse, à Cécile, David et Bruno Q pour leur bonne humeur, à Patrick D pour la filière d'œufs biologiques développée entre Salon et Pelissanne et bien sûr pour son amitié, à Patrick S pour les discussions cliniques échangées.

Merci aux non moins amis de Régis Est, votre accueil est toujours aussi chaleureux, comme si je n'étais pas partie pendant un an ! Merci donc à Ginou toujours accueillante les dimanches de garde, à Jeanine pour sa pertinence clinique, à Laure, Fred, Foytti, Cyndie, Ted, Rémy et aux autres infirmiers de nuit qui ne s'étonnent plus de me voir à leur relève le soir. Quentin, tu te doutes que je ne vais pas te remercier pour avoir relu ma thèse, je me contenterai de te remercier pour avoir prêté l'oreille à mes digressions philosophiques et questionnements existentiels, et pour avoir toujours déniché du thé pour les accompagner. Evidemment, Dali et Alex, je vous remercie de tout cœur pour votre sollicitude constante, merci d'être là.

Je n'oublie pas les personnes des autres unités. Aux amis de Reibaud : Elisabeth, Amel, Laura, Gaëlle, Hélène, MC et les autres. Aux amis de Calais-Duchêne qui m'accueillent toujours bien : Fabrice, Séverine, et les autres. A Chantal de nuit à Delay Est, merci de lancer l'idée du capuccino de minuit. Merci à Sara Stouvenel, Monique Salvagiot, Lyazid Younsi, et à tous ceux qui sont toujours prompts à la confraternité entre médecins. Merci à Bernard, Jeanine et Sophie pour leur soutien sans faille dans les situations compliquées la nuit. Merci à Daniel, Raphael, Myriem, Corinne, Christian, Christophe pour leur aide et leurs conseils dans les situations compliquées de jour, et nous savons à quel point elles sont diverses !

Merci à ceux qui se sont prêtés avec confiance et sympathie à mes premières expériences d'EMDR, Guillaume, Muriel et bien sûr, merci à Mme A.



René Magritte, « Le Thérapeute », 1937 (huile)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 5

PARTIE I. LE TRAUMATISME ET SA RESOLUTION : DEFINITIONS, MODELES THEORIQUES ET PROTOCOLE 9

I. Le psychotraumatisme 9

I.1. Etymologie 9

I.2. Modèles principaux de classification internationale 9

I.3. Symptômes dissociatifs 16

I.4. Concepts psychanalytiques 17

I.5. Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes, directs et indirects 19

I.6. Etat de stress post-traumatique : modèles théoriques neurocognitifs et neurobiologiques 20

II. La méthode de psychothérapie EMDR 30

II.1. La découverte et le développement de la psychothérapie EMDR 30

II.2. La psychothérapie EMDR à l'épreuve de la science 31

II.3. Recommandations par les organismes de santé 34

II.1. Hypothèse du modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) 36

II.2. Protocole de base de la psychothérapie EMDR 40

PARTIE II. RENCONTRE AVEC MME A : JOURNAL D'UNE EXPERIENCE THERAPEUTIQUE INTERSUBJECTIVE 49

I. Anamnèse et plan de ciblage 49

I.1. [12/02/2016] Première rencontre 49

I.2. [25/02/2016] Un traumatisme peut en cacher d'autres… 52

I.3. [02/03/2016] Plan de ciblage 54

II. Traitement de la première cible : le souvenir source 57

II.1. [08/03/2016] Evaluation (phase 3) et désensibilisation (phase 4) de la cible (souvenir source) 57

II.2. [24/03/2016] Poursuite de la désensibilisation et du retraitement de la première cible 61

II.3. [31/03/2016] Apparition du journal dans l'inter-séance 63

II.4. [07/04/2016] Feedback entre deux séances de phase 4 64

II.5. [14/04/2016] Clôture du retraitement de la première cible 67

II.6. [19/04/2016] Séance de stabilisation 68

III. Traitement des autres cibles du plan de ciblage 69

III.1. [06/05/2016] Réévaluation d'une séance complète et choix de la seconde cible à traiter à partir du plan de ciblage : relations avec l'assistante de direction 69

III.2. [10/05/2016] Evaluation et désensibilisation de la seconde cible spontanément modifiée par la patiente 70

III.3. [31/05/2016] Désensibilisation de la seconde cible 71

III.4. [14/06/2016] Le retour au travail comme cible 71

III.5. [21/06/2016] L'expertise médicale : vers la reconnaissance d'autrui 72

III.6. [28/06/2016] « Mais comment vais-je faire ? » 73

III.7. [12/07/2016] Vers une reconnaissance parentale 74

III.8. [19/07/2016] L'attentat de Nice 74

III.9. [26/07/2016] Reconnaissance et commémoration, le travail de mémoire 75

IV. Scénarii du futur et préparation de la reprise du travail 76

IV.1. [23/08/2016] Nouvelles perspectives professionnelles sur le parcours de la reconnaissance 76

IV.2. [09/2016 et 10/2016] Installation successive des différentes cibles du futur 77

IV.3. [02/11/2016] Le protocole éponge 79

IV.4. [18/11/2016] « J'ai reconstruit ma vie en mieux » 81

IV.5. [06/01/2017] Quinze jours après la reprise du travail 81

V. Un labyrinthe traumatique : nouvelle exposition au déclencheur, nouvel axe de travail82

V.1. Bloquée dans le labyrinthe ? *82*

V.2. [23/06/2017] Lorsque le corps « parle » douloureusement..... *84*

PARTIE III. DISCUSSION : LE TRAUMATISME ET SON TRAITEMENT, UNE EXPERIENCE INTEGRATIVE AUX MODALITES MULTIPLES 85

I. Modalité transdisciplinaire de l'EMDR : Similitudes et singularité de la méthode par rapport à d'autres approches au sein du champ psychothérapeutique..... 86

I.1. EMDR et Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) *86*

I.2. EMDR et psychanalyse *88*

I.3. EMDR et hypnose *92*

I.4. EMDR et autres psychothérapies *93*

I.5. L'EMDR, une thérapie du corps : singularité de la stimulation sensorielle..... *94*

II. Modalité temporelle de l'EMDR : une thérapie de création de l'instant présent au sein de la durée vécue..... 96

II.1. Expériences et changements dans l'instant présent..... *96*

II.2. L'entre-deux séances..... *100*

II.3. Des boucles temporelles en spirale ? *103*

III. Modalité intersubjective de l'EMDR : une expérience de rencontre intégrative, croisée, mutuelle et réciproque.....104

III.1. Un parcours de la reconnaissance..... *104*

III.2. Stabiliser le corps pour apaiser l'esprit *108*

III.3. « De la musique avant toute chose » : le temps de l'accordage *115*

CONCLUSION 120

ANNEXES 122

Annexe n°1 : Trouble dissociatif 122

Annexe n°2 : Plan de ciblage 123

Annexe n°3 : Vue d'ensemble.....124

ABREVIATIONS UTILISEES.....125

BIBLIOGRAPHIE.....126

INTRODUCTION

Le traumatisme psychique est évoqué dès l'antiquité dans les récits de guerre. Le premier texte décrivant les réactions de l'homme à un événement traumatisant remonte à 2200 avant J.C. Chez Homère, des passages de l'Iliade (900 avant J.C.) évoquent la confrontation au néant de la mort et les rêves traumatiques d'Achille et les descriptions des cauchemars de bataille feront l'objet de nombreux ouvrages d'Hippocrate. Plus tard, au 16ème siècle, les conséquences des guerres de religion donnent lieu à des descriptions d'hallucinations diurnes et des cauchemars répétitifs chez les protagonistes.

On doit la première tentative de description d'un tableau clinique de ce que l'on nommerait aujourd'hui « syndrome de stress post-traumatique » à Pinel, en 1798, qui rapporte à propos du philosophe Pascal victime d'une grosse frayeur, ses réviviscences, ses cauchemars, ses phobies spécifiques et l'altération profonde de sa personnalité suite à cet incident. Dans son traité sur « l'aliénation mentale »[1], il décrit ce que différents médecins de la grande armée nomment « vent du boulet » en parlant les états confuso-stuporeux déterminés par le souffle des boulets sur les champs de bataille.

En 1888, l'allemand Hermann Oppenheim étudie des accidentés des chemins de fer et décrit pour la première fois, sous le nom de névrose traumatique, une entité clinique autonome constituée de symptômes variés comprenant : le souvenir obsédant de l'accident, des troubles du sommeil avec agitation, des cauchemars de reviviscence, la phobie des chemins de fer et la labilité émotionnelle. Il impute ce tableau clinique à un traumatisme réel provocant une altération physique des centres nerveux, prenant la violence du choc physique comme hypothèse étiopathogénique.

En France, Charcot étudie l'hystérie et se questionne sur le rôle des traumatismes dans la genèse des troubles mentaux. Il récuse la notion de névrose traumatique et l'hypothèse d'Oppenheim. Les tableaux cliniques relèveraient de l'hystérie ou de la neurasthénie traumatique et le choc traumatique ne ferait que révéler une disposition hystérique jusque-là

[1] P. Pinel, « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale », Paris, Brosson, 1809

latente. Kraepelin, en 1899, se range du côté de l'avis d'Oppenheim et décrit, lui, la névrose d'effroi.

Janet, élève de Charcot donne un éclairage nouveau sur la pathogénie du traumatisme. Selon lui, après le choc émotionnel engendré par l'événement traumatique, la souvenance brute de l'événement, qu'il nomme « idée fixe », se comporte comme un corps étranger non assimilé dans le subconscient inspirant des reviviscences automatiques et non élaborées. Dans le même temps, Freud remplace le terme « d'idée fixe » par la notion de réminiscence. Selon lui, les sujets n'ayant pas pu réagir face à l'événement traumatique par la défense, la fuite, la parole ou la représentation mentale vont faire une fixation morbide au souvenir traumatique. Il propose une voie thérapeutique en la méthode cathartique.

En 1908, Hoenigman, psychiatre allemand emploie pour la première fois le terme de névrose de guerre pour désigner les tableaux cliniques observés pendant la guerre russo-japonaise. Les dénominations cliniques évoluent selon les conceptions pathogéniques : « l'hypnose des batailles », « le vent de l'obus », « anxiété, neurasthénie et hystérie de guerre », « psychonévrose de guerre ».

Roy Grinker et John Spiegel en 1945 emploient pour la première fois le mot « stress » mais il faudra attendre 1952 pour que ce mot soit introduit dans la nosographie avec le « gros stress » réaction du DSM-I. Des thérapies novatrices voient le jour avec l'utilisation systématique de l'abréaction sous hypnose ou narcose barbiturique, les thérapies de groupe et la création de centre de convalescence et de réentraînement.

Les conséquences de la guerre du Viêt-Nam ont un impact important sur la prise en charge des personnes souffrant d'état de stress post-traumatique. L'instauration d'une psychiatrie de l'avant (psychiatrie préventive grâce à la création des *Mental Health Consultation Services*, grâce à obligation de relèves régulières des soldats et de temps de repos dans des centres) ainsi que la réhabilitation psychosociale des vétérans s'inspirent des principes du courant comportementaliste. Parfois un peu en marge du mouvement comportementaliste, la thérapie cognitive, fondée par Beck dès 1961, prend rapidement de l'essor.

Parallèlement au développement des thérapies cognitives et comportementales dans la prise en charge des états de stress post-traumatique, on voit émerger une nouvelle approche :

l'EMDR. L'approche psychothérapeutique EMDR pour « *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing* » a été créée par Francine Shapiro, psychologue clinicienne, chercheuse et doctorante au *Mental Research Institute* de Palo Alto. L'usage de l'EMDR serait en effet fondé sur une observation à la fois personnelle et fortuite qu'aurait faite Francine Shapiro en 1987. Voici ce qu'elle en dit : « Un jour, comme je me promenais, je remarquai que les pensées perturbantes que j'avais, disparaissaient soudain. Je réalisai aussi que lorsque ces pensées me revenaient à l'esprit, elles n'étaient pas aussi bouleversantes et ne m'apparaissaient pas aussi valides qu'auparavant. Ce qui attira mon attention ce jour-là fut que les pensées qui me tourmentaient, disparaissaient et changeaient sans effort conscient. Fascinée, je commençai à faire très attention à ce qui se passait. Je remarquai que quand ces pensées venaient à l'esprit, mes yeux spontanément commençaient à bouger très rapidement dans un mouvement de va-et-vient vers le haut en diagonale. A nouveau les pensées disparaissaient, et quand je les faisais revenir à mon esprit, leur charge négative était grandement réduite. C'est alors que je commençais à faire bouger mes yeux délibérément tout en me concentrant sur une variété de pensées et de souvenirs perturbants, et je découvris que ces pensées disparaissaient aussi et perdaient de leur charge ».

L'irruption d'un hasard providentiel tient parfois une large place dans l'évolution scientifique ! C'est ainsi que la découverte des effets des mouvements oculaires a permis le développement de procédures de désensibilisation par les mouvements oculaires (EMD). En 1989, la première étude sur l'EMD est publiée par la revue *Journal of Traumatic Stress* parallèlement aux premières études contrôlées sur les thérapies à exposition prolongée, les thérapies psychodynamiques et l'hypnose dans le traitement de l'état de stress post-traumatique. Cette même année, on assiste à un changement de paradigme. A la dimension comportementale de désensibilisation s'ajoute l'aspect plus cognitif de traitement de l'information : EMD devient EMDR. En 1990, on découvre que d'autres formes de stimulation bilatérale alternée induisent également des effets cliniques positifs. Pour autant la méthode ne sera pas renommée.

L'intérêt pragmatique de cette méthode soulageant les victimes des « grosses et petites échardes de l'existence » reste complètement actuel en France et dans le monde. Suite aux attentats perpétrés dans le métro de Paris en 1995, le réseau français des cellules d'urgence médico-psychologiques fut créé en 1997. La multiplication récente des attaques à caractère

terroriste dans notre pays nécessite plus que jamais que puissent être proposés des soins rapides, efficaces et protocolisés aux victimes psycho traumatisées.

En suivant le parcours parfois redondant d'une psychothérapie EMDR retracée tel un journal, à travers la situation clinique de Mme A exposée aux attentats terroristes du 13 novembre 2015 à Paris, nous allons tenter de comprendre en quoi et comment la thérapie par EMDR d'une personne atteinte d'état de stress post traumatique (ESPT), se constitue comme une expérience croisée entre la patiente et le thérapeute, expérience en soi dynamique et vivante, ouverte sur des possibilités de changement et de résolution du traumatisme. Nous adopterons pour cela une position athéorique, en nous inspirant progressivement au fil de notre travail d'approches phénoménologiques qui nous permettront d'éclairer les données actuelles concernant le traumatisme psychique et sa prise en charge à la lumière de l'expérience.

Dans une première partie nous reviendrons sur les définitions et modèles théoriques sous-tendant le traumatisme psychique ainsi que sur les principes relatifs à l'EMDR. Nous reviendrons ensuite, dans une deuxième partie, sur l'expérience clinique qu'a constituée la prise en charge EMDR de notre patiente, que nous discuterons, pour terminer, dans une troisième partie.

PARTIE I. LE TRAUMATISME ET SA RESOLUTION : DEFINITIONS, MODELES THEORIQUES ET PROTOCOLE

I. Le psychotraumatisme

I.1. Etymologie

Le mot traumatisme vient du grec *trauma*, qui signifie « blessure avec une connotation de percement ». Il définit, en médecine, la « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion »[2]. On note qu'il existe cependant nombre de traumatismes physiques (donc occasionnés par un choc extérieur) sans blessure apparente, donc sans percement de la peau. Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique, soit la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives »[3]. Est gardée la même idée d'origine violente externe créant un processus morbide interne ingérable. C'est « un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur »[4]. L'événement remet en cause des valeurs essentielles de l'existence que sont la sécurité, la paix, le bien, la solidarité, la morale, le respect, la vie… Pour certains traumatismes psychiques simples, une comparaison avec une écharde est possible : « Le plus souvent, une écharde, ce n'est pas grave si on intervient rapidement d'une manière appropriée, mais ça peut être très douloureux, handicapant, voire même dangereux - le risque de septicémie n'étant pas nul - si on ne fait rien ou si on s'y prend mal »[5].

I.2. Modèles principaux de classification internationale

Les deux modèles principaux de classification internationale des troubles mentaux sont le DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*[6], publié par l'American

[2] L. Crocq, « Les traumatismes psychiques de guerre », Odile Jacob, 1999
[3] *Ibid.*
[4] *Ibid.*
[5] J. Roques, « EMDR, une révolution thérapeutique », Méridienne, 2004
[6] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-V, American Psychiatric Association, 2013, American Psychiatric Press, Washington D.C.

Psychiatric Association (APA), et la CIM, la Classification Internationale des Maladies, éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

I.2.a. Critères diagnostiques selon le DSM IV

L'état de stress post-traumatique ou ESPT (« *Post-Traumatic Stress Disorder* », généralement signalé par l'acronyme PTSD) est introduit dans la classe des troubles anxieux de la nosographie du DSM depuis 1980 (DSM-III) en raison des séquelles traumatiques durables manifestées par les vétérans du Vietnam. Le critère diagnostique A exige que la personne ait été exposée ou confrontée à un ou des événements ayant impliqué la mort ou la menace de mort, des blessures graves ou une menace de son intégrité physique ou celle d'autrui. En 1994, la quatrième version voit s'élargir le spectre des modes possibles de traumatisation : avoir été témoin d'un événement adverse peut produire un traumatisme. L'ESPT est un des rares troubles à inclure dans sa nosologie un critère étiologique, ce que le DSM tente d'éliminer depuis sa deuxième édition, se voulant être une nosologie descriptive sans référence théorique. Cette classification est en effet censée fonder sa nosographie sur l'identification de groupements pathognomoniques de symptômes sans se référer à des hypothèses pathogéniques.

De plus, elle ajoute une exigence importante : pour être qualifié de traumatique, l'événement doit avoir suscité un vécu subjectif négatif (sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance). Enfin, pour la première fois, le manuel fait mention de caractéristiques liées à la culture et souligne le danger d'utiliser telle quelle sa classification pour évaluer une personne d'un autre groupe ethnique ou culturel.

On décrit ensuite une triade symptomatique comprenant les symptômes d'intrusions (critère B), les symptômes d'évitement et d'émoussements (critère C) et enfin les symptômes neurovégétatifs (critère D). Ces trois types de symptômes doivent être présents pendant au moins un mois.

Pour les symptômes d'intrusion, la personne doit présenter au moins l'un des signes suivants :

- des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement incluant des images, des pensées ou des perceptions.

- des rêves répétitifs et pénibles de l'événement.
- des impressions ou des agissements soudains comme si l'événement traumatique se reproduisait.
- une intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci.
- une réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant.

Concernant l'émoussement de la réactivité générale non présent avant l'événement traumatique et l'évitement des stimuli associés à cet événement, trois des symptômes suivants doivent être présents :

- efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités de valeur significative.
- sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
- restriction des affects.
- impression que l'avenir est « bouché », que sa vie ne pourra plus se dérouler normalement.

D'autre part, le sujet doit présenter aux moins deux symptômes traduisant une hyperactivité neurovégétative ne préexistant pas au traumatisme :

- difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu.
- irritabilité ou des accès de colère.
- difficultés de concentration.

- hyper vigilance.
- réactions de sursaut exagérées.

L'état de stress post-traumatique sera qualifié d'aigu si la durée totale de l'épisode est inférieure à trois mois, ou de chronique, le cas inverse. Si le début des symptômes survient plus de six mois après le facteur de stress, on parlera d'état de stress post-traumatique différé.

Le dernier critère précise que ces symptômes doivent entraîner une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel, ou dans un autre domaine de fonctionnement important.

En outre, le DSM-IV notifie à côté de l'état de stress post-traumatique :

- L'état de stress aigu (ESA, en anglais *Acute Stress Disorder*, ASD), qui englobe tant les réactions de survenue immédiate que les réponses post-immédiates perdurant jusqu'à quatre semaines après l'incident. Le diagnostic de PTSD ne pouvant être établi qu'après une latence d'un mois minimum, les réactions manifestées précocement n'étaient auparavant pas tenues en compte. C'est pour combler cette lacune qu'est adjointe cette nouvelle entité au manuel. Reprenant partiellement le tableau de l'ESPT, l'ESA s'en distingue par des symptômes de dissociation. L'établissement du diagnostic exige qu'au moins trois des cinq troubles dissociatifs suivants soient présents : un engourdissement émotionnel (un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réaction émotionnelle), une impression de déréalisation, une impression de dépersonnalisation, une réduction de la conscience de son environnement (par exemple, « être dans le brouillard »), une amnésie dissociative (par exemple, incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme). Si l'accent est ainsi mis sur les symptômes dissociatifs, c'est parce qu'ils sont considérés comme les signes immédiats les plus prédictifs d'un trouble psychotraumatique ultérieur.
- Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, associée ou pas à une perturbation émotionnelle et enfin, le trouble de l'adaptation non spécifié.

I.2.b. Les troubles consécutifs aux traumatismes et au stress dans le DSM-V

En 2013, dans la nouvelle édition du manuel appelée DSM-V, l'APA apporte des modifications significatives aux troubles post-traumatiques, l'ESA et l'ESPT. Elle crée un chapitre distinct pour les troubles consécutifs aux traumatismes et au stress (« *Trauma and Stress-Related Disorders* »). Initialement classés dans les troubles anxieux, l'ESA et l'ESPT migrent donc vers cette nouvelle catégorie. Aux côtés de ces deux diagnostics, sont rassemblés le trouble réactif de l'attachement, le trouble d'engagement social désinhibé, le trouble d'adaptation, le trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié et le trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié. L'association américaine octroie ainsi aux syndromes psycho traumatiques une attention nouvelle et reconnait la diversité des formes cliniques prises par la souffrance humaine à la suite d'une expérience délétère.

Le DSM-V ajoute aux événements traumatisants retenus dans le DSM-IV (la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou la menace de telles blessures et la menace pour l'intégrité physique), une circonstance spécifique, l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression. Alors que le DSM-IV considérait que seules les victimes directes pouvaient souffrir d'un trouble post-traumatique aigu ou chronicisé, la nouvelle version admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles. Autre changement significatif, le DSM-V n'exige pas que l'individu ait manifesté une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'événement. Les études épidémiologiques ont démontré que l'absence de telles émotions diminue légèrement le risque de trouble ultérieur et que leur présence s'avère peu prédictive comparée à d'autres réactions telles que la colère ou la honte. Ce critère lié à une réaction émotionnelle a ainsi disparu du DSM-V.

Le DSM-IV répartissait les 17 symptômes objectivant l'État de Stress Post-Traumatique en trois groupes de critères (B, C et D). Le DSM-V, quant à lui, propose quatre clusters comptabilisant un total de 20 signes cliniques. Pour l'essentiel, ceux-ci sont identiques à la version précédente. Trois symptômes ont été ajoutés ; quelques-uns ont été révisés. L'ensemble évitements/émoussement de la réactivité générale du DSM-IV a été scindé : dorénavant, les évitements constituent le critère C ; les symptômes d'engourdissement émotionnel auxquels ont été adjoints deux nouveaux symptômes, le blâme persistant par

rapport à soi ou à autrui et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) forment le critère D. Quant au critère E, regroupant les signes témoignant de l'hyperactivation neurovégétative et de l'hyperréactivité, il reprend les symptômes de l'ancien cluster D ainsi qu'un nouvel item, le comportement autodestructeur ou imprudent.

Un critère supplémentaire, le critère H, a été ajouté et précise que les troubles ne peuvent être attribués à la prise d'une médication, à un abus de substance psychotrope ou à une maladie.

Autre nouveauté majeure apportée au PTSD dans le DSM-V : le diagnostic demande de préciser si la personne présente des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. Les flashbacks et l'amnésie psychogène faisaient déjà partie intégrante du syndrome. Toutefois, certaines victimes manifestent d'autres signes de dissociation, justifiant l'introduction de cette spécification.

Changement important encore, l'élimination de la spécification liée à l'évolution de l'affection. Pour rappel, le DSM-IV établissait une distinction entre le PTSD aigu (durée des symptômes entre 1 et moins de 3 mois) et le PTSD chronique (persistance des symptômes au-delà de 3 mois). Enfin, un sous-type développemental, le « PTSD préscolaire » (*PTSD Preschool Subtype*) destiné aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans.

Concernant l'ESA, les recherches menées depuis 1994, ont poussé les auteurs à en modifier les objectifs et les critères dans le DSM-V. Avec cette entité, l'APA avait pour objectif de combler un vide nosographique mais également de discriminer les personnes à risque de développer une pathologie à long terme de celles qui n'éprouvent que d'éphémères réactions de stress. Or, les études ont prouvé que si la grande majorité des individus manifestant un tableau de stress aigu souffrent plus tard d'un syndrome chronique, bon nombre de victimes affectées par un ESPT n'ont pas présenté de trouble de stress aigu. L'ESA (Etat de stress aigu s'est ainsi révélé un critère sensible mais peu spécifique à prédire le devenir des individus confrontés à un événement adverse. En maintenant l'ASD dans le DSM-V, l'APA ne poursuit plus l'ambition de dépister précocement les sujets à risque de développer une future affection psychotraumatique. Cette entité se limite aujourd'hui à identifier les victimes souffrant de

réactions de stress sévère dans la période de latence durant laquelle le diagnostic de PTSD ne peut être posé.

La liste des symptômes de l'ESA est pratiquement inchangée mais il n'est plus exigé, comme c'était le cas auparavant, de satisfaire un nombre précis de signes par cluster. Dans le DSM-IV, l'accent est mis sur la dissociation, trois des cinq symptômes dissociatifs de ce cluster spécifique devant être rencontrés. Or, les études menées depuis près de vingt ans prouvent que la dissociation péri-traumatique n'est pas un facteur prédictif indépendant d'un stress post-traumatique[7]. Plus que la dissociation, c'est l'hyperactivation neurovégétative qui semble être le pivot central du développement d'un trouble ultérieur[8]. Partant du constat que la relation entre la réaction aiguë à un événement et une pathologie à long terme est complexe et non linéaire, et compte tenu de l'hétérogénéité des manifestations de stress aigu, la nouvelle définition de l'ESA publiée dans le DSM-V requiert que soient présents au moins 9 des 14 symptômes possibles, quels que soient les clusters auxquels ils appartiennent : intrusion, humeur négative, dissociation, évitement ou hyperactivation. Autrement dit, les victimes d'un événement délétère en état de stress aigu peuvent manifester une gamme de réponses incluant ou non des symptômes dissociatifs (cf. Annexe 1)

I.2.c. Critères diagnostiques selon la CIM 10

La CIM 10 distingue comme réactions possibles à un facteur de stress :

- **F43.0** : La réaction aiguë transitoire à un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel c'est-à-dire la réaction immédiate survenant dans la première heure suivant le traumatisme et de durée brève (quelques heures ou quelques jours).
- **F43.1** : L'état de stress post-traumatique.
- **F62.0** : La modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Un état de stress post-traumatique peut précéder ce type de modification de la personnalité.

[7] R.A. Bryant, « An Update of Acute Stress Disorder », PTSD Research Quarterly 24, 2013, pp. 1-7
[8] R.A Bryant, R. Brooks, D. Silove, *et. al.*, « Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder », Behaviour Research and Therapy, 49, 2011, pp. 346-351

L'état de stress post-traumatique selon la CIM 10, apparu dans la CIM en 1992, est classé parmi les troubles névrotiques, les troubles liés à des facteurs de stress et les troubles somatoformes. Il constitue « une réponse différée ou prolongée à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». Quatre critères sont décrits, le syndrome intrusif ou syndrome de répétition reste selon la CIM-10 l'élément prédominant du tableau clinique. On retrouve les trois autres critères cliniques : évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, « anesthésie psychique » durable et un émoussement émotionnel avec un détachement par rapport aux autres avec insensibilité à l'environnement et anhédonie et enfin des symptômes d'hyperréactivité neurovégétative avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie.

I.3. Symptômes dissociatifs

Parlant de l'état dissociatif, David Servan-Schreiber écrit[9] « La grande dissociation : dans les cas les plus graves, surtout après un traumatisme émotionnel sévère et répété, les deux formes de compétition entre le cerveau cognitif et le cerveau émotionnel peuvent avoir lieu chez la même personne ». C'est-à-dire qu'ils souffrent à la fois d'étouffement des émotions dont ils se sentent déconnectés et d'interruption de la pensée par des vagues d'émotions beaucoup trop fortes. Ces patients souffrent du syndrome de dissociation superbement décrit par Pierre Janet, puis repris par Charcot et Freud. Après des traumatismes violents, le « cerveau cognitif » n'est plus capable de prendre conscience d'émotions trop fortes. Il les bloque de façon proactive dès qu'elles menacent de se manifester. Mais ces émotions continuent d'exister. Un abcès isolé du reste du corps par une membrane fait tout de même mal si on appuie dessus. De la même manière, ces émotions se manifestent dès qu'un événement de la vie ressemble un peu trop aux circonstances traumatisantes du passé. Les émotions cachées déclenchent alors des réactions physiques et des comportements imprévisibles, comme si elles avaient d'un coup pris d'assaut le cerveau rationnel. Un patient qui souffre de tels symptômes dissociatifs a le sentiment d'être contrôlé par une force extérieure à lui-même, au point que Janet parlait d'automatisme psychologique[10].

[9] D. Servan-Schreiber, « Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse », Les Editions Retrouvées, 2017, pp. 382

[10] P. Janet, thèse de doctorat ès lettres, « L'automatisme psychologique », Alcan, 1889

I.4. Concepts psychanalytiques

Si, pour certains, la psychanalyse a pu se révéler inadaptée à une prise en charge symptomatique, elle n'ignorait pas l'existence de traumatismes psychiques, puisque c'est à partir de la notion de traumatisme sexuel vécu dans l'enfance que Freud a pu bâtir la théorie psychanalytique. Il s'est intéressé à la question dès l'année 1882.

En 1920, Freud dans son essai « Au-delà du principe du plaisir »[11] présente sa métaphore de l'appareil psychique comme vésicule vivante entourée d'une membrane appelée « pare excitation », qui varie selon les individus et l'environnement. Il assimile le psychisme à une sphère protoplasmique excitable protégée des stimulations extérieures par une membrane superficielle appelée pare excitation destinée à réduire ces stimulations en les repoussant ou en les filtrant pour en diminuer l'intensité. Ce qui fait traumatisme provoque une rupture de cette membrane. L'effraction traumatique entraîne l'incrustation du traumatisme dans l'appareil psychique ce qui est responsable de ce que Freud appelle « la compulsion de répétition ». Pour Freud, « le souvenir du traumatisme agit à la manière d'un corps étranger ». Souvenirs et affects étant liés, la décharge émotionnelle, parfois violente, appelée abréaction, permet de séparer « l'affect coincé » et de séparer ainsi le souvenir de cet affect. Il note en 1895 avec Breuer[12], que l'effroi qui paralyse la vie psychique empêche l'abréaction au sens de la libération de l'affect lié à un trauma, et favorise « la formation d'un groupe psychique séparé ». Comment ne pas rapprocher cette dernière appellation des réseaux de mémoires dysfonctionnelles dont nous parlerons plus loin ? Il emploie, comme P. Janet, le terme de « dissociation du conscient » : c'est le souvenir lié à l'affect encore actif, et non l'événement lui-même qui est traumatisant. Le traumatisme se ferait donc en deux temps, ce qu'il nomme un « temps de séduction » (séduction au sens de contrainte, d'abus, le traumatisme étant considéré comme sexuel dans tous les cas), puis « un temps de réactivation » dans l'après-coup, à la suite d'un autre fait d'apparence parfois anodine. Cet incident réactive des pulsions de mort présentes dans la psyché depuis qu'une trop grande quantité d'excitation y a pénétré, s'avérant ingérable, dont les compulsions traumatiques sont l'expression psychique. Les caractéristiques du traumatisme sont donc énoncées par Freud en termes économiques. C'est sur le modèle de l'électricité qu'il complète sa problématique : « Ce n'est pas le voltage qui

[11] S. Freud, « Au-delà du principe du plaisir », Payot, 2010, pp. 160
[12] S. Freud, J. Breuer, « Études sur l'hystérie », Traduit de l'allemand par Anne Berman. Paris, PUF, 1956

tue, c'est l'intensité, c'est-à-dire le rapport entre la différence de potentiel et la résistance du sujet. L'intensité n'existe pas en soi. Elle est toujours à rapporter à une capacité de résistance »[13]. C'est l'afflux d'informations qui caractérise le traumatisme.

Il développe également à la fin de sa vie, en 1939, dans L'homme Moïse et la religion monothéiste[14], l'idée de la matérialité du traumatisme en envisageant que des « morceaux de réalité » puissent causer les pathologies névrotiques. Le traumatisme perd donc ainsi pour Freud de sa valeur propre pour n'être plus qu'un événement venu précipiter des conflits névrotiques latents. Quoique l'importance du traumatisme soit contestée au profit de fixations névrotiques antérieures du sujet, rendant indistinguables les facteurs exogènes et endogènes, Freud reconnait en 1938 « Il est possible que ce qu'on appelle névroses traumatiques (déclenchées par un effroi trop intense ou des chocs somatiques graves tels que collision de trains, éboulements, etc.) constituent une exception […], leurs relations avec le facteur infantile se sont jusqu'ici soustraites à nos investigations ».

Pour Lacan, au cours de l'expérience traumatique, le sujet est confronté au réel de la mort. Ce réel, n'ayant pas de représentation préexistante, est inaccessible au langage qui assure la protection du psychisme. Lors d'un traumatisme, l'écran protecteur du signifiant ne peut donc pas se mettre en place. Le sujet perçoit lors de cet événement un monde incohérent. Le sens de l'existence en est profondément remis en cause.

Ferenczi[15] conçoit le traumatisme comme un triple effondrement narcissique : effondrement du sentiment d'invulnérabilité et d'immortalité, effondrement de l'idée que l'environnement est protecteur, effondrement de la conviction que son prochain n'est pas dangereux. L'événement traumatique, en venant briser le sentiment de sécurité du sujet, provoque un anéantissement du sentiment de soi. De plus, Ferenczi a fait le lien entre traumatisme psychique et physique en disant « qu'une commotion physique est toujours psychique ». Il a décrit avec précision le vécu initial : « Un choc inattendu, non préparé et

[13] N. Chatillon, « L'être victime », Imaginaire & Inconscient 15, 1, 2005, pp. 117-134
[14] S. Freud, « L'homme Moïse et la religion monothéiste », Folio essais, 219, Gallimard, 1993
[15] S. Ferenczi, *in* M. Grappe, « Les troubles psychiques post-traumatiques chez les enfants victimes de guerre. Séquelles simples et formes cliniques graves », Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 10, 1997, pp. 38-43

écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique » rappelant ainsi la dissociation traumatique.

Les dernières recherches en psychanalyse de Claude Janin[16] s'appuient sur une métaphore physiologique : tout traumatisme serait constitué d'un noyau froid et d'un noyau chaud. Le premier serait le résultat d'une baisse de la quantité normale d'excitation, par exemple, un non-respect des besoins de la personne entraînant des carences psychiques et affectives. Le second à l'inverse, serait causé par un excès d'excitation (agressions physiques, …). Noyau froid et noyau chaud constituent les deux premiers temps du traumatisme. La décompensation se ferait dans un troisième temps.

I.5. Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes, directs et indirects

I.5.a. Les traumatismes de type I, II et III, simples et complexes

Nous devons à Lenore Terr, en 1991, la première typologie des traumatismes[17]. Elle identifie alors deux catégories : les traumatismes de type I et de type II. Le traumatisme de type I est induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire. Au contraire, l'événement à l'origine du traumatisme de type II s'est répété, a pu être présent constamment ou a menacé de se reproduire à tout instant pendant une période prolongée.

Une troisième catégorie, le traumatisme de type III est spécifiée par Eldra Solomon et Kathleeen Heide en 1999[18], afin de décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période. Judith Herman, professeur à la *Harvard Medical School* (1997), distingue préférentiellement les traumatismes simples et les traumatismes complexes. Sa définition des traumatismes simples les rapproche des traumatismes de type I définis par Terr. J. Herman désigne par traumatisme complexe le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement soumise au contrôle d'un auteur d'actes traumatogènes dont elle est incapable de s'échapper.

[16] C. Janin, « Figures et destins du traumatisme », PUF, 1996, p. 150
[17] L.C. Terr, « Childhood traumas : an outline and overview », American Journal of Psychiatry 148, 1991, pp. 10-20
[18] E.P. Solomon, K.M. Heide, « Type III Trauma : Toward a More Effective Conceptualiszation of Psychological Trauma », International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 43, 1999, pp. 202-210

Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type II précisés par Terr et, s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type III définis par Solomon et Heide.

Les traumatismes de type I ou traumatismes simples ne constituent qu'un épisode alors que les traumatismes de type II et III ou traumatismes complexes sont le plus souvent caractérisés par une multiplication, un produit, de ces épisodes. Cette succession rend la violence exempte de surprise, voire prévisible. Ainsi, il est important de ne pas confondre un parcours de vie émaillé de nombreux traumatismes simples (comme des accidents répétés qui s'additionnent) avec celui d'un sujet souffrant de traumatisme complexe.

I.5.b. Les traumatismes directs et indirects

Un traumatisme est considéré comme direct lorsque la victime a été elle-même confrontée au sentiment de mort imminente, à l'horreur ou au chaos. La victime peut donc être acteur, sujet ou témoin de l'incident qui a mis sa vie ou son intégrité, ou bien celles d'autrui, en danger.

La victime d'un traumatisme indirect pâtit psychologiquement d'une situation vécue par autrui. C'est une souffrance spécifique vécue par les personnes en relation étroite avec un sujet ou un groupe de sujets exposés à un événement potentiellement traumatique.

I.6. Etat de stress post-traumatique : modèles théoriques neurocognitifs et neurobiologiques

I.6.a. Définition et conséquences du stress

Le stress comme défini par Hans Selye[19] est « une réponse d'adaptation non spécifique de l'organisme à une agression ». Au départ, Selye a repris le terme de « stress » à la mécanique des matériaux : le stress en mécanique est une interaction entre une force et la résistance qu'a ce matériau. Peu importe si c'est une machine ou un homme qui tire sur ce matériau, d'où le terme de non spécifique.

Le syndrome de stress, ou syndrome général d'adaptation évolue selon trois stades successifs :

1. La « réaction d'alarme » pendant laquelle les forces de défense sont mobilisées ;

[19] H. Selye, « Le stress de la vie - le problème de l'adaptation », Gallimard, 1975

2. Le « stade de résistance » qui reflète la complète adaptation à l'agent « stressant » ;
3. Le « stade d'épuisement » qui suit inexorablement, pourvu que l'agent stressant soit assez puissant et agisse assez longtemps, le pouvoir d'adaptation d'un être vivant étant toujours limité[20]. Cette réponse au stress est sous-tendue par une réponse physiologique impliquant deux systèmes endocriniens, le système catécholaminergique et le système corticotrope[21].

Phase d'alarme

Une exposition à un déclencheur de stress entraîne immédiatement une activation du système nerveux sympathique via le locus coeruleus situé au niveau du tronc cérébral, qui stimulé, est responsable d'une une sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline par la glande médullosurrénale. Cette décharge sympathique est à l'origine de diverses modifications physiologiques visant à ce que l'organisme puisse répondre au danger : conversion du glycogène en glucose avec hyperglycémie, augmentation de la fréquence respiratoire, polypnée, accélération du métabolisme, modification de la répartition sanguine vasculaire entraînant une augmentation de la vigilance et une diminution de l'activité digestive et rénale. Ce système s'autorégule avec un rétrocontrôle inhibiteur de l'adrénaline et de la noradrénaline sur le locus coeruleus.

Phase de résistance

C'est la phase d'activation de l'hippocampe, centre de la mémoire et de l'apprentissage, qui lui-même stimule l'axe corticotrope par le biais de l'hypothalamus. La sécrétion de CRF par l'hypothalamus provoque la sécrétion d'ACTH par l'hypophyse antérieure, ce qui induit la sécrétion de cortisol par la corticosurrénale. Outre l'augmentation de la vigilance et l'activation comportementale, le rôle du cortisol est également de réguler l'activation du système sympathique par un rétrocontrôle inhibiteur sur celui-ci.

L'activation de l'axe corticotrope est destinée en premier lieu à la régulation des effets du stress aigu, y compris ceux induits par les catécholamines une fois que l'individu a mis en place une réponse adaptative. Il désactive secondairement son propre axe de sécrétion par

[20] H. Selye, « Du rêve à la découverte », La Presse, 1973, pp. 66-68
[21] D. Vallet, « Le trauma ou le stress. Intérêt, limites et conséquences thérapeutiques des apports de la biologie », *in* La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 10, 1997

un feedback négatif sur l'hypophyse antérieure, l'hypothalamus, l'hippocampe et l'amygdale qui sont riches en récepteurs aux glucocorticoïdes. Lorsque les stratégies de réponse au facteur de stress ont été efficaces, la cortisolémie revient à la normale.

Phase d'épuisement

Quand le stress perdure, la cortisolémie se maintient à forte dose et peut devenir toxique pour le cerveau et également entraîner un affaiblissement des défenses immunitaires.

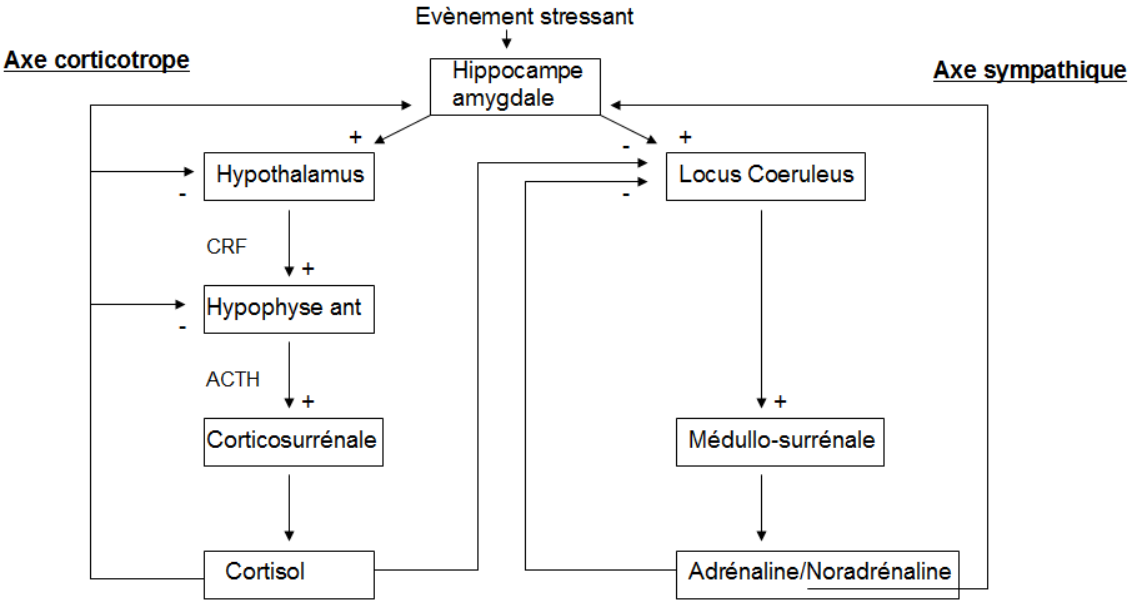


Figure 1 : Réponse neuroendocrine au stress

Le syndrome de stress post-traumatique peut être considéré comme la traduction d'une anomalie de la réponse d'adaptation de l'organisme au stress. Un des modèles neurobiologiques explicatifs de la constitution de l'état de stress post-traumatique est basé sur les conséquences de la dysrégulation neuroendocrinienne qui serait responsable d'un trouble dans la consolidation du souvenir traumatique.

I.6.b. Le conditionnement à la peur

Le réflexe de conditionnement à la peur est un processus adaptatif permettant à l'individu de réagir face au danger. Dans le cas de l'état de stress post-traumatique, un élément du contexte de l'événement traumatique peut à lui seul et à distance engendrer la peur. Le conditionnement consiste en l'apprentissage d'une association entre un stimulus conditionné non aversif au départ et un stimulus aversif.

Dans le cas de l'état de stress post-traumatique, l'événement traumatique et la peur qui lui est associée, constituent le stimulus inconditionnel aversif. Les stimuli non spécifiques associés au traumatisme, deviennent des stimuli conditionnels pouvant entraîner, seuls, une réaction conditionnée de peur. Une fois que la signification d'un stimulus a été modifiée par le conditionnement de la peur, son renouvellement déclenche un ensemble de réponses dans l'organisme qui le prépare à affronter le danger imminent prédit par ce stimulus, en déclenchant la cascade neuroendocrine décrite précédemment. Ainsi, le système nerveux autonome est activé massivement par le stimulus conditionnel de peur. La confrontation à un stimulus rappelant un aspect de l'événement traumatisant peut donc à lui seul entraîner une réaction de peur et le conditionnement ne concerne pas seulement le stimulus immédiat directement associé au traumatisme mais également les autres stimuli qui sont présents juste à ce moment-là. Ces stimuli forment le contexte et peuvent devenir stimulus conditionnel. Les conduites d'évitement des stimuli associées au traumatisme risquent de renforcer cette réaction avec le temps, en réduisant la détresse par leur mise en jeu.

D'un point de vue neurofonctionnel, les structures cérébrales qui interviennent dans le conditionnement à la peur sont celles du système limbique, qui interviennent également dans le traitement des émotions, et globalement dans les processus de survie de l'individu : amygdale, cortex préfrontal médian, thalamus et hippocampe. Deux voies impliquées dans le traitement des émotions sont décrites par LeDoux[22]. Tout stimulus émotionnel active le thalamus sensoriel. Dans la voie courte, celui-ci active directement l'amygdale qui est responsable d'une réponse émotionnelle immédiate. Cette voie permet un système de traitement rapide mais grossier. Elle permet de répondre à des stimuli potentiellement dangereux avant de savoir pleinement de quoi il s'agit. Cela peut être très utile dans des situations dangereuses. Cette voie courte est responsable de réponses réflexes que nous ne maitrisons donc pas. Elle pourrait représenter un mode de fonctionnement prédominant chez les individus atteints d'ESPT confrontés à des éléments du contexte de l'événement traumatique. La voie longue active l'amygdale, via le cortex sensoriel en faisant intervenir l'hippocampe et le cortex préfrontal médian.

[22] J. LeDoux, « Le cerveau des émotions », Odile Jacob, 2004

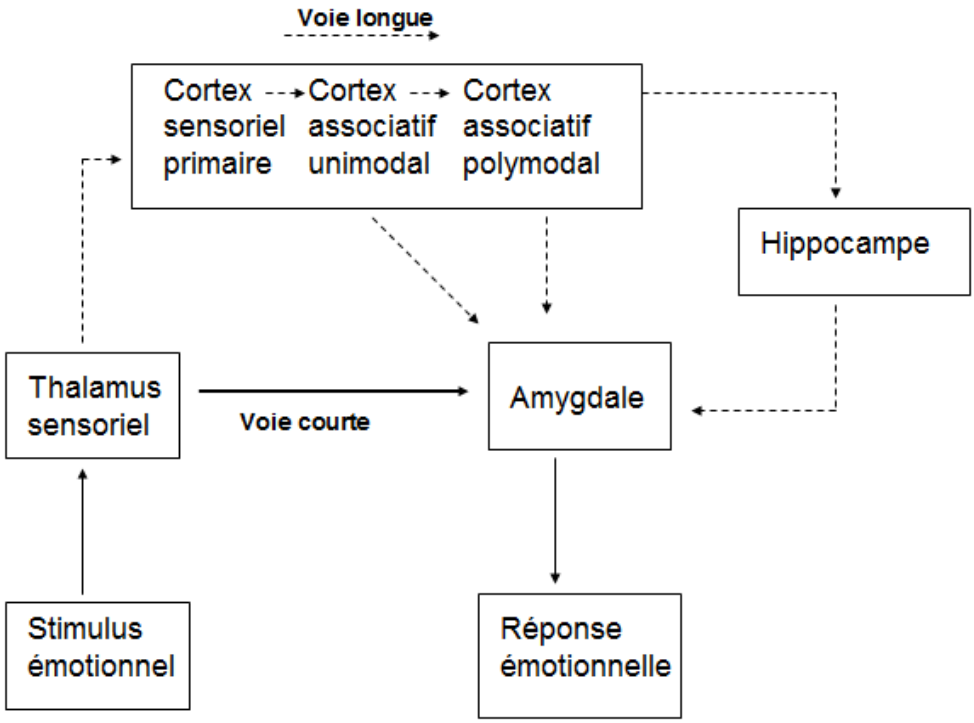


Figure 2 : Les deux voies du traitement des émotions, d'après LeDoux[23]

Il est donc intéressant de constater que l'apprentissage émotionnel peut s'effectuer par des voies court-circuitant le néocortex. Cela suggère que les réponses émotionnelles peuvent se produire sans la participation des systèmes cérébraux de traitement plus élevés connus pour intervenir dans la pensée, le raisonnement et la conscience. Le conditionnement de la peur peut être obtenu sans prise de conscience du stimulus conditionnel ou de la relation entre stimulus conditionnel et inconditionnel.

[23] J. LeDoux, *Ibid.*

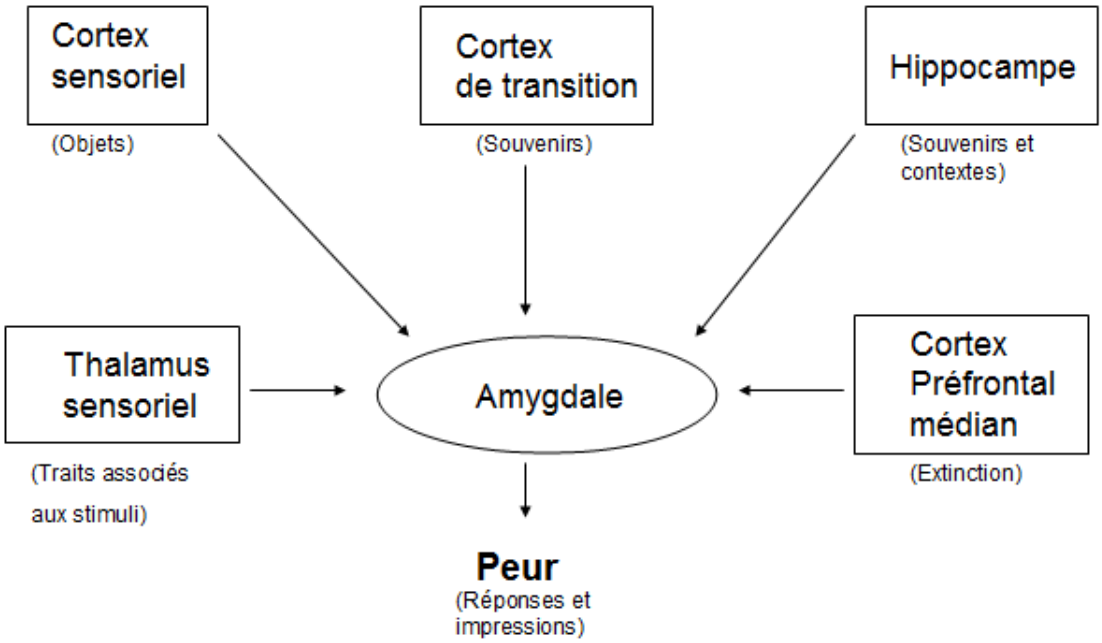


Figure 3 : L'amygdale, centre de l'acquisition et de l'expression du réflexe de conditionnement à la peur

I.6.c. Stress et mémoire

Il existe plusieurs types de mémoire à long terme qui sont associés à des zones particulières du système nerveux central. La mémoire épisodique se réfère à des expériences autobiographiques incluant le contexte de l'expérience, les sensations associées et les émotions. Elle implique les réseaux neuronaux situés dans le cortex sensoriel, le néocortex et l'amygdale. La mémoire sémantique, système mnésique par lequel l'individu stocke ses connaissances générales, implique les réseaux neuronaux du néocortex. Enfin, la mémoire procédurale porte sur les habiletés motrices, les savoir-faire et implique les régions sous corticales et le cervelet.

Au centre de cette mémoire à long terme se trouve l'hippocampe. L'hippocampe sert de lien entre toutes les informations enregistrées lors d'un l'événement mais ne contient pas les détails de la mémoire épisodique. Cette région du cerveau permet en conséquence l'intégration contextuelle sans laquelle le rappel d'un souvenir est impossible ou fragmenté comme c'est le cas dans l'état de stress post-traumatique. L'intervention de l'amygdale dans la mémoire épisodique permet d'expliquer que quand un événement est rappelé, les sensations et les émotions originelles sont toutes les deux réactivées.

Progressivement, ces mémoires épisodiques vont être transférées et intégrées dans la mémoire sémantique, c'est-à-dire que les informations pertinentes au cours de l'événement vécu vont être extraites de la mémoire épisodique de ce même événement pour être intégrées dans le champ global de connaissance de l'individu et pourront ainsi être utilisées pour la compréhension d'événements futurs. La mémoire hippocampale de l'événement fléchit ensuite, ce qui libère de la place pour les futures mémoires épisodiques.

Une des hypothèses proposées pour expliquer la constitution de mémoires traumatiques à l'origine de l'état de stress post-traumatique serait un défaut dans l'élaboration du souvenir épisodique. Le processus d'extraction permettant le transfert et l'intégration de la mémoire épisodique dans le néocortex, c'est- à- dire le processus de consolidation de la mémoire échouerait. Ainsi, l'individu ne serait pas en mesure d'apprendre de l'événement par défaut d'intégration corticale. De ce fait, l'affaiblissement de la mémoire hippocampale ne se ferait pas et le rappel de l'événement se ferait sous sa forme originale[24]. L'individu peut développer des stratégies pour atténuer les conséquences de cet échec d'intégration, par exemple en évitant les stimuli susceptibles de réactiver le souvenir ou bien en bloquant la réponse émotionnelle aux stimuli, mais seule l'intégration de la mémoire épisodique dans la mémoire sémantique permet un véritable rétablissement. Cette hypothèse d'un déficit d'intégration de l'événement traumatique permettrait d'expliquer que les mémoires traumatiques apparaissent d'abord comme sensorielles et dissociées en fragment d'expériences sensorielles.

Pour expliquer ce déficit dans le processus de consolidation de la mémoire c'est-à-dire dans le processus d'intégration du souvenir au niveau cortical, on a fait l'hypothèse d'une dysrégulation endocrinienne. L'amygdale, avec son action modulatrice sur différentes régions cérébrales en particulier l'hippocampe serait au centre du processus de consolidation[25]. Selon LeDoux[26], il existe deux types de souvenirs, conscients et inconscients, correspondant à deux types de mémoire avec respectivement la mémoire explicite déclarative et la mémoire implicite non déclarative. Le système amygdalien contrôlerait la mémoire implicite et le

[24] C.R. Brewin, « What is it that a neurobiological model of PTSD must explain? », Progress in Brain Research 167, 2008, pp. 217-228

[25] M.M. Tsoory, *et al.*, « Amygdala modulation of memory-related processes in the hippocampus: potential relevance to PTSD », Progress in Brain Research 167, 2008, pp. 35-51

[26] J. LeDoux, *op. cit.*

système hippocampique par ses connexions avec le néocortex via des cortex de transitions, la mémoire explicite. La mémoire de travail est l'endroit où les souvenirs émotionnels implicites et explicites se rencontrent. Amygdale et hippocampe sont en interaction. Comme nous avons vu précédemment, un événement stressant entraîne une sécrétion de catécholamines via l'axe du système nerveux sympathique ainsi qu'une sécrétion de cortisol via l'axe corticotrope. Plusieurs études ont montré le rôle de l'adrénaline, de la noradrénaline et du cortisol, dans l'encodage d'événements stressants et dans le processus de consolidation de la mémoire d'événements émotionnels. D'une part, l'administration d'adrénaline, de noradrénaline et de glucocorticoïdes après une expérience émotionnelle forte augmenterait la consolidation de la mémoire à long terme via l'amygdale. Il n'en est pas de même pour un événement neutre. Il y aurait donc un lien entre le niveau émotionnel de l'événement à encoder et l'influence des hormones sur la mémorisation[27]. D'autre part, l'administration d'adrénaline après un conditionnement améliorerait la consolidation de la mémoire si les doses ne sont pas trop élevées. L'adrénaline influencerait selon certains auteurs l'apprentissage via la libération de noradrénaline dans l'amygdale. Le blocage de l'adrénaline empêcherait les effets stimulants de l'activation émotionnelle sur la mémoire[28].

Cependant, un haut niveau de telles hormones peut également détériorer ce même processus de mémorisation et entrainer l'organisme en phase d'épuisement. Des doses modérées augmenteraient la mémorisation tandis que des doses trop faibles ou trop importantes freineraient la mémorisation. Cet effet dose dépendant pourrait également expliquer l'altération de la mémoire explicite en cas de stress intense via l'action toxique des glucocorticoïdes sur l'hippocampe. De plus, les glucocorticoïdes peuvent moduler la libération de noradrénaline dans l'amygdale par une action directe sur l'amygdale. Outre l'action de l'adrénaline et de la noradrénaline sur la consolidation de la mémoire, ces deux hormones amélioreraient également le rappel de la mémoire et la reconsolidation du souvenir.

L'hypothèse a été faite que les glucocorticoïdes dégraderaient le rappel de la mémoire traumatique c'est-à-dire auraient une action inhibitrice sur le phénomène de reviviscence[29]

[27] B. Roozendaal, A. Barsegyan, S. Lee, « Adrenal stress hormones, amygdala activation, and memory for emotionally arousing experiences », Progress in Brain Research 167, 2008, pp. 79-97
[28] B. Roozendaal *et al.*, *Ibid.*
[29] D.J. de Quervain, « Glucocorticoid-induced reduction of traumatic memories: implications for the treatment of PTSD », Progress in Brain Research 167,2008, pp. 239-247

pendant que le système catécholaminergique favoriserait ce rappel et cette reconsolidation. Les glucocorticoïdes peuvent en effet affaiblir la trace de la mémoire traumatique en inhibant ce processus de rappel et en facilitant l'extinction des réponses conditionnées aux répliques de la mémoire traumatisante. Le taux de cortisol bas retrouvé chez les patients souffrant d'état de stress post-traumatique pourrait expliquer le défaut de contrôle sur le rappel de la mémoire et les reviviscences.

Par ailleurs, une hyperactivité noradrénergique pourrait également expliquer l'hypervigilance et les phénomènes de reviviscence[30]. Nous avons décrit plus haut de quelle manière un stimulus menaçant provoque l'activation du locus coeruleus, composante fondamentale du système nerveux central via la sécrétion d'adrénaline. L'activation du locus coeruleus lors d'un stress aigu par la sécrétion de CRH, déclenche une hypersécrétion noradrénergique dans de nombreuses régions corticales et sous corticales comme l'amygdale, l'hippocampe, le cortex préfrontal[31]. Le stress chronique augmenterait la réactivité du locus coeruleus à un stimulus de danger probablement suite à la désensibilisation des récepteurs présynaptiques α_2[32] et provoque donc une hyperactivité de l'amygdale ce qui pourrait expliquer l'hypervigilance dans les syndromes de stress post-traumatique. Une hyperadrénergie centrale provoquerait une modification dans l'encodage émotionnel. La mémoire traumatique serait surconsolidée ce qui expliquerait les phénomènes intrusifs. En effet, « l'inondation » noradrénergique jouerait un rôle néfaste en favorisant les mécanismes d'hyper encodage et de consolidation mnésique notamment au-niveau amygdalien, dont les conséquences dans l'apparition des symptômes cliniques de répétition sont validées.

En résumé, l'action de ces hormones va dépendre du niveau émotionnel engendré par l'événement. Cette décharge hormonale a pour but de faciliter le stockage de l'événement dans la mémoire à long terme. L'augmentation du taux de glucocorticoïdes et de catécholamines en cas de stress est en accord avec le fait qu'il s'agit d'une réponse adaptative pour aider l'organisme à intégrer l'expérience traumatique. Cependant un défaut dans cette réponse peut engendrer un état de stress post-traumatique et une hyperactivité adrénergique

[30] S.M. Southwick *et al.* « Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder », Biological Psychiatry 46, 1999, pp. 1192-1204
[31] B. Roozendaal *et al.*, *op. cit.*
[32] L.K. Nisenbaum, E.D. Abercrombie, « Enhanced tyrosine hydroxylation in hippocampus of chronically stressed rats upon exposure to a novel stressor », Journal of Neurochemistry 58, 1992, pp. 276-281

jumelée avec de faibles taux de cortisol permettrait par conséquent une surconsolidation mnésique émotionnelle.

I.6.d. Données de l'imagerie cérébrale et de la neuro-imagerie fonctionnelle

Différentes études d'imagerie fonctionnelle ont montré une hyperactivité de l'amygdale ainsi qu'une diminution de l'activité du cortex préfrontal médian d'où l'hypothèse élaborée le cortex préfrontal ventro-médian n'inhiberait pas suffisamment l'activité de l'amygdale[33,34].

Une autre hypothèse évoque un défaut d'inhibition de l'amygdale par le cortex cingulaire antérieur[35]. Des études notent une atrophie du cortex cingulaire antérieur, structure pivot impliquée dans la régulation des phénomènes attentionnels, des réponses émotionnelles ainsi que dans le conditionnement de la peur, chez les personnes souffrant d'état de stress post-traumatique chronique comparativement à des sujets exposés à un événement traumatique, mais n'ayant pas d'état de stress post-traumatique[36]. Le cortex cingulaire antérieur, structure pivot intégrant des fonctions cognitives, affectives et sensorimotrices serait un des substrats neurobiologiques responsable du soulagement apporté par les psychothérapies qui sont efficaces sur les troubles émotionnels[37].

Bien que la relation de causalité entre atrophie hippocampique, traumatisme psychique, et état de stress post-traumatique, reste à ce jour difficile à établir, l'hippocampe, structure cérébrale bilatérale et sous-corticale impliquée dans la mémoire notamment dans l'encodage des informations contextuelles, l'anomalie structurale la plus fréquemment rapportée est l'atrophie hippocampique[38].

---

[33] S.L. Rauch *et al.*, « Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study ». Biological Psychiatry 47, 2000, pp. 769-776

[34] L.M. Shin *et al.*, « Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD ». Archives of General Psychiatry 61, 2004, pp. 168-176

[35] E.P. Solomon, K.M. Heide, « The biology of trauma : implications for treatment », Journal of Interpersonal Violence 20, 2005, pp. 51-60

[36] A. Brunet, V. Corbo, K. Sergerie, « Développement et rémission des psychotraumatismes », Stress et trauma, 2006, pp. 141-160

[37] F.M. Corrigan, « Psychotherapy as assisted homeostasis : activation of emotional processing mediated by the anterior cingulate cortex », Medical Hypotheses 63, 2004, pp. 968-973

[38] M.M. Tsoory, *et al.*, *op. cit.*

II. La méthode de psychothérapie EMDR

II.1. La découverte et le développement de la psychothérapie EMDR

« On serait fort embarrassé pour citer une découverte biologique due au raisonnement pur »[39].

L'EMDR, basée sur une observation fortuite que fit Francine Shapiro en mai 1987[40], détaillée plus haut, relève de la même sérendipité - cette irruption d'un hasard providentiel dans la recherche scientifique-que la découverte de la pénicilline par le Dr Flemming en 1928.

Claude Bernard observait à la fin du XIX^{ème} siècle que « c'est toujours par le hasard que tout commence », que « la science ne vient qu'après » et « qu'elle raisonne sur ce que le hasard a montré ». F. Shapiro, fascinée par sa découverte, entreprend de tester l'effet de celle-ci sur ses amis, collègues et sur ceux qui l'entourent dans les séminaires de psychologie auxquels elle assiste. En travaillant avec ces quelques soixante-dix personnes pendant six mois, elle développe une procédure standard réussissant à diminuer les symptômes. Elle découvre rapidement que la plupart des personnes n'ont pas un contrôle musculaire suffisant pour poursuivre durablement le mouvement bilatéral oculaire de manière autonome. Elle leur demande donc de suivre ses doigts avec leurs yeux, pendant qu'elle fait aller et venir sa main jusqu'à ce que leurs mouvements oculaires prennent la même allure et la même direction que celles dont elle avait usé dans le parc ce jour-là. Elle remarque que très vite, les patients commencent à se sentir mieux, mais restent bloqués sur du contenu perturbant. Variant les caractéristiques des mouvements oculaires (plus rapides, plus lents, suivants diverses directions), elle fait se concentrer les gens sur de multiples aspects de leur souvenir et identifie progressivement les stratégies qui donnent les résultats positifs les plus complets. Parce que son premier intérêt visait à diminuer l'angoisse, comme elle en avait, elle-même, fait l'expérience, et que son premier modèle est alors comportemental, Francine Shapiro baptise la procédure « Désensibilisation par les mouvements oculaires » (EMD pour *Eye Movement Desentitization*)[41]. L'affinement continue des procédures et l'évaluation de centaines de cas a mené à la prise de conscience que les procédures optimales engendraient la désensibilisation et la restructuration cognitive simultanée, pour ce qui est des perceptions concernant

[39] H. Bergson, « L'évolution créatrice », PUF, 1989
[40] F. Shapiro, « Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures », Interéditions, Paris, 2007
[41] *Ibid.*

l'événement traumatique, des prises de conscience spontanées, des associations avec des émotions et des ressources positives et l'augmentation du sentiment d'efficacité personnel. Tout cela est considéré comme du matériel dérivant du retraitement adaptatif des souvenirs qui se met en place à un niveau neurophysiologique. F. Shapiro décide de renommer, en 1990, la méthode « Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires »[42] (EMDR). Ce changement de nom tient compte du changement de paradigme, partant de la formulation initiale comportementale d'une désensibilisation seule de l'anxiété (« re-vivre pour revivre ») pour se diriger vers une orientation bien plus intégrative du traitement de l'information. L'EMDR est un processus complexe qui comporte de nombreux éléments. En outre, de nombreux autres stimuli que les mouvements oculaires se sont avérés efficaces. Le signe EMDR a été maintenu à cause de la reconnaissance mondiale de ce nom, favorisant une reconnaissance historique plutôt que descriptive de celui-ci. David Servan-Schreiber parle lui plutôt de thérapie « d'intégration neuro émotionnelle »[43] tandis que Shapiro confie que si elle devait renommer aujourd'hui la procédure, elle choisirait simplement « *reprocessing therapy* » (thérapie de retraitement).

II.2. La psychothérapie EMDR à l'épreuve de la science

Francine Shapiro procède à la première étude contrôlée en 1987, publiée en 1989 dans *Journal of Traumatic Stress*[44]. La méthodologie est rigoureuse : deux groupes de patients d'anciens combattants (22 victimes au total) de la guerre du Viêt-Nam ayant subi des traumatismes comparables réunissant les critères en faveur d'un ESPT selon le DSM-III (1980) ont été constitués. Les sujets du groupe contrôle devaient décrire leur souvenir traumatique en détaillant l'image la plus perturbante de celui-ci, accompagnée des pensées négatives et croyances qu'ils avaient eues au sujet de la situation ou de leur participation à celle-ci. Dans le groupe témoin, la même description était demandée aux sujets et on y ajoutait des mouvements oculaires. Le niveau d'angoisse a été mesurée en utilisant l'échelle subjective des unités de perturbation à onze points (échelle SUD pour *Subjective Units of Disturbance Scale*), où 0 correspond à une intensité nulle et 10 à la plus haute angoisse possible[45]. Il a aussi été demandé aux sujets de choisir une pensée positive ou une croyance qu'ils aimeraient avoir

[42] *Ibid.*
[43] D. Servan-Schreiber, *op. cit.*
[44] F. Shapiro, « Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories », Journal of Traumatic Stress 2, 1989, pp. 199-223
[45] J. Wolpe, « The Practice of Behavior Therapy », Tarrytown, Pergamon Press, 1990

d'eux même tels que « J'ai de la valeur » ou « J'ai fait du mieux que j'ai pu ». F. Shapiro leur a demandé d'estimer à combien cette croyance était vraie pour eux au moyen d'une échelle sémantique différentielle à sept points, nommée échelle de validité de la cognition (échelle VOC pour *Validity of Cognition Scale*), où 1 signifie « complètement faux » et 7 « complètement vrai ». Le traitement a été effectué dans les deux groupes en une seule séance. Après le traitement, on a relevé une diminution très nette des perturbations anxieuses montrant un effet de désensibilisation prononcé et une augmentation significative de la confiance en soi pour les sujets qui avaient utilisés les mouvements oculaires (stimulations bilatérales alternées), ce qui indique une restructuration cognitive solide. Pour les patients qui n'avaient reçu que la partie orale du traitement, l'angoisse et le sentiment d'auto-dévalorisation s'étaient accrus, conformément d'ailleurs aux résultats d'études relatives aux phases initiales des procédures de décharge mis en évidence par d'autres chercheurs[46]. Des réévaluations à un et trois mois ont permis de constater le maintien des bénéfices.

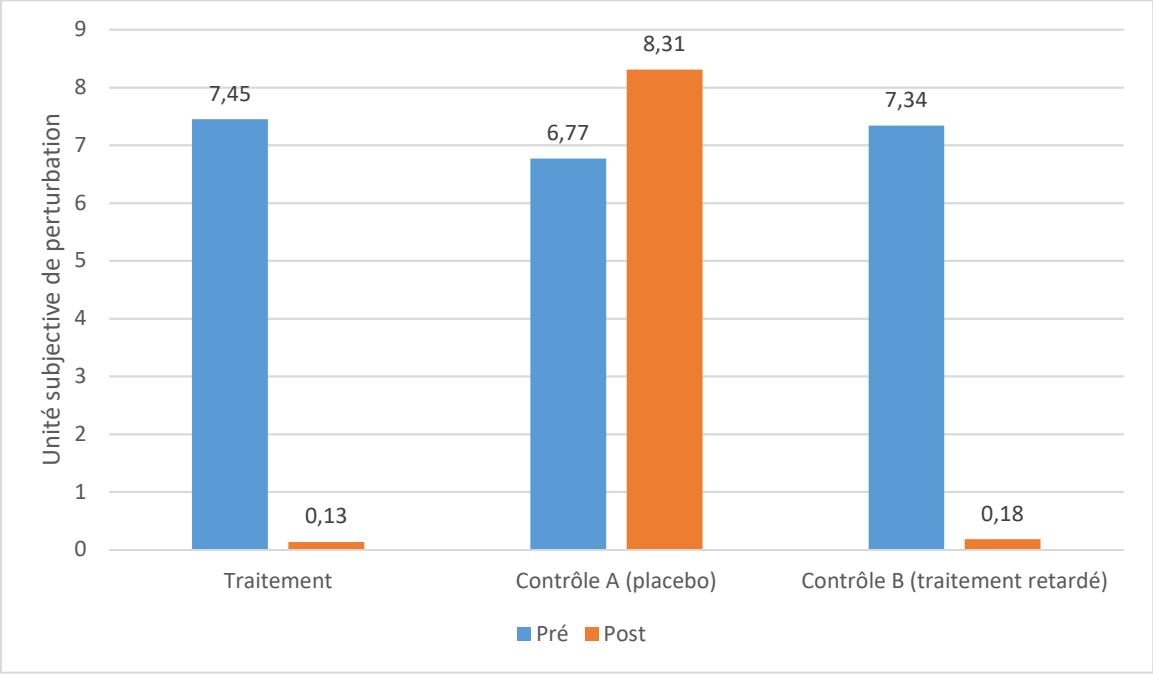


Figure 4 : Première étude de F. Shapiro en 1989

Plus d'une douzaine d'études ont été publiées dans les douze années qui ont suivi cette recherche pilote initiale, biaisée par le manque de mesure standardisée et d'évaluation en

[46] P.A. Boudewyns, R.H. Shipley, « Flooding and Implosive Therapy : Direct Therapeutic Exposure in Clinical Practice », Plenum Press, 1983, p. 235

aveugle. Dans l'étude menée par Wilson en 1995[47], 80 % des patients ne montraient plus de symptômes d'ESPT après trois séances. « C'est un taux de guérison comparable à celui des antibiotiques pour la pneumonie. Aucune autre étude de quelques traitements que ce soit en psychiatrie, y compris les médicaments les plus puissants, n'a fait état d'une telle efficacité en trois semaines » commente David Servan-Schreiber[48]. La même étude, quinze mois plus tard[49] montrait des taux de guérison encore supérieurs.

Plus tard, en 2000, la base de données la plus utilisée sur l'ESPT, la *Pilot Data Base* du *Darmouth Veteran Administration Hospital*, avait enregistré plus d'études cliniques contrôlées sur l'EMDR que sur n'importe quel autre traitement de l'ESPT, y compris les médicaments. Les résultats de ces études ont permis de conclure que l'EMDR était au moins aussi efficace que les meilleurs traitements existants[50,51,52,53], mais qu'elle semblait aussi être « la méthode la mieux tolérée et la plus rapide »[54].

« Aujourd'hui, on n'en est plus à se poser la question si ça marche ou pas, puisque l'EMDR est la méthode de traitement la plus contrôlée au monde pour ce qui concerne l'ESPT, plus même que les antidépresseurs »[55].

L'affinement continu des procédures et l'évaluation subséquente de centaines de cas ont mené à la prise de conscience que les procédures optimales engendraient la désensibilisation et la restructuration simultanée des souvenirs, la naissance d'insights spontanés et l'augmentation du sentiment de sa propre efficacité.

---

[47] S. Wilson, L. Becker *et al.*, « Eye movement desentisitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychological traumatized individuals », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995, 63(6), pp. 928-937

[48] D. Servan-Schreiber, *op. cit.*

[49] S. Wilson, L. Becker *et al.*, « Fifteen month follow up eye movement desentitization and reprocessing, traetment for post traumatic stress disorder and psychological trauma », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997, 65(6), pp. 1047-1056

[50] J. Spector, J. Read, « The current status of EMDR », Clinical Psychology and Psychotherapy, 1999, 6(3), pp. 165-174

[51] M.L. Van Etten, S. Taylor, « Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis », Clinical Psychology and Psychotherapy, 1998, 5(3), pp. 126-144

[52] M. Sack, W. Lempa, F. Lamprecht, « Study quality and effect-sizes - a metaanalysis of EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder », Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2001, 51(9-10), pp. 350 -355

[53] L. Maxfiled, L.A. Hyer, « The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD », Journal of Clinical Psychology, 2002, 58(1), pp. 23-41

[54] D. Servan-Schreiber, *op. cit.*

[55] *Ibid.*

En 2016, L'Encéphale réalise une revue des documents disponibles pour une évaluation clinique selon les critères scientifiques de l'efficacité clinique de la psychothérapie EMDR pour le traitement de l'ESPT[56]. Plusieurs méta-analyses[57,58,59] regroupant dix années de publications ont démontré l'efficacité clinique du protocole EMDR, permettant de comparer de façon favorable ces effets à ceux obtenus avec les TCC centrées sur le trauma.

Une méta-analyse[60] et des études contrôlées randomisées démontrent également l'efficacité de l'EMDR dans le traitement des traumatismes chez l'enfant.

Au total, en 2016, il existe 650 articles concernant des résultats cliniques et les mécanismes d'actions du traitement. L'EMDR a obtenu, 20 ans après l'établissement d'un protocole thérapeutique intégratif, le plus haut niveau de preuve d'efficacité dans l'indication de traitement de l'ESPT ainsi que la reconnaissance par les Agences de Santé.

II.3. Recommandations par les organismes de santé

La thérapie EMDR est à présent reconnue comme thérapie de référence de l'ESPT dans plusieurs pays dans le cadre de l'*evidence-based medicine*. On peut citer, aux Etats-Unis, *l'American Psychiatric Association* (Association Américaine de Psychiatrie) et le *Department of Defense and Veterans' Affairs* (Ministère de la Défense et des Anciens Combattants)[61] depuis 2004 et le National Institute of Mental Health (Institut National de Santé Mentale) depuis 2007. En Europe, la psychothérapie EMDR est reconnue depuis 2001 par le *Swedish Board of Health and Welfare* (Office Suédois de Santé et de Bien-être) et le ministère de la santé au Royaume-Uni[62] depuis 2003, par la *Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern*

[56] F. Haour, C. De Beaurepaire, « Évaluation scientifique de la psychothérapie EMDR pour le traitement des traumatismes psychiques », L'Encéphale, 2016, 42(3), pp. 284-288

[57] B.A. Van der Kolk, J. Spinazzola *et al.*, « A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder : treatment effects and long-term maintenance », Journal of Clinical Psychiatry, 2007, 68(1), pp. 37-46

[58] G.H. Seidler, F. Wagner, « Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD : a meta-analytic study », Psycholgical Medicine Journal, 2006, 36(11), pp. 1515-1522

[59] C.W. Lee, P. Cuijpers, « A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories », Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2013, 44(2), pp. 231-239

[60] R. Rodenburg, A. Benjamin, C. de Roos *et al.*, « Efficacy of EMDR in children : a meta-analysis », Clinical Psychology Review, 2009, 29(7), pp. 599-606

[61] VA/DOD - Clinical Practice Guideline Working Group, « Management of Postraumatic Stress », Washington DC, 2003, Veterans Health Administration, department of Veterans Affairs, Department of Defense

[62] UK Department of Heath, « The Evidence Based Clinical Practice Guideline », Department of Health, 2001, United Kingdom

Ireland Department of Health[63] (Equipe de Soutien pour l'Efficience des Ressources Cliniques du ministère de la Santé d'Irlande du Nord, CREST) et la *Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Health Care*[64] (Recommandations du Comité Directeur National des Pays-Bas pour les Soins de Santé Mentale) ; depuis 2004 en France par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale[65,66], depuis 2005 par le *British National Collaborating Centre for Mental Health* (Centre de Collaboration National Britannique pour la Santé Mentale) ; depuis 2009 par l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (Société Internationale d'Etudes du Stress Traumatique)[67].

Précisons que dans son rapport de 2004, l'INSERM avait évalué trois approches thérapeutiques : la psychodynamique, les TCC (en incluant l'EMDR), ainsi que l'approche familiale et de couple[68]. Ce rapport montre que les TCC, EMDR compris, sont plus efficaces pour ce qui est de l'ESPT que le traitement médicamenteux, que les thérapies familiales systémiques et largement plus que la psychanalyse dont l'effet n'est validé que pour les troubles de la personnalité.

La *World Health Organization* (WHO ou OMS, Organisation Mondiale pour la Santé) a publié en juillet 2013 des recommandations et guidelines[69] destinés aux praticiens qui traitent les conséquences d'ESPT, qui comme les recommandations de la Haute Autorité de Santé[70] conseillent l'emploi de la psychothérapie EMDR ou de la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme. A noter que l'OMS a montré que 3,6 % de la population mondiale actuelle a subi des traumatismes qui ont provoqué un ESPT. La validation du traitement de ce trouble est donc cruciale.

[63] CREST, « The Management of Posttraumatic Stress Disorder in Adults », Belfast, Northern Ireland, 2003, Clinical Resource Efficiency Support team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety
[64] Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Helth Care, Multidisciplinary Guideline for Anxiety Disorders, Utrecht, 2003, Quality Institute Heath Care CBO/Trimbos institute
[65] INSERM, Etude de l'INSERM « Psychothérapie »
[66] Trois approches évaluées, « Expertise collective », Paris, 2004, pp. 29
[67] C.M. Chemtob., D. Tolin, *et al.*, « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) », *in* Effective treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress, E. A. Foa, T. M. Keane et M. J. Friedman, New York, Guilford Press, 2000, pp. 139-155, 333-335
[68] INSERM, « Psychothérapie, trois approches évaluées », *op. cit.*
[69] OMS, « Guidance on mental healthcare after trauma », World Health Organization, 2013
[70] HAS, Guide ALD « Troubles anxieux graves », 2007

II.1. Hypothèse du modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI)

« La connaissance est une navigation dans un océan d'incertitudes à travers des archipels de certitudes »[71].

Les résultats cliniques décrits plus hauts observés par un grand nombre de psychothérapeutes[72] à qui le protocole EMDR a été enseigné[73] amènent Shapiro à émettre ensuite l'hypothèse que la thérapie EMDR remet en route un processus naturel de traitement de l'Information qu'elle appelle « traitement adaptatif de l'information » (TAI)[74,75]. Elle utilise le qualificatif « adaptatif », c'est-à-dire littéralement : le traitement qui permet l'adaptation d'une information supposée « dysfonctionnellement stockée » et non pas « adaptée »[76,77], ce que sans doute est l'EMDR. Dans les conditions normales, la résolution des traumatismes se fait spontanément. Elle ne semble pas pouvoir se faire quand le cerveau a été « débordé » par un traumatisme trop intense ou répété. La mise en mémoire des différentes informations liées au traumatisme (images, aspects sensoriels, émotionnels, physiologiques et cognitifs) se fait alors de manière dysfonctionnelle. Ce terme « dysfonctionnel » fait référence à une inadaptation vis-à-vis des situations actuelles ; c'est-à-dire que les rappels mnésiques de l'évènement traumatique et l'existence des symptômes qui en découle induisent des réponses qui ne sont plus justifiées avec la situation actuelle[78]. L'influence continue de ces expériences antérieures est due au fait que les stimuli actuels révèlent les affects et cognitions négatives contenues dans ces souvenirs, amenant le patient à agir d'une manière correspondant à ces situations originelles. La nature dysfonctionnelle des souvenirs et de la façon dont ils sont traités permet aux affects et cognitions négatives provenant du passé d'envahir le sujet au moment présent. Le matériel originel qui demeure dans cet état pénible et excitateur peut être en conséquence déclenché par une variété de stimuli externes et internes et s'exprimer sous forme de cauchemars, de flashbacks et de pensées intrusives - qui sont en fait le nom donné aux symptômes positifs des ESPT. Le traitement de l'information a été, pour une raison

[71] E. Morin, « Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur », Seuil, 2000
[72] L. Maxfiels, « EMDR milestones : the first 20 years », Journal of EMDR Practice and Research 3, 2009, pp. 211-216
[73] F. Shapiro, « Eye Movement Desentitization and reprocessing : basic principles, protocols and procedures », The Guilfor Press, New York, 1995
[74] F. Shapiro, « Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures », Interéditions, Paris, 2007
[75] F. Shapiro, « Fetting past your past », Rodale Inc., New York, 2012
[76] E. Morin, *op. cit.*
[77] L. Maxfiels, *op. cit.*
[78] J. Roques, « L'EMDR », Que sais-je ?, PUF, 2016, p. 108

quelconque, bloqué. Comme l'intensité de l'affect a enfermé le souvenir dans un réseau associatif restreint, le réseau neuronal dans lequel cette information est stockée est véritablement isolé. Aucun nouvel apprentissage ne peut se produire parce qu'aucune information thérapeutique ne peut s'associer avec lui. Traiter par EMDR des souvenirs de telle sorte permettrait à des affects et cognitions actuels plus positifs et plus puissants de s'étendre aux souvenirs associés et ainsi d'engendrer des comportements plus appropriés. Le modèle TAI suggère que la prise de conscience et l'intégration se font au moment où les deux réseaux se relient et que les connections appropriées peuvent se faire[79]. Le matériel cible (traumatique) est alors remodelé par une information plus positive pour être intégré avec un affect et une estime de soi plus appropriés[80,81]. Cette hypothèse est issue de recherches neurobiologiques sur les mécanismes du stress et du traumatisme ainsi que sur les mécanismes de mise en mémoire, de rappel et de consolidation décrits précédemment[82,83].

Les mouvements oculaires semblent favoriser la remise en route du traitement des informations stockées de façon dysfonctionnelle, ainsi que leur désensibilisation et les intégrations. Comme il est question de mouvements oculaires, le rapport avec le nystagmus observé au cours de la phase paradoxale du sommeil (phase de REM pour *Rapid Eye-Movement*, soit en français « mouvement rapide des yeux ») s'imposait. Depuis 1960, de nombreuses recherches sur l'architecture du sommeil ont été publiées[84] dans lesquelles on a pu mettre en évidence le rôle du rêve, et donc des mouvements oculaires concomitants et leur rôle dans les processus de mémorisation[85]. L'utilisation volontaire de ces mouvements lors du traitement EMDR est logiquement supposée réactiver un processus naturel de guérison, à l'image d'une « cicatrisation psychique » naturelle[86]. La stimulation sensorielle

[79] F. Shapiro, « Eye Movement Desentitization and reprocessing : basic principles, protocols and procedures », The Guilfor Press, New York, 1995
[80] *Ibid.*
[81] F. Shapiro, « Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures », Interéditions, Paris, 2007
[82] L. Schwabe, K. Nader, J.C. Pruessner, « Reconsolidation of human memory : brain mechanisms and clinical relevance », Biological Psychiatry 2014, 76(4), pp. 274-280.
[83] K. Nader, O. Hardt, R. Lanius, « Memory as a new therapeutic target ». Dialogues in Clinical Neuroscience 2013, 15(4), pp. 475-486
[84] M. Jouvet, « Pourquoi rêvons-nous ? Pourquoi dormons-nous ? Où, quand et comment ? », Paris, Odile Jacob, 2000
[85] F. Shapiro, « Fetting past your past », Rodale Inc., New York, 2012
[86] J. Roques, « L'EMDR », Que sais-je ?, PUF, 2016, p. 108

bilatérale alternée faciliterait, comme dans les rêves, l'intégration multimodale des souvenirs fragmentés, amendant les phénomènes d'intrusion et les accès émotionnels incontrôlés.

On peut concevoir la stimulation du système de traitement de l'information bloqué par une variété de facteurs physiologiques possibles, dont un déconditionnement causé par une réponse obligée de relâchement[87,88,89]. Cette hypothèse considère donc le rôle du parasympathique et de la réponse de relâchement qui l'accompagne comme central. Une autre hypothèse attribue les vertus réparatrices de l'EMDR à l'activation du réflexe archaïque d'orientation qui entraine la fixation de l'attention dans la direction d'un stimulus nouveau, amenant un déplacement du regard dans le sens du danger[90,91,92,93]. Cette réponse est de nature parasympathique, contrairement au sursaut ou à la réaction de défense. Une autre hypothèse considère que la stimulation est imputable à la double focalisation, c'est-à-dire à l'attention double[94], celle portée sur soi-même, en train de porter attention sur soi. L'aspect méditatif et la phase de désensibilisation de l'EMDR contredisent, en quelque sorte, la fameuse assertion d'Auguste Comte selon laquelle « On ne peut pas se mettre à la fenêtre pour se regarder passer dans la rue ». Des changements spécifiques dans l'état du cerveau pourraient par ailleurs être dus à une réorientation répétitive de l'attention, augmentant l'activation de souvenirs épisodiques et renforçant les associations faibles similaires à celles du sommeil paradoxal, facilitant ainsi leur intégration dans une mémoire sémantique corticale[95] en contraignant le patient à faire évoluer constamment son attention par rapport

[87] F. Shapiro, « Efficacy of the Eye-movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic memories », Journal of Traumatic Stress 2, 1989, pp. 199-223

[88] F. Shapiro, « Eye-movement Desentization Procedure. A New treatment for Post-traumatic Stress Disorder », Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 20, 1989, pp. 211-217

[89] D.L. Wilson, S.M. Silver, W.G. Covi, *et al.*, « Eye-movement Desensitization and Reprocessing. Effectiveness and Autonomic Correlates », Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 27, 3, 1996, pp. 219-229

[90] M.S. Armstrong, K. Vaughna, « An orienting Response model of Eye-movement Desensitization », Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry 27, 1996, pp. 21-30

[91] H. Lipke, « Manual for the Teaching of Shapiro's EMDR in the Treatment of Combat-related PTSD », Pacific Grove, EMDR Institute, 1995

[92] H. Lipke, « EMDR and Psychotherapy Integration », Boca Raton, CRC Press, 2000

[93] M.J. MacCulloch, P. Feldman, « Eye movement desensitisation treatment utilises the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder : a theoretical analysis », British Journal of Psychiatry 169, 5, 1996, pp. 571-559

[94] J. Andrade, D. Kavanagh, A.D. Baddeley, « Eye-movements and visual imagery : a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder », British Journal of Clinical Psychology 36, 1997, pp. 209-223

[95] R. Stickglod, « EMDR. A putative neurobiological Mechanism of Action », Journal of Clinical Psychology 58, 2002, pp. 61-75

à une ligne médiane du corps. Cette théorie est étayée en 2000 par Christman et Garvey[96] qui montrent que les mouvements oculaires à gauche et à droite produisent un effet bénéfique dans la récupération de souvenirs épisodiques non sémantiques, ceux-là même qui sont reliés aux souvenirs traumatiques. En 2001, ils avancent ensuite que la bilatéralité des stimulations permettrait un traitement hémisphérique de l'information et déclencherait ainsi un état physiologique activant le traitement de l'information[97]. Enfin, ils développent en 2003 l'hypothèse qu'une attention concentrée et des mouvements oculaires simultanés (ou bien d'autres types de stimulations) pourraient conduire à une activation spécifique des systèmes limbiques et corticaux[98].

La recherche fondamentale conduite récemment en France par Stéphanie Aubert-Khalfa[99] a confirmé le rôle majeur du système nerveux parasympathique dans le traitement de l'information, comme le soutenait Francine Shapiro elle-même dès le départ en parlant de déconditionnement permis par une réponse de relâchement et donc placée sous le signe d'un fonctionnement parasympathique.

Pour résumer, l'hypothèse est que les mouvements oculaires s'accompagneraient d'activité cholinergique et augmenteraient ainsi les liens associatifs en mémoire. Cette hypothèse est cohérente avec les travaux de Hobson, Stickglod et Pace-Schott[100]. Nous pouvons donc concevoir l'existence psychique de deux modalités d'action agissant de façon concomitante. La première proviendrait du traumatisme psychique. Le sujet, immergé momentanément dans l'événement négatif, vivrait alors une forte activité au niveau amygdalien alors que son cerveau serait centré sur une croyance négative issue de l'incident en question. La deuxième serait due à la sécrétion cholinergique causée par les mouvements oculaires, celle-ci apaisant les tensions émotionnelles induites par l'amygdale. Au total, l'acétylcholine réduirait peu à peu l'intensité de la perturbation liée au vécu sensoriel de

[96] S.D. Christman, K.J. Garvey, « Episodic versus semantic memory : Eye movements and cortical activation », poster présenté au 41ème Annual Meeting of Psychonomic Society, La Nouvelle-Orléans, 2000

[97] S.D. Christman, K.J. Garvey, « Bilateral Eye-movements Reduce Asymmetries in Hemispheric Activation », présenté à la 6ème EMDR International Association Conference, Austin, 2001

[98] S.D. Christman, K.J. Garvey, « Bilateral Eye-Movements Enhance the Retrieval of Episodic Memories », Neuropsychology 17, 2, 2003, pp. 221-229

[99] S. Aubert-Khalfa, J. Roques, O. Blin, « Evidence of a Decrease in Heart rate and Skin Conductance Responses in PTSD Patients after a single EMDR Sesssion », Journal of EMDR Practice and Research 2, 1, 2008, pp. 51-56

[100] J.A Hobson, R. Stickglod, E.F. Pace-Schott, « The Neuropsychology of REM Sleep Dreaming », Neuroport 9, 3, 1998

l'événement. La tension décroissante dans le système limbique permettrait alors le recouvrement de possibilités associatives favorables. Des cognitions et des liaisons appropriées se feraient alors depuis le cortex frontal, permettant la reprise de l'autocontrôle affectif du sujet.

« Même s'ils en gardent les cicatrices, les humains peuvent dépasser des traumatismes graves. Il existe au fond de l'être humain des ressources insoupçonnées qui le rendent capable de surmonter les pires épreuves »[101]. En mettant résolument l'accent sur les mécanises naturels d'auto guérison qui font de toute évidence partie du psychisme, on ne fera qu'accompagner la capacité naturelle du corps à retrouver son équilibre, ce que Claude Bernard appelait « l'homéostasie »[102]. Lorsque la blessure est profonde, ou qu'elle a déstabilisé la structure même du sujet, elle peut nécessiter une intervention extérieure pour tirer au mieux parti des mécanismes d'auto-guérison émotionnels*. Natura sanat, medicus curat* « La nature guérit, le médecin soigne » pensaient déjà les latins. L'EMDR est une psychothérapie à part entière et ne saurait donc se limiter à la seule utilisation de stimulations bilatérales alternées. Bâtie comme nous l'avons vu sur la notion de réseaux de mémoire, la procédure générale suit une méthodologie de base riche et rigoureuse.

II.2. Protocole de base de la psychothérapie EMDR

II.2.a. Composants et effets de base du traitement EMDR

Les effets du traitement EMDR sont basés sur l'accès à un matériel dysfonctionnel stocké qui doit être ciblé. L'efficacité dépend d'un ciblage optimal. Quand il s'agit de traiter une victime d'ESPT simple, on peut se contenter de cibler l'unique souvenir de cet événement. Quand le traumatisme est plus complexe, les cibles appropriées incluent des souvenirs précoces ainsi que des événements récents ayant déclenché des perturbations. Les cibles sont les unités élémentaires du traitement. Les paramètres les plus pertinents pour traiter une cible sont l'image de la cible, les cognitions négative et positive, les émotions et leur niveau de perturbation et les sensations corporelles, détaillées ci-après.

[101] B. Cyrulnik, « Un merveilleux malheur », Odile Jacob, 2000, p. 218
[102] C. Bernard, « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale », Paris, 1865, p. 381

L'image, distincte ou non, sert à établir un lien entre la conscience et l'endroit où est stockée l'information dysfonctionnelle. On choisit l'image qui représente soit l'incident tout entier soit le moment le plus difficile.

La cognition négative (CN) est une phrase qui exprime la croyance négative sous-jacente ou la mauvaise opinion de soi qui va avec l'image. C'est l'interprétation actuelle négative et erronée du moi, pas une simple description. La stimulation de la mémoire traumatique amène à ressentir l'affect stocké et la cognition négative sert à transmettre son sens. Le patient continue de penser à lui-même de façon inappropriée en lien avec l'événement, ce qui montre que l'incident n'a pas été résolu sur le plan mnésique. Par exemple, il peut éprouver un sentiment de culpabilité (« J'ai fait quelque chose de mal »), s'auto-dévaloriser (« Il y a quelque chose qui ne va pas chez moi ») ou se sentir en danger (« On va m'abandonner »). Identifier la cognition négative permet au patient de percevoir un peu plus son irrationalité et stimule l'information dysfonctionnelle qui doit être traitée.

La cognition positive (CP) est la direction qu'on souhaite donner au traitement, c'est-à-dire ce que le patient devrait le plus souvent pouvoir penser de positif : « C'est fini maintenant » ou « J'ai fait du mieux que j'ai pu ». C'est une redéfinition donnée au traumatisme dans un langage raisonnable qui offre un espoir réaliste de se libérer de la souffrance et de l'auto-dévalorisation en renforçant le sentiment de contrôle interne du patient. Le but est de donner au patient la capacité de maintenir son équilibre sans faux espoirs pour le futur. La validité estimée par le patient de la CP est évaluée par l'échelle de Validité de la Cognition (échelle VOC) qui est une échelle numérique à 7 points, où 1 est « complètement faux » et 7 « complètement vrai ». Cette évaluation est fondée sur le niveau de vérité et de croyance que le patient accorde à l'instant présent à la CP et non à ce qui est objectivement vrai.

Le patient doit, gardant l'image en tête nommer l'émotion ressentie maintenant et en évaluer l'intensité sur l'échelle SUD. Les souvenirs qui sont notés 5 ou plus sur l'échelle SUD représentent d'excellentes cibles à traiter. Cette échelle évaluant la perturbation émotionnelle uniquement d'un point de vue quantitatif, il est aussi important de déterminer la nature de l'émotion évaluée. L'évolution de la perturbation émotionnelle en cours de traitement étant aussi importante quantitativement que qualitativement.

Les sensations corporelles qui apparaissent à la stimulation de la mémoire traumatique constituent des leviers extrêmement utiles pour le traitement. Il peut s'agir de manifestations somatiques du stress telles que l'accélération du rythme cardiaque ou bien d'éléments faisant partie de l'expérience sensorielle propre au traumatisme ciblé, comme la sensation des mains d'un agresseur ou le bruit d'une arme à feu par exemple.

On active le système de traitement de l'information présent chez le patient par l'utilisation de mouvements oculaires dirigés de façon bilatérale alternée ou grâce à d'autres formes de stimulations, tactiles ou sonores. L'objectif est d'obtenir une stimulation bilatérale alternée aussi rapidement que possible sans occasionner de gêne. Les autres formes de stimulations (*tapping* et sons) sont utiles avec les patients pour qui les mouvements oculaires sont psychiquement ou physiquement pénibles.

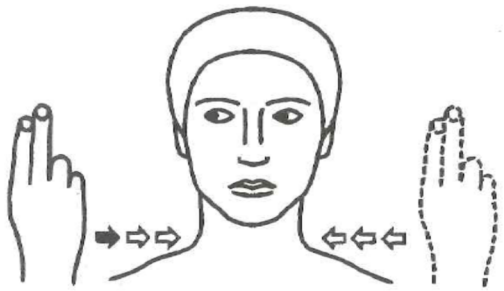


Figure 5 : Mouvements des mains horizontaux utilisés en EMDR, d'après Shapiro[103]

A partir de ces différents éléments, le protocole EMDR classique se décline en huit phases successives[104] :

1. Planification du traitement et plan de ciblage,
2. Préparation,
3. Evaluation,
4. Désensibilisation,
5. Installation,
6. Scanner corporel,

[103] F. Shapiro, « Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures », Interéditions, Paris, 2007
[104] *Ibid.*

7. Clôture,
8. Réévaluation.

II.2.b. Phase 1 : Planification du traitement

La première phase comprend, après un temps de rencontre approprié et une évaluation de l'indication de l'EMDR dans le traitement du patient, un état des lieux des conditions de sécurité. Il faut que le patient soit physiquement et psychiquement capable de soutenir une émotion intense. Comme pour tout traitement, le rapport bénéfices/risques doit être évalué, la stabilité personnelle et les ressources environnementales estimées, tout comme le degré d'urgence du tableau clinique. Un temps de psychoéducation à la clinique de l'ESPT et au fonctionnement de l'EMDR est primordial. Il est indispensable de dire clairement au patient qu'il peut être émotionnellement perturbé pendant, et après les séances. C'est seulement dans ce cas qu'il pourra donner son consentement éclairé.

Une fois la décision de traiter prise, on établit le plan de ciblage (cf. Annexe 2), c'est-à-dire qu'on détermine les cibles spécifiques que l'on va devoir retraiter selon les symptômes et leurs caractéristiques. Dans le cas d'un traumatisme complexe, on cherche le souvenir le plus ancien, supposé déterminer la problématique tout entière, celui-ci est appelé « souvenir source ». On identifie les cibles par des questions directes au patient mais aussi par des stratégies de *float-back*[105] et des ponts d'affect[106].

II.2.c. Phase 2 : Préparation

On enseigne des procédures de relaxation et de sécurité pour que les patients puissent gérer les perturbations émotionnelles qui peuvent se produire pendant mais aussi entre les séances.

On familiarise le patient avec les mouvements oculaires afin de déterminer la distance et la rapidité adaptée. On explique qu'on pourra être amené à remplacer les mouvements oculaires par une autre modalité sensorielle si la situation clinique le justifie (si le patient pleure par exemple).

[105] La technique du *float-back* consiste à laisser son esprit flotter en arrière pour trouver d'autres situations provoquant des réactions émotionnelles analogues.
[106] La technique du pont d'affect consiste de la même façon à identifier d'autres situations provoquant des sensations corporelles similaires.

II.2.d. Phase 3 : Evaluation

On détermine la cible à traiter sur le plan de ciblage (éventuellement le souvenir source) puis on immerge le patient dans le moment considéré comme le plus difficile grâce à un rappel des faits détaillés. Cette reviviscence des faits permet d'identifier les composants de la cible (cités plus hauts) afin de pouvoir commencer ensuite la désensibilisation. L'image et la cognition négative sont combinées pour identifier l'émotion et le niveau de perturbation. Les émotions ainsi que leur niveau de puissance changent souvent quand le retraitement débute, d'autant que la perturbation débute souvent par une aggravation temporaire. L'étape d'évaluation et la mesure du score sur l'échelle SUD et de la VOC constitue des outils de comparaison de l'état du patient, une estimation de son évolution au cours du traitement. La phase d'évaluation s'achève sur la localisation corporelle connectée à l'événement traumatique.

II.2.e. Enjeu clinique des trois premières phases

Les trois premières phases de la procédure permettent, dès l'établissement du plan de ciblage, de commencer le travail associatif. Ces phases qui peuvent sembler « préliminaires » à l'EMDR en font partie intégrante. Les phases 1, 2 et 3 ne sont pas un préambule nécessaire à la thérapie EMDR proprement dite, elles sont elles-mêmes de l'EMDR. Un travail de connexion s'effectue pendant le plan de ciblage durant lequel les premières associations libres ont lieu, favorisé par les techniques de *float-back* et de pont d'affect. Ces stratégies mettent en œuvre les processus associatifs intervenant dans le modèle TAI.

La phase 2 permet par l'apprentissage de techniques proches de la méditation d'aiguiser la conscience du patient à ce qui se passe en lui, à ce qu'il ressent. Cet apprentissage, indispensable en phase 4, entraîne déjà un bénéfice en termes d'auto-apaisement des symptômes de stress. On réattribue dans le même temps des possibilités de contrôle interne au patient en lui donnant la possibilité de gérer lui-même ses émotions. Ce renforcement des capacités propres du patient est la base de la philosophie même de la psychothérapie EMDR, dès le consentement éclairé du patient.

La phase 3 permet une connexion rapide avec la cible en profondeur. Le patient est d'emblée positionné un pied dans le présent, un pied dans le passé.

C'est ainsi que ces trois premières phases conditionnent ensuite toutes les possibilités d'efficacité du processus et permettent une désensibilisation efficiente.

II.2.f. Phase 4 : Désensibilisation

Elle suit très rapidement la phase précédente qui a mobilisé les réseaux de mémoire afférents au traumatisme. Le thérapeute doit procéder sans attendre à la désensibilisation. D'un point de vue thérapeutique, il est important que le patient vive une phase 3 assez intense pour que les réseaux de mémoire afférents au traumatisme soient stimulés, mais aussi que la phase 3 soit la plus courte possible afin de limiter le plus possible la souffrance engendrée en commençant le retraitement immédiatement après.

Le thérapeute demande au patient de garder à l'esprit l'image, la cognition négative et la sensation corporelle et de suivre ses doigts avec ses yeux. Cela équivaut métaphoriquement à diriger trois faisceaux laser sur le matériel dysfonctionnel stocké. L'objectif est seulement d'établir un lien initial avec le souvenir. Le thérapeute commence ensuite les stimulations bilatérales alternées (SBA). Il ne faut pas que le patient essaie de conserver l'image de départ dont la fonction est uniquement de servir de porte d'entrée dans le réseau du matériel traumatique. Il doit laisser venir, sans effort ni recherche particulière, les nouvelles images, pensées, sensations, qui révèlent le traitement de l'information et apparaissent lorsque les mouvements oculaires commencent. On alterne ensuite SBA et temps de feedback, ce qui permet d'exposer le patient à la cible à petites doses et d'évaluer la progression en termes d'affect négatif (utilisation de l'échelle SUD) pendant les feedbacks durant lesquels on rétablit le contact en demandant au patient ce qui est venu. Quelle que soit la nature du changement survenu, toute modification indique la poursuite du TAI et celui-ci ne doit être interrompu par aucune interprétation ou reformulation propre à l'écoute active ordinaire qui empêcherait le patient de rester à l'intérieur de l'expérience vécue. La compréhension des faits, des prises de conscience ou la survenue de souvenirs plus anciens se produisent spontanément, et toute intervention du thérapeute remplacerait ce processus optimal par une digression cognitive. Toute nouvelle information s'enregistrant de manière non verbale, sur le visage par exemple, avant que le patient n'en prenne conscience, le thérapeute adapte la longueur des sets au langage non verbal.

Pour que le retraitement ait lieu, il faut traiter le matériel dysfonctionnel stocké dans tous les canaux reliés à l'événement cible qui deviennent conscients au fur et à mesure du

retraitement. Chaque cible initiale est considérée de manière heuristique comme un nœud mnésique physiologique auquel sont reliées d'autres expériences passées, négatives pour certaines. On considère que la perturbation causée par tout nœud est en permanence alimentée par les divers canaux associatifs reliés et que chaque modification de ses manifestations (images, sensations corporelles, sons, pensées, croyances, …) est le signe de la progression du traitement dans les canaux et d'un canal à l'autre. Quand la chaine associative est épuisée, on retourne à la cible initiale pour effectuer des séries complémentaires et traiter éventuellement de nouveaux canaux. Quand tous les canaux sont traités et que l'échelle SUD révèle un score à 0/10, on peut passer à la phase d'installation.

Il convient de noter que cette procédure correspond au protocole standard et que dans près de la moitié des cas, le retraitement se bloque après quelques séries de SBA, ou bien la chaine associative tourne en boucle. Dans ces cas, si l'information semble bloquée, de nombreuses autres stratégies, dont certaines seront abordées plus loin, sont utilisées afin de redynamiser le processus associatif.

II.2.g. Phase 5 : Installation

Après la fin du retraitement initial de la cible, lorsque le SUD est à 0 quand le patient revient à la cible initiale, on commence la phase d'installation de la CP. On a vu plus haut que F. Shapiro a observé que les SBA permettaient non seulement une désensibilisation des traumatismes mais qu'ils avaient aussi pour effet une restructuration cognitive avec un renforcement de l'estime de soi en liaison avec l'information ciblée. C'est pour cette raison que la phase 4 est en toute logique suivie d'une phase dont l'objectif est d'accroitre les sensations et évaluations positives en renforçant le lien des réseaux de mémoires assortis à un état de bien être avec la cible traitée.

Pour cela on réévalue tout d'abord la pertinence de la cognition positive (CP) choisie à la phase d'évaluation : est toujours la même ou a-t-elle changé durant le retraitement ? De même le score évalué par l'échelle VOC en phase III a-t-il évolué ?

Après cette vérification, on relie la CP choisie à la situation initiale (sans la décrire à nouveau étant donné qu'elle a été retraitée) en demandant simplement au patient d'y penser tout en maintenant avec les mots choisis (la CP). On utilise les sets de SBA pour installer la CP reliée à la situation initiale et on évalue de manière concomitante entre chaque set la croyance

du patient en cette CP par la quantification de la VOC qui doit atteindre son maximum de 7/7. Si malgré différentes directions de mouvements oculaires et autres stratégies de relance du processus, la VOC ne s'élève pas, on cherche d'autres associations traumatiques émergentes qui empêcheraient le traitement complet. Ces associations alimentant l'évaluation de soi négative deviennent ainsi de nouvelles cibles à retraiter, avant de passer à la phase de scanner corporel.

II.2.h. Phase 6 : Scanner corporel

Les réseaux de mémoire sont complexes et le matériel dysfonctionnel peut se manifester par des phénomènes physiques discernables, c'est-à-dire que les sensations physiques correspondent à des processus cognitifs et que cette résonnance physique peut être elle-même ciblée. Des manifestations d'origine traumatique peuvent continuer à apparaitre à ce niveau, même si le traitement a correctement progressé et la phase 6 qui conclue le traitement se concentre pour cette raison sur la tension corporelle.

Une fois que la CP a atteint au moins 7/7 sur l'échelle VOC et qu'elle ne se renforce plus malgré les séries de SBA, le sujet est amené à maintenir la situation initiale et la CP en balayant mentalement son corps tout entier pour identifier toute tension négative. Si c'est le cas, celle-ci sera ciblée et traitée par des séries complémentaires de SBA, comme toute autre perturbation. Si une sensation positive est rapportée, des séries peuvent être effectuées pour la consolider. Quoiqu'il en soit, s'attacher aux canaux d'informations sensorielles à ce niveau permet de découvrir d'autres canaux mnésiques nécessitant d'être traités, faisant de la phase de scanner corporel une étape sans laquelle aucun traitement EMDR ne peut être considéré comme terminé.

II.2.i. Phase 7 : Clôture

Après avoir désensibilisé le traumatisme en phase 4, renforcer la cognition positive en phase 5, et s'être assuré de l'absence de sensation physique inopportune en phase 6, le thérapeute prend le temps de clôturer la séance. Quel que soit le SUD obtenu, c'est-à-dire même si le traitement est incomplet en fin de séance, ce qui arrive très souvent, on prend le temps de s'assurer de la stabilité émotionnelle du patient en fin de séance. Les moyens appris en phase 2 peuvent aider à cette gestion émotionnelle en fin de séance et entre deux séances.

A noter qu'une séance incomplète ne doit pas se terminer par l'évaluation quantitative du SUD, le travail de retraitement se poursuivant de manière autonome dans l'inter-séance par le patient. Le score sera réévalué en phase 8 à la prochaine séance.

II.2.j. Phase 8 : Réévaluation

Cette phase inaugure chaque séance après la première. Le clinicien évalue dans quelle mesure le matériel ciblé précédemment a été résolu. Un nouveau ciblage peut être nécessaire. La cible précédente peut avoir été insuffisamment traitée, que la séance ait été complète ou non, et des cibles additionnelles peuvent également être découvertes. Si le SUD reste à 0, la VOC à 7, et qu'aucune nouvelle sensation gênante n'est apparue, on continue le traitement en s'attachant de la même façon à l'évaluation des cibles appropriées en relation avec le présent puis le futur. Pour chaque cible mise en évidence au cours du plan de ciblage, il est donc possible de traiter les résurgences actuelles et enfin de travailler les scénarios futurs correspondant à la situation problématique.

Le traitement peut ensuite être poursuivi, s'il en est, par le traitement des autres cibles prévues dans le plan de ciblage (phase 1). Quoi qu'il en soit, même en travaillant avec un traumatisme relatif à un seul événement circonscrit, il ne faut pas traiter les patients en une seule séance parce qu'un matériel retraité peut entraîner de nouvelles interactions qui doivent être prises en compte et réévaluées à distance. Pour reprendre F. Shapiro, « la réévaluation finale inclut un suivi extensif avant de décider s'il convient ou non de conclure la thérapie »[107].

Après avoir examiné les fondements théoriques et détaillé le protocole standard de la thérapie EMDR, nous allons maintenant explorer, depuis l'intérieur d'une thérapie, comment ceux-ci peuvent s'intégrer dans la rencontre avec une personne traumatisée.

[107] F. Shapiro, « Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures », Interéditions, Paris, 2007

PARTIE II. RENCONTRE AVEC MME A : JOURNAL D'UNE EXPERIENCE THERAPEUTIQUE INTERSUBJECTIVE

I. Anamnèse et plan de ciblage

I.1. [12/02/2016] Première rencontre

Mme A et moi, nous rencontrons pour la première fois le 12 février 2016 à l'accueil du Centre Hospitalier Montperrin, un après-midi où j'assure l'astreinte médicale de mon service. Après s'être présentée au CMP du secteur, demandant à être reçue en urgences, elle est directement adressée à l'accueil par l'infirmière, alertée par son état psychique perturbé depuis sa présence à Paris le 13 novembre 2015.

I.1.a. Scénario traumatique

Mme A a 38 ans. Chargée de l'organisation des voyages professionnels pour son entreprise, elle se trouvait en weekend de déplacement professionnel à Paris le soir où les attentats ont été perpétrés. Alors qu'elle dînait dans un restaurant à quelques rues du Bataclan, avec des collègues venant de toute la France, et qu'elle rencontrait, pour la plupart, pour la première fois, l'établissement ferma brutalement ses grilles et plongea dans le noir. Mme A s'y trouva ainsi enfermée, en sous-sol, avec ses collègues et les autres clients, sans que personne ne puisse comprendre ce qui était en train de se passer. Chacun consulta frénétiquement son téléphone portable, et Mme A constata qu'elle avait reçu plusieurs messages textes lui demandant si elle était encore en vie. Elle tenta alors comme tout le monde autour d'elle d'appeler ses proches pour comprendre. Les lignes téléphoniques étaient saturées. Elle put accéder aux réseaux sociaux, mais ceux-ci affichaient un message informant que la connexion était impossible en raison de la survenue d'attentats. Elle eut alors le sentiment que tout le monde réagissait de manière anormalement calme. Plus tard dans la nuit, au bout d'un temps qui fut pour elle impossible à estimer, Mme A et ses collègues, qui séjournaient dans le même hôtel, regagnèrent celui-ci à pieds, progressant dans les rues de Paris un peu au hasard, car personne ne connaissait vraiment la capitale, et tous étaient venus depuis leur hôtel en métro. Ils guettèrent à chaque voiture les dépassant, des visages cagoulés au volant ou bien des armes pointées à travers une vitre ouverte. Etre ensemble les rassurait, pourtant ils craignaient, me dit Mme A, qu'un groupe trop important ne soit trop exposé à

une attaque. Ils décidèrent ainsi, malgré l'instinct premier de rester groupés, de constituer des binômes pour le chemin. Mme A ne se rappelle pas du reste de la nuit. Le lendemain, samedi, tous furent reçus et interrogés par les forces de l'ordre, puis le groupe se dispersa au fur et à mesure que repartaient les trains de chacun. Mme A se souvient très nettement de son arrivée à la gare d'Aix-en-Provence TGV, où elle relate avoir quitté le dernier collègue se trouvant à ses côtés durant le trajet, et avoir retrouvé son mari et ses deux fils « telle une automate », assistant à la scène comme une simple spectatrice. C'est à cet instant-là, dit-elle, qu'elle réalisa que la cohésion assurée par le groupe ayant vécu la même catastrophe à Paris, avait disparu. Le sentiment de vulnérabilité fut alors intense.

Dès le lundi matin suivant, le 16 novembre, elle retourna travailler. Evoluant dans une profonde déréalisation, elle fut immédiatement blessée par les réactions de ses collègues de travail. Aucun d'entre eux n'était présent à Paris et, rapidement, la curiosité des premiers jours céda la place à un agacement à son égard. On lui reprochait d'afficher un mal-être et des pleurs alors qu'elle ne se trouvait pas sur les lieux exacts des attaques et qu'elle ne fut ni blessée physiquement ni endeuillée. Le vécu d'une absence de considération par sa hiérarchie fut également douloureux. Lorsqu'elle composa le numéro téléphonique mis en place pour les victimes des attentats, elle souffrit du dédain avec lequel son appel fut balayé. N'ayant pas subi de dommages corporels ni perdu de proches, sa situation fut arbitrairement jugée non prioritaire. La légitimité de sa souffrance ainsi remise en question, un vécu de honte et de faiblesse intense apparut.

En décembre, suite à des insomnies persistantes, cauchemars violents, pensées intrusives et flashbacks accompagnés de douleurs abdominales et de vomissements empêchant toute activité normale de la vie quotidienne, elle consulta son médecin généraliste, qui prescrivit un arrêt de travail de trois semaines. Elle profita de ce temps de repos pour suivre quatre séances de soutien psychologique avec une psychologue du travail et les cauchemars s'amendèrent, tout comme les vomissements. La patiente se sentit alors en mesure de reprendre ses activités avant même l'échéance de l'arrêt : « Je suis retournée travailler au bout de deux semaines car je veux montrer que je résiste, je veux lutter contre Daesh ».

I.1.b. Impact du récit traumatique sur le thérapeute

Je me souviens de chaque détail de cette rencontre ayant eu lieu il y a maintenant plusieurs mois déjà.

C'est un vendredi, il pleut, je porte une robe verte. Il est treize heures, et après le déjeuner, mon téléphone sonne par deux fois à quinze minutes d'intervalle. A l'autre bout du fil, une infirmière du CMP, visiblement très bouleversée par l'entretien qu'elle vient d'avoir avec une personne a priori victime des attentats de Paris, me décrit succinctement, voire par bribes, la situation. Ses mots marqués d'une forte émotion restent encore gravés en moi : « Paris », « 13 novembre », « restaurant », « urgent », « Je ne pouvais pas la laisser comme ça ». Un peu sidérée, je n'ai alors même pas la présence d'esprit d'avertir l'infirmière d'accueil qu'une patiente est annoncée, ce qui l'a étonnée et quelque peu agacée. Toute cette confusion est cependant vite oubliée lorsque la patiente, Mme A, commence à raconter son histoire, la voix chevrotante, secouée de sanglots et de reniflements, le visage rouge et gonflé de larmes. Je me souviens de Corinne, l'infirmière, assise à ma gauche, retenant son souffle, n'osant prononcer un mot de peur que celui-ci, mal choisi, ne heurte la patiente. Je ne me souviens de Corinne que par ce que j'ai entendu d'elle : son souffle, les quelques mots qu'elle prononce et surtout son silence dont la gravité et la lourdeur remplissent la pièce. Chaque éclat de ce silence résonne en moi comme une marque de respect et d'empathie absolus envers la personne qui est là, qui nous raconte la terreur qu'elle a vécue. Ma vue est, elle, uniquement tournée vers cette femme blonde, noyée dans une émotion non retenue. Suspendue à ses lèvres, je pèse le poids de chaque mot qu'elle articule pour tenter de nous faire entrevoir ce qu'elle a vécu ce soir-là. Je l'écoute dérouler son récit, tandis que mon propre récit se déroule dans ma tête sans que je ne perde un détail du sien. A chaque heure qu'elle décrit, je revis ce que moi-même, j'ai pu faire ce soir-là, me couchant tôt, ignorant tout des événements en cours, puis le lendemain, au réveil, quand j'ai appris par la télévision la nouvelle de l'horreur survenue, le sentiment d'absurdité que j'ai ressenti, parmi bien d'autres émotions encore. Quels mots prononcer en un tel moment ? Je ne peux qu'être authentique, rendre légitime sa souffrance et affirmer son statut de victime.

Tout comme son médecin traitant en décembre, j'établis à mon tour, un arrêt de travail de quinze jours et prescris de l'hydroxyzine au coucher alors qu'elle refuse l'antidépresseur. Nous évoquons la possibilité d'un traitement psychothérapeutique par EMDR, à propos

duquel je lui donne les premières informations, et fixons ensemble un prochain RDV de consultation.

I.2. [25/02/2016] Un traumatisme peut en cacher d'autres…

L'entretien suivant nous permet de retracer les éléments de vie personnelle de la patiente, et de tenter de comprendre comment l'évènement traumatique vient faire irruption dans la trame de son vécu qu'il soit passé présent ou futur.

Actuellement, des pensées intrusives en rapport avec une situation de stress professionnel se manifestent quasiment en permanence. Mme A décrit des faits de harcèlement sexuel par son DRH entrainant, du fait de son refus de telles avances, une absence de progression dans la société en dépit de très bons résultats, unanimement reconnus. Mme A est entrée dans l'entreprise 8 ans auparavant, comme hôtesse d'accueil. Elle n'a pas fait d'études supérieures. Sa scolarité a été difficile, avec une auto-dévalorisation et perte de confiance en ses capacités durant tout son cursus, ayant abouti à une déscolarisation au lycée en 1ère. Elle obtient pourtant son baccalauréat à l'âge adulte, en passant une équivalence, puis s'inscrit en BTS mais renonce à se présenter la veille de la rentrée, par peur de l'échec : « La seule façon de maitriser l'issue d'un examen est de ne pas le passer » dit-elle. Un sentiment de honte intense accompagne ce souvenir. « Aujourd'hui je ne vaux rien d'avoir alors agi de la sorte » se blâme-t-elle. Non qualifiée, Mme A estime n'avoir dû son avancée dans la société en tant que chargée de voyage qu'à son investissement à toute épreuve, ainsi qu'aux efforts supplémentaires qu'elle a fournis pendant ces huit dernières années pour compenser son manque de diplômes. Elle est en colère contre le DRH et regrette l'absence de preuve des faits de harcèlement. Les relations professionnelles s'avèrent également compliquées avec l'ensemble des employés, explique-t-elle, depuis que le DRH aurait ébruité une fausse rumeur justifiant le non-licenciement de la patiente lors des dernières vagues de redressement économique, du fait de relations intimes que Mme A aurait entretenues avec lui. Un vécu d'injustice est exprimé avec rage lors de cette évocation.

Sur le plan familial, elle est la deuxième d'une fratrie de quatre filles. Elle explique avoir toujours eu, dans ce système familial, le rôle de celle qui gérait tout, pour toute la famille, de manière parfaitement adéquate, en contrôlant toujours ses émotions, sans que jamais elle ne montre de signes de faiblesse. Etre faible est défini par la patiente comme « ressentir des émotions négatives et en perdre le contrôle de soi ». Elle se sent aujourd'hui accusée de

faiblesse par sa propre famille, à laquelle elle se confie depuis longtemps déjà sur ses difficultés grandissantes dans le cadre professionnel. « Tu devrais te moquer de son attitude et des moqueries. Et s'il se permet ce genre de comportement à ton égard, c'est que tu le lui as permis » lui a rétorqué son père à plusieurs reprises. « Tu ne vas pas quitter cette entreprise pour ça, je pense que tu exagères, prends un peu sur toi ». La culpabilité est forte chez la patiente qui répète « C'est de ma faute ». « Etre forte » semble relever d'une exigence familiale depuis le plus jeune âge de la patiente. Elle raconte d'ailleurs que le jour où son père a fait un infarctus du myocarde quelques années auparavant, celui-ci a refusé qu'elle vienne le voir à l'hôpital, exigeant d'elle qu'elle gère pendant ce temps l'un de ses chantiers, en lui assénant : « Il n'y a que toi qui peux le faire », entretenant ainsi une attitude paradoxale où les accusations de faiblesse côtoient la validation de ses capacités comme étant hors du commun.

Par rapport à notre premier entretien, l'arrêt de travail a permis une amélioration transitoire des troubles du sommeil et une baisse des angoisses. Ces symptômes sont réapparus de manière identique les jours précédant la date butoir de l'arrêt de travail, lorsque commence pour elle un décompte des jours jusqu'à la reprise. Elle explique que l'échéance lui fait vivre un sentiment de vulnérabilité rendant la perspective d'un retour sur son lieu de travail insupportable Son comportement alimentaire s'en trouve perturbé, avec une ingestion de sucre en grande quantité. Ce type de comportement est décrit par la patiente comme se produisant lors de périodes d'instabilité émotionnelle survenue dans sa vie. Elle a néanmoins repris, quoiqu'avec effort, le reste de ses activités quotidiennes et on n'identifie plus de situations d'incapacité comme celles qui avaient été décrites précédemment, en dehors de celle du travail. Au niveau des reviviscences, regarder le journal télévisé est toujours difficile et engendre une perturbation émotionnelle avec un SUD à 5/10.

Une différence importante m'interpelle, par rapport au premier entretien : la patiente l'avait spontanément passé à décrire les événements qu'elle avait vécus à Paris. Je n'avais guère pu recueillir de détails concernant son mode de vie, sa situation familiale ou professionnelle. Elle était, bien sûr, perturbée sur le plan émotionnel en me relatant ces propos, en pleurs. Cette perturbation était cependant bien inférieure à celle que je constate lors de ce deuxième entretien. Recentrer durablement l'échange sur le sujet des troubles liés à sa présence à Paris le 13 novembre est impossible. Ceci, non dans un évitement cognitif

d'une situation vécue comme insupportable, mais parce que la patiente n'est de toute évidence préoccupée que par son incapacité à reprendre le travail. Les ruminations anxieuses sur le sujet, omniprésentes depuis plusieurs jours occupent l'essentiel de cette deuxième rencontre. L'idée même de reprise du travail semble en réalité constituer un déclencheur émotionnel du présent à l'origine d'une perturbation émotionnelle supérieure à celle constatée à l'évocation des attentats. Etant donné le caractère professionnel de sa présence malencontreuse à Paris, je m'attends à entendre quelque chose de l'ordre de la colère d'avoir été mise en danger par son entreprise, mais il se trouve que les propos de la patiente n'ont pas du tout cette teneur, ce qui me laisse dubitative. Elle ne semble pas faire de lien particulier entre sa présence à Paris et ses difficultés professionnelles. Le niveau de perturbation émotionnelle au récit de ces difficultés, mêlant honte, culpabilité et humiliation, est chiffré à 7/10 sur l'échelle SUD. J'explique à la patiente que les dates de fin d'arrêt de travail indiquent seulement le jour où l'état clinique doit être réévalué et qu'une prolongation peut être réalisée, mais la patiente est inaccessible à tout raisonnement rationnel. Elle est « les deux pieds dans le passé » alors qu'elle revit mentalement des situations professionnelles douloureuses. La patiente n'est pas capable de gérer efficacement des niveaux de perturbation physique et émotionnelle aussi élevés et l'existence d'une dissociation péri traumatique est probable. A titre indicatif, les échelles de mesure dissociatives et d'impact d'événements stressants réalisées sont communiquées en annexe.

I.3. [02/03/2016] Plan de ciblage

Devant un niveau de perturbation émotionnelle élevé et le risque de dissociation constatés, je stabilise longuement la patiente par de la cohérence cardiaque et des techniques de relaxation empruntées à la sophrologie et à l'hypnose, avant de procéder à l'élaboration du plan de ciblage proprement dit.

Toute la difficulté pour établir le plan de ciblage de Mme A réside dans l'intrication psychique permanente entre la situation des attentats et ses difficultés dans le milieu professionnel. Initialement orientée vers ma consultation du fait de son exposition aux attentats, la plainte principale de Mme A se cristallise autour de son angoisse à retourner travailler dans les bureaux de son entreprise et d'y croiser son DRH. Les pensées intrusives ne concernent plus que cette situation professionnelle et non celle des attentats de Paris qui ne génèrent d'ailleurs plus de symptômes post-traumatiques (cauchemars, flash-back insomnies

réviviscences) depuis deux mois. La seule source d'apaisement est l'éviction de la situation professionnelle. Il semble finalement que la patiente ait traité seule le souvenir des attentats en tant que cible traumatique. Une fois traitée comme une cible à part entière, cette cible serait alors devenue un déclencheur du présent de la problématique « reprise du travail » sur laquelle nous bâtissons le plan de ciblage ci-après :

Résumé du plan de ciblage

FUTUR ↑	**3. SCENARIOS DU FUTUR** Je peux retourner au travail sans angoisse, je suis maitre de mes émotions.
PRESENT ↑	**2. PROBLEMATIQUE ACTUELLE** Angoisses envahissantes à la perspective de la reprise du travail. Déclencheurs actuels (situations) - Toute évocation des attentats de Paris. - Le moindre fait de violence au journal télévisé. - Tout ce qui rappelle son travail. - Le décompte des jours avant la reprise.
PASSE ↑	**1. EVENEMENTS PASSES** b. Evénements du passé (dans l'ordre chronologique) - Novembre 2015 : Attentats « je suis incapable, je suis faible et inutile. Je ne pouvais rien faire pendant que des gens étaient déchiquetés dehors » « Je n'ai plus la force que j'ai toujours eue d'être là en permanence pour les autres » - Juillet 2015 : entretien avec le DRH pour demander un changement de coefficient : « ma pauvre fille, tu n'es qu'une petite standardiste sans diplôme, tu n'as aucune chance d'évoluer dans la boite ». - Adolescence : échec à toutes les compétitions en sport études filière gymnastique. - A 15 ans, lors d'une séance chez l'homéopathe, celui-ci lui dit « Votre mère ne vous aime pas ». - Au lycée, un professeur lui dit : « Mets-toi au fond, tu ne sers à rien ». a. Souvenir source - Au collège, en classe de 5ème, le professeur rend des copies de dictées : « Comme les notes négatives sont interdites, on va s'arrêter à zéro, mais le -20, vous l'auriez mérité ! »

Le souvenir du collège est identifié comme le plus ancien. Il est alors impossible d'accéder pour le moment à une mémoire antérieure, même en ayant recours aux techniques

de *float-back* et de pont d'affect, ayant, par ailleurs, déjà permis d'accéder aux souvenirs cités plus haut. Ce souvenir n'est probablement pas le souvenir source car il ne date que de l'adolescence. La patiente le date sans doute de façon trop récente, car il semble peu probable qu'elle ait préparé des dictées en classe de 5ème. Il s'agit certainement d'un souvenir plus ancien, pour lequel une perception temporelle erronée peut signer une dissociation temporelle per-traumatique. Avoir l'impression que le temps s'est arrêté, que l'événement date d'hier et l'évaluer comme appartenant à un passé très proche et n'avoir aucun souvenir antérieur à la préadolescence, comme c'est le cas pour Mme A, peut être synonyme d'une telle dissociation.

Il faut noter que je cite les différents souvenirs selon leur chronologie, puisque c'est ainsi que fonctionne le plan de ciblage. Toutefois, ils sont venus à la patiente dans un ordre tout autre ; les épisodes de l'enfance alternant avec ceux de la vie adulte et la situation des attentats apparaissant en dernier grâce à l'utilisation du *float-back*. Je suis étonnée de constater que ce souvenir, le plus récent et celui qui a motivé la consultation, survienne en dernier.

II. Traitement de la première cible : le souvenir source

II.1. [08/03/2016] Evaluation (phase 3) et désensibilisation (phase 4) de la cible (souvenir source)

II.1.a. Les paradoxes de Mme A

Mme A a décidé de prendre du temps pour elle : pour la première fois elle considère le bien-être de sa propre personne comme digne d'intérêt, alors que lors de l'entretien précédent, prendre soin des autres, apparaissait comme la seule préoccupation qui vaille un effort de sa part, dans un rapport cependant contradictoire : ce « je dois prendre soin de moi » sonne comme un impératif, une auto-injonction qui ne prend sa valeur que dans le résultat, et non dans l'activité en elle-même. Prendre soin de soi ne peut être envisagé comme un cheminement qui serait lui-même plaisant. Ce n'est qu'une nécessité honteuse uniquement due à l'état de faiblesse méprisable dans lequel se trouve la patiente. Celle-ci n'a donc, d'après elle, d'autre choix que de remédier à cet état, rapidement et efficacement. Atteindre l'objectif « d'être mieux » tout en s'interdisant de trouver un certain réconfort dans cet « être mieux ». L'attitude de la patiente envers elle-même est presque punitive « Toi qui a été si faible, sois maintenant mieux mais n'éprouve ni plaisir ni soulagement. Ne sois mieux non parce que tu

en as envie mais parce que tu le dois ». Il ne s'agit pas de se faire du bien soi-même, de parvenir à se sentir comblée de manière autonome et auto-satisfaisante, mais plutôt de créer les conditions nécessaires pour parvenir à être comblée par l'assentiment d'autrui. Finalement, même le mieux-être personnel n'est pas pour Mme A orienté vers sa propre personne. Il ne vise qu'à satisfaire autrui, le bonheur ne trouvant existence que dans la validation de sa propre personne par la norme fixée par autrui.

Nous poursuivons l'entrainement aux techniques d'auto-stabilisation.

II.1.b. Evaluation de la cible

La construction du plan de ciblage a permis d'identifier comme souvenir source (au moins temporaire) la cible du cours de français au collège que j'ai évaluée en phase 3.

Extrait de la séance :

- **Moi** : « Aujourd'hui, nous avons décidé de retraiter l'événement qui représente le début de votre problématique, si je me souviens bien, l'événement était celui du cours de français en 5ème où vous aviez reçu la remarque sur votre note en dictée : 'comme les notes négatives sont interdites, on va s'arrêter à zéro, mais le -20, vous l'auriez mérité !' ».

- **Mme A** : « Oui, c'est bien cela, quand je pense à cette situation, je me revois toutes les veilles de dictées, angoissée ».

- **Moi** : « Pouvez-vous préciser l'image qui représente le moment le plus difficile de l'événement que nous avons décidé de retraiter » ?

- **Mme A** : « Moi, seule, la veille, debout, dans ma chambre, je suis muette, angoissée avec des maux de ventre ».

- **Moi** : « Quand vous regardez cette image, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit qui disent quelque chose de négatif sur vous et qui résonnent comme vrais maintenant ? ».

- **Moi** : « Plutôt que 'je suis incapable', quand vous pensez à cette image, qu'est-ce que vous préféreriez penser de vous-même ? ».

- **Mme A** : « Je suis forte ».

La recherche de la CN a d'abord conduit à choisir « Je suis incapable ». Ceci remplit effectivement les critères de validité de la CN : il s'agit bien d'une croyance négative que Mme A possède sur elle-même et ces mots sont ressentis comme vrais au moment où elle les prononce. Cette croyance est irrationnelle, généralisable et la résonnance affective de ces mots est en cohérence avec la cible à traiter. Le problème est que la CP appartient à une autre catégorie. Je choisis de garder le domaine de la capacité et de l'incapacité et non celui de la force et de la faiblesse car c'est celui que nous avons identifié grâce à l'emploi de techniques de définitions de mots empruntées aux TCC.

- **Moi** : « Quand vous pensez à cette image, dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots 'je suis forte' maintenant ? Sur une échelle de 1 à 7, 1 étant le niveau le plus bas (tout à fait faux) et 7 le niveau le plus haut (tout à fait vrai), quelle valeur lui donneriez-vous ? »

- **Mme A** : « 1/7 ».

On estime également la validité de la cognition positive par la mesure de la VOC, ici à 1/7, soit le score le plus bas. Les émotions éprouvées lors de l'exposition au moment le plus difficile sont la tristesse, la peur et l'angoisse. On retrouve un SUD à 8/10. La sensation corporelle siège dans le ventre.

II.1.c. Désensibilisation de la cible

Nous commençons sans attendre la désensibilisation lors de la même séance. Je demande à la patiente de laisser revenir l'image, les mots « je suis incapable » et la sensation qu'elle a ressentie dans son ventre. Nous démarrons dès que la connexion est faite entre ces trois composantes, les séries de 24 à 30 mouvements oculaires alternés. Le début du traitement nécessite un petit temps d'adaptation aux mouvements oculaires (picotements qui s'estompent en ralentissant très légèrement la vitesse). De façon naturelle, la patiente recherche des contenus spécifiques, s'attend à ce que des choses spectaculaires se présentent. Cette expectative écartant même toute information qui pourrait être générée. Mais, petit à petit, la double focalisation permet un abandon de la posture analysante : sans chercher à tout prix à y parvenir, ce qui ôterait toute chance de succès à cette entreprise, la patiente arrive à juste « noter » ce qui vient pendant le retraitement. Les premiers contenus, à type d'images, d'émotions et de sensations physiques qui émergent sont négatifs, décrivant

la scène de la veille et celle de la distribution des résultats. Cependant, le traitement associatif bloque rapidement sans que de nouveaux contenus puisse émerger : les mêmes contenus reviennent en boucle. Les stratégies de base en cas de blocage (allongement des sets, changement de direction, focalisation sur le corps) ne suffisent pas.

Ainsi nous avons dû changer de cognition négative devant une phase 4 compliquée de blocage En effet la détermination initiale de la cognition négative avait nécessité une réflexion longue et minutieuse, aboutissant finalement à une formulation imprécise, alors que la cognition positive était spontanément apparue, bien que n'appartenant pas vraiment au même domaine cognitif que la CN. J'ai pensé que ce ressenti aurait besoin d'être affiné en début de phase d'installation et l'avait inscrit de manière transitoire. Nous avons donc déterminé ensemble pendant la phase 4 « Je suis faible » pour la cognition négative et « Je suis forte » pour la cognition positive. Chacune des deux cognitions, a permis par sa confrontation à la seconde d'évaluer la validité de chacune et de l'affiner au mot le plus juste. Entre la notion de force et celle de capacité, le choix est pour la patiente sans appel : être forte, c'est plus fin, plus précis, plus important qu'être capable. Cela signifie savoir se protéger soi-même en maitrisant ses émotions, en gardant le contrôle en permanence. Choisir le domaine de la force et de la faiblesse a semblé naturel pour la patiente. Prononcer la cognition négative « Je suis faible » a finalement engendré, en dépit de toute analyse cognitive initiale, une perturbation émotionnelle chez la patiente d'une authenticité et d'une intensité largement supérieure à celle suscitée par les mots « Je suis incapable ».

Le traitement reprend. Au bout de sept SBA, une abréaction survient. Il s'agit de la première vécue par la patiente en thérapie. J'accompagne l'abréaction par une prolongation du set de SBA pour l'aider par le traitement associatif à « sortir de ce tunnel » tout en rappelant à la patiente qu'elle peut utiliser le signal « STOP » si elle l'estime nécessaire. Elle le fait assez rapidement, ayant pris le temps d'évaluer elle-même si la poursuite des SBA était possible ou pas. Une stabilisation longue par des techniques de sophrologie est ensuite nécessaire.

La patiente exprime sa surprise par l'intensité des émotions ressenties à la désensibilisation de ce vieux souvenir qui lui semblait presque poussiéreux. Elle a besoin que je réexplique les mécanismes de l'EMDR pour comprendre ce qui survient. Pourquoi cette abréaction ? Est-ce normal ? Qu'est-il en train de se passer et que risque-t-elle ? On assiste à

cet instant à une véritable prise de conscience *in vivo* des états psychiques internes. Cette conscience de « ce qui est là », « ce qui vient » a été travaillée au cours des séances de sophrologie qui ont précédé la désensibilisation, permettant à Mme A de constater la perturbation émotionnelle survenant.

Nous ne pratiquons pas de mesure du SUD en fin de séance incomplète ; un SUD avant la stabilisation aurait une valeur définitive terrible, un SUD pratiqué après la stabilisation nécessiterait une réexposition à la cible qui annulerait les bénéfices de la stabilisation prolongée effectuée. J'explique, à la fin de cette période de détresse, qu'il est possible que le retraitement se poursuive après la séance, et je signifie à la patiente que je suis disponible pour qu'elle m'appelle entre les séances. Cette séance du 08 mars 2016 se termine ainsi, avec quelque chose de l'ordre de ce qui pourrait être une certaine stabilité dans l'inachevé. La patiente est épuisée, et instinctivement elle a recours en quittant mon bureau à des techniques de respiration que nous avons utilisées ensemble lors de la séance précédente. Elle prend un temps de repos dehors dans les allées de l'hôpital avant de reprendre sa voiture, puis semble quitter l'hôpital paisiblement.

II.2. [24/03/2016] Poursuite de la désensibilisation et du retraitement de la première cible

La patiente est à présent plus calme, plus apaisée émotionnellement, que lors des séances précédentes où elle était au bord des larmes dès son arrivée. Elle n'est plus submergée par ses émotions, on constate immédiatement la reprise d'un certain contrôle. Pourtant, des événements récents ont réactivé la problématique de Mme A. Elle raconte de manière impliquée et authentique mais sans débordement affectif comment elle a vécu la série d'attentats survenus à Bruxelles le 22 mars. Les affects sont congruents. Elle décrit comment les événements ont réactivé des flashs pendant quelques heures, lesquels ont cessé. Les angoisses et même le sommeil dont la quantité et la qualité faisaient beaucoup souffrir la patiente ont bien été contrôlés par la prise d'hydroxyzine seule. L'amélioration a été spontanée et elle n'a pas eu besoin de mélatonine.

Nous poursuivons par une phase de réévaluation de la dernière séance : dans quelle mesure le matériel ciblé précédemment, bien que de façon incomplète a- t-il été résolu ?

Pour cela, j'amène rapidement Mme A à se reconnecter à sa cible :

- **Moi** : « Quand vous pensez à la situation initiale sur laquelle nous avions travaillée pendant la dernière séance, qu'est ce qui est là maintenant ? »

La patiente exprime en quelques mots qu'elle sent cette situation « mieux digérée ». D'ordinaire loquace et encline à la digression, elle est alors très concise, ce qui me semble illustrer l'efficacité avec laquelle ce matériel a pu être métabolisé. Les émotions ressenties quand elle pense à la situation sont la tristesse et l'incompréhension. Le SUD est à 6/10, il a donc baissé. La perturbation est localisée au niveau du ventre.

On utilise les informations ainsi recueillies comme point de départ pour continuer et compléter la phase 4. On note que la cible n'est pas de nouveau explicitée au moment de la reconnexion, de même qu'on ne répète pas l'image ni la cognition négative. Les questions dirigent la patiente vers « ce qui reste de la cible » sans préjuger du contenu, évitant de cette façon d'influencer le processus de retraitement de l'information. Le retraitement optimal est celui que le cerveau du patient opèrera de lui-même, facilité par le thérapeute.

Cette séance est l'occasion d'une nouvelle abréaction qui survient après quelques SBA seulement. Les séances de relaxation faites auparavant rendent possible un véritable lâcher prise. C'est à partir de cette séance que le continuel « Laissez venir ce qui vient » prend tout son sens dans les soins que vit Mme A. Elle laisse se déployer l'abréaction par des torrents de larmes qui semblent n'avoir jamais été versées, par des sanglots et des mots de petite fille qui semblent avoir été tus des années durant. Au-delà du matériel traité pendant cette séance, il s'agit d'une nouvelle expérience de recouvrement du contrôle par la patiente. Elle découvre également que l'anxiété ne croit pas de façon infinie. L'anxiété augmente jusqu'à une certaine mesure puis redescend. La crainte que l'anxiété ne fasse qu'empirer participe à la genèse et à la croissance de cette même anxiété. Cette séance permet d'expérimenter que la perturbation émotionnelle quelle qu'elle soit, a un début et une fin et qu'on peut agir pour que son intensité et sa durée soient moindres par des méthodes d'auto-stabilisation. Cette séance est de nouveau incomplète, mais vivre l'extinction de la perturbation émotionnelle permettra à la patiente d'aborder les séances suivantes avec moins d'appréhension.

II.3. [31/03/2016] Apparition du journal dans l'inter-séance

La patiente commence à tenir un relevé des contenus psychiques qui lui reviennent entre les séances. Elle commence à prêter attention à ce qui apparait entre nos rencontres et à le garder, parfois sur un papier, ou simplement dans un coin de sa tête. Elle m'en fait état ensuite. L'attention portée à ses mouvements internes devient spontanée et le journal mental qu'elle en tient à la fois pour elle et pour moi devient systématique. Un relevé concis, quelques interrogations, parfois une hypothèse personnelle timide que je considère uniquement comme un matériel associatif supplémentaire. Son sommeil s'améliore, elle pleure beaucoup sans savoir pourquoi, entreprend de faire des liens entre les difficultés actuelles qui font résonner des événements passés. En famille, elle s'affirme, reprochant à son père ses propos culpabilisants sur le comportement du DRH. Elle lui a dit « Tu aurais pu te taire ! ».

Elle s'interroge aussi sur l'identification nouvelle de déclencheurs actuels ; par exemple, elle a décidé de retourner aux réunions *Weight Watchers®* qu'elle appréciait par le passé, ce qui s'est révélé insupportable car les précédentes se faisaient en compagnie de collègues de travail. La tenue prochaine de l'Euro 2016 de football crée également en elle une peur de survenue d'attentats à Marseille.

Elle a aussi décidé de prendre l'antidépresseur que je lui avais proposé plusieurs semaines auparavant. Je questionne ce choix : prendre l'antidépresseur, ce n'est plus être faible, c'est « se soigner », être faible serait dans ce cas ne pas admettre qu'on ait besoin de se soigner.

Nous passons de nouveau à la reprise de la séance incomplète. Quand la patiente pense à la situation, il lui vient une gêne, un malaise qui se situe sur le plan corporel au niveau du ventre mais aussi maintenant de la gorge. Le SUD est à 5/10. Au fur et à mesure des SBA, les contenus négatifs s'enchainent sans abréaction et sans blocage, la perturbation émotionnelle baisse. Les SBA sont interrompus sur un palier émotionnel intermédiaire du fait des contraintes horaires. Le dernier contenu évoqué tient en quelques mots qui restent en suspens « le moment où j'ai baissé les bras ». Quelques minutes de pratique du lieu sûr sont nécessaires afin que la patiente reparte stabilisée.

II.4. [07/04/2016] Feedback entre deux séances de phase 4

Cette séance est particulière. La quantité de matériel psychique apparu entre les deux dernières séances est tellement importante que l'évoquer dure l'heure entière. Alors qu'elle déroule ses contenus mentaux, je m'interroge : dois-je maintenant interrompre son discours afin de réévaluer la séance incomplète précédente ? C'est tentant ! La perturbation émotionnelle était franchement en baisse, les contenus, variés, s'enchainaient à un rythme prometteur. Peut-être qu'en reprenant dès maintenant, nous pourrions enfin désensibiliser complètement cette cible sur laquelle on s'échine depuis maintenant un mois. Et cette question en fond que je ne peux faire taire : « Si la désensibilisation est aussi longue, c'est que je suis une mauvaise thérapeute, et ne pas savoir si je dois interrompre ou non la patiente le prouve. Si j'avais été capable de terminer ma désensibilisation dans les temps, j'aurais la possibilité de laisser la patiente associer à sa guise en dehors de tout aiguillage oculaire, de vivre de manière entièrement positive ce moment d'élaboration qu'elle s'octroie. Mais dois-je vraiment l'arrêter ? Dois-je vraiment interrompre un processus associatif naturel, spontané et riche pour lui en substituer un autre, plaqué sur ce que j'ai perçu de son état. Sept jours auparavant, dirigé par ce que mon cerveau perçoit de ses propres chaines associatives alors que celles-ci fonctionnent à plein régime de manière autonome ? »

Prononcer simplement ce qui est venu à la patiente lui permet d'en avoir la pleine conscience et de faire de nouveau lien. En fin de séance elle me dit : « Mais cela veut dire qu'aujourd'hui, on n'aura pas fait de l'EMDR ? »

La patiente est allée en vacances à Pise pour Pâques avec son mari et ses deux enfants. Le site touristique était protégé par des camions de l'armée qui ont immédiatement fait office de déclencheurs traumatiques induisant des flashbacks du vendredi 13 novembre 2015. Son récit insiste surtout sur deux choses : la surprise face aux pensées intrusives qu'elle n'avait plus vécues depuis des semaines et dont elle se pensait débarrassée, ainsi que sur la façon dont elle a pu faire retomber l'anxiété en recourant à deux prises d'oxazépam 10 mg. Elle parle peu de temps de ce sujet, n'est pas débordée émotionnellement en le faisant, n'insiste pas sur le mouvement de panique brusque qui s'est emparé d'elle mais sur sa résolution, et évoque principalement ses vacances en famille dont elle a malgré tout un souvenir positif. Elle se réjouit que cet événement n'ait pas engendré de réveils nocturnes les jours suivants, et interprète cette absence de retentissement sur la qualité de son sommeil comme un signe de

bonne évolution clinque. Elle prend le temps de faire des siestes en journée, ce qui n'était jamais arrivé. L'état émotionnel est congruent à la situation. La conscience de ses mouvements psychiques est de plus en plus aigüe, ce qui lui permet de repérer à présent des états de dépersonnalisation et de déréalisation dont elle n'avait pas eu conscience jusqu'alors. Mme A raconte : « A Noël, on était tous là, à table, ensemble, mais moi je n'étais pas là. J'étais spectatrice de cette fête à laquelle j'assistais, absente. Il y avait un voile devant moi. Je me suis dit 'Mais qui es-tu, pourquoi tu n'es plus capable de fêter Noël ? Noël dont je n'en saisissais que le nom et plus le sens'. Je me suis dit 'je suis cassée, je ne marche plus, je ne saurais plus jamais faire' » Elle pleure. « J'étais devenue une autre personne spectatrice d'une vie qui n'était pas la mienne. Cette autre personne, trop faible pour continuer à marcher alors qu'elle n'a pas été blessée, ne mérite pas le bonheur. Comment peut-on avoir autant de bonheur alors que d'autres familles ont été tuées ? Pourquoi j'ai survécu et pas l'autre ? ».

Ses larmes coulaient sans qu'elle ne s'en rende compte, lorsque j'ai rapproché d'elle la boite de mouchoirs sur mon bureau. La patiente essuie ses yeux et marque une pause. Sans transition, elle revient sur les difficultés vécues sur le plan relationnel avec le DRH et rappelle les conditions de son embauche : Entrée sans diplôme au poste de standardiste il y a huit ans, elle occupe des responsabilités au-delà de sa fiche de poste et ne doit cette confiance de sa hiérarchie qu'à son investissement sans faille. Tant de fois, elle a entendu « Quel excellent travail tu fais, tu es au top, que ferait on sans toi ? ». Cependant, voilà qu'en juillet 2015, au cours d'un entretien qu'elle a sollicité auprès du DRH, Jérôme, on lui refuse avec mépris tout avancement officiel, ainsi que toute hausse de rémunération. Jérôme lui répond : « Ma pauvre fille, tu n'es qu'une petite standardiste sans diplôme, tu n'as aucune chance d'évoluer dans la boite ». Ce souvenir fait d'ailleurs partie du plan de ciblage. Le vécu d'injustice est fort « Je me suis battue pendant huit ans pour ne traiter que des dossiers de façon impeccable. Je n'ai jamais laissé personne en difficulté sur des situations. Je ne suis pas quelqu'un qui se fiche des autres ». Elle enchaine par le récit de plusieurs scènes qui se sont déroulées au travail, au cours desquelles elle a senti son intimité « intrusée » par le comportement du DRH. Depuis son arrivée dans l'entreprise, Jérôme a toujours un mot pour elle en présence des autres, il vient la provoquer alors qu'elle travaille au standard, commentant sa tenue, lui effleurant les cheveux, constatant bien sa gêne. La jeune femme tente diverses réactions : l'indifférence, l'humour, la colère. Une fois, elle se défend même en frappant, criant « Tu n'as pas le droit de

me toucher », mais rien ne change. Un scandale a éclaté le jour où le mari de Mme A est passé un instant lui déposer sa carte Vitale restée par erreur au domicile. Mme A explique : « J'ai bien senti que Jérôme était déstabilisé par la présence de mon mari. Après il n'a pas pu s'empêcher de le traiter de 'beau gosse' d'un air jaloux, notant même qu'il portait du parfum ». Je l'écoute relater deux déplacements qu'elle a effectués pour l'entreprise en juin et octobre 2009. Systématiquement, deux jours avant son départ, alors que tout est organisé pour qu'elle voyage seule, Jérôme lui annonce de façon inopinée qu'il part avec elle. La veille du départ, il lui glisse « Quand vous rentrez dans ce bureau, ça sent toujours bon ». Contre sa volonté, il vient la chercher à son domicile, elle note alors qu'il s'est parfumé. Mme A tente de changer la réservation pour avoir des places séparées, peine perdue. Pendant le vol, elle est collée contre le hublot, il lui raconte sa vie privée, lui montre des photos de sa jeunesse en lui demandant, sarcastique, s'il aurait pu lui plaire. Il lui effleure le genou en lui demandant son avis sur les relations extra-conjugales. Elle se retrouve contre son gré au restaurant avec lui et se rend compte qu'il essaie de l'enivrer, mais elle ne boit rien et s'enferme avec hâte dans sa chambre d'hôtel dès qu'elle le peut, la dernière réplique du DRH résonnant encore dans ses oreilles « Quand on est une jeune fille bien élevée, on demande l'autorisation avant de sortir de table ! ». Le lendemain, lors de la réunion sur le site d'accueil, il lance à la cantonade « Je vous présente A. ma meilleure amie ». Après la journée de travail, entrainée malgré elle au bord des remparts de Saint-Malo, il lui glisse « Vous savez, ici, il y a beaucoup de gens qui tombent amoureux ». Mme A admet « A chaque fois, il me surprend par ses propos toujours plus inadaptés, je n'ai pas le temps de réagir ». Elle fait un lien brutal avec les attentats de Paris : « A quoi bon se faire traiter comme cela alors que la vie est si courte et qu'elle peut s'arrêter du jour au lendemain ? ». Malgré son écœurement, toute colère est vite masquée par de la culpabilité, teintée de notes d'indignité : « Si j'en suis arrivée là, c'est que je l'ai cherché ». La narration se poursuit. La suite de son propos est empreinte de dégout alors qu'elle détaille des faits auxquels elle n'avait jusque-là fait qu'allusion. Elle ne semble plus savoir qu'elle m'a déjà parlé de ces faits et les raconte, ou plutôt les vit sous mes yeux comme si c'était la première fois. Elle explique qu'une vague de licenciement économique a eu lieu l'été 2010. Elle était annoncée depuis octobre 2009 et Mme A, fraichement recrutée, craignait en toute logique que son poste ne soit menacé. Un soir de juin 2010, elle reçoit un SMS de Jérôme lui proposant de le rejoindre à l'hôtel. Elle lui répond « Je pense que tu as fait une erreur ». Le lendemain, il exige d'elle qu'elle efface le message, ce qu'elle refuse, le menaçant

de conserver cette preuve en vue d'une attaque aux prud'hommes. Mme A est persuadée que cet événement est la seule raison de son non-licenciement.

II.5. [14/04/2016] Clôture du retraitement de la première cible

La patiente a relevé dans son journal les pensées venues pendant la semaine écoulée. Elle perçoit en filigrane au cours de sa vie un sentiment d'incapacité à agir, autant pour aider les autres qu'elle-même. Elle superpose d'elle-même les différentes situations passées qu'elle avait relevées comme représentatives de sa problématique lors des séances initiales. Qu'il s'agisse des attentats parisiens, des confrontations à Jérôme ou au professeur de français, tout s'est déroulé dans un climat d'insécurité permanente, qu'elle relie à la sensation que quelqu'un (le DRH, l'enseignant, des djihadistes) détenait le contrôle sur sa propre personne. Comme si tout ce qu'elle avait vécu s'était déroulé dans une pièce dont toutes les portes auraient été scellées. A moins qu'elle ne manque simplement des capacités qui permettraient d'ouvrir ces portes ? Entre ces portes, elle s'est sentie seule, emprisonnée et incapable d'être elle-même ; il lui semble n'avoir présenté aux autres que le visage qu'ils attendaient.

Nous reprenons ensuite la séance incomplète du 31/03/2016. Quand elle pense à la situation du cours de français, elle a le sentiment d'avoir pris du recul. Ses émotions ont évolué : de la tristesse verbalisée quelques semaines auparavant, la patiente exprime alors une colère à l'encontre des enseignants. Elle chiffre cette perturbation à 4/10. Le siège de la sensation corporelle demeure le ventre. La reprise des SBA s'accompagne par contre d'une hausse des ressentis corporels dans cette même zone fonctionnelle. Ne surviennent pas de nouvelles abréactions. Les séries de SBA et les feedbacks s'enchainent sans blocage en maintenant la focalisation sur le corps. La perturbation émotionnelle baisse rapidement avec un SUD à 1/10. Malgré des séries de SBA supplémentaires, le SUD ne baisse plus. Comme il n'y a pas de changement, je demande à la patiente où elle ressent ce chiffre dans son corps, étant donné l'intérêt accru des perceptions corporelles depuis le début de cette séance.

Comme il n'apparait pas de matériel supplémentaire, je cherche ce qui empêche d'arriver à zéro. La patiente explique qu'une plaie si longtemps ouverte laisse en se refermant une cicatrice qui ne peut être effacée et que c'est impossible et même qu'elle ne souhaite pas qu'on essaie d'attendre un SUD à zéro. Nous considérons donc que c'est écologique.

Nous passons donc ensuite à la phase d'installation (phase 5), en juxtaposant la cognition positive désirée et l'image de la situation initiale. Je commence par vérifier la pertinence de la CP :

- **Moi** : « Quand vous pensez à la situation initiale, est ce que les mots 'je suis forte' conviennent toujours ou bien y à-il d'autres mots positifs qui correspondent mieux à ce que vous souhaitez maintenant ? ».

La CP « je suis forte » semble toujours appropriée pour la patiente. Je passe donc au contrôle de la VOC :

- **Moi** : « Pensez à la situation initiale et à ces mots 'je suis forte', de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai), dites-moi à quel point vous ressentez ces mots comme vrais maintenant ? ».

La patiente estime la VOC à 5/10. Je lie la CP et la situation initiale et ajoute les SBA. Il faut plusieurs séries de SBA pour que la VOC monte. Du matériel déjà évoqué réapparait, comme s'il avait été insuffisamment traité. Il faut du temps pour atteindre une VOC à 7. La phase de scanner corporel (phase 6) est plus brève. En effet, les dernières séries de SBA quasi exclusivement centrées sur les perceptions corporelles, ont probablement permis de cibler la plupart des sensations corporelles. Les sensations d'inconfort au niveau du ventre, ressenties par la patiente quand elle passe en revue mentalement son corps tout entier disparaissent rapidement en quelques SBA. Nous clôturons ainsi cette première séance achevée puisque le SUD est à 1 de manière écologique, la VOC à 7 et le scanner corporel est bon.

Clôturer une cible est très encourageant pour la patiente, elle se sent valorisée par le travail engagé, et repart satisfaite de ses propres compétences (il en va quasiment de même pour la thérapeute !).

II.6. [19/04/2016] Séance de stabilisation

Beaucoup d'angoisses sont apparues depuis la séance précédente. Plusieurs situations, au demeurant banales, autour de questions professionnelles ont eu lieu. La perturbation émotionnelle est intense, non congruente à l'intensité des faits eux-mêmes. Le sommeil est perturbé avec des réveils nocturnes et ruminations anxieuses. Nous décidons de consacrer de nouveau cette séance à un entrainement aux techniques de stabilisation. Je propose une séance de sophrologie ciblée sur la programmation et la protection du sommeil.

III. Traitement des autres cibles du plan de ciblage

III.1. [06/05/2016] Réévaluation d'une séance complète et choix de la seconde cible à traiter à partir du plan de ciblage : relations avec l'assistante de direction

La patiente, bien plus apaisée, à mille lieux de l'état émotionnel observé la fois précédente, commence à développer d'une séance à l'autre des questionnements à tonalité existentielle. On assiste à l'apparition de cognitions nouvelles, centrées sur la culpabilité de travailler pour une entreprise qui participe de façon indirecte au commerce d'armes dans des pays en dictature (il s'agit d'une entreprise de télécommunications).

Même si la cible a été retraitée en entier au cours de la séance précédente, je contrôle le SUD qui est toujours à 1/10, ainsi que la VOC, toujours à 7/7. Le scanner corporel n'est pas totalement bon, des sensations gênantes persistent au niveau du ventre. Je refais donc des SBA et celles-ci disparaissent rapidement.

Une fois que tout est positif, nous avançons vers la cible suivante. Le choix de cette nouvelle cible est épineux. L'étude du plan de ciblage montre des cibles qui ne semblent pas équivalentes entre elles en termes d'impact émotionnel et de pertinence par rapport à la problématique actuelle. Par ailleurs, les deux derniers mois de thérapie ont mis en évidence l'intrication complexe permanente entre la question des relations professionnelles et celle de l'exposition aux attentats de Paris. Pouvoir aborder ces deux sujets de manière concomitante, en ciblant une expérience négative les rassemblant me semble alors le plus pertinent pour retraiter les informations avec le plus d'efficacité.

Afin de s'assurer que la patiente puisse rester dans une fenêtre de perturbation émotionnelle tolérable, il m'apparait en outre impossible de cibler directement la situation du 13 novembre 2015, dont le SUD avoisinerait très probablement 9/10 ou 10/10. Comme conseillé pour les situations particulièrement intenses ou pour les événements récents[108], nous subdivisons la situation traumatique de Paris en cible plus petites. Travailler à un niveau plus microscopique permet d'identifier des cibles d'intensités émotionnelles hiérarchisées et de les traiter en premier, en périphérie du noyau le plus chaud. Mme A distingue ainsi trois phases : le vendredi soir des attentats de 22h à 5h du matin, le samedi soir quand elle a quitté

[108] F. Shapiro, « Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures », Interéditions, Paris, 2007

le groupe, et le lundi matin quand elle est retournée au travail. Nous choisissons une situation correspondant à cette dernière phase, celle-ci illustrant la coexistence des deux problématiques. Il est difficile pour la patiente d'isoler un instant précis, ce sont des paroles qui lui viennent. Celles de l'assistante de direction, une proche collaboratrice de DRH : « Mais qu'est-ce qu'elle a celle-là à pleurer, elle n'a même pas été blessée ».

III.2. [10/05/2016] Evaluation et désensibilisation de la seconde cible spontanément modifiée par la patiente

Alors que nous entamons la phase d'évaluation de la seconde cible, la patiente évoque une autre situation spontanément associée à la précédente et qu'elle souhaite prendre comme cible. Il s'agit encore une fois d'une situation relationnelle avec l'assistante de direction, ayant eu lieu fin novembre 2015. Alors que Mme A sort une énième fois des toilettes en pleurant, elle tombe nez à nez avec sa collègue qui déplore la perte des guirlandes de Noël destinées à décorer le lieu de travail. Plus qu'une image de la scène, ce sont les mots prononcés par celle-ci qui reviennent :

« Mais que vais-je faire ? J'ai perdu mes guirlandes ! ». Il monte une rage accompagnée de la pensée « Mais comment peut-elle se préoccuper de telles choses alors que des gens se sont fait massacrer il y a quinze jours ?! ».

Puis une jalousie « J'aimerais tellement être capable d'être comme elle, de m'intéresser à des choses futiles comme ça ! », et enfin une honte et une culpabilité « Je ne suis pas capable de prendre le dessus, ni d'aller de l'avant, je suis faible ».

Elle vit sa souffrance comme non légitime puisqu'elle n'a pas été blessée. Elle pense qu'il lui manque une « force mentale » et qu'elle accorde trop d'importance aux choses. « Est-ce que ça vaut le coût de vivre autant de souffrance si c'est pour qu'à la fin, la vie soit si fragile ? » s'interroge Mme A.

A l'issue de la phase d'évaluation, nous avons identifié comme cognition négative « Je suis faible » (comme pour la cible précédente) après hésitation et élaboration à partir des CN intermédiaires « Je suis incapable » et « Je ne suis pas légitime ». Nous choisissons comme CP « Je suis forte » avec évidence, après avoir cheminé avec « Je suis quelqu'un qui prend les devants », « Je suis quelqu'un qui a des ambitions », et enfin « Je suis quelqu'un qui a de la force ». Les émotions éprouvées sont la tristesse et l'angoisse, le SUD est estimé à 8 /10 et la

patiente relève une sensation de fatigue physique accompagnée de nausées. L'intensité de la perturbation émotionnelle est importante et la croyance dans les mots « Je suis forte » à peu près nulle (VOC = 1/7). Néanmoins, la patiente et moi, nous sentons à présent dans une compréhension mutuelle et une alliance suffisantes pour décider de commencer la désensibilisation de la cible à la prochaine séance, tout en poursuivant un travail de stabilisation soutenu.

III.3. [31/05/2016] Désensibilisation de la seconde cible

Malgré l'éloignement temporel séparant les deux séances, nous avons toutes deux bien à l'esprit la situation sur laquelle nous nous étions arrêtées. La réévaluation permet de constater une baisse du SUD à 7/10.

Nous reprenons les SBA, et le matériel qui survient est essentiellement cognitif avec des pensées automatiques du type « Je suis trop empathique », « Je suis trop sensible », « Je ne suis pas adulte ». Le SUD baisse rapidement à 2/10 et s'y maintient. Il ne descend pas plus, malgré les séries de SBA supplémentaires qui amènent du nouveau matériel, neutre dans un premier temps. Je m'aperçois ensuite que le SUD a même tendance à remonter quand deux associations se portent librement sur des situations en lien avec le milieu professionnel. Celles-ci apparaissent, imprévisibles, ponctuant les contenus cognitifs cités plus haut, et disparaissent dans l'instant. Elles se manifestent sous la forme de répétitions auditives de mots prononcés par des collègues masculins plus âgés qu'elle : « Ces petites tenues que tu nous mets, ça nous met l'eau à la bouche ! », « En même temps, tu nous cherches avec tes tenues ! ». Elle use du signal « STOP » et, l'air hagard, verbalise une sensation d'oppression, d'emprisonnement et un ressenti de haine. Il est nécessaire d'arrêter la désensibilisation et de procéder à une relaxation de la patiente qui traverse alors une abréaction émotionnelle. Je comprends qu'il est nécessaire maintenant de traiter d'autres situations liées à proprement parler à l'activité professionnelle, de choisir de nouvelles cibles, pour aborder la problématique par de nouveaux abords, qui permettront de rester dans la fenêtre de tolérance émotionnelle de la patiente.

III.4. [14/06/2016] Le retour au travail comme cible

Nous choisissons de cibler son retour au travail après un mois de maladie, le 4 janvier 2016. Le directeur général, Bruno, avec qui Mme A entretient des rapports chaleureux, présente ce jour-là ses vœux à l'entreprise. Tout le personnel est réuni, l'ambiance cordiale et

Mme A s'attend à ce que son supérieur s'enquière de son état, ce qu'il ne fait pas. Dépitée, elle se sent trahie, abandonnée par une des seules personnes en qui elle avait confiance dans l'entreprise. « Je suis faible de prendre cela trop à cœur », « Je suis trop sensible ». Finalement, nous optons pour la cognition négative « Je ne sais pas me protéger » et pour la cognition positive « Je sais me protéger ». La VOC est à 1/7, le SUD est à 8/10. La patiente ressent de la culpabilité, de la honte, et sur le plan corporel, elle dit « Je suis mal dans mon corps, je le déteste ». Le SUD baisse rapidement avec des contenus semblables à la cible précédente. On assiste à un blocage à un SUD de 2-3/10. Il reste peu de choses de la scène elle-même et la patiente a un peu de mal à revenir à la cible. Je lui conseille de « Garder ce qui reste » et de « Continuer avec ça ». La cognition négative « Je suis faible » réapparait. Ainsi qu'une sensation de paralysie : « Je suis bloquée, ce que je peux vous dire à vous, je ne peux pas lui dire ni à elle avec ses guirlandes, ni à lui ». Le SUD baisse alors avec la survenue du matériel suivant : « Nous sommes assises elle [l'assistante de direction] et moi, l'une en face de l'autre, il n'y a pas d'émotion, je ne ressens plus d'émotions négatives » puis « Je n'ai plus qu'une image d'elle, ce n'est plus vraiment elle ». Cette image se floute progressivement et la patiente dit : « Le gouffre entre elle et moi disparait ». La séance est achevée avec une VOC à 7/7 et un scanner corporel bon.

III.5. [21/06/2016] L'expertise médicale : vers la reconnaissance d'autrui

Un médecin expert a été mandaté par l'entreprise de la patiente le 17 juin 2016. Mme A m'a téléphoné la veille, paniquée à cette nouvelle. Nous avons procédé à des techniques de stabilisation émotionnelle par téléphone, ce qui a permis à la patiente de se sentir soutenue et réassurée. Le médecin, empathique a, par son expertise reconnaissant l'état clinique de Mme A, incompatible avec la reprise du travail, légitimé sa souffrance. Touché par sa situation, il a confié qu'il trouvait lamentable de mandater des experts dans pareilles circonstances. Cette personne, détentrice du statut nécessaire, a non seulement reconnu le statut de victime de la patiente, mais qui plus est, en présence de la mère de celle-ci, présente dans la pièce adjacente.

Mme A réalise alors que : « C'était comme si je n'avais jamais parlé à mes parents de tout ça, j'ai eu l'impression qu'ils réalisaient enfin ce que j'avais vécu ; alors que jusqu'à présent, il n'y a jamais eu de place pour mes plaintes dans la famille ».

III.6. [28/06/2016] « Mais comment vais-je faire ? »

L'état de la patiente évolue significativement. Les moments de bien-être sont de plus en plus fréquents, même si l'amélioration reste fluctuante, en dents de scie : la labilité émotionnelle est importante, cependant les perturbations émotionnelles sont moins intenses, leur gestion nettement améliorée. La patiente s'épanouit dans des projets de photographie de manière bénévole, une passion de longue date. La reconnaissance de son travail ne se fait pas attendre et Mme A projette avec conviction de développer cette activité de manière professionnelle. Les pensées intrusives qui réapparaissent sont beaucoup moins orientées vers le passé, mais vers la crainte d'un futur préoccupant sur le plan financier. Aussi incertain puisse-t-il être, Mme A envisage le futur. Sa vie et sa personne, figées, comme glacées depuis les événements traumatiques, se remettent en mouvement. A partir de cette séance, la boucle de ressassement dans laquelle je me trouve avec elle depuis des mois se défait.

Parallèlement, certains schémas de pensées évoluent discrètement. Etre forte ne signifie plus pour Mme A « ne plus ressentir d'émotions » mais « se battre pour obtenir ce que l'on veut ». Imperceptiblement, sa vision de soi, des autres et de la façon dont elle souhaite vivre évolue. Dans sa criante « Mais comment je vais faire ? », j'entends déjà la ferme intention de Mme A de « faire ». Faire, c'est toujours ce qu'elle a fait finalement ! En 2006, par exemple, quand elle a « fait » tourner sans lui le chantier de son père : « C'est encore moi qui devait tout faire ! ». Cela signifierait-il qu'elle n'a pas été uniquement quelqu'un de faible ? Son savoir tout « faire » pourrait-il être une preuve de sa force ? Mais « faire une expérience avec quoi que ce soit, une chose, un être humain, un dieu, cela veut dire : le laisser venir sur nous, qu'il nous atteigne, qu'il nous tombe dessus, nous renverse, nous rende autre. Dans cette expérience, 'faire' ne signifie justement pas que nous sommes les opérateurs de l'expérience : 'faire' veut dire ici, comme dans la locution 'faire une maladie', passer à travers, souffrir de bout en bout, endurer, accueillir, ce qui nous atteint en se soumettant à lui »[109]. En 2006, le père de la patiente « fait » un infarctus sur un chantier. Ses quatre filles sont prévenues que leur père est héliporté vers les soins intensifs du CHU le plus proche et souhaitent bien sûr s'y rendre immédiatement. Sa mère dit à la patiente, niant tout rôle émotionnel de sa part, « Ah, tu ne viens pas, ton père te demande de t'occuper du chantier ». C'est l'image que nous choisissons pour cibler ce souvenir douloureux. « J'ai eu beaucoup de

[109] M. Heidegger, « Acheminement vers la parole », Tel Gallimard, 1976, p. 1455

peine que mon père refuse de me voir, il ne voulait pas de moi auprès de lui, je me suis sentie exclue. Ce chantier, je ne voulais pas y aller, je n'en avais pas envie, mais ça ne comptait pas. Le chantier pouvait attendre quarante-huit heures, mais non, il comptait plus que moi ». Nous choisissons donc comme CN « Je ne compte pas » et comme CP « Je compte ». Nous parvenons à achever le traitement de cette cible en une séance.

III.7. [12/07/2016] Vers une reconnaissance parentale

Cette séance tout entière est de nouveau l'occasion d'un feedback prolongé suite au traitement de la précédente cible. Depuis, la patiente a eu une discussion avec son père. Comme sa rencontre avec le médecin expert, il m'a semblé dans l'après-coup que ce moment de confrontation avec son père ait représenté une étape décisive permettant à Mme A de se redéployer. Depuis que sa fille a été expertisée, son père s'interroge en effet sincèrement sur la situation professionnelle de sa fille, et semble réaliser maintenant la souffrance qu'elle a endurée. La mère de la patiente a d'ailleurs signifié la reconnaissance du vécu douloureux de sa fille de la part de son mari : « Ton père a enfin compris ce que tu vivais depuis huit ans. On dirait qu'il ne t'avait jamais écoutée avant ». Mme A est reste mesurée : « J'attends de voir si nous pourrons enlever nos masques et arrêter de jouer ce jeu entre nous comme nous l'avons toujours fait ». Elle raconte la façon dont elle a toujours ressenti ses émotions comme non prises en compte : « Petite, à table, je ne pouvais pas m'exprimer, on me coupait la parole en disant que ce que je disais n'avait pas d'intérêt ».

III.8. [19/07/2016] L'attentat de Nice

Nous consacrons cette séance à la pratique de technique de stabilisation suite à la perturbation émotionnelle réapparue depuis l'attentat du 14 juillet 2016 à Nice. Des cauchemars en lien avec les attentats de Paris sont réapparus. La famille de son époux est originaire de Nice, et il est important pour le couple d'aller s'y recueillir. Mme A considère que cette étape fait partie de son propre cheminement pour tourner la page. Elle s'en estime capable du point de vue de la gestion d'émotions douloureuses. Elle a eu recours à trois reprises à une prise d'anxiolytiques de manière adaptée, avec une bonne efficacité avant que les proches ne puissent leur donner de nouvelles. Elle se sent armée pour ce qu'elle qualifie de « pèlerinage », soutenue par sa thérapie, par son traitement, par les ressources qu'elle a identifiées en elle, et par l'amour qu'elle porte à son mari bouleversé par l'attaque de sa ville, qu'elle souhaite accompagner dans cette épreuve.

Je remarque également cette attitude affirmée dans les relations qu'elle entretient depuis quelques semaines avec son père et dont elle prend le temps de me faire part malgré les bouleversements récents. Son père critique fermement son projet de développer professionnellement ses compétences en photographie : « Tu pourrais prendre un peu sur toi dans ton boulot plutôt que te lancer dans des projets fantaisistes sans filet de sécurité. Ça se passe comme ça dans toutes les entreprises ! ». Mme A poursuit cependant l'élaboration de ce projet et commence à cheminer concrètement vers un changement de voie professionnelle. Nous sommes au début de l'été, elle envisage de reprendre le travail en octobre, afin d'assurer une sécurité financière le temps que son projet de photographie se précise.

Sur le plan de l'évaluation clinique de l'évolution de l'état de stress post traumatique de la patiente, je constate tout d'abord qu'elle n'est plus victime de pensées intrusives, malgré le déclencheur traumatique majeur très récent que constitue la tuerie du 14 juillet 2016, survenu à peine trois jours auparavant dans une ville où vivent ses proches. Les cauchemars ne l'ont perturbée que modérément et ont cessé. Bien sûr, persistent une tristesse et une colère qui semblent ressenties de manière plus intense que les dernières semaines, mais elles semblent congruentes à la situation. On constate ensuite que la patiente est même capable d'aborder d'autres questions et de persister dans une projection future de manière réaliste, active, sans faire preuve de pessimisme.

III.9. [26/07/2016] Reconnaissance et commémoration, le travail de mémoire

L'évolution clinique satisfaisante se maintient. La labilité émotionnelle commence à baisser. L'espoir en l'avenir, la confiance en ses capacités d'harmonie personnelle et d'action sont grandies, et dans les moments encore nombreux durant lesquels les doutes ressurgissent, Mme A se rappelle le plus souvent que les angoisses ont une fin. Le sommeil est correct, quoique quelque peu perturbé depuis les cérémonies à Nice. Elle évoque longuement le sentiment de reconnaissance qu'elle a ressenti là-bas, un peu comme si ces commémorations lui étaient également destinées, comme si ce recueillement lui appartenait aussi. Dans un second temps, plus brièvement, elle raconte « Je me suis sentie comme quand j'étais enfermée à Paris. Il y a eu un temps de flottement, d'incertitude, de peur. Puis mes yeux ont été attirés vers un mausolée construit avec des doudous d'enfants, il y en avait un qui était blanc et bleu. Et là j'ai réalisé que je ne me sentais plus ni faible ni inutile. Je me suis

sentie en colère bien sûr, mais une colère normale ». Après avoir repris ensemble ces derniers éléments, nous décidons, du fait du départ en congé de la patiente pour un mois, de ne pas commencer le traitement de nouvelles cibles ce jour pour minimiser le risque de déstabilisation émotionnelle avant une interruption longue.

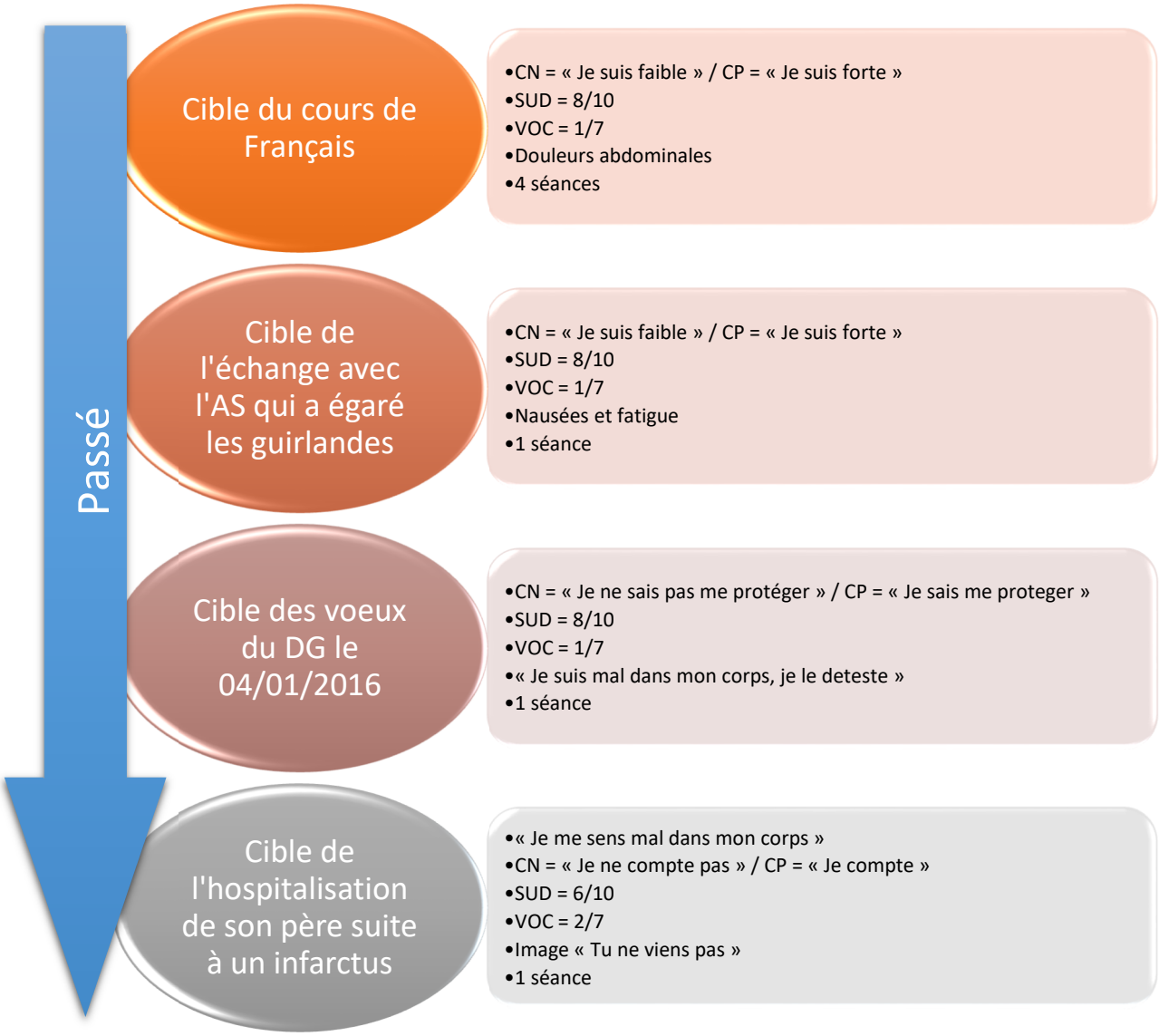


Figure 6 : Cibles du passé traitées en EMDR avec Mme A par ordre chronologique

IV. Scénarii du futur et préparation de la reprise du travail

IV.1. [23/08/2016] Nouvelles perspectives professionnelles sur le parcours de la reconnaissance

La patiente est de retour de congés. En cette fin d'été, elle se positionne clairement dans la préparation de son retour au travail. Elle est complètement tournée vers le futur et les événements sur lesquels nous avions travaillé semblent loin. Le sommeil est de bonne qualité.

Les pensées intrusives sont moins fréquentes et ont moins de répercussions émotionnelles. Mme A effectue de temps à autre des séances de photographies pour lesquelles elle est maintenant rémunérée, ce qu'elle vit avec une profonde reconnaissance. : « Je souhaite que ce moment de photos soit un moment de bien-être et de paix avec eux-mêmes pour les gens. C'est une satisfaction immense quand je vois que j'y suis parvenue ». Elle a commencé à se renseigner sur les démarches d'auto-construction d'une entreprise pour travailler comme photographe à son propre compte. Peut-être qu'en reprenant son ancien poste à temps partiel, elle pourrait s'assurer une sécurité financière lui permettant de mener ce projet à bien ? Cette idée, certes angoissante, chemine depuis quelques semaines.

Nous décidons dans ce contexte de travailler dans la perspective de la reprise d'une activité professionnelle en commençant le traitement des scénarii du futur. Lors de la construction du plan de ciblage, la patiente avait déterminé comme objectif : « maîtriser mes émotions au travail ». Je lui demande de réfléchir d'ici la prochaine séance aux situations qui pourraient être le plus à risque de perturbation émotionnelle en reprenant le travail dans son entreprise, en vue de les hiérarchiser par niveau de difficulté anticipée afin de travailler ses réactions futures dans ces situations.

IV.2. [09/2016 et 10/2016] Installation successive des différentes cibles du futur

Nous installons les cibles du futur successivement par difficulté anticipée croissante. Le tableau suivant résume les situations et l'ordre dans lequel nous les avons travaillées, ainsi que la CP choisie par la patiente.

Date de la séance	**Situations du futur installées**	**CP** **VOC finale**
13/09/2016	Être assise à son bureau et accomplir ses tâches Entendre ses collègues la dénigrer Etre raillée à la machine à café (SUD = 3/10 pour les trois situations)	« Je suis forte » (VOC = 7/7)
27/09/2016	Discuter avec la RH au téléphone de son retour. (SUD = 5/10)	« Je suis forte » (VOC = 7/7)
27/09/2016	Rencontrer la direction à sa reprise (SUD = 5,5/10)	« Je peux garder le contrôle » (VOC = 7/7)
11/10/2016	Avoir Jérôme (le DRH), au téléphone (SUD = 6/10)	« Je peux garder le contrôle » (VOC = 7/7)
20/10/2016	Croiser Jérôme et lui parler (SUD = 7/10)	« Je peux garder le contrôle » (VOC = 7/7)

L'installation de chaque scénario du futur est assez rapide pour les situations dont les niveaux de perturbation anticipés sont les plus bas, ce qui permet d'en travailler plusieurs par séance (13 et 27 septembre). Les situations les plus difficiles, c'est-à-dire toutes celles qui touchent la problématique relationnelle au DRH, nécessitent une séance complète pour que la VOC atteigne 7/7. Penser à la cognition positive en regardant le « film » de la scène envisagée fait resurgir du matériel passé qui avait initialement échappé au traitement. Certaines réactions négatives nécessitent d'être elles-mêmes ciblées en utilisant le protocole normal CN, CP, émotion, sensation corporelle. D'autres perturbations plus marginales évoquent des réactions mineures et disparaissent au fur et à mesure des SBA. On assiste comme précédemment à un changement de nature des contenus psychiques, une métamorphose des vécus conscients. Petit à petit, Mme A n'entend plus les paroles du DRH, et elle le voit affublé de manière ridicule. A un moment, lors de la séance du 11/10/2016, alors que la perturbation s'intensifie, je soutiens la patiente en utilisant la métaphore du train. Alors je lui rappelle que tout ce qui vient reste derrière la vitre, survient l'image de Jérôme heurtant un poteau électrique, le mettant hors d'état de nuire. La VOC grimpe aussitôt à 7/7. Lors de la séance suivante, le même niveau de perturbation à la pensée du DRH fait surgir immédiatement l'image du train et du DRH assommé. La patiente racontera par la suite comment la confrontation réelle a provoqué la même image, de façon efficacement protectrice. Par ailleurs, les différentes mises en situation de confrontation constituant

nombre des scénarii du futur de la patiente, ont révélé des compétences en communication assez fragile, ce qui a été l'occasion de travailler l'expression de ses souhaits, de ses refus et de ses besoins sur le plan verbal grâce à des techniques empruntées aux TCC.

La rapidité du travail et l'aspect pragmatique de ces séances augmentent considérablement le degré de confiance en ses capacités et en l'avenir de la patiente, résolument optimiste. Je lui propose en conséquence de commencer à espacer un peu nos séances. Je souhaite lui montrer ainsi mon propre sentiment de sécurité à son égard et ma confiance en ses capacités de cheminer de manière autonome. La patiente n'accepte qu'avec difficultés. L'espacement est très progressif et j'utilise les contraintes permises par le calendrier pour espacer sans donner l'impression d'abandonner ou de délaisser sous prétexte que les choses s'apaisent. Nous parvenons à installer un rythme d'une rencontre tous les quinze jours, rythme que nous suivrons jusqu'à la reprise du travail. Cet espacement, quoique modéré, a une répercussion clinique significative. Il marque le retour résolu vers le milieu professionnel de Mme A. Elle se saisit du temps de la thérapie libéré chaque semaine pour construire son projet de création d'entreprise comme photographe : rencontres et dossiers à la chambre du commerce, formations courtes à la gestion, développement des contacts, multiplications des shootings rémunérés… Elle intègre toutes ces démarches au centre même de son processus thérapeutique, comme des étapes indispensables à son redéploiement personnel. Un détail le prouve par exemple : nous avions pris l'habitude, par commodité, de nous rencontrer le vendredi. Ce jour est depuis consacré quoi qu'il advienne à son projet de photographie. C'est pourquoi Mme A formulera, au début du mois de novembre, une demande par courrier de reprise à 80% de son temps de travail et demandera que ce jour soit le vendredi.

IV.3. [02/11/2016] Le protocole éponge

Nous préparons l'entretien téléphonique programmé entre Mme A et sa DRH en vue de sa reprise de fonction, prévue le 13/12/2016 (à l'issue du solde des congés de la patiente). Cette situation avait déjà été abordée le 27/09/2016. Je décide de renforcer cette préparation en utilisant un moyen de stabilisation émotionnelle à action rapide et prolongée sur quelques jours, efficace sur une situation spécifique, appelé le « protocole éponge »[110]. C'est une

[110] « Wedge Technique », d'après le Manuel HAP, 1999

technique d'absorption qui vise à restimuler des compétences que le patient a présentées par le passé et qui lui seront de nouveau utiles dans une situation déterminée comme stressante. Pour cela, on expose mentalement le patient à une expérience durant laquelle il a fait preuve des ressources considérées comme nécessaires au succès de l'événement à venir afin qu'il « ré-éprouve » l'état dans lequel celles-ci existent et qu'elles soient ainsi réactivées. Ces ressources correspondent à des expériences de maîtrise ou à des réponses adaptatives du patient qu'il ne peut pas activer dans certaines situations difficiles. L'objectif est de ramener le patient dans sa fenêtre de tolérance en termes de perturbation émotionnelle. Mme A estime le SUD à 5 /10 pour cette situation.

Extrait de la séance :

- **Moi** : « De quelles qualités auriez-vous besoin pour mieux faire face au stress de cet entretien ? ».

- **Mme A** : « De concision […], de fermeté […), de calme intérieur […] ».

- **Moi** : « Avec quelle qualité aimeriez-vous commencer ? ».

- **Mme A** : « Prenons-les dans l'ordre ».

- **Moi** : « Y a-t-il eu une situation dans laquelle vous avez remarqué que vous faisiez preuve de la concision nécessaire ? ».

- **Mme A** : « […], l'année dernière, avec l'école de mon fils qui m'interrogeait sur ses absences ».

- **Moi** : « Quelle est l'image qui décrit le mieux cette situation ? »

- **Mme A** : « Le ton méprisant de la maitresse ».

- **Moi** : « Lorsque vous pensez à cette ressource positive, remarquez les images, les sons, les odeurs, les goûts. Concentrez-vous sur cette expérience positive et remarquez où dans votre corps vous avez déjà un peu de cette qualité. Prenez le temps d'intensifier cette expérience. Entrez en contact avec l'image de la maitresse et la sensation corporelle. Etes-vous en contact ? ».

- **Mme A** : « Oui ».

[Réalisation de séries de 4 à 6 SBA lentes]

- **Moi** : « Comment est-ce maintenant ? ».

- **Mme A** : « Plus fort ».

[Nouvelle série de SBA puis les mêmes étapes pour les trois qualités]

En fin de protocole le SUD est passé à 3/10, il a baissé de deux points.

IV.4. [18/11/2016] « J'ai reconstruit ma vie en mieux »

Mme A est sereine, elle dort bien. Son projet d'entreprise voit le jour. Le retour à son ancien poste à temps partiel se rapproche, d'ailleurs c'est le dernier jour de son arrêt maladie. Le lendemain, elle sera en congés annuels. Ce retour officiel dans une vie professionnelle active la réjouit. Elle recouvre une partie de son identité, un temps mise de côté. Elle rejoint la communauté humaine au travail, et rejoindre les autres Hommes, c'est revenir à la vie. Elle dit, ce que je trouve superbe : « J'ai reconstruit ma vie, en mieux ». L'hypothèse d'une rencontre avec le DRH ne l'effraie plus : « Quand je repense à lui, j'ai l'impression qu'il ne peut plus m'atteindre ». Elle rajoute « J'y ai bien réfléchi, en fait ce que je souhaite maintenant, mon idéal vers lequel je veux travailler, ce n'est plus garder le contrôle de mes émotions. Non, je n'ai plus quoi que ce soit à contrôler envers lui, il ne m'atteint plus. Je suis neutre face à lui ».

Mme A a prévu des congés pour la Toussaint avec ses enfants. Elle ne prévoit pas de me revoir avant sa reprise, qu'elle anticipe avec calme et réalisme.

IV.5. [06/01/2017] Quinze jours après la reprise du travail

Mme A poursuit sereinement ses projets. Elle vit paisiblement sa reprise du travail malgré quelques heurts, qu'elle gère de manière adaptée. On ne relève aucune situation responsable de perturbation émotionnelle suffisante qui puisse être ciblée. Une rencontre avec le DRH en décembre se passe plutôt bien, puisque Mme A parvient à répondre avec répartie à des propos déplacés de sa part. Surtout, une nouvelle directrice générale s'interpose spontanément et prend la défense de Mme A de manière inattendue. Nous profitons de cette accalmie pour arrêter progressivement l'antidépresseur de la patiente, au bout de dix mois de traitement. Parallèlement nous envisageons sans urgence, à la demande de la patiente, le traitement d'un autre domaine de problème, sa phobie des tunnels et des

parkings souterrains qui la handicape régulièrement dans sa vie quotidienne. Nous décidons d'espacer un peu plus les séances pour que la patiente puisse éprouver son évolution et prendre son temps avant d'envisager le travail d'une autre problématique. Dès lors, nous adoptons un rythme de consultations mensuel.

V. Un labyrinthe traumatique : nouvelle exposition au déclencheur, nouvel axe de travail

V.1. Bloquée dans le labyrinthe ?

L'évolution est favorable pendant plusieurs mois. Au début du mois de mai 2017, Mme A est de nouveau confrontée de manière inopinée à Jérôme, ce qui n'avait pas été le cas depuis longtemps. Elle est déstabilisée par les circonstances de ces retrouvailles forcées. En effet, celles-ci ont eu lieu lors d'un week-end d'entreprise organisé pour promouvoir la cohésion entre salariés pour les 30 ans de la société. Ce n'était pas prévu, mais Jérôme est là ! Un mal n'allant pas sans l'autre, les activités ludiques organisées les rapprochent dans la même équipe. A chaque occasion il est près d'elle, la proximité physique est insoutenable pour Mme A. Elle ne perd pas sa répartie et botte en touche à la moindre allusion scabreuse qu'il lui sert avec force. Néanmoins, elle ne parvient pas à se défaire de la sensation corporelle ressentie quand Jérôme l'a frôlée et même touchée lors des jeux, ou le soir à la soirée dansante. Nous décidons de cibler cette scène avec le protocole EMDR classique.

L'évaluation de la cible permet de retenir comme image du moment le plus difficile « la sensation des mains baladeuses ». Le choix de la CN est immédiat et sans équivoque « Je suis coupable (car je l'ai aguiché, c'est de ma faute) ». La CP retenue est « Je suis innocente » avec une VOC à 1/7. La patiente retient comme sensation corporelle la survenue d'une crise hémorroïdaire massive le soir même, ce qui ne lui était pas arrivé depuis la naissance de son deuxième fils. L'émotion identifiée est la peur, le SUD est à 8/10. Lors de la désensibilisation, les contenus sont exclusivement à connotation corporelle : « Je sens ses mains », « Ça me dégoute », « Je ne peux pas bouger », « On fait un jeu en équipe debout sur une planche, j'ai les pieds collés à la planche, je suis figée ». Une abréaction survient à cet instant.

J'ai la sensation d'être à l'entrée d'un nouveau canal associatif. Après stabilisation, je suis face à un blocage des canaux associatifs. Reprendre les SBA semblent peu pertinent en l'état, le risque de provoquer une dissociation est important, la patiente est épuisée.

Néanmoins, j'ai conscience que nous avons effleuré à cet instant de façon, comme toujours fortuite, un matériel inédit depuis le début de la thérapie. Comme si ce canal était resté jusqu'à ce jour dans l'ombre [discussion valeur clinique de l'intuition] et comme si, bien que pour l'instant fermé, nous en avions par hasard trouvé une entrée. Je me dis à cet instant que si un an de thérapie a été nécessaire pour approcher de si près un matériel si riche de perturbation émotionnelle pour la patiente, il serait judicieux de pouvoir au moins noter comment en retrouver l'entrée à défaut de tenter d'y pénétrer, ce qui semble à ce moment clairement non pertinent sur le plan clinique. J'essaie de trouver un levier clinique, une trace mnésique bien identifiée qui pourrait permettre de relancer ce canal associatif lorsque le moment serait adéquat. J'ai recours à la technique du *float-back.*

Extrait de la séance :

- **Moi** : « Je vous invite à penser à nouveau à cette image sur la planche et aux mots 'je ne peux pas bouger'. Remarquez quels sentiments cela évoque, et laissez simplement votre esprit flotter en arrière dans le temps, dans votre passé. Ne cherchez rien de particulier, laissez simplement votre esprit flotter en arrière et dites-moi la première situation qui vous vient à l'esprit et où vous aviez des pensées similaires. Qu'est ce qui vient ? ».

- **Mme A** : « La seule fois qui me revient où j'ai été si figée, c'est aux attentats de Paris quand j'ai voulu courir en sortant du restaurant mais que mes pieds ne le supportaient pas ».

Que faire de cette nouvelle résurgence de la situation des attentats, celle qui est passée de cible auto-traitée par la patiente à l'état de déclencheur du présent ? Celle qui tout ce temps paraissait finalement secondaire en dépit du caractère intense de la menace vitale ? Alors que la patiente prononce ces mots après le *float-back,* je sens pourtant qu'elle n'est plus connectée aux sentiments évoqués lors de l'abréaction. J'ai l'impression que malgré la logique sémantique de l'association (lier le fait de ne pas pouvoir bouger des mains de Jérôme et de ne pas pouvoir s'enfuir la nuit des attentats), il y a une rupture des affects entre ces deux contenus. Je crois que cette dernière réponse de la patiente, plus qu'évoquant un traitement insuffisant de la cible des attentats en elle-même, est symptomatique d'une information bloquée dans le réseau traumatique ne parvenant pas à communiquer avec le réseau adaptatif. La construction spontanée des liens entre le dysfonctionnel et le fonctionnel est bloquée. Il y a un changement affectif en faveur d'une désaffectivation. Le contact avec le

réseau visé est perdu. La conscience perd la maitrise de certains contenus, elle se défend contre eux. Le traitement est bloqué sans nouvelle perspective pour le moment.

V.2. [23/06/2017] Lorsque le corps « parle » douloureusement…

Mme A a été hospitalisée pour colique néphrétique avec récidive et complication, ce qui a interrompu la thérapie pendant plus d'un mois. Cette pause a donné un nouvel essor à notre travail ; la problématique corporelle est de nouveau au premier plan, majorée par les expériences douloureuses vécues par la patiente depuis notre dernier entretien. Il n'est question que d'images et d'enveloppe corporelles inconfortables. Nous prévoyons en conséquence de cibler les expériences corporelles négatives en établissant un nouveau plan de ciblage sur cette problématique. Mme A et moi-même partons ensuite en congés. Nous nous séparons un temps. Nous nous rencontrerons de nouveau à un autre moment. Ainsi dans nos états de conscience respectifs nous ferons avec ce que nous serons à cet instant.

PARTIE III. DISCUSSION : LE TRAUMATISME ET SON TRAITEMENT, UNE EXPERIENCE INTEGRATIVE AUX MODALITES MULTIPLES

Je connais aujourd'hui Mme A depuis un an et demi. Elle et moi mesurons le chemin parcouru depuis notre rencontre, jusqu'à maintenant. Elle va mieux, c'est évident : elle a repris le cours de son activité professionnelle et de sa vie de manière générale, elle n'est plus déprimée mais plutôt épanouie, les flashbacks sont rares …

Oui, elle va mieux, mais… grâce à quoi ? Qu'est ce qui a réellement soigné la patiente ? L'EMDR, certes, mais j'ai eu l'impression qu'il n'y avait pas que de l'EMDR stricto-sensu, c'est-à-dire en tant que protocole unique et étanche.

En effet, à y regarder de plus près, l'EMDR se décline, en réalité, selon plusieurs modalités qui en font la richesse, et, en définitive la souplesse et l'adaptabilité, à un large panel de situations cliniques pouvant parfois même dépasser le cadre formel de ses indications.

Dans cette partie, nous allons donc discuter de ses différentes modalités, de manière non exhaustive, qui ouvrent le champ d'action thérapeutique de cette méthode intégrative. Dans un premier temps nous en aborderons la modalité transdisciplinaire, et nous verrons en quoi elle se rapproche et se singularise des autres approches psychothérapeutiques. Nous choisirons pour cela quelques exemples parmi les plus représentatifs du très grand nombre de psychothérapies existantes (plus de 400 !). Nous explorerons ensuite la dimension temporelle de l'EMDR qui semble constituer une thérapie créatrice de l'instant présent, en tant que celui-ci s'intègre au vécu du sujet dans la durée de son existence. Enfin, nous porterons notre attention sur la modalité intersubjective sur laquelle semble s'ancrer fondamentalement cette psychothérapie comme art authentique d'une rencontre toujours renouvelée et parcours intime de la reconnaissance.

I. Modalité transdisciplinaire de l'EMDR : Similitudes et singularité de la méthode par rapport à d'autres approches au sein du champ psychothérapeutique

I.1. EMDR et Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)

L'EMDR est souvent présentée dans la littérature comme une variante de ces thérapies[111]. De même, les recommandations de l'HAS définissent ainsi l'EMDR : « La thérapie EMDR est une thérapie cognitive des troubles psychotraumatiques, basée sur une exposition en imagination au souvenir douloureux couplée à des mouvements oculaires réguliers, et visant à une désensibilisation émotionnelle »[112]. Si on inclut l'EMDR dans le même cadre que les thérapies cognitives et comportementales, il faut le faire dans un sens élargi.

I.1.a. L'EMDR, une thérapie d'exposition ?

Tout d'abord, l'EMDR n'est pas une thérapie d'exposition au sens strict du terme en dépit de l'exposition en imagination du sujet pratiquée en EMDR[113]. En TCC, l'exposition en imagination se réfère à un ensemble de techniques visant à confronter le patient au souvenir de l'événement traumatisant ou aux situations qui lui sont associées de façon prolongée, graduelle et répétée. L'objectif est que progressivement ce souvenir ou ces situations ne soient plus associés à des réponses émotionnelles ou cognitives aversives. Le patient décrit ses émotions, sensations physiques et pensées quand il visualise les situations cibles et chiffre ses émotions sur une échelle de 0 à 100 (et non sur l'échelle SUD de 0 à 10). Le sujet se laisse envahir et traverser par la vague émotionnelle induite jusqu'à sa résolution naturelle. L'exposition se poursuit jusqu'à ce que l'anxiété diminue par habituation physiologique. La répétition de ces expositions renforce le processus d'habitation et diminue les comportements d'évitement qui empêchent le reste du temps le sujet d'assister à la décroissance spontanée de la perturbation. Le but est la prise de conscience par le patient de la variation de l'anxiété et donc de la possibilité de contrôle de celle-ci. Il existe aussi, en TCC, une forme d'exposition en imagination pendant laquelle on cherche à réduire les réactions physiologiques par des techniques de relaxation. On apprend au patient à diminuer l'intensité

[111] J. Cottraux, « Les psychothérapies cognitives et comportementales. 6ème édition », Elsevier Masson, 2017, p. 455

[112] HAS, Guide ALD « Troubles anxieux graves », 2007

[113] S. Rogers, S.M. Silver, « Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols », Journal of Clinical Psychology 58, 2002, pp. 43-59

de ses émotions avant et pendant les séances d'exposition, c'est le principe de la désensibilisation systématique. L'exposition avec la prévention de la réponse d'évitement est une stratégie de choix pour le traitement des phobiques, car les phobiques évitent ! Mais est-ce que les patients souffrant de syndrome de stress post-traumatique évitent ? En général, ils s'exposent avec intensité. Ils n'évitent pas les images du traumatisme, simplement leurs déclencheurs. Ils sont exposés en permanence à l'angoisse du traumatisme et les images intrusives sont imprévisibles. Des techniques qui diminuent l'évitement ne peuvent pas être opérantes chez des patients qui ne peuvent prévoir d'éviter une émotion[114].

Bien que les deux approches se rejoignent par ailleurs par les modèles théoriques qui les sous-tendent, basés sur le traitement de l'information dysfonctionnelle, les mécanismes mis en jeu lors de l'exposition sont complètement différents. En EMDR, ils sont plus proches des mécanismes d'assimilation par libre association que d'habituation[115]. Cette assimilation est permise par le procedé de double focalisation, à la fois sur les éléments du passé, et également sur ce que le patient ressent dans le présent en suivant les stimulations bilatérales alternées. Cette utilisation de la double attention comme moteur de l'assimilation est contraire au principe même de l'exposition en TCC, au cours de laquelle le patient doit éviter à tout prix de détourner son attention du seul stimulus aversif redouté, ce qui freinerait le processus d'habituation[116]. Le thérapeute de TCC dirige l'exposition sur des éléments prédéterminés, appartenant tous au même souvenir, ordonnés et hiérarchisés là où le patient suivi en EMDR laisse « venir ce qui vient », sans effort particulier, permettant, hors de toute intervention du thérapeute de faire des liens entre différents éléments d'un même souvenir, ou même de souvenirs différents. Nous n'envisageons pas en EMDR les changements de l'image mentale comme un évitement, mais comme une preuve de l'intégration du souvenir en cours. La distorsion de l'image est le résultat du traitement.

De plus, là où pour être effective en TCC, l'exposition est prolongée, continue et d'intensité croissante, en EMDR l'exposition est brève, mais avec un stimulus entraînant initialement un haut niveau de perturbation. Un tel niveau de perturbation est permis notamment par le caractère discontinu de l'exposition (pause de feedback entre les sets de

[114] *Ibid.*
[115] *Ibid.*
[116] E.B. Foa, M.J. Kozak, « Emotional processing of fear : exposure to corrective information », Psycholgical Bulletin 99, 1986, 1, pp. 20-35

SBA). « A la différence des thérapies par exposition prolongée, l'EMDR traite aussitôt le trouble après avoir réactivé le traumatisme »[117]. C'est pourquoi la phase 4 doit suivre sans attendre la phase 3. L'habituation exige en outre une recrudescence primaire de l'angoisse lors de l'exposition. Or, l'EMDR entraîne, elle, une relaxation physiologique avec une diminution de la sensation subjective de détresse, ce qui n'en réduit pas pour autant l'efficacité. Cette relaxation provoquée lors de la phase de désensibilisation aurait pu rapprocher l'EMDR de la désensibilisation systématique. Cependant, en EMDR, c'est le processus de libre association, non présent dans la désensibilisation systématique, qui permet le retraitement de l'information et engendre une relaxation physiologique, alors qu'en TCC, c'est la relaxation induite par des techniques de gestion des émotions qui aboutit à l'extinction de la sensation de détresse par habituation.

I.1.b. Restructuration cognitive

L'EMDR n'est pas centrée, contrairement à la thérapie d'exposition, seulement sur l'anxiété. Elle permet le traitement d'émotions comme la tristesse, la colère, le dégoût, la peur, s'intégrant dans une restructuration cognitive globale de la vision de soi et du monde, mais, contrairement à la thérapie cognitive, sans l'intervention de la parole ni de la logique. L'effet d'extinction progressive de l'angoisse, par habituation, efficace dans les syndromes anxieux classiques est souvent inopérant dans le syndrome de stress post-traumatique dans lequel l'activation de l'émotion passe par la voie « courte », une voie inaccessible à la démonstration logique. Le savoir cognitif semble inopérant pour traiter un ESPT et notre contrôle direct de nos réactions émotionnelles faible.

Enfin, les informations correctrices cognitives acquises lors de l'exposition prolongée apparaissent dans le contexte même de l'exposition, dans la coopération avec le thérapeute. En EMDR, ces changements cognitifs surgissent également hors des séances, de façon spontanée.

I.2. EMDR et psychanalyse

I.2.a. Une symbiose naturelle

Nous avons vu ci-dessus la conception psychanalytique développée au sujet du traumatisme. La conception du psychisme comme vésicule vivante, effractée par le

[117] J. Roques, *op. cit.*

traumatisme, dont le souvenir, incrusté, agit à la manière d'un corps étranger, favorisant ainsi la construction d'un groupe psychique à part est la représentation métaphorique même du travail de ciblage, et de traitement des canaux de mémoire réalisé en EMDR.

La sollicitation d'associations libres, facilitée par le court-circuitage des mécanismes de défense du conscient, est un élément technique utilisé en EMDR, bien sûr largement empruntée à la psychanalyse. Shapiro elle-même, dans son ouvrage déjà abondamment cité, reconnait que « l'utilisation de l'EMDR est pleinement compatible avec la plupart des modalités psychologiques connues » et souligne les rapprochements qui existent notamment avec la psychodynamique de Freud. Moi-même, quand le patient me livre une association riche, quand du matériel inédit apparait, je ressens un émoi peut être proche de ce que Freud lui-même pouvait vivre quand il pratiquait la psychanalyse. Le psychisme a une allure insaisissable, mystérieuse et captivante ; le mécanisme de l'association libre a été d'ailleurs utilisé par nombre d'artistes surréalistes, subjugués par la beauté de ses profondeurs énigmatiques. C'est une fascination pour les mécanismes inconscients qui me traverse quand j'assiste, seule témoin que je suis, aux joutes inconscientes qui sont livrées devant moi en EMDR. Je n'avais, pour le moment ressenti, de telle impression qu'au contact de la psychanalyse.

Bien qu'il ne soit pas nécessaire d'avoir des connaissances psychanalytiques, le psychiatre Jacques Roques, psychiatre d'école psychanalyste, vice-président de l'association EMDR France, explique qu'une pratique psychodynamique antérieure peut grandement profiter sur plusieurs points, notamment à la compréhension et à l'élaboration des éléments de psychogénèse, permettant une conception du plan de ciblage fine grâce une meilleure définition des cibles, dans le cas des traumatismes complexes des névroses par exemple[118].

Cette position est actuellement largement partagée : « L'EMDR et la psychanalyse ne sont pas opposées. Bien au contraire, un psychanalyste Freudien, Lacanien ou Kleinien peut trouver dans l'EMDR un outil complémentaire efficace pouvant faciliter son travail »[119]. En témoignage de cette symbiose naturelle, en juin 2002, Francine Shapiro a reçu la distinction

[118] J. Roques, « EMDR, une révolution thérapeutique », Méridienne, 2004
[119] *Ibid.*

la plus prestigieuse que puisse obtenir un psychothérapeute, le prix Sigmund Freud, conjointement décerné par l'Association Mondiale de Psychothérapie et la Ville de Vienne[120].

I.2.b. L'EMDR, une thérapie hors sens

Declercq et Lebigot préconisent, pour leur part, « d'adopter une posture phénoménologique considérant la névrose traumatique non pas comme la résultante de mécanisme mais comme une construction factice du monde, dans un bouleversement de la temporalité marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant, de sa permanence immuable projetée dans le futur… et réorganisant même le passé à son image, par des choix mnésiques arbitraire »[121]. « Le traumatisme n'est pas seulement effraction, invasion, dissociation de la conscience, il est aussi déni de tout ce qui était valeur et sens, et il est surtout aperception du néant mystérieux et redouté »[122]. En ce sens, on se détourne du schéma économique freudien pour « considérer le traumatisme comme rupture des liens avec le monde, confrontation avec l'impensable de la mort, invasion par l'angoisse de néantisation, bris de l'unité et cessation du sens ».

Le psychiatre et psychanalyste Barrois (1998) établit un pont entre psychanalyse et phénoménologie. Il rappelle le « mythe d'Orphée, comme retour des enfers », l'enfer étant le « signifiant de l'horreur absolue », puisque l'homme y est dépouillé de son humanité même : nom, forme, désir, parole.

« Avec le traumatisme, nous ne sommes jamais dans un domaine de sens. Nous sommes hors sens. Il n'est pas besoin d'invoquer les affres de l'irreprésentable vécu de la mort, puisqu'il est bien clair que, par définition, en tant que telle, elle ne saurait appartenir au vivant. Mais plutôt de considérer que malgré l'abondance de sa représentation, soit crue, sous la forme de cadavre ou allégorique, le vécu de la mort imminente et ce qui l'accompagne ne peuvent en aucun cas être cognitivement assimilés puisqu'avant tout ils intéressent le niveau neurophysiologique de la survie de l'individu et non sa pensée »[123] (d'où le sens de l'appellation actuel de « stress post-traumatique ». Ce ne sont pas les aires du langage qui sont concernées, comme le scanner d'une personne revivant son traumatisme le montre[124].

---

[120] D. Servan-Schreiber, *op. cit.*
[121] M. Declercq, F. Lebigot, « Les traumatismes psychiques », Masson, 2002, p. 384
[122] *Ibid.*
[123] J. Roques, « EMDR, une révolution thérapeutique », Méridienne, 2004
[124] D. Servan-Schreiber, *op. cit.*

Le néocortex est court-circuité au profit du système limbique. Sans qu'il s'agisse d'écarter tout sens au traumatisme, « il faut considérer que l'on ne peut pas soigner, seulement à partir du sens une problématique qui, organiquement, n'en relève pas. C'est ce qui, je crois, explique la grande efficacité de l'EMDR »[125].

A partir des associations libres qui surgissent, la philosophie de travail est donc différente par rapport à la posture psychodynamique. En EMDR, j'accueille ce qui vient sans l'interpréter. L'intérêt du processus d'associations libres réside dans le fait même de créer des connexions mnésiques et non dans l'analyse des contenus psychiques en eux même. Les prises de conscience se font spontanément sans intervention du thérapeute grâce au modèle TAI. Le postulat thérapeutique est radicalement différent. Le thérapeute EMDR ne cherche pas à guérir le passé en dévoilant des conflits inconscients, qui constitueraient le mécanisme de genèse du symptôme traumatique. Il part uniquement du principe que la nature de l'Homme lui permet, par ses propres ressources, stimulables, de réassembler dans les parties dissociées du reste du psychisme par le traumatisme. On considère donc que ce qui « rassemble » ces parties diffractées, c'est l'apparition à la conscience de matériel associatif.

Le thérapeute ne peut avoir connaissance de ces phénomènes d'apparition sans communication entre le patient et lui. C'est la raison pour laquelle, nous avons recours à la parole en EMDR. Ces feedbacks entre les sets de SBA ne sont pas des phases de dialogues ouvrant à l'interprétation ou durant lesquelles le thérapeute avancerait des hypothèses dynamiques. Le patient effectue un compte-rendu de ce qui est là pour lui à cet instant avant de reprendre les séries de SBA. Ceci permet, comme évoqué, que le thérapeute sache que le processus est lancé et ne se bloque pas. Ces pauses, brèves, maintiennent le patient un pied dans le passé et un dans le présent, tout en aménageant aussi un répit dans l'exposition. Le passé revient dans le présent et se modifie par la même, dans ce présent vivant. Durant ce laps de temps, le patient livre le phénomène brut tel qu'il lui vient, sans réaménagement, sans refaçonnage, dans la plus pure authenticité possible. La mise en mots entre les sets d'associations libres ne sert que comme moyen de conscientisation d'un matériel psychique brut.

[125] M. Declercq, F. Lebigot, *op. cit.*

Comment les expériences vécues pendant les SBA pourraient-elles exister complètement à la conscience sans la forme du langage ? Celui-ci n'a pas, à cet instant de la thérapie, vocation à permettre l'échange thérapeute/patient, mais uniquement au vécu du patient d'exister pleinement dans sa conscience. C'est de cette manière qu'ont lieu les « prises de conscience en EMDR ». Même dans les situations de blocage du processus, les tissages cognitifs pratiqués pour redynamiser le traitement de l'information relèvent davantage du questionnement socratique que de toute hypothèse interprétative.

Si ces différences notables éloignent par certains aspects l'EMDR de la psychanalyse, l'affranchissement relatif des barrières du conscient permis par la création d'un « état » de conscience modifié n'est pas sans suggérer une certaine proximité avec les techniques d'hypnose.

I.3. EMDR et hypnose

De nombreux thérapeutes utilisent largement l'interprétation et les mécanismes inductifs de l'hypnose ericksonienne en EMDR. D'ailleurs, l'hypnose reconnait dans sa pratique certains éléments mettant en avant un état de conscience modifié, une certaine forme de transe accompagnant toute fixation de l'attention, celle-ci pouvant être oculaire autant en EMDR qu'en hypnose. Cette dernière s'appuie d'ailleurs elle aussi sur la capacité du sujet à résoudre lui-même son problème, le thérapeute ayant uniquement un rôle de facilitateur, par des techniques d'imagerie guidées que les deux approches ont en commun (le thérapeute indique précisément au patient à partir de quelle image focaliser son attention).

A l'image d'une descente en rappel le long d'une crevasse pour soigner un enfant traumatisé qui girait au fond, on arrime solidement le patient adulte à la surface (le présent) grâce à la corde que constituent la présence et la voix du thérapeute. On peut dire que « comme l'hypnose, l'EMDR met en jeu de façon complémentaire des protocoles précis, où des questions spécifiques sont posées à des moments calibrés, dans lesquels la relation thérapeutique sous une apparence de neutralité recèle tous les ingrédients d'une alliance et d'une rencontre »[126].

[126] C. Marx, « L'EMDR : L'histoire, la méthode et les techniques pour se libérer de ses traumatismes et dépasser ses blocages », Eyrolles Pratique, 2013, p. 184

I.4. EMDR et autres psychothérapies

I.4.a. EMDR et analyse transactionnelle

Fondée dans les années 1960 par un psychiatre américain, Eric Berne[127], l'analyse transactionnelle s'enracine, comme l'EMDR, dans plusieurs traditions : psychanalytique, cognitive et comportementale, émotionnelle. Elle partage avec l'EMDR un a priori de confiance dans ce que l'être humain recèle de positif, auquel on peut toujours avoir recours. Comme l'analyse transactionnelle, l'EMDR travaille avec différentes parties du Moi qui peuvent être amenées à dialoguer ensemble (le Moi adulte vient secourir le Moi enfant au fond de la crevasse).

On a vu par ailleurs la place fondamentale qu'accorde l'EMDR aux croyances négatives, comme adaptation à l'environnement au moment du traumatisme, inscrite au cœur du système nerveux central. Le concept transactionnel de « l'élastique à décrocher », développé par David Kupfer et Morris Haimowitz se rapproche beaucoup de la thérapie EMDR. Ils définissent comme suit ce concept : « Parfois, un aspect d'une situation actuelle suscite une réponse du patient qui parait déplacé ou disproportionnée. Bien souvent, une telle indication est nette : le sentiment est « archaïque ». Un élastique (un retour en arrière) fait qu'un ancien sentiment, familier pendant l'enfance, est exprimé ici et maintenant »[128].

I.4.b. EMDR et Programmation neurolinguistique (PNL)

La PNL a été créée en 1945 par Richard Badler et John Grinder[129]. Les praticiens de PNL sont, comme les thérapeutes EMDR, habitués à naviguer parmi les manifestations cliniques de dissociation, qu'ils utilisent de manière thérapeutique, parfois même dans une double dissociation thérapeutique (se regarder en train d'agir, voire se regarder en train de se regarder agir).

Les éléments sur lesquels cette méthode est fondée sont repris en EMDR. Une grande importance est donnée à la définition d'un objectif. On retrouve aussi parmi ces fondements communs la notion d'ancrage entre une sensation physique et une émotion ou une pensée, servant un travail sur les cognitions centrales.

---

[127] E. Berne, S. Laroche, « Analyse transactionnelle et psychothérapie », Paris, Payot, 2001, p. 384

[128] D. Kupfer, M. Haimowitz, « Les élastiques, *in* Actualités en Analyses Transactionnelles 1, 1977, pp. 22-28. C.A.T., 2, pp. 94-100

[129] R. Bandler, « Un cerveau pour changer : Comprendre la PNL », Pocket Evolution, 2008, p. 256

Il est intéressant aussi de noter que la PNL s'intéresse au mouvement spontané des yeux dans un but diagnostic, alors que l'EMDR induit délibérément ces mouvements dans une visée thérapeutique.

I.4.c. EMDR, Gestalt-thérapie et méditation de pleine conscience

Initiée par Fritz Perls[130], la Gestalt-thérapie insiste sur la valeur de l'ici et du maintenant, sur la relation à l'autre et à soi-même et sur la conscience de tous les stimuli internes et externes. C'est une thérapie qui se fonde sur la valeur de l'émotion.

Quant à la méditation, elle mobilise les zones du cerveau les plus attentives à l'instant présent, celles qui en scrutent ses plus infimes détails.

L'EMDR valorise comme ces deux approches la conscience de ce qui se passe au présent, la guérison du passé ne pouvant prendre de sens qu'à partir de ce présent auquel l'arrimage par le lien thérapeutique et la force de la réalité actuelle, constitue un ancrage salvateur.

I.5. L'EMDR, une thérapie du corps : singularité de la stimulation sensorielle

On pourrait penser, comme le résume Jacques Roques, abondamment cité, « si on ne s'en tenait qu'au niveau phénoménologique, que l'EMDR n'est que l'association heureuse de plusieurs modes psychothérapeutiques déjà expérimentés : l'hypnose bien sûr, puisqu'une certaine forme de transe accompagne toute fixation de l'attention, la psychanalyse pour ce qui est des associations libres, les thérapies cognitives puisqu'on fait apparaitre les croyances bloquantes, les thérapies comportementales pour ce qui est de la mise (imaginaire) en situation du patient ou exposition. On pourrait faire d'autres rapprochements qui seraient tout aussi probablement justifiés. De fait, si on ne considérait que cette association plurimodale, je pense qu'on passerait à côté de la principale originalité de l'EMDR, qui est d'associer une stimulation sensorielle à une reviviscence ciblée de l'information dysfonctionnelle »[131].

Nous avons développé plus haut l'idée que le poison du traumatisme se manifeste en nous par une croyance que nous avons développée à propos de nous-même à cette occasion, et qui s'est nichée en nous, comme vraie « pour toujours ». Tout se passe comme si cette

[130] F. Perls, P. Goodman, R.F. Hefferline, « Gestalt Therapy : Excitement and Growth in the Human Personality », Gestalt Journal Press U.S, 1951, p. 512
[131] J. Roques, « Guérir avec l'EMDR », Seuil, 2007

fléchette empoisonnée, pour reprendre la métaphore de Christophe Marx[132] que constitue la triade cognition négative/image/sensation corporelle avançait dans le temps en même temps que nous. Rechercher la fléchette empoisonnée afin de la retirer, c'est à dire localiser le réseau de mémoire dysfonctionnel nécessite, outre l'exploration des croyances sur soi-même et sur le monde et des émotions, celle des manifestations sensori-motrices. L'émotion et la pensée ne sont après tout que l'émergence cognitive d'un trouble qui affecte avant tout le corps.

« L'émotion et les réactions connexes sont alignées sur le corps, les sentiments sur l'esprit »[133] a développé Damasio. C'est vrai que dans la pièce de Racine du même nom, Phèdre confesse ainsi le trouble qu'elle ressent à la vue d'Hippolyte :

« *Je le vis, je rougis, je pâlis à sa vue*

Un trouble s'éleva dans mon âme éperdue

Mes yeux ne voyaient plus, je ne pouvais parler

Je sentis tout mon corps et transir et brûler »[134].

Il faut savoir qu'un souvenir enregistré dans le cerveau peut être stimulé à partir de n'importe lequel de ses constituants : image, son, odeur, émotions, pensées, et même sensation physique. On appelle ces propriétés de la mémoire « l'accès par le contenu » et « l'accès par correspondance partielle »[135,136]. L'association de la stimulation sensorielle à l'exposition peut donc permettre un accès profond aux souvenirs douloureux. Ainsi, «la force de l'EMDR tient en ce qu'elle évoque d'abord le souvenir traumatique avec toutes ses composantes puis stimule « le système adaptatif de traitement de l'information qui n'a pas réussi à digérer l'empreinte dysfonctionnelle »[137]. L'exploration conjointe de la cognition, de l'émotion et de la sensation corporelle permet de braquer trois faisceaux lasers puissants en même temps sur la cible qu'on souhaite atteindre. L'esprit n'a pas la possibilité de focaliser convenablement son attention sur un ensemble trop complexe qui serait constitué de

[132] C. Marx, *op. cit.*
[133] A.R. Damasio, « Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions », Odile Jacob, 2003
[134] J. Racine, « Phèdre » *Acte I, Scène III*, Paris, 1677
[135] D.E. Rumelhart, G.E. Hinton, J.L. McClelland, *et al.*, « A general framework for parallel distributed processing », Parallel distributed processing : Explorations in the microstructure of cognition 1, 1986, pp. 45-76
[136] G.M. Edelman, « Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Group Selection », Basic Books, New York, 1987, p. 371
[137] C. Marx, *op. cit.*

multiples détails. L'originalité de l'EMDR se trouve dans cette triple association consistant à « ramasser » l'information dysfonctionnelle en entier, « dans une seule représentation aisément accessible »[138].

Shapiro, en définissant l'EMDR comme une « psychothérapie synclétique », exprimait à quel point la psychothérapie EMDR constituait une « synthèse de l'éclectique »[139]. Une thérapie des émotions et des cognitions, une thérapie du corps plutôt du sens. L'EMDR est une thérapie qui relance la possibilité de donner du sens. Elle a aussi lieu hors du temps, un temps dans lequel elle tente de réinscrire le patient pour qu'il puisse revivre un temps et non pas dissocié.

II. Modalité temporelle de l'EMDR : une thérapie de création de l'instant présent au sein de la durée vécue

II.1. Expériences et changements dans l'instant présent

Lorsque nous revenons sur le cheminement thérapeutique de Mme A, nous nous rendons compte que les instants de reconnaissance, qui semblent avoir été cruciaux pour son évolution, ne représentent que quelques instants parmi les milliers d'autres partagés avec elle tout au long de ces dix-huit mois de thérapie. Comme si chacun de ces petits moments avait été l'occasion que survienne un petit événement. Tous ensemble, ces petits événements constituent « les mondes de l'expérience » subjective vécue[140]. Comment ces expériences parviennent elles à créer un changement ? Puisque le changement, c'est bien ce à quoi on s'intéresse en EMDR. Après tout, toute la phase 4 n'est-elle pas qu'une phase d'expérience de changements et de conscience de ces changements en tant qu'expériences ?

Pour commencer, qu'est-ce qu'une expérience : de quoi est-ce fait ? Quand est ce qu'on peut dire qu'un moment a été celui d'une expérience ?

« Faire une expérience avec quoi que ce soit, une chose, un être humain, un dieu, cela veut dire : le laisser venir sur nous, qu'il nous atteigne, qu'il nous tombe dessus, nous renverse, nous rende autre. Dans cette expérience, 'faire' ne signifie justement pas que nous sommes les opérateurs de l'expérience : 'faire' veut dire ici, comme dans la locution 'faire une maladie',

[138] J. Roques, « EMDR, une révolution thérapeutique », Méridienne, 2004
[139] F. Shapiro, « Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures », Interéditions, Paris, 2007
[140] D.N. Stern, « Le moment en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable », Odile Jacob, 2003

passer à travers, souffrir de bout en bout, endurer, accueillir, ce qui nous atteint en se soumettant à lui »[141], a-t-on cité précédemment. Comprendre intellectuellement quelque chose qu'on nous explique ne suffit pas sans l'expérience interne, sans le vécu propre subjectif. Ainsi, il faut vivre des sensations et des actions dans la « vraie » vie, dans le monde réel pour pouvoir « faire expérience ». Et celles-ci ont des limites temporelles qui en dessinent un contour, rendant la notion même de présent fondamentale. En effet, le temps de l'expérience, c'est le temps brut durant lequel on la vit et non le temps ultérieur durant lequel on la refaçonne en la racontant. Or l'idée même de présent est bouleversée par le traumatisme, celui-ci aboutissant, on l'a dit, « à une nouvelle construction, factice, du monde, dans un bouleversement de la temporalité marquée du sceau de l'omniprésence du traumatisme horrifiant, de sa permanence immuable projetée dans le futur »[142]. Vivre un traumatisme fait passer de la perception d'un temps vécu mesurable et objectif, en quelque sorte partageable par tous en sa linéarité, à celle d'un temps vécu et partagé uniquement par les personnes ayant vécu la même expérience, un temps suspendu voire arrêté en lui-même, un présent fixé comme présent affranchi du déroulement de la durée. A l'inverse, les moments de la psychothérapie sont des moments présents constitués des expériences communes pour Mme A et moi, ce sont des « grains de sable » communs (pour reprendre l'expression de D.N. Stern), parmi nos expériences propres non partagées. Ensemble, on vit et, en conséquence, on crée des temps hors du temps, des repères construits dans cette perte de repère, mondes organisés existant dans une dissociation temporelle.

Toutes les psychothérapies dynamiques se fondent sur l'idée que le passé occupe la place centrale dans la détermination du présent. Si l'influence qu'exercent les événements passés retient l'attention, la nature de l'expérience présente l'attire moins. Pourtant, le moment présent a un aspect saisissant : il est le seul qui soit assez là pour être observé avant d'être terminé. Il a lieu pendant plusieurs secondes et pendant qu'il se déroule, il crée une musique émotionnelle, éphémère mais intense. En traversant et quittant la scène, le moment présent trace un contour temporel. Dans l'expérience, on replace donc le temps. Finalement, rédiger le journal de seize mois de thérapie avec Mme A, n'est rien d'autre que choisir parmi tous les instants présents qui ont constitué la thérapie ceux que je souhaite développer.

[141] M. Heidegger, *op. cit.*
[142] M. Declercq, F. Lebigot, *op.cit.*

Chacun ne prend que quelques secondes, mais malgré cette brièveté, ce sont eux qui contiennent tout ! Ils sont donc d'une richesse inestimable. On ne peut raconter un moment présent qu'après l'avoir vécu, ce qui place le récit du moment présent hors du moment présent lui-même. Néanmoins, la relecture du scénario traumatique raconté par la patiente a notre première rencontre, et le récit de cette rencontre elle-même, montrent bien que chaque moment est un événement holistique qui a, en lui-même, un début et une fin. Dans chaque entretien, de nombreux moments présents à l'intérieur desquels se déroule une histoire, une intrigue, qui dans sa résolution crée une délimitation temporelle. Ce sont les affects, qui dans leurs ascensions et leurs descentes, bornent l'expérience sur le plan temporel.

Ces instants, ilots de présents isolés dans un temps global suspendu, ne peuvent cependant pas être considérés comme sans rapport avec le reste de la vie. La résolution de chaque intrigue traduit la personnalité, les préoccupations, en résumé, la façon d'être au monde de Mme A. Chacun de ces instants est donc pertinent sur le plan clinique. L'histoire qui se déroule sur le plan microscopique est une illustration de la façon dont Mme A résout les problèmes, et globalement ce qui est nouveau. Ce qui est nouveau, c'est ce qui pour Mme A dérange l'attendu, et donc ce qui déclenche une prise de conscience. Par conséquent, c'est la conscience qui permet d'identifier ces moments présents. Puisque le moment présent se déroule pendant une période de conscience, moment présent et conscience sont-ils synonymes ? Daniel N. Stern, qui s'interroge sur la nature du moment présent, estime « qu'il ne faut pas confondre moment présent et conscience ». Le moment présent est considéré comme « l'expérience ressentie de ce qui se passe pendant une brève période de conscience »[143].

Il me semble que tout le travail que j'ai tenté d'effectuer avec Mme A ne visait finalement qu'à permettre qu'aient lieu des moments de conscience et à vivre durant ceux-ci des expériences. Le moment présent n'est cependant pas le récit d'une expérience, il s'agit de celle-ci telle qu'elle est vécue à son origine. Toutefois, même le récit d'un événement, celui-ci fusse-t-il très récent, est une expérience présente de quelque chose qui a lieu au passé. Ces éléments passés entrainent des inquiétudes sur le futur, elles aussi nourries au présent. L'expérience est donc enfermée dans le présent, ce qui donne tout son sens à une thérapie

[143] D.N. Stern, *op. cit.*

qui lui créerait une place et le protégerait, ce qui m'apparait être tout le sens du parcours fait avec Mme A en séance. Chaque séance a tenté, je pense, de frayer une place au présent, prisonnier, comme on l'a vu, tantôt du passé tantôt du futur, pour qu'expérience et changement puissent se faire. Comme si nous avions essayé, plutôt que d'annihiler le présent par l'ombre d'un passé qui dirait tout de lui, ou par la crainte d'un futur qui le ferait disparaitre, de lui donner une existence suffisante pour influencer passé et futur au moins dans la même mesure que ceux-ci l'influencent.

On a vu que thérapie de l'instant présent et travail de la conscience sont intimement liés. Si le présent est tout simplement ce qui traverse la scène mentale, l'expérience ne surgit pas pour autant à la conscience sous sa forme aboutie de manière passive ! Elle est activement construite par le corps et par l'esprit qui la perçoivent, même si subjectivement les contenus semblent atteindre la conscience de manière complètement naturelle. Ce travail de conscientisation active de contenus qui se présentent initialement sans effort particulier est le cœur même de toute la psychothérapie EMDR, dès l'instant où on informe le patient sur ce qu'est l'EMDR : des vécus de conscience remis en mouvement, qui reviennent, se développent et se modifient au cœur d'un présent vivant rétabli. En ce sens, la psychothérapie EMDR procède, sur le plan phénoménologique, de « métamorphoses expérientielles »[144], c'est-à-dire les métamorphoses des contenus et de la forme d'une expérience cible (par exemple l'expérience traumatique) se produisant au sein d'une autre expérience en train de se dérouler (la thérapie) en se transformant elle-même toujours déjà.

Ainsi, dès la phase d'information, puis ensuite en phase 1, le patient construit à chaque séance l'expérience subjective qui fera le lit du changement.

S'il en est ainsi du temps de la séance, que penser de ce que ce qui joue entre les séances en ce cas ? Nous avons vu dans la partie II à quel point l'entre deux séances était riche d'évolution en termes de prises de conscience justement. Revenons à ce à quoi correspond exactement ce temps entre les séances.

[144] G. Mougin, « Les métamorphoses expérientielles du champ de conscience comme phénomènes thérapeutiques : exploration et fondements phénoménologiques », thèse de philosophie en cours sous la direction de J. Vion-Dury et M. Bitbol, ENS Paris, Archives Husserl

II.2. L'entre-deux séances

Le temps entre deux moments présents est difficile à déterminer. Il semble qu'il existe des trous dans l'expérience ou entre deux expériences. L'entre-deux séances ressemble au passage d'une scène à l'autre, comme dans le montage d'un film. Il y a une ellipse entre chaque séance. On s'efforce d'assouplir les contraintes horaires aux motifs cliniques, de permettre la résolution de l'intrigue avant de couper la scène. D'après le protocole, nous devons interrompre les SBA afin de pouvoir clôturer la séance, quand nous arrivons à un « palier » émotionnel. L'emploi de ce terme exprime la stabilité nécessaire au départ du patient. En s'arrêtant en suspens sur un palier, on espère y retrouver le patient qui n'aura pas bougé, une semaine après, ou plus. Nous venons pourtant d'employer les mots « départ du patient ». Le patient ne peut donc demeurer immobile sur le palier. Il le quitte en sortant du bureau et part sans le thérapeute. Nous n'avons alors pas d'autre choix que de lui faire confiance, que de s'en remettre aux événements de la vie qui surviendront, imprévisibles, avant notre prochaine rencontre. On n'y retrouvera pas le patient la prochaine fois. Aura-il d'ailleurs choisi la succession d'escaliers pris en quittant le palier ? Prendre un escalier après l'autre signifie par ailleurs que l'itinéraire emprunté est définissable et différenciable d'un autre qui n'aura, lui, pas été emprunté du tout. Un tel trajet est reproductible avec précision. Il peut être suivi une seconde fois par la même personne ou par toute autre pour peu qu'on ait relevé chaque bifurcation. Fussent-elles nombreuses, ceci ne nécessite que de l'attention. Théoriquement, un journal attentif permettrait au thérapeute de pouvoir trouver le patient au début de la séance suivante, à la marche d'escalier près. Or, c'est impossible d'arriver à reconstituer le cheminement du patient. Je n'ai pas l'impression qu'une telle métaphore puisse représenter l'éloignement du patient de son thérapeute qui s'installe entre les séances. Il me semble que le patient et moi, nous nous séparons plutôt après avoir nagé ensemble jusqu'à une bouée dans la mer. La bouée est arrimée au fond, sous la surface, mais comment dire où elle se trouve ? Mme A et moi lâchons chacune la bouée et dérivons jusqu'à la prochaine séance.

Cette dérive, on a tendance à la combattre, à tenter, de manière illusoire, de reprendre « là où nous en étions ». L'emploi de ce verbe à l'imparfait contraste avec la philosophie de l'EMDR, considérer « ce qui est là, 'maintenant' ». Ce temps, en suspens, entre les deux séances, représente pourtant à un moment le présent du patient, ce qui est alors là pour lui.

Il semble parfois ne pas exister pour le thérapeute, qui reprend le cours de son propre temps. Le thérapeute l'oublie sans même le réaliser. Il représente pourtant une plus grande quantité de temps que les séances elles même. Les mécanismes naturels du patient seuls, autonomes et stimulés pourront alors réaliser le retraitement associatif de l'information, libres de tout le parasitage que peuvent représenter les propres représentations du thérapeute auquel le patient est confronté pendant les séances.

Quand Mme A entre dans mon bureau pour une séance suivante, je constate donc dans un premier temps que je ne sais pas où elle se trouve. Je comprends qu'elle n'est pas là où je l'attends, elle a dérivé. Je plisse les yeux et scrute l'horizon pour tenter de la retrouver. Mais où est ce que je l'attendais de toute façon ? J'ai bien quelques indications dans mes notes sur la dernière bouée à laquelle nous nous sommes tenues ensemble, mais depuis nous avons l'avons toutes deux lâchée. Presque irritée d'avoir perdu ce point, je réalise que cet échec n'est que le reflet de ma propre dérive, et je prends ainsi conscience de l'existence de celle-ci. Les notes prises ne me permettent pas de retrouver à quel niveau sous la surface est arrimée la bouée, ni de braver le courant qui m'a déplacée, moi aussi, pour la retrouver.

D'autant que quand Mme A se moque bien de savoir si elle se trouve là où je l'attends. D'ailleurs, elle ne sait pas que je l'attendais quelque part. Tant mieux, parce que j'ai honte de ne pas avoir anticipé la dérive, honte d'avoir échoué ensuite à retrouver un point où la patiente ne pouvait en toute logique pas se trouver, honte d'y avoir passé le début de l'entretien car, ce faisant, je n'ai pas accordé à la patiente une vraie présence et elle a continué sa dérive pendant que je m'épuisais à braver le courant. J'ai insisté plus haut sur l'importance du sentiment de sécurité dans la thérapie. Que penser de la sécurité permise par un thérapeute qui s'épuise dans des tâches inutiles, n'assurant alors pas une présence de qualité ? Par ailleurs, si Mme A savait qu'elle a raté le lieu du rendez-vous (bien qu'impossible) que je lui avais fixé, je suis sûre qu'elle s'en accablerait et se sentirait dévalorisée en échouant dans ce que j'attendais d'elle. Elle se dirait peut-être que seul quelqu'un de faible ne décevrait les attentes d'un thérapeute, celui-ci ne demandant par essence aux patients que des tâches dont il pense les capables, adaptées à leur capacité. Peut-être même que cela va entrainer l'émission de pensées automatiques dévalorisantes voire dangereuses : « Suis-je encore plus faible que ce que pensait mon thérapeute ? », « Mon thérapeute surestime mes capacités, il risque ainsi de me mettre en danger, je ne peux pas avoir confiance en lui et je dois rester sur

le qui-vive en permanence ». En anticipant tout, depuis l'endroit de mes retrouvailles avec la patiente, à ce qu'elle ressent et pense pendant que je la cherche, je ne peux adopter une position plus fondamentalement éloignée de la posture phénoménologique qui est celle de l'EMDR. Comment demander à la patiente de « laisser venir ce qui vient », si moi-même je ne le fais pas ? Rien n'en est plus différent que chercher ce à quoi on s'attend !

Si on veut prendre en compte la dérive entre les séances sans se perdre, peut être peut-on se questionner sur la façon dont les marins la gèrent quand ils quittent le bateau ? Ils n'ancrent pas le bateau, auquel ils ne pourront d'ailleurs demander plus tard de faire l'effort de revenir à eux. Ils le laissent aller comme eux et le retrouverons un peu plus tard, là où ils seront alors. Ils accompagnent le bateau dans cette dérive qu'ils vivent eux aussi. Mme A et moi avons subi chacune notre propre houle et elle attend que nous nous retrouvions là où elle est maintenant. Comme au gré de toute dérive, elle n'a pas forcément conscience de celle-ci. Elle ne réalise l'existence de cette nouvelle distance entre nous qu'en voyant que nous sommes en train de nous rencontrer une nouvelle fois. Devoir se retrouver fait réaliser qu'on s'est perdues. Devoir se rencontrer de nouveau fait réaliser qu'on ne se connait plus. La reprise de séance incomplète, c'est donc le temps de cette deuxième rencontre, jusqu'à d'énièmes rencontres.

Au départ c'est mon narcissisme qui est piqué : quel thérapeute suis-je pour si mal rencontrer mes patients que ces rencontres doivent être recommencées à chaque fois ? Que reste-il de ces rencontres répétées ? L'être en face de moi vaut la peine que je vienne à lui un si grand nombre de fois, à chaque fois comme si c'était la première fois, chaque fois en sachant un peu plus qui je vais rencontrer, en choisissant en connaissance de cause de revivre la présence de l'autre. Il me semble que pour une patiente aussi fragilisée en termes de valeur d'elle-même que Mme A, sentir que je refais à chaque séance le choix de la rencontrer de nouveau en sachant qui elle est, représente une preuve d'acceptation inconditionnelle de sa personne. A chaque fois, l'empreinte de sa personne sur moi, la trace de notre rencontre persiste davantage. Ainsi plus je rencontre qui elle est, plus c'est aisé et même agréable, ce qui renforce le sentiment de valeur d'elle-même. Le risque est qu'avec le temps, la rencontre ait lieu avec habitude, avec préjugés, même favorables. C'est à ce moment que les péripéties de la vie ébranlent la thérapie qui ronronnait, que les acquis des relations sont balayés par une houle plus forte. La patiente réalise alors que je suis prête à faire de nouveau sa

connaissance avec ce que je sais d'elle et ce que je vais apprendre. Qu'il y ait de la distance en permanence avec Mme A pour que je puisse venir vers elle comme si c'était la première fois.

C'est peut-être là que s'arrête la métaphore : contrairement au bateau des marins, Mme A perçoit la distance entre nous. La houle qui l'a transportée à sa propre direction et sa propre force, alors que le bateau et les marins sont transportés ensemble. Nous pouvons chacune agir pour retrouver l'autre après chaque séance, complètes ou non, et même au fil des mouvements qui animent chaque séance.

Si le temps entre les séances incomplètes est, certes, utile, je me questionne malgré tout sur la raison pour laquelle autant de séances sont incomplètes. N'est-ce pas un peu trop long comme durée de prise en charge pour une thérapie dont tous les manuels vantent la rapidité d'efficacité ? Mais au fond peut-on fixer ainsi une durée, un temps a priori nécessaire au phénomène thérapeutique ? De même, peut trouver une causalité au temps lui-même ? En d'autres termes, peut-on décider du temps qui n'est « là » qu'en advenant, ou ne pouvons-nous, au contraire, ensemble, patient et thérapeute, ne nous décider qu'en « vue » du temps et pour le temps, en tant que tel, en tant que constitutif de notre être même, c'est-à-dire en tant que notre être le plus propre, qui nous traverse et voyage à travers nous tandis que nous nous sommes résolus à nous mettre en route en vue de son horizon et de ses métamorphoses[145].

II.3. Des boucles temporelles en spirale ?

Nous nous sommes intéressés, d'un point de vue microscopique, à la dynamique de chacun de ces mondes qui ont trouvé une existence durant ces mois de thérapie. Adoptons maintenant un point de vue à une échelle plus grande.

On peut s'interroger sur la relative redondance entre les séances que j'ai détaillées comme telles, à dessein, sous la forme d'un journal dans la deuxième grande partie de ce travail, en développant chaque phase pour chaque cible, alors que le principe de la prise en charge reste le même. J'ai choisi de développer chaque séance, assumant des redites dans le déroulé, dans l'idée que chaque séance constitue un monde fait des mondes plus petits que constituent les grains de sable. La procédure est la même mais l'instant est unique, tout comme la juxtaposition de ces instants, s'enroulant et se modifiant les uns les autres dans une

[145] M. Heidegger, « Etre et temps », Bibliothèque de Philosophie, Gallimard, 1990, p. 589

sorte de spirale creusant le temps vécu en profondeur. C'est dans un protocole invariant qu'on peut apprécier ce qui change et les séances, bien que ressemblantes par leur forme, étaient souvent inédites. Parfois, au contraire, des choses déjà vues revenaient, comme si on repartait en arrière et devions refaire le même chemin. Finalement, au bout de dix-huit mois de thérapie, loin d'être une exception ou un accident de parcours, les « boucles » qui se manifestaient comme redondances semblent constituer un élément clinique constitutif du cheminement thérapeutique en lui-même, qui pourrait ainsi s'apparenter à un cercle dans lequel on entre par des passages spiralés. Ces boucles pouvaient être retrouvées à l'intérieur d'une même phase du protocole (entre deux sets de SBA) ou même d'une cible à l'autre, ces cibles pouvant être proches dans le temps l'une de l'autre ou au contraire très éloignées, constituant des boucles de toutes les tailles. Ce qui était assez typique dans ces boucles, c'est l'absence de conscience de la patiente de leur existence.

A ce sujet, le protocole EMDR prévoit d'ailleurs des protocoles particuliers permettant de dépasser ces « *loopings* » à l'intérieur d'une phase. J'ai utilisé certaines micro-stratégies de redynamisation du processus, qui ont rapidement permis de débloquer ces situations. Si la gestion des boucles intra-séances est très protocolisée, celle des boucles inter-séances n'est, en revanche, pas abordée par Francine Shapiro, et a nécessité beaucoup plus d'intuition.

Aujourd'hui encore, je continue de voir Mme A, et les échos d'échanges passés résonnent par moments. Certaines choses anciennes se manifestent de nouveau sous un mode différent. Par exemple, la dimension corporelle occupe une place grandissante, au moment même où d'autres symptômes sont en sourdine. Ceci renforce l'impression qu'à chaque vécu nouveau, a lieu une nouvelle rencontre entre Mme A et moi, et que la répétition de ces rencontres fait vivre la thérapie lorsqu'elle est prise en conscience.

III. Modalité intersubjective de l'EMDR : une expérience de rencontre intégrative, croisée, mutuelle et réciproque

III.1. Un parcours de la reconnaissance

III.1.a. Légitimation de la souffrance

Pour comprendre plus précisément ce qui a réellement aidé Mme A au cours de cette année et demie de thérapie, j'ai tenté d'identifier les moments durant lesquels les changements les plus importants s'étaient produits. Je voulais isoler les instants présents

durant lesquels tout s'était fait : l'expertise par le médecin conseil qui a eu lieu en juin 2016 s'est imposée immédiatement dans mon esprit. Ce médecin, mandaté par la société qui emploie Mme A, avait explicitement légitimé la souffrance de Mme A. Je m'étais rendu compte presque immédiatement quand j'avais eu connaissance de ce « verdict » qu'il marquait une étape dans le cheminement de la patiente, comme un point du parcours désormais enregistré à jamais, un peu comme les niveaux qu'on enregistre dans un jeu vidéo en arrière desquels on ne plus retourner.

J'ai pratiqué une sorte de *float-back* à partir de mon souvenir de cet événement en me concentrant sur l'image que j'avais eue lors de cet entretien de juin 2016, alors que Mme A venait de vivre un instant qui s'est avéré crucial. Quand je laisse revenir cet entretien dont je me souviens particulièrement, j'ai une sensation de perte de contrôle, je comprends qu'il se passe quelque chose d'important et de positif, mais je réalise aussi n'y être pour rien. Je constate une amélioration qui s'est produite sans mon intervention, entre deux séances. Je perçois le changement, j'ai la sensation d'une ère nouvelle dans le traitement de Mme A, je crois que même ma position sur ma chaise et ma façon de poser ma voix changent un peu. Je ménage moins Mme A : quoique toujours chaleureuse et bienveillante, je sens que la patiente est un peu plus forte, que sa fenêtre de tolérance émotionnelle s'agrandit et que notre travail ensemble peut s'adapter en conséquence. Je vis dans ce souffle nouveau une bourrasque d'espoir plus forte qu'à l'ordinaire, teintée d'excitation mais aussi d'une sorte de frustration que les améliorations surviennent sans moi, sans que je les comprenne. Pourquoi l'avis de ce médecin qui n'est pas même psychiatre lui fait-il autant de bien, alors qu'elle a déjà mon avis et celui de son médecin traitant depuis des mois sans que cela ne suffise ? Suis-je un si mauvais thérapeute que les améliorations les plus notables ne se produisent qu'en mon absence ?

Laisser mon esprit flotter en arrière a amené à mon esprit la situation de ma rencontre avec Mme A, autre entretien dont je me souviens particulièrement bien (le 12/02/2016). Me sont aussi revenues plusieurs fois où Mme A disait « j'ai de la chance de vous avoir rencontrée », sans que je ne comprenne vraiment à quelle action de ma part était adressée cette reconnaissance. Le thérapeute pourrait donc lui aussi avoir un besoin de reconnaissance mutuelle avec le patient ?

Reconnaissance, c'est le mot. Quand Mme A est rentrée de Paris, elle a souffert de n'être pas reconnue dans sa souffrance et dans son statut de victime ni par ses collègues, ni par sa

hiérarchie, ni par l'interlocuteur qui a pris son appel sur la ligne réservée aux victimes d'attentats, ni même par sa famille au sein de laquelle elle a toujours senti ses plaintes étouffées. Notre rencontre lui a offert dès le premier entretien à l'accueil, en premier lieu, la reconnaissance d'un autre être humain, d'un autre être appartenant à cette communauté dont la confrontation au réel de la mort l'avait exclue. Me reviennent ses paroles lorsqu'elle expliquait avoir vécu les fêtes de Noël comme spectatrice des réjouissances familiales, sa sensation de ne pas appartenir à cette scène et la tristesse dans laquelle ce sentiment l'avait plongée.

En second lieu, je pense que notre rencontre lui a également donné la reconnaissance d'un psychiatre. Mme A a bien souvent exprimé sa frustration à l'idée que ses blessures psychiques soient invisibles aux yeux des autres, et qu'à force, elle en arrivait à douter de leur existence et à ne mettre sa souffrance que sur le compte d'incapacité et de faiblesse de sa part. Le psychiatre, c'est celui qui a la capacité et la légitimité de reconnaitre les maladies psychiques. Il relie ce qu'il distingue en Mme A avec ce qu'il connait et ce qu'il se représente des troubles psychiques, estimant qu'il s'agit de la même chose. Il a un temps interne qui lui permet, face à un patient éjecté du temps par le traumatisme vécu, d'utiliser pendant la consultation les représentations qu'il possède des troubles mentaux, de les rassembler avec ce qu'il perçoit et ce qu'il pense.

III.1.b. Vers la reconnaissance et la reconquête de soi

Il s'agit donc d'une double reconnaissance de ma part pour Mme A, mais je ne reconnais pas l'humain qu'est Mme A de la même manière que je reconnais la patiente et son trouble. D'après Paul Ricoeur[146], on ne reconnait pas un homme comme on reconnait une chose (ici, le trouble mental). On reconnait une chose par ses caractéristiques génériques, ce qu'elle est en général, ainsi que par ce qui est spécifique à toutes les choses qui sont cette chose, c'est-à-dire ce qu'elles ont en toutes en commun mais qu'aucune autre chose ne possède. On la reconnait aussi par ce qu'elle ne doit pas posséder sous peine d'être une chose autre. J'ai par exemple reconnu le trouble mental de Mme A car je connais les critères cliniques de l'ESPT (cf. ci-dessus). Au contraire, on reconnait une personne et je reconnais Mme A en m'intéressant à son individualité propre, à tout ce qui dans ses traits et expériences lui est

[146] P. Ricoeur, « Parcours de la reconnaissance, trois études ». Paris, Stock/Les essais, 2004, p. 448

propre, en bref, à tout ce que je n'ai vu que chez elle. La première rencontre était l'occasion du récit de « son » 13 novembre 2015. Son récit d'humain a provoqué en moi mon propre récit humain intérieur. Deux récits uniques, certes implicite pour le mien, qui ont figuré la rencontre entre nos deux êtres.

Dans sa deuxième étude sur la reconnaissance, Paul Ricoeur[147], repense la question de la reconnaissance à la forme active : c'est-à-dire qu'il l'aborde sous l'angle de « se reconnaitre soi-même » et plus seulement d'« être reconnu » par l'autre.

A ce sujet, je fais le lien entre deux plaintes que Mme A a beaucoup exprimées ; très souvent elle s'exclamait « Docteur, je ne me reconnais plus, je n'arrive plus à rien ! ». Et, dès qu'elle tentait de partager sa souffrance avec sa famille, elle avait l'impression que ses proches ne la voyaient pas comme elle était. Finalement, c'est comme si personne ne pouvait voir qui était Mme A, et donc comme s'il était impossible pour quiconque de pouvoir ensuite la reconnaitre. Plusieurs images paraissaient cohabiter ainsi : celle que Mme A avait d'elle antérieurement au traumatisme, celle que Mme A avait d'elle au moment où elle s'exprimait en entretien, celle que projetait sa famille. Cette triple cohabitation d'images de soi s'exprimant tantôt successivement tantôt simultanément fait résonner la problématique de se reconnaitre soi-même.

Pour Ricoeur, « le chemin est long pour l'homme agissant et souffrant jusqu'à la reconnaissance de ce qu'il est en vérité, un homme capable de certains accomplissements ». Mme A a posé dès le début de la thérapie la question de ses capacités, en témoigne son choix de la cognition négative du traitement de la première cible « je suis incapable ». Cette reconnaissance de soi comme « capable » nécessite à chaque étape l'aide d'autrui dans son accomplissement. Ce rapport dissymétrique accompagnant l'identification par la patiente de ses propres capacités me parait illustrer pleinement le parcours thérapeutique de Mme A, jusqu'au mises en situation et séances de travail sur les scénarii du futur qu'elle redoutait.

La dimension professionnelle s'est révélée d'une efficacité précieuse, alors même qu'elle l'estimait la plus douloureuse. En effet, le retour au travail réussi a permis à la patiente d'affirmer sa capacité à surmonter les épreuves. La ténacité et l'efficacité avec lesquelles elle a créé sa propre entreprise de photographie l'ont elle-même impressionnée, ainsi que sa

[147] P. Ricoeur, *op. cit.*

famille. La reconnaissance familiale s'est installée progressivement, il a fallu davantage d'instants présents propices au changement pour que celui-ci s'inscrive plus durablement. Je peux en citer certains, qui me sont venus lors du *float-back* auquel je me suis livrée : quand les parents ont appris les résultats de l'expertise et quand les enfants de Mme A se sont exclamés « Maman, elle est photographe professionnel ! ».

Une autre étape de ce parcours qu'on ne peut omettre fut la présence de Mme A à la commémoration qui a suivi l'attentat de Nice en juillet 2016. C'est une ville à laquelle elle se sent appartenir un peu car c'est la ville natale de son époux. Reconnaissance des siens, reconnaissance de la ville et de la nation aux victimes, cette cérémonie a aussi offert à la patiente un lieu de recueillement où les offrandes et autres doudous d'enfants qui jonchaient le sol, témoignaient en silence de la violence concrète et de la réalité des horreurs vécues.

Ces expériences de reconnaissance ont permis des progrès cliniques indéniables, et ce parcours est certainement indispensable à toute prise en charge psychothérapeutique de victimes. Ces instants ont constitué des instants présents particuliers à l'origine de forts changements et se sont intégrés parmi l'ensemble de tous les autres moments présents vécus au cours de la thérapie de Mme A. Cela pose la question de l'agencement de ces milliers de grains de sable, c'est-à-dire de l'architecture globale de l'évolution psychique de la patiente. Comment la totalité de ces instants s'organise-t-elle ?

III.2. Stabiliser le corps pour apaiser l'esprit

Pour explorer les phénomènes qui sous-tendent les rencontres entre Mme A et moi, je décide de concentrer mon attention sur ce qui relève de la dimension corporelle de la thérapie. Plusieurs raisons justifient ce choix : tout d'abord nous avons vu plus haut que cette présence du corps à la conscience était un axe de travail primordial en EMDR. Il parait donc logique de focaliser sur cet élément notre regard pour distinguer les instants de la thérapie. Par ailleurs, mon expérience actuelle en EMDR m'a globalement montré que nombre de suivis avec des patients sont redynamisés par des techniques relevant de médiation corporelle. La troisième raison pour laquelle je souhaite explorer ce qu'il advient du corps dans la rencontre psychothérapeutique se trouve dans mes observations actuelles de l'état de Mme A : comme je l'ai dit plus haut, ce qui domine au cours de l'été 2017, c'est l'expression douloureuse d'un rapport au corps houleux.

Détaillons l'un des premiers moments vécus avec chaque patient en psychothérapie EMDR : la première séance de stabilisation. De nombreux manuels d'EMDR soutiennent que la stabilisation par des techniques de relaxation, notamment corporelle, est le préalable indispensable à l'EMDR, afin d'assurer le maintien de sa fenêtre de tolérance émotionnelle et sa sécurité interne tout au long de la thérapie. Il semble toutefois que l'intérêt des techniques de stabilisation va bien au-delà de ces effets bénéfiques. Bien des patients ne sont pas déstabilisés émotionnellement quand ils arrivent, pourtant j'ai constaté qu'une « stabilisation » trop courte était le plus souvent suivie de blocages du traitement pendant la phase de désensibilisation (phase 4), les mêmes contenus traumatiques revenant alors en boucle.

Pendant la phase 2 (phase de préparation), j'ai donc pris l'habitude de pratiquer des techniques issues de la sophrologie, de la relaxation dynamique, du yoga, de l'hypnose et de la cohérence cardiaque, cette dernière technique étant systématiquement celle que j'aborde en premier lieu car elle est assez aisée dans sa pratique, ce qui met en confiance la plupart des patients, souvent peu rompus à la pratique de telles disciplines.

III.2.a. La cohérence cardiaque, une expérience mutuelle et réciproque

La cohérence cardiaque a été présentée pour la première fois au grand public en langue française par le psychiatre David Servan-Schreiber[148]. C'est une pratique personnelle de prise en charge du stress et de la gestion optimale des émotions qui s'appuie sur le contrôle respiratoire dans le but de contrôler les accélérations et ralentissements du cœur par la mise en jeu du système nerveux autonome. Pour synchroniser ainsi la variabilité cardiaque avec la respiration, on pratique une respiration consciente au rythme de six cycles par minute, soit une inspiration de cinq secondes suivie d'une expiration de cinq secondes pendant cinq minutes. On utilise un guide respiratoire visuel pour faciliter le respect de ce rythme précis, correspondant à la fréquence de résonnance des systèmes cœur/poumon commune à l'espèce humaine qui procure l'augmentation optimale de l'amplitude de la variabilité cardiaque. La cohérence cardiaque est maximale lorsque cette fréquence de résonnance de six cycles respiratoires par minute est atteinte. L'utilisation de cette technique réduit la

[148] D. Servan-Schreiber, *op. cit.*

perception du stress et autres émotions désagréables et permet une distanciation par rapport aux événements[149].

Cependant, en pratique courante, je n'ai pas, pour ma part, constaté de réduction effective du rythme cardiaque, observation que confirment les patients. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que ce qui fait l'intérêt de cette pratique réside dans l'intention portée sur le moment présent, laissant de côté le passé et l'avenir. La pratique de la cohérence cardiaque ne doit pas devenir automatisée, ni même devenir un simple rituel. Elle doit se faire dans une ambiance de pleine conscience avec l'attention portée sur la respiration pour accueillir les sensations simplement telles qu'elles se présentent, changent puis disparaissent. Cet exercice est relativement facile car les mouvements respiratoires et les va-et-vient de l'air sont des sensations très tangibles.

C'est un véritable travail de « conscientisation » qui s'effectue en peu de temps. Au fur et à mesure des entrainements, le patient est guidé à porter également son attention sur les émotions et pensées qui le traversent, à les constater simplement sans chercher à les modifier. L'utilisation de métaphores est utile pour rendre cet exercice concret. Celle que j'utilise le plus est celle des pensées qu'il faudrait juste laisser passer comme des nuages qui passent dans le ciel, poussés par le vent.

Cet entrainement au repérage de « ce qui vient » est crucial pour la suite du processus. « Laisser venir ce qui vient », le leitmotiv du traitement EMDR, cela s'apprend : c'est une rencontre avec ce qui se passe en soi même qui a lieu quand on fait de la cohérence cardiaque. Pour favoriser l'apprentissage de cette technique dont une des difficultés est de synchroniser la vitesse mais aussi la quantité d'air inspiré (sous peine de vertiges liés à l'hyperoxygénation), le thérapeute pratique l'exercice en même temps que le patient. Nous sommes assis l'un en face de l'autre avec, sur un écran, un guide visuel respiratoire. Chacun est focalisé sur l'image, chacun est seul avec l'image qui monte et descend, seul responsable de la synchronisation de sa propre respiration. Pourtant, par mimétisme le patient est amené à caler sa respiration sur celle du thérapeute. Nous démarrons ensemble, nos corps sont rapidement à l'unisson. Par exemple, au fur et à mesure que j'orientais ma conscience de façon de plus précise sur ma

[149] D. O'Hare, « Cohérence cardiaque 365 : Guide de cohérence cardiaque jour après jour », Thierry Souccar Editions, 2012, p. 102

respiration, celle-ci s'apaisait encore plus et Mme A faisait de même de manière mécanique, enclenchant des boucles réflexes physiologiques.

L'expérience de la cohérence cardiaque tient ainsi en 5 minutes vécues ensemble en superposant nos respirations, en superposant de quelle manière l'oxygène, le souffle de vie circule à l'intérieur de nos corps. Se superposent et s'altèrent de la même manière nos prises de conscience de nos respirations en train de s'ajuster l'une à l'autre : je vis ma propre respiration en même temps que je vis celle de l'autre. Je ne vis pas chaque respiration séparée, je les vis ensemble car elles s'entremêlent. En même temps que nous prêtons attention à notre propre respiration, nous sommes également attentifs à celle de l'autre. En partageant ainsi mutuellement cette expérience, nous faisons de l'expérience de la respiration de l'autre notre propre expérience : l'air que l'on respire de cette manière devient en quelque sorte le média vivant du mouvement de changement de l'un par l'autre. Au bout des cinq minutes, le patient exprime son vécu, ce qui constitue déjà une expérience du feedback prévu entre les SBA. Il communique ainsi la dimension interne de son vécu, inaccessible pendant l'exercice. Au-delà de ces cinq minutes, cette expérience particulière demeure un moment d'authenticité partagée, un moment d'accordage affectif et corporel, autrement dit une expérience croisée, mutuelle et réciproque, permettant d'élargir l'espace co-vécu et incarné de l'entre-deux, sol indispensable d'un possible changement thérapeutique.

III.2.b. Technique empruntée à la sophrologie

En sophrologie, nous pratiquons une lecture du corps du haut en bas qui correspond à ce qu'on appelle une sophronisation de base, technique permettant l'accès à un niveau de conscience modifié nommé sophro-liminal. C'est un niveau dans lequel la conscience du sujet est en hypovigilance mais reste cependant claire, réceptive (non endormie) et dynamique, à l'écoute des sensations du corps, en se gardant bien de les interpréter. L'intention accompagnant mon Terpnos Logos, c'est-à-dire l'action verbale par laquelle je m'adresse au patient, est à la fois relaxante et activatrice de la conscience. Le but est bien sûr de conduire le patient à un état de bien-être qu'il sera ensuite capable d'acquérir en autonomie mais aussi, encore une fois, d'affiner l'acuité du patient à ses mouvements internes les plus fins dans la détente comme dans la tension. Un dialogue en fin d'exercice permet au patient de collecter ce qui a émergé, avant que les contenus habituels de la conscience cognitive ne ré-envahissent celle-ci.

Je pratique également cet exercice en même temps que les patients auxquels je le propose. Cela m'est indispensable pour pouvoir adapter le rythme de mes paroles, les temps de silence et le ton de ma voix. Il est à noter que la voix (rythme, prosodie, timbre…) est un puissant support de lien entre le patient et le thérapeute. Cette expérience durant laquelle le patient et moi-même nous trouvons au diapason illustre elle aussi le partage de la rencontre qui a lieu entre nous.

III.2.c. Technique empruntée à l'hypnose

La technique du lieu sûr (ou *safe place*) est une technique de visualisation mentale que j'effectue avec les patients soit seule, soit immédiatement après la sophronisation de base. La *safe place* est un endroit imaginaire ou réel, exploré en hypnose, où le sujet construit un sentiment important de sécurité interne et de protection. La force de la vivance de la *safe place* est augmentée en guidant l'écoute du patient vis-à-vis de ses manifestations sensorielles par une exposition en imagination. Cette technique constitue un entrainement au procédé d'exposition mais vise également bien-être et stabilisation. Mme A, par exemple, a décrit longuement une plage en Corse qu'elle a choisie comme *safe place*. Lors de cet exercice de mise en sécurité, je choisis de partager avec elle mon propre lieu sûr (ma terrasse) afin de renforcer la réciprocité de notre rencontre et la variété des lieux imaginaires possibles.

Lors des premiers entrainements à l'établissement du lieu sûr, mes paroles étayent beaucoup la patiente en utilisant le champ lexical de la plage : j'oriente complètement mon discours sur ce lieu pour lui permettre de le construire. Puis au fur et à mesure des entrainements, j'adopte des indications plus neutres, plus adaptables à d'autres lieux sûrs possibles, ce qui nous permet de vivre toute deux nos lieux sûrs respectifs, ensemble, dans une sorte d'état de conscience flottant.

III.2.d. Installation de la position adaptée aux stimulations bilatérales alternatives

Pendant la phase 2, le protocole EMDR prévoit de prendre un temps pour tester la position adoptée pour pratiquer les SBA. C'est une position qui place le thérapeute et le patient face à face, assis sur des chaises, la chaise du patient un peu décalée sur la droite du thérapeute droitier. On dit qu'on est assis comme des bateaux qui se croisent. On teste ainsi la distance et la vitesse des mouvements oculaires confortables pour la patiente.

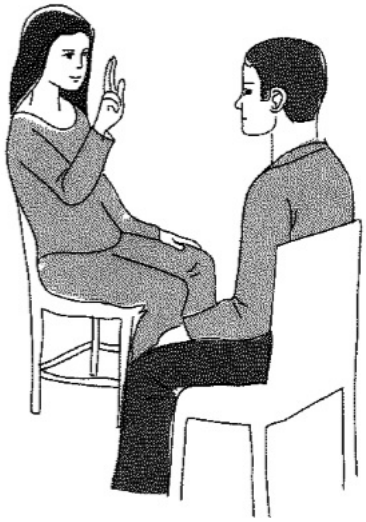


Figure 7 : Position adaptée aux stimulations visuelles, d'après Christophe Marx[150]

Ce positionnement spatial entre le patient et le thérapeute est spécifique à l'EMDR. La proximité physique est importante, nos genoux se touchent presque et mes doigts sont proches des yeux de Mme A (une quarantaine de centimètres). Ce rapprochement physique n'est pas anodin. Qu'une rencontre ait déjà eu lieu entre nous de manière réussie nous permet à chacune d'être rapidement à l'aise dans cette position que nous ajustons ensemble. Nos corps sont placés l'un par rapport à l'autre pour nous permettre de nous regarder. Mme A va ainsi regarder mes doigts bouger pendant que je suis attentive à ses expressions.

III.2.e. Une expérience commune de sécurité

La stabilisation et le maintien du patient dans la fenêtre de tolérance émotionnelle par l'intermédiaire de méthodes avec lesquelles le thérapeute se sent à l'aise permet de vivre ensemble une situation commune de sécurité. La phase 2 met en évidence la nécessité de vivre soi-même la sécurité pour que le patient puisse la vivre comme étape préalable indispensable.

Stabiliser sert donc aussi à assurer ma propre sécurité. Pour vivre moi-même la sécurité, il faut que je sois à l'aise avec ce que je ressens, que j'ai moi-même acquis une bienveillance et une acceptation de mes états émotionnels. Il faut que je puisse les vivre sans affolement, les reconnaitre sans lutter contre eux. Faire de la sophrologie avec la patiente, c'est créer une expérience commune de sécurité. Que je puisse vivre l'expérience de la sécurité peut permettre à la patiente de reconnaitre cet état et de m'y rejoindre : c'est déjà la rencontre.

[150] C. Marx, *op. cit.*

Pour cette raison, je pratique toujours les techniques de stabilisation en même temps que mes patients. Nous nous rencontrons dans cette expérience commune positive, elle-même offrant les possibilités d'expériences communes à venir. Chaque expérience nous permet de nous connaitre davantage et favorise les suivantes.

Qu'est-ce que c'est connaitre quelqu'un ? Bien sûr nous avons besoin de renseignements objectifs pour connaître l'autre : identité, antécédents, traitements en cours… mais on a beau m'envoyer la biographie des personnes avec leur dossier médical, je ne peux dire que je les connais avant que je les rencontre, c'est-à-dire à chaque fois que je vis des choses avec eux. C'est dans la répétition de ce que nous vivons ensemble que nous nous rencontrons. A chaque fois lors d'une rencontre, nous nous imprégnons mutuellement de nos façons d'être, de parler, de réagir, de penser, de percevoir le monde. Cette connaissance incarnée permet ainsi une compréhension des comportements non verbaux, indispensable pour accompagner les moments d'abréaction.

III.2.f. Le vécu des abréactions

On a vu plus tôt dans ce travail l'importance que revêt pour Mme A la possibilité d'être capable de maitriser de ses émotions.

Vivre une abréaction est en soi une exposition à une perte de contrôle et donc au nœud de la situation traumatique, en présence d'un autre bienveillant, le thérapeute. Vivre la croissance et la décroissance de la perturbation émotionnelle constitue une première expérience des possibilités de résolution naturelle du traumatisme. Concernant Mme A, on remarque que la décroissance de l'abréaction qu'elle a pu présenter lors d'une séance a suivi en premier lieu une action émanant d'elle lorsqu'elle s'est autorisée à prononcer le mot « STOP ». Vivre l'arrêt de l'expérience selon sa propre décision est une expérimentation de la maitrise faisant elle-même partie du processus thérapeutique. Elle se démontre ainsi elle-même sa capacité à « rester hors du chemin sur lequel elle ne souhaite pas s'engager » en osant affirmer son choix et en utilisant les techniques de stabilisation qu'elle a apprises. Par ailleurs, cet arrêt choisi que je respecte en cessant immédiatement les SBA et en proposant ensuite des méthodes de résolution adaptées de manière réactive et empathique, permet à la patiente de palper la réalité de l'alliance qui s'exerce entre nous. Cette expérience concrète donne toute sa consistance à l'enveloppe et à la sécurité permise par la présence, par la

capacité « d'être là » du thérapeute qui perçoit les états émotionnels de ses patients et les accompagne par des paroles qui les baignent pendant les séries de SBA.

Ainsi si « Être victime », c'est ne plus être sujet ou découvrir, à l'insu de son plein gré, qu'on n'a jamais pu ou su être en position de sujet, être thérapeute de victime, c'est peut-être parvenir, dans une rencontre, à restituer à la personne cette possibilité et les capacités de contrôle qui lui sont inhérentes. C'est peut-être tenter d'inverser les modalités relationnelles expérimentées lors de l'événement traumatique ; en redonnant le pouvoir de décision à la victime et en assurant sa sécurité. On crée l'inverse d'une relation d'emprise, c'est-à-dire l'inverse de ce que Mme A a expérimenté lorsque sa vie était menacée par le chaos des attentats, l'inverse de la relation mise en place par son DRH. Le rôle de témoin solidaire qu'adopte le thérapeute est une sorte de contre-attaque aux attaques subies.

Le temps consacré au travail des capacités de conscience permet de rencontrer la personne et de lui redonner du contrôle sur elle-même, mais aussi de potentialiser l'efficacité ultérieure du protocole EMDR. On constate ainsi que l'efficacité de la thérapie EMDR relève d'enjeux plus larges que la simple application d'un protocole rigoureux, aussi riche soit-il.

III.3. « De la musique avant toute chose »[151] : le temps de l'accordage

III.3.a. Une partition à deux

« Le protocole classique est à l'EMDR ce que le solfège est à la musique »[152] a dit Jacques Roques. Si l'on suit cette comparaison, une musique bien écrite produit une émotion, sans que l'auditeur n'ait besoin d'en consulter la partition pour l'apprécier. Nous n'avons pas à identifier précisément les notes ni le rythme auquel elles s'enchaînent pour que le morceau soit réussi. Au contraire, on peut dire que l'art nous transporte vraiment quand la façon dont l'œuvre est construite importe peu, quand on oublie le solfège pour ne vivre que la musique elle-même. De la même manière, utiliser le protocole EMDR, c'est le connaitre assez pour qu'il serve la thérapie et qu'on l'oublie, que sa richesse et son efficacité permettent à la mélodie thérapeutique de résonner : « La vie sans musique est tout simplement une erreur, une

[151] P. Verlaine, « Art poétique », Jadis et naguère, Paris, Poésie Gallimard, 1979
[152] J. Roques, *op. cit.*

fatigue, un exil » disait Nietzsche[153]. On peut probablement en dire autant des instants qu'on vit en thérapie.

Et que dire de toutes les indications et nuances que le musicien interprète ? De tout ce qui n'est pas inscrit sur la partition elle-même ? Finalement, ce qui n'est pas écrit et ne vient que de l'exécution du musicien, en respectant pour autant la partition originale, c'est ce qui rend distinguables deux interprétations de la même œuvre. La façon dont le musicien l'interprète donne son humanité à l'œuvre.

Lors des séminaires de formation à la technique EMDR, les étudiants doivent filmer et présenter une vidéo d'une séance en phase 4. Celles-ci sont visionnées en séance de supervision en petits groupes. Il est frappant de constater à quel point deux vidéos réalisées par deux thérapeutes, respectant chacun le protocole, ont des ambiances différentes. Nous exécutons tous la même partition. Son potentiel est démontré, son écriture est riche et permet aux musiciens de la thérapie EMDR que nous sommes d'exprimer et de réaliser leurs propres potentialités thérapeutiques. « Je ne le répéterai jamais assez : une thérapie, c'est simplement une rencontre entre un être humain et un autre être humain dont le cursus de vie est différent, avec toutes les facultés et, hélas, toutes les fixations pathologiques dont chacun dispose. C'est aussi la rencontre entre 4 cerveaux : 2 cognitifs et 2 émotionnels en perpétuelle interaction. Je pense au tableau de Magritte : Le Thérapeute. La cage interne qui accueille l'oiseau doit être suffisamment solide pour qu'il puisse venir y panser ses plaies en toute sécurité, mais elle doit pouvoir aussi rester ouverte sur l'extérieur pour qu'il puisse librement et à loisir s'en évader », le thérapeute soigne « autant par ce qu'il est que par ce qu'il fait »[154].

Une des richesses de l'alliance thérapeutique réside dans le fait que l'on adapte constamment le rythme de la musique au patient, qui en est co-compositeur. On va « au rythme du patient », dit-on souvent. Il serait alors plus juste de dire qu'on tâtonne pour s'accorder au patient. Le thérapeute ne peut pas être accordé d'emblée, il lui faut également un temps d'adaptation et de mise en suspens de ses propres tonalités. Cette nécessité d'adaptation et ces mouvements hésitants sont également la preuve de notre humanité, sinon

[153] F. Nietzsche, « Lettre à son ami le compositeur Peter Gast », le 15/01/1888
[154] J. Roques, *op. cit.*

le thérapeute pourrait tout aussi bien être un robot. S'accorder en musique c'est entendre un son, tenter de le jouer à l'identique, le réécouter encore jusqu'à lui répondre parfaitement. Un accord est un son adressé par un être humain en réponse à celui adressé par un autre être humain pour lui montrer qu'on l'entend. « La fausse note c'est ce son qui ne veut pas mourir » dit Emmanuel Levinas[155].

III.3.b. Choisir les moments de pause ?

Au début de l'exercice de l'EMDR, beaucoup d'entre nous effectuons systématiquement vingt-quatre à trente allers retours à chaque set de SBA en phase 4, suivant scrupuleusement le protocole. C'est d'ailleurs ce que j'ai fait au départ. Cette durée, variable selon la vitesse des SBA, elle-même adaptée au confort du patient, est la durée estimée la plus pertinente pour permettre une exposition suffisante à la mise en œuvre du TAI tout en assurant un maintien dans la fenêtre de tolérance émotionnelle du patient. Cette durée, indicative, doit être ajustée au langage non verbal du patient, seul réel indicateur de ces paramètres.

Effectivement, certaines fois, beaucoup plus SBA sont nécessaires pour que du matériel commence à apparaitre. D'autres fois, au contraire, les contenus sont tellement riches émotionnellement qu'une exposition courte est la seule possible. Avec un patient par exemple, je comptais les secondes avec rigueur, celui-ci ne tolérant au départ pas plus de cinq secondes d'exposition. Dans d'autres cas, les premières séances nécessitent le plus souvent des séries plus longues, le temps que le patient se familiarise avec le procédé. Les séries suivantes se révèlent plus courtes. En comptant systématiquement le nombre d'allers retours effectués jusqu'à ce que les manifestations non verbales du patient m'indiquent qu'un changement était peut-être apparu, je me suis rendue compte qu'un patient a la plupart du temps besoin d'approximativement toujours le même nombre d'allers retours pour que quelque chose de nouveau ne survienne. J'enrichissais ainsi, de façon expérientielle des éléments encore plus fins de communication non verbale en les observant à ces instants. Ainsi, j'évite de faire une pause si je sens que le matériel en train de venir n'est pas vraiment là : cela risque de parasiter le traitement. Je pouvais également distinguer rapidement les blocages du processus et agir, afin de limiter le temps de l'exposition à ce qui était nécessaire.

[155] E. Levinas, « De l'existence à l'existant », Librairie Philosophique Vrin, 1993, p. 152

De même, choisir le moment où l'on cesse les SBA pour clôturer la séance relève en grande partie de ce genre d'intuition. Il n'y a pas vraiment de critères pour reconnaitre le fameux « pallier » sur lequel on se sépare du patient. Parfois, on « sent », malgré l'heure qui tourne, malgré la stabilité suffisante pour arrêter à cette mesure les mouvements oculaires, que le matériel qui vient de surgir, à peine saisi, mérite que l'on continue avec lui.

Toutes les séances que je mène avec les patients en EMDR m'amènent à me poser sans cesse cette question : est-ce que je continue ou est-ce que c'est assez ? Dans ce dernier cas, j'arrête le processus avant que ce ne soit trop. Jacques Roques répond à cette question, oui, je dois « insister, mais pas trop »[156]. *Allegro ma non troppo*, lirait-on sur la partition de la rencontre.

[156] J. Roques, *op. cit.*

CONCLUSION

A l'heure où ces dernières lignes sont écrites, deux nouvelles attaques viennent d'avoir lieu en Espagne. Il semble donc aujourd'hui plus que jamais nécessaire que nous puissions offrir aux personnes psychotraumatisées des soins appropriés et efficaces rapidement.

La psychothérapie EMDR, créée par Shapiro en 1987, a largement démontré son efficacité dans la prise en charge de l'ESPT et figure actuellement parmi les premières recommandations des différentes organisations internationales de santé.

Le parcours de psychothérapie EMDR de Mme A exposée aux attentats terroristes du 13 novembre 2015 à Paris illustre à travers une expérience clinique le déroulé de ce protocole rigoureux et dynamique, avec l'objectif constant de résolution du traumatisme par la mise en œuvre des capacités naturelles de guérison de l'organisme, selon l'hypothèse du modèle TAI.

Le traumatisme n'est finalement pas tant la mort elle-même que l'expulsion de la communauté humaine vers l'inhumanité. Pouvoir rencontrer en tant qu'être humain ces patients à qui on a fait quitter le monde des vivants est le premier pas vers une reconnaissance nécessaire à tout rétablissement. Créatrice d'instants de rencontre, la psychothérapie EMDR, par des étapes précises et efficaces permet de passer d'une expérience vécue seule pour chacune de nous deux à une expérience partagée. Elle permet de passer de la réalité commune objective de ce que tout le monde sait des nouvelles, à la réalité intime du vécu.

« Bien que les évaluations cliniques et les observations personnelles soient loin d'être infaillibles, elles sont aussi indispensables pour sonder les découvertes scientifiques et pour éprouver la joie de la guérison » souligne Francine Shapiro. La psychothérapie EMDR de Mme A montre comment deux personnes qui sont au monde et qui ont vécu chacune de leur côté leur 13 novembre 2015 peuvent se rencontrer, et dans la rencontre de leur vécu, s'apaiser.

ANNEXES

Annexe n°1 : Trouble dissociatif[157]

TROUBLES DISSOCIATIFS GRAVES

Gerald Puk, Ph.D. -- Mental Research Institute (MRI), Palo Alto; Formateur Senior de l' EMDR-Institut

Indications cliniques pour un trouble dissociatif :

a. Symptômes Somatiques
Le patient se plaint :
• De maux de tête incurables par les remèdes courants
• De symptômes physiques et d'une souffrance que les médecins ne peuvent expliquer et qui s'apparentent à des « mémoires du corps ».

b. Problèmes de sommeil
• Le patient a fréquemment des cauchemars ou terreurs nocturnes.
• Notez que le somnambulisme est habituellement associé à un trouble dissociatif.

c. Flashbacks
• Directement liés à des événements traumatiques anciens, à des expériences dans l'enfance
• ESPT (état de stress post-traumatique)

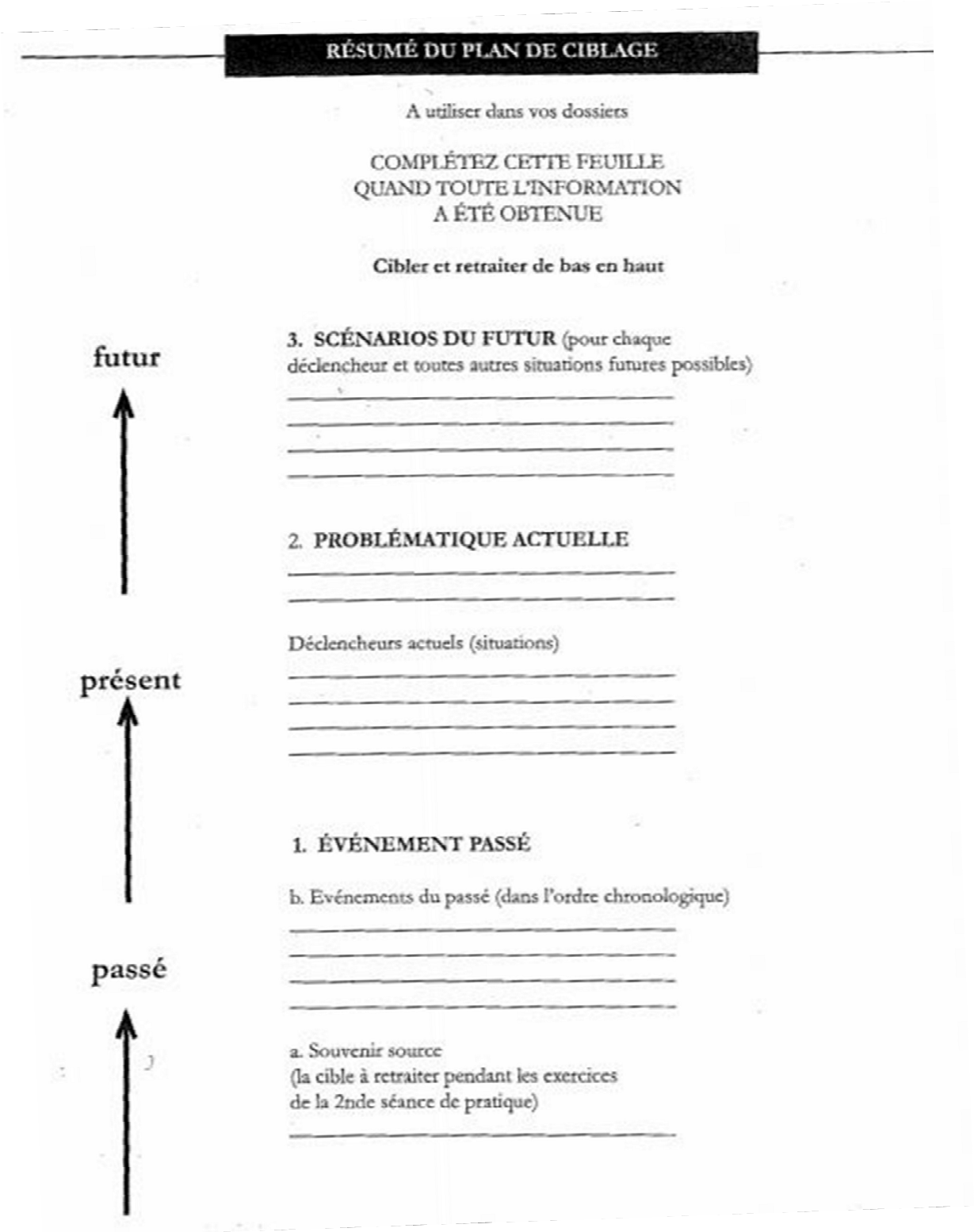
d. Symptômes de dépersonnalisation et/ou déréalisation (Putnam et al., 1986)
• Ne se reconnaît plus. (ex : plus grand ou plus petit).
• Rapporte que son entourage ne semble plus le même.
• Se regarde dans le miroir et voit quelque chose d'autre que l'image habituelle.
• Flotte au-dessus ou à côté de son corps.
• La vie est perçue comme un rêve ou comme une marche à travers le brouillard.

e. Symptômes Schneiderien (Kluft, 1987 : Ross et les autres. 1990)
• Le patient entend des « pensées à voix haute » où des « voix se disputant ». Toutefois les patients précisent qu'ils entendent ces voix à l'intérieur de la tête, non à l'extérieur (comme dans la schizophrénie)
• Ressent des sentiments « fabriqués » : sentiments qui viennent on ne sait d'où, sans qu'on puisse les expliquer de manière logique.
• A des pensées et des comportements « fabriqués ».
• DID (Désordre d'Identité Dissociative = trouble de personnalités multiples) – affects extrêmes

f. Histoire d'années de psychothérapies et peu de progrès (Kluft, 1985 ; Putnam et al., 1986)
• Patients avec différents diagnostics au fil des années
• Multiples hospitalisations psychiatriques avec des diagnostics
• A partir du moment où le diagnostic est posé (DID ou DSENS), le pronostic s'améliore
• Traitement de longue durée (typiquement 6 à 9 ans de psychothérapie traditionnelle)

[157] F. Shapiro, « Formation à la thérapie EMDR niveau 2, édition 2015 », Institut Français d'EMDR, Integrativa, Ludwig Cornil

Annexe n°2 : Plan de ciblage[158]



RÉSUMÉ DU PLAN DE CIBLAGE

A utiliser dans vos dossiers

COMPLÉTEZ CETTE FEUILLE
QUAND TOUTE L'INFORMATION
A ÉTÉ OBTENUE

Cibler et retraiter de bas en haut

futur

3. SCÉNARIOS DU FUTUR (pour chaque déclencheur et toutes autres situations futures possibles)

_____
_____
_____
_____

2. PROBLÉMATIQUE ACTUELLE

_____
_____

Déclencheurs actuels (situations)

présent

_____
_____
_____
_____

1. ÉVÉNEMENT PASSÉ

b. Evénements du passé (dans l'ordre chronologique)

_____
_____
_____
_____

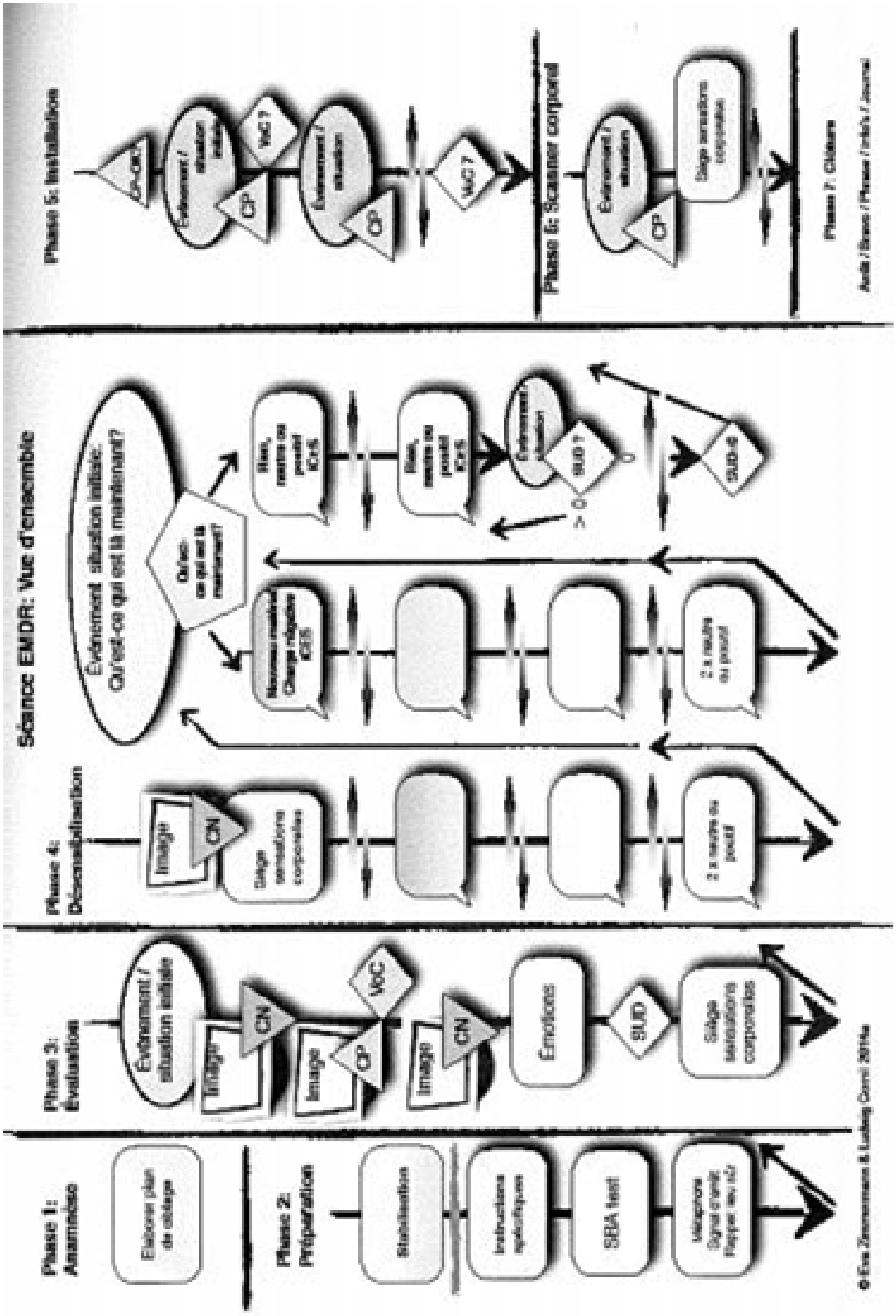
passé

a. Souvenir source
(la cible à retraiter pendant les exercices
de la 2nde séance de pratique)

_____

[158] *Ibid.*

Annexe n°3 : <u>Vue d'ensemble</u>[159]



[159] *Ibid.*

ABREVIATIONS UTILISEES

- BTS : Brevet de Technicien Supérieur
- CHM : Centre Hospitalier Montperrin
- CMP : Centre Médico-Psychologique
- CN : Cognition Négative
- CP : Cognition Positive
- DRH : Direction des Ressources Humaines
- EMDR : *Eye-Movement Desensitization and Reprocessing* (en français Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)
- ESA : Etat de Stress Aigu
- PNL : Programmation NeuroLinguistique
- SBA : Stimulations Bilatérales Alternatives
- SUD : *Subjective Units of Disturbance* (en français Estimation Subjective de Souffrance)
- TAI : Traitement Adaptatif de l'Information
- TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
- VOC : *Validity of Cognition* (en français Validité de la Croyance)

BIBLIOGRAPHIE

« Wedge Technique », d'après le Manuel HAP, 1999

A. Brunet, V. Corbo, K. Sergerie, « Développement et rémission des psychotraumatismes », Stress et trauma, 2006, pp. 141-160

A.R. Damasio, « Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions », Odile Jacob, 2003

B. Cyrulnik, « Un merveilleux malheur », Odile Jacob, 2000, p. 218

B. Roozendaal, A. Barsegyan, S. Lee, « Adrenal stress hormones, amygdala activation, and memory for emotionally arousing experiences », Progress in Brain Research 167, 2008, pp. 79-97

B.A. Van der Kolk, J. Spinazzola *et al.*, « A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder : treatment effects and long-term maintenance », Journal of Clinical Psychiatry, 2007, 68(1), pp. 37-46

C. Bernard, « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale », Paris, 1865, p. 381

C. Janin, « Figures et destins du traumatisme », PUF, 1996, p. 150

C. Marx, « L'EMDR : L'histoire, la méthode et les techniques pour se libérer de ses traumatismes et dépasser ses blocages », Eyrolles Pratique, 2013, p. 184

C.M. Chemtob., D. Tolin, *et al.*, « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) », *in* Effective treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress, E. A. Foa, T. M. Keane et M. J. Friedman, New York, Guilford Press, 2000, pp. 139-155, 333-335

C.R. Brewin, « What is it that a neurobiological model of PTSD must explain? », Progress in Brain Research 167, 2008, pp. 217-228

C.W. Lee, P. Cuijpers, « A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories », Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2013, 44(2), pp. 231-239

CREST, « The Management of Posttraumatic Stress Disorder in Adults », Belfast, Northern Ireland, 2003, Clinical Resource Efficiency Support team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety

D. Kupfer, M. Haimowitz, « Les élastiques, *in* Actualités en Analyses Transactionnelles 1, 1977, pp. 22-28. C.A.T., 2, pp. 94-100

D. O'Hare, « Cohérence cardiaque 365 : Guide de cohérence cardiaque jour après jour », Thierry Souccar Editions, 2012, p. 102

D. Servan-Schreiber, « Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse », Les Editions Retrouvées, 2017, pp. 382

D. Vallet, « Le trauma ou le stress. Intérêt, limites et conséquences thérapeutiques des apports de la biologie », *in* La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 10, 1997

D.E. Rumelhart, G.E. Hinton, J.L. McClelland, *et al.*, « A general framework for parallel distributed processing », Parallel distributed processing : Explorations in the microstructure of cognition 1, 1986, pp. 45-76

D.J. de Quervain, « Glucocorticoid-induced reduction of traumatic memories: implications for the treatment of PTSD », Progress in Brain Research 167,2008, pp. 239-247

D.L. Wilson, S.M. Silver, W.G. Covi, *et al.*, « Eye-movement Desensitization and Reprocessing. Effectiveness and Autonomic Correlates », Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 27, 3, 1996, pp. 219-229

D.N. Stern, « Le moment en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable », Odile Jacob, 2003

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-V, American Psychiatric Association, 2013, American Psychiatric Press, Washington D.C.

Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Helth Care, Multidisciplinary Guideline for Anxiety Disorders, Utrecht, 2003, Quality Institute Heath Care CBO/Trimbos institute

E. Berne, S. Laroche, « Analyse transactionnelle et psychothérapie », Paris, Payot, 2001, p. 384

E. Levinas, « De l'existence à l'existant », Librairie Philosophique Vrin, 1993, p. 152

E. Morin, « Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur », Seuil, 2000

E.B. Foa, M.J. Kozak, « Emotional processing of fear : exposure to corrective information », Psycholgical Bulletin 99, 1986, 1, pp. 20-35

E.P. Solomon, K.M. Heide, « Type III Trauma : Toward a More Effective Conceptualiszation of Psychological Trauma », International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 43, 1999, pp. 202-210

E.P. Solomon, K.M. Heide, « The biology of trauma : implications for treatment », Journal of Interpersonal Violence 20, 2005, pp. 51-60

F. Haour, C. De Beaurepaire, « Évaluation scientifique de la psychothérapie EMDR pour le traitement des traumatismes psychiques », L'Encéphale, 2016, 42(3), pp. 284-288

F. Nietzsche, « Lettre à son ami le compositeur Peter Gast », le 15/01/1888

F. Perls, P. Goodman, R.F. Hefferline, « Gestalt Therapy : Excitement and Growth in the Human Personality », Gestalt Journal Press U.S, 1951, p. 512

F. Shapiro, « Eye-movement Desentization Procedure. A New treatment for Post-traumatic Stress Disorder », Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 20, 1989, pp. 211-217

F. Shapiro, « Efficacy of the Eye-movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic memories », Journal of Traumatic Stress 2, 1989, pp. 199-223

F. Shapiro, « Eye Movement Desentitization and reprocessing : basic principles, protocols and procedures », The Guilfor Press, New York, 1995

F. Shapiro, « Fetting past your past », Rodale Inc., New York, 2012

F. Shapiro, « Formation à la thérapie EMDR niveau 2, édition 2015 », Institut Français d'EMDR, Integrativa, Ludwig Cornil

F. Shapiro, « Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures », Interéditions, Paris, 2007

F.M. Corrigan, « Psychotherapy as assisted homeostasis : activation of emotional processing mediated by the anterior cingulate cortex », Medical Hypotheses 63, 2004, pp. 968-973

G. Mougin, « Les métamorphoses expérientielles du champ de conscience comme phénomènes thérapeutiques : exploration et fondements phénoménologiques », thèse de philosophie en cours sous la direction de J. Vion-Dury et M. Bitbol, ENS Paris, Archives Husserl

G.H. Seidler, F. Wagner, « Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD : a meta-analytic study », Psycholgical Medicine Journal, 2006, 36(11), pp. 1515-1522

G.M. Edelman, « Neural Darwinism. The Theory of Neuronal Group Selection », Basic Books, New York, 1987, p. 371

H. Bergson, « L'évolution créatrice », PUF, 1989

H. Lipke, « EMDR and Psychotherapy Integration », Boca Raton, CRC Press, 2000

H. Lipke, « Manual for the Teaching of Shapiro's EMDR in the Treatment of Combat-related PTSD », Pacific Grove, EMDR Institute, 1995

H. Selye, « Du rêve à la découverte », La Presse, 1973, pp. 66-68

H. Selye, « Le stress de la vie - le problème de l'adaptation », Gallimard, 1975

HAS, Guide ALD « Troubles anxieux graves », 2007

INSERM, « Psychothérapie, trois approches évaluées »

INSERM, Etude de l'INSERM « Psychothérapie »

J. Andrade, D. Kavanagh, A.D. Baddeley, « Eye-movements and visual imagery : a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder », British Journal of Clinical Psychology 36, 1997, pp. 209-223

J. Cottraux, « Les psychothérapies cognitives et comportementales. 6ème édition », Elsevier Masson, 2017, p. 455

J. LeDoux, « Le cerveau des émotions », Odile Jacob, 2004

J. Racine, « Phèdre » *Acte I, Scène III*, Paris, 1677

J. Roques, « EMDR, une révolution thérapeutique », Méridienne, 2004

J. Roques, « Guérir avec l'EMDR », Seuil, 2007

J. Roques, « L'EMDR », Que sais-je ?, PUF, 2016, p. 108

J. Spector, J. Read, « The current status of EMDR », Clinical Psychology and Psychotherapy, 1999, 6(3), pp. 165-174

J. Wolpe, « The Practice of Behavior Therapy », Tarrytown, Pergamon Press, 1990

J.A Hobson, R. Stickglod, E.F. Pace-Schott, « The Neuropsychology of REM Sleep Dreaming », Neuroport 9, 3, 1998

K. Nader, O. Hardt, R. Lanius, « Memory as a new therapeutic target ». Dialogues in Clinical Neuroscience 2013, 15(4), pp. 475-486

L. Crocq, « Les traumatismes psychiques de guerre », Odile Jacob, 1999

L. Maxfiels, « EMDR milestones : the first 20 years », Journal of EMDR Practice and Research 3, 2009, pp. 211-216

L. Maxfiled, L.A. Hyer, « The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD », Journal of Clinical Psychology, 2002, 58(1), pp. 23-41

L. Schwabe, K. Nader, J.C. Pruessner, « Reconsolidation of human memory : brain mechanisms and clinical relevance », Biological Psychiatry 2014, 76(4), pp. 274-280.

L.C. Terr, « Childhood traumas : an outline and overview », American Journal of Psychiatry 148, 1991, pp. 10-20

L.K. Nisenbaum, E.D. Abercrombie, « Enhanced tyrosine hydroxylation in hippocampus of chronically stressed rats upon exposure to a novel stressor », Journal of Neurochemistry 58, 1992, pp. 276-281

L.M. Shin *et al.*, « Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD ». Archives of General Psychiatry 61, 2004, pp. 168-176

M. Declercq, F. Lebigot, « Les traumatismes psychiques », Masson, 2002, p. 384

M. Heidegger, « Acheminement vers la parole », Tel Gallimard, 1976, p. 1455

M. Heidegger, « Etre et temps », Bibliothèque de Philosophie, Gallimard, 1990, p. 589

M. Jouvet, « Pourquoi rêvons-nous ? Pourquoi dormons-nous ? Où, quand et comment ? », Paris, Odile Jacob, 2000

M. Sack, W. Lempa, F. Lamprecht, « Study quality and effect-sizes - a metaanalysis of EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder », Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2001, 51(9-10), pp. 350 -355

M.J. MacCulloch, P. Feldman, « Eye movement desensitisation treatment utilises the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder : a theoretical analysis », British Journal of Psychiatry 169, 5, 1996, pp. 571-559

M.L. Van Etten, S. Taylor, « Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis », Clinical Psychology and Psychotherapy, 1998, 5(3), pp. 126-144

M.M. Tsoory, *et al.*, « Amygdala modulation of memory-related processes in the hippocampus: potential relevance to PTSD », Progress in Brain Research 167, 2008, pp. 35-51

M.S. Armstrong, K. Vaughna, « An orienting Response model of Eye-movement Desensitization », Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry 27, 1996, pp. 21-30

N. Chatillon, « L'être victime », Imaginaire & Inconscient 15, 1, 2005, pp. 117-134

OMS, « Guidance on mental healthcare after trauma », World Health Organization, 2013

P. Janet, thèse de doctorat ès lettres, « L'automatisme psychologique », Alcan, 1889

P. Pinel, « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale », Paris, Brosson, 1809

P. Ricoeur, « Parcours de la reconnaissance, trois études ». Paris, Stock/Les essais, 2004, p. 448

P. Verlaine, « Art poétique », Jadis et naguère, Paris, Poésie Gallimard, 1979

P.A. Boudewyns, R.H. Shipley, « Flooding and Implosive Therapy : Direct Therapeutic Exposure in Clinical Practice », Plenum Press, 1983, p. 235

R. Bandler, « Un cerveau pour changer : Comprendre la PNL », Pocket Evolution, 2008, p. 256

R. Rodenburg, A. Benjamin, C. de Roos *et al.*, « Efficacy of EMDR in children : a meta-analysis », Clinical Psychology Review, 2009, 29(7), pp. 599-606

R. Stickglod, « EMDR. A putative neurobiological Mechanism of Action », Journal of Clinical Psychology 58, 2002, pp. 61-75

R.A Bryant, R. Brooks, D. Silove, *et. al.*, « Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder », Behaviour Research and Therapy, 49, 2011, pp. 346-351

R.A. Bryant, « An Update of Acute Stress Disorder », PTSD Research Quarterly 24, 2013, pp. 1-7

S. Aubert-Khalfa, J. Roques, O. Blin, « Evidence of a Decrease in Heart rate and Skin Conductance Responses in PTSD Patients after a single EMDR Sesssion », Journal of EMDR Practice and Research 2, 1, 2008, pp. 51-56

S. Ferenczi, *in* M. Grappe, « Les troubles psychiques post-traumatiques chez les enfants victimes de guerre. Séquelles simples et formes cliniques graves », Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 10, 1997, pp. 38-43

S. Freud, « Au-delà du principe du plaisir », Payot, 2010, pp. 160

S. Freud, « L'homme Moïse et la religion monothéiste », Folio essais, 219, Gallimard, 1993

S. Freud, J. Breuer, « Études sur l'hystérie », Traduit de l'allemand par Anne Berman. Paris, PUF, 1956

S. Rogers, S.M. Silver, « Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols », Journal of Clinical Psychology 58, 2002, pp. 43-59

S. Wilson, L. Becker *et al.*, « Eye movement desentisitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychological traumatized individuals », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1995, 63(6), pp. 928-937

S. Wilson, L. Becker *et al.*, « Fifteen month follow up eye movement desentitization and reprocessing, traetment for post traumatic stress disorder and psychological trauma », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997, 65(6), pp. 1047-1056

S.D. Christman, K.J. Garvey, « Bilateral Eye-Movements Enhance the Retrieval of Episodic Memories », Neuropsychology 17, 2, 2003, pp. 221-229

S.D. Christman, K.J. Garvey, « Bilateral Eye-movements Reduce Asymmetries in Hemispheric Activation », présenté à la 6ème EMDR International Association Conference, Austin, 2001

S.D. Christman, K.J. Garvey, « Episodic versus semantic memory : Eye movements and cortical activation », poster présenté au 41ème Annual Meeting of Psychonomic Society, La Nouvelle-Orléans, 2000

S.L. Rauch *et al.*, « Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study ». Biological Psychiatry 47, 2000, pp. 769-776

S.M. Southwick *et al.* « Role of norepinephrine in the pathophysiology and treatment of posttraumatic stress disorder », Biological Psychiatry 46, 1999, pp. 1192-1204

Trois approches évaluées, « Expertise collective », Paris, 2004, pp. 29

UK Department of Heath, « The Evidence Based Clinical Practice Guideline », Department of Health, 2001, United Kingdom

VA/DOD - Clinical Practice Guideline Working Group, « Management of Postraumatic Stress », Washington DC, 2003, Veterans Health Administration, department of Veterans Affairs, Department of Defense

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RESUME

La multiplication récente des attaques à caractère terroriste en France nécessite plus que jamais que puissent être proposés des soins rapides, efficaces et protocolisés aux victimes psychotraumatisées.

La psychothérapie EMDR, crée par Francine Shapiro en 1987 a largement démontré son efficacité dans la prise en charge de l'Etat de Stress Post Traumatique et figure actuellement parmi les premières recommandations des organismes de santé au niveau mondial.

Après être revenus sur les définitions et modèles théoriques sous tendant le traumatisme psychique ainsi que sur les principes relatifs à l'EMDR, nous illustrerons le déroulé de ce protocole rigoureux et dynamique en suivant le parcours de la psychothérapie EMDR de Mme A, exposée aux attentats terroristes du 13 Novembre 2015 à Paris. Avec pour objectif constant la résolution du traumatisme, nous montrerons ensuite en quoi et comment la thérapie EMDR permet, par des étapes précises, de passer d'une expérience vécue seule par le patient à une expérience partagée des réalités intimes vécues.

Le parcours de Mme A va ainsi montrer comment la rencontre thérapeutique se constitue comme reconnaissance mutuelle et réciproque et ainsi permettre le rétablissement de la personne psychotraumatisée.

MOTS CLES

Psychotraumatisme, psychothérapie, EMDR, attentats, rétablissement, rencontre thérapeutique, parcours vers la reconnaissance.