

Remerciements

La réalisation de ce travail a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude...

Ma maman, contenant mon contenu, Mijanou

Mes deux fils Liam et Mathis, mes ressources, mon attachement sûr, mes zèbres

Dean, mon exposome, Sean et ma belle-sœur Ruta

Mes amies, pour toutes leurs idées brillantes dans la conception de ce travail,

Astrid, mon faisceau lumineux

Sonia, mon filet de sécurité

Bénédicte, Anne, José, Evelyne, Coralie, Jess, Val, Marie, Gwen, Anja, Samar, Sophie, Sarah,

Veerle et tout particulièrement Raja, Cindy et Lucie

Jacques, soignant exceptionnel et soigné perspicace, pour ses remarques pertinentes

Mes allié(e)s thérapeutiques qui m'obligent à rester humble

Tous ces professionnels qui par leur travail quotidien aident à intégrer l'indicible

Evelyne Josse, Bessel Van der Kolk et Boris Cyrulnik, guides dans le brouillard du cerveau traumatisé

France Roblain, promotrice de la résilience

Serge Goffinet

Ariane Desmet, qui me garde dans l'Ici et le Maintenant

Nathalie Gilmant, mon lieu sûr

Pascal Dereau, mon 'GPS' pour le traitement EMDR

Ludwig Cornil, Hélène Delucci, Michel Silvestre, Cyril Tarquinio, Vanessa Grandjean

Pascale Tarquinio et An Dewailly

Et très particulièrement Christel Amant, grâce à qui je fais mes premiers pas en EMDR

« Lutter contre les violences c'est avant tout protéger les victimes. » Salmons (2008)

« La véritable irrévérence aujourd'hui, c'est faire du lien dans une époque qui sépare les êtres. » Abd al Malik (2015)

Pour Liam et Mathis

Parce que « l'écriture donne du sens à l'incohérence » Boris Cyrulnik (2019)

“The truly creative mind in any field is no more than this: A human creature born abnormally, inhumanly sensitive. To him... a touch is a blow, a sound is a noise, a misfortune is a tragedy, a joy is an ecstasy, a friend is a lover, a lover is a god, and failure is death. Add to this cruelly delicate organism the overpowering necessity to create, create, create—so that without the creating of music or poetry or books or buildings or something of meaning, his very breath is cut off from him. He must create, must pour out creation. By some strange, unknown, inward urgency he is not really alive unless he is creating.”

Pearl S. Buck (1892 – 1973)

1932 Pulitzer Prize for Literature

1938 Nobel Prize in Literature

Table des matières

I.	<i>Analyse bibliographique</i>	4
1.	What's in a word: le soin.....	4
2.	La vie aux Lances.....	5
2.1	Un monstre avec de nombreuses tentacules.....	5
2.2	Les origines du monstre.....	7
2.2.1	L'air du temps.....	7
2.2.2	Une psychiatrie attachante, « des fantômes dans la chambre »10	
2.2.3	“To be(have) or not to be(have)..for in that sleep of death...”12	
2.2.4	Les hommes savent pourquoi.....	14
2.2.5	C'est gèn-ial !15	
2.2.6	Empathie : friend or foe ?16	
3.	Deux soins à la loupe.....	18
3.1	Soins des blouses blanches : comprendre l'inacceptable.....	18
3.2	Soigner le zèbre, une parentalité qui n'est pas la « mère » à boire.....	21
4.	Conclusions.....	25
II.	<i>'Gimme an E, gimme an M, gimme a D, gimme an R: EMDR!'</i>	28
1.	Le T.A.I. « non-verbal » EMDR et la personne aphasique.....	28
2.	Les empreintes du zèbre...et ses prédateurs.....	32
III.	<i>Le réveil en enfer : le cas de D. et l'EMDR</i>	33
IV.	<i>Bibliographie</i>	36
V.	<i>Annexes</i>	45
	Guérir : Le protocole EMDR et aphasie « EMOTICOM ».....	45

I. *Analyse bibliographique*

1. What's in a word: le soin

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité des soins comme « la capacité de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». Le cadre Européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées stipule qu'un service de qualité « respecte les droits de l'homme et de la dignité humaine, est centré sur la personne, prévient la perte d'autonomie et préconise la réadaptation, est disponible, facilement accessible, financièrement abordable, complet, continu, axé résultats et fondé sur les preuves, qu'il est transparent et attentif au genre et à la culture ». On retrouve les professionnels du soin et du bien-être dans bien d'autres secteurs que le médical. L'officier de police qui reçoit la victime ébranlée, l'agent de quartier/assistant social, le professeur d'école qui différencie sa matière afin de stimuler un seul élève haut potentiel dans sa classe de 30, le gardien norvégien qui visualise les bénéfices long-terme d'un traitement humain en faisant un barbecue avec ses prisonniers, la puéricultrice qui lit des livres à son jeune public, les acteurs du Service de l'Aide à la Jeunesse qui tentent de protéger nos enfants jusqu'aux conférenciers de Quantum Way qui partagent bénévolement leur connaissances sur le trauma, ce ne sont que quelques exemples, issus de contextes professionnels variés, d'une relation de soin qui dépasse le cadre médical. Le soin inclut également les non-professionnels comme le voisin qui offre une tasse de café à la famille sauvée d'un incendie, le village qui se mobilise pour fouiller les bois à la recherche d'une personne disparue et les organisateurs de la Marche Blanche qui ont bousculé la justice belge et tenté de soigner notre blessure collective. Et n'oublions pas où tout commence, le Big Bang des soins non-rémunérés, le lien sécurisé d'un enfant avec son parent et notamment celui avec sa mère « suffisamment bonne (Winnicott, 2006) ». Soin et lien sont intimement liés, comme le sont l'empathie et l'intelligence émotionnelle. Le somaticien qui se montre concerné en essayant de comprendre ce que son patient ressent, influence positivement le lien. Mieux encore, on observe chez ce patient des changements dans son système immunitaire et une diminution significative de la durée et de la sévérité des symptômes (Decety, 2020), donc un meilleur soin. Dans le chapitre suivant nous nous pencherons sur les ruptures du lien.

2. La violence

2.1 Un monstre avec de nombreuses tentacules

Comme définition de la violence, nous lisons dans Le Larousse : « extrême véhémence, grande agressivité, grande brutalité dans les propos, le comportement » ainsi que « contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé ». L'Organisation Mondiale de la Santé spécifie : « l'utilisation intentionnelle de force ou de pouvoir, menace ou acte réel, contre soi, une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, entraînant (très probablement) des lésions, la mort, une blessure psychologique, une déformation ou une privation ». Ce même groupe de travail évoque dans son rapport de 1996 trois larges catégories de violences : la violence infligée à *soi-même*, la violence *interpersonnelle* et la violence *collective*. La nature de l'agression peut être *physique*, *sexuelle*, *psychologique* et de l'ordre de la *privation* ou de la *négligence* (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 1996). La littérature traite la violence *impulsive* et *instrumentale* (Rosell & Siever, 2015) ou *réactive* et *proactive* (Wrangham, 2017) dans tout domaine : conjugal, familial, professionnel, policier, scolaire, médiatique, politique, ethnique, obstétrical, gériatrique, la violence de genre, ... Dans certains troubles psychiatriques on retrouve également de l'agressivité et de la violence dans la symptomatologie : le TSPT ou Trouble de Stress Post-Traumatique, TDAH ou Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité, le trouble bipolaire, la schizophrénie, les maladies psychotiques, l'alcoolisme et l'addiction à d'autres substances ainsi que certaines conditions neuropsychiatriques (Rosell & Siever, 2015). La base neuronale de l'agressivité se trouve au niveau de la partie dorsale et ventrale de l'amygdale droite, la partie dorsale de l'amygdale gauche, le cortex préfrontal ventromédian, les parties ventrales et dorsomédianes du striatum. Ces zones interconnectées de façon très complexe sont régulées par le système sérotoninergique, la capacité de synthèse dopaminergique (surtout au niveau du mésencéphale, mais aussi au niveau du striatum), la vasopressine, le cortisol et le testostérone (Rosell & Siever, 2015). L'étude UN-MENAMAIS s'est penchée sur les violences *sexuelles*, un problème de santé publique majeur en Belgique. Ces violences incluent : la négligence, le harcèlement, l'abus, l'exploitation et la violence sexuelle comme arme de guerre/torture. Elle conclut que 64,1% des résidents belges entre 16 et 69 ans ont vécu une forme de victimisation spécifique durant leur vie et 44,1% dans les 12 derniers mois, la prévalence à vie de victimisation sexuelle étant de 81% pour les femmes et donc 1,7 fois plus haut que l'estimation pour les hommes. La prévalence est la plus élevée pour les femmes entre 16 et 24 ans et la plus basse pour les hommes entre 50 et 69 ans. Les facteurs de risque seraient : le genre, l'âge, la non-hétérosexualité, la multiplication de

partenaires sexuels ainsi que la situation financière. Le niveau d'éducation ne montre par contre pas d'incidence (Keygnaert, De Schrijver, Cismaru Inescu, Schapansky, Nobels, Hahaut et al., 2021). Une violence particulièrement dévastatrice est celle exercée sur les enfants. On estime à l'échelle mondiale que chaque année 1.00 à 1.25 milliard d'enfants sur 2 milliards subissent de la violence. Le nombre d'enfants vivant dans des zones de guerre a augmenté de 75% de 1990 à 2016 (Stanton, Davis & Laraque-Arena, 2021). Dans un contexte de guerre, les enfants sont tués, blessés, rendus orphelins, séparés de leur famille et agressés sexuellement. Grand nombre de garçons et de filles sont également recrutés comme enfant soldat dans des groupes armés. Exposés à des formes très brutales de violence comme *témoin*, *victime-sujet* et *victime-acteur*, souvent simultanément, l'enfant prend sur lui une multitude de rôles tels que combattant, porteur, messager, espion, soignant d'enfants plus jeunes et travailleur domestique. Il est fréquemment exploité sexuellement. Le contexte après-guerre et notamment l'accueil par la famille et la communauté a une grande influence sur le fonctionnement social et la santé mentale de ces enfants (Denov, 2020 ; Josse, 2014 ; Etzel, 2021). Felitti et son équipe ont constaté que les cas de maltraitance et d'abus d'enfants aux Etats-Unis sont rarement des événements isolés et que le prix à payer en termes de dommages augmente lorsque l'enfant grandit. Leur recherche sur les expériences négatives de l'enfance ou Adverse Childhood Experiences (ACE) a démontré que les conséquences de traumatisme d'enfance se manifestent pour la première fois à l'école sous forme de problèmes d'apprentissage ou de comportement (score ACE de 4 ou plus). L'impact traumatique semble perdurer à l'âge adulte. Des scores élevés au questionnaire ACE coïncident avec un absentéisme important, des problèmes financiers et un revenu minimum plus bas tout au long de la vie. Plus le score est élevé, plus il y a de chances de dépression chronique à l'âge adulte avec un taux augmenté de suicide et des antidépresseurs dont l'effet reste peu significatif. Une personne avec un score ACE de 4 risque 7 fois plus de devenir alcoolique. Un score de 6 et plus augmente le risque de consommation de drogue de 4600%. Le risque de subir un viol monte de 5 à 33% quand le score est de 4 ou plus. La liste de comportements à risque que le score ACE prédit inclut: le tabagisme, l'obésité, les grossesses involontaires, la multiplication de partenaires sexuels, les MST. Finalement, le stress permanent induit par le(s) traumatisme(s) a d'énormes répercussions corporelles telles que la broncho-pneumopathie chronique, l'AVC, l'insuffisance hépatique, le cancer et l'emphysème (Bucci, Marques, Oh & Harris, 2016 ; Van der Kolk, 2021). Comme pour le COVID, on peut parler d'une vraie pandémie et « le corps n'oublie rien ». La violence non prise en charge, impunie engendre de la violence dans un cycle sans fin, de proche en proche et de génération en génération

(Salmona, 2010), comme en témoigne la transmission de changements de méthylation de l'ADN (Youssef, Lockwood, Su, Hao & Rutten, 2018). Les parents qui partagent une histoire de victime-témoin de violences familiales avec leur enfant auraient par ailleurs tendance à sous-estimer la symptomatologie dissociative de leur enfant (Cohodes, Hagan, Narayan & Lieberman, 2015). Un héritage fragmenté de PAN (Partie Apparemment Normale de la personnalité) et de PE (Partie Emotionnelle de la personnalité) donc (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2017)... Dans le chapitre suivant, nous explorerons l'énigme du monstre dans toutes ses couleurs.

2.2 Les origines du monstre

2.2.1 L'air du temps

Si le sédentarisme et la révolution agricole étaient la boîte de Pandore de notre histoire, l'invention de l'écriture, la propriété et la création d'ordres imaginaires en seraient son couvercle. Nos ancêtres chassaient, cueillaient et faisaient moins d'enfants en tant que nomades. Voilà que l'homo sapiens se retrouve désormais dans des villes surpeuplées, malades et hiérarchisées par une sorte d'inévitabilité naturelle (Harari, 2019). La vision négative de l'homme, mauvais de nature, semble se confirmer aujourd'hui par un capitalisme écrasant, la destruction de l'écosystème et un large éventail de violences instrumentalisées par les médias : racisme, violences de genre, extrémisme, harcèlement (en ligne), guerre et migration, industrie du sexe (une pornographie véhiculant des images suggérant l'inceste, le sexe avec des mineurs et la brutalité), souffrance animale, ... L'effet nocébo d'une telle représentation de l'homme nous fait croire que l'humanité a besoin de gestionnaires. Cependant, le goût du pouvoir monte très vite à la tête et la désactivation de leur insula et cortex cingulaire antérieur, bases neuronales de l'empathie (Bernhardt & Singer, 2012), les change aussitôt en despotes narcissiques avec une soif de guerre insatiable. Le développement d'armes à longue portée et le conditionnement hardcore des militaires contemporains provoquent la mort de victimes déshumanisées en l'absence de contact direct (Bregman, 2022). Ces machines de guerre dissociées et souvent sous l'influence de drogues sont à nos jours capables de tuer malgré l'aversion naturelle et instinctive contre la violence. Bregman réfute l'idée selon laquelle l'homme est mauvais en nous proposant un nouveau réalisme, plus positif, un vrai *Lord of the Flies* à des millions d'années-lumière de celui décrit par son auteur William Golding en 1954. Ce dernier était d'ailleurs un homme alcoolique et dépressif, qui battait ses enfants. Son hypothèse : 'la plupart des humains sont bons' est corroborée par des preuves scientifiques et offre un peu de lumière dans notre descente aux enfers. Le

développement de ces (neuro)sciences (evidence-based) a par ailleurs eu un impact considérable sur les soins. Les malades somatiques sont rapatriés de leur île. Les révélations concernant l'état des hôpitaux mentaux publics, l'introduction d'antipsychotiques, les programmes qui financent les patients qui quittent l'hôpital et les avocats civils libéraux déclenchent la désinstitutionalisation de personnes souffrant de maladies mentales sévères (Fuller, 2015). Elles peuvent dorénavant faire partie de la société (1950-1960), lobe frontal inclus. Cette intervention chirurgicale (la lobectomie) n'est plus pratiquée à partir de 1980 quand les neuroleptiques et les électrochocs forment une alternative moins définitive. Après plusieurs années et beaucoup d'homicides, on organise un suivi de qualité pour ces patients 'ambulatoires' (Fuller, 2015). La communauté prend conscience de sa responsabilité collective par rapport aux personnes handicapées et adapte son infrastructure, ses attentes et donc l'image du handicap. Le gouvernement contrôlait par ailleurs déjà les pharmaciens et les médecins depuis 1818 (Coussement & Vercruysse, 2021). Au milieu du 19^e siècle, Florence Nightingale constitue la base des soins infirmiers professionnels, remplaçant ainsi les religieuses « moins qualifiées, moins hygiéniques et trop prosélytes » en vue des progrès en médecine : création des laboratoires (1882), le traitement aseptique (1892) et la radiographie (1898) (Coussement & Vercruysse, 2021). En 1952, Hildegard Peplau propose de l'humanité dans la relation soignant-soigné et le débat au sujet de l'optimisation des soins continue à l'heure actuelle, comme en témoigne le développement de modèles tels que le Carolina Care Model (Tonges & Ray, 2011) ainsi que les initiatives anti-bureaucratiques comme Buurtzorg, où des équipes de 12 professionnels du terrain planifient leur propre semaine sans manager, callcenter ou planificateur (Bergman, 2022). On retrouve les bases des paramédicaux et notamment la kinésithérapie en 1813. Elle devient mondialement (re)connue lors de la 1^e Guerre Mondiale et l'épidémie de polio en 1916. La sécularisation de la société allant de pair avec des sciences humaines autonomes telles que la sociologie, l'anthropologie et la psychologie (milieu du 19^e siècle) fut le feu vert pour les psychothérapies. Le TSPT (Trouble de Stress Post-traumatique) est enfin digne d'une vraie reconnaissance dans la 3^e version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III, 1980) affectant fortement le statut socio-économique ainsi que les soins des 'malades imaginaires' d'autrefois (Fassin, 2014). Des thérapies evidence-based telles que l'EMDR de Shapiro prouvent leur efficacité. Des nouvelles techniques thérapeutiques neurologiquement liées et notamment l'effet de psychédéliques comme le MDMA ou méthylendioxyamphétamine sont examinés (Feduccia et Mithoefer, 2018). Les parents peuvent dorénavant rester auprès de leurs enfants hospitalisés avec des soignants-référents qui les rassurent afin que ces caregivers

puissent offrir un soutien apaisant lors des gestes médicaux (Mistycki & Guedeney, 2007). On tente de repenser et d'adapter le traitement de la douleur de notre progéniture (Taylor, Boyer & Campbell, 2008) et la recherche constate qu'il faut introduire plus de cours sur l'empathie chez les étudiants 'détachés' en médecine (Bat-Rawden, Chisolm, Anton & Flickinger, 2013). Les scientifiques ont observé que nos bébés ont besoin d'une figure d'attachement (Mistycki & Guedeney, 2007), plus que de la nourriture, donnant moins de matière à Spitz et d'avantage à Winnicott et Bowlby. On peut développer nos bronches sans pleurer toute la nuit dans la plus grande solitude. Le travail d'Eric Binet (2019) sur les pleurs du bébé a par ailleurs désapprouvé scientifiquement le mythe 'du bébé capricieux'. Les zones d'activation des pleurs étant d'origine sous-corticale au niveau du cerveau mammalien et reptilien, il ne s'agit donc pas d'une fonction corticale, notamment du langage. Réprimer les pleurs, une recherche de lien primaire, correspond au fait de risquer le développement d'un trauma de l'attachement précoce. Comme on a observé que le bébé pleure même dans le ventre de sa maman, on sait maintenant qu'un accompagnement prénatal est crucial afin d'éviter toute forme de stress. On a appris aussi qu'il existe des alternatives pour une éducation autoritaire qui s'apparente à du dressage (Salmona, 2018). Les neurosciences ont même démontré que des anomalies neurobiologiques des amygdales et du cortex orbito-frontal compromettent l'apprentissage par renforcement et empêchent les enfants avec des traits psychopathiques d'associer les réactions négatives de leur entourage, notamment les punitions, à leur propre comportement agressif (Reidy, Krusemark, Kosson, Kearns, Smith-Darden & Kiehl, 2017). Plusieurs pays scandinaves prolongent le congé « maternité » et « paternité » où l'on parle dorénavant de congé « parental » et influencent d'autres pays en Europe. En maternologie, des professionnels accueillent avec bienveillance les mamans qui peinent à faire face à leur nouveau rôle et les théories selon lesquelles « le lien père-fille satisfait des impulsions instinctives dans un contexte où l'alliance réciproque avec un adulte omnipotent pardonne la transgression... » et que « l'acte offre la possibilité de tester en réalité un fantasme infantile dont les conséquences sont gratifiantes et agréables. » (Freedman & Kaplan, 1975) n'ont plus droit de cité. Depuis 1889, on privilégie l'école à la main-d'œuvre enfantine, en tout cas en Belgique. Les professeurs différencient leur matière en fonction des besoins de leurs élèves et l'esprit compétitif laisse plus de place à la régulation d'émotions et au rythme individuel de chaque enfant. La création de nouvelles pédagogies, des groupes de parole contre le harcèlement, ... n'en sont que quelques exemples. Notre cheval de Troie, une toile sans limite, fait l'objet de recherches qui mettent les parents en garde par rapport à ses effets négatifs sur la santé mentale de nos enfants, notamment sur leur humeur (Hoge,

Bickham & Cantor, 2017), leur agressivité, leur empathie et leur comportement pro-social (Anderson, Shibuya, Ithori, Swing, Bushman, Sakamoto et al., 2010). Les cours d'éducation sexuelle à l'école ne se limitent plus à l'anatomie et incluent la notion du consentement ainsi que les nouvelles problématiques du paysage virtuel telles que le « revenge porn », terme datant de 2005, défini par Eaton et Mc Glynn comme « un abus sexuel basé sur l'image » (Valerio & Di Giacomo, 2022). Malgré une société encore profondément machiste et patriarcale (Salmona, 2018), plus de femmes sortent de leur silence et trouvent des allié(e)s, comme en témoignent le Mouvement #Me Too, la conférence 'Parole des Enfants' de 2022 ou des sites comme memoiretraumatique.org. Des psychothérapeutes masculins et féminins intègrent une vision féministe dans leur pratique qui met en lumière l'histoire individuelle et transgénérationnelle de la femme et son contexte (la communauté, le droit, les croyances, les valeurs dominantes,...) plutôt que son « profil-type ». En Belgique, la violence conjugale devient un délit punissable par la loi (art. 410 du Code Pénal de la loi du 24 novembre 1997). L'augmentation des violences entre partenaires intimes (Sanchez, Vale, Rodrigues & Surita, 2020) et la réactivation de la mémoire traumatique de survivants (Salmona, 2020) en période de Covid 19 sont dénoncées par les sciences et les médias. Malgré une société xénophobe, des présentateurs noirs comme Trevor Noah sensibilisent leur public avec humour et intelligence et soignent les cicatrices transgénérationnelles. Black Life Matters condamne le racisme policier. Greta Thunberg, militante écologiste, inspire nos politiciens du futur. Les belges s'identifient avec les réfugiés ukrainiens et les accueillent chez eux. Ensemble donc, on intègre les traumatismes du passé et du présent, on change notre monde intérieur et extérieur, en étant *en lien* et en ayant accès à la connaissance. Dans le chapitre suivant, nous explorons la genèse de cet engagement et les trajectoires développementales propices à la résilience... un monde où Rousseau triomphe de Hobbes.

2.2.2 Une psychiatrie attachante, « des fantômes dans la chambre »

« L'enfance est le plus grand vivier de violences futures. La vulnérabilité, l'immaturité, la dépendance des enfants, les chiffres impressionnants de maltraitances, de violences sexuelles (plus de 50% des violences sexuelles sont commises sur des mineurs), de violences éducatives, et d'exposition à des violences conjugales vont faire de l'enfance une usine de production à grande échelle de mémoire traumatique... La guerre crée des psycho-traumatismes particulièrement ravageurs avec un état dissociatif (conséquence de la disjonction du circuit émotionnel) qui donne l'impression de ne plus être l'objet ou le témoin terrorisé des violences, mais de les observer avec une anesthésie émotionnelle qui s'auto-entretiendra par la répétition

des violences » (Salmona, 2018). Il est donc grand temps d'arrêter la transmission traumatique, qui peut persister jusqu'à quatre générations même en l'absence d'exposition à la même situation environnementale (Baradon, 2009 cité par Smith, 2021) et de réactiver nos systèmes d'attachement, d'activer les neurones miroir et de changer nos taux d'ocytocine (Buchheim, Heinrichs, George, Pokorny, Koops, Henningsen et al., 2009), « du berceau à la tombe » selon Bowlby (1969) et même pendant nos 9 mois de vie aquatique selon le GRAND livre des 1000 premiers jours de vie de Smith (2021). La conception de régulation du stress apportée par la théorie de l'attachement a enrichi la médecine somatique, notamment au niveau de la réponse à la maladie et à la douleur ainsi que la médecine psychiatrique, au niveau de l'association validée entre le style d'attachement insécure et les comportements à risque, les troubles dépressifs et les états limites. La théorie de l'attachement a également influencé la compréhension de la relation soignant et patient. Le soignant qui connaît le style d'attachement de son patient comprendra mieux les besoins relationnels de ce dernier, ainsi que ses stratégies de défenses et l'influence réciproque des deux interlocuteurs sur la relation qui se développe (Tan et al., 2005 cités par Mistycki & Guedeney, 2007). Le professionnel de la santé se rend cependant compte que l'expérience humaine complexe ne se résume pas au style d'attachement de son patient et que sa propre histoire d'attachement va aussi modeler la relation thérapeutique. Dans le cas du diabète par ex., cette dyade est associée à l'adhésion au traitement (Ciechanowski et al., 2001, cités par Mistycki & Guedeney, 2007). Aux soins palliatifs, elle permet une aide ultime pour réparer certains échecs relationnels entre le patient et ses proches et facilite leur travail de deuil ultérieur. La perte d'autonomie et la vulnérabilité accrue de la personne âgée renforce également le besoin de proximité avec une figure d'attachement interne, ses parents qu'il croit toujours en vie, une figure de substitution comme Dieu ou des figures d'attachement externes, tels que ses enfants. Même si la théorie de l'attachement n'a pas abouti à une forme supplémentaire de psychothérapie, elle a inspiré le traitement des 1000 premiers jours par le Lifespan Integration ou ICV ainsi que le traitement des empreintes précoces avec l'EMDR (Smith, 2021). Intégrer la théorie du 'lien' dans la psychothérapie contribue à remanier les modèles internes opérants insécures du client en lui apportant une alliance thérapeutique sécurisée et peut apporter des outils essentiels par rapport à la prise en charge des enfants endeuillés. Elle a également impacté le domaine de la protection de l'enfance, notamment par rapport au placement d'enfants très jeunes en fonction de leur besoin de sécurité ainsi qu'à la guidance de jeunes délinquants ou les réflexions par rapport à l'adoption. L'attachement semblerait par ailleurs fort lié au traitement de l'information sociale (Dykas, Ehrlich & Cassidy, 2011). La théorie SIP (Social Information Processing) de Dodge

(1986) analyse les processus de compréhension et de (ré)action des enfants dans des situations sociales (Tim Cooke, 2017) et notamment les cognitions parentales considérées comme des médiateurs d'agression verbale et physique (Milner, 1993). Pour finir, notons que les femmes qui, parallèlement à leur travail non rémunéré de maman, aspirent à une carrière professionnelle, n'ont plus de soucis à se faire : la recherche montre que les modes de garde contemporains ne sont pas nuisibles pour nos bébés *à condition que les soins soient très qualitatifs*, ce qui nous pousse d'ailleurs à optimiser davantage les pratiques de modes de garde d'enfants. (Mistycki & Guedeney, 2007). Pour survivre, l'être humain analyse constamment les menaces inconscientes de son environnement et de ses interactions pour évaluer sa sécurité et recherche d'abord la sécurité avant de faire quoi que ce soit d'autre. La « neuroception » de la sécurité est un sentiment de sécurité suite à une évaluation positive de l'environnement qui permet « un état d'éveil optimal » (théorie polyvagale de Porges, 2011 citée par Smith, 2021) car il nous permet de nous connecter en confiance. Dans le cas contraire, la méthode de traitement multi-sensoriel Theraplay utilise des activités interactives de jeux basées sur l'attachement et centrées sur le niveau de développement préverbal et social de l'hémisphère droit. Elle a été conçue pour rencontrer les besoins de familles problématiques (Booth & Jernberg, 2010). Passons maintenant au conditionnement !

2.2.3 “To be(have) or not to be(have)... for in that sleep of death...”

Les neurosciences du 21^e siècle ont créé de nouvelles vagues comportementales et le conditionnement reste un acteur clé dans notre société contemporaine. Au niveau du soin, son application positive se retrouve dans les médicaments tels qu'Antabuse pour diminuer l'alcoolisme, dans les principes motivationnels de coaching ainsi que dans le développement de nouvelles psychothérapies comme la TDC ou Thérapie Dialectique Comportementale de Linehan (1993) et l'ACT ou la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement de Hayes, Strosahl & Wilson (2012). Celles-ci tentent d'augmenter la flexibilité psychologique et la résilience de personnes souffrant de dépression, d'anxiété (Ngô & Dionne cités par Devault & Pérodeau, 2018), de douleur chronique et de trouble de la personnalité limite (Ngô, 2013). Même si les TCC ou Thérapies Cognitivo-Comportementales et l'EMDR ou Eye Movement Desensibilisation and Reprocessing (la désensibilisation et le retraitement de l'information par les mouvements oculaires) partagent leur validité scientifique, la relation de collaboration non hiérarchique entre thérapeute et client ainsi qu'une part d'exposition dans leur technique structurée et pragmatique, l'EMDR donne beaucoup plus d'importance à l'histoire personnelle du client en ciblant directement les sources historiques qui ne sont pas seulement

désensibilisées mais aussi reconsolidées. L'intégration donne alors l'impression d'une croissance personnelle parce que le sentiment d'identité est vécu comme plus stable et plus solide (Havé, 2016). Le conditionnement opérant s'exerce malheureusement aussi dans d'autres domaines en dépit d'un coût humain énorme. L'armée américaine a déconditionné la phobie universelle humaine qu'est le combat interpersonnel et 'optimalisé' sa machine de mort de 20% lors de la Deuxième Guerre Mondiale à 95% lors de la guerre au Vietnam (Grossman, 2001). Un entraînement au combat moderne est désormais fortement marqué par la technologie et l'automatisation. L'apprentissage des tactiques contemporaines nécessite de longues heures d'entraînement ('drill') par la combinaison de moyens réels (live) avec des simulateurs (virtual) et des forces 'construites' et enrichies de manière croissante par l'intelligence artificielle afin « d'habituer les opérateurs à gérer des situations impliquant une forte charge cognitive et qui testent le sang-froid des femmes et des hommes en opération » (Paglia, 2021). Si l'on rajoute à l'équation le développement de l'armement et par conséquent le meurtre à distance ainsi que la privation de sommeil et son impact sur le raisonnement moral des soldats, incapables de suivre le rythme infernal de la technologie 24h/24h, on comprend l'utilisation disproportionnée de force ou de pouvoir (Tetreault, 2016). Dans les conflits armés actuels, même le personnel médical n'est plus à l'abri, ce dont témoignent les menaces, les enlèvements et les meurtres de soignants (Coupland, 2011). Le besoin d'étendre son territoire et d'assimiler des populations conquises n'est pas réservé aux militaires. On peut en dire autant des multinationales qui fondent des véritables empires économiques et financiers, telles que la NFA ou National Firearms Association qui profite amplement du conditionnement de la société américaine. Les jeux vidéo et les médias violents, l'association entre les armes et la masculinité, les constructions 'mythiques' de héros blancs armés dans les films et la présence d'armes dans des publicités de magazines et de journaux pervertissent le paysage visuel renforçant l'agressivité et la désensibilisation à la violence et à la peur. En plus de cette culture d'armes prônées comme moyens d'autodéfense, leur accès facile (18% des lycéens américains portent une arme selon Reidy, Krusemark, Kosson, Kearns, Smith-Darden & Kiehl, 2017) va plutôt faciliter que prévenir la violence (Cukier & Eagen, 2018). L'empire des monothéismes n'est pas moindre. Dans le cas des intégrismes, la communauté en repli identitaire réagit par un radicalisme, un retour aux racines, à une version épurée de l'identité collective, qui va de pair avec une image caricaturale de l'ennemi réel ou imaginaire. Le fondamentalisme religieux mais aussi laïque est obtenu par l'endoctrinement. Ce lavage de cerveau engendre la déshumanisation, intimement liée au pervertissement et à la perte de la sympathie et de la compassion envers l'exogroupe. Il mène au désengagement moral et à la désaffiliation du

groupe d'appartenance (Josse & Maes, 2018). Dans le chapitre suivant, nous évoquerons ce qui se passe quand on mélange des drogues à ce cocktail très explosif.

2.2.4 Les hommes savent pourquoi.

Les sciences démontrent que l'alcool, les antidépresseurs, les benzodiazépines et la cocaïne suppriment l'inhibition psychomotrice et provoquent des troubles comportementaux sévères augmentant le risque d'auto- ou d'hétéro-agression, contrairement au cannabis, l'ecstasy ou la phencyclidine. L'influence de facteurs individuels, sociaux et psychiatriques sur le comportement est cependant supérieure à celle exercée par les agents psychotropes. Le dosage, le mode d'administration et l'utilisation simultanée de plusieurs substances ont également toute leur importance (Gillet, Polard, Mauduit & Allain, 2001). L'intoxication éthylique combinée à une consommation *volontaire* de drogue représente le plus grand risque d'agression sexuelle (Anderson, Flynn & Pilgrim, 2017). Les principales drogues du viol sont : les analgésiques (fentanyl, codéine, tramadol), les antidépresseurs (la diphenhydramine et l'hydroxyzine), certains antipsychotiques comme la clozapine et des barbituriques comme le phenobarbital. La drogue la plus répandue serait l'éthanol, les benzodiazépines (Flunitrazépam), le gamma-hydroxybutyrate (GHB) et la kétamine (KET) (de Souza Costa, Lavorato & Carvalho Moraes de Campos Baldin, 2020). Les femmes mais aussi les enfants sont les grands perdants dans l'histoire de la violence. L'alcool et la drogue sont des moyens très efficaces pour annihiler les peurs des orphelins du conflit armé et pour obtenir l'obéissance aux ordres de leurs seigneurs de guerre. Leur addiction permet de 'faciliter' les meurtres et les tortures et les empêche de quitter l'enfer traumatique. La violence chimique contre les enfants se retrouve aussi dans nos sociétés modernes fort psychiatriquées. De nos jours, on est très tenté d'appeler un décalage entre le fonctionnement d'un enfant et les attentes normatives de l'adulte un trouble médico-psychiatrique. Les limites du DSM et des jugements subjectifs mènent à la consommation de médicaments psychostimulants nocifs pour le jeune cerveau. Les sciences démontrent que le contexte socio-économique dans lequel l'enfant 'hyperactif' grandit explique souvent son comportement. Avant toute prescription de Rilatine, il est donc essentiel de faire une anamnèse familiale rigoureuse sachant que celle-ci inclut beaucoup plus souvent des divorces, des problèmes financiers, des maladies sévères, des problèmes psychiatriques d'un parent et des problèmes avec la justice (Vanheule, 2011). Dans le chapitre suivant nous illustrons cette approche systémique en se plongeant dans le débat 'nature-nurture' et la blessure transgénérationnelle.

2.2.5 C'est gèn-ial !

Chacun de nous a sa propre carte d'identité génétique, son *génome* qui est immuable et non manipulable. Parallèlement, les sciences ont démontré que nous sommes aussi notre code *épigénétique*, qui est dynamique, modulable et corrigeable. *L'exposome* est l'ensemble de nos expériences, nos sentiments, notre alimentation, l'air qu'on respire,... Tous ces facteurs environnementaux cumulés modulent l'activité de nos gènes sans modifier la séquence de l'ADN exerçant ainsi un rôle fondamental sur notre comportement, nos fonctions physiologiques, notre susceptibilité aux maladies, voire notre longévité. Les trois grands types de mécanismes à l'œuvre les mieux connus et les plus étudiés sont la méthylation de l'ADN, la modification des protéines histones (autour desquelles l'ADN est enroulé) et les ARN non codants (gravitant autour de l'ADN dans le noyau et présents dans le cytoplasme) (Mansuy, Gurret & Lelief-Delcourt, 2019). Les progrès en épigénétique ont démontré un lien entre le trauma de l'enfance, le gène FKBP5 et l'altération du volume du cortex orbitofrontal gauche et de la circonvolution temporale moyenne gauche (Aeran, Sungkean, Hyeonjin, Hyun & Seung-Hwan, 2021). Le stress (production de glucocorticoïdes: adrénaline, noradrénaline et cortisol) de nos parents influence l'expression de nos gènes et notamment au niveau de la méthylation du promoteur exon (GR-1F) du gène récepteur de glucocorticoïde (NR3C1). Ces variations peuvent impacter notre vulnérabilité par rapport au stress et aux troubles psychiatriques (Yehuda, Daskalakis, Lehrner, Desarnaud, Bader, Makotkine et al., 2014). Les sciences ont également validé des variations au niveau du gène transporteur de sérotonine SLC6A4 chez des enfants de mamans exposées à un stress prénatal (Bowers & Yehuda, 2016). Le mécanisme épigénétique influence le gène de l'ocytocine et donc l'empathie chez la maman (Hiraoka, Nishitani, Shimada, Kasaba, Fujisawa & Tomoda, 2020). Des complications périnatales seraient associées à une tendance plus élevée à commettre un passage à l'acte suicidaire à l'âge adulte (Anand & Scalzo, 2000 cités par Smith, 2021). Chez les prématurés, on note un risque deux fois plus élevé de problèmes anxieux à l'adolescence ainsi qu'une augmentation de la prévalence de troubles psychiatriques, notamment sous forme de TDAH, d'anxiété généralisée, de dépression et de comportements d'opposition (Botting et al., 1997, cités par Smith, 2021). Des études récentes ont démontré que les changements épigénétiques sur les gènes NR3C1, SLC6A4, OXTR et MAOA sont liés à des événements difficiles et des comportements agressifs inadaptés ultérieurs dans l'enfance et l'adolescence (Meurer, 2021). L'épigénome peut donc se retrouver assiégé, mais il offre également des possibilités (thérapeutiques). On peut l'améliorer par des nutriments spécifiques, notamment la méthionine, un des neuf acides aminés essentiels pour l'homme. Notre carte épigénétique

bénéficie également de l'activité physique, de la méditation, de la musique et de l'intégration des traumatismes (et de ceux de ses aïeux) par l'EMDR, l'EFT et la consultation péri-conceptionnelle. N'oublions pas non plus l'importance d'une bonne nuit de sommeil (paradoxal) et l'impact de l'épigénome sur la biologie moléculaire du cerveau (cAMP, N6- adénosine) et notamment son rôle essentiel dans l'apprentissage et la mémoire (Gaine, Chatterjee & Abel, 2018) ainsi que dans la colère et l'impulsivité (Saghir, Syeda, Muhammad & Balla Abdalla, 2018) ! Mens sana in corpore sane par le soin bienveillant de soi et de l'autre. On peut intégrer, métaboliser et 'gène-rer' des nouvelles informations et créer du lien à tout moment de notre vie. Pallier la mémoire traumatique d'une victime influencera par ailleurs tout le système qui l'entoure ainsi que sa progéniture (Delucci, 2022).

2.2.6 Empathie : friend or foe ?

Les actes insensés de violence humaine comme la torture sont systématiquement décrits comme 'bestiaux', alors qu'on ne retrouve pas de bourreaux dans le règne des animaux. La locution 'homo homini lupus' n'est guère flatteuse pour le loup quand on sait que la meute se montre très coopérative et que les combats entre loups sont rarement mortels. Au contraire, ils évitent de tuer leurs congénères par un système de signes très perfectionnés. Ils ne tuent d'autres espèces que pour se nourrir et ne prennent pas leur 'patte' lors de l'exécution. La moralité humaine est le résultat du câblage génétique et de son interrupteur qui s'allume et s'éteint en fonction de l'environnement. Elle est basée sur deux piliers : *la réciprocité*, par la justice et l'équité, ainsi que *l'empathie* (De Waal, 2010). L'empathie, facteur essentiel de la parentalité et d'un attachement sécurisé, est une capacité complexe et multidimensionnelle composée d'éléments affectifs et cognitifs. Ces composants sont dissociables mais leur interaction permet la *régulation émotionnelle* (Chialant, Edersheim & Price, 2016). *L'empathie affective* émerge pendant l'enfance grâce aux neurones miroirs (Ekman & Krasner, 2017 ; Heyes, 2018) après et grâce à une phase de fonctions congénitales plus élémentaires telles que l'imitation médiée par le tronc cérébral (Chialant, Edersheim & Price, 2016). L'empathie affective inclut les réactions inconscientes et rapides comme le partage d'émotions et la 'contagion émotionnelle' par l'observation de l'éveil, de l'humeur et des expressions faciales de la cible. *L'empathie cognitive* implique la capacité de comprendre intellectuellement les états émotionnels des autres, la prise de perspective (ou « la capacité à distinguer si la source d'une expérience affective est déclenchée par une autre personne ou par nous-même, caractéristique clé de l'empathie », Chialant, Edersheim & Price, 2016) et la curiosité (De Waal, 2010 ; Ekman & Krasner, 2017), sans la contagion émotionnelle. Elle

exige des fonctions cognitives supérieures à celles de l'empathie affective et continue à se développer au cours de l'adolescence. Au niveau cérébral, les zones actives dans l'empathie affective sont : la circonvolution frontale inférieure, le lobe pariétal inférieur, le cortex cingulaire antérieur et l'insula antérieure. Les zones clés dans l'empathie cognitive sont : le cortex préfrontal ventro-médial, le cortex préfrontal dorso-médial, la jonction temporo-pariétale et le lobe temporal médial. Ces deux formes d'empathie constituent un modèle bidirectionnel qui initie le comportement pro-social et dans le cas contraire, la psychopathologie et les troubles de la personnalité. Les sciences ont démontré que la psychopathie est liée à un manque d'empathie affective. Le narcissisme ainsi que le machiavélisme seraient liés à un manque d'empathie affective et cognitive (Hiraoka, Nishitani, Shimada, Kasaba, Fujisawa & Tomoda, 2020). Au niveau de la violence interpersonnelle, la violence 'prédatrice' (calculée/instrumentalisée, impitoyable/impassible ou proactive) serait l'inverse de l'empathie (Chialant, Edersheim & Price, 2016). Il est clair qu'en l'absence d'empathie, tout système de règles et de réconciliation tombe dans les abysses (De Waal, 2010). Ekman et Krasner (2017) rajoutent *l'empathie compatissante* par la compassion multi-sensorielle, qui nous permettrait non seulement de comprendre la situation difficile de notre prochain et de compatir, mais qui nous pousserait également à l'aider quand nécessaire. Les liens sociaux, l'attachement et l'empathie sont interconnectés au niveau neurobiologique par les effets modulateurs des hormones. Un attachement sécure et une capacité d'empathie accrue sont corrélés à une augmentation des niveaux d'ocytocine, l'hormone de l'attachement ainsi qu'à l'activité HPA (l'axe hypothalamus - glande pituitaire - glandes surrénales). Pichon et Vuilleumier (2011) confirment que la réponse affective à des signaux sociaux est influencée par le style d'attachement. En conclusion, le homo sapiens a survécu grâce à des capacités sociales qui favorisent la compréhension interpersonnelle et la coopération, notamment l'aptitude de représenter l'état mental et émotionnel de l'autre, sans laquelle il n'aurait jamais formé des communautés (Sanchez, 2021). Darwin parlerait dorénavant de 'survival of the friendliest'. Seulement, il y a un inconvénient. L'empathie nous rend aussi xénophobe. L'ocytocine renforce l'attachement avec nos proches et notre sentiment d'appartenance à un groupe, donc les personnes avec qui on s'identifie. Ce faisant, l'hormone de l'attachement renforce aussi l'aversion pour des étrangers (Bregman, 2022). Les sciences démontrent que le cerveau traite les caractéristiques visuelles de personnes en dehors de notre race principalement par catégorie au dépens de caractéristiques individuelles, détaillées. Ainsi suit une diminution du niveau d'empathie et une activation des amygdales. Celles-ci actionnent des idées primaires, implicites, négatives envers elles ainsi qu'un sentiment

subconscient de menace qui l'emportent sur la pensée rationnelle (Sanchez, 2021). Le lien passe à nouveau au premier plan de l'actualité. Il est important de créer des amitiés interraciales et multiculturelles et ainsi d'influencer notre cerveau et celui de nos enfants, en plein développement (épigénétique). Plus encore, écoutons de la musique avec eux, car elle a une influence positive sur l'empathie (McDonald, Böckler & Kanske, 2022), tout comme l'arrêt de jeux de vidéos violents (Anderson, Shibuya, Ihori, Swing, Bushman, Sakamoto et al., 2010) ! Dans le chapitre suivant, nous analyserons les conséquences d'une empathie qui se fait canarder. Dans le large éventail des soins, nous examinerons d'abord les soins au sein de l'hôpital.

3. Deux soins à la loupe

3.1 Soins des blouses blanches : comprendre l'inacceptable

La violence semblerait incompatible avec « des actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un » ou « actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps » ou la définition de soins. Cependant, de nos jours, la dictature du chiffre porte atteinte à la motivation intrinsèque et au sens moral du travailleur. Le soignant ne faisant malheureusement pas exception. Nous voilà donc victimes d'une époque où le soin est devenu un produit du marché, le patient un client, les établissements de soins des bureaucraties répondant à des impératifs financiers (Bregman, 2022). Les soins de santé fournissent d'importants gains de prospérité mais sont également très coûteux. Ils forment le poste du Budget de l'Etat qui affiche la croissance la plus rapide. Rajoutant le vieillissement progressif de la population à l'équation, on comprend la connotation politique du soin et les débats par rapport à son financement à long terme (van Ewijk, van der Horst & Besseling, 2013). La qualité des soins est monopolisée par des qualitiens non soignants qui ne parlent plus que de DMS ou Durée Médicale de Séjour et de taux d'occupation des lits afin de remplir les objectifs de l'accréditation. Les projets médicaux prennent la couleur de bilans comptables au détriment de la question de sens et des idées créatives des acteurs du terrain (Etienne, 2018). La violence *structurelle*, décrite par Galtung en 1969 mène à la rationalisation et « le paradoxe » du soin (Peeters, 2021). Cette violence provoquée par les structures ou les institutions d'une société est illustrée par l'application « T2A », la tarification à l'activité. Aux unités de soins palliatifs, la tarification forfaitaire a poussé la logique de la rentabilité jusqu'à devoir estimer l'espérance de vie du patient, préalablement à l'admission afin de limiter le séjour à deux ou trois semaines et ainsi d'éviter un déficit pour l'hôpital (Amar, 2009). La vision néolibérale (et fort masculine) du soin est celle d'un problème du marché qui ne nécessite guerre une

responsabilité collective, même si le bien-être physique (par l'accès au soin de qualité) et psychique (la baisse de suicides) de la société constitue la fondation de succès économique. Comme le soin de santé n'est pas un « achat plaisir » (Batfoulier & Domin, 2015), les économistes féministes préfèrent une économie soucieuse des soins ou « care economy » aux soins économiques ou « economics of caring » (Peeters, 2021). Les mesures austères réduisent le nombre de personnel soignant et accentuent la surcharge de travail et le stress chronique. L'accumulation des tâches au quotidien se conjugue souvent à l'excès de travail administratif. Le rythme et le volume de travail sont également directement liés à l'explosion des connaissances et à l'impossibilité de toutes les maîtriser ainsi qu'au manque constant de personnel. A cela s'ajoute la crainte de contrôle des quotas de production par les supérieurs hiérarchiques par la sécurité sociale ou le ministère de la Santé. Les statuts sociaux et le prestige de la profession médicale ont changé. Ceci renforce le sentiment d'insécurité et le manque de reconnaissance du travail accompli. Les gestionnaires médicaux préfèrent une hiérarchie à une synergie multidisciplinaire où les compétences de chaque intervenant seraient mises en valeur. Quand on rajoute les faibles rémunérations, le manque de soutien psychologique, l'érosion des ressources ainsi que des conditions physiques de travail inacceptables, il s'ensuit un manque de motivation et de perspectives professionnelles. Le comportement professionnel et la qualité du soin en pâtissent (Delbroeck, 2021). L'épuisement provenant de la manière de vivre notre travail et notre sentiment personnel vis-à-vis de ce dernier s'installe progressivement (Desbiendras, 2019) et l'absentéisme est à l'affût. Le cercle infernal continue... à l'ère de Covid. L'homo deus (Harari, 2019) est également victime de son évolution. Aucun service hospitalier n'accumule tant les violences physiques et psychiques que la maternité. Des technologies complexes et invasives ont graduellement remplacé le soin intersubjectif et intégré. La grossesse n'est plus un événement de vie physiologique et demande un contrôle curatif excessif. La future maman perd l'autonomie de son corps et son droit de décision augmentant le risque de fragmentation et de dépersonnalisation. L'Organisation Mondiale de la Santé évoque cinq catégories de violences obstétricales: 1- interventions systématiques et médicalisation, 2 - l'abus verbal, l'humiliation ou l'agression physique, 3 – l'infrastructure inadéquate et le manque de matériel, 4 – les pratiques sans consentement de la maman malgré des informations claires, véridiques et complètes au préalable et 5 – discrimination culturelle, économique, religieuse et ethnique. L'idéologie sexiste et la méconnaissance des femmes, de leurs droits reproductifs et sexuels, n'aident guère les choses. De plus, le bébé a intérêt à s'ajuster à l'esprit économique « time is money » et à supporter les manœuvres mécaniques pour accélérer la naissance (Jardim &

Modena, 2018). La maltraitance institutionnelle se retrouve aussi à la couronne de l'arbre de vie, notamment en gériatrie. Des soignants changeants segmentent les traitements élémentaires (alimentation, habillage,...) ne coïncidant pas avec les habitudes et les désirs de la personne âgée, offrant ainsi un espace traumatique aux multiples effractions de la réalité (Quaderi, 2004). La contention se pratique toujours (et pas seulement en gériatrie) alors que la loi et pas seulement l'éthique considère la liberté individuelle d'aller et venir comme un droit imprescriptible. La relation de dépendance (soumission des patients aux soignants, loi du silence s'appliquant à tous les échelons de l'équipe, des stagiaires aux cadres) et la peur devant la mort inéluctable dans un contexte structurel dévalorisant et incompetent peuvent conduire à l'indifférence et au rejet (Charazac, 2014). La vulnérabilité corrélée à la dépendance et à l'incapacité du soigné (Dunsford, 2021) peut également être source de violence physique, psychologique et de négligence de patients soignés en service de médecine physique et de réadaptation. La prise en charge de patients cérébro-lésés à des phases de plus en plus précoces, notamment en phase d'éveil d'un coma (Mimouni, Delesque, Gidel & Maily, 2014) ainsi que la gestion de la confusion et des comportements agressifs constituent un défi quotidien. Et n'oublions pas le tabou sexuel quand le personnel soignant constate que les jeunes traumatisés crâniens hospitalisés pendant plusieurs mois dans une même institution ont des pulsions, tout comme leurs grand-parents d'ailleurs ! L'exposition régulière à des souffrances et des détresses intenses peut mener à une *fatigue de compassion*. Cet état d'épuisement et de saturation de la relation thérapeutique rend le soignant hypersensible aux émotions des patients au point de ne plus les supporter. Une sensation de vide l'envahit et son cadre de référence existentiel est ébranlé (Imbert & Maillard, 2020). Quand l'empathie met le vécu du patient en résonance avec le vécu de l'intervenant et ses réseaux de mémoire implicite, le processus de traumatisation vicariante vient remplacer la vision du monde du soignant par celle du patient. Le *traumatisme vicariant*, terme introduit par McCann et Pearlman en 1990 et le *traumatisme secondaire*, ce dernier faisant plus référence à l'ensemble de symptômes psychologiques qui 'imitent' le trouble de stress Post-Traumatique (TSPT), sont interconnectés et sensibles à l'histoire personnelle traumatique du soignant. Les intervenants d'urgence médico-psychologiques sont officiellement reconnus comme à risque de développer des symptômes post-traumatiques secondaires et de stocker les informations issues de leurs patients de manière dysfonctionnelle (Desbiendras, 2019) avec tout l'impact que cela signifie pour la qualité du lien soignant-soigné. Une révolution humanitaire s'impose donc où le soin est revalorisé, réorganisé en fonction des besoins du soignant et du soigné, accompagné et supervisé, validé par son importance sociétale et rémunéré correctement par conséquent.

3.2 Soigner le zèbre, une parentalité qui n'est pas la « mère » à boire

La NAGC (National Association for Gifted Children) ou L'Association Nationale des Enfants Doués propose la définition suivante : « les étudiants qui ont des dons et des talents fonctionnent – ou ont la capacité de fonctionner – dans un ou plusieurs domaines à des niveaux plus élevés que d'autres étudiants du même âge, ayant une expérience et un environnement semblables. » Cette aptitude extraordinaire, qu'on ne retrouve donc pas nécessairement dans tous les domaines, est définie comme une capacité exceptionnelle de raisonnement et d'apprentissage. Mesurer le QI ou Quotient Intellectuel de l'enfant, qui est environ de 50% héritable (Sniekers et al. Cité dans Clobert & Gauvrit, 2021) nous donne une idée des différents niveaux de haut potentiel, mais ne représente aucunement la complexité de sa pensée arborescente et ne prédit pas automatiquement l'excellence à l'âge adulte. Les scores de QI vont de *douance* : 115-129, *surdouance* : 130-144, *surdouance exceptionnelle* : 145-159, *surdouance très exceptionnelle* : 160-179 à *surdouance profonde* : 180+ (Borland & Gross, 2007 cité dans Webb, Amend, Beljan, Webb, Kuzujanakis, Olenchak et al., 2020). Plus encore, les données normatives des tests limitent les scores élevés. La différence intellectuelle et comportementale entre une personne *douée* et *exceptionnellement douée* est pourtant importante. De plus, les scores ne reflètent pas toujours les vraies compétences car elles n'acceptent pas les 'réponses créatives' ou parce que la personne sous-performe par perfectionnisme et lenteur, par son mindset 'fixe', pour cacher sa douance, par fatigue,... Il ne s'agit que d'une capture instantanée. Selon la théorie de l'intégration pariéto-frontale (PF) de l'intelligence, plus le QI est élevé, plus l'activation des régions cérébrales préfrontales et pariétales postérieures est grande tout comme la connectivité fonctionnelle entre les régions pariéto-frontales (Clobert & Gauvrit, 2021; Solé-Casals, Serra-Grabulosa, Romero-Garcia, Vilaseca, Adan, Vilaró et al., 2019). L'enfant HP démontre en effet une plus grande activation de ces zones cérébrales, un cerveau plus volumineux ainsi qu'une plus grande connectivité fonctionnelle et anatomique, grâce à la gaine de myéline permettant une vitesse de conduction de l'influx nerveux plus élevée, particulièrement entre les deux hémisphères. Certaines études rapportent également une trajectoire développementale plus tardive de l'épaisseur corticale dans un certain nombre de régions et un hippocampe de moindre volume (relativement au volume cérébral total). Rappelons également l'importance épigénétique quand on sait que les neurosciences objectivent le lien entre (le QI et donc) le haut potentiel et le milieu socioculturel ou les effets bénéfiques de l'allaitement. La recherche met en évidence une trajectoire développementale précoce des acquisitions motrices et langagières. Dès la naissance, l'enfant précoce a des hautes capacités d'éveil et de focalisation attentionnelle. On

note, sur le plan posturo-locomoteur, une avance des acquisitions motrices d'au moins un à deux mois (un ou deux écarts-types au-dessus de la moyenne) s'il n'existe pas d'anomalies sensorielles ou motrices associées. Sur le plan cognitif, on peut observer la précocité du langage et notamment des capacités praxiques buccales ainsi que le caractère extraordinaire des capacités de traitement de l'information (détection, discrimination perceptive, stockage et rappel) et de résolution de problèmes. L'enfant HP démontre aussi un sens développé d'intuition, grâce à une réceptivité importante alimentant la réactivité sensitive, émotionnelle et affective. Les preuves objectives de l'hyperesthésie restent cependant minces et controversées (Clobert & Gauvrit, 2021), malgré beaucoup d'ouvrages de vulgarisation scientifique. Les comportements caractéristiques d'un enfant surdoué, à haut potentiel, précoce, zèbre ou philo-cognitif peuvent être : un répertoire lexical exceptionnellement large et des structures phrastiques complexes pour son âge, une meilleure compréhension des nuances linguistiques, une concentration et une détermination accrues. Une intensité et beaucoup de sensibilité, un large éventail d'intérêts, la curiosité et les questionnements sans relâche, l'envie d'expérimenter et de faire les choses différemment et une pensée divergente et associative créative sont aussi très fréquents. On note une capacité accélérée d'apprentissage de compétences de base avec moins d'entraînement, un auto-apprentissage de la lecture et de l'écriture en maternelle et une mémoire exceptionnelle. On remarque chez l'enfant la présence de beaucoup d'amis imaginaires, un sens de l'humour hors du commun et le désir de guider et d'organiser, surtout en inventant des jeux compliqués. Ce sont surtout sa motivation intrinsèque, son engagement, son intensité émotionnelle, son idéalisme et le manque de synchronicité entre son développement physique et émotionnel qui peuvent se heurter à son environnement familial et culturel et engendrer des difficultés sociales et émotionnelles. Face à lui, l'interlocuteur est plus lent, n'accepte pas les questions parfois gênantes, planifie et dirige sa créativité et donne des instructions, interrompt son discours, demande son attention complète, n'accepte pas toujours son énergie, son point de vue, son envie de mouvement physique et psychique, son envie de sortir tout ce qu'il a dans la tête et ses remarques perspicaces par rapport à des incohérences. L'ère des diagnostics rapides, d'étiquetage pathologisant du comportement et surtout lorsque l'enfant est un peu excentrique et moins 'sociabilisé' a bien nourri le monstre pharmaceutique. Il se retrouve particulièrement à risque d'erreur diagnostique et de double diagnostic ou « twice-exceptional », même si son ingéniosité peut au contraire camoufler et retarder des diagnostics valides telle qu'une dyscalculie. On peut donc observer des caractéristiques comportementales qui frôlent par ex. le TDAH ou le Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité, mais l'observation

détaillée par un clinicien expérimenté démontrera bien des éléments incompatibles et même contradictoires. Contrairement à la symptomatologie retrouvée chez l'enfant souffrant de TDA/H, l'enfant à haut potentiel va par ex. attendre un peu avant de répondre quand on lui adresse la parole pour ensuite donner une réponse réfléchie. Il est facilement distrait par son entourage quand la tâche ne l'intéresse pas mais essaie de ne pas déranger les autres. L'enfant interrompt des conversations d'autres pour corriger leurs erreurs. L'enfant présente une attention soutenue hors norme quand il effectue des tâches qui présentent un défi sans récompense claire et directe. De plus, les problèmes comportementaux débutent la plupart du temps à l'entrée en enseignement primaire et la structure que celui-ci 'impose'. Les crises de colère intense peuvent frôler le Trouble Oppositionnel avec Provocation alors que la colère concerne des choses qui sont injustes ou idéalistes et que l'enfant surdoué s'inquiète des sentiments de l'autre. L'égoïsme de l'enfant surdoué est limité à des situations spécifiques et n'est pas la conséquence d'un trauma d'attachement précoce. Il se montre empathique et sympathique et ne 'néglige' l'autre que quand il est absorbé par une tâche. Même si on peut observer certaines ressemblances entre l'enfant précoce et le syndrome Asperger, l'enfant précoce crée quant à lui des relations interpersonnelles relativement normales avec ceux qui partagent ses intérêts. L'enfant surdoué gère bien les idées abstraites, les situations peu structurées et les activités novatrices. Il réagit de façon appropriée à des signes non-verbaux pendant les interactions, accorde ses émotions à la situation et comprend l'implicite. Il a une conscience de soi accentuée, comprend l'impact de ses actes sur l'autre et dispose d'une bonne théorie de l'esprit. Même si ses pensées profondes et créatives peuvent sembler bizarres, on est loin de la Personnalité Schizotypique. L'évitement qui pourrait suggérer une Personnalité Évitante semble s'évaporer en grandissant. Malgré des études affirmant le contraire (Guénolé, Louis, Creveuil, Montlahuc, Baleyte, Fournier et al., 2013), l'intensité, la sensibilité, la pensée jugeante et le manque d'accordage avec l'entourage peuvent augmenter l'anxiété et le risque de développer toute une panoplie de troubles anxieux chez les enfants à haut potentiel. Cependant, leur aptitude intellectuelle permet aussi de comprendre et d'appliquer les techniques thérapeutiques cognitivo-comportementales avec plus d'aisance ... et de les juger. Il n'y a par ailleurs pas de preuve scientifique à présent d'une implication plus grande de l'hémisphère droit ni d'une vulnérabilité particulière de l'amygdale chez l'enfant HP (Clobert & Gauvrit, 2021). Le risque de troubles de l'humeur est comparable à celui de ses pairs, la dépression existentielle faisant exception. Même si certains auteurs démontrent un risque accru de troubles du sommeil chez l'enfant surdoué (Bastien, Théoret, Gagnon, Chicoine & Godbout, 2021), le rythme de sommeil peut simplement être différent

(besoin de moins d'heures de sommeil) sans pour autant rentrer dans le cadre d'une insomnie. L'enfant n'a pas de plaintes (contrairement aux parents) et ne se sent pas fatigué en journée. La compréhension du haut potentiel dans toutes ses facettes débute donc par une (hétéro-) anamnèse pointue afin de différencier sa véritable image de tout trouble adjacent. Les parents, amasseurs d'infos par excellence, pourront témoigner de ces êtres passionnants qui les embarquent dans une éducation qui ressemble souvent à des montagnes russes. Prendre soin, donner amour et sécurité à des petits zèbres exige une écoute active qui limite les conseils, une prise régulière de leur température émotionnelle, une communication sincère et cohérente, un climat stimulant mais soutenu avec la possibilité pour l'enfant de faire des choix, l'apprentissage par expérience 'in vivo', un espace pour les plaintes et la résolution autonome de conflits fraternels et un partage soigneux de sujets sensibles. La communication écrite est préférable par moment ainsi que les 'time-out' et on fait très attention aux promesses. Il est important de mettre le focus sur l'engagement de l'enfant plutôt que sur le résultat, tout en valorisant ses performances. Un mentor, un autre enfant haut potentiel, des livres et des films peuvent constituer des nouvelles perspectives pour l'enfant. Intégrer la musique dans le lien contribue à une meilleure régulation des émotions et stimule la motivation, l'auto-réflexion et la conscience (Ismail & Anuar, 2020). Des limites justes et claires, des jeux de rôles occasionnels, un retour honnête sans doubles messages ainsi que l'autogestion de l'enfant sont préférables à la punition et l'impuissance conditionnée. Une petite stimulation tactile ramène l'enfant à ce qui se passe autour de lui et l'humour permet de réduire les tensions. Quand l'enfant est confronté au harcèlement scolaire, on peut lui apprendre d'explorer ses stratégies de résilience ou lui apprendre des techniques, par ex. 'nier' de façon active (par visualisation) ou formuler un 'stop' clair. L'entrée scolaire est une étape très importante pour tout enfant et certainement pour le zèbre. La prise de conscience des différences avec les autres élèves, soutenues ou minimisées par l'instituteur, peut être pénible et entraîner des tentatives désespérées de lien, même en créant un faux-self sous-performant. Les parents choisissent de préférence une école qui offre un programme adapté par enrichissement au sein du groupe, enrichissement en dehors du groupe, enrichissement en groupe de niveau, clustering ou par accélération. La brochure de la Fédération Wallonie-Bruxelles (enseignement.be) explique les démarches pédagogiques adaptées aux élèves à haut potentiels notamment la pédagogie du projet, la pédagogie de coopération, les contrats pédagogiques, le tutorat entre élèves, la différenciation vers le haut, le saut de classe et l'utilisation du schéma heuristique ou « mindmap ». Un instituteur passionné par l'enseignement pour enfants précoces, qui représentent tout de même un défi professionnel et personnel, fait évidemment toute la

différence (Webb, Amend, Gore & DeVries, 2013). Les traits de personnalité de l'enseignant 'idéal' ayant une attitude positive envers les enfants haut potentiel seraient d'ailleurs plus importants que ses connaissances générales. L'article très intéressant de Hanna David (2011) dans *Gifted and Talented International*, contient les caractéristiques nécessaires pour enseigner aux zèbres. Les instituteurs, les accompagnateurs d'élèves, les pédagogues et certainement les parents peuvent contribuer énormément à l'estime de soi et à la confiance de ce groupe d'êtres très hétérogène. Sachant que les plus hauts QI sont associés à une espérance de vie supérieure et à une meilleure santé, le mythe du lien entre l'asthme et le haut potentiel est ici démonté (Clobert & Gauvrit, 2021), il nous semble essentiel que les guides osent s'aventurer dans la savane, afin d'accueillir et de protéger les rayures uniques de leurs zèbres... sans les dompter. Après les conclusions, nous vous proposerons quelques pistes pour un protocole EMDR spécifique aux personnes à haut potentiel lié aux difficultés qu'elles peuvent rencontrer.

4. Conclusions

Le coût financier annuel belge des violences s'élève à 2,68 milliards d'euros, correspondant aux dépenses en matière d'aide sociale, de justice, d'hébergement et de santé. Les violences faites aux enfants et leurs répercussions (transgénérationnelles) sont considérées comme le problème de santé principal aux Etats-Unis. Investir dans la *prévention* par l'(in)formation nous semble donc une réponse économique logique pour restaurer le bien-être sociétal. Protéger les enfants dès leurs 1000 premiers jours commence par la bienveillance envers les femmes enceintes. Prévenir l'isolement et le stress maternel permet d'éviter que le bébé avale du liquide amiotique rempli de cortisol (Cyrulnik, 2022). Soutenir le nombre croissant de familles monoparentales réduit le clivage social et le *burnout parental* (Roskam & Mikolajczak, 2018). La participation active des papas contemporains à la *niche sensorielle* de l'enfant rend la *déchirure* en cas de divorce d'autant plus corrosive et nécessite une réflexion par rapport aux modalités de garde. Une constellation affective où il y a au moins 6 à 8 personnes d'attachement sécure qui gravitent autour de l'enfant est un facteur protecteur en cas de séparation. Les familles recomposées amènent par ailleurs de nouveaux défis pouvant aller de refus du nouveau co-éducateur (et de la nouvelle fratrie) à la relation incestueuse (Cyrulnik, 2022). Une communication transparente et un cadre bien défini par les différents acteurs sont essentiels. Il faut également financer, former et contrôler nos gardien(ne)s d'enfants pour éviter les traumatismes d'attachement chez nos tout petits (Binet, 2020). De même pour l'enseignement scolaire confronté à des élèves de plus en plus *étiquetés/diagnostiqués* et

plus récemment, au *cyberharcèlement*. Il est indispensable que les écoles, qui sont devenues des réseaux sociaux pédagogiques à part entière depuis la pandémie, puissent investir dans l'information de nos jeunes par rapport à l'intention réelle des réseaux sociaux c'est-à-dire sa culture du *défi* et donc pas la communication. Les jeunes utilisateurs virtuels doivent comprendre l'impact des (dis)likes et des filters sur l'estime de soi, se rendre compte que tout usage *asocial* est punissable par la loi et savoir comment se protéger contre la cyberviolence, qui engendre un réel anéantissement de la victime. L'école se doit de prévoir des dispositifs qui permettent la *contagion émotionnelle* à l'intérieur de groupes de parole, les neurones miroir du harceleur étant éteints. L'installation de l'application Cyber-Alert ainsi que la création d'un conseil d'éducation disciplinaire qui, suite à une plainte, décide d'une réponse pédagogique ou judiciaire en concertation avec les parents et la victime deviennent très urgents et nécessitent un accompagnement professionnel (Humbeeck, 2019). Protéger les adolescents consiste aussi en une solide éducation par rapports aux plateformes virtuelles. Des personnes extrémistes qui étaient jusqu'à présent invisibles reçoivent une plateforme via le 'life streaming' où tout est dit sans censure. L'humour peut cacher un plan politique léthal très sérieux et nocif (Theroux, 2022). Optimiser le bien-être de notre progéniture commence par leur demander un consentement dès la première photo virtuelle. Nos malades méritent autant de considération. Protéger les soignés et les soignants par une interdisciplinarité synergique valorisante plutôt que hiérarchique, moins de quotas et plus de temps et d'empathie auprès du patient résulteraient en des soins plus qualitatifs. Participer à des formations, des rencontres professionnelles et des supervisions est essentiel pour cultiver la curiosité (Desbiendras, 2019) et pour éviter le bore-out et le burn-out. Une révolution du soin 'systémique', inspiré par les neurosciences, s'impose donc. Un soin *holistique* permettant d'embarquer dans le train (Grandjean, 2022) du grand 'C' (the big 'C' ou le cancer) notamment serait optimisé par une psycho-somato-éducation incluant des conseils épigénétiques, par ex. améliorer la relation conjugale et ainsi la cicatrisation de plaies et la tension artérielle, une bonne hydratation, un sommeil (avant minuit) suffisant et donc plus de mélatonine réduisant le risque de Covid et optimisant la plasticité neuronale, dormir sur le côté droit pour tonifier le nerf vague, favoriser les neuro-aliments, un jeûne intermittent et le mouvement et même juste une promenade en forêt ou « Shinrin-Yoku ». L'environnement médical, l'attitude et la personnalité du médecin prescripteur et notamment sa suggestion de l'effet d'une substance, même un placebo, sont essentiels dans la guérison (Depuydt, 2021). Associer l'EMDR au traitement médical permet de remplir le lac des ressources et de limiter la (ré)activation traumatique d'examen anxigènes tels que l'IRM, l'annonce de mauvaises nouvelles et de

préparer le système nerveux aux traitements et aux interventions chirurgicales (Grandjean, 2022). L'hypnosédation est également associée à un meilleur confort peropératoire diminuant l'angoisse et la douleur et un rétablissement plus rapide, moyennant moins d'anesthésie (Trujillo-Rodriguez, Faymonville, Vanhaudenhuyse & Demertzi, 2019). Entre les séances, l'EFT ou Emotional Freedom Techniques peut être pratiqué seul ou avec une personne de confiance pour réguler le stress et l'anxiété créés par (ou ayant participé à) la maladie. Les tapotements (à la main dominante, sur soi ou sur l'autre) stimulant les neuf points énergétiques associés à une affirmation permettent de contrer l'inversion psychologique et de rétablir la connexion entre l'esprit et les messages corporels. Tout comme la Cohérence Cardiaque, l'EFT diminue les taux de cortisol et la pression sanguine. Il améliore la cohérence cardiaque et la variabilité du rythme cardiaque et agit positivement sur le système immunitaire (Geeraerts & Van Nieuland, 2021 ; Brus, 2022). Tel un détective corporel, la *kinésiologie appliquée professionnelle* est également pratiquée à ce jour pour dénouer des blocages énergétiques et émotionnels, malgré peu de validité scientifique (Gueguen, Van Bui, Gouaux, Barry & Falissard, 2017). Il est important d'évaluer régulièrement le traitement de la douleur et la qualité du sommeil. Les études par rapport à l'utilisation du neurofeedback suggèrent par ailleurs une diminution des séquelles cognitives et émotionnelles du traitement médical et une amélioration de la fatigue et du rythme de sommeil (Alvarez, Meyer, Granoff & Lundy, 2013). Quand le corps est rétabli et prêt, avec l'accord du soigné, le TAI ou Traitement Adaptatif de l'Information (EMDR) peut engendrer un travail plus approfondi de désensibilisation et de réintégration de souvenirs dysfonctionnels figés. Gardant à l'esprit « la sortie restreinte d'expression émotionnelle » de Gabor Maté (2019) chez la personne souffrant/ayant souffert d'un cancer, on peut aussi proposer du yoga trauma-sensitif (Emerson, 2015) ou les TRE (Trauma Releasing Exercises ou Exercices de Relâchement de Trauma) de Berceli (2008) et influencer le mécanisme régulant (vers le bas) le système nerveux. Ceci mène à un meilleur 'ancrage' ou une homéostasie optimale où « le cerveau aime être dans le corps » (Berceli, 2020). Le chant et la danse, vue que « la musique est une expérience émotionnelle » (Welch, 2015) sont tout aussi 'bénins'. Le bénéfice social d'une chorale nous ramène notamment vers l'importance du lien dans toute forme de guérison psychosomatique qui n'affecte pas seulement le soigné mais aussi son environnement (large). Il en suit d'intégrer les rituels de la communauté face à la maladie et la mort et d'accueillir les 'chefs' d'un clan. Même s'il faut éviter la (re)traumatisation des participants par le récit d'un vécu parfois effrayant des autres (Grandjean, 2022), un groupe de survivants du grand 'C' où l'on établit des scénarios imaginaires comme les constellations que dirigeait Albert Pesso, pourrait également apporter

un soulagement psychique et corporel (Van der Kolk, 2021). Finalement, quand on descend du train, on a survécu, mais il faut aussi ‘revenir à la vie’ et ça, ce n’est possible qu’en jouant, en écrivant/dessinant/peignant/sculptant, en créant un homo « ludens » « mindful » qui se reconnecte à soi et à l’autre, avec humour, amour et (auto-)compassion (Tarquinio, 2022). Si seulement le soin optimal individualisé et différencié pouvait faire l’objet de discussion et de propositions financées dans une démocratie participative qui considère le soin comme un problème sociétal... (Bregman, 2019). Entretemps, les neurosciences continuent à explorer la connectivité cérébrale et les origines des effets thérapeutiques positifs de l’EMDR. La désensibilisation par l’EMDR du complexe thalamique-amygdalien par l’activation du colliculus supérieur et du thalamus médiodorsal est récemment étudiée par Takanobu (2021). Ce dernier étudie également de nouvelles méthodes d’intervention, telles que le HBOT (HyperBaric Oxygen Therapy ou l’Oxygénothérapie Hyperbare), à la base utilisée pour le traitement de fibromyalgie, mais qui semblerait également réduire la symptomatologie psychotraumatique de survivants d’abus sexuel pendant l’enfance. Dans le chapitre suivant, nous proposerons un protocole EMDR adapté aux personnes aphasiques et nous réfléchirons sur l’utilisation de l’EMDR auprès de personnes à haut potentiel. Ensuite, nous analyserons le traitement de D., souffrant de « PICS » ou Post Intensive Care Syndrome.

II. ‘Gimme me an E, gimme an M, gimme a D, gimme an R: EMDR!’

1. Le T.A.I. (Traitement Adaptatif de l’Information) « non-verbal »

Plutôt que de contre-indications, nous parlerons de *précautions* à prendre avant de procéder à un traitement EMDR chez tout adolescent ou adulte cérébro-lésé (Tarquinio, Brennsthul, Dellucci, Iracane, Rydberg, Silvestre & Zimmerman, 2017) et spécifiquement chez la personne souffrant d’*aphasie*. Pourtant, *l’incapacité de produire ou de comprendre du langage oral et/ou écrit* souvent accompagnée de *séquelles neurocognitives, sensibles, praxiques et motrices* comme l’hémiplégie/-parésie, la paralysie faciale centrale et la dysphagie sont d’une violence brutale inouïe et sources de détresse, de peurs et de solitude profondes. On observe de la dysphagie ou des problèmes de déglutition en phase aigüe post-AVC chez 50% des patients aphasiques. Ceci nécessite souvent le placement d’une sonde nasogastrique en espérant de diminuer le risque continu de pneumonie d’aspiration. De plus, si le patient est confus et tente de retirer la sonde gênante, il devra également supporter la contention et même une gastrostomie (sans son accord), si le problème dépasse les 6 semaines. Une prise en charge psychologique est donc un vrai challenge en phase initiale du traitement pluridisciplinaire et pourtant tellement essentielle pour pallier la dépression post-AVC

fréquente, les éventuelles réactions post-traumatiques (par ex. : les souvenirs pénibles, l'hyper- ou l'hypo-activation et les réactions dissociatives qui sont difficiles à détecter dans la panoplie de comportements désinhibés étiquetés 'neurologiques' et donc liés à la lésion cérébrale et pas au psychotraumatisme) et pour stimuler la résilience et la motivation pour une revalidation intensive. Voulant créer une alternative pour le « Blind to Therapist Protocol » récemment essayé avec succès auprès de personnes souffrant d'aphasie *expressive* en dépression (Guina & Guina, 2018), on propose un protocole adapté qui part du principe que la personne est « dans l'incapacité et pas dans le refus de décrire de façon détaillée son image » et qui ressemble plus au protocole standard d'EMDR, surtout que Francine Shapiro a stipulé que le succès de l'EMDR ne dépend pas de la divulgation d'information. Il pourrait également être utilisé chez des personnes souffrant d'aphasie *réceptive* en exploitant d'autres canaux de communication. Le *recueil de l'histoire du patient* (phase 1) inclut une (hétéro-)anamnèse adaptée à la problématique neurologique. Une partie du questionnaire peut être remplie par la famille ou des amis proches afin de pouvoir vérifier les réponses du patient en cas d'incompréhension. Ceci se fait uniquement quand le patient en est incapable et toujours avec son consentement. La partie «patient» est imagée et accorde beaucoup d'importance au sommeil, à la douleur et au vécu du handicap verbal (et moteur) notamment dans la famille, mais aussi à l'humeur, les peurs et dans une phase ultérieure la sexualité, le grand tabou des hospitalisations à long terme. La *préparation* (phase 2) consiste en des informations imagées, dessinées (comme Grandjean, 2022) et écrites sur les conséquences de la cérébro-lésion pour le cerveau et le corps, le modèle TAI de l'EMDR et les techniques de stabilisation. Le lieu sûr/calme, le faisceau lumineux et le contenant sont facilement adaptables tenant compte des difficultés cognitives et langagières, tout comme l'EFT et la cohérence cardiaque. Des photos de lieux (éventuellement avec des bruits) ou le cas échéant d'une personne connue (pour limiter les distracteurs visuels) peuvent être sélectionnées si les productions orale et écrites/le dessin/la peinture/... sont limitées. Pendant *l'évaluation (phase 3)*, le patient produit des mots isolés, pointe le thème imagé (sécurité – contrôle – responsabilité) lié à son ressenti (ou cache les photos erronées) et le thérapeute lit les CN (cognition négative) associées et propose la CP (cognition positive) contraire que le patient valide ou pas. Des exemples sont : « je ne peux plus faire confiance à mon corps » (sécurité), « je suis faible, je ne sais rien faire » (contrôle) et « c'est de ma faute, j'aurais dû arrêter de fumer » (responsabilité). Il est important de laisser du temps, de répéter la CN et de revérifier la validation afin d'être sûr que le patient ait bien compris et choisi la phrase optimale. L'aide d'un proche avec lequel le patient se sent en confiance peut être envisagé pendant la phase d'évaluation (tout comme lors de la phase 1).

D'un point de vue phasique, il est important de retenir que la personne avec qui le patient aime le plus communiquer et la personne avec qui l'échange d'informations se passe le mieux n'est pas nécessairement la même. La *désensibilisation (phase 4)* ne commence qu'après l'évaluation médicale (e.a. risque épileptique) et le bilan neuropsychologique indiquant une absence d'agnosie visuelle, un empan d'au moins 5 tant au niveau de la mémoire verbale que visuo-spatiale et précisant la meilleure position du psychothérapeute et du tracé des SBA (Stimulations Bilatérales Alternées) en cas d'héminégligence visuelle. Si, pour raison médicale, il vaut mieux privilégier d'autres types de stimulations bilatérales alternées que les mouvements oculaires (ex : hémianopsie, ophtalmoplégie), on peut toujours utiliser les tapotements. La production orale après chaque série de SBA peut être remplacée par le *pointage* d'images d'objets, de lieux ou de personnes ou des mots écrits préstructurés en catégories : « émotion ? », « pensée ? », « image ? » ou « une sensation dans le corps ? » (avec, si la répétition est préservée, la voix enregistrée du patient quand il clique dessus, dans le cas d'un outil de communication informatisé), le *dessin* ou le *geste*. Si nécessaire, le patient répond tout simplement à la question 'Ca change ?' en pointant la carte « OUI, NON, ? » avec une explication au préalable de ce en quoi peuvent consister les changements (Blore, Holmshaw, Swift, Standart et Fish, 2013). Il est important d'ajouter un « ? » ou « je ne sais pas » parce que parfois la réponse n'est ni oui, ni non. Tous les mots écrits du protocole « patient » sont écrits en majuscules. Les mots et les images sont suffisamment espacés, essentiellement présentés en disposition verticale et leur nombre par page est limité. Les mots clés, sélectionnés en fonction d'une fréquence d'utilisation haute, sont écrits en gras. Chaque page est donc conçue de façon à limiter la charge attentionnelle, mnésique et verbale (simplification des phrases, questions fermées, éviter les phrases négatives et passives, les mots clés à la fin de la phrase,...). On utilise le protocole standard où l'on intègre d'abord les souvenirs du *passé* (proche), par exemple : l'accident (vasculaire cérébral), la perte brutale de la fonction motrice et langagière, l'intervention chirurgicale, le séjour en soins intensifs, la mise en place d'une sonde nasogastrique ou d'une trachéostomie, la contention, le transfert en revalidation, l'absence et le manque des enfants, la confrontation à d'autres personnes en chaise, les attelles, la réaction des visiteurs, les heures de visite limitées à cause du Covid, les expériences médicales ultérieures etc. Plus tard, à l'aide d'un ACE imagé, on peut proposer la désensibilisation de souvenirs plus anciens, si le patient le souhaite, ceci en fonction de sa récupération cognitivo-langagière. Ensuite, les déclencheurs du *présent* sont désensibilisés : ses croyances par rapport à son handicap et la raison de sa survenue (par ex. : une punition pour une mauvaise hygiène de vie), sa perception d'un corps atteint et son image à travers les

réactions des proches, les examens et traitements médicaux invasifs sans explication par des soignants qui n'ont pas le temps, l'envie ou les connaissances requises en aphasiologie pour expliquer la procédure via la tablette du patient avec tous les risques de (re)traumatisation, la confrontation à d'autres personnes aphasiques dans les thérapies de groupe, la confrontation aux limites motrices, verbales et cognitives lors des séances kinésithérapeutiques, ergothérapeutiques, neuropsychologiques et logopédiques, la douleur, la confrontation à l'administration des biens, les maltraitances institutionnelles, la confrontation à des patients agressifs ou confus etc. Finalement le *futur* est adressé : la réalisation du changement de statut au sein de la famille proche, la relation conjugale, son ressenti de poids sur les proches, l'adaptation du domicile ou même le déménagement ou l'éventualité d'un transfert vers une MRS (Maison de Repos et de Soins) ou une résidence, la réinsertion socio-professionnelle et donc le deuil d'un travail 'comme avant' et de certains loisirs. Il est très important lors de cette phase de visualiser toutes les activités ressourçantes autonomes et accompagnées, de la plus petite à la plus importante, afin de permettre au patient de se projeter dans un avenir positif, entouré de personnes bienveillantes. La « technique de l'éponge » ou le « DIR » peuvent aider le patient à retrouver les compétences mentales qu'il a utilisées dans le passé pour affronter les défis de sa nouvelle vie. *L'installation de la cognition positive (phase 5)* se fait en associant mots oraux, écrits et images à un VOC visualisé par une échelle. Des images peuvent remplacer les chiffres en cas de difficultés de lecture de ces derniers. Le patient fait son *scan corporel (phase 6)* devant un miroir, si la charge émotionnelle par rapport à l'image de soi, avec un handicap, est supportable. Si nécessaire, le thérapeute devient le miroir du patient et peut donc guider et parcourir les différentes parties de son propre corps afin de stimuler les zones cérébrales associées chez son patient. *La clôture (phase 7)* consiste en un retour au lieu calme imagé sélectionné (mer, montagne, forêt,...) ou dessiné par le patient et des SBA lents ainsi que des félicitations imagées (image du bouquet de fleurs accompagnée du bruit de gens qui applaudissent) ou le pouce vers le haut. Le protocole s'accompagne d'un journal imagé EMDR avec la ligne du temps et la possibilité de sélection des progrès illustrés. *La réévaluation (phase 8)* reprend les cibles travaillées en utilisant l'échelle EMOTIONS (SUD) imagée. L'utilisation du protocole « EMDR et aphasie : EMOTICOM » exige un thérapeute EMDR certifié et flexible ayant une connaissance approfondie de l'aphasie et des processus neurocognitifs sous-jacents tels que les fonctions attentionnelles, exécutives et mnésiques. Finalement, on constate que ce protocole EMDR imagé pourrait également offrir une solution aux personnes sourdes(-muettes) et aussi aux personnes parlant une langue maternelle que le psychothérapeute ne maîtrise pas. L'anamnèse imagée du protocole peut tout simplement être

utilisée par tout professionnel souhaitant créer un lien bénéfique avec son patient aphasique. En conclusion, nous aimerions insister sur l'exploration de l'utilisation d'un avatar du patient (avec la voix de celui-ci enregistrée si la répétition est préservée, comme dans le cas d'une aphasie transcorticale motrice et sensorielle) lors des traitements EMDR, notamment pour les phases 3, 5 et 6. Intégrer l'avatar dans un environnement sélectionné par le patient pourrait aussi faciliter la sélection d'un contenant ou la visualisation d'un lieu sûr/calme. Il pourrait finalement être intégré dans des scénarios futurs (photos apportées/envoyées par les proches : la brasserie préférée, le cinéma où ils allaient,...) , stimuler d'avantage les neurones miroir et permettre une meilleure projection. Une hétéro-anamnèse approfondie ainsi qu'une synergie interdisciplinaire étroite entre médecin, infirmier(e), logo, ergo, (neuro)psy, kiné, assistant social(e) et éducateur(-trice) sont une nécessité absolue pour la mise au point d'un outil de *communication alternative* (informatisé) intégrant tous les éléments clés pour un travail EMDR réussi. Le travail autonome du patient peut se poursuivre dans un journal informatisé adapté avec une rubrique à part où l'entourage peut également noter ses observations. Dans les annexes vous trouverez le protocole avec les consignes adaptées. Un livret séparé contient toutes les images nécessaires pour utiliser le protocole.

2. Les empreintes du zèbre...et ses prédateurs

Un protocole EMDR s'adressant spécifiquement aux adolescents et adultes Haut Potentiel fera l'objet d'un travail futur. Nous ne pouvons cependant pas nous empêcher de partager un petit aperçu dopaminergique afin de titiller votre corps dorsal caudé, votre noyau accumbens et votre cortex préfrontal ! Passant par des noms comme A.C.E., R.A.C.E. et Virtuo qui risquaient d'évoquer des associations moins appropriées, il s'appellera finalement : « C.H.I.P.S. » : **C**réativité – **H**ypersensibilité – **I**ntelligences– **P**assion – **S**écurité. « La technique de l'éponge » et « le DIR » nous semblent particulièrement intéressants pour aborder leur « fixed mindset » ou perspective fixée afin d'affronter des situations qui les sortent de leur zone de confort générant des peurs. L'asynchronie interne (le décalage entre le développement intellectuel, psychomoteur et affectif) et sociale (le décalage avec les adolescents du même âge) peut être source de souffrance et particulièrement si un entourage familial insécure renforce le sentiment de solitude. Une alliance thérapeutique sera d'autant plus efficace quand le thérapeute EMDR cerne la complexité du cerveau « arborescent » et ses différences neuroanatomiques notamment au niveau de la mémoire explicite (Kuhn, Blades, Gottlieb, Knudsen, Ashdown, Martin-Harris, Ghahremani, Dang, Bilder & Bookheimer, 2021). Ceci est particulièrement vrai quand le clinicien peut s'appuyer sur un

protocole qui met en évidence leur points sensibles. Leur besoin de « mouvement physique et mental », leur intensité, leur besoins socio-émotionnels uniques, leur quête de justice et leur intransigeance peuvent se heurter contre un environnement familial, scolaire et professionnel « normo-penseur » (Papadopoulos, 2021) parfois même traumatogène. Un *lieu sûr* multisensoriel apaisant peut alors alléger leurs ruminations mentales tout comme un *journal des émotions*. Une intervention « ciblée compétences » partant du protocole « Enhancing Positive Emotion and Performance with EMDR » ou l'Augmentation d'Emotions Positives et de la Performance avec l'EMDR (Luber, 2009) nous semble un excellent point de départ pour la désensibilisation de souvenirs pénibles, un tissage cognitif lié aux spécificités du haut potentiel et la création d'un vrai self, déconnecté des attentes disproportionnées de réussite. La création d'un « Inner Advisor » ou Conseiller Interne peut aborder leur sensibilité à l'échec d'une façon créative éclairant toutes leurs autoroutes cérébrales.

III. *Le réveil en enfer : le cas de D. et l'EMDR*

Le PICS ou Post Intensive Care Syndrome a été décrit et formalisé dans la littérature comme entité à part entière depuis 2010-2012. Jusqu'à 50% (Hanquet, Benahmed, Castanares-Zapatero, Dauvrin, Desomer & Rondia, 2020) et même 70% (Caillard & Gayat, 2019) des patients sortis des soins intensifs après une pathologie grave souffrent de problèmes *physiques* (faiblesse musculaire chez 40% des patients), *psychologiques* (anxiété, dépression et TSPT chez 20 à 35% des patients) et *cognitifs* (amnésie, manque du mot, difficultés au niveau des fonctions attentionnelles et exécutives chez 20-40% des patients). La proximité de la mort, les hallucinations/confusion/rêves d'apparence réelle/délire créés par l'utilisation de la *kétamine* (Kung, Meisner, Berg et Ellis, 2020), la contention, la perte soudaine des capacités physiques, l'impossibilité de communiquer en enregistrant des bribes de conversations du personnel soignant même sous sédatifs, le manque d'informations rassurantes sur les symptômes et le traitement, les transformations perceptives et corporelles et la perte de perception de temps en sont les premières causes (Hanquet, Benahmed, Castanares-Zapatero et al. 2020). Beaucoup de patients ont des souvenirs intrusifs et angoissants, des flashbacks et se sentent en état d'hypervigilance. Ils vont jusqu'à éviter toute situation ou personne qui déclenche leur descente en enfer. C'était le cas de D., 29 ans, admis dans un centre de revalidation et de réadaptation pour une tétraparésie suite à un accident de la route. Comme les études relatives au PICS sont presque exclusivement publiées dans la littérature sur les soins intensifs, les professionnels de santé de première et de deuxième ligne qui prennent le relais des soins sont peu informés sur le sujet (Hanquet, Benahmed, Castanares-Zapatero et al. 2020). Les effets

PICS peuvent pourtant persister pendant 5 voire 15 ans après l'hospitalisation en réanimation. Une rééducation cognitive et psychologique précoce en réanimation utilisant un journal intime ainsi qu'un manuel de rééducation par le soignant est cependant associée à une réduction significative des symptômes du TSPT (Caillard & Gayat, 2019), même si controversé dans la pratique. Grandjean (2020) démontre par ailleurs les bienfaits d'une prise en charge précoce par EMDR en réa. Une psychothérapie de D. ciblant les déclencheurs et le souvenir source de la phobie des opérations/anesthésies (multiples) n'a donc débuté que deux ans après l'overdose de Baclofene, suivie de coma et donc un séjour en soins intensifs. Pour D., c'était surtout le dernier séjour en SI qui posait problème et pas celui qui avait suivi son accident. Le délai pour l'utilisation du Protocole EMDR pour Trauma Récent étant largement dépassé, nous avons proposé le protocole EMDR standard. En phase 2, nous avons rempli l'Echelle Révisée d'Impact d'Événement Stressant (IES-R) ensemble et des explications par rapport au PICS, le lien entre son système nerveux et sa symptomatologie de stress psychotraumatique ainsi que l'effet de l'EMDR sur ses souvenirs dysfonctionnels et émotionnellement chargés ont été fournies. Il évoque principalement de l'évitement (niveau *comportemental*) surtout de l'étage où l'incident critique a eu lieu, mais le corridor où il dort reste également émotionnellement chargé. Il signale également de l'hypervigilance et de l'irritabilité, des ruminations dès qu'il est seul et surtout beaucoup d'angoisse par rapport à un état d'inconscience futur, notamment lors de sa colostomie (chirurgie visant la mise en place d'une poche pour recueillir les matières fécales) qui s'approche. Le *lieu sûr* avec le mot 'vriendschap' et le *contenant* sont proposés. La *technique de l'éponge* lui est également proposée pour le préparer psychiquement à cette longue chirurgie très invasive, qui n'est pas sans risque. Lors de la phase 3, commençant par *le passé*, on cible le semi-réveil aux soins intensifs. D. évoque comme *pire image* les hallucinations très violentes de « morgue où je vois d'autres patients » et « le sol qui est liquide... je bois le liquide...des coups de couteau dans le dos... ». Le ressenti *émotionnel* se présente surtout sous forme d'angoisse de mort avec une sensation oppressante et douloureuse de la sonde endotrachéale ainsi que la sonde nasogastrique irritante au niveau du *corps*. Des *pensées intrusives* comme « je ne peux pas me fier à ce que je vois, ce que j'entends,...je ne peux pas me fier à mes sens....j'ai l'impression d'avoir perdu toute notion de temps... » émergent lors de la réactivation du souvenir. Cette discordance entre la réalité vécu et la vraie réalité est très angoissante pour D. et lui donne la sensation 'd'être mort'. Elle semble pire que l'image du geste médical de la PG, responsable de l'erreur presque fatale. Il émet par ailleurs inlassablement l'envie de vouloir la rencontrer, même si ce médecin est déjà venue s'excuser auprès de lui. Il voudrait «la prendre dans ses

bras » et lui dire « qu'il lui pardonne ». Cependant, lors des désensibilisations qui suivront, on détecte des incohérences dans ce discours et beaucoup d'amertume et de colère envers ce médecin, qui ne répond plus à ses textos. Lors des premiers entretiens, D. avait déjà évoqué de façon très 'banale' des incidents dans son enfance qui illustrent un attachement insécure désorganisé avec la présence de violence physique et verbale. Les liens familiaux sont à l'heure actuelle peu apaisants, bien au contraire. Son meilleur ami J. est par contre une vraie ressource et nage dans son lac pendant l'entièreté de sa longue revalidation. Il nous semble logique que la CN ou Cognition Négative devienne finalement : « je ne peux faire confiance à personne. », thème de la *sécurité* et la CP ou Cognition Positive : « je peux choisir à qui je fais confiance ». Le VOC ou *Validity of Cognition* (la validité de la cognition) étant à 3 et le SUD ou *Subjective Units of Distress* (la perturbation émotionnelle) à 10, on débute la phase 4 où les *sensations d'angoisse* se passent essentiellement au niveau de sa *tête*. Après trois séances inachevées, le SUD descend à un 1 confortable et le VOC monte à 5. Un travail sur les croyances bloquantes comme « je porte la poisse » a été proposé et les liens que D. crée avec le personnel infirmier et sa psychothérapeute initiale lui sont très bénéfiques à un point même où l'idée de la sortie imminente « et donc de l'au revoir de sa famille du centre de reva » lui pèse énormément. On *installe* finalement la cognition positive et le scan corporel est effectué en prenant les précautions nécessaires en vue de sa tétraparésie. Les effets positifs perdurent lors de la *réévaluation*. Ensuite, on désensibilise tous les déclencheurs du *présent* : « le -1 », « son étage », « le kiné qui raconte son histoire médicale à un stagiaire », « toute personne qui 'chipote' à sa pompe à Baclofene », « les moments seuls dans sa chambre le soir », « la rencontre (imaginaire) avec la PG », etc. Finalement, le flashforward (*futur*) consiste en l'image de D. avec une appréhension confortable à une intervention, entouré d'infirmières bienveillantes. La psychothérapeute du centre a repris le travail du deuil, notamment l'acceptation des séquelles et le retour à domicile. La revalidation neuromotrice s'est finalisée. Après la mise en place des aides à domicile, une réinsertion sociale a été préparée en réunion de famille. D. habite à ce jour dans un nouvel appartement où le souvenir de son séjour en SI est stocké dans sa bibliothèque interne où le détecteur de fumée ne retentit plus à tout moment. Ses amis le rejoignent souvent, profitant des bienfaits du... lien.

Bibliographie

- Aeran, K., Sungkean, K., Hyeonjin, J., Hyun S.L. & Seung-Hwan, L. (2021). Influence of FKBP5 Variants and Childhood Trauma on Brain Volume in Non-clinical Individuals. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 3, 15, 663052
- Alvarez, J., Meyer, F. L., Granoff, D. L. & Lundy, A. (2013). The Effect of EEG Biofeedback on Reducing Postcancer Cognitive Impairment. *Integrative Cancer Therapies*, 12(6), 475–487.
- Amar, S. (2009). Violence du mourir, violence des soins palliatifs, violence en soins palliatifs. *Le Journal des Psychologues*, 3, 266, 35-38.
- Anderson, C., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E., Bushman, B., Sakamoto, A., Rothstein, H. & Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in Eastern and Western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 136(2), 151–173.
- Anderson, L., Flynn, A. & Pilgrim, J. (2017). A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 47(), 46–54.
- Bastien, L., Théoret, R., Gagnon, K., Chicoine, M. & Godbout, R. (2021). *Behavioral Sleep Medecine*, 1-12.
- Batifoulie, P. & Domin, JP. (2015). Economie politique de la santé. Un exemple exemplaire. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 17, 1^{er} trimestre, 1-38
- Batt-Rawden, S., Chisolm, M., Anton, B & Flinckinger, T. (2013). Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review, *Academic Medecine*, 88, 8, 1171-1177.
- Berceli, D. (2008). *The Revolutionary Trauma Release Process. Transcend Your Toughest Times*. Vancouver: Namaste Publishing, Inc.
- Bernhardt, B. & Singer, T. (2012). The Neural Basis of Empathy. *Annual Review of Neuroscience*, 35(1), 1–23.
- Binet, E. (2020). Répression des pleurs comme traumatismes relationnels précoces. *European Journal of Trauma and dissociation*, 4, 2, 100139.
- Blore, D.C., Holmshaw, E.M., Swift, A., Standart, S. & Fish, D.M. (2013). The Development and Uses of the “Blind to Therapist EMDR Protocol”. *Journl of EMDR Practice and Research*, 7, 2
- Bregman, R. (2022). *De meeste mensen deugen*. Pays Bas: De Correspondent

- Bucci, M., Marques, S., Oh, D. & Harris, N. (2016). Toxic stress in Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63 (1), 403-428.
- Buchheim, A., Heinrichs, M., George, C., Pokorny, D., Koops, E., Henningsen, P., O'Connor, M.F. & Gündel, H. (2009). Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology*, 34(9), 1417–1422.
- Booth, P. & Jernberg, A. (2010). *Theraplay. Gehechtheid tussen ouders en kinderen verstevigen door spel*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers
- Bowers, M. & Yehuda, R. (2016). Intergenerational Transmission of Stress in Humans. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 232–244.
- Brus, M.O. (2021). *EFT, Emotional Freedom Techniques en 45 notions*. Malakoff: Dunod.
- Charazac, P-M. (2014). Regard psychanalytique sur la maltraitance soignante. *Le carnet psy*, 4, 180, 41-42.
- Chialant, D., Edersheim, J.D. & Price, B.H. (2016). The Dialectic Between Empathy and Violence: An Opportunity for Intervention? *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28, 273-285
- Clobert, N. & Gauthier, N. (2021). Psychologie du haut potentiel. Comprendre, identifier, accompagner. Louvain-la-Neuve : deBoeck Supérieur.
- Cohodes, E., Hagan, M., Narayan, A., & Lieberman, A. (2015). Matched Trauma: The Role of Parents' and Children's Matched experiences of Childhood Trauma in Parents' Report of Children's Trauma-related Symptomatology. *Journal of trauma & Dissociation*, (), 150709131730005
- Cooke, T. (2017). Social Information Processing: A Useful Framework for Educational Psychology. *Educational Psychology Research and Practice*, 3, 1, 50-69.
- Coupland, R. (2011). Healthcare in danger. A sixteen-country study. *International Committee of the Red Cross's Assistant Division*
- Coussement, A. & Vercruyssen, S. avec l'aide de Heyrman, P. (2016-2021). Vele handen. Zorg en samenleving in heden en verleden. *KADOC, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin avec le soutien du Gouvernement Flamand*.
- Cukier, W. & Eagen, S.A. (2018). Gun violence. *Current Opinion in Psychology*, 19, 109-112.
- Cyrluk, B. (2022). Conférence Quantum Way: Trauma, Résilience et Attachement.
- David, H. (2011). The Importance of Teacher's Attitude in Nurturing and educating Gifted Children. *Gifted and Talented International*, 26, 1-2, 71-80.

- Decety, J. (2020). Empathy in medicine: What it is, and how much we really need it. *The American Journal of Medicine* 15532
- Delbrouck, M. (2021). *Comment traiter le burn-out ? Syndrome d'épuisement professionnel, stress chronique et traumatisme psychique*. Louvain-la-Neuve: deboeck Supérieur
- Denov, M. (2020). Editorial: When Child Soldiers Grow Up: A longitudinal Analysis of Postwar Adult Mental Health and social Functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59 (6), 694-696.
- Depuydt, C. (2021). *Bien dans ma tête. Grâce aux neurosciences*. Belgique : Kennes. Société.
- Desbiendras, N. (2019). Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3, 3, 151-156.
- de Souza Costa, Y., Lavorato, S. & Carvalho Moraes de Campos Baldin, J. (2020). Violence against women and drug-facilitated sexual assault (DFSA): A review of the main drugs. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, (), 102020–.
- Devault, A. & Pérodeau, G. (2018) *Pleine conscience et relation d'aide. Théories et pratiques*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 87-105.
- De Waal F. (2010). *Een tijd voor empathie. Wat de natuur ons leert over een betere samenleving*. Asterdam: Contact
- Dunsford, J. (2021). Nursing violent patients: Vulnerability and the limits of the duty to provide care. *Nursing Inquiry*, e12453, 1-6.
- Dykas, M., Ehrlich, K. & Cassidy, J. (2011). Links between attachment and social information processing: examination of intergenerational processes. *Advances in Child Development and Behavior*, 40, 51–94.
- Ekman, E. & Krasner, M. (2017). *Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges*. *Medical Teacher*, 39(2), 164–173.
- Emerson, D. (2015). *Trauma-Sensitive yoga in therapy. Bringing the body into treatment*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Etienne, P. (2018). Penser les dysfonctionnements hospitaliers en terme de violences structurelles. Centre Hospitalier Universitaire de Nice et RésO-InfectiO-PACA-EST. Researchgate.net
- Etzel, R. A. (2021). Use of Children as Soldiers. *Pediatric Clinics of North America*, 68(2), 437–447.
- Fassin, D. (2014). De l'intervention du traumatisme à la reconnaissance des victimes. Genèse et transformations d'une condition morale. *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 123, 161-171.

- Feduccia, A. & Mithoefer, M. (2018). MDMA-assisted psychotherapy for PTSD: Are memory reconsolidation and fear extinction underlying mechanisms? *Progress in Neuropsychopharmacological and Biological Psychiatry*, 8, 84, 221-228.
- Freedman & Kaplan (1975). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of psychiatry*. volume II. Pays Bas: Lippincott Williams and Wilkins
- Fuller Torrey, E. (2015). Deinstitutionalization and the rise of violence. *CNS Spectrums*, 20(3), 207-214.
- Gaine, M., Chatterjee, S. & Abel, T. (2018). Sleep Deprivation and the Epigenome. *Frontiers in Neural Circuits*, 12(14), 1–10.
- Geeraerts, K. & Van Nieuland, L. (2022). *Blijven ademen. Hartcoherentie als antwoord op burn-out, hyperventilatie en stress*. Antwerpen: Manteau/Standaard Uitgeverij n.v.
- Gillet, C., Polard, E., Mauduit, N. & Allain, H.(2001). Acting out and psychoactive substances: alcohol, drugs, illicit substances. *Encéphale*, 27(4), 351-9.
- Grandjean, V. (2022). *Psychotraumatisme et psychosomatique*. Cours EMDR, module II.
- Grossman, D. (2001). On killing II: The psychological cost of learning to kill. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3(3), 137-144.
- Gueguen, J., Van Bui, T., Gouaux, L., Barry, C. & Falissard, B. (2017). Evaluation de la kinésiologie appliquée et des kinésiologies énergétiques : fiabilité et validité du test musculaire manuel, efficacité et sécurité des pratiques. *Inserm U1178. Santé Mentale et Santé Publique*.
- Guénolé, F., Louis, J., Creveuil, C., Montlahuc, C., Baleyte, J-M., Fournieret, P. & Revol, O. (2013). A cross-sectional study of trait-anxiety in a group of 111 intellectually gifted children. *Encéphale*, 39, 4, 278-283.
- Guina, J. & Guina, C. (2018). Wants Talk Psychotherapy but Cannot Talk: EMDR for Post-stroke Depression with Expressive Aphasia. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 1, 15(1-2), 45-48.
- Hanquet, G., Benahmed, N., Castanares-Zapatero, D., Dauvrin, M., Desomer, A. & Rondia, K. (2020). Covid-19 Contributions. Le Syndrome Post-Soins Intensifs (PICS). Synthèse. *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé*.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/Synthese_PICS_FR_.pdf
- Havé, D. (2016). EMDR ou Thérapie Cognitivo-Comportementale? Institut français d'EMDR, <https://www.ifemdr.fr>
- Harari, Y. (2019). *Sapiens. Een kleine geschiedenis van de mensheid*. Amsterdam: Thomas Rap

- Harari, Y. (2019). *Homo deus. Een kleine geschiedenis van de toekomst*. Amsterdam: Thomas Rap
- Heyes, C. (2018). Empathy is not in our genes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, (), S0149763418308194–. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.11.001
- Hiraoka, D., Nishitani, S., Shimada, K., Kasaba, R., Fujisawa, T.X. & Tomoda, A. (2020). Epigenetic modification of the oxytocin gene is associated with gray matter volume and trait empathy in mothers. *Psychoneuroendocrinology*, 123, 105026.
- Hoge, E., Bickham, D. & Cantor, J. (2017). Digital Media, Anxiety, and Depression in Children. *Pediatrics*, 140.
- Humbeeck, B. (2019). *Pour en finir avec le harcèlement ; A l'école, au travail, sur le Net...* Paris : Odile Jacob
- Imbert, M & Maillard, B. (2020). La contamination par les affects du patient : une source traumatogène pour le soignant. *Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 21, 5-6, 178-181.
- Ismail, M.J. & Anuar, A.F. (2020). The significance of music to gifted students. *Quantum Journal of Social Sciences and humanities*, 1, 433-43.
- Jardim, D.M.B. & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 3069, 1-12.
- Josse, E. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur
- Josse E. & Maes J.C. (2018). *Se protéger du radicalisme*. Mons : Editions Couleur livres asbl
- Keygnaert, I., De Schrijver, L., Cismaru Inescu, A., Schapansky, E., Nobels A., Hahaut, B., Stappers, C., De Bauw, Z., Lemonne, A., Renard, B., Weewauters, M., Nisen, L., Vander Beken, T. & Vandeviver, C. (2021). UN-MENAMAIS – Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium. *BRAIN-be – Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks 2012-2017*
- Kuhn, T., Blades, R., Gottlieb, L., Knudsen, K., Ashdown, C., Martin-Harris, L., Ghahremani, D., Dang, B. H., Bilder, R.M. & Bookheimer, S.Y. (2021). Neuroanatomical differences in the memory systems of intellectual giftedness and typical development. *Brain and Behavior*, 11(11): e2348
- Kung, J., Meisner, R.C., Berg, S. & Ellis, D.B. (2020). La kétamine : étude d'un médicament connu mais sous-estimé. *Anesthesia Patient Safety Foundation Newsletter*, 3, 2.
- Krug, E., Mercy, J., Dahlberg, L. & Zwi, A. (1996). The world report on violence and health. *Public Health*, 360 (9339), 0-1088.

- Luber, M. (2019). *Treating trauma in somatic and medical related conditions. EMDR therapy. Scripted protocols and summary sheets*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Luber, M. (2019). *EMDR Scripted Protocols. Basics and Special Situations*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Mansuy, I., Gurret, J. & Lefief-Delcourt A. (2019). *Reprenez le contrôle de vos gènes. Améliorez votre vie et celle de vos descendants avec l'épigénétique*. France: Larousse
- Maté, G. (2019). *When the Body Says No. The Cost of Hidden Stress*. Londres: Ebury Publishing.
- McDonald, B., Böckler, A. & Kanske, P. (2022). Soundtrack to the social world: Emotional music enhances empathy, compassion, and prosocial decisions but not theory of mind. *Emotion*, 22(1), 19–29.
- Meurer, A. (2021). The end of the 'Bad seed' Era? Epigenetics' contribution to violence prevention initiatives in public health. *The new Bioethics*, 1-17.
- Milner, J. (1993). Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review* 13(3), 275–294.
- Mimouni, A., Delesque, D., Gidel, M. & Maily, S. (2014). Clinique de l'éveil de coma : risque de violence engendré par la précarité subjective du patient. *Handicap et violence*, 12, 179-195.
- Mistycki, V. & Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 2007/2, 89, 43-51.
- Ngô, T. (2013). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 35–63.
- Paglia, M. (2021). Réparer 2020 ou préparer 2030 ? L'entraînement des forces françaises à l'ère du combat multi-domaine. *Focus stratégique*, 101, Ifri
- Peeters, J. (2021). Economie in meervoud. Deel VII. Naar zorg als kern van de economie. *Oikos: tijdschrift voor sociaal-ecologische verandering*, 98, 2, 91- 105
- Peplau, H. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. France: InterEditions
- Pichon, S. & Vuilleumier, P. (2011). Neuro-imagerie et neurosciences des émotions. *Medical Sciences*. 27, 763-770.
- Quaderi, A. (2004). Violence traumatique en gériatrie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1, 42, 165-171.

- Reidy, D. Krusemark, E., Kosson, D., Kearns, M., Smith-Darden, J. & Kiehl, K. (2017). *The Development of Severe and Chronic Violence Among Youth: The Role of Psychopathic Traits and Reward Processing*. *Child Psychiatry & Human Development*, doi:10.1007/s10578-017-0720-5
- Roskam, I. & Mikolajczak, M. (2018). *Le burn-out parental. Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, s.a.
- Rosell, D. & Siever, L. (2015). The neurobiology of aggression and violence. *CNS Spectrums*, 20(3), 254–279.
- Saghir, Z., Syeda, J., Muhammad, A. & Balla Abdalla, T. (2018). *The Amygdala, Sleep Debt, Sleep Deprivation, and the Emotion of Anger: A Possible Connection?* *Cureus*, 10(7), e2912.
- Salmona, M. (2018). *Le livre noir des violences sexuelles*. Malakoff : Dunod
- Salmona, M. (2020). Le confinement et pandémie de Covid-19 : un risque accru de violences et de psychotraumatisme pour les femmes, les enfants et les personnes les plus vulnérables. *memoiretraumatique.org*
- Sanchez, H. (2021). Empathy and Our Contentment, Cooperation, and Compassion. *American Journal of Health Promotion*, (35), 4, 592-593.
- Stanton, B., Davis, B. & Laraque-Arena, D. (2021). Global Burden of Violence. *Pediatric Clinics of North America*, 68 (2), 339-349.
- Sanchez, O., Vale, D., Rodrigues, L. & Surita, F. (2020). Violence against women during the COVID19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, (), 13365.
- Smith, J. (2021). *Le grand livre des 1000 premiers jours de vie*. Malakoff: Dunod
- Solé-Casals, J., Serra-Grabulosa, J.M., Romero-Garcia, R., Vilaseca, G., Adan, A., Vilaró, N., Bargalló, N. & Bullmore, E.T. (2019). Structural brain network of gifted children has a more integrated and versatile topology. *Brain Structure and Function*. doi:10.1007/s00429-019-01914-9
- Takanobu, Y. (2021). The Role of the Thalamus in Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Molecular Sciences*, 22, 1730.
- Tarquinio, C. (2022). *Le maladies ne tombent peut-être pas du ciel. Comment les événements négatifs ont un impact sur notre santé*. Malakoff : Dunod.
- Tarquinio, C., Brennsthul, M.-J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmerman, E. (2017). *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Malakoff : Dunod.

- Taylor, E., Boyer K. & Campbell, F. (2008). Pain in Hospitalized Children: A Prospective Cross-Sectional Survey of Pain Prevalence, Intensity, Assessment and Management in a Canadian Pediatric Teaching Hospital. *Pain Research and Management*, 13(1), 25-32.
- Tetreault, Maj J.C. (2016). *Sleep deprivation in the army: The need for a new guideline*. Maîtrise en études de la défense. Collège des forces canadiennes
- Theroux, L. (2022). *Forbidden America: Extreme and online*. Vrt nu
- Tonges, M. & Ray, J. (2011). Translating Caring Theory Into Practice. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 41(9), 374–381.
- Trujillo-Rodriguez, D., Faymonville, M-E, Vanhaudenhuyse, A. & Demertzi, A. (2019). Hypnosis for cingulate-mediate analgesia and disease treatment. *Handbook of Clinical Neurology*, 166, 327-339.
- Valerio, V. & Di Giacomo, D. (2022). Implications psychologiques du phénomène revenge porn : perspectives cliniques. *Rivista di psichiatria*, 57 (1), 10-17.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steel, K. (2017). *Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur
- Van der Kolk, B. (2021). *Traumasporen*. Eeserveen: Uitgeverij Mens!
- van Ewijk, C., van der Horst, A. & Besseling, P. (2013). Toekomst voor de zorg.CPB Boek, 7. Centraal Planbureau (CPB).
<http://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-boek-7-toekomst-voor-de-zorg.pdf>
- Vanheule, S. (2011). Opvoeden vanuit de apothekerskast? Kanttekeningen bij het psychiatiseren van kinderen. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 318, 35, 5-18.
- Wrangham, R. (2017). Two types of aggression in human evolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, (), 201713611–.
- Webb, J., Amend, E. Beljan, P., Webb, N., Kuzujanakis, M., Olenchak, FR & Goerss, J. (2020). *Misdiagnose en dubbeldiagnose bij hoogbegaafdheid; Onderscheid en overlap met bijkomende (psychische) problematiek*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Webb, J., Amend, E., Gore, J. & DeVries, A. (2013). *De begeleiding van hoogbegaafde kinderen*. Assen: Uitgeverij Koninklijke Van Gorcum.
- Welch, G. (2015). *The benefits of singing in a choir*. Lecture: UCL Institute of education.

- Yehuda, R., Daskalakis, N., Lehrner, A., Desarnaud, F., Bader, H., Makotkine, I., Flory, J., Bierer, L. & Meaney, M. (2014). Influences of Maternal and Paternal PTSD on Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor Gene in Holocaust Survivor Offspring. *American Journal of Psychiatry*, 171(8), 872–880.
- Youssef, N., Lockwood, L., Su, S., Hao, G. & Rutten, B. (2018). The Effects of Trauma, with or without PTSD, on the transgenerational DNA Methylation Alterations in Human Offsprings. *Brain Sciences*, 8(5), 8

IV. Annexes

Guérir : Le protocole EMDR et aphasie « EMOTICOM » (basé sur l'anamnèse proposée par E. Josse, l'expérience clinique de C.Verhaeghe et le protocole standard EMDR de F. Shapiro)

PHASE 1: RECUEIL DE L'HISTOIRE DU PATIENT

ANAMNESE (PARA)MEDICALE

(rempli en réunion d'équipe par le médecin et l'équipe (para)médicale)

Nom et prénom:

Date de naissance :

Transfert/première admission :

Date et raison d'admission à l'hôpital/au centre/à la MR(S)/résidence :

Date du coma et durée:

Comorbidité-facteurs de risque:

Problèmes physiques :

Type d'aphasie:

Expression orale :

Expression écrite :

Compréhension orale :

Compréhension écrite :

(Outil de) communication alternative :

Risque épileptique :

Médication :

Sommeil/endormissement/cauchemars :

Alimentation (SNG, texture per os, liquides, conseil de déglutition) :

Poids :

Douleur :

Comportement :

Humeur :

Antécédents psychiatriques :

Problèmes familiaux :

Difficultés cognitives (attentionnelles/mnésiques/exécutives) :

Symptomatologie psychotraumatique :

Référent (de communication) :

Accord EMDR :

ANAMNESE FAMILIALE

(remplie par un membre de la famille proche ou un(e) ami(e), avec l'accord du patient)

Langue maternelle :
Langue(s) acquises :
Langue écrite (scolaire) :
Fratric :
Etat civil :
Enfants :
Amis :
Etudes/formations :
Emploi actuel :
Lieu de vie : appartement – maison - ... :
Image de soi/angoisse :
Problèmes familiaux-attachement :
Réseau social :
Perception de soi et caractère pré-accident :
Thérapies précédentes :
Loisirs/ Ressources :
Religion :
Evénement(s) potentiellement traumatisant(s) :
Symptômes psychotraumatiques :
Connaissance du trauma :
Connaissance de l'EMDR :
Attentes par rapport au traitement EMDR :
Réfèrent (de communication) :

QUESTIONS AU PATIENT (Après lecture de la fiche remplie par la famille et récolte des photos. Quand vous lisez, accentuez les mots clé en gras, parlez lentement et clairement, sans hausser le ton. N'hésitez pas à répéter les questions/les consignes.)

1. ANAMNESE PATIENT

Dites, « *je suis (**nom**)* », « *je suis (**profession**)* », « *je voudrais poser des **questions*** », « ***ok** ?* »

(Ecrivez votre nom, montrez la carte 'thérapeutes' et indiquez le psychologue qui pose des questions et le geste 'bien' + la carte de OUI-NON- ?)

Dites, « *Vous pouvez **parler** ?* »

(Faites le geste 'parler' pendant que vous dites le mot en gras + le geste 'bien')

Dites, « *Vous pouvez **montrer** ?* »

(Faites le geste 'pointage', en indiquant qq objets dans la pièce pendant que vous dites le mot en gras + le geste 'bien')

Dites, « *Vous pouvez **comprendre** ?* »

(Faites le geste 'comprendre' pendant que vous dites le mot en gras+ le geste 'bien')

Dites, « *Vous pouvez **lire** ?* »

(Faites le geste 'lire' pendant que vous dites le mot en gras + le geste 'bien')

Dites, « *Vous pouvez **écrire** ?* »

(Faites le geste 'écrire' pendant que vous dites le mot en gras + le geste 'bien')

Dites, « *Vous pouvez **dessiner** ?* »

(Faites le geste 'dessiner' pendant que vous dites le mot en gras + le geste 'bien')

Dites, « *Je voudrais **vous connaître un peu***. »

(Montrez la carte 'identité')

Dites, « *Vous êtes ici depuis **longtemps** ?* »

(Faites le geste 'ici' et ensuite le geste 'longueur' pendant que vous dites le mot et montrez la carte 'ligne du temps')

Dites, « *Ca se passe **bien ici** ?* »

(Faites consécutivement le geste 'bien' et le geste 'ici')

Dites, « *Vous êtes **marié** ?* »

(Montrez la photo du conjoint et son nom écrit en majuscules+ le geste 'être marié')

Dites, « ***Marié**... depuis **longtemps** ?* »

(Faites le geste 'être marié', le geste 'longueur' pendant que vous dites le mot + montrez la carte 'ligne du temps')

Dites, « *Vous **travaillez** ?* »

(Montrez la carte des emplois/la carte de O-N- ?)

Dites, « *Vous avez des frères et soeurs ?* »

(Montrez les photos des frères et soeurs et leurs noms écrits en majuscules)

Dites, « *Vous êtes proches ?* »

(Faites le geste 'proche' en remontrant les photos)

Dites, « *Vous avez des enfants ?* »

(Montrez les photos des enfants et leurs noms écrits en majuscules)

Dites, « *Les enfants vont bien ?* »

(Montrez les photos des enfants, faites le geste 'bien' et montrez la carte OUI-NON- ?)

*Si enfants en bas âge :

*Dites, « *C'est vous qui cherchez les enfants à l'école?*»

(Indiquez le patient, le geste 'chercher à l'école'+ la carte 'activités enfant' et montrez la carte O-N- ?)

*Dites, « *C'est vous qui conduisez les enfants à leurs activités?*»

(Indiquez le patient, faites le geste 'conduire' et montrez la carte 'activités enfant' + la carte O-N- ?)

*Dites, « *A la maison, c'est vous qui vous occupez des enfants?*»

(Indiquez la carte 'maison et jardin' -ou la photo de la maison du patient-, puis le patient, la carte 'activités enfant' + montrez la carte O-N- ?)

*Dites, « *C'est vous qui mettez les enfants au lit?*»

(Indiquez le patient, la carte 'activités enfant' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *A la maison..., c'est vous (qui faites) le ménage ?*»

(Indiquez la maison -ou celle du patient-, la carte 'ménage' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *C'est vous (qui faites) les courses ?*»

(Indiquez le patient, la carte 'ménage' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous avez un jardin ?* »

(Montrez la carte 'maison et jardin' -ou la photo du jardin du patient-, puis le patient, puis la carte O-N- ?)

Dites, « *Dans le jardin, vous travaillez?*»

(Montrez la carte 'maison et jardin' -ou la photo du jardin du patient-, ensuite pointez le pat. + montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Quand vous êtes en congé...qu'est-ce que vous aimez faire ?* »

(Montrez la carte 'vacances', pointez le patient, faites le geste 'bien' et montrez la carte des loisirs pré-sélectionnés à base de l'hétéro-anamnèse)

Dites, « *Vous croyez en Dieu ?* »

(Montrez la carte 'religions' et le patient pointe/met une carte noire sur les réponses fautives. Autre sortie possible : vous dites chaque religion et le patient dit/indique O-N- ?)

2. PROBLEMES PHYSIQUES - HANDICAP

Dites, « *Vous pensez beaucoup à votre **corps** ?* »

(Faites le geste 'penser' et montrez ensuite votre corps /montrez la photo de la personne qui pense à son corps + OUI-NON-?)

Dites, « *Votre **corps** vous **embête**... où?* »

(Montrez la carte 'corps', placez les cartes « jambes », « bras », « visage » les unes après les autres et demandez de mettre l'éclair sur la partie concernée/pointer la partie concernée ou le mot écrit/le patient montre la partie sur son propre corps)

Dites, « *Vous **vous mettez (un peu) debout** ?* »

(Montrez le patient et faites le geste 'se mettre debout', le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous **marchez (un peu)** ?* »

(Montrez le patient, faites le geste 'marcher', le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?))

Dites, « *Vous **marchez avec un bâton de ski ?... Canne quadripode ?... Rollator ?*** »

(Montrez le patient, montrez la carte 'outils de compensation' et parcourez les possibilités + la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous **utilisez votre bras (un peu)** ?* »

(Montrez le patient et ensuite votre propre bras au niveau du coude. Vous le mettez en flexion-extension, ensuite vous faites le geste 'bien' et vous montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous **utilisez votre main (un peu)** ?* »

(Montrez votre propre main que vous ouvrez-fermez, le geste 'bien' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous **pouvez tenir un objet (en main)** ?* »

(Montrez comment vous prenez un stylo et tenez le dans votre main et ensuite le geste 'bien' de l'autre main et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous **pouvez manger par la bouche** ?* »

(Montrez le patient et faites le geste 'manger', montrez votre bouche, le geste 'bien' et ensuite montrez la carte de O-N- ?)

Dites, « *Vous **pouvez boire par la bouche** ?* »

(Montrez le patient, faites le geste 'boire', montrez votre bouche, le geste 'bien' et ensuite montrez la carte de O-N- ?)

Dites, « *Vous **pouvez uriner** ?* »

(Montrez votre pantalon, montrez le geste 'bien' et ensuite montrez la carte de O-N- ?)

Dites, « *Vous **pouvez aller à selles** ?* »

(Montrez votre pantalon, montrez le geste 'bien' et ensuite montrez la carte de O-N- ?)

Dites, « *Vous **voulez travailler quoi... d'abord** ?* »

(Montrez la carte 'thérapeutes', puis la carte 'corps'/parcourez les parties de votre corps ou celui du patient et laissez-le répondre ou pointer O-N- ?)

*Si bonne alliance thérapeutique et si jugé adéquat : Dites, « *La **sexualité** est possible ?* »

(Montrez la carte 'sexualité', le geste 'bien' et la carte O-N- ?)

* Si bonne alliance thérapeutique et si jugé adéquat : Dites, « *Vous avez du **désir** ?* »
(Montrez le patient, la carte 'sexualité', le geste 'bien' et la carte O-N- ?)

3. DOULEUR

Dites, « *Ca va aujourd'hui ?* »

(Faites le geste 'bien' et la carte OUI-NON- ?)

Dites, « *Vous avez **mal** ?* »

(Faites le geste 'douleur', montrez la carte 'douleur' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous avez mal **où** ?* »

(Faites le geste 'douleur', montrez le geste 'où' et montrez la carte 'corps'/votre propre corps)

Dites, « *Ca fait mal...**comment** ?* »

(Faites le geste 'douleur' et la carte 'douleur'. Le patient pointe le type de douleur.)

Dites, « *C'est une douleur **forte**...ou pas ?* »

(Faites le geste 'douleur' et la carte 'échelle de douleur'. Le patient pointe sur l'échelle.)

Dites, « ***Mal** au repos ?* »

(Faites le geste 'douleur', montrez la carte 'douleur' et la carte O-N- ?)

Dites : « ***Mal** quand vous **bougez** ?* »

(Faites le geste 'douleur', la carte 'douleur' et la carte O-N- ?)

Dites : « ***Mal** pendant les **traitements** ?* »

(Faites le geste 'douleur', la carte 'traitement' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Ca fait mal **quand** ?* »

(Faites le geste 'douleur', faites le geste 'quand' et montrez la carte 'ligne du temps')

Dites, « *Avec les **médicaments**, c'est **mieux** ?* »

(Faites le geste 'douleur', montrez la carte 'médicaments' + le geste 'bien' et la carte O-N- ?)

Dites, « *L'**estomac**, ça va ?* »

(Montrez votre estomac/estomac sur la carte 'corps' + le geste 'bien' + la carte O-N- ?)

4. EVEIL – SOMMEIL

Dites, « *Vous êtes fatigué ?* »

(Pointez le patient, montrez la carte 'sommeil' et la carte OUI-NON- ?)

Dites, « *Vous dormez bien ?* »

(Pointez le patient, faites le geste 'dormir' + le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous dormez à quelle heure ?* »

(Pointez le patient, faites le geste 'dormir' et indiquez votre montre 'imaginaire' + la carte 'ligne du temps')

Si difficultés de sommeil :

Dites, « *Vous dormez facilement ?* »

(Faites le geste de 's'endormir', les yeux qui se ferment progressivement + la carte O-N- ?)

Dites, « *La nuit, vous vous réveillez ?* »

(Montrez la carte 'ligne du temps', indiquez la nuit, le geste 'se réveiller', le patient et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *La nuit, vous pensez (beaucoup) ?* »

(Montrez le patient, faites le geste 'penser' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous avez des cauchemars ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'sommeil' et la carte O-N- ?)

5. PEURS

Dites, « *Vous sursautez vite ?* »

(Montrez le patient et faites le geste/mouvement 'sursauter' (+ écrivez 'SURSAUTER') + la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous vous sentez en danger ... maintenant ?* »

(Montrez le pat., montrez la carte 'danger' et faites le geste 'maintenant' + la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous vous sentiez en danger ... avant ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'danger' et faites le geste 'avant' + la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous évitez ...des personnes ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'symptômes psychotraumatiques' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous évitez ...des endroits ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'symptômes psychotraumatiques' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous évitez ...des situations ?* »

(Montrez le patient, montrez 'symptômes psychotraumatiques' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous évitez ...le miroir ?* »

(Montrez le patient, montrez 'symptômes psychotraumatiques' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous voyez des images du passé ?* » « *Les images font peur ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'EMDR', la carte 'émotions' et la carte O-N- ?)

6. HUMEUR ET MOTIVATION

Dites, « *Parfois... vous êtes énervé ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'émotions', pointez la colère et montrez la carte OUI-NON- ?)

Dites, « *Parfois... vous êtes frustré ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'émotions', pointez la frustration et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Parfois... vous êtes fâché ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'émotions', pointez la colère et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Parfois... vous êtes inquiet ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'émotions', pointez l'inquiétude et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Parfois... vous rigolez ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'émotions', pointez la joie et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Parfois... vous pleurez ?* »

(Montrez le patient, montrez la carte 'émotions', pointez la tristesse et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous vous sentez un poids... pour vos proches ?* »

(Montrez le patient, montrez simultanément la carte 'émotions': poids et la carte O-N- ?)

Dites, « *Pour vous, le handicap est une punition ?* »

(Montrez le patient, montrez simultanément la carte 'émotions' : punition et la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous avez de l'espoir pour le futur ?* »

(Montrez le patient, montrez simultanément la carte 'ligne du temps'/'progrès' et la carte O-N- ?)

Dites, « *Le médecin et les thérapeutes font tout leur possible.* », « *Vous faites confiance au médecin ?* »

(Montrez la carte 'traitement', l'échelle de confiance et pointez le patient, faites le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous faites confiance aux thérapeutes ?* »

(Montrez la carte 'traitement', l'échelle de confiance et pointez le patient, faites le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous participez aux traitements individuels ?* »

(Montrez la carte 'traitement', pointez le traitement individuel, pointez le patient et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous participez aux traitements de groupe ?* »

(Montrez la carte 'traitement', pointez le traitement de groupe, pointez le patient, faites le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous comprenez le but des traitements ?* »

(Montrez la carte 'traitement', pointez les thérapeutes, pointez le patient, faites le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Les thérapeutes expliquent ... le but des traitements ?* »

(Montrez la carte 'traitement', pointez les thérapeutes, faites le geste 'expliquer', le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « *Vous voyez des **progrès** ?* »

(Montrez la carte 'progrès', faites le geste 'bien' et demandez au patient de pointer les progrès)

Dites, « *Vos proches voient des **progrès** ?* »

(Laissez la carte 'progrès' devant le patient, montrez les photos des proches, faites le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

7. COMMUNICATION

Dites, « Avec *qui* vous **aimez communiquer** ? »

(Faites le geste 'qui' + le geste 'communiquer' + le geste 'aimer' + les photos des proches -famille et amis- et la carte 'thérapeutes')

Dites, « Avec **qui** le message passe **bien** ? »

(Faites le geste 'qui' + le geste 'communiquer' + le geste 'bien' + montrez les photos des proches -famille et amis- et la carte 'thérapeutes').

Dites, « Vous **communiquez** avec vos **enfants** ? »

(Faites le geste 'communiquer', montrez les photos des enfants et montrez la carte OUI-NON- ?)

Dites, « La **communication** avec vos **enfants** se passe **bien** ? »

(Faites le geste 'communiquer', pointez les photos des enfants + faites le geste 'bien' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « Vous **communiquez** avec votre **mari/épouse** ? »

(Faites le geste 'communiquer', pointez la photo du mari/épouse + la carte O-N- ?)

Dites, « La **communication** avec votre **mari (épouse)** se passe **bien** ? »

(Faites le geste 'communiquer', pointez la photo du mari/épouse + le geste 'bien' + montrez la carte O-N- ?)

Dites, « Vous **parlez** à vos **collègues** ? »

(Montrez la carte 'emploi', faites le geste 'parler' et montrez la carte O-N- ?)

8. EVENEMENT TRAUMATIQUE

Dites, « Vous **savez pourquoi** vous **êtes ici** ? »

(Faites le geste 'pourquoi' et montrez la carte 'accident' et la carte O-N- ?)

Si oui, demandez au patient de pointer le type d'accident (vasculaire).

Dites, « Vous avez des **souvenirs** ? »

(Montrez la carte 'EMDR' et la carte O-N- ?)

Dites, « Vous avez eu une **opération** ? »

(Montrez la carte 'actes médicaux', pointez la chirurgie et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « Vous avez des **souvenirs** ? »

(Montrez la carte 'EMDR' et la carte O-N- ?)

Dites, « Vous avez été à **l'hôpital (nom)**... **avant** ? »

(Montrez la carte 'hôpital' et faites le geste 'avant' et montrez la carte O-N- ?)

Dites, « Vous avez des **souvenirs** ? »

(Montrez la carte 'EMDR' et la carte O-N- ?)

Dites, « Vous aviez des **problèmes de santé**... **avant** ? »

(Montrez la carte 'santé', faites le geste 'avant' et montrez la carte O-N- ?)

PHASE 2 : PREPARATION

1. Psycho-éducation : résumer et expliquer/liar la symptomatologie psycho-traumatique retenue lors de l’(hétéro-)anamnèse à l’histoire médicale

(Prenez la carte ‘symptômes psycho-traumatiques’ et entourez les problèmes du patient en rouge en les lisant à voix haute + vérifier si le patient est d’accord via la carte OUI-NON- ?)

2. Psycho-éducation : expliquer le TAI et les effets EMDR

(Prenez la carte ‘EMDR’ pour expliquer et soulignez également le ‘consentement éclairé’)

3. Vérifier position assise, type de stimulation bilatérale et distance appropriée

(carte ‘EMDR : stimulations’)

4. Techniques de stabilisation :

- 1) *Le lieu sûr*

(Prenez la carte explicative avec les instructions imagées)

- 2) *Le faisceau lumineux*

(Prenez la carte explicative avec les instructions imagées)

- 3) *Le contenant*

(Prenez la carte explicative avec les instructions imagées)

- 4) *EFT*

(Prenez la carte explicative avec les instructions imagées)

- 5) *Cohérence cardiaque*

(Prenez la carte explicative avec les instructions imagées)

5. Vérifier le niveau d’alliance thérapeutique

Dites, « *Vous faites **confiance**... à **moi** ?* »

(Pointez le patient et ensuite vous-même, montrez la carte ‘confiance’ et la carte OUI-NON- ? et ensuite la carte ‘échelle de confiance’, de 0 = pas de confiance à 10 = confiance maximale)

Dites, « *On va **travailler**... un **problème**?* »

(Montrez la carte ‘symptômes psychotraumatiques’ avec les symptômes entourés, allez avec votre index du patient à vous-même, faites le geste ‘bien’ et montrez la carte OUI-NON- ?)

6. Explication du signal STOP

Dites, « *Quand on commence, vous êtes dans le **cinéma**. Vous laissez venir les **images**, ... les **pensées**, ... les **sensations**.* »

(Montrez la carte ‘cinéma’)

« *Vous pouvez toujours **arrêter**.* »

(Montrez le geste ‘stop’ et l’écran de cinéma mis en pause)

« *Alors vous dites **stop**.* » (Montrez le geste ‘stop’ ou la pancarte du stop que le patient peut soulever)

PHASE 3 : EVALUATION

Passé

(Les **événements** perturbateurs ont été parcourus, éventuellement à l'aide d'un proche, moyennant la carte imagée 'événements': l'AVC, la perte brutale de la fonction motrice, la perte brutale de la fonction langagière, l'intervention chirurgicale, le séjour en SI, la mise en place d'une sonde NG, la trachéostomie, la contention, le transfert en revalidation, l'absence des proches, l'absence du conjoint, l'absence des enfants, la confrontation à d'autres personnes avec un handicap, les visites et la réactions des visiteurs, le contact avec le médecin, les soins infirmières, les soins paramédicaux, le voisin de chambre et autres. La cible choisie est placée devant lui au début de la phase 4.)

Souvenir cible

Dites, : « *Aujourd'hui, on travaille..... C'est ok ?* »

(Faites le geste 'maintenant', montrez la photo de la cible, faites le geste 'bien' et montrez la carte OUI-NON- ?)

Image

Dites, : « *C'est quoi la pire image.... maintenant ?* »

(Montrez la carte 'cinéma' et la 'pire image' + geste 'maintenant'. Le pat. entoure l'image associée/dessine/évoque des mots)

Cognition négative

Dites, : « *Regardez cette image. Vous pensez quoi de négatif ... maintenant ?* »

(Montrez la 'pire image', faites le geste 'penser', le geste 'négatif' et montrez la carte 'thèmes' + geste 'maintenant'. Le pat. pointe, entoure, souligne, ... la phrase/l'image des thèmes sécurité-contrôle-responsabilité. Laissez le temps de réponse (non)verbale, puis lisez à voix haute la phrase/image choisie et revérifiez)

Cognition positive

Dites, : « *..... (répétez et montrez la CN), c'est négatif. Vous préférez penser positif ?* »

(Mettez la carte des CP contraires à côté de la carte des CN/'thèmes'. Montrez/lisez la CP à voix haute et + geste 'bien')

VOC

Dites, : « *Pensez à l'image* (Index sur votre tête et montrez la 'pire image'), (Dites et montrez la CP), c'est **vrai ... aujourd'hui?** (Geste 'bien' et montrez/expliquez l'échelle VOC + geste 'maintenant')

Emotions

Dites, : « *Pensez à l'image* (Index sur votre tête et montrez la 'pire image') et (Dites et montrez la CN), vous **sentez** quoi **maintenant?** (Montrez la carte 'émotions' et faites le geste 'maintenant')

SUD

Dites, : « *Les émotions sont comment ... maintenant ?* » (Montrez la carte 'émotions' et montrez/expliquez l'échelle SUD + geste 'maintenant')

Localisation des sensations corporelles

Dites, : « *..... (Nommez les émotions choisies sur la carte 'émotions') ... c'est où dans le corps ?* » (Faites le geste 'où', parcourez le corps du patient, votre corps, la carte 'corps'/'EMDR', entourez)

PHASE 4: DESENSIBILISATION

Dites, : « *Pensez à* (Montrez l'image choisie et décrivez l'image), *je suis* (Montrez la CN choisie et dites les mots) *et* (Montrez les sensations, les émotions choisies et dites les mots), *maintenant, suivez mes doigts.* » (Montrez vos yeux, 20 SBA ou plus, adapté au besoin du patient)

A. RETRAITEMENT

Dites, : « *Faites une pause. Respirez* » (Faites le geste 'pause', prenez une respiration profonde)
« *Qu'est-ce qui est là maintenant ?* » (Faites le geste 'quoi' et geste 'maintenant'. Laissez le temps d'une réponse (non)verbale. Si le patient le souhaite, il peut utiliser la carte 'désensibilisation' et indiquer : image, pensée, émotion ou sensation dans le corps/élaborer)

Dites, : « *Continuez avec ça* »

(Faites le geste 'continuer' et faites 20 SBA ou plus adapté au besoin du patient)

(Refaire le même processus jusqu'à l'absence de changements lors de deux sets consécutifs)

B. RETOUR A LA CIBLE

Dites, : « *Vous savez ce que vous travaillez aujourd'hui?* »

(Montrez votre tête, la carte de la cible choisie, mais cachez la photo, le verso de cette carte est coloré, faites le geste 'maintenant' et montrez la carte OUI-NON- ?)

Dites, : « *Pensez à ça. Qu'est-ce qui vient maintenant ?* »

(Faites le geste 'penser' et indiquez la cible. Si le patient évoque, pointe, ... une image, pensée, émotion, sensation négative, c'est le début d'un nouveau canal)

Alors vous dites, : « *Continuez avec ça* »

(Faites le geste 'continuer', 20 SBA ou plus adapté au besoin du patient, refaites le même processus jusqu'à l'absence de changements lors de deux sets consécutifs, puis retour à la cible)

C. VERIFIER SUD

Dites, : « *Vous savez ce que vous travaillez aujourd'hui?* »

(Montrez votre tête, la carte de la cible choisie, mais cachez la photo, le verso de cette carte est coloré, faites le geste 'maintenant' et montrez la carte OUI-NON- ?)

Dites, : « *Les émotions sont comment... maintenant ?* » (Montrez la carte 'émotions', faites le geste 'comment', montrez/réexpliquez l'échelle SUD et demandez de pointer sur l'échelle + le geste 'maintenant')

Si SUD 0 : SBA

Si SUD > 0 : Dites : « (Dites le chiffre), *c'est où... dans votre corps ?* »

(Faites le geste 'où' et parcourez votre corps, celui du patient, la carte 'corps')

(Répétez les étapes A, B, C jusqu'à ce que le SUD = 0 ou 1 écologique)

PHASE 5: INSTALLATION

Dites, : « Vous **savez** ce que vous travaillez **aujourd'hui**? »

(Montrez votre tête, la carte de la cible choisie, mais cachez la photo, le verso de cette carte est coloré, faites le geste 'maintenant' et montrez la carte OUI-NON- ?)

Dites, : « *Est-ce* (Dites et montrez la CP) **est toujours OK ?** »

(Montrez la CP choisie/entourée imagée et dites les mots + faites le geste 'bien')

Dites, : « Vous voulez **d'autres mots** ? »

(Montrez la CP choisie imagée et faites le geste 'autre')

Dites, : « *Pensez à ce que vous **travaillez** aujourd'hui.* »

(Indiquez votre tête et montrez le verso de la carte de la cible choisie + le geste 'maintenant')

Dites, : « *Pensez à* »

(Dites la CP et montrez l'image/phrased associée à la CP)

Dites, : « *Est-ce que **c'est vrai... maintenant** ?* »

(Montrez la CP, faites le geste 'bien', le geste 'maintenant' et montrez/expliquez l'utilisation de l'échelle VOC)

Dites, : « *Pensez à ce que vous **travaillez** aujourd'hui.* » (Montrez le verso de la carte de la cible choisie) *et* » (dites et montrez la CP, faites le geste 'maintenant' et faites 20 SBA)

Dites, : « *Est-ce que*, (dites et montrez la CP) **c'est vrai** (geste 'bien')

maintenant » (geste 'maintenant' et montrez/répétez l'utilisation de l'échelle VOC)

(SBA jusqu'à VOC 7)

PHASE 6: SCANNER CORPOREL

Dites, : « *Fermez les **yeux**.* » (Faites le geste ‘fermer les yeux’)

« *Pensez à ce que vous **travaillez** aujourd’hui.* »

(Indiquez votre tête et montrez le verso de la carte de la cible choisie + geste ‘maintenant’)

Dites, : « *Pensez à* (Indiquez votre tête + dites/montrez la CP) »

Dites, : « *Pensez à tout votre **corps, de la tête aux pieds*** »

(Indiquez votre tête et ensuite l’index qui parcourt votre corps ou celui du patient, la tête jusqu’aux pieds/carte ‘EMDR’ : scan corporel)

Dites, : « *Vous avez une **sensation**?* »

(Utilisez la carte ‘désensibilisation’ si nécessaire)

(Si le patient évoque/pointe... une sensation positive/confortable, 20 SBA. Si sensation négative, retraitement)

PHASE 7: CLÔTURE

En cas de séance incomplète :

Dites, : « *Il est **l’heure*** » (faites le geste ‘il est temps’).

Dites, : « *On doit **s’arrêter**.* » (geste ‘stop’)

Dites, : « *Excellent **travail** !* » (geste ‘bien’ + carte ‘clôture de séance’)

Dites, : « *Vous avez appris qq chose... **sur vous** ?* »

(Faites le geste ‘apprendre’, montrez la carte ‘EMDR’ et la carte OUI-NON- ?)

Dites, : « *On retourne dans le **lieu sûr** ?* »

(Faites le geste ‘retourner’, montrez la carte ‘lieu sûr/calme’ et la carte O-N- ?)

En cas de séance (in)complète :

Dites, : « *Le travail continue **après** la séance. Vous pouvez avoir des **pensées**, des **souvenirs** ou des **rêves**. Vous accueillez tout ça et vous notez le moment où ça vient. On va en parler **la prochaine fois*** (Geste ‘prochaine fois’). *N’oubliez pas les **techniques** pour vous **apaiser*** » (Geste ‘apaiser’)

(Utilisez d’autres gestes accompagnant ce que vous dites ainsi que la carte ‘désensibilisation’ où vous pointez ce dont vous parlez. Montrez l’agenda des ressources)

PHASE 8: REEVALUATION

Réévaluation du SUD

Dites, : « Vous **savez** ce que vous travaillez **aujourd'hui**? »

(Montrez votre tête, la carte de la cible choisie, mais cachez la photo, le verso de cette carte est coloré, faites le geste 'maintenant' et montrez la carte OUI-NON- ?)

Dites, : « Les **émotions** sont **comment...** **maintenant** ? » (Montrez la carte 'émotions', faites le geste 'maintenant' et montrez/réexpliquez l'utilisation de l'échelle SUD)

(Si SUD 0 ou 1 écologique : séance complète)

(Si SUD > 0 : séance incomplète)

Réévaluation du VOC

Dites, : « Vous **savez** ce que vous travaillez **aujourd'hui**? »

(Montrez votre tête, la carte de la cible choisie, mais cachez la photo, le verso de cette carte est coloré, faites le geste 'maintenant' et montrez la carte OUI-NON- ?)

Dites, : « **Pensez à** (Dites et montrez la CP) »

Dites, : « **Est-ce que c'est vrai...** **maintenant** ? »

(Montrez la CP, faites le geste 'bien', le geste 'maintenant' et montrez/expliquez l'utilisation de l'échelle VOC)

(Si VOC < 7 : phase 5)

(Si VOC = 7 ou 6 écologique : scanner corporel)

Réévaluation du scanner corporel

Dites, : « **Pensez à ce que vous travaillez aujourd'hui.** »

(Indiquez votre tête et montrez le verso de la carte de la cible choisie + geste 'maintenant')

Dites, : « **Pensez à** (Dites et montrez la CP) »

Dites, : « **Parcourez dans votre tête tout votre corps, de la tête aux pieds** »

(Indiquez votre tête et ensuite votre index parcourt votre corps/celui du patient + carte 'EMDR' : scan corporel)

Dites, : « Vous avez une **sensation**? »

(Utilisez la carte 'désensibilisation' si nécessaire et la carte de OUI-NON- ?)

(Si scanner perturbé : phase 6)

(Si scanner ok : avancer dans le plan de ciblage)

PHASE 3 : EVALUATION

Présent

(Les **événements** perturbateurs ont été parcourus, éventuellement à l'aide d'un proche, moyennant la carte imagée : les problèmes relationnels, des incidents à l'étage, les croyances par rapport au handicap et la raison de son arrivée, la perception d'un corps atteint et son image à travers les réactions des proches, les examens et les traitements médicaux invasifs sans explication, la confrontation à d'autres personnes aphasiques dans les thérapies de groupe, la confrontation aux limites motrices, verbales et cognitives lors des séances kiné, ergo, neuropsychy et logo, la douleur, l'administration des biens, les maltraitements institutionnelles, les patients agressifs ou confus. La cible est placée devant le patient lors de la phase 4.)

Souvenir cible

Dites, : « *Aujourd'hui, on travaille..... C'est ok ?* »

(Faites le geste 'maintenant', montrez la photo de la cible, faites le geste 'bien' et montrez la carte OUI-NON- ?)

Image

Dites, : « *C'est quoi la pire image.... maintenant ?* »

(Montrez la carte 'cinéma' et la 'pire image' + geste 'maintenant'. Le pat. entoure l'image associée/dessine/évoque des mots)

Cognition négative

Dites, : « *Regardez cette image. Vous pensez quoi de négatif ... maintenant ?* »

(Montrez la 'pire image', faites le geste 'penser', le geste 'négatif' et montrez la carte 'thèmes' + geste 'maintenant'. Le pat. pointe, entoure, souligne, ... la phrase/l'image des thèmes sécurité-contrôle-responsabilité. Laissez le temps de réponse (non)verbale, puis lisez à voix haute la phrase/image choisie et revérifiez)

Cognition positive

Dites, : « *..... (répétez et montrez la CN), c'est négatif. Vous préférez penser positif ?* »

(Mettez la carte des CP contraires à côté de la carte des CN/'thèmes'. Montrez/lisez la CP à voix haute et + geste 'bien')

VOC

Dites, : « *Pensez à l'image* (Index sur votre tête et montrez la 'pire image'), (Dites et montrez la CP), c'est **vrai ...aujourd'hui?** (Geste 'bien' et montrez/expliquez l'échelle VOC + geste 'maintenant')

Emotions

Dites, : « *Pensez à l'image* (Index sur votre tête et montrez la 'pire image') et (Dites et montrez la CN), vous **sentez** quoi **maintenant?** (Montrez la carte 'émotions' et faites le geste 'maintenant')

SUD

Dites, : « *Les émotions sont comment ... maintenant ?* » (Montrez la carte 'émotions' et montrez/expliquez l'échelle SUD + geste 'maintenant')

Localisation des sensations corporelles

Dites, : « *..... (Nommez les émotions choisies sur la carte 'émotions') ... c'est où... dans le corps ?* » (Faites le geste 'où', parcourez le corps du patient, votre corps, la carte 'corps')

PHASE 4 :

Futur

(Les scénarios redoutés du futur ont été parcourus, éventuellement à l'aide d'un proche, moyennant la carte imagée : les limitations personnelles et physiques, les problèmes relationnels, les expériences avec le médecin et/ou personnel (para)médical, la douleur, les incidents, la réalisation du changement de statut au sein de la famille proche, la relation conjugale, le ressenti de poids sur les proches, l'adaptation du domicile ou même le déménagement ou l'éventualité d'un transfert vers une MRS/une résidence, la réinsertion socio-professionnelle et la perte de certains loisirs. Le patient a choisi la cible et celle-ci est placée devant lui au début de la phase 4.)

Souvenir cible

Dites, : « *Aujourd'hui, on travaille..... C'est ok ?* »

(Faites le geste 'maintenant', montrez la photo de la cible, faites le geste 'bien' et montrez la carte OUI-NON- ?)

Image

Dites, : « *C'est quoi la pire image.... maintenant ?* »

(Montrez la carte 'cinéma' et la 'pire image' + geste 'maintenant'. Le pat. entoure l'image associée/dessine/évoque des mots)

Cognition négative

Dites, : « *Regardez cette image. Vous pensez quoi de négatif ... maintenant ?* »

(Montrez la 'pire image', faites le geste 'penser', le geste 'négatif' et montrez la carte 'thèmes' + geste 'maintenant'. Le pat. pointe, entoure, souligne, ... la phrase/l'image des thèmes sécurité-contrôle-responsabilité. Laissez le temps de réponse (non)verbale, puis lisez à voix haute la phrase/image choisie et revérifiez)

Cognition positive

Dites, : « *..... (répétez et montrez la CN), c'est négatif. Vous préférez penser positif ?* »

(Mettez la carte des CP contraires à côté de la carte des CN/'thèmes'. Montrez/lisez la CP à voix haute et + geste 'bien')

VOC

Dites, : « *Pensez à l'image* (Index sur votre tête et montrez la 'pire image'), (Dites et montrez la CP), c'est vrai ... aujourd'hui? (Geste 'bien' et montrez/expliquez l'échelle VOC + geste 'maintenant')

Emotions

Dites, : « *Pensez à l'image* (Index sur votre tête et montrez la 'pire image') et (Dites et montrez la CN), vous sentez quoi maintenant? (Montrez la carte 'émotions' et faites le geste 'maintenant')

SUD

Dites, : « *Les émotions sont comment ... maintenant ?* » (Montrez la carte 'émotions' et montrez/expliquez l'échelle SUD + geste 'maintenant')

Localisation des sensations corporelles

Dites, : « *..... (Nommez les émotions choisies sur la carte 'émotions')... c'est où... dans le corps ?* » (Faites le geste 'où', parcourez le corps du patient, votre corps, la carte 'corps')