



Intérêts des thérapies cognitivo-comportementales, EMDR et hypnose dans l'état de stress post-traumatique de l'enfant et de l'adolescent

Yannick Sidot

► To cite this version:

Yannick Sidot. Intérêts des thérapies cognitivo-comportementales, EMDR et hypnose dans l'état de stress post-traumatique de l'enfant et de l'adolescent. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02863633

HAL Id: dumas-02863633

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02863633>

Submitted on 10 Jun 2020

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.

Thèse n°3192

Année 2019

THESE DE

DOCTORAT EN MEDECINE

SPECIALITE : PSYCHIATRIE

LE 31 OCTOBRE 2019

PAR YANNICK SIDOT

NE LE 4 AOUT 1987 A LAXOU

Intérêts des thérapies cognitivo-comportementales,
EMDR et hypnose dans l'état de stress post-traumatique
de l'enfant et de l'adolescent.

Mesdames et Messieurs les Professeurs des Universités et membres du Jury :

Monsieur le Président, le Professeur Emmanuel BOUVARD, Président du Jury

Monsieur le Professeur Jean Philippe RAYNAYD, Rapporteur

Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE,

Monsieur le Docteur Didier DELHAYE,

Résumé

Introduction

Les récentes études ACE (adverse childhood events) distinguent un lien entre traumatismes dans l'enfance et troubles mentaux. Depuis 2013, le DSM 5 précise l'ESPT (état de stress post-traumatique) de l'enfant notamment préscolaire et de l'adolescent dont les conséquences à long termes peuvent être graves. La psychothérapie en est le traitement princeps. Or, il existe de plus en plus de psychothérapies différentes dont les bases scientifiques sont parfois peu étayées. Ce travail propose un état de l'art de 3 thérapies réputées dans cette indication : les TCC (thérapies cognitivo-comportementales), l'EMDR (Eye movements desensitization and reprocessing) et l'hypnose.

Méthode

Cette recherche reprend l'idée d'une revue narrative de la littérature dans les thésaurus NCBI-pubmed, Cairn et Google Scholar.

Résultats

361 articles dont 46 études cliniques ont permis de résumer les aspects historiques, psychopathologiques, neurobiologiques et d'efficacité pratique de chaque thérapie.

Discussion

Les TCC et l'EMDR ont été reconnus comme pratiques fondées sur les preuves et sont recommandés par l'OMS. Les TCC, efficaces sur les comorbidités, proposent un travail sur le parenting et l'autorégulation pensée-émotions-comportement de l'enfant. Des auteurs proposent l'évaluation des protocoles et mécanismes naturels et culturels de guérison pour l'élaborer sous forme d'outils.

L'EMDR, plus efficace sur le syndrome intrusif et les traumatismes de type I, dès l'âge de 4 ans, offre de nombreux protocoles individuels, de groupe et d'urgences mais permet aussi une thérapie sur mesure. Sa supériorité et sa plus grande rapidité restent à démontrer.

Principalement des avis d'experts témoignent de l'efficacité de l'hypnose, surtout sur les symptômes psychosomatiques et la dissociation. Elle tire parti des capacités imaginaires spécifiques de l'enfant.

Une thérapie intégrative aux outils évalués permettrait une pratique fondée sur les preuves sur mesure combinant les avantages de chacune.

Abstract

Title

About Cognitive-behavioral therapy, EMDR and hypnosis treating post-traumatic stress disorder in children and adolescents.

Introduction

Recently, ACE (adverse childhood events) studies highlighted the association between childhood traumatism and mental disorders. Since 2013, DSM 5 specifies PTSD (post-traumatic stress disorder) for children including preschools and adolescents in which consequences can be dramatic. Gold standard treatment is psychotherapy. However, more and more different psychotherapies exist some have lack scientific evidences. This paper is a state of the art about 3 well-known therapies for this indication: CBTs (cognitive behavioral therapy), EMDR (Eye movements Desensitisation and reprocessing) and hypnosis.

Method

This study is a narrative-like review among the literature in the thesaurus: NCBI-pubmed, Cairn and Google Scholar.

Results

361 articles including 46 clinical assays were used to sum the historical, psychopathological, neurobiological aspects and clinical efficiency for each therapy.

Discussion

CBTs and EMDR were recognized as evidence-based practices and are recommended by the WHO. CBTs, efficient on comorbidities, includes clinical work on parenting and children self-regulation of thoughts-emotion-behaviour. Authors propose to evaluate the protocols, natural and cultural mechanisms of healing to build a toolbox for clinicians.

EMDR, more effective on intrusive syndrome and type I traumas, from the age of 4, offers many individual, group or emergency protocols and is moreover a tailor-made therapy. It still has to demonstrate its superiority and faster efficiency. Efficiency of hypnosis is mainly reported from experts' opinion and so on psychosomatic symptoms and dissociation. Hypnosis can be led by specific imaginary abilities of children.

An integrative therapy including evaluated tools would lead to a tailor-made evidences-based practice using the strengths of each kind of therapy.

Discipline : Pédo-psychiatrie

Mots clés : ESPT (état de stress post-traumatique), TCC (Thérapie cognitivo-comportementale), EMDR (Eyes movements desensitization and reprocessing), Hypnose, Hypnothérapie, Traumatisme, Enfant, Adolescent

U.F.R. :

À notre Président,

Monsieur le Professeur Emmanuel BOUVARD,

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef du Pôle de Pédo-psychiatrie

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Nous vous remercions pour la bienveillance dont vous avez fait preuve à notre égard.

Vous nous avez aidé, conseillé et encouragé, aussi bien au cours de ce cursus que pour ce travail et nous vous en sommes reconnaissant.

Veillez accepter nos remerciements les plus sincères accompagnés de mon plus grand respect.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Président,

Monsieur le Professeur Emmanuel BOUVARD, de l'Université de Bordeaux,

Monsieur le Rapporteur,

Monsieur le Professeur Jean Philippe RAYNAYD, de l'Université de Toulouse,

Monsieur le Membre du Jury,

Monsieur le Professeur Wissam EL HAGE, de l'Université de Tours,

Monsieur le Membre du Jury,

Monsieur le Docteur Didier DELHAYE, du Centre Hospitalier Charles Perrens de Bordeaux

Monsieur le Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ, de l'Université de La Réunion

À notre Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

Maître de Conférence Universitaire et Praticien Hospitalier au service de
Pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Pierre, La Réunion.

Vous nous avez fait l'honneur et le privilège de diriger ce travail de thèse.

Je vous remercie de vos encouragements et de votre ténacité.

J'ai été touché par votre disponibilité, votre bonne humeur et la perspicacité de vos
conseils au cours de ce travail.

Votre écoute et votre ouverture d'esprit resteront un modèle pour moi.

Votre expérience a été continuellement une aide précieuse.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon indéfectible respect.

Aux patients qui m'ont tant appris et qui m'aident à poursuivre cette voie...

Sentimentalement, à ma femme Jasmine, ma famille et mes amis,

À notre rapporteur le Professeur Jean Philippe RAYNAUD pour son secours, sa rapidité et sa disponibilité qui m'ont permis de mener ce projet à terme, sans quoi rien n'aurait été possible.

À Monsieur le Professeur Emmanuel BOUVARD, pour ses précieux conseils, ses encouragements et son ouverture d'esprit. Nous vous exprimons un honneur sincère d'avoir intégré le DESC de pédo-psychiatrie de Bordeaux,

À Madame le Professeur VERDOUX H., pour son encadrement et sa précieuse aide au cours de ce troisième cycle et de nous avoir intégré le DES de psychiatrie de Bordeaux,

À l'équipe médicale de l'Unité Médico-psychologique pour Adolescents et Jeunes Adultes, en particulier, les Docteurs POMMEREAU Xavier et TEDO Pierre Philippe,

Aux équipes médicales et paramédicales du Service de Pédopsychiatrie de l'EPSMR de la Réunion, en particulier, les Docteurs SELOD Sophia et CRAVERO Jean-Philippe,

Amicalement, mon collègue et futur associé le Docteur SAUNIER Xavier,

A Mesdames Lacase-Paule Catherine, Defay Anne-Marie et Monsieur Icare George

Table des matières

1	Introduction	11
2	Matériel et Méthode	12
3	Résultats	13
3.1	Thérapies Cognitivo-comportementales (TCC).....	13
3.1.1	Aspects historiques.....	13
3.1.2	Aspects théoriques	14
3.1.3	Aspects neurobiologiques	17
3.1.4	Études	17
3.1.4.1	Rapport de cas	18
3.1.4.2	Les essais	18
3.1.4.2.1	Études avec faible effectif.....	18
3.1.4.2.2	Études avec effectif important.....	18
3.1.4.3	Revue de la littérature	21
3.2	EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).....	26
3.2.1	Aspects historiques.....	26
3.2.2	Aspects théoriques	26
3.2.2.1	Origines	26
3.2.2.2	L'attention duale	27
3.2.2.3	Le traitement adaptatif de l'information.....	27
3.2.2.4	Réseau de chaînes associatives	27
3.2.2.5	La fenêtre thérapeutique	28
3.2.2.6	Le problème clinique	28
3.2.3	Aspects neurobiologiques	29
3.2.3.1	Activation de la mémoire de travail par les SBA.	29
3.2.3.2	Diminution de la réponse sympathique.	29
3.2.3.3	Réintégration des mémoires grâce à un état REM-like.	29
3.2.3.4	Une modulation limbique	30
3.2.3.5	Une réintégration dans la mémoire sémantique.....	30
3.2.3.6	Symptômes de l'ESPT et volume hippocampique	30
3.2.4	Études.....	31
3.2.4.1	Étude de cas	31
3.2.4.2	Les essais cliniques.....	31
3.2.4.3	Revue de la littérature	35
3.3	Hypnose	39
3.3.1.1	Aspects historiques	39
3.3.1.2	Aspects théoriques	39
3.3.1.2.1	États hypnotiques et théorie psychosociale	39
3.3.1.2.2	Traumatisme et dissociation	39
3.3.1.2.3	Catharsis et ressources.	40
3.3.1.2.4	États hypnotiques et hypnothérapie	40
3.3.1.3	Aspects neurobiologiques.....	41
3.3.1.3.1	Des profils d'activités en électroencéphalographie (EEG).....	41
3.3.1.3.2	Différents profils en électroencéphalographie.....	41
3.3.1.3.3	Différents profils de niveau d'activation	41
3.3.1.3.4	Processus hypnotiques : Hallucinations et neuroplasticité	41
3.3.2	Études.....	42
3.3.2.1	Cas et séries de cas	43
3.3.2.2	Essais	45
3.3.2.3	Revue de la littérature	46
4	Discussion	47
4.1	Pratique fondée sur les preuves	47
4.1.1	Les TCC	47
4.1.1.1	Intérêts	47
4.1.1.2	Limites	47
4.1.1.3	Ouvertures	48
4.1.2	L'EMDR	49

4.1.2.1	Intérêts	49
4.1.2.2	Limites	50
4.1.2.3	Ouvertures	51
4.1.3	L'hypnose	52
4.1.3.1	Intérêts	52
4.1.3.2	Limites	53
4.1.3.3	Ouvertures	53
4.2	Aspects pratiques	54
4.2.1	Lié au trauma.....	54
4.2.1.1.1	Liés au patient et sa famille	59
4.2.1.1.1.1	Lié à l'âge.....	59
4.2.1.1.1.2	Lors d'un débordement émotionnel	60
4.2.1.1.2	Lié à la thérapie.....	62
4.3	Remarques transversales.....	63
4.3.1	Facteurs aspécifiques	63
4.3.1.1	Relation thérapeutique.....	63
4.3.2	Ouvertures.....	64
4.3.2.1	Vers un protocole intégratif	64
4.3.2.2	Différents éléments.....	64
4.3.2.2.1	Concepts et théorie.....	64
4.3.2.2.2	Le TAI comme « principe actif »	65
4.3.2.2.3	Des adjuvants.....	65
4.3.2.2.4	Moyens de diffusion	66
4.3.2.2.5	Conclusion	66
4.3.2.2.6	Recherches futures.....	67
Annexes		68
Critères diagnostiques du DSM-5		68
Tableaux		72
Bibliographie		76
Serment d'Hippocrate		94

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Études sur l'efficacité des TCC dans le traitement de l'ESPT de l'enfant et l'adolescent.....	72
Tableau 2 : Études sur l'efficacité de l'EMDR dans le traitement de l'ESPT de l'enfant et l'adolescent.....	73
Tableau 3 : Études sur l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de l'ESPT de l'enfant et l'adolescent.....	74
Tableau 4 : Aide décisionnel des thérapies.....	75

Liste des Abréviations

ACE : Évènements Adverses de l'Enfance ou en <i>Adverse Childhood Experiences</i>	13, 31
AIP : <i>Adaptive Information Process</i> , ou traitement adaptatif de l'information (TAI).....	30
CBT : <i>Cognitive Behavioral Therapy</i> ou Thérapie Cognitivo-Comportementale	15
CCDANTR-Studies : <i>Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Trials Register</i> ou Registre des Essais Cochrane sur la dépression, l'anxiété et les névroses	40
CDAS : <i>Child Development and Adolescent Studies</i> , base de données bibliographique sur le développement de l'enfant et l'adolescent.....	26
CDI : <i>Children's Depression Inventory</i> ou Inventaire symptomatique de dépression pour l'enfant	35
CINAHL : <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> , Index en anglais et d'autres langue d'articles sur les soins, le bien-être, la santé et la biomédecine.....	26
CRI : <i>Child Behavior Checklist</i>	35
CROPS : Auto-questionnaire	36
CT : Thérapie Cognitive sans exposition	23
CUMP : Cellules d'Urgence Médico-psychologiques	61, 62
DMN : <i>default mode network</i> ou réseau de mode par défaut.....	45, 58
DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux ou <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>	13, 22, 23, 34, 35, 37, 46, 49
EDMR	35
EH : État hypnotique.....	42, 43, 44, 45
EMD : <i>Eye Movement Desensitization</i> ou Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires 29, 34, 60	
EMDR : Thérapie Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing	14, 15, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 78
ESA : État de Stress Aigu.....	13
ESPT : État de Stress Post-Traumatique ...	13, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 59, 63, 64, 65, 66
GAF : <i>Global Assessment of Functioning</i> ou Échelle globale de fonctionnement	36
hdEEG : <i>high-density Electro-Encephalography</i> ou électroencéphalographie haute densité.....	33
IGTP : <i>Integrative Group Treatment Protocol</i> ou Protocole intégratif en groupe	40, 41, 54, 63
IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique	34
IRMf : Imagerie par résonnance magnétique fonctionnelle.....	45
ITT : Analyse dite en Intention de Traiter	21, 23
PE : potentiels évoqués	45
PROPS : Auto-questionnaire Parent Report of Post-traumatic Symptoms	36, 37
PTSD : <i>Post-Traumatic Stress Disorder</i> ou État de Stress Post-Traumatique	15
PTSS-C : <i>Posttraumatic Stress Symptom Scale for Children</i> ou Échelle de stress post-traumatique pour l'enfant	36, 37
RCMAS : <i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale</i> ou Échelle révisée d'anxiété manifeste pour l'enfant.....	35
REM : Rapid Eye Mouvements, phases de sommeil paradoxal avec mouvement rapide des yeux	32, 45
R-TEP : <i>Recent Traumatic Event Protocol</i> ou Protocole des événements récents.....	31, 60
SBA : stimulation bilatérale alternative	29, 31, 32, 33, 54, 63, 65, 66
SCID-1 : <i>Structured Clinical Interview for DSM Axis I Disorders</i> ou Entretien Clinique Structuré de l'Axe 1 du DSM	37
SHAT : <i>Spiritual Hypnosis Assisted Therapy</i> ou thérapie assistée par l'hypnose spirituelle.....	49, 63
SPT	39
SSCI : Base de données <i>Social Sciences Citation Index</i>	39
sspt : Syndrome de Stress Post-Traumatique	15
SUD : <i>Subjective Units of Distress</i> ou Échelle subjective de perturbation.....	36, 37
TAI : Traitement Adaptatif de l'Information	30, 31, 54, 70
TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales....	14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 36, 38, 39, 40, 41, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 77
TCC-FT : Thérapie Cognitivo-Comportementale Focalisée sur le Trauma....	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 54, 59, 62, 64, 65, 67
TF-CBT : <i>Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy</i> ou Thérapie Cognitivo-comportementale focalisée sur le Trauma (TCC-FT).....	22
TU : Thérapies usuelles.....	23
VOC : <i>validity of positive cognition</i> ou Échelle de validité de cognition positive	37

1 Introduction

Les publications des études sur les événements adverses de l'enfance ou *Adverse Childhood Experiences* (ACE) ont mis à jour une forte association entre événements potentiellement traumatisants et morbidité, à l'échelle de la vie entière. Un tel événement, dans l'enfance, augmenterait significativement le risque de survenue de tous les troubles mentaux et de la personnalité jusqu'à l'âge adulte. (1–6) Il est parfois difficile de faire le diagnostic différentiel entre les patients adultes ayant été traumatisés enfants et ceux souffrant de troubles de la personnalité borderline, de bipolarité ou de schizophrénie. Il existe même des doutes sur une association étiologique entre ces deux phénomènes. (7–11) Un tel enjeu de santé publique justifie pour les services publics américains une politique de dépistage, de prévention et d'intervention sur les ACE afin d'en prévenir leurs conséquences à long terme sur la population générale. (12–15)

La moitié des enfants témoins ou victimes de violences physiques développeraient, à plus court terme, un trouble de stress post-traumatique. (16–18) Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) distingue deux entités nosologiques consécutives au traumatisme psychique : une phase aiguë de sidération, l'état de stress aigu (ESA) et une phase retardée l'état ou trouble ou état de stress post-traumatique (ESPT). L'actuel DSM-V précise le diagnostic, prenant en compte les aspects développementaux de l'ESPT « préscolaire » et ses impacts sur la construction de ces jeunes patients. (19,20) Lyons-Ruth & al. distinguent une prédominance des stratégies désorganisées chez l'enfant témoin de violences et des stratégies d'évitement dans un cadre insécure ou négligeant. (21) Les conséquences fonctionnelles peuvent être graves et s'inscrire tout au long de la vie. (8,16,22–24) La gravité du pronostic à court ou moyen terme et la fréquence de l'ESPT chez l'enfant relèvent bien d'un problème majeur de santé publique. (12) Malheureusement, les professionnels de santé n'y sont probablement pas toujours suffisamment sensibilisés. (25–27)

Bekhaleh & al. ont publié, en 2012, une revue de la littérature sur le traitement médicamenteux des enfants et adolescents souffrant d'ESPT. Ils ne concluent pas à une balance bénéfice-risque en faveur des traitements pharmacologiques. Selon eux, la prescription doit être raisonnée et reste purement symptomatique. Elle doit accompagner une psychothérapie qui elle est indispensable. (28)

Depuis ces 30 dernières années, les connaissances scientifiques sur l'EPST de l'enfant se sont complétées et précisées. Parallèlement, le nombre de psychothérapies a considérablement augmenté avec une grande hétérogénéité des approches. (29,30) Elles reposent sur des modèles théoriques très différents et

certaines restent mal documentées sur le plan scientifique. Repérer l'outil thérapeutique le plus adapté peut devenir un défi pour le clinicien. Ce choix peut être encore plus difficile concernant les patients pédiatriques compte tenu de leurs spécificités développementales. La revue de 2012, de Bekhaled ouvre à faire un état des lieux de la place des psychothérapies, dans la prise en charge de l'ESPT chez l'enfant.

Étant donné le nombre très important de psychothérapies, nous avons pris le parti de limiter notre travail aux trois psychothérapies réputées efficaces et communément répandues sur le territoire français. Il s'agit des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), de l'EMDR ou *Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing* et de l'hypnose.(31–33) Plus largement, cette revue de la littérature s'adresse à tout clinicien étant amené à traiter des enfants ou des adolescents souffrant d'ESPT.

2 Matériel et Méthode

Le plan de ce travail a été organisé dans l'idée d'une revue narrative de la littérature. Les résultats concernant chacune des psychothérapies sont présentés de manière distincte. Chaque psychothérapie sera présentée selon un plan identique : aspects historiques, aspects théoriques, aspects neurobiologiques puis enfin les rapports de cas, les études de faible effectif, les études avec des effectifs importants et les revues de la littérature issue des revues indexées. Dans chacune des parties, les résultats seront présentés par ordre chronologique afin de mettre en valeur l'évolution. Les études de faible effectif ont été fixées arbitrairement à en dessous de 30 sujets. Enfin, les résultats seront ensuite discutés séparément puis de manière croisée.

Le travail a été raisonné sur la base des articles indexées dans les thésaurus NCBI-Pubmed, Cairn et Google Scholar. Ces thésaurus ont permis de consulter, également par ramification, d'autres thésaurus ou moteurs de recherche considérés comme de la littérature grise.

Les termes français et anglais : « enfant », « *children* », « *child* » et « adolescent » ; ont été systématiquement utilisés dans les requêtes. La population étudiée a été initialement définie par les *mesh terms* correspondants, de sorte que « enfant » ou « *children* » réfère à tous les sujets dont l'âge se situe entre 2 et 12 ans ; 13 et 18 ans pour les « adolescents ». (34,35)

Une première série de requêtes a été croisée avec les termes suivants : « SSPT », « syndrome de stress post-traumatique », « ESPT », « état de stress post-traumatique », « psychothérapie », « TCC », « thérapie cognitivo-comportementale », « hypnose », en langue anglaise « *PTSD* », « post-traumatic stress disorder »,

« psychotherapy », « CBT », « *cognitive-behavioural therapy* », « *hypnosis* ». Pour les deux langues les termes « adolescent » et « EMDR » ont été utilisés. Afin de compléter certaines parties du plan ou documenter certains paragraphes, une seconde série de requêtes plus spécifique a été réalisée. Les termes spécifiques aux paragraphes concernés ont été rajoutés tels que par exemple : « *review* » ou « revue » pour rechercher les revues de la littérature ou « *study* » et « étude » pour les essais ou encore « *histoire* » ou « *history* » pour les paragraphes concernés. Sur Google Scholar, les titres des 120 premières entrées ont été examinés. Si les titres ou les synopsis du résumé affiché par Google étaient pertinents ou les auteurs fréquents, les résumés étaient alors lus afin de vérifier la pertinence de l'article puis de classer les résultats dans le plan de l'étude. Dans la base NCBI, les 120 premières entrées ont été examinées et classées de la même manière. La présentation des résultats est faite de manière narrative.

3 Résultats

L'étude a porté sur 356 articles dont 21 études évaluaient l'efficacité des TCC, 26 de l'EMDR et 9 de l'hypnose. Ces résultats sont représentés dans les tableaux n1, n°2 et n°3.

3.1 **Thérapies Cognitivo-comportementales (TCC)**

3.1.1 **Aspects historiques**

Le développement des thérapies comportementales puis cognitivo-comportementales s'est effectué d'abord dans les pays anglo-saxons et de l'Europe du Nord, au début des années 60. Elles se sont implantées en France à partir du début des années 1970.

L'élaboration des TCC s'est faite en trois « vagues ». La première vague dite behavioriste fut fondée dans les années 50 sur les concepts d'apprentissage des comportements. Pavlov et Skinner développent respectivement les notions de conditionnement classique et opérant. (36–39) Watson, Rayner et Wolpe expérimentent ces concepts. Wolpe décrit le contre-conditionnement. (40–43) Eysenck et Marks travaillent sur l'exposition. (44–48)

Dans les années 70, la deuxième vague est initiée par les travaux de Ellis et de Beck sur l'approche cognitiviste. Beck décrit les pensées automatiques et les dialogues internes dépressogènes. Ellis y adjoint sa théorie rationnelle émotive avec une opposition raison/émotion. (49–52) Les travaux de Bandura vont plus dans le sens d'imitation de modèle avec l'apprentissage social. Ils ont permis une jonction avec l'approche behavioriste, dans les années 90. (53–57,57,58)

La troisième vague apporte aux TCC une vision plus émotionnelle, grâce notamment à Hayes. Il est également à l'origine des thérapies d'acceptation ou de la pleine conscience avec Kabat-Zinn. (59–61,61–68) Il

existe parallèlement des thérapies plus orientées vers le corps comme le biofeedback avec Miller. (69–71)

Elles ont été conçues successivement par l'application clinique des théories comportementales, de la psychologie scientifique, en matière d'apprentissage : conditionnement classique, opérant ou encore apprentissage social ; puis des théories cognitives du fonctionnement psychologique : modèle du traitement de l'information et de l'émotion. Dernièrement, dans la littérature, les auteurs y incluent la place du corps et des émotions. (49,50,72,73)

3.1.2 Aspects théoriques

Ce travail a permis d'identifier 8 articles traitant cet aspect, présentés par auteur et chronologiquement.

Pynoos & al. étaient les auteurs les plus représentés avec 4 articles de 1987 à 2009.

En 1987, un article étudiait les symptômes et les processus cognitifs de l'ESPT chez 159 enfants témoins d'une fusillade dans leur école. Une analyse de variance avait révélé que la sévérité et l'évolution de l'ESPT dépendait de la « violence » de l'exposition. Les antécédents de traumatismes étaient associés à la réponse immédiate. Plus les enfants étaient au cœur de l'évènement plus processus cognitifs allaient de la culpabilité, la perte d'intérêt, d'attention et les troubles du sommeil à un tableau d'ESPT déclaré avec des images et pensées intrusives traumatiques, un évitement des pensées, des souvenirs, la peur ou de la colère en évoquant l'évènement ou un nouvel évènement similaire, une agitation et des cauchemars. (74)

En 1994, dans le but de permettre des interventions spécifiques, Pynoos & al. ont publié un article sur les interactions en développement de l'enfant, le stress traumatique et ses séquelles dont l'ESPT. En conclusion, ils proposaient d'étudier avec davantage de rigueur la typologie des expositions traumatiques, les déclencheurs du présent ou *reminders*, les stress secondaires et leurs relations avec la psychopathologie, les troubles du développement et les comportements inadaptés ou *maladaptive adjustment*. (75)

En 1996, avec Foy en premier auteur, dans une revue de 25 études sur les facteurs étiologiques de l'ESPT chez l'enfant. Les auteurs mettaient en évidence : une corrélation positive entre sévérité de l'exposition, anxiété parentale d'un côté et symptômes de l'ESPT de l'autre ; une corrélation négative entre durée de l'exposition et sévérité de l'ESPT. Les auteurs proposaient pour l'avenir l'élaboration d'études avec un design plus rigoureux, en fonction du stade développemental de l'enfant et évaluant l'exposition aux

traumas sur la vie entière. (76)

En 1999, Pynoos & al. ont publié un article qui, sur la base de recherches empiriques, élaborait un modèle de trajectoire de vie avec une étiologie en tripartie : 1) facteurs intrinsèques à l'enfant, maturité développementale et événements de vie, écologie socio-familiale 2) réponse, *coping* et régulation émotionnelle et physiologique au stress 3) complexité de la situation traumatique. Les auteurs rapportaient que la littérature suggère que les traumas induisent des vulnérabilités dans les systèmes neuro-hormonaux, neurophysiologiques selon les stades développementaux. Ce phénomène lierait la trajectoire de vie, les expériences traumatiques et les troubles anxieux ensemble. (77)

En 2009, avec Cloitre en premier auteur, il est publié une étude descriptive comparant les symptômes et processus cognitifs et émotionnels de sujets adultes et enfants souffrant d'un ESPT. Cette étude concluait à une complexification des symptômes basée sur une dérégulation émotionnelle et cognitive plus importante chez les enfants et les sujets ayant été exposés à de nombreux traumas. (78)

Vernberg & al. ont publié un seul article, en 1996, sur la base d'études menées sur des élèves de primaire victimes de l'ouragan Andrew, un modèle intégratif évaluant le niveau d'urgence des symptômes de l'ESPT incorporant les caractéristiques de l'exposition traumatique, celles de l'enfant, de ses capacités de *coping* et de l'accès aux soins. Ce modèle a permis d'identifier une émotion : la colère et une cognition ou pensée circulaire : la culpabilité, comme cibles pour un traitement par TCC. Ce modèle a vérifié sa prédictibilité à 10 mois. (79)

Salmon & al. ont publié en 2000, une revue mettant en exergue que l'évaluation et le traitement d'un enfant souffrant d'un ESPT devraient dériver de la connaissance de ses interactions avec le processus développemental. Pour ces auteurs, des recherches doivent être entreprises afin d'identifier les facteurs de risques et protecteurs dans la réponse au trauma d'un enfant. (80)

En 2002, la publication de Meiser-Stedman & Richard proposaient deux modèles cognitivo-comportementaux des processus dans l'ESPT chez l'enfant et l'adolescent. (81) Premièrement, il avait élaboré un modèle dit « actuel », au sens d'une élaboration au fil du temps. Les auteurs s'appuyaient sur Pynoos et al. (75,77,78,82-84) qui considèrent les réactions des enfants et adolescents aux traumatismes selon un modèle de trajectoire développemental, au cours de la vie. Cette conceptualisation intègre les approches

psychodynamiques, familiales, cognitivo-comportementales et psychopharmacologiques. Fletcher, lui, proposait une étiologie de l'ESPT de l'enfant plus fondée sur la nature du trauma comme pour Terr. (85–89)

Depuis 2005, Kinniburgh & al. ont publié six articles sur un modèle d'intervention dans les traumas complexes de l'enfant : Attachement, Autorégulation et Compétences (ARC). Pour ces auteurs, ce type de trauma est fondé sur de multiples vulnérabilités dans de nombreux domaines de fonctionnement (affectif, social, relationnel, etc...) résultant d'un environnement aux stress multiples et chroniques. Ces enfants nécessitent donc une flexibilité des interventions autant sur le plan développemental que social et des cliniciens formés. Il s'agit d'un protocole à adapter à chaque situation avec les aptitudes propres du clinicien. Le modèle ARC est orienté par six buts : sécurité, autorégulation, réintégration des souvenirs traumatiques, attachement et renforcement des affects positifs. Le clinicien doit donc identifier le contexte : compétences et déficits développementaux, forces et faiblesses de la structure familiale, les ressources externes et internes du patient ainsi que ses besoins. Pour ces auteurs, la relation de l'enfant aux garants du cadre dans lequel il grandit, c'est-à-dire l'attachement a un impact à long terme sur le développement de son identité, sa structure et ses capacités d'autorégulation. Les interventions systémiques sont primordiales et orientées vers des changements efficaces et durables, que les auteurs qualifient de filet de sécurité. Les interventions doivent viser les vulnérabilités et créer des aptitudes y répondant afin de stabiliser la détresse intérieure du jeune patient, sécuriser le cadre dans lequel il grandit et rechercher des outils pour l'enfant permettant la meilleure résilience. Ces différentes clés permettent au clinicien de choisir le plan du traitement selon les particularités de chaque enfant de son contexte. Le but est de permettre un *coping* dans les expériences difficiles passées, présentes et futures. (90–95)

- **Il existe différents facteurs de risques : la typologie de l'exposition, les antécédents de traumas, le parentage et les capacités intrinsèques de l'enfant notamment de coping.**
- **Les processus cognitifs de pensées circulaires : de culpabilité, d'anticipation d'un événement similaire et d'évitement y compris comportementaux de stress, de pensées et d'émotions comme la peur et la colère.**
- **Le modèle ARC propose 3 champs possiblement perturbés et dont cibles thérapeutiques : l'Attachement, l'Autorégulation et les Compétences**

- **La nécessité d'une connaissance approfondie des interactions entre : le développement, le traumatisme et les déclencheurs du présent. La possibilité de séquelles dans le développement et d'installation de troubles anxieux.**

3.1.3 Aspects neurobiologiques

Meiser-Stedman et Pynoos & al. proposaient d'inclure les mécanismes du développement cérébral et les interactions entre ESPT et autres troubles sur la vie entière à leur modèle cognitivo-comportemental. (81)

Pour Schwarz et al., l'impact de l'évènement traumatique résulte d'une suractivation du système noradrénergique, responsable des symptômes de dysrégulation : hyperactivation, hypervigilance, irritabilité, troubles de l'attention et du sommeil. Ces dysrégulations représentent une « sauvegarde adaptative » reposant sur un réseau neuronal impliqué dans la survie, avec une hyperactivation, des distorsions cognitives et affectives. Les enfants victimes d'un ESPT se développeraient donc avec une dérégulation des systèmes neurophysiologiques et des structures neuro-anatomiques vectrice de distorsions cognitives les rendant plus vulnérables aux facteurs de stress psychosociaux. (96–98)

3.1.4 Études

La méthode de recherche décrite dans matériel et méthodes a permis d'isoler 26 études évaluant l'efficacité des TCC dans l'ESPT de l'enfant dont :

- Un rapport de cas de 2007
- Un essai, de 2007, dont l'effectif était inférieur à 30 soit 24 sujets
- Neuf essais d'effectif important soit supérieur à 30
 - Six essais publiés entre 1996 et 2006 concernant les enfants victimes d'au moins une agression sexuelle
 - Trois publiés entre 2012 et 2017, concernant les enfants victimes d'un événement traumatique unique quel que soit sa nature
- 9 revues de la littérature publiées entre 2000 et 2016.

L'ensemble des résultats concernant les études sur les TCC sont présentés dans le tableau n°1.

3.1.4.1 Rapport de cas

Le seul rapport de cas était de Scheeringa & al., publié en 2007, décrivant deux cas d'enfants : un préscolaire et un en début de scolarité, ayant respectivement 3 et 4 ans et demi. Le premier avait été une victime de l'ouragan Katrina et l'autre d'un accident de la voie publique. Validé antérieurement, le protocole évalué, ici, présentait 12 séances. La mesure était standardisée par des questionnaires validés en pré et post-traitement avec le patient et un entretien structuré avec les parents. Cette étude était en faveur de l'efficacité de ce protocole de TCC, dans l'ESPT de l'enfant préscolaire. Elle apportait une preuve de la capacité d'adhésion de cette population aux exercices d'exposition et de la faisabilité de ces techniques de relaxation. Malgré l'anxiété des parents, elle n'avait pas été un frein au traitement, tant qu'ils avaient recours à un manuel de ces techniques. Enfin, les auteurs attiraient l'attention sur le fait que l'ESPT, chez les enfants préscolaires, reste encore sous-diagnostiqué et donc insuffisamment traité. (99)

3.1.4.2 Les essais

3.1.4.2.1 Études avec faible effectif

La seule étude retrouvée concernait un essai sur 24 enfants et adolescents de 8 à 18 ans, publié par Smith & Patrick, en 2007. Ils étaient randomisés en un groupe test avec 10 semaines de traitement et un groupe contrôle avec liste d'attente sur la même durée. La différence était significative avec 92% des patients du groupe test ne présentant plus de critères d'ESPT dans le groupe test contre 42%. L'effet thérapeutique était également significatif sur l'anxiété, la dépression et le fonctionnement cognitif. Les bénéfices du traitement étaient maintenus à 6 mois. (100)

3.1.4.2.2 Études avec effectif important

Huit études publiées entre 1996 et 2017 comportaient un effectif entre 33 et 229 et sont présentées chronologiquement comme suit :

En 1996, Cohen & al. ont publié une étude comparant les symptômes d'ESPT de 67 enfants entre 3 et 6 ans, randomisés en un groupe bénéficiant de TCC ciblées sur les conséquences des abus sexuels chez l'enfant préscolaire et un autre bénéficiant d'une thérapie de soutien non-directive. Après 12 séances, des questionnaires spécifiques évaluaient auprès de l'enfant et des parents : le comportement général, sur les comportements sexuels inadaptés. Les symptômes n'avaient pas changé dans le groupe « thérapie de soutien ».

L'amélioration était significative dans le groupe « TCC », y compris sur les comportements sexuels inappropriés. Pour les auteurs, cette étude préliminaire donnait de fortes preuves de l'efficacité de TCC spécifiques chez les enfants d'âge préscolaire souffrant d'un ESPT suite à des abus sexuels. (101)

En 2000, King et Neville publiaient une étude sur 46 enfants et adolescents de 5 à 17 ans, victimes d'agressions sexuelles, reçus par des centres d'accueil, diverses structures gouvernementales et des médecins. Les patients étaient randomisés en 3 groupes : liste d'attente, protocole de TCC avec l'enfant seul et protocole de TCC familiale. Les thérapeutes avaient reçu une formation spécifique de 15 à 20 heures. Le protocole comportait 20 séances de 50 minutes, toutes les semaines. La mesure était standardisée par la partie ESPT de la version infantile de l'entretien structuré pour les troubles anxieux ou *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS), différents questionnaires et par une automesure numérique. L'analyse en intention de traiter (ITT), le groupe TCC familiale (F=16,20) montraient une réduction significative des symptômes supérieure au groupe TCC individuelle (F=12,12), elle-même supérieure à la liste d'attente (F=3,98). L'étude mettait donc en exergue l'intérêt des TCC, plus encore en groupe familial, dans les ESPT chez l'enfant victime d'une agression sexuelle, consultant en structure de soin. Cependant, cette étude n'ayant pas pu être réalisée en aveugle, les auteurs proposaient d'évaluer l'influence du rapport entre le thérapeute et sa thérapie. (102)

En 2004, Cohen & al. ont publié une étude multi-sites, sur 229 enfants de 8 à 14 ans présentant un ESPT, selon les critères du DSM-IV dont 89% suite à un abus sexuel. Parmi eux, 90% avaient été exposés à un autre traumatisme que cette agression. Les TCC focalisées sur le trauma (TCC-FT) ou *TF-CBT* ont pu montrer une efficacité significativement supérieure, grâce à l'analyse de la covariance, aux thérapies centrées sur l'enfant. Également, les symptômes dépressifs, les troubles du comportement, le vécu de honte et le point de vue subjectif du patient sur lui-même s'étaient améliorés. Cette étude apporte des preuves de l'efficacité des TCC-FT, pour les enfants souffrant d'un ESPT suite à un abus sexuel même ayant subi au moins un autre trauma. (103)

En 2005, Cohen & al. ont publié un essai randomisé comparant TCC-FT et thérapie de soutien non-dirigée. Le protocole comportait 12 séances, avec une réévaluation à 6 et 12 mois, chez 82 enfants et adolescents de 8 à 15 ans. À noter que l'évaluation avait porté sur les symptômes de l'ESPT mais également sur les comportements sexuels inadaptés et la dissociation. 31% des sujets avaient subi une agression sexuelle, 14% en avaient subi entre 2 et 5 et 37% plus de 5. L'amélioration des symptômes était significativement

supérieure avec un maintien du bénéfice à 6 et 12 mois dans le groupe ayant bénéficié des TCC-FT, y compris sur les symptômes dépressifs, d'anxiété, les comportements sexuels inadaptés et la dissociation, quel que soit le nombre d'agressions. (104)

En 2006, Deblinger & Esther proposaient une étude réalisée sur 183 enfants, de 8 à 14 ans présentant un ESPT suite à une agression sexuelle. Les sujets étaient randomisés en 2 groupes bénéficiant de 12 semaines de thérapie : un des TCC-FT et le second d'une thérapie adaptée à l'enfant. Ils étaient réévalués à 6 et 12 mois de la fin du traitement. A noter, plus les enfants avaient subi de traumatismes plus leurs scores de dépression étaient élevés. Après traitement, le groupe ayant bénéficié des TCC-FT présentait des symptômes et un vécu de honte significativement moindres. Le bénéfice était maintenu à l'avantage des TCC-FT à 6 et 12 mois. Cette étude allait dans le sens d'une efficacité supérieure des TCC-FT dans l'ESPT et les symptômes dépressifs d'enfants victimes d'une voire plusieurs agressions sexuelles. (105)

En 2012, Nixon & al. comparaient TCC-FT avec exposition et thérapie cognitive sans exposition (CT). 33 enfants et adolescents entre 7 et 17 ans, souffrant d'ESPT suite à un traumatisme unique, étaient randomisés en deux groupes. Après 9 semaines de traitement, le groupe ayant bénéficié des TCC-FT montrait une disparition des symptômes chez 65% des enfants contre 56%. L'analyse en ITT démontrait une réponse de 91% en faveur des TCC-FT contre 90% pour les CT. Le gain était maintenu à 6 mois à l'avantage des TCC-FT. A noter que les symptômes dépressifs et le vécu d'impuissance chez la mère réduisaient les bénéfices. Ce résultat tend à confirmer l'importance de l'entourage familial, relevé dans d'autres études. Elle confirme l'intérêt des TCC-FT chez les enfants souffrant d'un ESPT suite à un traumatisme unique. (106)

En 2016, Rosner et Rita, réalisaient une étude multi-site de supériorité des TCC-FT sur liste d'attente chez 163 enfants et adolescents de 7 à 17 ans, souffrant d'ESPT quel que soit le traumatisme. Ils étaient issus de 8 centres allemands et étaient randomisés en deux groupes parallèles. La mesure était effectuée en simple aveugle avec le CAPS-CA et d'autres questionnaires, à 4 et 18 mois. Le CAPS-CA moyen des TCC-FT étaient de 32 contre 43, à 4 mois. Les auteurs concluaient à la supériorité des TCC-FT pour les enfants et adolescents ayant un ESPT malgré l'hétérogénéité des événements traumatiques. Ils notaient que plus les enfants étaient jeunes et avaient peu de comorbidités plus l'amélioration était importante. (107)

En 2017, Jensen & al. effectuaient une étude multi-sites, randomisée et contrôlée évaluant l'efficacité

à 18 mois des TCC-FT comparées aux thérapies usuelles (TU) qui comprenaient : TCC, liste d'attente et thérapie de soutien. L'étude portait sur 156 adolescents de 10 à 18 ans ayant un ESPT selon les critères du DSM-5. La mesure était standardisée par le *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS). En résultat, les TCC-FT étaient plus rapides et plus efficaces -16,77 vs -13,73 ($p=0,001$), sur la réduction des symptômes et le bénéfice était maintenu à 18 mois. (108)

- **L'ensemble des études affirmaient une efficacité des TCC ou leur supériorité face aux : listes d'attente, thérapies de soutien ou thérapies centrés sur l'enfant. (100–108)**
- **L'étude de Cohen & al., de 1996, démontrait cette supériorité des TCC face à la thérapie de soutien avant 7 ans. (101)**
- **L'étude de Rosner & Rita évaluait les TCC quel que soit le type d'événement traumatique comme supérieures à la liste d'attente. (107)**
- **Les TCC-FT et les TCC incluant le groupe familial étaient les plus efficaces sur les symptômes de l'ESPT mais aussi dépressifs, anxieux, les comportements sexuels inadaptés et le vécu de honte quel que soit le nombre d'événements traumatiques. Ce bénéfice était conservé sur le long-terme. (100,105,109,110)**
- **Les facteurs de meilleur pronostic était le jeune âge et peu de comorbidités. (107) Le facteur de mauvais pronostic était un *parenting* de mauvaise qualité (vécu d'impuissance et symptômes dépressif chez la mère). (106)**
- **King & Neville proposaient d'étudier l'impact du lien avec le thérapeute sur les résultats. (102)**

3.1.4.3 Revues de la littérature

Ci-dessous sont présenté chronologiquement les 9 revues de la littérature de 2000 à 2016, sélectionnées pour ce travail :

En 2000, Cohen & al. ont réalisé une revue de la littérature non-systématique sur l'intérêt de 4 composantes des TCC-FT : 1) l'exposition par l'imaginaire, afin d'identifier les déclencheurs

symptomatiques, 2) le traitement cognitif par recadrage des distorsions cognitives et émotionnelles comme la culpabilité excessive ou l'évitement, 3) les stratégies de gestion du stress, techniques de relaxation et de respiration, 4) les interventions avec les parents. Pour chaque composant les auteurs détaillaient : le contexte, la technique et les preuves empiriques de leur efficacité. L'article était en faveur de l'efficacité TCC-FT sur la réduction des symptômes de l'ESPT chez l'enfant. Cependant, les auteurs jugeaient les résultats des composants disparates. Les interventions avec les parents dépendaient de la qualité relationnelle. Cohen & al. proposaient la réalisation d'études plus précises sur ces différents composants des protocoles. Le but final serait une meilleure adaptation du protocole à l'enfant avec la combinaison des composants les plus efficaces selon des arguments empiriques. (111)

En 2003, Putnam & Frank publiaient une revue sur une recherche systématique des articles postérieurs à 1989, dans les bases Medline et PSYCInfo afin de faire un état des données sur l'efficacité des traitements de l'ESPT chez les enfants victimes d'abus sexuels. A court et moyen terme, les comportements sexuels inadaptés seraient un des symptômes les plus fréquents avec cette étiologie. A long terme, il serait un facteur de risque de dépression et d'addiction aux substances. Le travail des auteurs concluait à une meilleure argumentation empirique des TCC-FT notamment en incluant au moins un parent non-agresseur. Ils proposaient des recherches ultérieures avec un suivi plus long et des effectifs plus importants. (112)

En 2004, Chemtob & Claude avaient réalisé une étude sur 102 publications concernant les psychothérapies du trauma de l'enfant, dont 8 étaient contrôlées et utilisaient les symptômes de l'ESPT comme *outcome*. Selon les auteurs, ces études ne respectaient pas suffisamment les standards d'efficacité et de qualité. Les traitements spécifiques des traumatismes étaient supérieurs aux traitements habituels et à l'absence de traitement. Ils faisaient le constat que les recherches chez l'enfant sont en large retrait comparées à celles chez l'adulte, surtout en psychiatrie. Le manque d'études serait, pour les auteurs probablement en lien avec les difficultés éthiques de recherches chez l'enfant. (141)

En 2006, Stallard & Paul avaient réalisé une revue non-systématique sur les TCC et succinctement l'EMDR dans l'ESPT de l'enfant. Ils retrouvaient 13 essais contrôlés et randomisés et 3 études de suivi à plus long terme. Le design de cette revue était une recherche informatique dans la base Medline, Embase et PSYCInfo avec les mots-clés : « enfant », « espt », « trauma », « abus », « traitement » et « intervention ». Pour les auteurs, il existerait, dans la littérature, une variété de programmes thérapeutiques hétérogènes dont

les TCC-FT qui elles semblent les plus étayées. D'autre part, les auteurs dégagent un rôle crucial des parents surtout avec les plus jeunes patients. Pour Stallard & Paul, il était difficile d'élargir les conclusions portant sur les enfants victimes d'agressions sexuelles à ceux victimes d'autres traumatismes et inversement. Enfin, ils rappelaient que la réduction statistique des symptômes ne reflète pas toujours les capacités de fonctionnement de l'enfant. (113)

Yule & William présentaient, en 2006, une revue de la littérature retrouvant de fortes preuves en faveur de l'efficacité des TCC, que ce soit en protocoles individuels ou de groupe. Les TCC-FT seraient les plus documentés et malgré un manque de puissance de certaines études les résultats poussaient les auteurs à les choisir comme traitement de référence. Cependant, ils rappelaient que chaque enfant doit être pris comme un individu et ne devrait pas faire l'objet d'une application stricte des statistiques ou des manuels de thérapies. Pour Yule & William, ces manuels seraient plus une « trousse » d'outils thérapeutiques permettant au clinicien d'aider l'enfant à tirer pleinement parti de son potentiel. Ils signalaient le manque d'études bien conduites évaluant les psychothérapies de l'ESPT chez l'enfant et la difficulté d'étendre des conclusions tirées de victimes d'abus sexuels à une population plus large d'enfants. Les auteurs nuançaient que malgré le nombre d'enfants victimes de guerres ou réfugiés, tous ne développent pas des symptômes d'ESPT à vie. Pour Yule & William, il existerait probablement des mécanismes culturels et naturels de guérison à explorer. Plus de recherches seraient nécessaires afin d'identifier les principes actifs de ces différentes approches. (114)

Cary & McMillen proposaient, en 2012, une revue systématique sur l'efficacité des TCC-FT dans la réduction des symptômes d'ESPT, de la dépression et des troubles du comportement chez les enfants ayant survécu à un événement traumatisant. Une recherche bibliographique informatique avait été effectuée dans différentes bases dont MEDLINE, PSYCInfo, CINAHL et la *Child Development and Adolescent Studies* (CDAS). Sur 1624 entrées, 12 articles dont 10 études avec les critères d'inclusions : 1) un essai randomisé comparant TCC-FT et un autre traitement, 2) publication entre 1990 et 2011, 3) âge inférieur à 18 ans, 4) avaient vécu au moins un événement traumatisant et 5) les sujets avaient un ESPT diagnostiqué. Les auteurs avaient également utilisé trois méta-analyses. Les résultats de la revue systématique montraient une hétérogénéité de l'efficacité des TCC-FT sur l'ESPT ($g=.671$), la dépression ($g=.378$) et les troubles du comportement ($g=.247$). Les résultats à douze mois avaient été maintenus pour les symptômes de l'ESPT et les comorbidités. Ainsi, les auteurs avaient conclu à une efficacité des TCC-FT sur l'ESPT des enfants victimes d'au moins un événement traumatique. (115)

En 2013, Leenarts & al. évaluaient plusieurs psychothérapies dont l'ESPT et ses comorbidités, notamment les comportements violents et agressifs. Ils revoyaient un total de 33 études dont 26 essais randomisés contrôlés et 7 non-randomisés mais contrôlés, publiés entre 2000 et 2012. Vingt-sept études portaient sur les TCC-FT, deux sur une thérapie spécifique du trauma avec des enfants et adolescents présentant des troubles du comportement et quatre sur d'autres thérapies non spécifiques. Les événements traumatiques étaient variés (abus sexuels, maltraitance dans l'enfance et etc....). Parmi les thérapies étudiées, les TCC-FT démontraient les meilleurs arguments empiriques d'efficacité dans cette indication. Cependant, les auteurs attiraient l'attention sur la complexité du diagnostic d'ESPT, notamment dans le cadre de maltraitances dans l'enfance. Les auteurs suggéraient que les cliniciens aient recours à une approche intégrative en thérapie par phases. (116)

Keeshin & Straw publiaient, en 2014, une revue de la littérature sur les pharmacothérapies et différentes thérapies dont les TCC dans le traitement de l'ESPT de l'enfant et l'adolescent. Le travail des auteurs incluait 13 essais randomisés, contrôlés portant sur une population de 3 à 17 ans. Différentes configurations avaient été étudiées selon les thérapies (TCC, TCC-FT, psychodynamique...), le profil d'enfants, le type d'exposition ou d'intervention duelle ou en groupe. Les protocoles de TCC-FT incluaient des modules de psychoéducation, de développement des aptitudes parentales et de relaxation. Ils étaient supposés mettre en œuvre une modulation des affects et un retraitement cognitif, l'objectif étant : l'autorégulation des émotions et la compréhension des connexions entre la triade : pensées, sentiments et comportements. Grâce à ces éléments, l'enfant et le thérapeute collaboraient à une narration de l'évènement. Le thérapeute aidait l'enfant à utiliser les exercices d'autorelaxation et de *coping* afin de maintenir la narration. Les TCC-FT étaient la thérapie la plus documentée démontrant des bénéfices sur les symptômes de l'ESPT significativement supérieurs à une liste d'attente et aux autres thérapies avec un maintien des bénéfices à long terme (6 et 12 mois). Pour Keeshin & Straw, les conclusions de ces études se limitaient au cadre de thérapies individuelles et à l'habitude du clinicien, à sa formation et à son expérience de la thérapie utilisée. (117)

En 2016, Holtzhausen & Leon rédigeaient une revue systématique de la littérature issue de la base Cochrane, concernant les TCC-FT chez les enfants victimes d'agressions sexuelles. Les auteurs adressaient les conclusions de cette revue aux éducateurs et travailleurs sociaux concernés afin qu'ils incluent certains éléments dans leurs programmes éducatifs ou d'apprentissage. Les TCC-FT était la thérapie la plus

documentée et malgré une certaine hétérogénéité, les preuves empiriques convergeaient vers leur efficacité. D'autres thérapies commencent à être documentées mais les TCC-FT restent l'outil de choix du traitement de ces enfants. Pour les auteurs, les travailleurs sociaux devraient avoir une idée globale des traitements psychosociaux de ces enfants et être capables de faire un travail orienté vers le traumatisme psychique, grâce à un apprentissage théorique et pratique mais aussi des initiatives éducatives continues. Enfin, ces travailleurs sociaux devraient travailler en collaboration avec les professionnels de la santé mentale afin de créer un corps d'intervention dans ce champ. (118)

- **L'ensemble des revues était en faveur de l'efficacité des TCC. Les protocoles TCC-FT démontraient les meilleurs arguments. (111–119)**
- **Pour beaucoup d'auteurs, le rôle des parents et surtout la qualité du lien est crucial surtout avec les plus jeunes patients. (113)**
- **Keeshin & Straw préconisent l'inclusion de modules de psychoéducation, de développement des aptitudes parentales et de relaxation, ouvrant chez eux et l'enfant à une amélioration de l'autorégulation des émotions et la compréhension des connexions entre la triade : pensées, sentiments et comportements. (117)**
- **Cohen & al. proposaient une épuration des protocoles de TCC-FT avec la combinaison des composants évalués et adaptés aux patients. (111)**
- **Yule & William positionnent les protocoles comme des «trousses» d'outils thérapeutiques permettant au clinicien d'aider l'enfant à tirer pleinement parti de son potentiel. Pour ces auteurs, il existerait des mécanismes culturels et naturels de guérison à explorer. (114)**
- **Pour Holtzhausen & Leon, les travailleurs sociaux devraient être formés à un travail en collaboration avec les cliniciens afin de créer un corps d'intervention. (118)**

3.2 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

3.2.1 Aspects historiques

En 1987, doctorante en littérature anglaise, Francine Shapiro fait progressivement le lien entre l'observation régulière d'oiseaux lors de balades et la disparition des émotions négatives liées aux souvenirs traumatiques des soins de son cancer. Elle expérimente alors des mouvements oculaires similaires sur certaines personnes de son entourage et pense constater un effet notamment chez des vétérans. Elle va alors investiguer ce phénomène et jusqu'à présenter un doctorat en psychologie sur l'intervention chez des vétérans de ce protocole dit EMD pour *Eye Mouvement Desenzitisation* ou désensibilisation par les mouvements oculaires puis, en 1991, rebaptisé EMDR pour *Eye Mouvement Desenzitisation and Reprocessing* soit désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires, suite à la mise en évidence d'un retraitement adaptatif des souvenirs des événements traumatiques. (120–124)

Les premières publications de traitement en EMDR d'enfants, datent du début des années 90. Un rapport de cas sur le traitement de terreurs nocturnes avait été publié par Pellicer X., en 1993. (125) Dans les années suivantes, d'autres études avaient été ensuite publiées sur le traitement de phobies chez l'enfant. (126–128)

En 2004, l'*American Psychological Association* (APA) lui décerne le titre de pratique fondée sur les preuves, avec publication d'une recommandation. (129) En 2004, l'INSERM publiait un document évaluant 3 approches psychothérapeutiques de l'EPST et validant l'EMDR dans cette indication. (73) En 2005, son homologue britannique, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NIHCE) publiait un avis similaire, recommandant l'EMDR. (130) En 2013, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publiait ses recommandations dans sa prise en charge et recommande à égalité les TCC-FT et l'EMDR. (131)

3.2.2 Aspects théoriques

3.2.2.1 Origines

Le design de l'EMD était celui d'un protocole de TCC, reposant sur la désensibilisation par expositions à des stimuli internes. Shapiro écrit s'être appuyé des concepts des TCC issus de Foa (132), Kozak (133), McNally (134), Teadale dans le *Mindfulness* (135) ou encore Rachman (136).

3.2.2.2 L'attention duale

Shapiro affirme que les modèles de désensibilisation par exposition ne permettent pas de rendre compte des effets et modes opératoires de l'EMDR. De nombreux éléments de l'EMDR sont très différents des thérapies d'exposition notamment l'utilisation des stimulations bilatérale alternative (SBA) tel que les mouvements oculaires pendant que le patient se concentre sur une partie du souvenir traumatique formant le concept d'attention duale permettant le retraitement. De nombreux auteurs ont contribué à l'élaboration d'un ensemble de concepts psychopathologiques se suffisant à la pratique de l'EMDR. (124,137)

3.2.2.3 Le traitement adaptatif de l'information

Pour Shapiro, l'EMDR est plus qu'un simple protocole. Il est devenu une thérapie opérant grâce au *reprocessing* ou retraitement. Cette opération est réalisée par un processus naturel et ubiquitaire à tout âge développemental que Shapiro nomme *Adaptive Information Process* (AIP) ou traitement adaptatif de l'information (TAI). Ce phénomène est un retraitement des souvenirs avec un travail adaptatif des éléments cognitifs, émotionnels et somatosensoriels. (124)

3.2.2.4 Réseau de chaînes associatives

Shapiro reprend Bower et Lang sur une association entre l'émotion et l'événement l'ayant provoqué. Les événements seraient encodés avec des schémas descriptifs émotionnels. Bower nomme cet effet la dépendance de l'humeur à l'état ou *mood-state-dependent effects*. L'inscription dans la mémoire de l'événement viendrait faire association avec des souvenirs précédents décrits avec le même état émotionnel, comme des nœuds. (138–140)

L'activation du souvenir de cet événement propagerait l'activation vers d'autres nœuds associés, comme un réseau électrique. Il s'agit du concept de chaînes associatives. Ce paradigme amène au concept de réseaux de chaînes d'associations par des schémas descriptifs émotionnels. Par exemple : une personne triste réactiverait principalement des nœuds associés par cette émotion et donc ne se rappellerait principalement que des événements tristes et ainsi de suite. (141–144)

Avec ce même paradigme de réseau de schéma descriptif, Shapiro se fonde également sur Wolpe avec l'utilisation des images traumatiques définies par trois dimensions : rendu verbal, vécu émotionnel et acte comportemental ou vécu somato-viscéral. L'image traumatique réactive donc les réseaux liés aux vécus émotionnels, rendus verbaux et des ressentis somatosensoriels négatifs ou comportements. (40,41)

3.2.2.5 La fenêtre thérapeutique

D'autre part, Francine Shapiro utilise le concept de Lang décrit, dans son article de 1977, d'existence d'une covariance entre image évoquée sur instruction et changement d'état émotionnel. Le patient est amené à réactiver les souvenirs des images traumatiques avec activation de l'émotion et donc des réseaux liés afin de les retraiter.

Cependant, un niveau trop haut d'activation dépasserait les capacités de retraitement du patient qui serait à nouveau « traumatisé » et un niveau de réactivation trop bas ne permettrait pas un retraitement efficace. Il s'agit du concept de fenêtre thérapeutique. (124) Le principe de l'EMDR est une réactivation contrôlée permettant un retraitement efficace du souvenir et des réseaux liés aux souvenirs. (145)

Probablement, selon certains résultats en neurophysiologie, les SBA maintiendraient l'activation, dans cette fenêtre. Ainsi, ils permettraient un retraitement des images traumatiques opérant vers un *coping* et une résilience à une image neutre voire indirectement positive. Pylyshyn affirme que le thérapeute devrait embrasser l'idée d'un stockage de conceptions d'informations, retrouvées puis traitées. (139,146,147)

3.2.2.6 Le problème clinique

Selon Shapiro, le modèle TAI guide le clinicien dans l'évaluation dans la globalité du problème clinique. Il doit garder à l'esprit que quantité d'ACE ou de simples événements de vie peuvent contribuer au problème clinique présent. Elle nuance que ces stress en tant qu'expériences de vie sont ubiquitaires et peuvent causer en aval nombre de symptômes autres qu'un ESPT clairement déclenché. (148)

La pratique nécessite des aménagements de protocole surtout chez l'enfant. Par exemple : le R-TEP et pour l'enfant l'IGTP sont des protocoles dit « scriptés » c'est-à-dire suivant un schéma préétabli, adaptés aux événements traumatiques récents. Aujourd'hui, il existe une variété de protocoles adaptés notamment aux enfants tel que « le labyrinthe » développé par Wizansky B. Il est présenté avec de nombreux autres protocoles adaptés aux différentes situations cliniques ou types de population par Luber M. (149–151)

L'autre option est l'adaptation continue du clinicien, fondée sur son inventivité notamment dans le jeu avec les patients pédiatriques, tant qu'il respecte l'architecture théorique de l'EMDR et le principe du TAI. Knipe J. emploie alors le terme de boîte à outils. (152–155)

3.2.3 Aspects neurobiologiques

La particularité de l'EMDR reste les SBA notamment oculaires. Cependant, une étude de 2016 de Sack & al. démontre une efficacité du protocole bien qu'ils ne retrouvent pas de différence entre « mouvements oculaires » et « fixité oculaire ». (156) Leur rôle peut interroger. En réalité, les mouvements oculaires ne constituent qu'une forme de stimulation bilatérale alternative (SBA) comme le *tapping*. Le rôle des SBA et de fonctionnement du TAI a été investigué neuro-physiologiquement. (124)

3.2.3.1 Activation de la mémoire de travail par les SBA.

Pour Christman, Nielsen et Propper, le rôle des SBA serait de favoriser les interactions inter-hémisphériques. Selon leur thèse, chaque stimulus mettrait en jeu l'hémisphère contralatéral. Les interactions entre les hémisphères constitueraient en une égalisation et une amélioration de la cohérence de l'activité. (157–162) Ceci mettrait en jeu de la mémoire de travail, selon Gunther et ce phénomène passerait par une activation des loci exécutifs centraux. (163)

3.2.3.2 Diminution de la réponse sympathique.

Aubert-Khalifa et Roques concluent à une diminution du tonus sympathique donc de la réponse au stress grâce l'EMDR, lors de l'activation du souvenir traumatique. (164) Comme Sack & al., ce constat est fondé sur des mesures de la constance épidermique et le monitoring de la fréquence cardiaque. (165,166) Une décennie avant, Bergmann supposait que ce mécanisme reposait sur une désactivation de l'amygdale avec diminution de la sécrétion de noradrénaline. (167) Pour certains auteurs, comme Brunet, ce phénomène permettrait un renforcement négatif des émotions de peur lors de la réactivation du souvenir tel que démontré lors de l'administration de propranolol. (168–171)

3.2.3.3 Réintégration des mémoires grâce à un état REM-like.

Stickgold propose un modèle d'activation du cerveau lors de l'EMDR proche des phases de sommeil paradoxal avec mouvement rapide des yeux (REM) grâce aux SBA. (172) Bergman suggère que cet état l'activation d'aires spécifiques du cortex antérieur, du gyrus cingulaire permettent un effet de filtre avec réorientation des souvenirs. (172) Pour Hekt, cet état permettrait l'intégration du souvenir issu de l'hippocampe, dans le réseau préfrontal de la mémoire sémantique, comme lors de ces phases du sommeil. L'intégration mènerait à la diminution de l'intensité de la peur et des ressentis somatosensoriels sous dépendance de l'amygdale vers un coping au cours de la réactivation du souvenir traumatique. Le retraitement

opérerait donc vers la résilience du patient. (173)

Pour Stickgold, cette intégration permettrait un réajustement cognitif avec élaboration pour le patient d'une signification personnelle de l'événement. Le souvenir perd alors son sens traumatique au profit de sa remise en sens dans l'histoire du patient en termes de vision de « vie entière ». (172)

3.2.3.4 Une modulation limbique

Rasolkhani-Kalhorn reprend les résultats de recherches sur les animaux, en faveur d'une réduction de l'activité du système limbique donc de la réponse émotionnelle grâce à des stimuli basses fréquences. Le rappel des souvenirs traumatiques permettrait, pour lui, une réactivation limbique afin que les souvenirs soient accessibles à un dé-potentialisation. Il propose que les SBA soient à l'origine de stimuli basses fréquences qui moduleraient l'activité limbique. Ces SBA désactiveraient la réponse limbique face aux images traumatiques et donc la peur liée au souvenir. (174)

3.2.3.5 Une réintégration dans la mémoire sémantique

Trentini & al. avaient réalisé une étude chez dix enfants de 7 à 12 ans souffrant d'ESPT, avec enregistrement en électroencéphalographie haute densité (hdEEG). Avant traitement EMDR, on constate une activité significativement plus élevée que la normale, dans le cortex préfrontal droit-médial et dans les régions limbiques temporo-frontales. À un mois de traitement T1, une bascule s'est effectuée laissant place à une activité supérieure temporale gauche médiale. Ces relevés vont dans le sens d'une diminution de l'activité préfrontale et limbique, au profit d'un profil temporal. Ces résultats iraient dans le sens d'intégrer les souvenirs traumatiques dans la mémoire à long terme avec une désactivation de la composante émotionnelle. (175)

Bergmann suppose que puisque le cervelet serait impliqué dans les capacités cognitives et le langage, les SBA activerait, dans le cervelet latéral, les noyaux dentés, dans le Thalamus, des noyaux ventro-latéraux et centraux puis le cortex préfrontal dorso-latéral impliqué dans la mémoire sémantique. Le cervelet pourrait avoir un rôle d'intégration sémantique des souvenirs traumatiques, grâce aux SBA. (176,177)

3.2.3.6 Symptômes de l'ESPT et volume hippocampique

Selon Lindhauer, les résultats en IRM ont prouvé que le volume hippocampique était réduit chez le sujet souffrant d'ESPT. (178) Lors de la rémission symptomatique de l'ESPT sous chimiothérapie ce volume hippocampique avait « ré-augmenté ». (179) Après traitement EMDR, cette augmentation du volume

hippocampique est également retrouvée. (180,181)

3.2.4 Études

- Ce travail a permis de regrouper 16 études concernant l'EMDR dans l'ESPT de l'enfant dont :
 - 1 rapport de cas de 1993
 - 9 essais cliniques de 2001 à 2011
 - 6 méta-analyses publiées entre 2009 et 2014.

L'ensemble des résultats concernant les études sur l'EMDR sont présentés dans le tableau n°2.

3.2.4.1 Étude de cas

La première publication est une étude cas de Cocco et Sharpe, de 1993 et concerne l'EMD. Il s'agit d'une seule séance pratiquée sur un enfant de 4 ans et demi, souffrant depuis une année d'un ESPT (critères du DSM-III), témoin d'un cambriolage où il y avait eu une fusillade mortelle. Les auteurs utilisaient le protocole classique médié par des dessins. Ils constataient une disparition des symptômes avec maintien de cet état à 12 mois. Les auteurs concluaient à une rémission à 6 mois grâce au retraitement des cognitions en lien avec l'émotion de peur, avec amélioration du sommeil et disparition des reviviscences. (182)

3.2.4.2 Les essais cliniques

Les 9 essais suivants, par ordre chronologique, évaluaient l'EMDR chez l'enfant et l'adolescent, en thérapie individuelle. On y compte :

- 2 essais non-contrôlés non-randomisés de 2001 et 2004
- 3 essais contrôlés non-randomisés dont deux de 2002 et un de 2004
- 2 essais contrôlés et randomisés de 2007 et 2011
- 2 suivis de cohorte de 2007 et 2009.

Rubin & al. en 2001, publiaient un essai sur 39 enfants et adolescents, entre 6 et 15 ans, sélectionnés

parmi la clientèle d'un centre de guidance pour enfants et adolescents. Les critères d'inclusions étaient : âge supérieur à 6 ans et avoir subi une agression physique ou sexuelle. Ils étaient randomisés en un groupe bénéficiant du traitement EMDR associé au « traitement de routine » et un groupe contrôle bénéficiant d'un « traitement de routine » avec guidance. Un formulaire de dépistage des troubles du comportement basé sur la régulation émotionnelle, rempli par les parents retrouvait : 6 enfants présentant un ESPT, 13 une hyperactivité, 10 une dysthymie et 2 un trouble anxieux. Les autres ne présentaient pas de trouble clairement diagnostiqué. Ceux présentant un trouble ont tous bénéficié de 22 séances de thérapie. La taille de l'effet était de .04 puis de .27 avec le test MANCOVA ($\alpha=.1$). Aucun résultat n'était significatif. Les auteurs concluaient à la nécessité de plus de recherches notamment en comparaison avec les thérapies d'exposition. Enfin, ils attiraient l'attention sur la difficulté à appliquer l'EMDR à certains profils d'enfants qui requièrent de l'improvisation par rapport au protocole classique. (183)

Chemtob & al. en 2002 publiaient une étude contrôlée avec cross-over évaluant l'EMDR en intervention brève chez les enfants souffrant d'un ESPT (critères du DSM-IV-TR) suite à une catastrophe naturelle. Ils étaient randomisés en un groupe avec traitement immédiat et un groupe sur liste d'attente, les mesures étaient réalisées en pre- et post-traitement avec ensuite un cross-over. Les données étaient mesurées en pré- et post-intervention par 3 échelles : le *Children's Reaction Inventory* (CRI), le *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) et le *Children's Depression Inventory* (CDI). 32 enfants avaient bénéficié de 3 séances chacun. Les résultats du CRI des deux groupes présentaient une réduction significative. Les réductions des scores RCMAS et CDI étaient plus modestes. Les gains étaient maintenus à 6 mois de suivi et les traitements pharmacologiques avaient été largement réduits. Les auteurs attirent l'attention sur la nécessité d'une prise en charge psycho-sociale chez les enfants victimes de catastrophe naturelle et affirment que des études contrôlées sur le terrain, en post-crise sont faisables. (184)

Soberman & al. ont publié, en 2002, une étude incluant 29 garçons de 10 à 16 ans, hospitalisés ou suivis en ambulatoire. Ils étaient randomisés en un groupe contrôle bénéficiant du traitement standard et un groupe test bénéficiant de 3 séances d'EMDR. Le groupe test avait montré une réduction significative des symptômes d'ESPT mais aussi des troubles du comportement à 2 mois de suivi, comparé au contrôle dont les changements étaient mineurs. Les auteurs concluaient à l'efficacité de l'EMDR sur ce profil de patient, dans l'ESPT mais aussi dans les troubles du comportement. Pour les auteurs l'EMDR participerait à réduire les troubles des conduites dans la population générale. (185)

En 2004, Jaberghaderi & al. ont publié un essai sur 14 adolescentes iraniennes de 12 à 13 ans, souffrant d'ESPT suite à des abus sexuels. Deux groupes avaient été constitués aléatoirement afin de comparer traitement par EMDR ou par TCC. Les symptômes de l'ESPT et les troubles du comportement avaient été mesurés en pré-traitement et à deux semaines de celui-ci. TCC et EMDR montraient une taille d'effet importante sur les échelles d'auto-évaluation dite SUD (*subjective units of distress*). L'effet était plus modéré sur le comportement. Il n'y avait pas de différence significative lors de la comparaison des deux traitements. Les auteurs avaient élaboré d'autres mesures non-subjectives en divisant les changements de scores (CROPS et PROPS) par le nombre de séances. Avec cette mesure objective, l'EMDR était bien plus efficace malgré une taille d'effet importante dans les deux groupes. Les auteurs discutaient des faiblesses de cette étude, notamment de l'effectif limitant la puissance. Par ailleurs il n'y a eu qu'un thérapeute pour l'ensemble des cas, ce qui n'avait pas permis d'effectuer les mesures en aveugle. Enfin, il n'y avait pas eu de suivi à long terme afin de vérifier le maintien des gains. Quoi qu'il en soit, les auteurs affirmaient l'intérêt des deux traitements dans la prise en charge d'adolescentes victimes d'abus sexuels. Les auteurs suggèrent l'élaboration d'une prise en charge intégrant EMDR et TCC, à l'échelle du pays (Iran). (186)

Oras R & al. ont publié, en 2004, une étude évaluant EMDR et approche psychodynamique, dans le traitement d'enfants réfugiés, ayant un suivi psychiatrique en ambulatoire. 13 enfants avaient été inclus avec un diagnostic d'ESPT. Ils bénéficiaient d'un traitement par EMDR incorporé dans une thérapie psychodynamique. Une mesure pré- et post-traitement avait été effectuée au moyen des échelles *Post-traumatic Stress Symptom Scale for Children* (PTSS-C) et *Global Assessment of Functioning* (GAF). Après traitement, les résultats montraient une amélioration significative des scores au PTSS-C surtout sur les symptômes intrusifs, plus que sur les comportements d'évitement. Les niveaux de fonctionnement étaient significativement meilleurs et corrélés à la réduction des symptômes dépressifs. Les auteurs concluaient à l'efficacité du traitement EMDR dans l'ESPT de ces enfants réfugiés. Déjà à cette époque, les auteurs étaient en faveur de critères diagnostiques spécifiques à l'enfant pour l'ESPT. (187)

Ahmad A, & al avaient publié, en 2007, un article sur un essai randomisé contrôlé incluant 33 sujets de 6 à 16 ans diagnostiqués avec un ESPT. Le protocole EMDR avait nécessité des modifications de la part des auteurs afin de l'adapter à l'âge et au développement des enfants. Les mesures pré- et post-traitement ont été réalisées avec le PTSS-C et les mesures lors des séances avec le SUD et la *validity of positive cognition* (VOC) ou Échelle de validité de cognition positive. L'effet moyen de l'échantillon était plus important sur

les reviviscences que sur l'hyperactivation. L'âge n'avait pas d'incidence significative sur les résultats. Les auteurs concluaient à la nécessité d'un protocole adapté aux enfants dans le traitement EMDR de l'ESPT. (188)

Fernandez I. avait publié, en 2007, un article sur une étude de cohorte, décrite comme « de terrain » par l'auteure portant sur 22 enfants de 6 ans ayant assisté à l'effondrement de leur école lors d'un séisme en 2002. Au cours d'une année de suivi, chaque enfant a bénéficié de 3 traitements d'EMDR avec une moyenne de 6,5 séances pour chaque traitement. Le diagnostic d'ESPT était porté sur les critères du DSM-IV-TR dont les symptômes répartis en 3 clusters (évitement, syndrome intrusif et hypervigilance) avaient été mesurés selon les recommandations du National Institute of Health avec l'échelle SCID-1. Les résultats montraient que l'EMDR permettait une réduction significative des symptômes ou une rémission de l'ESPT. Selon l'auteure le clinicien a une place clé dans les suites d'un événement traumatique. L'EMDR est pour l'auteure une thérapie dont l'efficacité sur les symptômes de l'ESPT est démontrée par des preuves scientifiques. (189)

En 2009, Hensel avait publié une étude sur un suivi de cohorte portant sur 36 enfants, âgés de 1 an et 9 mois à 18 ans, issus de la pratique en libéral de l'auteur. Ils étaient diagnostiqués avec un ESPT, selon les critères du DSM-IV-TR, suite à un événement traumatique unique. Les mesures étaient prises à l'inclusion, en pré- puis en post-traitement à 6 mois de suivi avec l'échelle PROPS. Les résultats montraient une amélioration significative des symptômes ($\alpha=1,87$) de l'ESPT en post-traitement et une légère amélioration à 6 mois. L'auteur affirmait que les enfants avant 4 ans peuvent trouver un bénéfice au traitement, aussi bien que des enfants d'âge scolaire. (190)

De Roos C, ont publié en 2011, un essai randomisé, incluant 52 enfants de 4 à 18 ans, souffrant d'un ESPT suite à l'explosion d'une fabrique de feux d'artifice. Ils étaient répartis en deux groupes comparant TCC et EMDR. Chaque traitement était administré à un groupe, au cours de séances sur des périodes de 4 à 8 semaines. Les mesures étaient prises en aveugle en pré- et post-traitement et portaient sur les symptômes d'ESPT, de dépression, d'anxiété et les troubles du comportement. L'analyse de la variance avait été menée en intention de traiter. Comme résultat, les deux groupes avaient montré une réduction significative de tous les symptômes, maintenue au cours du suivi. Cependant, les gains étaient atteints en quelques séances de moins avec l'EMDR. Les auteurs ont conclu que des interventions standardisées avec les TCC ou l'EMDR étaient d'une efficacité significative dans l'amélioration de la santé des enfants victimes d'une catastrophe.

- L'ensemble de ces études apportaient des preuves scientifiques en faveur de l'EMDR dans le traitement de l'ESPT avec un maintien du gain à long terme. Pour Jaberghaderi & al. (186) et pour Roos C. (191), l'EMDR est sûrement aussi efficace que les TCC mais est objectivement plus rapide sur les symptômes de l'ESPT et ses comorbidités, également corrélées au niveau de fonctionnement : symptômes dépressifs, d'anxiété et troubles du comportement. Selon Soberman & al. l'EMDR participerait à réduire les troubles des conduites dans la population générale. (185)
- Selon Fernandez I., le clinicien a une place clé dans les suites d'un événement traumatique. (189) Chemtob & al. affirment la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique et sociale chez les enfants victimes de catastrophe naturelle et propose des études contrôlées sur le terrain, en post-crise. (184) Oras R. & al. suggèrent une prise en charge intégrant EMDR et TCC pour les réfugiés, à l'échelle de son pays (Iran). (187)
- Hensel affirmait que les enfants préscolaires (avant 4 ans) peuvent bénéficier de l'EMDR aussi bien que des enfants d'âge scolaire. (190) Pour Ahmad A. & al., l'efficacité du traitement ne dépend pas de l'âge mais le protocole nécessite des adaptations au développement. Rubin & al. évoque une « improvisation » adaptée au profil de l'enfant. (188)

3.2.4.3 Revues de la littérature

Rodenburg & al. ont publié une méta-analyse, en 2009, évaluant l'efficacité de l'EMDR dans l'ESPT chez l'enfant. Les recherches avaient été menés dans les bases PSYCInfo, MEDLINE, ERIC, Google Scholar et *Social Sciences Citation Index* (SSCI) avec les mots-clés : « *EMDR, eye movements, reprocessing, trauma, PTSD, traumatic stress disorder, child, girls, boys, therapy* ». Les critères d'inclusion des études étaient : 1) la présence d'un groupe contrôle, 2) les sujets étaient traités pour un ESPT, 3) la randomisation entre un groupe test et un groupe traitement, 4) les sujets inclus étaient âgés au plus de 18 ans et 5) des scores en post-traitement avec comparaison de la taille de l'effet test vs contrôle. Sept études avaient été incluses, pour un

effectif total de 209 sujets. Sur l'ensemble des études traitées, la taille de l'effet post-traitement était de modérée mais significative ($a=.56$). Les résultats étaient en faveur de l'efficacité de l'EMDR lorsque la comparaison se faisait avec une thérapie non-établie pour le trauma, un groupe contrôle ne bénéficiant pas de traitement ou lorsqu'elle est calculée par incrément face aux TCC. Les auteurs ouvraient donc la réalisation ultérieure d'études multi-sites, randomisées, avec des effectifs importants afin d'en explorer l'efficacité incrémentale. Ils affirmaient que les enfants souffrant d'un ESPT peuvent bénéficier de l'EMDR selon les études actuelles et le recommandaient. (192)

En 2009, Adler-Tapia & al. avaient publié une revue de la littérature, évaluant l'EMDR en thérapie individuelle d'enfants souffrant d'ESPT, sur 23 études issues, des bases PSYCInfo et PILOTS, incluant au total 391 individus : 4 essais cliniques randomisés de 2004 à 2009, et 15 essais non-randomisés, de 1993 à 2009, avec les critères d'inclusion suivants : 1) évaluer le protocole EMDR, 2) l'étude devait être publiée dans la presse ou dans un journal en ligne, 3) les sujets doivent être pour au moins 80% des enfants ou adolescents de 0 à 18 ans et 4) les design des études étaient une étude de cas, un essai clinique ou une étude qualitative. Pour les auteurs, les résultats démontraient que l'efficacité de l'EMDR chez l'enfant ne pouvait pas être mise en doute et qu'il était prometteur d'apporter rapidement les critères d'une pratique fondée sur les preuves. Il n'avait cependant pas encore démontré son efficacité dans d'autres indications telles que les troubles du comportement. Les auteurs préconisaient la conduction d'autres recherches rigoureuses employant des essais randomisés et contrôlés. (193)

Jarero I. avait publié, en 2012, un article présentant une revue systématique de la littérature sur le protocole EMDR de groupe : *Integrative Group Treatment Protocol* (IGTP). Ce protocole auto-administré est dédié aux situations impliquant un nombre important d'individus notamment dans les cas de catastrophes naturelles et est applicable dès l'âge de 7 ans. Les auteurs avaient inclus 24 études. Malgré les limitations méthodologiques, cette étude était en faveur de l'efficacité du protocole simple et économique, dans les symptômes de l'ESPT y compris à long terme. L'auteur évoquait que des recherches contrôlées randomisées restaient encore nécessaires pour consolider les preuves scientifiques de l'efficacité de ce protocole notamment sur les comorbidités de l'EPST comme la dépression. (194)

En 2013, Fleming J. proposait une revue de la littérature systématique regroupant 15 études évaluant l'EMDR dans l'ESPT de l'enfant et l'adolescent. La revue concluait que la littérature apporte un soutien solide

à la notion d'efficacité de l'EMDR dans les traumatismes de type I peut-être même supérieure aux TCC. Pour les traumatismes de type II, les preuves restent préliminaires et plus démontrées dans un contexte de maltraitances sexuelles chez des jeunes filles. L'auteure proposait la réalisation d'études en cas de traumatismes relationnels répétés et la sensibilisation des cliniciens à utiliser l'EMDR comme un élément d'un « package thérapeutique multimodal ». (195)

En 2013, Gillies et al. ont publié une revue de la littérature de l'ensemble des essais randomisés contrôlés comparant toutes les psychothérapies usuelles de l'ESPT (TCC, les thérapies d'expositions, psychodynamiques, narratives, de soutien et l'EMDR), chez les 3 -18 ans. Les recherches avaient été effectuées des bases Cochrane, Medline, PSYCInfo, EMBASE et dans le registre CCDANTR-Studies. Quatorze essais avaient été inclus avec un effectif total de 758 participants. Les différents types d'événements traumatiques responsables de l'ESPT incluaient : des abus sexuels, des conflits armés, des catastrophes naturelles, des violences domestiques et des accidents de la voie publique. Les résultats étaient significativement en faveur d'une amélioration par l'EMDR sur les reviviscences ($N=33$ SMD -0,75, 95% CI -1,46 à -0,04). Cependant, il n'y avait pas de différence significative EMDR vs contrôle dans les scores généraux, ni sur les symptômes d'hypervigilance ou d'évitement. Sauf une légère supériorité des TCC, il y avait des arguments clairs mais indistincts en faveur de l'efficacité des autres psychothérapies. Pour les auteurs, plus de preuves scientifiques étaient nécessaires afin d'alimenter un faisceau d'arguments en faveur d'une psychothérapie en particulier. (196)

Newman & al. ont publié, en 2014, une méta-analyse sur les interventions chez l'enfant et l'adolescent victime de catastrophe naturelle ou d'origine humaine. Cette revue réunissait 24 études, issues des bases : Ovid, Medline, PSYCInfo, EBM Reviews, EMBASE, ERIC et PubMed, pour un effectif total de 2630 sujets. L'amélioration symptomatique était significative pour les sujets tests ayant bénéficié d'une psychothérapie ($d=1,13$) comparée au groupe contrôle, mis sur liste d'attente. Un effet modéré avait été observé pour les interventions psycho-sociales, les modalités de traitement (groupe ou individuel), l'expérience du thérapeute, les conditions de l'intervention, l'âge de l'enfant, la durée ou la régularité de la thérapie et la rigueur méthodique. Les auteurs concluaient à l'efficacité claire de l'EMDR chez les enfants victimes d'une catastrophe. Ils suggéraient davantage de recherches évaluant l'efficacité des psychothérapies et précisant les avantages en termes de rapport coût/efficacité et de capacités de diffusion. (197)

- L'ensemble des auteurs affirmait que grâce à l'EMDR, les enfants souffrant d'un ESPT, suite à un trauma de type I, peuvent bénéficier d'une réduction symptomatique significative et à long terme surtout sur les reviviscences. Ils recommandaient l'EMDR devant une littérature croissante en faisant aujourd'hui une pratique fondée sur les preuves.
- En groupe y compris avec un nombre important d'individus, le protocole IGTP auto-administré, applicable dès 7 ans, a démontré son efficacité dans aux situations de catastrophes naturelles ou humaines. (194)
- Selon Flemming, son efficacité peut être même supérieure aux TCC. (195) Rodenburg & al. proposaient, afin de faire cette distinction, la réalisation ultérieure d'études multi-sites, randomisées, avec des effectifs importants afin d'en explorer l'efficacité incrémentale. (192)
- Cependant, l'étude de Gillies & al. ne retrouvait des résultats non significatifs dans les scores généraux, les symptômes d'hypervigilance ou d'évitement. (196)
- De même, son efficacité n'a pas encore été démontrée dans d'autres indications comme les comorbidités de l'ESPT, pour lesquelles des recherches contrôlées randomisées restaient encore nécessaires, comme les troubles du comportement (Adler-tapia (193)), les symptômes dépressifs (Jarero (194)). Flemming proposait la réalisation d'études en cas de traumas relationnels répétés et dans les contextes de traumas de type II. (195)
- Newman & al. suggéraient davantage de recherches évaluant l'efficacité des psychothérapies à mettre en rapport avec leurs ratio coût/efficacité et leurs capacités de diffusion. (197)
- Flemming proposait la sensibilisation des cliniciens à utiliser l'EMDR comme un élément d'un « package thérapeutique multimodal ». (195)

3.3 Hypnose

3.3.1.1 Aspects historiques

En 1773, le médecin allemand Franz-Anton Mesmer dit pratiquer le magnétisme animal via un fluide magnétique universel. Avec le Marquis de Puységur, il évoque son utilisation thérapeutique notamment via le sommeil lucide. (198,199) Le baron Henin de Cuvillers invente le terme hypnose, en 1819. Son contemporain, le médecin Alexandre Bertrand ébauche la base des théories modernes de l'hypnose. (200) De 1882 à 1892, l'École de la Salpêtrière de Charcot et l'École de Nancy de Hippolyte Bernheim vont poser les bases de la théorie « dissociation-traumatisme ». (201) Dans les années 50, Milton Erickson révolutionne l'hypnose par son approche fondée sur les implications et les suggestions indirectes. (202,203) Il participe à la création de l'école de Palo Alto, célèbre dans le cadre des thérapies brèves et des thérapies familiales. (204)

3.3.1.2 Aspects théoriques

L'état hypnotique (EH) est défini comme un état de conscience modifié (ECM). (205–209) Kihlstrom et al. définissent les EH comme présentant : une procédure d'induction préalable, une expérience subjective discontinue, des changements comportementaux et physiologiques durant cet état. (208–210)

3.3.1.2.1 États hypnotiques et théorie psychosociale

Kirsch & Lynn rapportaient, dans les années 70, une discussion théorique entre *étatistes* et *non-étatistes*. (211,212) Le non-étatisme est une théorie psychosociale. Selon Sarbin et Barber l'existence de réponses hypnotiques en dehors des EH en est un argument. (213–221) Pour Spanos, l'hypnose est un rituel social fondé sur les croyances, les attitudes et les attentes du sujet hypnotisé. (222–228) Le discours étatiste présentait plusieurs hypothèses dont celle de la « néo-dissociation », notamment porté par Hilgard avec le concept fondamental d'*observateur caché* et de *polypsychisme*. Globalement, les EH mettraient à jour plusieurs sous-structures cognitives procédant chacune à leur traitement sélectif de l'information donc des souvenirs traumatiques. (229–231)

3.3.1.2.2 Traumatisme et dissociation

Pour Janet, la dissociation est un phénomène pathologique et continu de « désagrégation », « refoulant » les souvenirs traumatiques. Dans les années 80, Bliss énonçait le mécanisme de l'ESPT comme un phénomène auto-hypnotique pathologique. (232–234) Pour Putnam et Nemiah, l'hypnose est une forme de dissociation contrôlée. Elle peut donc est une voie thérapeutique de l'ESPT, y compris chez l'enfant. (235–239) Par contre, pour Carlson et Spiegel, l'ESPT et l'hypnose sont des phénomènes proches mais pas

identiques. (239–241) Fareng et Plagnol distinguent ces deux formes mais néanmoins l'hypnose serait, pour eux une voie thérapeutique appropriée. (242)

3.3.1.2.3 Catharsis et ressources.

Spiegel propose d'utiliser l'hypnose comme méthode cathartique déchargeant l'accumulation d'affects liés aux souvenirs d'événements traumatiques. (243–246) Pour Brende et Haley la catharsis repose plus sur la ressource que représente la relation d'empathie avec le thérapeute. (247–252) Plus récemment, d'autres auteurs comme Fareng, Mubiri ou Bachelart proposent l'hypnothérapie comme un travail des ressources du patient afin de garantir un contrôle des affects et des réponses physiologiques de stress. Cette phase doit faciliter le *coping*, pour garantir un retraitement cognitif et émotionnel des souvenirs traumatiques. (242,253,254)

3.3.1.2.4 États hypnotiques et hypnothérapie

Pour Horowitz, l'effet thérapeutique repose sur un cheminement en passant d'un EH à un autre. Il nomme ce processus « fantaisie orientée vers un but ». (238,255,256) Similairement, Milton Erickson voit l'hypnothérapie comme un arrangement mutuel des EH du patient et du thérapeute. (202,257,258) Cependant, Milton Erickson propose d'éviter toute théorisation : « C'est ce que le sujet comprend qu'il met en jeu [...] L'opérateur n'a plus alors qu'à accepter intelligemment les schémas ou associations propres du patient ». Le thérapeute doit effectuer une guidance intelligente des associations observées, grâce aux « implications ». (202,203,259,260) Pour Kohen, comme de nombreux auteurs sur le sujet et hypnothérapeutes, cette guidance des capacités particulières de l'imaginaire et de dissociation chez l'enfant permettrait d'utiliser comme thérapie des ressources spécifiques à leur stade de développement. (261,262)

Les théories sur l'hypnose sont multiples. Certaines sont en faveur d'états de conscience modifiés (ECM) contrôlés dits états hypnotiques (EH), d'autres plus culturelles et sociales. Certains auteurs envisagent l'ESPT comme un ECM. Milton Erickson a synthétisé ces deux aspects et introduit les implications guidant intelligemment le patient afin d'utiliser ses ressources. Ce travail permettrait un *coping* pour un retraitement cognitif et émotionnel des souvenirs traumatiques et donc le traitement de l'ESPT. Pour de nombreux auteurs et cliniciens, les enfants jouissent de compétences particulières en matière d'ECM, faisant pour eux de l'hypnothérapie un traitement de choix.

3.3.1.3 Aspects neurobiologiques

3.3.1.3.1 Des profils d'activités en électroencéphalographie (EEG).

Selon Kilhlstrom et al., au cours des EH, l'EEG montrait une hypoactivité alpha similaire à celle présente dans les états méditatifs. (263) De Pascalis rapportait une activité gamma à 40hz identique aux moments de concentration intense présentant une modification de la perception du temps et de l'état de conscience. (264,265) Enfin, selon Graffin & al., il existerait une activité thêta analogue au sommeil. (266) Ray & al. la situait plutôt dans les aires frontales et temporales. (267)

3.3.1.3.2 Différents profils en électroencéphalographie

Pour Gruzelier, il existe une bascule vers une activité alpha droite avec un *responding* électrodermique indiquant une inhibition hémisphérique gauche. D'après l'auteur, selon les théories de latéralisation, il s'agit d'un profil d'inhibition de la pensée analytique. (268) Certains auteurs comme Edmonston et Macleod proposent le concept de *patterns* de bascule. (269,270)

3.3.1.3.3 Différents profils de niveau d'activation

Woody & al. expliquent la dissociation des commandes exécutives des processus cognitifs au cours des EH, par une inhibition des processus préfrontaux tels que dans les lésions du cortex préfrontal. (271–274) Gruzelier proposait une boucle antéro-fronto-limbique inhibitrice de l'hémisphère gauche. (275) Egner & al. situaient cette inhibition au gyrus cingulaire antérieur. (276)

McGeown et Deeley proposent une vision holistique : le concept de réseau de mode par défaut ou *default mode network* (DMN). (277) Deeley le décrivait comme un réseau de zones cérébrales plus activé lors de certaines tâches et qui mobiliserait alors différentes fonctions comme par exemple : la mémoire épisodique, les processus sémantiques ou encore l'attention à soi-même. (278) Selon Barabasz, il existerait plutôt plusieurs niveaux de désactivation du DMN selon l'état de conscience. Différents niveaux de désactivations correspondraient à différents ECM dont certains seraient des EH. (279)

3.3.1.3.4 Processus hypnotiques : Hallucinations et neuroplasticité

Les phénomènes hypnotiques dits d'hallucinations positives sont des perceptions sensorielles sans stimuli réels. Inversement, elles sont dites négatives lorsqu'un stimuli réel n'est pas perçu. (263) Spiegel retrouvait une augmentation des potentiels évoqués (PE) visuels devant une hallucination positive visuelle. (244) Barabasz objectivait une augmentation des PE olfactifs lors d'une anosmie, hallucination négative comparable à l'analgésie. (279,280) Crawford montrait, en IRMf, une activation bilatérale frontale antérieure

et des aires somato-sensorielles du cortex accompagnée d'une inhibition pariétale, durant une analgésie. (281) Pour ces auteurs, les hallucinations hypnotiques activeraient les aires cérébrales correspondantes de la même façon que les stimuli réels mais de manière moindre. (282) Le patient vivrait donc de manière réelle les hallucinations telles que l'analgésie lors d'une intervention.

Ribeiro considère les rêves comme des simulations probabilistes issues des souvenirs ayant un but de *coping*. Ceci serait assuré par la neuroplasticité au cours des phases REM du sommeil. Le même phénomène aurait lieu au cours des EH. Les hallucinations ou rêveries lors d'EH constitueraient un espace avec les mêmes portées que le réel y compris en termes d'intégration des expériences. Il propose d'utiliser ce phénomène via l'hypnose comme un traitement naturel. (283) De même que les hallucinations hypnotiques vécues comme réelle, les rêveries hypnotiques permettraient une « reviviscence » modifiée permettant un retraitement cognitif.

Les examens fonctionnels ont permis aux différents auteurs d'identifier des phénomènes de modifications de l'activité cérébrale dans des zones précises qui rappellent des phénomènes courants comme la méditation, les temps de concentration intense, le sommeil. Ces éléments ont permis d'évoquer des profils liés aux EH et l'élaboration du concept de réseau de mode par défaut (DMN) dont les niveaux d'activation correspondraient aux différents ECM dont les EH. Les processus au cours de ces ECM, dont les hallucinations et les rêveries hypnotiques permettraient un espace de travail cognitif et émotionnel permettant une réintégration des souvenirs traumatiques.

3.3.2 Études

Ce travail a étudié 11 articles évaluant l'hypnose dans l'ESPT de l'enfant :

- 5 études de cas publiées entre 1989 et 2014
- 2 essais de 1993 et 2005
- 3 revues de la littérature de 2005 et 2008 soit.

L'ensemble des résultats concernant les études sur l'hypnose sont présentés dans le tableau n°3.

3.3.2.1 Cas et séries de cas

Ces 5 études comportant chacune entre 1 et 4 cas, publiées entre 1989 et 2014, rapportent 12 cas de traitement en hypnothérapie d'enfants, entre 4 et 12 ans, souffrant d'un ESPT.

La première publication date de 1989, dans laquelle Peebles y décrivait le traitement par hypnothérapie d'une « jeune fille ». Son âge n'était pas précisé. Elle présentait selon lui les critères (DSM-III) d'un ESPT suite à un trauma de type I (défaut d'anesthésie lors d'une chirurgie). Elle avait bénéficié de 8 séances d'hypnose, sur 9 semaines. Celles-ci incluaient des techniques de renforcement du moi ou *Ego-mastery technics*, de restructuration des souvenirs grâce à la place objective du thérapeute et des prescriptions dites de travail de dépassement ou *working-through technics* telle que l'autohypnose. Peebles constatait une « rémission » des symptômes maintenue à 1 an. (284)

En 1991, Friedrich publie une étude de quatre cas : un garçon de 12 ans, témoin de violences conjugales régulières. Le second cas était un garçon de 4 ans, témoin du meurtre de sa mère par son père. Le troisième était une fille de 9 ans victime d'abus sexuels. Le dernier était celui d'un garçon de 11 ans qui avait échappé à la noyade. Ils avaient bénéficié de 12 à 25 séances d'hypnothérapie. Le syndrome intrusif s'était amendé chez tous les patients. Les attaques de panique et les plaintes algiques récurrentes avaient régressées. Pour Friedrich, l'hypnose doit agir sur trois plans : stabilisation voire amendement symptomatique, récupération mnésique et intégration de l'expérience. Ces approches peuvent, selon Friedrich, être utilisées séparément, séquentiellement ou en combinaison. (285)

Rhue & Lynn avaient écrit la même année un rapport sur le cas d'une fillette de 8 ans, ayant bénéficié de 40 séances. Elle souffrait d'un ESPT suite à des abus sexuels intrafamiliaux répétés pendant plusieurs mois. Elle présentait un syndrome intrusif avec des cauchemars traumatiques et une énurésie. Elle énonçait dans ses jeux des scènes sexualisées mais niait les agressions. Les auteurs avaient utilisé une technique de narration sous hypnose. Des lieux sûrs en compagnie du thérapeute avaient été créés comme ressources émotionnelles et cognitives pour renforcer ses capacités de *coping* aux souvenirs traumatiques. Les auteurs rapportaient la disparition du syndrome intrusif, des énurésies et des comportements sexualisés et notaient une amélioration des résultats scolaires. Il n'y a pas eu de réévaluation des symptômes à distance. (286)

Iglesias & al. font paraître, en 2005, une étude de deux cas d'ESPT chez un garçon de 8 ans et sa

sœur de 10 ans, traumatisés par le décès de leur de son père, dans un accident de voiture. Cinq mois après cet évènement, des symptômes intrusifs étaient apparus avec des « fixations » sur des scènes d'accident, accompagnées de mécanismes d'évitement et d'une recrudescence de sa dermatite atopique. Pour sa sœur le syndrome intrusif était apparu immédiatement après l'évènement, avec des ruminations sur la mort, des attaques de panique et des *flashbacks*. Ses symptômes l'avaient conduite à recevoir des anxiolytiques de son médecin généraliste. Elle souffrait également de douleurs abdominales diffuses, sans cause retrouvée. Iglesias utilisait une technique de narration traumatique sous hypnose et la progression en âge avec prescriptions de vision positive de l'avenir. Leurs symptomatologies s'étaient amendées en deux semaines de traitement, y compris la dermatite atopique et les douleurs abdominales. La symptomatologie n'était pas réapparue à 1 mois de suivi. (287)

Mubiri publiait, en 2014, le cas d'une jeune fille de 12 ans, victime d'un accident de manège. L'hypnothérapie est pour lui un choix de prédilection dans l'ESPT, permettant un accès direct au souvenir traumatique et utilisant les ressources du patient déjà mises en place dans la dissociation traumatique, dans un but thérapeutique. Selon l'auteur, l'hypnose serait d'autant plus adaptée aux enfants puisqu'ils présentent un imaginaire riche dans lequel ils se plongent spontanément. Mubiri rapporte une rémission de la symptomatologie intrusive, anxieuse et du psoriasis à 5 séances et maintenue à un an. A noter, qu'il n'existait pas de symptomatologie dépressive chez cette patiente. L'auteur concluait suggérant l'élaboration d'études de cohorte afin d'évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie dans l'EPST de l'enfant. (253)

- **Même s'il s'agissait de traumatismes de type I, les événements étaient variés et tous les auteurs ont rapporté une rémission symptomatique maintenue à plusieurs mois.**
- **Pour Friedrich, l'hypnose doit agir sur trois plans : stabilisation voire amendement symptomatique, récupération mnésique et intégration de l'expérience. (288)**
- **Afin de stabiliser le jeune patient, la plupart des auteurs ont utilisé des techniques de renforcement du moi ou *ego-mastering technics*, notamment Peebles (284), Rhue & Lynn (286) ont créé des lieux sûrs en compagnie du thérapeute comme ressources émotionnelles et cognitives.**
- **Les auteurs ont souvent eu recours aux techniques de narration pour la récupération**

mnésique puis pour l'intégration des prescriptions. Peebles (284) a utilisé une restructuration des souvenirs grâce à la place objective du thérapeute et des prescriptions de travail de dépassement ou *working-through technics* telle que l'autohypnose. Rhue & Lynn (286) ont utilisé les ressources créées pour renforcer ses capacités de *coping* afin de débiter une technique de narration des souvenirs traumatiques. Après la narration, Iglesias utilisait la progression en âge avec prescriptions de vision positive de l'avenir. (287)

- A noter que dans les cas de Iglesias (287) et Mubiri (253), des symptômes somatiques (dermatite, douleurs abdominales, psoriasis) ont été résolus suite à l'hypnothérapie.

3.3.2.2 Essais

On ne compte que deux essais de 1991 et 2009.

Celui de 1991 avait été publié par Rhue & Lynn incluant 32 enfants de 4 à 10 ans souffrant d'un ESPT suite à une agression sexuelle. Ils avaient bénéficié de 12 à 25 séances avec un protocole narratif. Sur la base de ce récit, les thérapeutes avaient travaillé un renforcement du moi grâce à l'élaboration de lieux sûrs. Rhue & Lynn concluait à une réduction significative des symptômes intrusifs, maintenue à 1 an. (286)

En 2009, Lesmana avait publié un essai randomisé, contrôlé, en simple aveugle, ayant inclus 226 enfants de 6 à 12 ans, présentant un ESPT selon les critères du DSM-IV. Quarante-huit avaient reçu un traitement dit « thérapie assistée par l'hypnose spirituelle » ou *Spiritual Hypnosis Assisted Therapy* (SHAT), contre 178 contrôles. L'auteur avait effectué une mesure standardisée, en pré et post-traitement. Les mesures de symptomatologie du groupe traité étaient de 77,1 % contre 24 %, à deux ans de suivi. La différence était significative. L'auteur rappelle la propension des enfants aux transes hypnotiques et qu'il y a à prendre en compte la pratique répandue très tôt de la méditation hindoue seul ou en groupe, à Bali. Il décrit un protocole d'induction proche des méditations traditionnelles suivie de suggestions thérapeutiques de renforcement du moi. (289)

- Les deux essais concluaient à une efficacité de l'hypnose dans l'ESPT chez l'enfant, maintenue à 1 an, l'une en plusieurs séances de psychothérapie individuelle et l'autre en une séance unique de groupe.

- **Rhue & Lynn (286) utilisaient des outils usuels de renforcement du soi contrairement à Lesmana (289) qui utilisait un procédé inédit fondé sur une spécificité ethnologique.**

3.3.2.3 Revues de la littérature

Cette recherche a permis de retrouver 3 revues de la littérature (deux de 2005 et une de 2008) évaluant plusieurs thérapies dont l'hypnose ou plusieurs indications à l'hypnose. Ce travail n'a pas permis d'identifier une revue portant uniquement sur l'hypnose dans cette indication.

En 2005, Diseth & Christie avaient publié une revue de la littérature, dans les bases PUBMED et PSYCHINFO, retrouvant 465 articles, portant sur le diagnostic, les traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques de l'ESPT chez les enfants et les adolescents. Le nombre d'articles concernant l'hypnose n'est pas précisé. Les auteurs ne pouvaient conclure à la supériorité d'une thérapie sur l'autre entre l'hypnose, l'EMDR, les TCC, le biofeedback. Ils évaluaient aussi différentes combinaisons possibles qui seraient un choix clinique probablement, pour eux, plus efficace. (290)

La même année Adler-Nevo & al. ont fait paraître une revue de la littérature portant sur les traitements psychothérapeutiques d'enfants victimes d'un traumatisme unique incluant 10 études dont 2 sur l'hypnose. Ils concluaient au manque d'études de forte puissance mais suspectaient un effet thérapeutique, particulièrement au cours de l'âge de latence. (291)

En 2008, Huynh & al. présentaient une revue de 58 articles traitant de l'efficacité du traitement des ESPT chez l'enfant dont 2 sur l'hypnose. Ils rapportaient que l'intérêt de cette thérapie réside dans son faible coût, qu'elle tire parti des ressources spécifiques de la population pédiatrique et des mécanismes psychopathologique de l'ESPT. Les auteurs proposaient 3 modèles thérapeutiques : deux modèles utilisaient des étapes différentes visant la réintégration et la réorganisation mnésiques des souvenirs traumatiques ; le dernier modèle associait à l'hypnose, les TCC et la psychoéducation. (292)

- **Diseth & Christie (290) supposaient que des combinaisons entre l'hypnose, l'EMDR, les TCC, le biofeedback seraient probablement, plus efficaces. De même, Huynh & al. (292) proposaient d'associer à l'hypnose, les TCC et la psychoéducation.**
- **Diseth & Christie (290) ne trouvaient pas de supériorité d'une thérapie. Malgré un**

manque d'études de forte puissance, Adler-Nevo & al. (291) suspectaient un effet thérapeutique, surtout au cours de l'âge de latence.

- Pour Huynh & al. (292) l'intérêt de l'hypnothérapie réside dans son faible coût, qu'elle tire parti des ressources spécifiques des enfants et des mécanismes de l'ESPT. Ils synthétisent avec un modèle : réintégration et la réorganisation mnésiques.

4 Discussion

4.1 **Pratique fondée sur les preuves**

4.1.1 **Les TCC**

4.1.1.1 Intérêts

Grâce à une littérature d'indice de confiance élevé, les TCC dont les TCC-FT ont prouvé leur efficacité à long terme, sur les symptômes (100–108) et les comorbidités (100,105,109,110) de l'ESPT (comportements sexuels inappropriés, symptômes dépressifs et anxieux), quel que soit le type d'exposition. (107) Il s'agit d'une pratique fondée sur les preuves que l'OMS et l'INSERM recommandent en premier lieu et à égal titre avec l'EMDR. (73,131) Cette thérapie est adaptée aux enfants. Le jeune âge et peu de comorbidités étaient de meilleur pronostic. (117)

L'inclusion des parents était non seulement possible mais a prouvé être un élément crucial. Keeshin & Straw (117) préconisaient des modules de psychoéducation et de développement des aptitudes parentales, accompagnés de relaxation. Les protocoles peuvent être adaptés en incluant différents modules pour différents objectifs notamment : la qualité du *parenting*, la régulation de la triade pensées-émotions-comportements, la relaxation et gestion de la réponse corporelle au stress (117) mais aussi un travail psychosocial en lien avec les travailleurs sociaux (118). Cette thérapie présente donc une riche palette d'outils permettant des actions dans différents champs selon la situation clinique. Il existe différents protocoles selon ces situations : en groupe, en individuel ou pour les urgences. (Voir tableau n°4).

Il s'agit donc une prise en charge complète dont la pratique repose sur des preuves scientifiques établies.

4.1.1.2 Limites

Cependant, il semble peu adapté d'utiliser un nombre limité de protocoles dans des situations

cliniques très variées. Surtout chez les plus jeunes enfants où parfois le développement peut être inégal voire perturbé du fait même du contexte clinique et des conséquences de l'ESPT. L'adaptabilité des protocoles est donc à questionner pour ces enfants présentant un profil différent ou impliqué dans des situations cliniques complexes.

L'efficacité des TCC était limitée en présence de comorbidités et d'un *parenting* de mauvaise qualité. (113) Il serait légitime de suspecter qu'il existe une corrélation positive entre ces profils particuliers, comorbidités et *parenting* de mauvaise qualité voire situation sociale précaire. D'une part, il s'agit probablement du profil de patient nécessitant le plus de soins. D'autre part, l'accès aux soins est toujours plus difficile pour une population en situation de précarité. Le ou les adultes en charge de l'enfant peuvent ne pas être toujours disponibles ou sensibilisés à l'intérêt d'une psychothérapie pour celui-ci. La question de la diffusion de la thérapie et du *screening* des enfants concernés reste fondamentale.

Les principales limites des TCC dans l'ESPT de l'enfant semblent être décisionnelles et structurelles : quels outils (de dépistage, de diffusion, des éléments thérapeutiques) pour quels profils de patients ? Comme d'autres limites comme celle de l'offre de soin, celles-ci peuvent probablement se retrouver dans le cadre d'autres psychothérapies et seront abordées dans le paragraphe transversal.

4.1.1.3 Ouvertures

Une collaboration avec les acteurs sociaux et tous ceux qui travaillent dans le domaine de l'enfance, tel que les enseignants, semble être un enjeu majeur. (118) Une sensibilisation adaptée à la clinique traumatique et aux intérêts d'une thérapie permettrait un meilleur *screening* en général mais aussi des populations à risque. Notamment pour ces profils d'enfants et adolescents, un diagnostic de la situation doit être fait dans sa globalité afin de proposer des interventions adaptées. Kinniburgh & al. proposent le modèle ARC permettant une analyse fine et complète des besoins du jeune patient. (90–95)

Plus que des protocoles adaptés, Yule (293) comme Cohen & al (111) encourageaient l'évaluation des différents modules, éléments de chaque protocole et autres interventions telles que les actions sociales. Il s'agit d'épurer les outils selon leur intérêt et d'évaluer de nouveaux voire certains déjà présents naturels ou culturels. (114) Le but serait une combinaison unique à chaque patient d'éléments issus d'une « trousse à outils » d'éléments thérapeutiques évalués. Structurer la thérapie ainsi permettrait une bien meilleure adaptabilité à chaque situation avec une pratique fondée sur les preuves.

Ces éléments sont complexes et nécessitent une formation et une coordination des différents acteurs. La formation et la pratique des cliniciens en psychothérapie reste inégale et plus encore des autres acteurs. D'une part, une formation initiale puis continue adaptée aux différents acteurs selon leur implication semble nécessaire. Les auteurs proposaient des outils à distance ou en ligne de formation. D'autre part, la mise en place d'interventions en milieu scolaire ou en structure d'accueil permettrait la diffusion aux populations les plus défavorisées en termes d'accès aux soins.

Des études doivent encore être réalisées afin d'affiner les outils déjà présents en fonction des profils développementaux, dans les protocoles de TCC/TCC-FT et d'en intégrer de nouveaux pour une pratique fondée sur les preuves et adaptée à la singularité et l'ensemble de la situation clinique ; dans laquelle le modèle ARC pourrait être une aide précieuse. Néanmoins ce modèle est exigeant et nécessite d'une part une formation initiale et continue de l'ensemble des acteurs autour de l'enfant et surtout des cliniciens pour un travail coordonné et d'autre part une approche plus *in vivo* des populations à risque.

4.1.2 L'EMDR

4.1.2.1 Intérêts

La thérapie EMDR a été fondée spécifiquement pour la guérison de l'ESPT comme les TCC-FT, contrairement aux TCC habituelles et à l'hypnose. L'EMDR est rapidement devenu une pratique fondée sur les preuves, recommandé par L'APA (129), le NIHCE (130) et l'OMS (131).

D'une part, l'ensemble des études rapportées dans ce travail étaient en faveur de l'efficacité de l'EMDR dans le traitement des symptômes de l'ESPT de l'enfant et l'adolescent surtout des reviviscences, avec un maintien du gain à long terme. D'autre part, il semble comme le suspectent certains auteurs tels que Jaberghaderi & al. (186) et pour Roos C. (191) que ce gain soit atteint plus rapidement qu'avec d'autres thérapies, notamment les TCC selon Flemming. (195) Soberman retrouve une réduction symptomatique significative dès 3 séances d'EMDR.

En individuel, Hensel (190) a montré que des enfants d'1 an et 9 mois pouvaient tirer les mêmes bénéfices du traitement que des enfants d'âge scolaire. Monteiro & al., à voir dans la partie dédiée aux protocoles, rapporte un cas avec une efficacité d'un protocole narratif dès 10 mois. (294) En groupe, le protocole IGTP a démontré son efficacité, dès 7 ans, dans des situations de catastrophes naturelles ou

humaines. (194) L'EMDR a apporté des preuves de son efficacité même chez les très jeunes enfants, en individuel et chez les enfants d'âge scolaire en groupe.

Francine Shapiro proposait aux cliniciens de poursuivre l'évaluation des éléments du protocole afin de maintenir l'affinement continu. (295) L'innovation et l'évaluation des outils thérapeutiques du protocole devenu classique mais aussi d'autres protocoles fait donc partie des « gènes » de cette thérapie. Il existe de nombreux protocoles dits scriptés adaptés à de nombreuses situations. (Voir tableau 4) Certains permettent d'inclure les parents, comme pour les TCC/TCC-FT. Plus encore, avec le concept de boîte à outils, Knipe J. propose qu'une bonne connaissance du modèle TAI par le clinicien lui permette une grande capacité d'adaptation à chaque cas voire pour chaque séance. (152–155)

La thérapie EMDR est une pratique fondée sur les preuves empiriques et reconnues pour son efficacité dans l'ESPT, dès 10 mois à 1 an en individuel et d'âge scolaire en groupe, surtout sur la symptomatologie intrusive et ce probablement plus rapidement que des formes autres de thérapie. La formation des cliniciens au TAI leur permet d'en disposer comme d'une boîte à outils, en reconstruction perpétuelle grâce aux auteurs et aux autres cliniciens.

4.1.2.2 Limites

Il existe une littérature portant sur la neurophysiologie de l'EMDR, mais les avis semblent disparates. Il semble difficile d'avoir une vision synthétique des mécanismes en jeu, même si les idées principales évoquent un état REM-like physiologique et/ou une dépression de la réponse noradrénergique liés aux SBA.

Gillies & al. retrouvaient des résultats non significatifs dans les scores généraux de l'ESPT et sur les symptômes d'hypervigilance et d'évitement. (196) De même, Adler-tapia (193) et Jarero (194) rappellent que l'efficacité de l'EMDR n'a pas encore été démontrée dans d'autres indications y compris sur les comorbidités de l'ESPT telles que les troubles du comportement ou les symptômes dépressifs. Une pratique fondée sur les preuves quant au traitement des comorbidités de l'ESPT et certains de ses symptômes reste à démontrer.

À l'image des publications retenues et traitées au cours de la recherche bibliographique et des deux arguments précédents, l'EMDR semble être un peu moins documenté que les TCC/TCC tant sur le plan théorique, que sur l'évaluation de son efficacité.

Comme pour les TCC, l'aspect fixe des protocoles dit scriptés notamment du protocole classique peut limiter l'adaptabilité du traitement dans certaines situations complexes.

Le concept d'affinement continu suggère que l'EMDR reste une thérapie s'adaptant et fournissant de nouvelles données à la science. Cependant, on peut se demander d'une part si cette implication des cliniciens durera dans le temps ou si elle ne relève que d'un « effet de mode » et d'autre part questionner l'objectivité des données.

Le rationnel biologique de l'EMDR et son efficacité thérapeutique en dehors du syndrome intrusif continue de faire débat. Même s'il existe un affinement continu, on peut se demander si l'implication des cliniciens continuera de faire évoluer l'EMDR y compris dans sa capacité d'adaptation aux situations les plus complexes.

4.1.2.3 Ouvertures

L'idée d'affinement continu et la nécessité d'établir des pratiques fondées sur les preuves devraient orienter les futurs auteurs notamment à poursuivre l'investigation des mécanismes neurophysiologiques, évaluer les différents outils et protocoles dans des indications plus élargies afin d'apporter de nouveaux arguments tels que le ressenti d'amélioration subjective du patient ou la mesure de la rapidité de la régression des symptômes.

Flemming proposait la sensibilisation des cliniciens à utiliser l'EMDR comme un élément d'un « package thérapeutique multimodal ». (195) L'évaluation des outils et protocoles devrait fournir un panel pour la « boîte à outils » du clinicien afin qu'il puisse coller aux singularités de la clinique du patient mais aussi faire preuve d'inventivité. Probablement, aucune étude n'a jusque-là comparé différentes thérapies en termes de possibilités d'inventivité permises. Peut-être que l'appréciation subjective des cliniciens devrait être au cœur de cette évaluation ?

Newman & al. suggéraient davantage de recherches évaluant l'efficacité des psychothérapies à mettre en rapport avec leurs ratio coût/efficacité et leurs capacités de diffusion. (197) Comme d'autres thérapies, la diffusion de l'EMDR au sein des cliniciens est limitée par leur implication personnelle. Il n'existe pas de formation initiale de clinicien incluant l'EMDR, en France. L'inclusion d'un rudiment pratique en EMDR dans la formation initiale permettrait une ouverture à des formations plus poussées pour les cliniciens et à

l'élargissement de l'offre de soins de l'ESPT notamment des enfants et adolescents, en France. Ensuite, l'élaboration d'auto-protocole ou de l'utilisation d'appareil ou des nouvelles technologies permettrait également un élargissement de cette offre.

Les patients souffrant d'ESPT et de ses comorbidités bénéficieraient davantage de recherches évaluant l'EMDR comme pratique fondée sur les preuves dans des indications plus larges. L'affinement et l'accumulation des données de la science sur les différents outils et mécanismes de l'EMDR permettrait l'établissement d'un panel d'outils évalués laissant cours à l'adaptabilité et l'inventivité des cliniciens pour répondre à la singularité de la clinique. Une base pratique dans la formation initiale des cliniciens permettrait un meilleur accueil d'un « spectre » des pathologies psycho-traumatiques et la liberté aux cliniciens d'approfondir leurs aptitudes.

4.1.3 L'hypnose

4.1.3.1 Intérêts

Les essais (289,296) apportaient des preuves de l'efficacité de l'hypnothérapie dans les symptômes de l'ESPT chez l'enfant et l'adolescent avec maintien du bénéfice à long terme, en individuel comme en groupe. Les revues (291,292,292) permettaient de suspecter un effet thérapeutique dans cette indication, plus particulièrement marqué pour les enfants à l'âge de latence.

De nombreux auteurs évoquent l'intérêt du renforcement du soi par de nombreuses techniques permettant la mise en œuvre de ressources afin de réaliser un *coping* et un retraitement des souvenirs traumatiques. Friedrich propose sur trois champs : stabilisation voire amendement symptomatique, récupération mnésique et intégration de l'expérience. (288)

Les rapport de cas (253,287) décrivaient la résolution de symptômes somatiques (dermatite, douleurs abdominales, psoriasis) ou comportementaux (énurésie, comportements inappropriés), d'apparition concomitante aux symptômes de l'ESPT, dans le même temps grâce à l'hypnothérapie. Il existe donc des suspicions quant à l'efficacité de l'hypnothérapie dans le traitement des comorbidités lié à l'ESPT.

Pour Huynh & al. (292) comme de nombreux auteurs, l'intérêt de l'hypnothérapie réside dans son faible coût et sa pertinence puisqu'elle tire parti des ressources spécifiques des enfants et des mécanismes de l'ESPT. Elle peut également tirer parti des spécificités culturelles comme Lesmana (289) qui utilisait un

procédé inédit. A l'image du commentaire de Milton Erickson : « Je fais feu de tout bois. », l'hypnose semble pouvoir tirer parti de la singularité de la clinique.

Des arguments de l'efficacité de l'hypnothérapie dans l'ESPT chez l'enfant et l'adolescent orientent bien vers un bénéfice maintenu à long terme, en individuel comme en groupe et probablement également sur des comorbidités comme les somatisations et les troubles du comportement. C'est la mise en œuvre grâce à l'hypnose de ressources pour le patient qui semble lui donner cette portée thérapeutique. Elle semble aussi pouvoir tirer parti de la singularité de la clinique et donc être un outil intéressant dans les cas complexes.

4.1.3.2 Limites

L'hypnose est la plus ancienne des thérapies évaluées dans ce travail et préexistait à la médecine fondée sur les preuves et aux concepts psychopathologiques actuels. Il peut donc être légitime de s'interroger sur sa réalité clinique. D'un point de vue théorique, on constate de nombreux modèles théoriques dits d'écoles ou d'avis d'expert disparates.

Malgré une forte suspicion de son efficacité, les éléments issus des résultats de ce travail ne retrouvent pas suffisamment d'arguments pour catégoriser l'hypnothérapie comme une pratique fondée sur les preuves.

Comme les autres thérapies vues précédemment, l'offre de soins y correspondant reste limitée par la formation et l'expérience des cliniciens d'une part et l'avis des demandeurs de soins qui orientent l'enfant dépisté avec un ESPT.

La réalité clinique et thérapeutique de l'hypnose n'est pas suffisamment argumentée pour en faire une pratique fondée sur les preuves. L'offre et la demande de soins quant à cette thérapie semble ne pas toujours être fondée sur un rationnel scientifique.

4.1.3.3 Ouvertures

L'hypnose est fondée sur une praxis thérapeutique. Les bases théoriques qui cherchent à l'étayer peuvent sembler en désaccord mais ce « re-questionnement » régulier permet d'améliorer nos connaissances sur l'hypnose. Des études devraient être envisagées afin d'apporter des précisions sur les paradigmes envisagés comme le DMN.

Pour Milton Erickson ce praxis est la « guidance intelligente » (297) du thérapeute qui associée à la capacité de l'hypnose de tirer parti de tout élément permet une grande adaptabilité aux patients les plus complexes à traiter.

Une plus large littérature de fort indice de confiance permettrait éventuellement de valider l'hypnose ou certains outils hypnothérapeutiques comme pratique fondée sur les preuves. Ainsi, comme le supposent Diseth & Christie (290) ou Huynh & al. (292) des combinaisons entre l'hypnose, l'EMDR, les TCC, le biofeedback, TCC et la psychoéducation, seraient d'autant plus efficaces même dans ces cas complexes.

D'une part, davantage d'investigations cliniques et théoriques bien menées scientifiquement et d'autre part une formation théorique et pratique de qualité pour les cliniciens permettraient la validation de l'hypnose ou d'outils à intégrer à une pratique variée. Cette pratique serait d'autant plus intéressante dans les cas complexes d'ESPT chez l'enfant et l'adolescent.

4.2 Aspects pratiques

Dans cette partie seront discutés les orientations cliniques selon les situations pratiques rencontrées régulièrement par les cliniciens. Pour plus de compréhension, les situations cliniques seront distinguées selon des critères liés aux patients, liés aux cliniciens puis liés à la thérapie. Il s'agit d'une boîte à outils, dans l'idée de Knipe J.

Le tableau n°4 représente une aide décisionnelle dans le choix de la psychothérapie.

4.2.1 Lié au trauma

Certaines situations concernent les événements récents ou la phase post-immédiate. Il s'agit de situations d'urgence et peuvent concerner un groupe de personnes comme après une catastrophe naturelle ou un attentat ou concerner un patient unique pour lequel il existe alors une indication de la psychothérapie curative de l'état de stress aigu et préventive de l'ESPT.

- **Protocoles d'urgence pour intervention individuelle :**

- **TCC/TCC-FT :**

- En 2004, Cohen & al. proposaient un **protocole de TCC-FT** donnant des techniques de

gestion du stress, des émotions et un renforcement affectif avec les parents. (298,299) Les auteurs présentaient **son efficacité et son adaptabilité au développement**. (299)

- En 2006, Cohen propose le **protocole PRACTICE** avec narration via la création d'un livre, discuté avec les parents pour favoriser **l'affirmation et la confiance en soi**. Il a fait ses preuves dans les **abus** avec problématique de confiance et d'impuissance. (300,301).
- Les **TCE** promeuvent l'initiative des stratégies de *coping* chez les parents et l'enfant. Le thérapeute y promeut **l'écoute active, l'empathie et encourage l'expression des émotions**. Il propose des informations **psychoéducatives sur les abus sexuels**.(300,301)

○ **L'EMDR :**

Brennstuhl & Bassan soulignent que cette thérapie s'est positionnée comme thérapie curative de l'EPST et non pas de l'ESA, ni préventive de l'ESPT. Néanmoins, il existe à une littérature en ce sens. Ces protocoles ont été adaptés in vivo aux enfants par les cliniciens dans les temporalités suivantes :

- **Phase immédiate :**
 - Quinn & al. publiaient en 2009, le protocole de réponse d'urgence ou ***Emergency Response Protocol (ERP)*** permettant d'intervenir immédiatement après l'évènement, y compris même lorsque le patient est **sidération et incapable de dialoguer**. (302,303)
 - Guedalia & Yoeli ont développé en 2003, un protocole en **service d'accueil des urgences** : le ***EMDR-Emergency Room*** (EMDR-ER). Il permet également de traiter les patients en **état de sidération**. (304)
- **48-72h :**
 - Shapiro F. a élaboré en 1995, le **Protocole d'évènements récents ou *Recent Event protocol (REP)*** se rapprochant de l'EMD axant vers la **désensibilisation**.
 - En 2008, Kutz, Resnik & Dekel proposaient le « **protocole abrégé** » se focalisant sur **l'élément le plus perturbant** de l'évènement. Un recueil systématique a apporté des

preuves de son efficacité. (305)

- En France, Tarquinio & al. proposaient, en 2012, un protocole pour les victimes de viol : **URG-EMDR**. Ce **protocole « épuré »** nécessiterait **moins de deux heures** pour une réduction symptomatique et prévenir de la chronicisation. (306)

- Le **protocole des événements récents** ou *Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP)* élaboré par Shapiro E. & Laub, de 2008, considère l'évènement récent comme un trauma en cours. Il débute de manière **narrative** et **oriente en individuel les patients le nécessitant**. Le patient recherche les points de perturbation à retraiter. Selon Kunuk & al., **deux à quatre de ces cibles sont nécessaires** pour une amélioration significative. Le R-TEP est le protocole d'urgence faisant **référence internationalement**. (124,307–309)

- **L'hypnose :**

Il semble exister moins de travaux que pour les protocoles EMDR et TCC. L'hypnose notamment ericksonienne repose sur la spontanéité et l'utilisation des ressources propres du patient. L'élaboration de protocoles reproductibles pourraient donc lui sembler antithétique. (203,254)

Cardena et Friedrich & al étayent une approche en trois phases de Brown & al., incluant : (1) stabilisation et suppression des symptômes, (2) restitution et (3) réintégration du souvenir. Pour Friedrich, l'approche n'est pas linéaire et nécessite régulièrement des interventions sur l'environnement de l'enfant. (285,310,311)

Comme les protocoles d'EMDR et de TCC/TCC/FT, le renforcement du moi est déterminant dans chaque phase et emploie différentes techniques ou stratagèmes comme le jeu voire l'autohypnose. La reconnaissance des émotions ou cognitions perturbantes avec une gestion des souvenirs permettent le coping nécessaire à la réintégration. L'hypnose peut être le traitement principal ou un adjuvant.

La temporalité ne semble pas être un facteur discriminant dans la stratégie clinique. Pour Friedrich, la spécificité des symptômes présents semble plus importante. Il concluait à la nécessité d'en connaître les

spécificités chez l'enfant. Il fait référence aux abréactions notamment difficultés d'adhésion voire des phénomènes dissociatifs « sauvages », dues au débordement émotionnel. (246,285,311)

L'adaptabilité à la singularité de l'hypnose semble s'opposée à la standardisation. Les trois phases : (1) stabilisation, (2) restitution et (3) réintégration schématisent un traitement bien conduit. Les interventions sur l'entourage sont aussi importantes que les autres stratégies de renforcement du soi. L'hypnose peut être un traitement adjuvant ou princeps dans le travail cognitif et émotionnel des souvenirs traumatiques, quelle que soit l'antériorité du trauma. Il est fondamental d'en connaître les spécificités cliniques chez l'enfant. Les résultats apportés par l'hypnose sur la prise en charge des abréactions seront discutés dans le paragraphe concerné.

- **Protocole de groupe :**

En France, les Cellules d'Urgence Médico-psychologiques (CUMP) avaient été créées en 1995, promouvant des soins précoces afin de prévenir d'éventuelles séquelles. Les CUMP réalisaient un traitement en groupe, souvent limité à trois séances, incitant à la verbalisation post-immédiate : le "*débriefing*" ou bilan psychologique de l'événement. (312–315) Cette pratique reste la référence dans cette indication, en France.

Pour Cohen & al. cette thérapie ne permet pas de construction narrative suffisante à un retraitement cognitif, ni un traitement de la composante parentale. (316). Van Emmrick & al et Tarquinio & al. concluent eux à une inefficacité du *débriefing*. (317,318) En 2013, l'OMS a fait paraître ses recommandations, en faveur des TCC et de l'EMDR mais n'indiquait pas le *débriefing*.

- **Protocoles de TCC en groupe :**

Ils sont utilisés en situation d'évènements récents, se composent de : psychoéducation, expositions imaginaires voire in vivo, restructuration cognitive et gestion du stress. (319)

- En 2013, Cohen & al. et O'Callaghan & al. évaluaient les TCC-FT chez des adolescents **victimes de la guerre et d'exploitation sexuelle**. Le protocole comporte des modules en groupe : de **psychoéducation** sur le viol et la loi, de **gestion du stress** grâce au **triangle émotion-pensées-comportements** et à des narrations. Il comprenait également

un travail cognitif par **3 sessions individuelles**. Le protocole durait 5 semaines. Les patients bénéficiaient de séances de 2 heures sur 3 jours par semaine, sur le lieu scolaire par 3 thérapeutes. (320)

- Le projet d'évaluation et de traitement : « Fleur-de-lys » avec Cohen, Joycox & al. leur avait permis de publier plusieurs articles en 2009 et 2010, sur un protocole de groupe de TCC-FT : le **CBITS**. Cette intervention en **milieu scolaire** compte **10 sessions de groupe et 1 à 3 sessions individuelles**. (321,322)
- Kataoka & al. présentaient en 2003, un article évaluant un **programme de santé mentale pour les immigrés, *Mental Health for Immigrants Program* (MHIP)**. Huit sessions étaient réalisées, en **classe primaire**, sur 198 écoliers d'origine hispanique. Ce protocole a prouvé son efficacité dans l'**ESPT** et les **dépansions secondaires aux traumatismes liés à l'immigration**. (323)

○ **En EMDR :**

- Jarero & al. ont développé, en 1997, le **protocole intégratif de groupe soit *Integrative Group Treatment Protocol* (IGTP)** ou protocole de groupe câlin-papillon. (324–327) Ce protocole est adapté à un **grand nombre** de personnes, dans les 48h après l'évènement et avait été élaboré **spécifiquement pour les enfants**. Il utilise le **dessin des scènes traumatiques** avec des SBA en tapping : le « **câlin papillon** ». Néanmoins, ce protocole ne permet que de traiter **une scène à la fois**. (328)
- En 2010, Jarero & Artigas avaient développé le **protocole PRECI** pour les **traumas en cours**. Il s'agit d'une modification du protocole de Shapiro F. des événements traumatiques récents. (325)
- En 2012, Shapiro E. publiait sur le « **protocole des quatre éléments** », s'appliquant également à des **enfants plus âgés** et traiter **des événements toujours en court**. (329–331) Il débute par un **screening des patients nécessitant une prise en charge individuelle** d'emblée. L'inconvénient de ce protocole est qu'il ne peut concerner que

des **groupes réduits**. Ce protocole est considéré comme la **référence au niveau international**, dans le traitement en groupe du traumatisme de l'enfant. (328)

- **En hypnose :**

- Lesmana évaluait sur deux groupes d'enfants **d'âge scolaire** souffrant d'ESPT, le protocole « SHAT », ne se composant que **d'une seule séance d'une trentaine de minutes** avec une **efficacité significative**. Cependant, l'auteur suppose que les états méditatifs, proches des EH, étaient courants chez les enfants balinais hindous. (289) Ce protocole nécessiterait donc une adaptation pour être appliqué à des enfants occidentaux.

4.2.1.1.1 Liés au patient et sa famille

Kerig & al. soulignent qu'une pratique fondée sur les preuves devrait être appliquée avec flexibilité et en réponse aux caractéristiques culturelles, au niveau de développement et aux besoins spécifiques de la famille du jeune patient souffrant d'ESPT. (332)

4.2.1.1.1.1 Lié à l'âge

Le clinicien peut se retrouver confronter à des situations diverses et devoir faire l'évaluation diagnostique et surtout traiter de très jeunes patients voire des nouveau-nés. Pour Solter & al., il existe une forme de mémoire à long terme très tôt dans la vie, accessible au rappel verbal pouvant « traverser la barrière du langage ». (333) Cohen & al. décrivent la réaction traumatique chez l'enfant de moins de 2 ans, comme une « sensation d'absence » avec des troubles du sommeil, des modifications des modalités alimentaires, des régressions de la continence, de la verticalité ou encore des difficultés à être réconforté. (334) Pour ces plus jeunes patients parfois nouveau-nés, il existe des protocoles ou des adaptations selon leurs capacités.

- **En TCC-FT :**

- Dans son article de 2010, Jason & al précisaient que les enfants de moins de 3 ans nécessitent des adaptations comme **l'implication des parents** avec l'apprentissage de compétences pour la **gestion des comportements** de l'enfant. (335) D'autres auteurs comme Cohen, Pynoos ou Layne avaient publié des recommandations en ce sens, dès les années 2000, avec des **séances de groupe « famille » parallèlement aux des séances**

individuelles avec l'enfant. L'objectif travaillé était **l'acceptation par les parents de ce que traverse l'enfant** et avec lui, la **tolérance aux affects** et le **développement de ses capacités sociales.** (334)

○ **En EMDR :**

- Monteiro & al. décrivaient une intervention humanitaire, dans son article de 2014, sur une population traumatisée par des inondations. Des enfants de moins 3 ans et des nouveau-nés, avaient bénéficié d'une adaptation du **protocole narratif**. La **mère faisait le récit** pendant que des **SBA étaient appliquées sur leurs pieds**. Les auteurs rapportaient une **amélioration immédiate** des troubles du sommeil chez un **nourrisson de 10 mois** et d'angoisses de séparation avec la mère d'un **enfant de 2 ans.** (294)

○ **En hypnose :**

- Selon Gardner, l'hypnothérapie dépend des **capacités à répondre à l'induction verbale ou aux tests de suggestibilité** qui ne seraient pertinents qu'à partir de 5 ans. Cependant, il rapporte que d'autres auteurs décrivent des phénomènes hypnotiques chez des enfants beaucoup plus jeunes liés à des **stimuli tactiles et des mouvements stéréotypés**. D'autre part, il constate l'effet de suggestions post-hypnotiques avant 2 ans. (336) Ces éléments rappellent l'**immobilité réflexe** ou hypnose animale reproductible chez différentes espèces grâce à des stimuli identiques. (337) L'article de Solter ouvre la possibilité via rappel verbal de mettre en jeu des souvenirs traumatiques très précoces. (333) Il serait donc intéressant d'évaluer **cette forme d'induction via des stimuli corporels stéréotypés associée à un retraitement. Les stratégies employant la narration peuvent sembler judicieuses**, dans l'hypnothérapie de l'ESPT chez les plus jeunes.

4.2.1.1.1.2 Lors d'un débordement émotionnel

L'adhésion de l'enfant au traitement peut être mise à mal. Il peut verbaliser un refus ou éviter passivement le traitement, s'agiter voire se montrer violent. Il paraît alors légitime au clinicien de se poser la question d'une anxiété anticipatrice et d'un débordement émotionnel. C'est probablement l'abréaction la plus fréquente pour laquelle il existe différents outils.

- Dans le registre des TCC-FT :
 - Dans son article de 2009 de Terr L.C. propose de voir l'abréaction comme une forme de guérison. Elle propose également : la **correction comme les moyens imaginaires ou réels de traiter ces émotions** et le **contexte comme mise en perspective dans l'histoire personnelle** accompagnée d'une **compréhension aidante face aux évènements** potentiellement traumatisants. Terr L.C. rappelle les apports de David Levy sur la thérapie par le jeu. (338) Nash & Al. rappellent que la thérapie par le jeu reste une **catharsis émotionnelle médiée par les jeux**, efficace dans l'ESPT de l'enfant. (339) Slade & Russell précisent son efficacité sur les comportements problématiques socialement, lors de la thérapie ou pour l'enfant lui-même. (340) Wilson & al. proposent de combiner le psychodrame aux TCC. (341) Enfin, l'emploi de **séances avec des parents** bienveillants avec un lien de qualité à l'enfant permet d'obtenir une ressource supplémentaire prévenant les abréactions.

- En EMDR :
 - L'abréaction indique souvent que le patient est en-dehors de sa fenêtre thérapeutique et qu'il nécessite des ressources supplémentaires pour mener à bien le retraitement. Deux outils simples sont utilisés par les cliniciens : le **changement d'orientation ou de type de SBA** et le **tissage cognitif**. Si le patient peut poursuivre les SBA oculaires un changement d'orientation ou le passage à un autre type de SBA peut permettre la reprise du retraitement. (124) Si certains indices le permettent, le clinicien peut procéder au « tissage cognitif » de deux informations afin de poursuivre les associations. (342,343) Si l'état du patient le permet, le clinicien peut interrompre le retraitement pour **remanier le plan de traitement** et reprendre à une phase du protocole judicieuse ou **discuter des éléments bloquants**.
 - Enfin, pour les patients les plus fragiles, il peut être judicieux que le plan de traitement suive le cadre de travail dit **ARC décrit par Kinniburgh & al**, comme vu, dans la partie résultats, concernant les modèles TCC. (95)

○ En hypnose :

- Friedrich propose, dans son article de 1991, des techniques hypnotiques afin d'aider l'enfant à réguler ses émotions : le **développement du soi**, ou *ego mastering*, les « **lieux sûrs** » et le **jeu en miroir** ou *mirroring*. Pour l'auteur chez l'enfant, l'imaginaire est plus efficace que l'introspection. Friedrich demande à l'enfant de visualiser un soi idéal comme « être une rock star » constituant alors un « lieu sûr » ou une ressource. Dans le *mirroring*, le thérapeute imite l'enfant afin d'une part de lui donner un point de vue externe et d'autre part lui montrer la démarche d'empathie du thérapeute. (285)
- Comme cité précédemment, dans ce même article, Friedrich proposait l'hypnothérapie comme solution aux phénomènes dissociatifs dits « sauvages » dans la phase immédiate post-traumatique ou au cours du traitement. Il serait donc légitime d'évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie sur ce type d'abréaction. (285)

4.2.1.1.2 Lié à la thérapie

Deux options pourraient être proposées. La première peut en revenir à choisir une thérapie selon les préférences et la formation du clinicien. Néanmoins hiérarchiquement, les TCC notamment les TCC-FT et l'EMDR, reconnues comme fondées sur les preuves et références dans le traitement de l'ESPT devraient être principes dans cette indication. En second lieu, l'hypnose ne présente pas suffisamment d'arguments pour en faire une pratique fondée sur les preuves. (216)

Une seconde option serait celle de Diseth & Christie qui proposent une interactivité des psychothérapies afin de tirer parti des spécificités de chacune selon les situations cliniques l'exigeant. (290) Ainsi, le rationnel serait d'utiliser chaque thérapie dans le domaine où elle semble la plus appropriée. Les résultats de ce travail rapportaient que les TCC avaient prouvé leur efficacité y compris sur les comorbidités de l'ESPT. Cette thérapie compte de nombreux outils afin de développer les ressources des jeunes patients et de leur entourage. Il existe des protocoles en individuel et en groupe mais ils s'adressent principalement à des thérapies de suivi et peu à des situations d'urgence. Il conviendrait donc d'avoir recours au TCC plutôt dans les suivis individuels ou de groupe, surtout si les patients présentent des comorbidités.

L'EMDR a également apporté des preuves de son efficacité, mais plutôt sur le syndrome intrusif.

Certaines études rapportent une rapidité d'efficacité au moins supérieure aux TCC. Il existe de nombreux protocoles individuels et de groupe adaptés à diverses situations, notamment aux urgences. Contrairement aux TCC, son efficacité sur les comorbidités, notamment les éléments dépressifs, n'est pas démontrée. Le panel d'outils de développement des ressources est issu des TCC mais est plus limité. Il serait donc légitime de proposer l'EMDR aux situations d'urgence ou les cas nécessitant une stabilisation rapide avec une prévalence des symptômes intrusifs.

L'hypnose n'a pas prouvé son efficacité de manière empirique mais des avis d'experts comme Erickson ou Friedrich, vus dans la partie résultats, évoquent son adaptabilité à la singularité de la clinique et aux abréactions. Son efficacité serait à évaluer dans les cas les plus particuliers où les TCC et l'EMDR ont été peu ou pas évalués. Ces situations cliniques devraient être rares mais les complications pourraient probablement être majeures pour ces patients tels que ceux souffrant d'abréactions avec d'autres psychothérapies ou présentant une dissociation majeure (fugue dissociative, amnésie ou somatisations, etc...).

4.3 Remarques transversales

4.3.1 Facteurs aspécifiques

4.3.1.1 Relation thérapeutique

Certains auteurs ont évalué le rôle des facteurs aspécifiques aux types de psychothérapies. Chatoor I. & Kurpnick J. concluent à trois facteurs aspécifiques majoritairement influents : l'alliance thérapeutique, les compétences du thérapeute et l'adhésion du patient aux modalités de la thérapie. (344) Les compétences du clinicien reposent essentiellement sur sa formation, « son entraînement » et son implication. Probablement, le meilleur atout pour améliorer l'adhésion du patient est son information par le clinicien. Il est primordial de donner une information adaptée et la plus complète possible pour une alliance thérapeutique de qualité.

En effet, des auteurs dont Kurpnick J. (344,345), Horvath A. O. (346–351) ou Karver M. (352,353) ont évalués le rôle de l'alliance thérapeutique et concluent à sa contribution comme non négligeable. Elle reposerait surtout sur l'investissement du patient, indépendamment du type d'intervention ou de sa durée. (346) Ces auteurs suggèrent de déterminer et évaluer les éléments permettant d'établir une alliance thérapeutique forte et certains dont Gaston L. proposent différentes échelles de mesure, notamment les California Scales. (354)

Cependant, pour Lambert & al. le perfectionnement des psychothérapies ne permet que d'améliorer

la capacité du clinicien à créer une relation thérapeutique adaptée sur mesure au patient. (355,356)

L'élaboration progressive de toute psychothérapie devrait donc apporter plus de précisions autant dans l'évaluation clinique que dans ses interventions avec le patient. Il est donc essentiel d'évaluer très précisément chaque élément des thérapies connues et d'en poursuivre l'amélioration.

4.3.2 Ouvertures

4.3.2.1 Vers un protocole intégratif

Dans la partie résultats, il avait été vu que certains auteurs dont Cohen & al. recommandaient l'évaluation des différents éléments employés dans les protocoles des TCC et TCC-FT. (111) Yule & William suggéraient même l'élaboration d'une trousse d'outils incluant l'essentiel efficient reposant sur cette évaluation. (114) Consoli A., Norcross J.C., Hoboken N.J. et d'autres auteurs proposent même un abord intégratif de la psychothérapie, comme le recommandait Terr dès la fin des années 80. (357–359) Comme amorcé dans ce travail, une évaluation exhaustive des différents éléments des TCC, de l'EMDR et de l'hypnose permettrait d'élaborer une trousse à outils les intégrant afin de créer une pratique intégrative bénéficiant des avantages et palliant aux limites de chacune, voire fonctionnant en synergie.

Une évaluation de l'effet thérapeutique selon plusieurs dimensions (stabilisation émotionnelle, retraitement cognitif, désensibilisation aux déclencheurs etc...) permettrait de situer précisément leurs indications. Par exemple, en TCC, la part apportée par le travail des ressources (modulation émotionnelle, relaxation, la psychoéducation ou le travail du coping) et par les expositions serait à comparer avec l'installation des ressources par les mouvements oculaires, la phase de retraitement de l'EMDR ou certains outils de l'hypnose afin de déterminer quel élément utiliser à un moment précis de la thérapie en fonction de la clinique. Enfin, une évaluation in vivo de la pertinence notamment en termes d'adhésion par l'enfant selon son âge est également pertinente.

4.3.2.2 Différents éléments

4.3.2.2.1 Concepts et théorie

L'EMDR a été élaboré sur la base des TCC (123,124,360) et de nombreux auteurs utilisent également les concepts théoriques des TCC pour rationaliser l'hypnothérapie. (261,262) Il paraîtrait donc pratique d'emprunter les concepts et le langage des TCC afin d'élaborer un protocole intégratif incluant les éléments les plus efficaces de ces trois thérapies distinctes ; bien qu'il soit toujours possible de rationaliser chacune avec l'ensemble théorique d'une autre.

De cette manière, un rationnel des stratégies cliniques s'appuyant sur un modèle complet et compatible avec les trois thérapies comme le modèle ARC, permettrait l'élaboration d'une relation thérapeutique sur mesure et au traitement de l'enfant victime d'ESPT dans sa singularité.

4.3.2.2.2 Le TAI comme « principe actif »

D'après les études vues dans la partie résultats, l'EMDR est probablement aussi efficace que les TCC mais certainement plus rapide. Des preuves empiriques et subjectives du vécu des patients permettraient de positionner les SBA comme le « principe actif » dans une pratique intégrative. Le retraitement EMDR serait le « principe actif » de la récupération mnésique et du retraitement cognitif, émotionnel et somatosensoriel des souvenirs traumatiques en première ligne au lieu des expositions progressives. En plus des nombreux protocoles EMDR adaptés aux jeunes patients en individuel ou en groupe, l'EMDR peut se prêter à une élaboration sur mesure de la thérapie in vivo en fonction des spécificités de la clinique. Le concept de boîte à outils de Knipe J. permettrait d'inclure ces éléments issus d'autres thérapies ou complètement innovants dans le protocole EMDR tant que la stratégie clinique suit les principes du TAI. (155)

4.3.2.2.3 Des adjuvants

Comme vu dans la partie résultats, les outils de renforcement des ressources des TCC sont nombreux. Ces modules de travail notamment sur le *parenting* ou le biofeedback permettent de travailler de nombreux points clés afin de préparer le patient au retraitement. Il était vu également dans la partie résultats, que seules les TCC avaient apportés des preuves de leur efficacité sur les comorbidités y compris sur le syndrome anxio-dépressif qui accompagne assez fréquemment l'ESPT. Au-delà du travail des ressources, un travail concomitant avec les outils spécifiques des TCC pour les comorbidités semble judicieux. D'autre part, les outils issus de la pleine conscience appartenant à la quatrième vague des TCC, n'ont pas été abordés mais mériteraient également une grande attention et leur évaluation. Certains de ces outils sont une adaptation d'éléments issus de la culture orientale dont certains se rapprochent de ceux utilisés par Lesmana & al. dans son protocole d'hypnose SHAT. (289)

Cet auteur attirait l'attention sur l'aisance d'origine culturelle de la population qu'il étudie avec les états de conscience modifiée. L'intérêt de ces outils semble indéniable mais reste à explorer. Il semblerait licite de s'interroger sur l'intérêt de l'apprentissage de l'autohypnose chez nos jeunes patients comme travail des ressources. Enfin, les principes d'adaptation de l'hypnose pourraient être un avantage dans les situations cliniques particulières dans lesquelles les TCC ou l'EMDR ont été peu ou pas évalués notamment pour

certaines abréactions telles que les « transes sauvages ». (285,361)

4.3.2.2.4 Moyens de diffusion

Une orientation intégrative pourrait encourager les cliniciens à élargir ou affiner leurs connaissances d'abord en termes diagnostique puis thérapeutiques concernant au moins une thérapie dont la pratique est fondée sur les preuves et avoir quelques connaissances sur les autres. L'idéal serait qu'ils puissent maîtriser le maximum d'éléments d'un grand nombre de thérapies notamment les TCC, l'EMDR et l'hypnose. Le modèle ARC permettrait d'établir un rationnel stratégique commun.

Il serait légitime de se poser la question d'un dépistage par des cliniciens formés dans les milieux où l'on retrouverait potentiellement le plus d'enfants et d'adolescents souffrant d'ESPT, tels que dans les foyers et familles d'accueil ou d'enseignement spécialisé. Probablement, un travail en lien des équipes éducatives avec les services médicaux spécialisés est là essentiel.

Enfin, certains auteurs proposent l'apprentissage aux enfants en milieu scolaire de certains éléments du travail des ressources notamment via la relaxation ou l'autohypnose voire d'utilisation d'éléments de retraitement comme les SBA par les « câlins papillons » issus du protocole IGTP. Des études sur le long terme permettraient de mettre en évidence un éventuel effet protecteur de ces apprentissages tôt dans l'enfance face aux ACE voire aux événements plus tardifs.

4.3.2.2.5 Conclusion

Depuis ces trente dernières années les données sur les psychothérapies de l'ESPT chez l'enfant et l'adolescent dont les TCC et l'hypnose se sont étoffées et notamment avec l'arrivée de l'EMDR grâce à Francine Shapiro. Les TCC et l'EMDR sont actuellement les pratiques fondées sur les preuves recommandées par l'OMS dans cette indication. Il s'agit d'outils complets avec de nombreux protocoles adaptés à des situations très diverses. Une première vue serait d'utiliser le protocole le plus adapté à la situation de TCC ou d'EMDR. Il existe des suspicions d'une plus grande rapidité de l'EMDR. Son intérêt serait donc à évaluer pour les situations d'urgences. Néanmoins, seules les TCC ont prouvés leur efficacité sur les comorbidités. L'hypnose tend à être plus documentée et laisse entrevoir un fort potentiel mais reste fondée sur l'avis d'auteurs majeurs. Elle semble être un outil d'autant plus intéressant lorsque la situation est très singulière ou lors d'abréactions du patient. Ces trois approches sont très différentes mais proposent un grand nombre d'outils pour le travail des ressources, préparant ensuite au retraitement des souvenirs traumatiques, à la

reprise du trajet de vie du jeune patient et de son développement. De nombreux auteurs proposent une vue intégrative de la pratique de la psychothérapie. Une évaluation de chacun des éléments des trois thérapies permettrait d'argumenter leur intérêt dans une pratique intégrative combinant les avantages de chacune. Grâce au modèle ARC une telle pratique permettrait d'établir une stratégie thérapeutique pertinente reposant sur une relation thérapeutique sur mesure avec le jeune patient souffrant d'ESPT. Ceci devrait encourager les cliniciens à continuer à parfaire leurs connaissances sur plusieurs thérapies et à construire une pratique intégrative fondée sur les preuves.

4.3.2.2.6 Recherches futures

Ce travail discutait l'élaboration d'une pratique intégrative fondée sur les preuves issue d'éléments très différents provenant de diverses thérapies. Il serait légitime de se poser la question dans un autre sens. Une intégrativité de ces divers éléments est-elle possible parce qu'il existe un dénominateur commun ? C'est-à-dire : existerait-il un « substratum efficace » commun aux différentes psychothérapies ?

Des études comparatives des processus neurophysiologiques et des processus psychopathologiques permettrait d'obtenir des informations sur ce substratum efficace. Celles-ci expliqueraient et permettraient d'affiner une démarche intégrative. La mise en jeu du TAI, fonction naturelle du cerveau, sur lequel repose l'EMDR, pourrait être ce substratum commun mis en jeu également dans les autres psychothérapies : TCC, hypnose et d'autres thérapies, voire les approches psychodynamiques et systémiques. (149,307)

Annexes

Critères diagnostiques du DSM-5

(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015) pour le trouble de stress post-traumatique 309.81 (F-43-10)

Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans

Critères A :

avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à

un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;

4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B :

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer*

des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ;

2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;*
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). *NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ;*
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C :

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D :

Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la

survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie

dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;

2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente » ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E :

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;
4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F :

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G :

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H :

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

Pour les enfants de moins de 6 ans

Critères A :

chez l'enfant de moins de 6 ans avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant ; *NB être témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électronique, TV, films, images ;*
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou une personne prenant soin de l'enfant.

Critères B :

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas forcément apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais reconstitutions dans le jeu ;*
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. *NB il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié aux événements traumatiques ;*
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). Des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours de jeux ;
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C :

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

Évitement persistant de stimuli

1. 2.

Évitement ou tentative d'évitement des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques ;

Évitement ou tentative d'évitement des personnes, conversations, ou des situations qui ramènent à l'esprit des souvenirs du ou des événements traumatiques

Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs par exemple crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion ;
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à des activités y compris le jeu ;
5. Comportement traduisant un retrait social ;
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

Critères D :

Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés aux événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la

survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Hypervigilance ;
3. Réaction de sursaut exagéré ;

4. Problèmes de concentration ;
5. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F :

La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

Critère G :

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

Critère H :

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. **Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. **Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

Avec manifestation différée :

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

Source :

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition . Arlington VA. American Psychiatric Association 2015.

DSM-5 - Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux American Psychiatric Association, Traduction française coordonnée par Marc-Antoine Crocq, Traduction française coordonnée par Julien-Daniel Guelfi, Traduction française coordonnée par Patrice Boyer, Traduction française coordonnée par Charles-Bernard Pull, Traduction française coordonnée par Marie-Claire Pull Editeur: Elsevier Masson| Date de publication: 07/2015|

Tableaux

Tableau 1 : Études sur l'efficacité des TCC dans le traitement de l'ESPT de l'enfant et l'adolescent

	Auteur	Date	Effectif	Âge	Nombre de séances	Randomisé	Contrôle	Standardisé	Mesure pré- et post-traitement	Suivi > 6 mois	Résultats	Particularités	
TCC	1 Rapport de cas	Scheeringa	2007	2	3 – 4,5	12	-	-	-	+	-	preuves de l'efficacité des TCC auprès des enfants préscolaires	utilisation des exercices d'expositions et techniques de relaxation, implications des parents avec un manuels des techniques
	1 Essais N < 30	Smith & Patrick	2007	24	8 – 18	10 semaines	+	+	+	+	+	92% d'efficacité dans le groupe test (TCC) vs 42% sur liste d'attente	efficacité sur l'anxiété et la dépression
	9 Essais N > 30	Cohen & al.	1996	67	3 – 6	12	+	+	+	+	+	amélioration significative avec TTC spécifiques / pas de changement avec thérapie de soutien	victimes d'abus sexuels, âge préscolaire
		King & Neville	2000	46	5 – 17	20 semaines	+	+	+	+	12 semaines	TCC familiale (F=16,20) > TCC individuelle (F=12,12) > liste d'attente	abus sexuel, ITT, propose d'étudier le lien thérapie/thérapie
		Cohen & al.	2004	229	8 – 14	11	+	+	+	+	+	Preuves croissantes de l'efficacité des TCC-FT	victime d'abus sexuel, traumas multiples, multicentrique, efficacité sur les séquelles (dépression, angoisse spécifique), aide parentale
		Cohen & al.	2005	82	8 – 15	12	+	+	+	+	+	bénéfice à long terme des TCC-FT dans l'ESPT suite	abus sexuel, répétition du trauma, comportement inadaptes et la dissociation
		Deblinger & Esther	2006	183	8 – 14	12 semaines	+	+	+	+	+	FT-TCC > thérapie adaptée à l'enfant classique	Abus sexuels, scores dépression corrélés positivement au nombre des traumas
		Nixon & al.	2012	33	7 – 17	9 semaines	+	+	+	+	+	65% (TCC-FT) vs 56% (TCC) / en ITT : 91% vs 90%	ITT
		Rosner & Rita	2016	163	7 – 17	6	+	+	+	+	+	CAPS-CA à 32 (TCC-FT) vs 43 (liste d'attente)	Multi-centrique, double aveugle, meilleur pronostic plus l'enfant est jeune
		Jensen & al.	2017	156	10 - 18	12 -15	+	+	+	+	+	CPSS : -16,77(TCC-FT) vs -13,73 (TU) p=0,001	Multi-centrique, plusieurs thérapies comparées, suivi à long terme
	10 Revues de la littérature	Cohen & al.	2000	75 références	< 18 ans	-	-	-	-	-	-	efficacité des TCC-FT en globalité, disparités des preuves empiriques des différentes composants du protocole	TCC-FT exclusivement, évaluation empiriques de l'efficacité de ces composants : 1) l'exposition, 2) traitement cognitif et recadrage, 3) gestion du stress, 4) intervention avec les parents
		Putnam & Franck	2003	75 références	< 18 ans	-	-	-	-	-	-	efficacité des TCC-FT comparé d'un parent non-agresseur	revue systématique 1989 - 2003,
		Chemtob & Claude	2004	8 essais contrôlés parmi 102 publications	< 18 ans	-	+	-	-	-	-	efficacité des thérapies structurées focalisées sur le trauma > traitement habituels ou l'absence de traitement	Approche programmée nécessaire pour développer un traitement fondé sur les preuves, les associations et les lois comme principaux obstacles aux recherches
		Stallard & Paul	2006	13 essais randomisés et contrôlés + 3 études de suivi	2 études < 7 ans	-	+13 / -3	+13 / -3	+	+	+	les différents traitements réduisent statistiquement les symptômes selon le DSM-IV mais ne rendent pas compte du fonctionnement	inclus TCC, TCC-FT, EMDR, 16-40% non-répondants, nécessité de comparer d'avantage les traitements et différents protocoles entre-eux
		Yule & William	2006	34 références	< 18 ans	-	-	-	-	-	-	Efficacité des TCC, CBT-FT les plus documentés comme référence	extension des conclusions difficile, peu d'études bien conduites, manuels de thérapie sont une trousse à outils, nécessité d'exploration des moyens culturels et naturel, de l'intervention de la famille
		Cary & McMillen	2012	12 articles / 10 études soit 881 sujets	< 18 ans	+	+	+	+	+	+	Pour l'ESPT : .671 / la dépression : .378 / les troubles du comportement : .247	métanalyse de forte puissance, bien conduite, effectif important
		Leenarts & al.	2013	33 essais	< 18 ans	-	26 + / 7 -	+	+	+	+	TCC-FT > TCC, EMDR, autres psychothérapies	revue systématique de 2000 à 2012
		Keeshin & Straw	2014	13 essais	3-17 ans	10 semaines	+	+	+	+	+	TCC-FT sont les plus efficace, notamment en individuelle et incluent psychoéducation, parentage, autrelaxation avec modulation des affects et des pensées	L'efficacité des thérapies est sous la dépendance des aptitudes du clinicien
		Holtzhausen & Leon	2016	64 références	enfants	-	-	-	-	-	-	TCC-FT sont les plus documentées comme efficace dans l'ESPT des enfants ayant été abusés sexuellement	Un enfant traumatisé est différent de preuves empiriques surtout pour des travailleurs sociaux ou lorsque les moyens sont limités, des éléments théoriques orientent les acteurs sociaux

Tableau 2 : Études sur l'efficacité de l'EMDR dans le traitement de l'ESPT de l'enfant et l'adolescent

		Auteur	Date	Effectif	Âge	Nombre de séances	Randomisation	Contrôle	Standardisation	Mesure pré- et post-traitement	Suivi > 6 mois	Efficacité	Particularités
EMDR	Etude de cas	Cocco & Sharpe	1993	1	4,5	1	-	-	-	-	+	+	Première étude
	Essais non-contrôlés non-randomisés	Rubin & al.	2001	39	6 – 15	22	-	-	+	-	-	-	Plusieurs diagnostic
		Oras & al.	2004	13	8 – 18	11	-	-	+	+	-	+	approche psychodynamique chez des enfants réfugiés
	essais contrôlés	Chemtob & al.	2002	32	< 18 ans	3	+	+	+	+	+	+	réduction pharmacologique possible
		Sobermann & al.	2002	29	10 – 16	3	+	+	+	+	-	+	troubles des conduites
		Jaberghaderi & al.	2004	14	12 – 13	12	+	+	+	+	-	+	abus sexuels chez des adolescentes réfugiées
	essais randomisés contrôlés	Ahmad & al.	2007	33	6 – 16	6 – 16	+	+	+	+	-	+	protocole adapté à l'âge
		De Roos &al.	2011	52	4 – 18 ans	4 à 8 semaines	+	+	+	+	+	+	même événement traumatique
	Suivi de cohorte	Fernandez I.	2007	22	6	6,5 en moyenne	-	-	+	+	-	+	même événement traumatique
		Hensel	2009	36	1 – 18	NR	-	-	+	+	+	+	âge très précoce
	Méta-analyses	Rodenburg & al.	2009	209	< 18	NR	+	+	-	+	+	+	Multi-site, effectif important
		Adler-Tapia & Settle	2009	391	< 18	NR	+	+	-	+	+	+	effectif important, regroupe des esai clinique
		Jarero I.	2012	34 études	< 18	NR	+	+	-	+	+	+	Protocole de groupe, intérêt catastrophe, peu de moyen
		Flemming & al.	2013	15 études	< 18	NR	+	+	-	+	+	+	preuves concernant le trauma de type I EMDR > TCC, nombreux symptômes et comportements, arguments préliminaires type II
		Gillies & al.	2013	758	3 – 18	NR	+	+	-	+	+	CBT	Preuves d'efficacités de l'EMDR, pas d'indice de supériorité pour une thérapie ou d'indication selon le profil
		Newman	2014	2630	< 18	NR	+	+	-	+	+	+	les interventions existantes sont clairement efficaces, pas d'autre précision

Tableau 3 : Études sur l'efficacité de l'hypnose dans le traitement de l'ESPT de l'enfant et l'adolescent

		Auteur	Date	Effectif	Âge	Nombre de séances	Randomisation	Contrôle	Standardisation	Mesure pré- et post-traitement	Suivi > 6 mois	Conclusion	Particularités
Hypnose	Etudes de cas (6)	Peebles	1989	1	-	8	-	-	-	-	-	efficacité	PTSD suite à une erreur d'anesthésie générale lors d'une chirurgie
		Friedrich	1991	4	4 – 12 ans	-	-	-	-	-	1	efficacité	Décrit 3 stratégies thérapeutiques : stabilisation et retrait, dévoiler et intégrer
		Kluft	1991	3	-	-	-	-	-	-	-	efficacité	Exposition imaginaire progressives
		Rhue & Lynn	1991	1	8	40	-	-	-	-	-	efficacité	naration sous hypnose
		Iglesias & Iglesias	2005	2	08-oct	1	-	-	+	+	1 mois	arrêt sd intrusif et déclencheurs, coping positif	Hypnotic-trauma narrative, progression en âge, renforcement du moi, neurodermatose, tff, ethno-psychiatrie (guatemala)
		Mubiri & al.	2014	1	12	5	-	-	-	-	1 an	guérison totale à 2 mois	description des techniques d'hypnose
	Essais N>30 (2)	Rhue & Lynn	1993	32	4 – 10 ans	12 – 25	-	-	-	-	1	efficacité	Pose l renforcement du moi comme objectif
		Lesmana & al.	2009	226	6 – 12	1	+	+	+	+	2 ans	77,1% > 24 %	Single-blind, ethno-psychiatrie (bali), coût
	Revue de la littérature (3)	Adler-Nevo & al.	2005	Total de 10 articles dont 2 sur l'hypnose dans le trauma unique	pédiatrique	-	-	-	-	-	-	efficacité mais manque de littérature	Nombreux rapport de cas, un essai contrôlé. Manque d'étude rigoureuse et/ou de forte puissance. La suggestibilité à l'âge de latence est en faveur de l'hypnose. Efficace sur les symptômes, mise à jour, prise de sens et intégration
		Diseth & Christie	2005	Total de 465 articles	-	-	-	-	-	-	-	Recommande une psychothérapie intégrative	Place et comparaison avec les CBT, l'EMDR et les thérapies familiales
		Huynh & al.	2008	Total de 2 livres et 58 articles dont 2 sur l'ESPT	enfants	-	-	-	-	-	-		Trois modèles thérapeutiques différents : 1) réduction symptomatique – réorganisation mnésique intégration 2) création d'un lieu sûr imaginaire – introduction des événements traumatiques 3) combinaison avec les CBT et la psychoéducation

Tableau 4 : Aide décisionnel des thérapies

	Lié au trauma							Lié au patient et sa famille			Lié à la thérapie	
	urgences							jeune âge / nouveau-nés	débordement émotionnel		Protocoles fixés ou dit "scripté"	
	individuel			groupe								
TCC/TCC-FT	TCC-FT Cohen & al. 2004 balance flexibilité/fidélité, adaptabilité au développement	Protocole PRACTICE Cohen & al. 2006 parents et l'enfant, situations d'abus sexuels		TCE Cohen & al. 2013 écoute active, empathie, expression des émotions, chacun des membres formule ses stratégies	- Cohen & al. 2009 - 2010 Victimes de guerre, grand nombre, psychoéducation, gestion du stress, triangle émotions-pensées-comportements, sessions individuelles	CBITS Cohen & al. Projet Fleur-de-lys, intervention en milieu scolaire, 10 sessions de groupe, 1 à 3 individuelles	MHIP Kataoka & al. 2003 basé sur les protocoles de Cohen, milieu scolaire, langue espagnol, traumatismes liés à l'immigration, efficacité sur l'ESPT et la dépression secondaire	- Jason & al., Cohen & al. 2010, 2000 Séances groupe famille et individuelles avec l'enfant, acceptation par les parents, tolérance aux affects et capacités sociales de l'enfant	Play therapy Terr L.C., David Levy, Nash & al., Slade & Russell 2009 Thérapie médiée par le jeu, but cathartique, efficace sur l'ESPT, les comportements inadaptés socialement, possibilité de combiner au psychodrames, implication des parents		pratique tribunaire des spécificités de chaque patient	
	phase immédiate		48-72h		En cours		48h	- -	- -			
EMDR	ERP Quinn & al. 2009 en cas de sidération, dialogue impossible	EMDR-ER Guedalia & Yoeli 2003 Au service d'accueil des urgences, état de sidération	REP Shapiro F. 1995 Protocole d'EMD visant une désensibilisation des l'évènement récent	protocole abrégé Kutz & al. 2008 Protocole d'EMDR focalisé sur l'élément le plus perturbant de l'évènement	URG-EMDR Tarquinio & al. 2012 Protocole épuré, nécessite < 2h	R-TEP Shapiro E. 2008 part narrative, 4 cibles maximum nécessaires, fait référence	4 éléments Shapiro E. 2008 enfants plus agés que PRECI ou IGTP, screening des patients nécessitant une approche individuelle, petit groupe, référence internationale	PRECI Jareri & Artigas 2010 modification du propocole REP de Shapiro F.	IGTP Jarero & al. 2000 Grand nombre, protocole spécifique aux enfants, dessins des scènes traumatiques, ne traite qu'une scène à la fois	Monteiro & al. 2014 intervention humanitaire, protocole naratif par le parent, SBA tactiles, constatation rapide de l'efficacité chez deux enfants (10 mois et 2 ans).	Shapiro F. Kinniburgh & al. 2005 Techniques de base : changement orientation à de type de SBA, tissage cognitif	6 buts : sécurité, autorégulation, réintégration des souvenirs, attachement et renforcement des affects positifs
Hypnose					SHAT Lesmana 2009 Grand nombre, âge scolaire, 1 séance unique, spécificité culturelle			Pas un protocole Gardner, Solter 1974, 2008 induction via des stimuli corporels stéréotypés et narration	Friedrich 1991 efficacité sur les "transes sauvages"		prtocolisé ou emdr	

Bibliographie

1. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *AJP*. 1 août 2003;160(8):1453-60.
2. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med* [Internet]. nov 2012 [cité 14 août 2016];9(11). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3507962/>
3. Felitti VJ. Adverse childhood experiences and adult health. *Acad Pediatr*. juin 2009;9(3):131-2.
4. Fryers T, Brugha T. Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 22 févr 2013;9:1-50.
5. Björkenstam E, Burström B, Vinnerljung B, Kosidou K. Childhood adversity and psychiatric disorder in young adulthood: An analysis of 107,704 Swedes. *J Psychiatr Res*. juin 2016;77:67-75.
6. Brietzke E, Kauer Sant'anna M, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, et al. Impact of childhood stress on psychopathology. *Rev Bras Psiquiatr*. déc 2012;34(4):480-8.
7. Salmona M. L'impact psychotraumatique des violences sur les enfants : la mémoire traumatique à l'œuvre. *La Revue de Santé Scolaire et Universitaire*. janv 2013;4(19):21-5.
8. Allen B, Lauterbach D. Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma. *Journal of Traumatic Stress*. août 2007;20(4):587-95.
9. Shevlin M, Murphy J, Read J, Mallett J, Adamson G, Houston JE. Childhood adversity and hallucinations: a community-based study using the National Comorbidity Survey Replication. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 déc 2011;46(12):1203-10.
10. Solomon EP, Heide KM. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 1 juin 1999;43(2):202-10.
11. Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *J Postgrad Med*. déc 2008;54(4):287-93.
12. Larkin H, Shields JJ, Anda RF. The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: an introduction to prevention and intervention in the community. *J Prev Interv Community*. 2012;40(4):263-70.
13. Foege WH. Adverse childhood experiences. A public health perspective. *Am J Prev Med*. mai 1998;14(4):354-5.
14. Larkin H, Felitti VJ, Anda RF. Social work and adverse childhood experiences research: implications for practice and health policy. *Soc Work Public Health*. 2014;29(1):1-16.
15. Anda RF, Butchart A, Felitti VJ, Brown DW. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *Am J Prev Med*. juill 2010;39(1):93-8.
16. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2015;28(4):307-11.
17. Astin MC, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DW. Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995;63(2):308-12.
18. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mai 2007;64(5):577-84.
19. DSM-5 Criteria for PTSD - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cité 8 août

- 2016]. Disponible sur: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/dsm5_criteria_ptsd.asp
20. Shorter E. The History of DSM. In: Paris J, Phillips J, éditeurs. Making the DSM-5: Concepts and Controversies [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [cité 27 déc 2018]. p. 3-19. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6504-1_1
 21. Lyons-Ruth K, Block D. The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*. 1996;17(3):257-75.
 22. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*. janv 2013;27(1):33-46.
 23. Goldberg J, Magruder KM, Forsberg CW, Kazis LE, Üstün TB, Friedman MJ, et al. The association of PTSD with physical and mental health functioning and disability (VA Cooperative Study #569: the course and consequences of posttraumatic stress disorder in Vietnam-era Veteran twins). *Qual Life Res*. 1 juin 2014;23(5):1579-91.
 24. Dannlowski U, Stuhrmann A, Beutelmann V, Zwanzger P, Lenzen T, Grotegerd D, et al. Limbic Scars: Long-Term Consequences of Childhood Maltreatment Revealed by Functional and Structural Magnetic Resonance Imaging. *Biological Psychiatry*. 15 févr 2012;71(4):286-93.
 25. Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu JA. Two Approaches to the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Infancy and Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1 févr 1995;34(2):191-200.
 26. Boussaud M, Bailly R, Brunelle J, Cohen D. Quelle place pour les structures de secteur dans la prise en charge des enfants et adolescents victimes de traumatismes collectifs ? Éléments de réponse à partir de l'expérience des centres médico-psychologiques parisiens suite aux attentats de janvier 2015. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juin 2016;64(4):210-5.
 27. Dantchev N, Younes SB, Mullner J, Wallaert R, Wohl M, Cantin D. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge psychologique hospitalière des impliqués. *Ann Fr Med Urgence*. 1 févr 2016;6(1):55-61.
 28. Bekhaled L, Ducrocq F, Evans M, Jehel L. Les traitements pharmacologiques du psychotraumatisme chez l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. juill 2012;60(5):390-3.
 29. Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BPR, Resick PA, et al. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology* [Internet]. 14 août 2015 [cité 9 févr 2017];6(0). Disponible sur: <http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/28186>
 30. Auxéméry Y. Quelle(s) psychothérapie(s) pour les sujets psychotraumatisés ? De la théorie à la pratique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mai 2016;174(4):309-12.
 31. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *AJP*. 1 févr 2005;162(2):214-27.
 32. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. févr 2016;43:128-41.
 33. Gerger H, Munder T, Gemperli A, Nüesch E, Trelle S, Jüni P, et al. Integrating fragmented evidence by network meta-analysis: relative effectiveness of psychological interventions for adults with post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. nov 2014;44(15):3151-64.
 34. Child - MeSH - NCBI [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68002648>
 35. Adolescent - MeSH - NCBI [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68000293>

36. Pavlov IP, Anrep GV. Conditioned Reflexes. Courier Corporation; 1927. 466 p.
37. Skinner BF. Some responses to the stimulus "pavlov". *Conditional Reflex*. 1 avr 1966;1(2):74-8.
38. Miller GA, Buckhout R. *Psychology: The science of mental life*, 2nd ed. Oxford, England: Harper & Row; 1973. ix, 561. (*Psychology: The science of mental life*, 2nd ed).
39. PAVLOV AND SKINNER: TWO LIVES IN SCIENCE (AN INTRODUCTION TO B. F. SKINNER'S "SOME RESPONSES TO THE STIMULUS 'PAVLOV'") - Catania - 1999 - *Journal of the Experimental Analysis of Behavior* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 29 déc 2018]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1901/jeab.1999.72-455>
40. Wolpe J. *Psychotherapy by Reproach Inhibition*. Stanford University Press. 1958;
41. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition: A Reply to Dr Glover*. *British Journal of Medical Psychology*. 1 sept 1959;32(3):232-5.
42. *The conditioning therapies*. Oxford, England: Holt, Rinehart; 1964. viii, 192. (Wolpe J, Salter A, Reyna LJ. *The conditioning therapies*).
43. Watson JB, Rayner R. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*. 1920;3(1):1-14.
44. Eysenck HJ. Systematic Reviews: Meta-analysis and its problems. *BMJ*. 24 sept 1994;309(6957):789-92.
45. Eysenck HJ. Single-trial conditioning, neurosis, and the Napalkov phenomenon. *Behaviour Research and Therapy*. 1 févr 1967;5(1):63-5.
46. Eysenck HJ. Why do Conditioned Responses Show Incrementation, while Unconditioned Responses Show Habituation? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. juill 1982;10(3):217-20.
47. Ghosh A, Marks IM. Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*. 1 déc 1987;18(1):3-16.
48. Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Exposure and/or Cognitive Restructuring: A Controlled Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1 avr 1998;55(4):317-25.
49. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. Guilford Press; 2011. 413 p.
50. Hardy-Baylé M-C. Sciences cognitives et psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 janv 2002;67(1):83-112.
51. David D, Schnur J, Birk J. BRIEF REPORT Functional and dysfunctional feelings in Ellis' cognitive theory of emotion: An empirical analysis. *Cognition and Emotion*. 1 sept 2004;18(6):869-80.
52. Ellis AW, Young AW, Young AW. *Human Cognitive Neuropsychology : A Textbook With Readings* [Internet]. Psychology Press; 2013 [cité 29 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781135887728>
53. Bandura A, Ross D, Ross SA. A comparative test of the status envy, social power, and secondary reinforcement theories of identificatory learning. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1963;67(6):527-34.
54. Bandura A, McDonald FJ. Influence of social reinforcement and the behavior of models in shaping children's moral judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1963;67(3):274-81.
55. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(1):1-26.
56. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1 déc 1991;50(2):248-87.
57. Bandura A. Social Cognitive Theory in Cultural Context. *Applied Psychology*. 2002;51(2):269-90.

58. Wood R, Bandura A. Social Cognitive Theory of Organizational Management. *AMR*. 1 juill 1989;14(3):361-84.
59. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11(3):255-62.
60. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Review of Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002;9(2):164-6.
61. Blackledge JT, Hayes SC. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(2):243-55.
62. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J-P. Mindfulness and Emotion Regulation: The Development and Initial Validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *J Psychopathol Behav Assess*. 7 nov 2006;29(3):177.
63. Kumar S, Feldman G, Hayes A. Changes in Mindfulness and Emotion Regulation in an Exposure-Based Cognitive Therapy for Depression. *Cogn Ther Res*. 11 mai 2008;32(6):734.
64. Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hachette UK; 2005.
65. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(2):144–156.
66. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*. 1985;8(2):163–190.
67. Kabat-Zinn J, Hanh TN. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta; 2009.
68. Kabat-Zinn J, Salzberg S. *Lovingkindness: The revolutionary art of happiness*. Shambhala Publications; 2004.
69. Miller NE. Biofeedback and visceral learning. *Annual review of psychology*. 1978;29(1):373–404.
70. Miller NE. *Biofeedback: Evaluation of a new technic*. Mass Medical Soc; 1974.
71. Miller NE, Dworkin BR. Effects of learning on visceral functions—biofeedback. *New England Journal of Medicine*. 1977;296(22):1274–1278.
72. Bouvet C. *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives (TCC)*. Dunod; 2014. 180 p.
73. INSERM. Synthèse des travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre aux questions posées par la Direction générale de la santé (DGS) concernant l'évaluation des psychothérapies. In 2004. Disponible sur: http://www.inserm.fr/content/download/1420/13020/file/psychotherapie_synthese.pdf
74. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, Arroyo W, Steinberg A, Eth S, et al. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of general psychiatry*. 1987;44(12):1057–1063.
75. Pynoos RS. Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. 1994 [cité 6 mars 2017]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-97447-004>
76. Foy DW, Madvig BT, Pynoos RS, Camilleri AJ. Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*. 1996;34(2):133–145.
77. Pynoos RS, Steinberg AM, Piacentini JC. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological psychiatry*. 1999;46(11):1542–1554.
78. Pynoos RS, Steinberg AM, Layne CM, Briggs EC, Ostrowski SA, Fairbank JA. DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *J Traum Stress*. 1 oct 2009;22(5):391-8.

79. Vernberg EM, La Greca AM, Silverman WK, Prinstein MJ. Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of abnormal psychology*. 1996;105(2):237.
80. Salmon K, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical psychology review*. 2002;22(2):163–188.
81. Meiser-Stedman R. Towards a cognitive–behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical child and family psychology review*. 2002;5(4):217–232.
82. Pynoos RS, Steinberg AM, Goenjian A. Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and current controversies. 1996 [cité 6 mars 2017]; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1996-98017-014>
83. Pynoos RS, Steinberg AM, Piacentini JC. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological psychiatry*. 1999;46(11):1542–1554.
84. Pynoos RS, Steinberg AM, Wraith R. A Developmental Model of Childhood Traumatic Stress. *Developmental Psychopathology*. Vol. 2. Risk, Disorder, and Adaptation. New York, NY: John Wiley & Sons; 1995.
85. Fletcher KE. Childhood posttraumatic stress disorder. *Child psychopathology*. 1996;242–276.
86. Terr LC. Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*. 1984;300-17.
87. Terr LC. Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*. 1984;300-17.
88. TERR LC. The Child Psychiatrist and the Child Witness: Traveling Companions by Necessity, if Not by Design. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1 juill 1986;25(4):462-72.
89. Terr LC. Treating psychic trauma in children: A preliminary discussion. *J Trauma Stress*. 1 janv 1989;2(1):3-20.
90. Kinniburgh KJ, Blaustein M, Spinazzola J, Kolk BA van der. Attachment, Self-Regulation, and Competency: A comprehensive intervention framework for children with complex trauma. *Psychiatr Ann*. 15 août 2017;35(5):424-30.
91. Arvidson J, Kinniburgh K, Howard K, Spinazzola J, Strothers H, Evans M, et al. Treatment of Complex Trauma in Young Children: Developmental and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journ Child Adol Trauma*. 1 mars 2011;4(1):34-51.
92. Hodgdon HB, Kinniburgh K, Gabowitz D, Blaustein ME, Spinazzola J. Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Youth Residential Treatment Centers Using the ARC Framework. *J Fam Viol*. 1 oct 2013;28(7):679-92.
93. Blaustein M, Kinniburgh K, Carew N, Peterson M, Abbott D, Spinazzola J. Pilot evaluation of ARC treatment framework. Manuscript in preparation. 2006;
94. Kinniburgh K, Blaustein M, Spinazzola J, Van der Kolk BA. ARC: Attachment, self-regulation and competency. A comprehensive framework for intervention with complexly traumatized youth. Unpublished manuscript. 2006;
95. Kinniburgh K, Blaustein M. Attachment, Self-Regulation and Competency (ARC): A treatment framework for intervention with complexly traumatized youth. Treatment manual available from the primary authors, The Trauma Center at] RI. 2005;1269.
96. Schwarz ED, Perry BD. The post-traumatic response in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*. 1994;17(2):311–326.
97. Schwarz ED, Kowalski JM, Hanus S. Malignant memories: signatures of violence. *Adolescent psychiatry*. 1993;19:280.
98. Schwarz ED, Kowalski JM. Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1991;30(6):936–944.

99. Scheeringa MS, Salloum A, Arnberger RA, Weems CF, Amaya-Jackson L, Cohen JA. Feasibility and effectiveness of cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in preschool children: Two case reports. *J Traum Stress*. 1 août 2007;20(4):631-6.
100. Smith P, Yule W, Perrin S, Tranah T, Dalgleish T, Clark DM. Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(8):1051–1061.
101. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(1):42–50.
102. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Heyne D, Rollings S, et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(11):1347–1355.
103. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(4):393–402.
104. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*. févr 2005;29(2):135-45.
105. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Steer RA. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(12):1474–1484.
106. Nixon RDV, Sterk J, Pearce A. A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2012;40(3):327–337.
107. Rosner R. Effectiveness of Trauma-focused Cognitive Behavioural Therapy (Tf-CBT) for children and adolescents: a randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2016;85(3):159-70.
108. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM. A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *J Abnorm Child Psychol*. 26 janv 2017;1-11.
109. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino A. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for sexually abused children. *Psychiatric Times*. 2004;21(10):109–121.
110. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*. févr 2005;29(2):135-45.
111. Cohen JA, Mannarino AP, Berliner L, Deblinger E. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*. 2000;15(11):1202–1223.
112. Putnam FW. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(3):269–278.
113. Stallard P. Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*. 2006;26(7):895–911.
114. Dyregrov A, Yule W. A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*. 2006;11(4):176–184.
115. Cary CE, McMillen JC. The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*. 2012;34(4):748–757.
116. Leenarts LEW, Diehle J, Doreleijers TAH, Jansma EP, Lindauer RJL. Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 mai 2013;22(5):269-83.
117. Keeshin BR, Strawn JR. Psychological and pharmacologic treatment of youth with posttraumatic stress disorder: an evidence-based review. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. avr 2014;23(2):399-411, x.

118. Holtzhausen L, Ross A, Perry R. Working on trauma - a systematic review of TF-CBT work with child survivors of sexual abuse. *Social Work*. 2016;52(4):511-24.
119. Taylor TL, Chemtob CM. Efficacy of treatment for child and adolescent traumatic stress. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2004;158(8):786–791.
120. Roques J. Découvrir l'EMDR. InterEditions; 2012. 175 p.
121. Roques J. EMDR: Une révolution thérapeutique. Artège; 2016. 382 p.
122. Roques J. L'EMDR: « Que sais-je ? » n° 4034. Presses Universitaires de France; 2016. 103 p.
123. Servan-Schreiber D. Eye movement desensitization and reprocessing psychotherapy: a model for integrative medicine. *Altern Ther Health Med*. août 2002;8(4):100-3.
124. Shapiro F. Manuel d'EMDR: principes, protocoles, procédures. Interéditions; 2007. 567 p.
125. Pellicer X. Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1993;24(1):73–75.
126. Greenwald R. Applying eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to the treatment of traumatized children: Five case studies. *Anxiety Disorders Practice Journal*. 1994;
127. Muris P, Merckelbach H, Van Haaften H, Mayer B. Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider-phobic children. *The British Journal of Psychiatry*. 1997;171(1):82–86.
128. Muris P, Merckelbach H, Holdrinet I, Sijnsenaar M. Treating phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1998;66(1):193.
129. Maxfield S thanks to L, PhD, Solomon RM, PhD, Description FTC to T. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy [Internet]. <https://www.apa.org>. [cité 25 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/eye-movement-reprocessing>
130. Post-traumatic stress disorder: management | Guidance | NICE [Internet]. [cité 25 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
131. OMS | L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme [Internet]. WHO. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/fr/
132. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;67(2):194-200.
133. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull*. janv 1986;99(1):20-35.
134. Foa EB, McNally RJ. Mechanism of change in exposure therapy. Current controversies in the anxiety disorders. 1996;329-43.
135. Teasdale JD. Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*. 1 juill 1999;37:S53-77.
136. Rachman S. Emotional processing. *Behav Res Ther*. 1980;18(1):51-60.
137. Boudewyns PA, Hyer LA. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as Treatment for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Clin Psychol Psychother*. 1 oct 1996;3(3):185-95.
138. Lang PJ. A Bio-Informational Theory of Emotional Imagery. *Psychophysiology*. 1 nov 1979;16(6):495-512.
139. Lang PJ. Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behaviour Research and Therapy*. 1977;8:862-86.
140. Bower GH. Mood and memory. *American Psychologist*. 1981;36(2):129-48.
141. Collins AM, Quillian MR. Retrieval time from semantic memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*. 1 avr 1969;8(2):240-7.

142. Anderson JR, Bower GH. A propositional theory of recognition memory. *Memory & Cognition*. 2(3):406-12.
143. Collins AM, Loftus EF. A spreading-activation theory of semantic processing. *Psychological Review*. 1975;82(6):407-28.
144. King DRW, Anderson JR. Long-term memory search: An intersecting activation process. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*. 1 déc 1976;15(6):587-605.
145. Mackworth NH. Vigilance. *Nature*. 1 déc 1956;178:1375-7.
146. Pylyshyn ZW. The role of competence theories in cognitive psychology. *J Psycholinguist Res*. 2(1):21-50.
147. Pylyshyn ZW. What the mind's eye tells the mind's brain: A critique of mental imagery. *Psychological Bulletin*. 1973;80(1):1-24.
148. Mol SSL, Arntz A, Metsemakers JFM, Dinant G-J, Montfort P a. PV-V, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *The British Journal of Psychiatry*. 1 juin 2005;186(6):494-9.
149. Luber M. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Special Populations. Springer Publishing Company; 2009. 720 p.
150. PhD DML, éditeur. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations. 1 édition. New York: Springer Publishing Company; 2009. 480 p.
151. Luber M. The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for Early Intervention with Children. :16.
152. PhD AML. A Guide to the Standard EMDR Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants. Springer Publishing Company; 2009. 423 p.
153. DiGiorgio KE, Arnkoff DB, Glass CR, Lyhus KE, Walter RC. EMDR and Theoretical Orientation: A Qualitative Study of How Therapists Integrate Eye Movement Desensitization and Reprocessing Into Their Approach to Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2004;14(3):227-52.
154. Rogers S, Silver SM. Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *J Clin Psychol*. janv 2002;58(1):43-59.
155. PhD JK, éditeur. EMDR Toolbox: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation, Second Edition: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation. 2 édition. New York, NY: Springer Publishing Company; 2018. 326 p.
156. Sack M, Zehl S, Otti A, Lahmann C, Henningsen P, Kruse J, et al. A Comparison of Dual Attention, Eye Movements, and Exposure Only during Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress Disorder: Results from a Randomized Clinical Trial. *PPS*. 2016;85(6):357-65.
157. Christman SD, Propper RE. Superior episodic memory is associated with interhemispheric processing. *Neuropsychology*. 2001;15(4):607.
158. Christman SD, Garvey KJ, Propper RE, Phaneuf KA. Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*. 2003;17(2):221-9.
159. Christman, S. G K. Bilateral eye movements reduce asymmetries in hemispheric activation. EMDR international association conference. 2001;
160. Nielsen T, Abel A, Lorrain D, Montplaisir J. Interhemispheric EEG coherence during sleep and wakefulness in left- and right-handed subjects. *Brain and Cognition*. sept 1990;14(1):113-25.
161. Dionne H. Protocole d'analyse de la cohérence interhémisphérique cérébrale durant le sommeil paradoxal. [Montréal, Québec]: Université de Montréal; 1986.
162. Propper RE, Pierce J, Geisler MW, Christman SD, Bellorado N. Effect of Bilateral Eye Movements on Frontal Interhemispheric Gamma EEG Coherence: Implications for EMDR Therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. sept 2007;195(9):785-8.
163. Gunter RW, Bodner GE. How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*. août 2008;46(8):913-31.

164. Aubert-Khalifa S, Roques J, Blin O. Evidence of a Decrease in Heart Rate and Skin Conductance Responses in PTSD Patients After a Single EMDR Session. *Journal of EMDR Practice and Research*. mars 2008;2(1):51-6.
165. Sack M, Lempa W, Steinmetz A, Lamprecht F, Hofmann A. Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)—Results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*. 1 oct 2008;22(7):1264-71.
166. Sack M, Lempa W, Lamprecht F. Assessment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2007;1(1):15–23.
167. Bergmann U. Speculations On the Neurobiology of EMDR. *Traumatology*. 1 mars 1998;4(1):4-16.
168. Brunet A, Orr SP, Tremblay J, Robertson K, Nader K, Pitman RK. Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiologic responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder. *Journal of psychiatric research*. 2008;42(6):503–506.
169. Brunet A, Poudja J, Tremblay J, Bui É, Thomas É, Orr SP, et al. Trauma reactivation under the influence of propranolol decreases posttraumatic stress symptoms and disorder: 3 open-label trials. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2011;31(4):547–550.
170. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: a pilot study. *American Journal of Diseases of Children*. 1988;142(11):1244–1247.
171. Hoge EA, Worthington JJ, Nagurney JT, Chang Y, Kay EB, Feterowski CM, et al. Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2012;18(1):21–27.
172. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol*. janv 2002;58(1):61-75.
173. Herkt D, Tumani V, Grön G, Kammer T, Hofmann A, Abler B. Facilitating Access to Emotions: Neural Signature of EMDR Stimulation. *PLOS ONE*. 28 août 2014;9(8):e106350.
174. Rasolkhani-Kalhorn T, Harper ML. EMDR and Low Frequency Stimulation of the Brain. *Traumatology*. 2006;12(1):9-24.
175. Trentini C, Pagani M, Fania P, Speranza AM, Nicolais G, Sibilia A, et al. Neural processing of emotions in traumatized children treated with Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy: a hEEG study. *Front Psychol*. 2015;6:1662.
176. Bergmann U. Further Thoughts on the Neurobiology of EMDR: The Role of the Cerebellum in Accelerated Information Processing. *Traumatology*. 9 janv 2000;6(3):175-200.
177. Shapiro F. The case: treating Jared through eye movement desensitization and reprocessing therapy. *J Clin Psychol*. mai 2013;69(5):494-6.
178. Lindauer RJ, Vlieger E-J, Jalink M, Olff M, Carlier IV, Majoie CB, et al. Smaller hippocampal volume in Dutch police officers with posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 2004;56(5):356–363.
179. BREMNER JD, VERMETTEN E. Neuroanatomical changes associated with pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1032(1):154–157.
180. Letizia B, Andrea F, Paolo C. Neuroanatomical changes after eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in posttraumatic stress disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2007;19(4):475-6.
181. Lindauer RJ, Vlieger E-J, Jalink M, Olff M, Carlier IV, Majoie CB, et al. Effects of psychotherapy on hippocampal volume in out-patients with post-traumatic stress disorder: a MRI investigation. *Psychological medicine*. 2005;35(10):1421–1431.
182. Cocco N, Sharpe L. An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental*

Psychiatry. 1993;24(4):373–377.

183. Rubin A, Bischofshausen S, Conroy-Moore K, Dennis B, Hastie M, Melnick L, et al. The effectiveness of EMDR in a child guidance center. *Research on Social Work Practice*. 2001;11(4):435–457.

184. Chemtob CM, Nakashima J, Carlson JG. Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *J Clin Psychol*. janv 2002;58(1):99–112.

185. Soberman GB, Greenwald R, Rule DL. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problem. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*. 2002;6(1):217–236.

186. Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Zand SO, Dolatabadi S. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clin Psychol Psychother*. 1 sept 2004;11(5):358–68.

187. Oras R, Ezpeleta SC de, Ahmad A. Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004;58(3):199–203.

188. Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 10 sept 2007;17(3):127–32.

189. Fernandez I. EMDR as treatment of post-traumatic reactions: a field study on child victims of an earthquake. *Educational and Child Psychology*. 2007;24(1):65.

190. Hensel T. EMDR with children and adolescents after single-incident trauma an intervention study. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2009;3(1):2–9.

191. de Roos C, Greenwald R, den Hollander-Gijsman M, Noorthoorn E, van Buuren S, de Jongh A. A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology* [Internet]. 6 avr 2011 [cité 28 août 2016];2(0). Disponible sur: <http://www.eurojnlpsychotraumatol.net/index.php/ejpt/article/view/5694>

192. Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM, Stams GJ. Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. nov 2009;29(7):599–606.

193. Adler-Tapia R, Settle C. Evidence of the Efficacy of EMDR With Children and Adolescents in Individual Psychotherapy: A Review of the Research Published in Peer-Reviewed Journals. *Journal of EMDR Practice and Research*. 1 nov 2009;3(4):232–47.

194. Jarero I, Artigas L, others. The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*. 2012;62(4):219–222.

195. Fleming J. Efficacité de l'EMDR dans le traitement d'enfants et d'adolescents traumatisés. *Journal of EMDR Practice and Research*. 1 févr 2013;7(1):12E–23E.

196. Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evid Based Child Health*. mai 2013;8(3):1004–116.

197. Newman E, Pfefferbaum B, Kirlic N, Tett R, Nelson S, Liles B. Meta-Analytic Review of Psychological Interventions for Children Survivors of Natural and Man-Made Disasters. *Curr Psychiatry Rep*. 1 sept 2014;16(9):462.

198. Mesmer FA. Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. chez P. Fr. Didot le jeune; 1779. 96 p.

199. Pattie FA. Mesmer and animal magnetism: A chapter in the history of medicine. Hamilton, NY, US: Edmonston Publishing; 1994. xiii, 303. (Mesmer and animal magnetism: A chapter in the history of medicine).

200. DESBONNET P. HISTOIRE DE L'HYPNOSE. 1994. book.

201. Nicolas S. L'hypnose: Charcot face à Bernheim - L'école de la Salpêtrière face à l'école de Nancy. Editions L'Harmattan; 2004. 150 p.

202. Memloul W. Milton Erickson: le père de l'hypnose moderne. Nomad éditions; 2012.

47 p.

203. Haley J. Jay Haley on Milton H. Erickson. Routledge; 2014.
204. Wittezaele J-J, García T. À la recherche de l'école de Palo Alto. Seuil; 1992. 440 p.
205. Jamieson G. Hypnosis and Conscious States: The Cognitive Neuroscience Perspective. OUP Oxford; 2007. 336 p.
206. Kallio S, Revonsuo A. Hypnotic phenomena and altered states of consciousness: a multilevel framework of description and explanation. *Contemp Hypnosis*. 1 sept 2003;20(3):111-64.
207. Kallio S, Revonsuo A. Altering the state of the altered state debate: reply to commentaries. *Contemp Hypnosis*. 1 mars 2005;22(1):46-55.
208. Kihlstrom JF. Consciousness in hypnosis. *Cambridge handbook of consciousness*. 2007;445-79.
209. Kihlstrom JF. Is hypnosis an altered state of consciousness or what? *Contemp Hypnosis*. 1 mars 2005;22(1):34-8.
210. Kihlstrom JF. Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. 1984; Disponible sur: <https://philpapers.org/rec/KIHCSU>
211. Kirsch I. The altered state issue: dead or alive? *Int J Clin Exp Hypn*. juill 2011;59(3):350-62.
212. Kirsch I, Lynn SJ. Altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*. 1995;50(10):846.
213. Sarbin TR. Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behavior. *Psychological Review*. 1950;57(5):255.
214. Sarbin TR, Allen VL. Role theory. *Handbook of social psychology*. 1954;1(2):223–258.
215. Sarbin TR, Coe WC. Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication. Holt, Rinehart and Winston; 1972.
216. Sarbin TR, Taft R, Bailey DE. Clinical inference and cognitive theory. 1960;
217. Friedlander JW, Sarbin TR. The depth of hypnosis. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1938;33(4):453.
218. Spanos NP, Barber TX. Toward a convergence in hypnosis research. *American Psychologist*. 1974;29(7):500-11.
219. Barber TX. Measuring “hypnotic-like” suggestibility with and without “hypnotic induction”; psychometric properties, norms, and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale (BSS). *Psychological Reports*. 1965;16(3):809–844.
220. Barber TX, Wilson SC. The Barber suggestibility scale and the creative imagination scale: Experimental and clinical applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1978;21(2-3):84–108.
221. Wilson SC, Barber TX. The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. *PSI Research*. 1982;1(3):94-116.
222. Gorassini DR, Spanos NP. A social-cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;50(5):1004.
223. Spanos NP. Hypnotic behavior: A cognitive, social psychological perspective. *Hypnosis: Theory, Research and Application*. 2017;183.
224. Spanos NP. A sociocognitive approach to hypnosis. 1991;
225. Spanos NP. Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and “trance logic”. *Behavioral and Brain Sciences*. 1986;9(3):449–467.
226. Spanos NP, Brett PJ, Menary EP, Cross WP. A measure of attitudes toward hypnosis: Relationships with absorption and hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1987;30(2):139–150.
227. Spanos NP, McPeake JD. Involvement in everyday imaginative activities, attitudes toward hypnosis, and hypnotic suggestibility. *Journal of Personality and Social Psychology*.

1975;31(3):594.

228. Spanos NP, Chaves JF. History and historiography of hypnosis. In: Theories of hypnosis: Current models and perspectives. New York, NY, US: Guilford Press; 1991. p. 43-78. (The Guilford clinical and experimental hypnosis series).
229. Hilgard ER. Hypnotic susceptibility. 1965;
230. Wheat DC. Hilgard's Hidden Observer. Dissertation; 2003.
231. Hilgard ER. Hypnosis. Annual review of psychology. 1975;26(1):19-44.
232. Stutman RK, Bliss EL. Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. The American journal of psychiatry. 1985;
233. Bliss EL. Multiple personalities, related disorders and hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis. 1983;26(2):114-123.
234. Bliss EL. Hysteria and hypnosis. Journal of Nervous and Mental Disease. 1984;
235. Putnam FW. Pierre Janet and modern views of dissociation. J Trauma Stress. 1 oct 1989;2(4):413-29.
236. Putnam FW. Using hypnosis for therapeutic ab reactions. Psychiatr Med. 1992;10(1):51-65.
237. Putnam FW, Carlson EB. Hypnosis, dissociation, and trauma: Myths, metaphors, and mechanisms. 1998;
238. Putnam FW, Helmers K, Horowitz LA, Trickett PK. Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. Child abuse & neglect. 1995;19(5):645-655.
239. Carlson EB, Putnam FW. Integrating research on dissociation and hypnotizability: Are there two pathways to hypnotizability? Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders. 1989;
240. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. The American journal of psychiatry. 1991;148(11):1548.
241. Eisen ML, Carlson EB. Individual differences in suggestibility: Examining the influence of dissociation, absorption, and a history of childhood abuse. Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition. 1998;12(7):S47-S61.
242. Fareng M, Plagnol A. Dissociation et syndromes traumatiques: apports actuels de l'hypnose. PSN. 2014;12(4):29-46.
243. Spiegel D. Dissociation and hypnosis in post-traumatic stress disorders. J Traum Stress. 1 janv 1988;1(1):17-33.
244. Spiegel D. Tranceformations: Hypnosis in Brain and Body. Depress Anxiety. 1 avr 2013;30(4):342-52.
245. Spiegel D. Vietnam grief work using hypnosis. American Journal of Clinical Hypnosis. 1981;24(1):33-40.
246. Spiegel D, Cardena E. New use of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. ResearchGate. 1 nov 1990;51 Suppl:39-43; discussion 44-6.
247. Brende JO. Dissociative disorders in Vietnam combat veterans. Journal of Contemporary Psychotherapy. 1987;17(2):77-86.
248. Brende JO, Benedict BD. The Vietnam combat delayed stress response syndrome: Hypnotherapy of "dissociative symptoms". American Journal of Clinical Hypnosis. 1980;23(1):34-40.
249. Brende JO, McCann IL. Regressive experiences in Vietnam veterans: Their relationship to war, post-traumatic symptoms and recovery. Journal of Contemporary Psychotherapy. 1984;14(1):57-75.
250. Haley J. Hypnotic Seminar. Int J Clin Exp Hypn. 2015;63(4):469-76.
251. Haley J. Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson. Grune & Stratton New York; 1967.
252. Haley J. An interactional explanation of hypnosis. International Journal of Clinical and

Experimental Hypnosis. 2015;63(4):422–443.

253. Mubiri M-A, Peycelon M, Audry G, Auber F. Panser par l'hypnose après un traumatisme périnéal : prise en charge d'une jeune fille en état de stress post-traumatique par l'hypnothérapie. *Archives de Pédiatrie*. juin 2014;21(6):624-7.

254. Bachelart M, Bioy A, Crocq L. L'hypnose ericksonienne et sa pratique dans le trauma psychique. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2013. p. 667–670.

255. Horowitz SL. Strategies within hypnosis for reducing phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*. 1970;75(1):104.

256. Horowitz S. Realizing the benefits of hypnosis: Clinical research and medical applications. *Alternative & Complementary Therapies*. 2006;12(2):86–92.

257. Erickson MH, Rossi EL. Autohypnotic experiences of Milton H. Erickson. *Am J Clin Hypn*. juill 1977;20(1):36-54.

258. Erickson MH, Gilligan SG. The Legacy of Milton H. Erickson: Selected Papers of Stephen Gilligan. Zeig Tucker & Theisen Publishers; 2002. 368 p.

259. Haley J. Un thérapeute hors du commun: Milton H. Erickson. Desclée de Brouwer; 2008. 380 p.

260. Erickson M, Rossi EL, Touyarot A, Taillandier J. L'intégrale des articles de Milton Erickson sur l'hypnose : Tome 1, De la nature de l'hypnose et de la suggestion. Bruxelles: Satas; 2009. 692 p.

261. Kohen DP, Kaiser P. Clinical Hypnosis with Children and Adolescents—What? Why? How?: Origins, Applications, and Efficacy. *Children*. 12 août 2014;1(2):74-98.

262. Kohen DP, Olness K. Hypnosis and Hypnotherapy with Children, Fourth Edition. Routledge; 2012. 537 p.

263. Kihlstrom JF. Neuro-hypnotism: prospects for hypnosis and neuroscience. *Cortex*. févr 2013;49(2):365-74.

264. De Pascalis V. Phase-ordered gamma oscillations and the modulation of hypnotic experience. *Hypnosis and conscious states: The cognitive neuroscience perspective*. 2007;67–89.

265. De Pascalis V. Attention and consciousness in hypnosis. *Journal of Psychophysiology*. 1999;13(3):201–202.

266. Graffin NF, Ray WJ, Lundy R. EEG concomitants of hypnosis and hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*. 1995;104(1):123.

267. Ray WJ. EEG concomitants of hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1997;45(3):301–313.

268. Gruzelier J, Brow T, Perry A, Rhonder J, Thomas M. Hypnotic susceptibility: a lateral predisposition and altered cerebral asymmetry under hypnosis. *International Journal of Psychophysiology*. 1984;2(2):131–139.

269. Edmonston WE, Moscovitz HC. Hypnosis and lateralized brain functions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1990;38(1):70–84.

270. Macleod-Morgan C, Lack L. Hemispheric specificity: A physiological concomitant of hypnotizability. *Psychophysiology*. 1982;19(6):687–690.

271. Woody EZ, Bowers KS. A frontal assault on dissociated control. 1994; Disponible sur: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-98908-003>

272. Woody EZ, McConkey KM. What we don't know about the brain and hypnosis, but need to: A view from the Buckhorn Inn. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2003;51(3):309–338.

273. Farvolden P, Woody EZ. Hypnosis, memory, and frontal executive functioning. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2004;52(1):3–26.

274. Woody EZ, Szechtman H. How can brain activity and hypnosis inform each other? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2003;51(3):232–255.

275. Gruzelier J. A working model of the neurophysiology of hypnosis: A review of

- evidence. *Contemporary Hypnosis*. 1998;15(1):3–21.
276. Egner T, Jamieson G, Gruzelier J. Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. *Neuroimage*. 2005;27(4):969–978.
 277. McGeown WJ, Mazzoni G, Venneri A, Kirsch I. Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Conscious Cogn*. déc 2009;18(4):848–55.
 278. Deeley Q, Oakley DA, Toone B, Giampietro V, Brammer MJ, Williams SCR, et al. Modulating the default mode network using hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn*. 2012;60(2):206–28.
 279. Barabasz AF, Lonsdale C. Effects of hypnosis on P300 olfactory-evoked potential amplitudes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1983;92(4):520.
 280. Barabasz A, Barabasz M, Jensen S, Calvin S, Trevisan M, Warner D. Cortical event-related potentials show the structure of hypnotic suggestions is crucial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1999;47(1):5–22.
 281. Crawford HJ, Gur RC, Skolnick B, Gur RE, Benson DM. Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia. *International journal of Psychophysiology*. 1993;15(3):181–195.
 282. Szechtman H, Woody E, Bowers KS, Nahmias C. Where the imaginal appears real: a positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1998;95(4):1956–1960.
 283. Ribeiro S. Dream, memory and Freud's reconciliation with the brain. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. déc 2003;25:59–63.
 284. Peebles MJ. Through a Glass Darkly: The Psychoanalytic use of Hypnosis with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1 juill 1989;37(3):192–206.
 285. Friedrich WN. Hypnotherapy with traumatized children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1991;39(2):67–81.
 286. Rhue JW, Lynn SJ. Storytelling, hypnosis and the treatment of sexually abused children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1991;39(4):198–214.
 287. Iglesias A, Iglesias A. Hypnotic treatment of PTSD in children who have complicated bereavement. *Am J Clin Hypn*. janv 2005;48(2-3):183–9.
 288. Friedrich WN. Hypnotherapy with Traumatized Children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1 avr 1991;39(2):67–81.
 289. Lesmana CBJ, Suryani LK, Jensen GD, Tiliopoulos DN. A Spiritual-Hypnosis Assisted Treatment of Children with PTSD after the 2002 Bali Terrorist Attack. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1 juill 2009;52(1):23–34.
 290. Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents—an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2005;59(4):278–292.
 291. Adler-Nevo G, Manassis K. Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depress Anxiety*. 1 janv 2005;22(4):177–89.
 292. Huynh ME, Vandvik IH, Diseth TH. Hypnotherapy in child psychiatry: the state of the art. *Clin Child Psychol Psychiatry*. juill 2008;13(3):377–93.
 293. Yule W, Perrin S, Smith P. Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. *Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy*. 1999;25–50.
 294. Monteiro A. Group and individual EMDR therapy in the humanitarian assistance project in Southern Brazil. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. 2014;6(3):1–19.
 295. Shapiro F. *Manuel d'EMDR: principes, protocoles, procédures*. Interéditions; 2007. 567 p.
 296. Rhue JW, Lynn SJ. Hypnosis and storytelling in the treatment of child sexual abuse: Strategies and procedures. In: Rhue JW, Lynn SJ, Kirsch I, éditeurs. *Handbook of clinical*

- hypnosis. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1993. p. 455-78.
297. Erickson MH, Havens RA. The Wisdom of Milton H. Erickson: Hypnosis and Hypnotherapy. Ardent Media; 1992. 324 p.
 298. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(10):1225–1233.
 299. Cohen J, Goodman RF, Brown EJ, Mannarino A. Treatment of Childhood Traumatic Grief: Contributing to a Newly Emerging Condition in the Wake of Community Trauma. *Harvard Review of Psychiatry*. 1 janv 2004;12(4):213-6.
 300. Finkelhor D. The trauma of child sexual abuse: Two models. *Journal of Interpersonal Violence*. 1987;2(4):348–366.
 301. Barker-Collo S, Read J. Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2003;4(2):95–111.
 302. Quinn G. Emergency Response Protocol (ERP) presentation. In: Paris: EMDR Europe Association Conference. 2007.
 303. Quinn G. The emergency response protocol (ERP). In; Luber M, editor. *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations*. New York: Springer Publishing; 2009.
 304. Guedalia J, Yoeli F. EMDR protocols for ER and wards. *Electronic Journal, EMDR-Israel*. 2003;
 305. Kutz I, Resnik V, Dekel R. The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Journal of EMDR Practice and research*. 2008;2(3):190.
 306. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Reichenbach S, Rydberg JA, Tarquinio P. Prise en charge précoce de victimes de viols et présentation d'un protocole d'urgence de thérapie EMDR. *Sexologies*. 1 juill 2012;21(3):147-56.
 307. Shapiro E. EMDR Treatment of Recent Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*. 1 août 2009;3(3):141-51.
 308. Shapiro E, Laub B. Early EMDR Intervention (EEI): A Summary, a Theoretical Model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*. 1 juin 2008;2(2):79-96.
 309. Shapiro E, Laub B. The new recent traumatic episode protocol (R-TEP). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations*. 2009;251–270.
 310. Spiegel D, Cardena E. New use of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *ResearchGate*. 1 nov 1990;51 Suppl:39-43; discussion 44-6.
 311. Brown DP, Fromm E. *Hypnoanalysis and hypnotherapy*. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates; 1986.
 312. Cremniter D. Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP). *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. 2016;28(2-3):91–93.
 313. Doucet C, Joubrel D, Cremniter D. L'intervention post-immédiate des cellules d'urgence médico-psychologique: étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2013. p. 399–404.
 314. Prieto N, Bert C. Le débriefing à la française. *Sciences Humaines*. 2009;N°204(5):19-19.
 315. Bisson JI, McFarlane AC, Rose S. Psychological debriefing. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies*. 2000;39:59.
 316. Cohen JA. Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Biological Psychiatry*. 2003;53(9):827–833.
 317. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*. 2002;360(9335):766–771.

318. Tarquinio C, Rotonda C, Houllé WA, Montel S, Rydberg JA, Minary L, et al. Early Psychological Preventive Intervention For Workplace Violence: A Randomized Controlled Explorative and Comparative Study Between EMDR-Recent Event and Critical Incident Stress Debriefing. *Issues in Mental Health Nursing*. 1 nov 2016;37(11):787-99.
319. Bryant RA. Early intervention for post-traumatic stress disorder. *Early Intervention in Psychiatry*. 1 févr 2007;1(1):19-26.
320. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, Rafferty H, Black A. A Randomized Controlled Trial of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Exploited, War-Affected Congolese Girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1 avr 2013;52(4):359-69.
321. Cohen JA, Jaycox LH, Walker DW, Mannarino AP, Langley AK, DuClos JL. Treating Traumatized Children after Hurricane Katrina: Project Fleur-de LisTM. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1 mars 2009;12(1):55-64.
322. Jaycox LH, Cohen JA, Mannarino AP, Walker DW, Langley AK, Gegenheimer KL, et al. Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress*. 2010;23(2):223-231.
323. Kataoka SH, Stein BD, Jaycox LH, Wong M, Escudero P, Tu W, et al. A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(3):311-318.
324. Jarero I, Artigas L, Hartung J. EMDR integrative group treatment protocol: A postdisaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*. 2006;12(2):121.
325. Jarero I, Artigas L. The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2010;4(4):148-155.
326. Jarero I, Artigas L, Montero M, Lena L. The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2008;2(2):97-105.
327. Roque-López S, Gómez J, Givaudan M. Segundo Estudio de Investigación de la Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a Niños Víctimas de Violencia Interpersonal Severa. Ignacio Jarero.
328. Lehnung M, Shapiro E, Schreiber M, Hofmann A. Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Refugees: A Field Study. *Journal of EMDR Practice and Research*. 1 janv 2017;11(3):129-38.
329. Shapiro E. Elements exercise. *Journal of EMDR Practice and Research*. 4;2:113-115.
330. LOBENSTINE ABFE. clinical q&a. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2007;1(2):123.
331. Shapiro E. EMDR and early psychological intervention following trauma. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*. 2012;62(4):241-251.
332. Kerig PK, Sink HE, Cuellar RE, Vanderzee KL, Elfstrom JL. Implementing Trauma-Focused CBT With Fidelity and Flexibility: A Family Case Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 17 août 2010;39(5):713-22.
333. Solter A. A 2-year-old child's memory of hospitalization during early infancy. *Infant and Child Development*. 2008;17(6):593-605.
334. COHEN JA, MANNARINO AP, GREENBERG T, PADLO S, SHIPLEY C. Childhood Traumatic Grief: Concepts and Controversies. *Trauma, Violence, & Abuse*. 1 oct 2002;3(4):307-27.
335. An algorithm for determining use of trauma-focused cognitive-behavioral therapy. - PsycNET [Internet]. APA PsycNET. [cité 7 mai 2019]. Disponible sur: /record/2010-26713-011
336. Gardner GG. Hypnosis with children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1 janv 1974;22(1):20-38.

337. Klemm WR. NEUROPHYSIOLOGIC STUDIES OF THE IMMOBILITY REFLEX (“ANIMAL HYPNOSIS”). In: Ehrenpreis S, Solnitzky OC, éditeurs. *Neurosciences Research* [Internet]. Amsterdam: Academic Press; 1971 [cité 10 mai 2019]. p. 165-212. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780125125048500111>
338. Terr LC. Using Context to Treat Traumatized Children. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1 janv 2009;64(1):275-98.
339. Schaefer CE. *Foundations of play therapy*. John Wiley & Sons; 2011.
340. Michael K. Slade RTW. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and Play Therapy for Child Victims of Abuse — *Journal of Young Investigators* [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.jyi.org/2016-june/2017/2/26/a-meta-analysis-of-the-effectiveness-of-trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy-and-play-therapy-for-child-victims-of-abuse>
341. Wilson J. An introduction to psychodrama for CBT practitioners. *Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists*. 2009;19(2):4–8.
342. Spierings J. J. Creative cognitive interweaves with EMDR. Sect. 9th EMDR Europe Association Conference Londres; juin, 2008.
343. Malchiodi CA. *Creative Interventions with Traumatized Children*, Second Edition. Guilford Publications; 2014. 385 p.
344. Chatoor I, Kurpnick J. The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1 mars 2001;10(1):S19.
345. Krupnick JL, Sotsky SM, Elkin I, Simmens S, Moyer J, Watkins J, et al. The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. FOC. 1 avr 2006;4(2):269-77.
346. Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*. 1991;38(2):139.
347. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(4):561.
348. Horvath AO, Greenberg LS. *The working alliance: Theory, research, and practice*. Vol. 173. John Wiley & Sons; 1994.
349. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*. 1989;36(2):223.
350. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011;48(1):9.
351. Horvath AO. The alliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*. 2001;38(4):365.
352. Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev*. janv 2006;26(1):50-65.
353. Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. juin 2003;71(3):452-64.
354. Gaston L, Marmar CR. The California psychotherapy alliance scales. *The working alliance: Theory, research, and practice*. 1994;85–108.
355. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*. 2001;38(4):357.
356. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*. 2011;48(1):4-8.
357. Westen D. Integrative psychotherapy: Integrating psychodynamic and cognitive-behavioral theory and technique. In: Snyder CR, Egram R, éditeurs. *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century*. Hoboken,

- NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2000. p. 217-42.
358. Consoli AJ, Jester CM. A model for teaching psychotherapy theory through an integrative structure. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2005;15(4):358-73.
359. Norcross JC, Goldfried MR. *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press; 2005. 569 p.
360. Shapiro F. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *J Clin Psychol*. janv 2002;58(1):1-22.
361. Friedrich WN. *Psychotherapy with Sexually Abused Boys: An Integrated Approach*. SAGE; 1995. 272 p.

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 mœurs. 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.