

2016



DOSSIER DE PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION





SOMMAIRE

L'association	5
Action EMDR contre le trauma	6
Qui sommes-nous ?	7
La thérapie EMDR	8
Qu'est ce que la thérapie EMDR ?	
l'Efficacité de l'EMDR ?	
Les différents types d'intervention : Pour qui ? Pourquoi ? Comment ?	
Combien de temps pour une séance	
Les remboursements des séances EMDR par les mutuelles	11
Etudes et recherches	14
Extrait du guide - affections psychiatriques de longue durée	
Troubles anxieux graves - HAS 2007	16
Extrait du guide d'intervention humanitaire mhGAP	20
Articles de presse	27
Annexes des pièces administratives	53
Journal Officiel Préfecture	54
Procès verbal - Assemblée Générale constitutive	55
Attestation OMS	56
Bibliographie	58





L'ASSOCIATION

Ensemble POUR GUERIR le trauma

Prendre en charge

les urgences traumatiques & les publics en difficulté

Promouvoir

la thérapie EMDR auprès de tous : professionnels de santé, institutions et grand public.

Garantir

la compétence des thérapeutes EMDR dans le cadre de missions spécifiques

Contribuer

à la recherche scientifique sur la thérapie EMDR et à la vulgarisation des travaux scientifiques auprès du public le plus large.

Action EMDR contre le Trauma

L'AET développe différents partenariats, met en place des projets et des actions spécifiques :

A la suite des attentats de Paris et St-Denis du 13 novembre 2015, une cellule d'urgence mise en place au sein de l'AET a permis :

- de réunir 28 thérapeutes praticiens EMDR Europe bénévoles pour prendre en charge 68 victimes dans des actions de suivi individuel, familial ou de groupe (l'AET continue de recevoir des appels de victimes du Bataclan, le bilan reste encore en augmentation).
- la coordination avec les associations EMDR France et HAP pour la mise en oeuvre d'une cellule d'urgence SOS EMDR FRANCE
- l'organisation d'une formation sur la prise en charge des urgences EMDR avec Udi Oren le 18 novembre 2015, formation dédiée aux adhérents AET, gratuite et réunissant 20 personnes.
- des supervisions ont été organisées à Paris, Nice et Toulouse avec Isabelle Meignant.

Après le 14 Juillet 2016, suite à l'attentat perpétré à Nice, 12 thérapeutes ont pris en charge bénévolement 54 personnes dont 5 groupes et 4 enfants (Bilan encore en augmentation).

L'AET reste active pour l'ensemble des victimes d'attentats, à l'écoute des équipes professionnelles, des personnes et famille en souffrance.

L'Association intervient pour tout type de traumatismes psychologiques .

Parallèlement, l'AET opère sur différents projets en partenariat :

- avec la Martinique sur la mise en place de camps d'aide aux enfants victimes de violence (projet porté par Emmanuelle Flechon de Thor sur le modèle des camps mis en place par Susana Lopez en Colombie, avec son association Innocence en Danger) : Prix Servant Schreiber.
- avec des associations qui prennent en charge des femmes victimes de violences conjugales
- d'autres partenariats sont en cours avec la mairie de Toulouse, le Centre d'Accueil des Demandes d'Asile, des hôpitaux psychiatriques, un orphelinat en Inde ...

L'AET organise chaque année la JEET (Journée d'Etudes EMDR de Toulouse) et la conférence ouverte au public et gratuite de 20h30.

La 8^e JEET le 27 mars 2015 a réuni 101 inscrits, celle du 25 mars 2016, 88 participants. Des formations et réunions d'informations permettent de faire encore davantage connaître la thérapie EMDR et aux thérapeutes praticiens de travailler ensemble et de mettre à jour leurs compétences.

L'AET est aujourd'hui structurée autour de plusieurs commissions et compte plus de 116 adhérents (à jour au 25 mars 2016)

Commission Communication : Laure Marty

Commission Formation Interne : Isabelle Strulovici-Kamgang

Commission Recherche : France Haour - Nicolas Cazenave

Commission Urgence : Valérie Timmer - Lola Petiot

Commission Accueil Migrants et Réfugiés : Didier Michel

Commission Développement et collecte de fonds : Marc Vernet

Qui sommes-nous ?

Isabelle Meignant (1) *Présidente*

Psychologue, Psychothérapeute, Formatrice EMDR Europe
52, rue Peyrolières - 31000 TOULOUSE

Valériane Timmer (2) *Secrétaire adjointe*

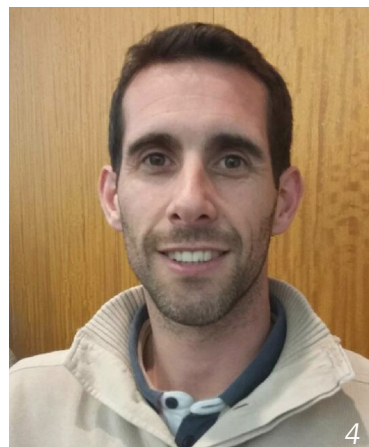
Psychologue, Praticienne EMDR Europe
117, allées des Rimades - 46090 PRADINES

Nicolas Cazenave (3) *Trésorier*

Enseignant Chercheur, Praticien EMDR Europe
60, allées de Barcelone - 31000 TOULOUSE

Didier Michel (4) *Secrétaire*

Psychologue, Praticien EMDR Europe
5 rue Mozart - 31600 MURET



La thérapie EMDR

Qu'est-ce que la thérapie EMDR ?

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est une approche psychothérapeutique, découverte aux Etats- Unis en 1987 par Francine SHAPIRO, psychologue américaine et membre du Mental Research Institute de Palo Alto, et pratiquée depuis dans le monde entier auprès de milliers de personnes de tous âges et de toutes conditions souffrant de troubles psychologiques.

L'EMDR est une méthode de psychothérapie qui **active le processus neuro-émotionnel** permettant de **retraiter des informations du passé restées bloquées.**

C'est une méthode rapide.

On peut travailler n'importe où, sur un événement précis sans avoir besoin d'engager une psychothérapie. Il n'est pas nécessaire de parler, nous activons le processus naturel de guérison.

Par exemple, nous pouvons traiter au lendemain d'une agression, d'un accident ou de tout incident traumatique une victime afin qu'elle puisse dormir : le sommeil est ce qui nous répare.

Efficacité de l'EMDR

La thérapie EMDR est une psychothérapie tournée vers la guérison.

Elle permet de débloquent les mécanismes naturels de traitement de l'information et ainsi de traiter ou retraiter les mémoires douloureuses laissées par des événements traumatiques, même de nombreuses années plus tard. Elle est la seule, avec les thérapies comportementales et cognitives focus trauma, dont l'usage est officiellement recommandé pour le traitement de l'état de stress post traumatique par la Haute Autorité de la Santé (HAS, juin 2007) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, juin 2013).

Les différents types d'intervention : Pour qui ? Pourquoi ? Comment ?

La thérapie EMDR s'adresse à toute personne, de l'enfant en bas âge à l'adulte, souffrant de perturbations émotionnelles généralement liées à des traumatismes psychologiques.

Il peut s'agir de traumatismes « évidents » , tels que les violences physiques et psychologiques, les abus sexuels, les accidents graves, les décès, les maladies graves, les incendies, les catastrophes naturelles, les situations de guerre et attentats... .

Il peut également s'agir d'événements de vie difficiles ou des « petits traumatismes », qui passent

inaperçus et peuvent être à la source d'émotions ou de comportements inadaptés ou excessifs dans la vie quotidienne, comme par exemple, une enfance perturbée, une séparation, une fausse couche ou un IVG, un deuil, des difficultés professionnelles...

Ces perturbations s'expriment sous différentes formes :

Irritabilité, angoisse, cauchemars, tendance à l'isolement, état dépressif, comportement agité voir violent, douleurs physiques, somatisations, régression chez l'enfant. Ces perturbations apparaissent quand notre cerveau est dépassé par un choc traumatique et n'arrive pas à traiter - ou digérer - les informations comme il le fait d'habitude. Il reste bloqué sur l'événement, sans que nous en ayons conscience, et ce sont les vécus traumatiques non digérés qui sont sources de ces perturbations.

Afin de démarrer un traitement EMDR, une préparation est indispensable :

des entretiens préliminaires permettent de développer une confiance entre le patient et son praticien, et d'identifier le ou les souvenirs traumatiques à l'origine de ses difficultés.

Ces souvenirs sont ensuite retraités, un à un, lors des séances. Il faut parfois plusieurs séances pour traiter un seul souvenir.

Pour les enfants, le traitement EMDR, peut se faire en présence des parents en fonction de son âge.

Le processus de traitement activé par la méthode est conscient : il correspond à ce que fait naturellement notre cerveau quand il n'est pas bloqué.

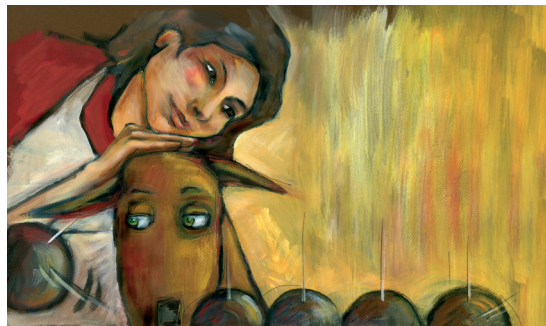
Lors du démarrage de la séance EMDR, le praticien demande au patient de **se concentrer sur l'événement perturbant, en gardant à l'esprit les souvenirs sensoriels (images, sons, odeurs, sensations physiques...)**, ainsi que les pensées et ressentis actuels qui y sont associés.

Le praticien commence alors **une série de stimulations bilatérales alternées : il stimule le cerveau alternativement du côté gauche puis droit, soit par des mouvements oculaires, soit par des stimulations tactiles, soit par des bips sonores.**

Entre chaque série, il suffit que le patient remarque ce qui lui vient à l'esprit : il n'y a aucun effort à faire pendant la stimulation pour obtenir tel ou tel type de résultat.

L'événement se retraite spontanément et différemment pour chaque personne selon son vécu, sa personnalité, ses ressources, sa culture.

Ces séries de stimulations bilatérales continuent jusqu'à ce que le souvenir de l'événement ne soit plus une source de perturbations mais davantage associé à des ressentis calmes, des pensées positives et constructives.



Combien de temps pour une séance EMDR ?

Une séance dure entre 60 et 90 minutes (elle est plus courte chez l'enfant).

Durant cette période, le patient peut traverser des émotions et ressentis intenses : à la fin de la séance, il peut généralement ressentir une nette amélioration de son état initial.

Le remboursement des séances d'EMDR

En règle générale, les psychothérapies, en France, ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale : voici, ci-après, des explications aidant à comprendre les différents types de remboursements, ainsi qu'une liste des mutuelles qui prennent en charge une partie financière des séances EMDR.

- les séances EMDR proposées par les **psychiatres peuvent être remboursées par la Sécurité Sociale**: il est dans ce cas nécessaire de passer par votre médecin traitant et de respecter un parcours de soin (sauf si le patient a entre 16 et 25 ans).

- le **psychiatre doit être conventionné en secteur 1 ou 2**

- les tarifs des consultations sont variables :

les psychiatres conventionnés en secteur 1 ont des honoraires fixes : l'Assurance Maladie prend en charge 70% de la consultation.

Les psychiatres libéraux conventionnés en **secteur 2** peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires : **l'Assurance Maladie remboursera 70% du tarif de convention.**

D'autres psychiatres exercent en dehors de la convention : ils fixent librement leurs honoraires.

Ces psychiatres ne sont remboursés par l'Assurance Maladie que **sur la base d'un montant forfaitaire.**

- Les consultations chez un psychologue peuvent être prises en charge par la Sécurité Sociale à condition de se rendre dans un Centre Agréé (CMP Centres Médico-Psychologiques; Hôpitaux). Certains CMP offrent des séances gratuites pour les étudiants ou les personnes à faibles revenus.

Le remboursement des séances EMDR par les mutuelles

1/ La rubrique « **Consultation d'un médecin spécialiste** » prend en compte le remboursement des consultations psychiatriques.

2/ Sous la forme d'un pourcentage du coût de la consultation ou d'un **forfait annuel**, certaines mutuelles proposent un remboursement partiel des consultations psychologiques.

Il faut se renseigner auprès de chaque mutuelle de santé et demander les critères de prise en charge. Dans tous les cas, il conviendra de **demandeur un reçu** pour être ensuite être remboursé par la mutuelle.

Tableau de remboursement des mutuelles françaises et belges

MUTUELLE	REMBOURSEMENT	FORMULE	INFO COMPLÉMENTAIRE
SWISSLIFE	sur prescription médicale		
ADREA	75 à 150 €	Bien-être 1 et 2	
ALPTIS	25€	Option renfort Bien-être	5 séances prises en charge /an /bénéficiaire.
APRIL	20 à 50 € /séance	Santé Globale avec Pack Bien-être	limite de 5 séances /an / assuré
ASETYS	Remboursement des consultations de psychologie ou de psychothérapie : 50% des frais réels dans la limite de 120 à 500€/an	selon la formule choisie	Présentation de la facture
Crédit Agricole	Base de 30€ /acte dans la limite de 100€ /an /personne. 50€ /acte dans la limite de 200€ /an /personne.	Formule initiale Formule intégrale	
Humanis	Sous mutuelle Radiancé 50% des frais réels liés aux consultations avec un psychologue dans la limite de 200€ /an	Consulter mutuelle	
Mutuelle Intégrale	40€/séance dans la limite de 3 consultations/an	Formule Plénitude	Pour les fonctionnaires territoriaux
LMDE	15€ /séance pour 10 séances/an 12€ /séance pour 5 séances /an 10€ /séance pour 5 séances /an	Optimum Forfait Formule Forfait Formule Tous soins	forfait suivi psychologique

MAIF	75 à 150€ /an	Pack ou forfait Prévention Equilibre	Psychothérapie
Matmut	80 à 120€ /an /bénéficiaire	Prévention et Bien-être	consultations psychologues remboursables
MGEN	75 à 150€ /an /bénéficiaire	Prévention Equilibre Efficience santé évolution ou Efficience santé extension	consultations psychothérapie (Thérapie EMDR ou non), mais psychologue clinicien uniquement
MNH	Consultation psychologue : 60 à 120€ /an selon formule choisie avec un max de 30€ / séance	module «Honoraires et hospitalisation» Offre Choisy	Pour les hospitaliers et professionnels de la santé et du social
Mutuelle socialiste du Brabant (Belg)	20€ /séance de psychothérapie, intervention limitée à 8 séances /an		Le psychologue doit être licencié et enregistré auprès de la commission des psychologues (attestation à compléter)
Mutuelle verte	prise en charge des consultations avec un psychologue à hauteur de 10€ ou 30€ / séance et dans la limite de 3 consultations /an	selon les formules	pour les enfants de moins de 15 ans uniquement
Couverture de base de Partenamut	prise en charge partielle du coût des séances de psychologie : 1 forfait de 10€/ séance dans la limite de 6 séances /an/sans condition d'âge	Forfait	psychologie individuelle, thérapie en couple ou familiale

NB : Il convient de contacter votre propre mutuelle pour obtenir les informations concernant votre situation personnelle.

Des mutuelles professionnelles peuvent rembourser des séances :

- EDF
- SNCF
- Armée de l'air
- Bâtiment et travaux publics (Pro BTP)
- Groupe mutualiste RATP : 20 % ou 40% d'une consultation du secteur 1
- l'UNEO (Mutuelle des militaires et de leur famille) propose un soutien psychologique des militaires ou de leurs conjoints.



ETUDES & RECHERCHES

Extrait du guide - Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves HAS 2007 - Haute Autorité de Santé	1
Extrait du Guide d'intervention humanitaire mhGAP.....	2



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE – AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Affections psychiatriques de longue durée

Troubles anxieux graves

Juin 2007

9. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT)

Rappel : seul l'ESPT chronique durant plus de un an est dans le champ de l'ALD.

9.1 Objectifs

- Diminuer les symptômes, les comorbidités et les incapacités après un événement traumatique.
- Réduire le niveau de détresse et prévenir les récurrences à long terme.
- Améliorer le fonctionnement et la qualité de vie.
- Obtenir le minimum d'effets indésirables des traitements.

9.2 Traitement de l'ESPT

- Le traitement concerne l'ESPT et les comorbidités souvent associées (dépression, risque de suicide, dépendance vis-à-vis de drogues ou de l'alcool, etc.).
- Le soutien psychosocial est essentiel chez la plupart des patients victimes de traumatismes graves (viols, accidents, attentats, catastrophes naturelles). L'information du patient sur son trouble et sur ses droits est essentielle, et peut être facilitée par le soutien d'associations de patients ou d'aide aux victimes (assistances juridiques, psychothérapies, etc.).

► Psychothérapies structurées

- Le traitement de choix est la Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou la désensibilisation avec mouvements oculaires (EMDR : *eye movement desensitization and reprocessing*²). L'EMDR est contre-indiquée en cas de pathologie psychotique.
- Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars).
- Le traitement psychothérapique est proposé quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme.
- Ce traitement est conduit en entretiens individuels, habituellement au nombre de 15 à 20 séances, au rythme de 1 ou 2 par semaine.
- En l'absence d'amélioration ou en cas d'amélioration limitée :
 - une réévaluation du diagnostic est nécessaire ;
 - un changement de thérapie ou une intensification de la thérapie associée à un traitement médicamenteux peuvent être proposés.

► Traitement médicamenteux

Il est indiqué dans les formes chroniques durant depuis plus de un an (dépression quasi systématiquement associée).

- La paroxétine est la seule molécule ayant une AMM dans cette indication.
- En cas d'échec de la paroxétine, un avis spécialisé est nécessaire : les médicaments utilisés dans l'ESPT (hors AMM) sont les autres ISRS (fluoxétine, fluvoxamine, sertraline) ou les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, imipramine).
- L'efficacité de l'association thérapie cognitivo-comportementale et ISRS peut être supérieure à celle de chaque traitement isolément.
- La durée initiale doit être de 12 semaines avant de changer de traitement.
- Si les problèmes de sommeil sont importants, un traitement hypnotique de courte durée peut être proposé.
- En cas de non-réponse au traitement médicamenteux, l'avis du psychiatre doit être demandé.

9.3 Suivi

► Durée du traitement

- Si le traitement médicamenteux est efficace, il doit être poursuivi 1 an avant d'envisager l'arrêt progressif.
- La poursuite du traitement au-delà de 2 ans doit se faire sur avis spécialisé.

► Rythme des consultations

- Les patients à risque de suicide doivent être revus 1 semaine après le début du traitement, puis régulièrement.
- En l'absence de risque de suicide, les patients doivent être revus 2 semaines après le début du traitement puis régulièrement, par exemple toutes les 2 à 4 semaines pendant les 3 premiers mois, puis à intervalles plus longs en cas de bonne réponse au traitement.

► Outils de surveillance

Les échelles disponibles pour mesurer l'efficacité des traitements sont *Impact of Event Scale* (IES-R), *PTSD Symptom Scale Interview* (PSS-I) et *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PTDS).

-
2. La thérapie EMDR est une thérapie cognitive des troubles psychotraumatiques, basée sur une exposition en imagination au souvenir douloureux couplée à des mouvements oculaires réguliers, et visant à une désensibilisation émotionnelle. Elle est composée de 3 éléments :
 - l'exposition en imagination à des images évoquant les événements traumatiques ;
 - des aspects cognitifs où le patient remplace les pensées négatives associées aux images par des pensées positives ;
 - la pratique de mouvements oculaires saccadés que l'on demande au patient d'effectuer en suivant les mouvements rapides de gauche à droite de l'index du thérapeute.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr

ALD-TAG-GM

Prise en charge clinique des troubles mentaux,
neurologiques et liés à l'utilisation de substances
psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire

Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)



Programme d'action Comblar les lacunes en santé mentale (mhGAP)



**Organisation
mondiale de la Santé**



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Introduction

Ce guide est une adaptation du *Guide d'intervention mhGAP (GI-mhGAP) de l'OMS pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées* pour une utilisation dans les situations d'urgence humanitaire. Son titre est donc le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)*.

Qu'est-ce que le mhGAP ?

Le **Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale, ou mhGAP (de l'anglais mental health Gap Action Programme)**, est un programme de l'OMS visant à répondre au **manque de soins** dont pâtissent les personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS). Dans le cadre de ce programme, le *Guide d'intervention mhGAP (GI-mhGAP)* a été publié en 2010. Le *GI-mhGAP* est un guide clinique sur les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives destiné aux **prestataires de soins de santé généralistes** qui travaillent dans des structures de **soins non spécialisées**, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Il peut ainsi s'agir de médecins généralistes, de personnel infirmier, de sages-femmes et de cliniciens ainsi que de médecins spécialisés dans d'autres domaines que la psychiatrie ou la neurologie.

En plus d'un guide clinique, le programme *mhGAP* offre de nombreux outils à utiliser lors de la mise en œuvre des programmes dans le cadre de l'analyse de la situation, l'adaptation des protocoles cliniques au contexte local, la planification des programmes, la formation, la supervision et le suivi¹.

Pourquoi une adaptation aux situations d'urgence humanitaire est-elle nécessaire ?

Les urgences humanitaires comprennent de **nombreuses situations de crise aiguë ou chronique** provoquées par des conflits armés et des catastrophes naturelles et industrielles. Les urgences humanitaires impliquent souvent le déplacement massif des populations. Les besoins en services de base des populations submergent alors les capacités locales, au moment où le système local est souvent endommagé par la catastrophe. Les ressources varient en fonction de la portée et de la disponibilité de l'aide humanitaire locale, nationale et internationale.

Si les crises humanitaires apportent leur lot de défis, elles créent aussi diverses opportunités pour les prestataires de services de santé, comme une volonté politique et des ressources accrues pour assurer et améliorer les services de santé mentale².

Les défis sont principalement les suivants :

- » Urgence accrue par le besoin d'établir les priorités et d'affecter les maigres ressources disponibles
- » Durée limitée pour former les prestataires des soins de santé
- » Accès limité aux spécialistes (à des fins de formation, supervision, accompagnement, orientation-recours ou consultation)
- » Accès limité aux médicaments en raison de l'interruption de la chaîne d'approvisionnement habituelle.

Le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP* a été élaboré pour répondre à ces défis spécifiques des situations d'urgence humanitaire.

Contenu du Guide

Le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP* contient des **recommandations de prise en charge de première intention** des troubles MNS à destination des prestataires de soins non spécialisés dans les situations d'urgence humanitaires où **l'accès à des spécialistes et les options de traitement sont limités**.

Ce Guide reprend les informations essentielles du *GI-mhGAP* et ajoute des éléments complémentaires spécifiques aux contextes d'urgence humanitaire.

Ce Guide couvre les éléments suivants :

- » Conseils aux responsables cliniques ;
- » Principes généraux de soins applicables à des contextes d'urgence humanitaire, dont :
 - ♦ Prestation du soutien multisectoriel conformément aux **Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence** (CPI/IASC, 2007), aux **Directives opérationnelles de l'UNHCR pour la programmation des opérations auprès des réfugiés - Santé mentale & Soutien psychosocial** (UNHCR, 2013) et à d'autres outils portant sur les urgences humanitaires ;
 - ♦ Instructions sur la réduction du stress ;
- » Brefs modules sur l'évaluation et la prise en charge des troubles suivants :
 - ♦ Stress aigu (STR)
 - ♦ Affliction (AFF)
 - ♦ Trouble dépressif modéré à sévère (DEP)
 - ♦ État de stress post-traumatique (ESPT)
 - ♦ Psychose (PSY)
 - ♦ Épilepsie/crises convulsives (EPI)
 - ♦ Déficience intellectuelle (DI)
 - ♦ Consommation nocive d'alcool et de drogues (SUB)
 - ♦ Suicide (SUI)
 - ♦ Autres troubles importants de santé mentale (AUT)

Les autres modifications sont les suivantes :

- » Les conseils sur les troubles du comportement ont été réécrits sous forme de conseils sur les problèmes comportementaux chez l'adolescent, que l'on trouve dans le module sur les autres troubles importants de santé mentale (AUT).
- » Le module **Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : Module Guide d'intervention mhGAP** (OMS, 2013) a été séparé en 3 modules : stress aigu (STR), affliction (AFF) et état de stress post-traumatique (ESPT).
- » Un glossaire a été ajouté. Les termes signalés par un astérisque * sont définis à l'Annexe 2.

Le présent guide est beaucoup plus court que le *GI-mhGAP*. Il ne contient pas de conseils sur :

- » La dépendance* et l'intoxication à l'alcool et aux drogues (le sevrage alcoolique et la consommation nocive d'alcool et de drogues sont toutefois couverts par ce guide) ;
- » Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (même si les problèmes comportementaux chez l'adolescent sont abordés dans le module de ce guide sur les autres troubles importants de santé mentale) ;
- » Les troubles du spectre autistique ;
- » La démence (même si le soutien à apporter aux aidants des individus atteints de troubles MNS est abordé aux *Principes généraux de soins* du présent guide) ;
- » Le risque non imminent d'acte autoagressif ;
- » Les traitements de seconde intention de la plupart des troubles MNS.

Des conseils sur ces sujets restent disponibles dans le *GI-mhGAP complet*.

¹ Demander une copie de ces outils à l'adresse mhgap-info@who.int.

² Voir Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Reconstruire en mieux - Pour des soins de santé mentale durables après une situation d'urgence*. OMS : Genève, 2013.

Comme nous l'avons vu au module Stress aigu (STR), il est fréquent que les adultes, les adolescents et les enfants soumis à un stress extrême lors d'urgences humanitaires développent divers symptômes et réactions psychologiques.

Chez la plupart des individus, ces symptômes sont passagers.

Lorsqu'un ensemble caractéristique de symptômes (reviviscence, évitement et sentiment exacerbé de menace permanente) persiste pendant plus d'un mois après un événement potentiellement traumatisant*, la personne peut se trouver en état de stress post-traumatique (ESPT).

Malgré son nom, l'ESPT n'est pas nécessairement le seul ou le principal trouble se produisant suite à une exposition à des événements potentiellement traumatisants. Ces événements peuvent également déclencher de nombreux autres troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS) décrits dans ce guide.

Motifs de consultation typiques de l'ESPT

Les individus en ESPT peuvent être difficiles à distinguer de ceux souffrant d'autres troubles car ils peuvent initialement présenter des symptômes non spécifiques comme :

- » **des troubles du sommeil (par ex. un manque de sommeil)**
- » **de l'irritabilité, une humeur dépressive ou anxieuse persistante**
- » **divers symptômes physiques persistants sans cause physique apparente (céphalées, forts battements du cœur, par exemple).**

Toutefois, un interrogatoire plus poussé peut révéler qu'ils souffrent de symptômes caractéristiques de l'ESPT.

Évaluation

Évaluation - Question 1 : La personne a-t-elle subi un événement potentiellement traumatisant il y a plus d'un mois ?

» **Demander si la personne a subi un événement potentiellement traumatisant.** Il s'agit de tout événement de nature menaçante ou atroce, comme de la violence physique ou sexuelle (y compris la violence domestique), l'exposition à des atrocités, la destruction du foyer de la personne ou des accidents ou blessures graves. Poser par exemple les questions suivantes :

- ♦ *Comment avez-vous été affecté par la catastrophe/le conflit ? Votre vie a-t-elle été menacée ? À la maison ou dans votre communauté, avez-vous vécu quelque chose d'effrayant ou d'horrible ou qui vous a vraiment bouleversé ?*

» Si la personne a subi un événement potentiellement traumatisant, demander quand ce dernier s'est produit.

Évaluation - Question 2 : Si un événement potentiellement traumatisant s'est produit il y a plus d'un mois, la personne est-elle en ESPT⁸ ?

» Rechercher :

- ♦ **Les symptômes de reviviscence.** Il s'agit de souvenirs répétés et non souhaités de l'événement comme s'il se reproduisait ici et maintenant (par exemple sous forme de cauchemars, de flashbacks* ou de souvenirs intrusifs* accompagnés d'une réaction intense de peur ou d'horreur).
 - Chez les enfants, cela peut consister à rejouer ou dessiner l'événement de façon répétitive. Les jeunes enfants peuvent faire des cauchemars sans contenu explicite.
- ♦ **Les symptômes d'évitement.** Il s'agit de l'évitement délibéré des pensées, des souvenirs, des activités ou des situations rappelant l'événement à la personne (par exemple, cette dernière évite de parler des questions rappelant l'événement ou de se rendre à l'endroit où il s'est produit)
- ♦ Les symptômes liés à un **sentiment exacerbé de menace permanente** (souvent appelés « symptômes d'hypervigilance »). Ils se manifestent sous forme d'état exagéré de préoccupation et de vigilance envers le danger ou de réaction anormalement élevée aux bruits ou aux mouvements inattendus (l'individu sursaute facilement ou est « à cran », par exemple).
- ♦ Les difficultés majeures à assurer **les activités quotidiennes**.

» Si tous les éléments susmentionnés sont présents environ 1 mois après l'événement, l'ESPT est vraisemblable.

Évaluation - Question 3 : Existe-t-il une pathologie concomitante ?

» Rechercher et prendre en charge toutes les **pathologies physiques concomitantes** qui pourraient expliquer les symptômes.

» Rechercher et prendre en charge tous les **autres troubles MNS** abordés dans le présent guide.

Programme de prise en charge basique

1. Informer sur l'ESPT

- » Expliquer que :
 - ♦ De nombreuses personnes parviennent à surmonter l'ESPT sans traitement au fil du temps, alors que d'autres ont besoin d'un traitement.
 - ♦ Les personnes en ESPT souffrent de souvenirs non souhaités de l'évènement traumatisant. Lorsque cela se produit, elles peuvent ressentir des émotions comme la peur ou l'horreur, identiques aux sensations connues lors de l'évènement réel. Elles peuvent également souffrir de cauchemars.
 - ♦ Les individus en ESPT ont fréquemment l'impression de continuer à courir un danger et peuvent être extrêmement tendus. Ils peuvent sursauter facilement (ou être nerveux) ou surveiller en permanence tout risque de danger.
 - ♦ Les personnes en ESPT essaient d'éviter tout ce qui leur rappelle l'évènement. Cette conduite d'évitement peut causer des problèmes dans leur vie quotidienne.
 - ♦ (Le cas échéant), les personnes en ESPT peuvent parfois souffrir d'autres troubles physiques et mentaux, comme des douleurs et courbatures corporelles, un manque d'énergie, de la fatigue, de l'irritabilité et des idées noires.
- » Conseiller à la personne de :
 - ♦ **Poursuivre ses activités quotidiennes normales**, dans la mesure du possible.
 - ♦ **Parler à des personnes de confiance** de ce qu'elle ressent ou de ce qui s'est passé, mais uniquement lorsqu'elle s'y sent prête.
 - ♦ **Entreprendre des activités de relaxation** afin de réduire l'anxiété et la tension.
 - ♦ **Éviter de consommer de l'alcool ou des drogues** pour surmonter les symptômes de l'ESPT.

2. Apporter un soutien psychosocial tel que décrit dans les *Principes de réduction du stress et de renforcement du soutien social* (>> *Principes généraux de soins*)

- » S'occuper des facteurs de stress psychosociaux actuels.
 - ♦ Si la personne a été victime de graves violations des droits de l'homme, discuter avec elle d'une éventuelle orientation vers un organisme sûr de protection des droits de l'homme.
- » Renforcer le soutien social.
- » Enseigner des techniques de gestion du stress.

3. Si des thérapeutes qualifiés et encadrés sont disponibles, envisager une orientation vers :

- » une thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique*
- » une thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)*

4. Chez l'adulte, envisager la prescription d'antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou antidépresseurs tricycliques) lorsque la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie EMDR ou les techniques de gestion du stress ne fonctionnent pas ou ne sont pas disponibles.

- » Aller au module sur la dépression modérée à sévère pour de plus amples renseignements sur la prescription d'antidépresseurs (>> **DEP**).
- » NE PAS prescrire d'antidépresseurs pour prendre en charge l'ESPT chez l'enfant et l'adolescent.

5. Suivi

- » Programmer et tenir des consultations régulières de suivi conformément aux *Principes de prise en charge* (>> *Principes généraux de soins*).
- » Programmer le deuxième rendez-vous sous deux à quatre semaines puis les consultations suivantes en fonction de l'évolution du trouble.

Dans tout établissement de santé générale en situation d'urgence humanitaire, au moins un membre encadré du personnel soignant devrait être en mesure d'évaluer et de prendre en charge les troubles mentaux, neurologiques et liés à la consommation de substances psychoactives.

Le *Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP)* est une ressource simple et pratique pour atteindre cet objectif.



Programme d'action Comblar les lacunes en santé mentale (mhGAP)



ARTICLE DE PRESSE

Stress post-traumatique : l'expérience des militaires en partage <i>La dépêche</i> 08/03/2016	28
Attentats de Bruxelles : « les chaînes d'info fonctionnent comme un cerveau » <i>Télérama</i> 23/03/2016	30
Quelles solutions pour limiter les comportements autodestructifs ? <i>Santé Magazine</i> 09/02/2016	33
Prévenir le stress post-traumatique <i>Le monde science&médecine</i> 25/11/2015	34
EMDR : une thérapie oculaire pour occulter les traumatismes <i>Libération</i> 14/02/2016	35
Secourisme : être prêt en cas d'attentats <i>24 heures</i> 23/03/2016	38
Suis-je traumatisée <i>Féminin Bio</i> 17/12/2015	39
Cette thérapie post-traumatique peut aider les rescapés des massacres de Daech <i>The Huffington Post</i> 12/01/2016	42
Attentats, agressions : elle aide à les surmonter <i>Actualité grand sud santé</i> 20/03/2015	46
J'ai eu un bébé en bougeant les yeux <i>Elle</i> 13/02/2016	48
Suis-je traumatisée <i>FémininBio</i> 17/12/2015	51

Publié le 08/03/2016 à 08:06 La Dépêche

Stress post-traumatique : l'expérience des militaires en partage

Défense - Armée

Le 08/03/2016



Le stress post-traumatique (SPT), ce syndrome est connu des médecins militaires depuis 14-18./ Armée de terre

Quel point commun entre un militaire de retour d'Afghanistan, un voisin de l'usine AZF de **Toulouse** ou un rescapé des terrasses du 13 novembre ?

Le stress post-traumatique, (SPT) ce sentiment intime qui paralyse, handicape, voire détruit ceux qui en ont été victimes.

Aujourd'hui à Toulouse, les militaires réservistes (SERFREM-TVGA) organisent au Palais Niel une journée d'information sur le stress post-traumatique, et son approche thérapeutique.

Le docteur Jean-Philippe Durrieu, l'un des organisateurs de cette rencontre, explique que ce syndrome est connu des médecins militaires depuis 14-18, jusqu'à la guerre du Golfe. Les «blessures psychiques» donnent droit à réparation depuis 1992 : «L'expertise militaire est donc ancienne, reconnue et disponible auprès des personnels hautement qualifiés. Or, le Centre médical des armées (CMA) de Toulouse a soutenu l'organisation des équipes médicales et des intervenants de la cellule médico-psychologique de terrain. Leur objectif : dépister, traiter et gérer en temps réel puis dans la durée le SPT du soldat.»

Le but de cette journée est donc de faire se rencontrer médecins civils et militaires autour du SPT, pour bénéficier des expériences de chacune des deux parties.

Du côté civil, l'expérience est hélas, également longue :

«Des experts du CHU de Toulouse, le Dr Trapé et le Dr de Gainza vont apporter leur vécu des expertises suite à l'explosion d'AZF de 2001, mais aussi les conséquences psychologiques des actes terroristes toulousains de 2012. Puis les équipes soignantes de la police nationale, de la gendarmerie, des pompiers, et du SAMU présenteront leurs spécificités de l'évolution du SPT avec des témoignages forts livrés par ces professionnels dévoués particulièrement exposés», poursuit Jean-Philippe Durrieu.

Qui poursuit : «il est très important de poursuivre la mise en cohésion des expériences militaires et civiles et d'ouvrir des pistes de collaboration fortes dans la perspective des nouvelles menaces sur le territoire. Les réservistes du service de santé des armées de Toulouse qui participent activement à toutes ces prises en charge sur le terrain proposeront régulièrement de telles rencontres pour que vive dans les faits le lien armée-nation.»

Des SPT, hélas, il devrait y en avoir bien d'autres...

La Dépêche du Midi

Attentats de Bruxelles : “Les chaînes d'info fonctionnent comme un cerveau traumatisé”

Marc Belpois Publié le 23/03/2016.



Des images anxiogènes qui tournent en boucle, des interviews de victimes sous le choc... Pour la psychologue spécialiste du trauma Marianne Kedia, les médias couvrent les attentats sans aucun recul ni la moindre analyse.

Spécialiste du trauma, la docteur en psychologie Marianne Kedia critique sans ménagement la couverture médiatique des attentats. Selon elle, les chaînes de télé devraient cesser d'interroger des victimes, d'évidence pas en état de maîtriser leur image et leurs propos. Elles seraient par ailleurs bien avisées de revoir leur couverture des attentats, dont le mode de traitement génère inutilement beaucoup d'anxiété chez les téléspectateurs.

SUR LE MÊME THÈME

Revue de presse

Attentats à Bruxelles : les “unes” des journaux au lendemain des attaques, entre émotion et indignation

Attentats de Bruxelles

Philippe Geluck : “Pour un artiste, la meilleure réponse à ces actes violents est de continuer à pratiquer son art”

Attentats de Bruxelles

Attentats à Bruxelles : “Jamais Paris ne s'est sentie aussi belge que ce 22 mars”

“J’étais sidérée par l’information véhiculée par mon poste de télévision.”

La façon dont les chaînes de télé couvrent les attentats de Bruxelles vous choque. Pourquoi ?

D’abord, je trouve extrêmement problématique que des victimes, en état de choc, couvertes de sang et de poussière, soient interviewées. Dans ces instants-là, elles ne sont pas en état de maîtriser leur image et leurs propos. Derrière mon petit écran, je suis surprise de voir autant d’images volées : des hommes et des femmes qui pleurent, des enfants qui hurlent sur les rails du métro... Pourquoi leurs visages ne sont-ils pas floutés ? Leur a-t-on demandé l’autorisation de les montrer sur les télévisions du monde entier ? Et quand bien même l’aurait-on fait, ce dont je doute, sont-elles en état de prendre une décision sereine ? Evidemment non. Cela soulève de graves questions d’éthique.

Par ailleurs, je suis frappée par le traitement télévisuel de ce type de drames. Force est de constater que les chaînes d’information en continu fonctionnent comme un cerveau traumatisé. C’est quelque chose qui m’avait traversé l’esprit au moment des attentats de Charlie, et qui m’a sauté aux yeux lors des attentats du 13 novembre. Chez moi, je me suis retrouvée totalement paralysée devant ma télé, incapable de l’éteindre, ce qui ne m’arrive jamais. Pourquoi diable suis-je restée scotchée des heures durant devant le spectacle d’un direct terriblement anxiogène et vide de sens puisqu’il ne se passait rien à l’image ? D’évidence, j’avais mis mon cerveau en « mode traumatique ». J’étais sidérée par l’information véhiculée par mon poste de télévision.

“Le téléspectateur se trouve dans une sorte d’hyperidentification, comme s’il vivait lui-même l’événement.”

Comment fonctionne le cerveau d’une personne traumatisée ?

Lorsqu’une personne subit un événement terrifiant, les aires visuelles de son cerveau sont suractivées, tandis que les aires du langage sont sous-activées. Elles fonctionnent moins bien. Le traumatisme se manifeste essentiellement sous forme d’images et de sensations physiques. C’est pourquoi les victimes peinent à verbaliser ce qu’elles vivent. Plus précisément, le petit noyau à la base du cerveau, que l’on nomme le « cerveau reptilien », et qui gère notamment la peur, turbine au détriment du cerveau plus élaboré, qui permet de raisonner, de lire, de comprendre des concepts. C’est très utile dans une situation critique :

raisonner, de lire, de comprendre des concepts. C'est très utile dans une situation critique : cela permet par exemple au corps de se tendre et d'avoir un surplus d'énergie pour courir.

Cette réaction de peur extrême engendre parfois la sidération et un état de dissociation, c'est-à-dire une sorte de dysfonctionnement entre les fonctions animales et des fonctions cognitives plus élaborées. Or cette dissociation, c'est ce qui explique que, devant notre télé, nous nous trouvons parfois dans un état extrêmement passif. Les images tournent en boucle – et désormais il y a de plus en plus d'images prises par les victimes avec leurs téléphones portables, façon caméra subjective. Il y a très peu d'analyse, de recul. Le cortex, les aires cérébrales plus développées de l'être humain, sont en pause. Le téléspectateur demeure comme acculé dans un état sensoriel, où le temps est distendu. Il reçoit une charge émotionnelle très forte renforcée par l'effet hypnotique des images. Et il se trouve dans une sorte d'hyperidentification, comme s'il vivait lui-même l'événement. Et ça, c'est dangereux...

Dangereux à quel point ?

C'est dangereux immédiatement, dans la mesure où cela génère de l'anxiété chez beaucoup de gens. Une anxiété somatique, c'est-à-dire un sentiment viscéral de malaise. Qui peut aussi générer des symptômes pseudo post-traumatiques : des images qui tournent en boucle dans la tête, une hypervigilance, etc. Au moment des attentats du Bataclan, j'ai été impressionnée par le nombre de personnes qui, sans avoir été exposées directement à la violence, se trouvaient dans un état d'anxiété dans les jours et les semaines qui ont suivi ce 13 novembre. Et je ne parle même pas des enfants : les petits de moins de six ans ne comprennent pas toujours ce type d'images, rediffusées sans cesse. Le 11 septembre 2001, ils pensaient que des tours s'écroulaient encore et encore....

A plus long terme, les personnes qui ont subi un stress post-traumatique risquent de développer des pensées modifiées par cette expérience : leur façon de voir le monde, le rapport aux autres peuvent être affectés par la peur.

“Les rédactions doivent apprendre à prendre du recul.”

Vous pensez que les médias doivent réviser leurs pratiques ?

Absolument. Quatre mois après les attentats de Paris, rien n'a évolué. Il faut absolument que les journalistes réagissent et s'interrogent sur leurs pratiques : le respect des victimes, le traitement de l'émotion par les médias, la contagion émotionnelle...

Je ne jette pas la pierre aux reporters et aux caméramans sur le terrain. Ils sont dans le feu de l'action, et possiblement exposés. Se trouver devant le Bataclan au moment où l'assaut est donné, que ça pète de partout, c'est effrayant ! Donc qu'ils n'aient pas toujours les bons réflexes, je comprends. En revanche, je pense que les rédactions doivent apprendre à prendre du recul, par exemple en diffusant les images avec un petit différé, de façon à prendre le temps d'analyser et de verbaliser. Je pense qu'il serait fort utile de former un groupe de travail réunissant journalistes et psychologues autour de cette question. Parce qu'hélas, d'autres attentats surviendront sans doute.

Quelles solutions pour limiter les comportements autodestructifs ?



Des petits gestes compulsifs visant à se blesser soi-même pour ne pas blesser les autres peuvent être liés à un traumatisme, à un non-dit ou à un secret invouable.

Refouler des sentiments comme la colère et la frustration, ça coûte cher. Combien de fois avez-vous remarqué chez des amis, des collègues, des inconnus dans la rue, ou vous-même, des comportements compulsifs autodestructeurs ? S'arracher les cils ou les sourcils, se ronger la peau autour des ongles jusqu'au sang, ou se tordsader nerveusement toujours la même mèche de cheveux sont les **symptômes incontrôlables de ce refoulement**.

"Ces gestes font partie des troubles obsessionnels compulsifs (**TOC**). Les premiers signes peuvent apparaître dans la tranche d'âge des 9-12 ans, quand l'enfant n'a pas le droit de répondre à ses parents", explique Patricia Mozdzan, psychologue et psychanalyste.

Pour trouver un exutoire et éviter de blesser les autres, on choisit de se blesser soi-même. Parfois, il faut chercher la cause dans un traumatisme, un souci non réglé, ou un secret invouable plus ou moins grave. Résultat : **on habitude son corps à la douleur** pour ne plus la ressentir.

Hypnose et EMDR

"Paradoxalement, ces comportements cachent aussi une envie de vie, tout en se faisant du mal", continue la spécialiste. La situation peut devenir tellement dangereuse qu'un suivi psychologique est indispensable, mais dans des cas plus "légers", d'autres solutions sont envisageables. Notamment : la **sophrologie**, le travail sur la confiance en soi, la technique de l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), la thérapie cognitivo-comportementale ou encore, l'**hypnose**. Ces techniques peuvent d'ailleurs être utilisées de façon complémentaire.

D'après son expérience, Patricia Mozdzan, conseille particulièrement **l'EMDR et l'hypnose**, qui donnent de bons résultats pour limiter les comportements autodestructifs.

"Le rôle du professionnel de santé est surtout de mettre en confiance, de rassurer et d'accompagner le patient", conclut-elle.

BIODIVERSITÉ
MÈRES PORTEUSES POUR
ESPÈCES EN DANGER

→ PAGE 2



NANOTECHNOLOGIES
UNE COURSE DE FORMULE 1
SOUS MICROSCOPE

→ PAGE 3



PORTRAIT
ÉDOUARD BARD,
CLIMATOLOGUE DE COMBAT

→ PAGE 7



Prévenir le stress post-traumatique

Lors des attentats du 13 novembre, des cellules d'aide psychologique d'urgence ont été déployées. Mais une vigilance à plus long terme vis-à-vis des victimes et des témoins sera essentielle pour faire face à la possible survenue de troubles psychiques. Enquête.

PAGES 4-5



CAROLINE GAMON



CARTE BLANCHE

**Baptiste
Coulmont**

Sociologue et maître
de conférences à l'université
Paris-VIII
(<http://coulmont.com>)

34

Les employés et les ouvriers ne votent jamais seuls

Mettez-vous une petite heure devant un bureau de vote, la semaine prochaine. Vous y verrez entrer des électrices et des électeurs, parfois seuls, parfois en petits groupes : couples, parents et enfants... La mobilisation électorale est souvent affaire de réseau : on ne vote pas vraiment tout seul. Les appartenances collectives structurent la participation électorale.

Dans un article à paraître très prochainement dans la *Revue française de science politique*, le sociologue Camille Peugny s'intéresse au rôle que jouent les univers professionnels des employés et des ouvriers. Ces salariés d'exécution représentent aujourd'hui toujours plus d'un actif occupé sur deux. Mais d'importants clivages parcourent ce monde des classes populaires : les ouvriers et employés non qualifiés sont sans doute maintenant les grands « perdants » de la mondialisation. De profondes évolutions ont eu lieu au cours des dernières décennies : un ouvrier sur cinq, aujourd'hui, détient un bac ; l'ouvrier de l'industrie n'est plus la figure centrale de ces classes populaires constituées en majorité d'employés.

D'où la question : comment votent-elles ? L'enquête de Camille Peugny confirme que « l'intégration dans un collectif de travail stable et constitué favorise la participation politique ». Ainsi, les salariés en emploi temporaire s'abstiennent plus souvent que les détenteurs d'un CDI. Et les personnes qui travaillent souvent seules (employés des services à la personne, de la sécurité) ne bénéficient pas d'un collectif professionnel solide, et participent beaucoup moins aux scrutins électoraux que d'autres groupes, comme les employés de la fonction publique. Cette auto-exclusion se repère aussi dans un sentiment de compétence politique plus faible.

Un effet de halo

Le groupe des employés des services à la personne (assistantes maternelles, entretien ménager...) est très féminisé, et représente plus de deux millions de personnes. Mais il pèse beaucoup moins électoralement car « l'isolement dans le travail les rend presque invisibles politiquement ». Ces différences de poids politique des groupes professionnels se repèrent

également si l'on prend en compte l'exclusion juridique des salariés de nationalité étrangère. Or, parmi les employées des services à la personne, une sur huit est de nationalité étrangère et ne dispose pas du droit de vote aux élections nationales. En cumulant cette information avec l'abstention et la non-inscription sur les listes électorales, le non-vote concerne près de trois employées des services à la personne sur dix.

« Des pans entiers de certaines catégories d'ouvriers et d'employés demeurent à l'écart du vote », écrit Camille Peugny, ce qui réduit d'autant la capacité des groupes auxquels ils appartiennent d'exprimer leurs intérêts au sein d'une compétition électorale.

Une partie du rapport au politique se noue dans le cadre professionnel, dans les interactions avec les collègues et avec la hiérarchie, et l'exclusion juridique des uns exerce comme un effet de halo sur l'auto-exclusion des autres. On ne vote jamais seul, et quand, autour de soi, on vote peu, alors on votera moins. Les conséquences pour la démocratie représentative sont importantes. ■

Libération
13 NOVEMBRE

EMDR : une thérapie oculaire pour occulter les traumatismes

Par Eric Favereau — 14 février 2016 à 20:12



Vue de l'Hôtel-Dieu, à Paris, en 2013. Dans cet hôpital a été centralisée la prise en charge psychiatrique des victimes des attentats du 13 Novembre 2015. Photo Fred Dufour. AFP

Importée des Etats-Unis et basée sur le mouvement des yeux, cette thérapie cognitive a pour but de combattre les souvenirs douloureux. Des rescapés des attentats de Paris y ont eu recours, même si elle est controversée en France.

Comment prendre en charge les traumatismes psychiques liés aux attentats ? Il y a bien sûr une foule de réponses, aussi variées que singulières. Il y a l'option chimique, avec les prises classiques de médicaments anxiolytiques, voire d'antidépresseurs. Il y a ceux qui vont insister sur l'importance de la parole, individuelle ou collective. Et il y a tous ceux qui attendent ou désespèrent. Depuis quelques années, les thérapies dites cognitives ont envahi ce champ, à l'instar de l'EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing).

Plusieurs dizaines de victimes des attentats de novembre ont eu recours à cette technique controversée, dans leur travail de reconstruction. Et très souvent avec succès. Si bien qu'aujourd'hui, sur la page Facebook de l'association de victimes Life for Paris, certains n'hésitent pas à la recommander. La découverte de l'EMDR a été faite un peu par hasard. Lors d'une promenade en mai 1987, une psychologue américaine de l'école de Palo Alto (Californie), Francine Shapiro, se rend compte que ses «petites pensées négatives obsédantes» disparaissent quand elle fait aller et venir rapidement ses yeux de gauche à droite. Elle travaille alors sur cette méthode et, peu à peu, va naître l'EMDR, une technique qui consiste, entre autres, «à faire effectuer une série de mouvements oculaires à un patient souffrant d'un traumatisme afin de le déconnecter de souvenirs envahissants et des émotions négatives qui en résultent». Et cela parviendrait à soigner le patient de son syndrome lié à ce choc traumatique, voire à le «guérir».

SPECTACULAIRES

Est-ce pourtant bien sérieux ? N'est-on pas là face à une nouvelle technique fumeuse, noyée dans les modes new age ? En France, c'est le psychiatre David Servan-Schreiber qui l'a importée. «Cela se développe beaucoup, nous avons des formations unifiées pour ceux qui la pratiquent, raconte Isabelle Meignant, qui préside EMDR Europe. Mais nous restons en France : avec toujours des réticences du milieu institutionnel sur ces techniques comportementalistes». Ainsi, pendant les semaines qui ont suivi les attentats en France, la plupart des cellules médico-psychologiques qui ont accompagné des victimes ou leurs proches ne se sont pas servies de cette thérapie. «Nous avons pourtant été sollicités, mais nous l'avons été de façon informelle, note Isabelle Meignant. Nous avons pu prendre en charge une petite centaine de personnes. Et cela a bien marché, très bien même.»

A l'entendre, les résultats seraient même spectaculaires. Certaines victimes traumatisées avaient perdu le sommeil, et elles l'auraient retrouvé après une seule séance. D'autres personnes ont pu vivre des moments de panique dans le métro en voyant des paquets ou des valises, incapables alors de bouger, ni de réagir. «En quelques séances, on arrive à casser cette association.» Isabelle Meignant, qui exerce à Toulouse, était aussi intervenue peu après l'attentat de Mohamed Merah dans l'école juive. «On a pu faire du très bon travail, poursuit-elle. A l'étranger, le recours à l'EMDR est devenu presque systématique. Cela a été utilisé après le tsunami [qui a frappé les côtes de l'océan Indien en 2004, ndlr], mais aussi après l'attentat du musée du Bardo en Tunisie [en mars].»

Qu'en déduire ? Une mode passagère ou une thérapie qui peut être utile ? Aujourd'hui, les cliniciens disposent de plusieurs études et surtout d'un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui a cherché à évaluer l'hypnose et des techniques qui lui sont proches comme l'EMDR. Dans ce travail, Juliette Gueguen, médecin de santé publique, a analysé plus particulièrement l'EMDR. «Dans notre évaluation, nous explique-t-elle, nous avons travaillé sur les syndromes de stress post-traumatiques (SPST) déjà constitués.» En d'autres termes, les chercheurs ont regardé la prise en charge de symptômes qui se sont bâtis au fil des jours, voire de semaines, comme on le voit sur des militaires de retour de terrains de guerre. Pour des syndromes déjà constitués, l'Inserm a repris toutes les études scientifiques publiées. Le résultat est clairement positif : «L'EMDR est efficace dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique chez l'adulte, mais les revues ne permettent pas de conclure, ni chez l'enfant ni chez l'adolescent.» En revanche, en préventif - pour les personnes amenées à intervenir dans des situations traumatisantes -, il n'y a aucune étude publiée.

FLASH-BACKS

Reste évidemment une question. Si cela marche, pourquoi cela marche-t-il ? Les réponses sont incertaines. L'Inserm, dans un vocabulaire un brin technique, note que «la thérapie EMDR est basée sur le modèle du traitement adaptatif de l'information». Ce modèle - si on laisse de côté les symptômes causés par des lésions organiques ou toxiques - repose sur l'idée que les troubles en santé mentale «trouvent leurs origines dans les souvenirs non correctement traités d'événements survenus antérieurement». Dans le cas du syndrome de stress post-traumatique, on en connaît les manifestations : cauchemars, flash-backs incessants, pensées intrusives. «Certains événements du présent, qui réveillent ces souvenirs, constitueraient alors des facteurs déclencheurs de symptômes.» Dans cette logique, «l'EMDR permettrait d'accéder au souvenir bloqué, puis de stimuler le traitement adaptatif de l'information afin que les connexions et associations appropriées soient rétablies».

«C'est intéressant, précise le professeur Nicolas Dantchev, qui dirige le service de psychiatrie à l'Hôtel-Dieu à Paris, lieu qui a centralisé la prise en charge psy des victimes des attentats. Mais avec l'EMDR, il est difficile de faire la part entre ce qui relève de la psychothérapie comportementale assez classique et ce qui relève de la technique oculaire.» Aujourd'hui, en tout cas, Juliette Gueguen fait remarquer que «les techniques de l'EMDR suivent un protocole standardisé, plutôt bien défini, ce qui est rassurant». La Haute Autorité de santé le recommande désormais comme traitement de choix de l'état de stress post-traumatique, de même que l'Organisation mondiale de la santé.

Secourisme: être prêt en cas d'attentats

l'essentiel

Alors que les demandes d'inscriptions aux cours de secourisme augmentent, la préfecture soutient un programme gratuit de formation aux premiers soins pour les victimes d'attaques terroristes.

Et si vous appreniez à faire un garrot sur une blessure causée par une arme de guerre ? Chaque week-end pendant le mois de février, plusieurs dizaines de lieux publics ouvrent leurs portes afin de former gratuitement des volontaires aux gestes nécessaires pour sauver des vies. Parmi eux, le massage cardiaque, l'utilisation d'un défibrillateur... et surtout la confection d'un garrot en cas d'hémorragie. « Les points abordés par les sapeurs-pompiers lors de ces journées resteront les mêmes que ceux inscrits à la formation diplômante de secourisme civique, mais, fait nouveau, il sera aussi question de l'arrêt de saignements abondants par gar-

rot. Cet exercice n'était plus enseigné au grand public lors de nos interventions, mais vu les circonstances... », explique Mathieu Mazet, pompier volontaire formateur au sein de l'entreprise Sotel. Ce genre de soin est primordial dans la prise en charge des victimes d'une attaque à l'arme lourde par exemple.

« Cela permet de limiter le saignement d'un individu et donc de gagner du temps pour s'occuper des autres victimes », explique Thierry Fréchaud, le responsable du centre de formation professionnel au sein de la Croix-Rouge française. Attention tout de même, ce protocole proposé par la préfecture de Haute-Garonne

Les Français voulaient être à même de faire les premiers gestes de secours

n'a rien d'une formation, c'est seulement une journée de sensibilisation.

« Les cours ne dureront que deux heures. On abordera d'abord l'alerte des services publics, puis le massage cardiaque et l'utilisation d'un défibrillateur. La deuxième heure sera consacrée à l'arrêt d'une hémorragie », précise Stéphane Viera, lieutenant au Groupement

de formation du Service départemental d'incendie et de secours (SDIS). « Après les attentats du 13 novembre, la population avait émis le souhait d'être mieux formée au cas où ce genre de situation de guerre se reproduirait », confie encore ce pompier.

Augmentation des demandes

Les Toulousains sont de plus en plus nombreux à s'intéresser aux premiers secours, et devraient donc participer massivement à ces portes ouvertes. « Les gens ont pris conscience du rôle qu'ils peuvent jouer. C'est pour cela que les demandes ont beaucoup augmenté », considère Patrick Abadie, le porte-parole de la protection civile. Pour le moment, l'apprentissage du garrot se limitera à cette opération de février, mais pourquoi ne pas intégrer ces nouvelles pratiques aux formations réalisées toute l'année ? La question risque de se poser rapidement... « Si cette expérience est prolongée, il serait normal que les bénévoles qui surveillent les concerts, les stades et les zones à risques soient formés en priorité », conclut Thierry Fréchaud.

Rémi Buhagiar



Les secouristes interviennent aussi en entreprise. / DDM.archives

COMMENT Y PARTICIPER ?

Pour répondre à cette demande, le ministère de l'Intérieur avec l'ensemble des acteurs du secours et en partenariat avec l'Éducation nationale, organise des séances d'initiation de deux heures. Au cours de ces sessions gratuites, certains gestes de premiers secours seront enseignés : alerter les secours, masser, défibriller et traiter les hémorragies.

S'initier aux gestes essentiels du secours d'urgence

Ces gestes peuvent être pratiqués lors d'accidents de la vie quotidienne ou de situations exceptionnelles comme les événements tragiques du 13 novembre 2015.

Ces sessions sont organisées sur l'ensemble du territoire français au cours du mois de février. Elles ne donnent pas lieu à la délivrance d'un diplôme mais chaque participant recevra une attestation remise par le formateur au nom du préfet.

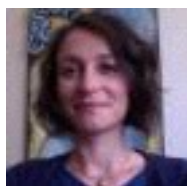
À partir du 1er février 2016, les personnes intéressées pourront s'inscrire via le site Internet de leur préfecture de département. Rendez-vous sur le site internet : <http://www.interieur.gouv.fr/A-votre-service/Ma-securite/Les-gestes-qui-sauvent> ou sur le site de la préfecture

R. B

Psychologie

SUIS-JE TRAUMATISÉE ?

Publié le 17 décembre 2015



Marie Boudoux d'Hautefeuille

Psychologue et Thérapeute, j'accompagne depuis 12 ans des personnes et des entreprises dans leur transition de vie. J'interviens tout particulièrement sur des problématiques en lien avec le travail, le changement, le traumatisme et le développement de la confiance et l'estime de soi.



Un traumatisme
non soigné peut
avoir un impact
important sur
notre moral

Un événement frappant, une phrase qui nous marque... Un traumatisme peut surgir sans que l'on s'en rende compte. Que faire pour se soigner ?

C'est l'actualité de ces attentats à Paris qui me fait prendre conscience à quel point les gens n'imaginent pas que nous pouvons être traumatisés par de grandes comme de petites choses. Je vois tellement de peine, de stress, de tension avec tous ces événements et pour autant j'entends beaucoup de gens dire : « Tout va bien. », « ça va. » ... Et je reste surprise car je sais combien ces événements peuvent avoir un impact et quelles sont leurs conséquences à long terme. Aussi, tentons de comprendre ce qui se passe.

Qu'est-ce qu'un traumatisme ? Selon la pensée populaire, nous avons un traumatisme lorsque nous avons vécu quelque chose de grave. Mais grave pour qui ? Nous pensons trop, nous croyons parfois que nous avons le pouvoir sur ce qui va ou pas nous traumatiser. Ainsi, j'évalue, je juge dans ma tête : tiens ça en vaut la peine ou pas ?

La réalité, c'est qu'un traumatisme n'est pas une chose que nous choisissons, c'est bien une chose que nous subissons. Ainsi, le traumatisme arrive sans prévenir, il s'installe en nous et distille ses nuisances.

Prenons par exemple une personne présente lors de l'explosion d'AZF à Toulouse en 2001. Elle est chez elle, elle entend l'explosion. Elle a peur, s'inquiète. Puis, ça passe : ce n'est pas un attentat, c'est un accident. Son cerveau rationnel lui dit donc que ce n'est pas grave. Pourtant, elle a eu peur. En banalisant cela, elle avance dans sa vie et tout va pour le mieux. Mais, au fur et à mesure que le temps passe, elle se rend compte que le moindre bruit l'inquiète : un pétard qui explose et elle est prise de panique, une porte qui claque et elle doit prendre 10 minutes pour s'en remettre. Elle continue de banaliser, mais je dirais qu'elle est traumatisée. Si elle ne s'occupe pas de cela, les choses peuvent prendre au fil du temps de plus en plus d'ampleur et avoir de plus en plus de conséquences dans sa vie.

Le traumatisme est donc une chose qui se met en place malgré nous. Une des définitions de ce terme, celle que je trouve la plus intéressante, explique que le traumatisme correspond à du matériel dysfonctionnellement stocké en mémoire, c'est-à-dire que les éléments du passé se revivent au présent.

Et c'est bien ce pont entre passé et présent, entre le souvenir et la réalité qui fait que nous réagissons comme si l'événement existait toujours. Dès lors, nous voilà traumatisés, et plus nous laissons le temps passer, plus ce phénomène prend de l'ampleur. Si dans mon exemple, je parle d'une explosion, nous pouvons aussi être traumatisés par des paroles entendues, des critiques à notre égard, mais aussi par des choses qu'on nous raconte, qu'on entend à la télévision, comme les attentats de Paris.

Alors que faire, me direz-vous ? Bien des choses, mais la première c'est de prendre les choses au sérieux, de ne pas banaliser. Certes, le temps peut faire son œuvre mais plus j'agis rapidement, plus je m'en remets vite. C'est un peu comme pour une laryngite : si je vais vite chez le médecin, j'en reste là et je soigne cette maladie ; si je traîne, je prends le risque de faire une bronchite, une pneumonie etc ...

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommande tout d'abord de ne pas prendre de médicaments à base de benzodiazépine dans le mois suivant un événement stressant car cela bloque les mécanismes de guérison du corps. Donc, vous pouvez aller chez votre médecin mais attention à ce que vous prenez pour vous faire aider.

Autrement, ce que je vous recommande, c'est de consulter un thérapeute spécialiste de l'EMDR, car l'EMDR est une des méthodes les plus efficaces pour gérer les états de stress posttraumatique et elle est également recommandée par l'OMS. Mais qu'est-ce que l'EMDR me direz-vous ?

EMDR signifie Eyes Movement Desensitization and Reprocessing soit en français Mouvement des yeux, Désensibilisation et Retraitement. C'est une méthode créée en 1987 par Francine Shapiro pour traiter le traumatisme. Cette dernière a d'ailleurs reçu le prix Sigmund Freud pour sa découverte. L'EMDR permet au bénéficiaire de revivre son problème dans son corps en touchant à l'émotion (en lien avec l'événement passé) tout en observant ce qui se passe dans le présent en elle. Il y a donc une attention double sur l'événement. L'EMDR mobilise ainsi les processus de guérison naturelle du corps et remet en route ceux qui sont bloqués. Ainsi, l'EMDR sépare les émotions de ses représentations, ce qui fait que la personne ne souffre plus quand elle repense à l'événement traumatique.

Cette méthode permet ainsi la libération des traumatismes et événements stressants et peut être pratiquée dès l'instant « T » du traumatisme.

D'ailleurs, lors des événements récents à Paris, les équipes d'EMDR action Trauma se sont mobilisées pour apporter leur aide aux victimes et à leurs proches.

Pour en savoir plus sur l'EMDR ou trouver un thérapeute, je vous invite à aller sur le site d'EMDR France.

Aussi, pour conclure, je vous dirais que certes, nous avons des ressources pour guérir et le plus souvent d'ailleurs c'est ce que nous faisons naturellement. Mais, quand les événements sont difficiles pour nous, peu importante la gravité objective qu'ils recouvrent, je vous invite à vous en occuper dès que possible et pour cela l'EMDR est une très belle méthode thérapeutique reconnue. Prenez soin de vous et de vos proches en vous occupant de vous : tout d'abord en ne banalisant pas les choses difficiles que vous traversez et ensuite en allant chercher de l'aide.

Cette thérapie post-traumatique peut aider les rescapés des massacres de Daech

Author Information

The Huffington Post | Par Charlotte Alfred

author social buttons

Article Byline Information

Publication: 16/12/2015 07h03 CET Mis à jour: 12/01/2016 16h00 CET



John Moore/Getty Images

Getty Imag

INTERNATIONAL - Les massacres perpétrés par Daech ces dernières années dans le nord de l'Irak ont laissé dans leur sillage une population profondément traumatisée. Les besoins des rescapés sont tels que les organisations déploient des trésors d'inventivité pour y répondre.

"Je connais des septuagénaires qui ne dorment plus, des femmes qui ont peur lorsqu'un homme leur demande si ça va, et un enfant de moins de six ans qui m'a raconté comment ses parents avaient été tués", explique Salah Ahmad, un psychologue kurde installé en Allemagne qui dirige la Jiyan Foundation for Human Rights.

M. Ahmad a fondé cette organisation en 2005 pour venir en aide aux victimes de la torture sous le régime de Saddam Hussein. Le groupe apporte aujourd'hui son aide, tant médicale que psychologique, sur tout le territoire kurde semi-autonome du nord de l'Irak. "Des millions de personnes souffrent de traumatismes dans notre pays et nous ne pouvons toutes les prendre en charge", nous dit-il.

En collaboration avec la Free Yezidi Foundation, association à but non lucratif créée en août dernier pour informer l'opinion des massacres dont est victime la minorité yézidie en Irak et soutenir ses rescapés, la Jiyan Foundation cherche à mettre en œuvre une nouvelle forme de thérapie pour traiter le traumatisme dans une région dévastée par la brutalité de Daech.

Début novembre, un groupe d'experts internationaux s'est rendu à Souleimaniye, en Irak, pour former une équipe de trente psychothérapeutes de la Jiyan Foundation et d'autres organisations à but non lucratif. Ils leur ont expliqué les bases d'une thérapie relativement nouvelle du traumatisme, la "désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux" (EMDR en anglais).

Des centaines de femmes et d'enfants yézidis sont encore portés disparus après le massacre perpétré l'an dernier par Daech. (Seivan M.Salim/ASSOCIATED PRESS)

"Nous avons affaire à une population déjà fortement traumatisée, qui souffre d'un manque réel de soins. Si l'on y ajoute Daech et son génocide des yézidis, nous sommes confrontés à un nombre extrêmement élevé de personnes traumatisées, et nous ne disposons pas des ressources nécessaires pour y faire face", explique Derek Farrell, un psychologue britannique qui donne des conférences à l'université de Worcester au Royaume-Uni. C'est lui qui a piloté le premier stage de six jours à Souleimaniye.

En avril 2016, M. Farrell, qui est membre du conseil d'administration de la Free Yezidi Foundation, encadrera une seconde formation d'EMDR portant sur la gestion de situations plus complexes, après quoi il assurera le suivi des stagiaires par Skype.

L'EMDR, conçu par la psychologue américaine Francine Saphiro en 1987, consiste à soumettre les patients à une "stimulation bilatérale" pendant qu'ils évoquent leurs traumatismes. Les thérapeutes demandent habituellement à leurs patients de tourner les yeux d'un côté, puis de l'autre, offrent des stimulations auditives et visuelles, et donnent de petites tapes du côté gauche et droit du corps.

Les spécialistes estiment que cette méthode permet de déclencher la capacité du cerveau à gérer le traumatisme à travers une "désensibilisation" et un "retraitement" des émotions. En d'autres termes, il s'agit, en établissant de nouvelles connexions mentales, d'affaiblir le traumatisme du souvenir.



Des membres de l'armée kurde fouillent une fosse commune dont ils affirment qu'elle contient les restes de plus de 50 Yézidis tués par Daech à Sinjar, en Irak. Ils ont découvert au moins six charniers dans les environs. (John Moore/Getty Images)

Pour ses adeptes, l'EMDR est particulièrement adaptée aux crises humanitaires telles que les catastrophes naturelles et les guerres, au cours desquelles des populations entières de réfugiés sont obligées de gérer leurs traumatismes. Ils soutiennent qu'en plus du fait d'être rapide et de n'engendrer aucun travail de longue haleine, à l'inverse d'une thérapie comportementale cognitive, elle peut être pratiquée en groupe sans que les participants doivent exposer leur expérience en détail.

"L'EMDR est très efficace dans la mesure où la durée des séances se compte en jours plutôt qu'en mois", indique Rolf Carriere, économiste du développement et membre du conseil d'administration de la Free Yezidi Foundation. "C'est aussi un traitement mieux adapté, culturellement parlant", ajoute-t-il, car les patients n'ont pas de besoin de raconter les expériences traumatisantes, mais aussi socialement stigmatisantes, qu'ils ont subies, comme la violence sexuelle.

Plus d'un an après l'invasion de régions entières d'Irak et de Syrie -occupées après le massacre de milliers de personnes, et l'asservissement de centaines de femmes et d'enfants yézidis-, l'Occident n'a pas encore pris la pleine mesure des atrocités commises par Daech. Pour l'organisation terroriste, les Yézidis, membres d'une ancienne communauté religieuse, «vouent un culte à Satan».

À la suite de leur reconquête du bastion yézidi de Sinjar, le mois dernier, les Kurdes ont découvert six charniers contenant des centaines de corps. Les femmes qui ont été libérées parlent de viols et de torture, et on est encore sans nouvelles de centaines de personnes.

Alors qu'il y a aujourd'hui plus d'un million de réfugiés dans le Kurdistan irakien, les dernières statistiques de l'Organisation mondiale de la santé, en date de 2011, ne font état que d'un psychiatre pour 400 000 personnes sur la totalité du territoire irakien.

Les Yézidis ont puisé leur croyance ancestrale dans un zoroastrisme enrichi d'apports islamiques, chrétiens et judaïques. (Seivan M.Salim/ASSOCIATED PRESS)

Ceux qui souhaitent entamer une thérapie sont aussi fortement stigmatisés, remarque M. Ahmad. Très peu de femmes exercent dans ce domaine, alors que les victimes de viol se tournent de préférence vers les femmes psychothérapeutes.

Après avoir vu l'EMDR à l'œuvre en Allemagne, M. Ahmad s'est dit qu'il pouvait aider les Irakiens. Mais elle suscite des réserves en raison de sa nouveauté relative, et de ses méthodes apparemment non conventionnelles.

"Il a fallu un moment avant que l'EMDR soit accepté, mais après un quart de siècle, il existe désormais suffisamment de preuves issues de plus de vingt essais cliniques», souligne Louise Maxfield, psychologue et rédactrice du Journal of EMDR Practice and Research. En 2013, l'OMS a reconnu que le traitement était efficace contre le traumatisme.

Elle a pourtant ses limites. "Il n'existe pas de thérapie universelle. [...] Certaines personnes n'y sont pas réceptives», ajoute-t-elle. «D'autres traitements reposent sur un réveil du traumatisme, au cours duquel de fortes réactions sont à craindre, bien que la gestion de telles situations soit prévue dans les traitements en question."

Des dizaines de milliers de Yézidis ont dû fuir l'avancée de Daech l'an dernier. (ASSOCIATED PRESS)

Bien qu'il soit encore trop tôt pour mesurer le succès de l'EMDR dans le Kurdistan irakien, l'espoir (prudent) est de mise pour Pari Ibrahim, fondateur de la Free Yezidi Foundation.

"La formation va mettre à la disposition de ces praticiens un nouvel outil leur permettant de prendre en charge non seulement les Yézidis, mais aussi tous ceux qui ont besoin d'aide. Le traumatisme, extrêmement profond, va nécessiter un traitement de longue durée. Pour être mené à bien, il demandera beaucoup de temps et d'argent pour planifier les actions et former les gens."

Selon M. Farrell, il faudra probablement huit à dix ans pour que le nord de l'Irak soit capable de gérer ses traumatismes. «L'EMDR n'est pas une solution miracle», a-t-il prévenu.

Il a déjà contribué à l'introduction de cette thérapie EMDR au Pakistan, lors du séisme de 2005, à la suite duquel le maigre secteur de la santé mentale s'est retrouvé débordé. Aujourd'hui, les thérapeutes EMDR pakistanais sont pratiquement autonomes et viennent en aide aux pays voisins comme le Népal et la Birmanie.

Pour M. Ahmad, au vu des bénéfices que pourront en retirer les rescapés des violences de Daech, et la région dans son ensemble, l'investissement en vaut la peine. "Si l'on aide un individu à retrouver la paix, sa famille en bénéficiera. Et si les familles sont en paix, il en va de même pour la société, et donc pour le pays", conclut-il.

Attentats, agressions : elle aide à les surmonter

Publié le 20/03/2015 à 07:53



Isabelle Meignant préside l'association Action EMDR Trauma, créée en décembre 2014. / DDM, Nathalie Saint-Affre

La psychothérapeute toulousaine Isabelle Meignant vient de créer l'association «Action EMDR Trauma » ou comment utiliser la thérapie EMDR pour prendre en charge les urgences traumatiques.

Qu'est-ce que «Action EMDR Trauma » ?

C'est l'association de 28 membres fondateurs, Toulousains et Européens, intéressés par l'idée de faire du traitement gratuit sur les terrains d'urgence grâce à la thérapie EMDR.

En quoi cette thérapie s'applique-t-elle aux situations d'urgence ?

L'EMDR (1) est une méthode de psychothérapie qui active le processus neuro-émotionnel permettant de retraiter des informations du passé restées bloquées. C'est une méthode rapide. On peut travailler n'importe où, sur un événement précis sans avoir besoin d'engager une psychothérapie. Il n'est pas nécessaire de parler, nous activons le processus naturel de guérison. J'ai traité une jeune fille le lendemain de son agression, juste pour qu'elle puisse dormir, le sommeil, c'est ce qui nous répare. L'EMDR a une efficacité reconnue, la Haute autorité de santé (HAS) le recommande pour le traitement des troubles post-traumatiques.

De quels traumatismes parlons-nous ?

Un militaire de retour de mission, un SDF, une femme victime d'agression, les témoins d'une agression, toutes ces personnes ont vécu des traumatismes. Mais ça peut être aussi avoir entendu ou vu quelque chose à la télé : quand on annonce que deux Français sont morts en Tunisie dans une attaque terroriste, les milliers de Français qui ont des proches en vacances là-bas sont traumatisés aussi. Lors de la tuerie de Merah à l'école Ozar Hatorah, des parents ont reçu des messages de leurs enfants qui leur disaient "je t'aime" sans savoir s'ils étaient parmi les victimes... Sans interventions, certaines personnes peuvent rester figées dans le traumatisme et aller vers des comportements excessifs. Il faut aussi pouvoir s'adresser à la partie sensorielle de la mémoire traumatique : odeur, bruit comme pour les victimes d'AZF qui sursautent quand une porte claque.

Quel rôle peut jouer votre association ?

Nous voulons d'abord faire connaître cette thérapie. Mon souhait est que le plus grand nombre de personnes sachent que l'EMDR existe et apprennent à repérer ceux qui en ont besoin. L'être humain est fait pour se remettre de tout. Il est normal d'avoir des réactions, il n'est pas normal qu'elles s'installent et deviennent des règles de vie : un enfant qui sursaute dès qu'un stylo tombe, ça doit questionner ; un cauchemar qui revient en boucle, c'est une tentative de résolution qui ne fonctionne pas.

Comment voyez-vous l'association grandir ?

J'imagine des interventions sur tout le territoire avec des thérapeutes formés et officiant gratuitement, un peu comme Médecins du monde. Mais pour que ce soit pérenne, il faudra que ces intervenants soient rémunérés, l'association deviendrait alors une fondation, il nous faudra des fonds. Nous n'en sommes qu'au début mais j'y pense depuis tellement longtemps ! Je ne peux pas imaginer garder cette méthode de psychothérapie dans mon cabinet.

(1) EMDR vient de l'anglais Eye movement desensitization and reprocessing, une méthode découverte par l'Américaine Francine Shapiro et popularisée en France par le neuropsychiatre David Servan-Schreiber

Film et débat

Une soirée avec conférence, film («La légende de l'EMDR») et débat est organisée le vendredi 27 mars 2015, salle du Sénéchal, rue de Rémusat à Toulouse. Elle sera animée par Isabelle Meignant, psychothérapeute, psychologue clinicienne, formateur EMDR Europe, présidente de l'association «Action EMDR Trauma ». Entrée libre et gratuite. Pour en savoir plus : www.efpe.fr

Recueilli par Emmanuelle Rey

C'est mon histoire : « J'ai eu un bébé en bougeant les yeux »

Publié le 13 février 2016 à 22h00



« Regarde, une étoile filante ! On fait un vœu ? » s'enthousiasme mon amoureux par une douce nuit d'été au bord de l'océan. J'esquisse un timide sourire : je devine le souhait de Julien et me désole de ne pas être sur la même longueur d'onde. Nous sommes en couple depuis onze ans, nous nous aimons... mais n'avons pas d'enfants. À bientôt 38 ans, je ne parviens pas à savoir si je souhaite devenir mère. J'élude le sujet quand Julien l'évoque, ce qu'il fait régulièrement depuis trois ou quatre ans. « Quand seras-tu prête ? Je ne vais pas attendre indéfiniment... » S'il s'est longtemps montré patient – en fait, il n'était pas mécontent non plus de profiter d'une vie relativement insouciant – son envie de paternité devient omniprésente. Une pression soutenue par l'entourage qui ne rate pas une occasion de glisser dans la conversation un subtil : « Alors, et le bébé, c'est pour quand ? » Bref, la situation est tendue et je vais devoir bientôt me décider. « Dans un an, je veux avoir pris une décision » est le vœu que je murmure en cette belle nuit d'été.

Un enfant... ou pas ? Fragilisée par une enfance difficile, Raphaëlle ne se décidait pas. Jusqu'au jour où elle a surmonté ses traumatismes grâce à la thérapie EMDR, basée sur le mouvement des yeux.

Quelques semaines plus tard, la réflexion d'une copine, venue dîner à la maison, allait nourrir ma réflexion : « Vous aussi, vous voulez adopter ? », m'interroge-t-elle en désignant un magazine qui traîne sur la table et sa couverture titrant sur les couples qui adoptent. « Ben non, pourquoi ? » Elle hésite mais continue : « Je ne sais pas... Nous, on se pose la question, on a trop attendu avec Thierry. J'ai 42 ans, on n'y arrive pas... » Je suis émue par ses confidences, mais inquiète : et s'il était trop tard pour moi aussi ? Cette perspective m'attriste. Le comble est que je parviens parfaitement à identifier l'origine de mes réticences – deux années de psychothérapie m'y ont aidée ! Mon enfance compliquée avec une mère suicidaire et des parents en perpétuel conflit ne m'aide pas à me projeter dans la maternité. Si je n'aimais pas mon enfant, si je le maltraitais... ? L'angoisse est là, paralysante.

La thérapie par les yeux

Lorsque je confie mon désarroi à mon amie Clara, qui a longtemps vécu aux États-Unis, elle me parle de l'EMDR [Eye Movement Desensitization and Reprocessing, soit en français Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires, ndlr], une thérapie née outre Atlantique qui a fait ses preuves dans le traitement des traumatismes. « Le quoi ? Tu es gentille Clara, mais je ne suis pas traumatisée ! » « Ah oui ? réplique-t-elle. Assister toute son enfance aux violentes disputes de ses parents et aux tentatives de suicide de sa mère n'est pas traumatisant ? » Elle poursuit en m'expliquant que l'EMDR, par des mouvements de va-et-vient oculaires, permet de désactiver la charge émotionnelle liée à des événements passés... Là, elle marque un point. Et, quelques jours plus tard, je me mets en quête d'un thérapeute. « 38 ans ? Ah oui, il serait temps de vous réveiller pour un premier bébé ! », me lance la première psy que je consulte. Dommage, j'aimais bien son quartier, son cabinet cosu... mais elle ne me reverra plus. Le deuxième, un quinquagénaire plutôt avenant, me tutoie au cours de l'entretien et refuse de serrer la main que je lui tends en partant « parce que je ne serre pas la main de mes patients ». Je souris docilement, avant de prendre mes jambes à mon cou ! Le troisième... est le bon : une femme entre deux âges, rassurante, douce, sans discours moralisateur. C'est elle que je vais désormais consulter tous les mardis, à 18 heures précises. Lors des premières séances, j'acquiesce de précieuses techniques de relaxation pour gérer les émotions qui ne vont pas manquer d'affluer pendant la thérapie... Puis nous commençons les « stimulations bilatérales alternées », au cœur de la technique. En clair, chaque séance est dédiée à un souvenir d'enfance douloureux que j'évoque mentalement tout en suivant des yeux les doigts de la psy qui se balancent comme des essuie-glaces. Dans mon esprit surgissent alors des images du passé, des sensations, des émotions... qui s'associent d'elles mêmes les unes aux autres. Nous faisons régulièrement des pauses afin de les évoquer ; et je pleure toutes les larmes de mon corps. Chaque entretien me bouleverse... mais j'en ressors apaisée, avec le sentiment d'avoir tourné une page et atténué mon appréhension de la maternité. Et puis arrivent les grandes vacances. Julien et moi, qui sommes profs, mettons un point d'honneur à partir au moins cinq semaines

en été. Mais, pour la première fois, j'envisage cette longue pause avec appréhension. Et pour cause : ma thérapie progresse mais n'est pas terminée, je suis encore fragile... Heureusement, nous mettons le cap sur une jolie station thermale au coeur des Pyrénées. Objectif : rando ! Le matin, à l'aube, nous partons à la conquête d'un sommet montagneux, traversons des sous-bois, des pâturages, longeons des ruisseaux, pique-niquons au bord d'un lac... Tandis que mes muscles s'activent, je m'enivre de ciel bleu, du parfum des pins... Et la nuit, je dors comme un bébé !

« Chaque entretien me bouleverse...
Mais j'en ressors apaisée, avec le
sentiment d'avoir tourné une page. »

L'HEUREUX ÉVÉNEMENT

Un matin, alors que nous venons de nous engager sur un chemin caillouteux, je m'arrête, incapable de poursuivre. Mes jambes se dérobent, mon coeur s'emballe, je n'ai plus d'énergie. J'ai une intuition : et si j'étais enceinte ? Je me souviens avoir oublié ma pilule une fois il y a quelques semaines. Étant donné mon âge, j'ai pensé qu'il y avait peu de risques qu'un oubli ponctuel occasionne une grossesse. Je confie mes craintes à Julien dont le visage s'éclaire : « C'est génial, on va acheter un test ! » Impossible de partager son enthousiasme : je suis en pleine thérapie, je n'ai rien décidé, j'ai peur... Je dissimule mon angoisse en fulminant : « Génial, une belle journée fichue ! On n'a plus qu'à faire demi-tour, trouver une pharmacie... » Une heure plus tard, dans la salle de bains de l'hôtel, je fais le test. Je retiens mon souffle en scrutant la fenêtre de la tige... où le signe + finit par se dessiner. Instantanément, j'éprouve des sentiments contradictoires : de la joie, mais aussi une profonde angoisse. Je prends sur moi et rejoins Julien qui m'attend dans la chambre : « Je crois qu'on attend un bébé ! » m'entends-je dire d'une petite voix. Julien m'étreint, les larmes aux yeux. Moi, je ris et je pleure. Nous sommes le 15 juillet ; une année quasi jour pour jour s'est écoulée depuis nos vœux sous une étoile filante... « Vous êtes faite pour avoir des bébés ! » m'a glissé la sage-femme lors de mon accouchement relativement rapide et sans péridurale. Un « compliment » que j'ai accueilli avec un peu de fierté et beaucoup de gratitude... C'était il y a quatre ans, lors de la naissance de Malo. Depuis, je me demande comment j'ai pu vivre tant d'années sans mon fils. Cela étant, j'ai mis un peu de temps à être totalement sereine. J'ai continué mes séances d'EMDR pendant toute ma grossesse, puis jusqu'aux 9 mois de Malo. La fatigue aidant, des angoisses ont souvent surgi au cours de cette période ; mais elles n'étaient plus insurmontables, j'avais les ressources pour les éloigner... Alors me voici enceinte du deuxième, à 42 ans. J'ai crié de joie en lisant les résultats du test... Dommage, Julien était au travail ! En revanche, je dois encore faire face à la pression d'une partie de l'entourage qui, cette fois, me reproche de devenir à nouveau mère « si tardivement ». « Vous êtes tombée enceinte naturellement pour les deux ? » s'est récemment inquiétée une voisine délicate. « Non, le premier est un bébé EMDR », ai-je répliqué dans un large sourire...

EMDR, ou guérir les yeux dans les yeux

Publié le 06/09/2015 à 03:50, Mis à jour le 06/09/2015 à 08:39



Isabelle Meignant (à droite) défend la thérapie EMDR pour mettre fin aux traumatismes. / Photos DDM, MD

Familles de France du Lot est une association qui appartient à une fédération menant diverses actions, telles «la défense des allocations familiales, l'harmonie des rapports entre membres de la famille. Tout cela en partenariat avec les structures publiques», précise Mireille Lachaud, en charge de la politique familiale dans cette organisation non-confessionnelle. Aujourd'hui, c'est le volet d'actions contre les violences subies par les personnes qui veut être amplifié.

Pour cela, Isabelle Meignant, reçue jeudi soir place Bessières, pose la question suivante : comment peut-on s'empêcher de vivre pour des événements passés ? Pour y répondre, cette thérapeute dirige l'association Action EMDR Trauma à Toulouse, prônant l'utilisation d'une méthode découverte il y a trente ans : la thérapie EMDR (lire encadré). Ce traitement se concentre sur les événements qui ont marqué négativement la vie d'une personne. «Le sommeil paradoxal est l'instant qui nous permet d'évacuer le malaise. Le traumatisme survient lorsqu'on n'a pas réussi à l'évacuer, ce qui peut influencer toute une vie», définit celle qui intervient également auprès des familles. Elle était donc reçue par une fédération défendant depuis 1921 les intérêts divers des ménages. Alors que les individus concernés étaient simplement reçus par un psychologue, un partenariat consistera désormais à «installer une thérapeute formée à cette technique qui interviendrait en urgence» développe Isabelle Boulangué, vice-présidente des Familles de France du Lot.

Enfin, Isabelle Meignant était accompagnée de trois consœurs. Valériane Timmer, thérapeute sur Cahors, et Vanessa Calas, thérapeute familiale, sont qualifiées pour l'EMDR Europe, tandis qu'Eva Rigal est intéressée par la formation. Elles s'engagent à être à l'écoute des personnes victimes de violence, pour faire bien plus que mettre de simples mots sur les maux.

Mathieu Delaunay



ANNEXES DES PIÈCES ADMINISTRATIVES

Journal Officiel Préfecture annonce N°460 Page 301/	54
Procès verbal Assemblée Générale constitutive	55
Attestation OMS	56

ANNEXE AU JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE LOIS ET DÉCRETS



D.I.L.A.
CN=DILA -
SIGNATURE-03,OU=000-
2
13000918600011,O=DILA-
,C=FR
75015 Paris
2015-01-22 13:41:51

DIRECTION DE L'INFORMATION
LÉGALE ET ADMINISTRATIVE

26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15

www.journal-officiel.gouv.fr



Standard01.40.58.75.00
Annonces01.40.58.77.56
Accueil commercial.... 01.40.15.70.10
Abonnements.....01.40.15.67.77
(8 h 30 à 12 h 30)

Associations

Associations syndicales de propriétaires

Fondations d'entreprise

Fonds de dotation

Annonce n° 460 - page 301

31 - Haute-Garonne

ASSOCIATIONS

Créations

Déclaration à la préfecture de la Haute-Garonne.

ACTION EMDR CONTRE LE TRAUMA.

Objet : promouvoir et développer la pratique de l'EMDR auprès des professionnels de santé, des institutions et du grand public ; organiser la prise en charge des urgences traumatiques et des suivis en EMDR à bas coût pour des publics en difficulté tout en garantissant un haut niveau de formation ; assurer le suivi de la compétence des thérapeutes EMDR dans le cadre de missions spécifiques ; contribuer enfin au progrès de la recherche scientifique (neurosciences, psychologie) sur l'utilisation de la thérapie EMDR, à la vulgarisation des travaux scientifiques auprès du public le plus large.

Siège social : 52, rue Peyrolières, 31000 Toulouse.

Date de la déclaration : 13 janvier 2015.

PROCES VERBAL - ASSEMBLEE GENERALE CONSTITUTIVE

" ACTION EMDR contre le TRAUMA "

Présents :

Meignant Isabelle, Michel Didier, Timmer Valérie, Brazil Tony, Haour France, Cazenave Nicolas, Desbiendras Nicolas, Dreuil Dorian

Représentés :

Munker-Kramer Eva, Tortes Saint Jammes Julianne, Zara Jouillat Eugénie, Elkaïm Mony, Farell Derek, Caperaa Pierre, Meignant Michel, Mayer Bernard, Roques Jacques, Meunier Gilbert, Levy Mariane, Corman Pierre, Ouin Béatrice, Oren Udi, Zaczky Christian, Akoka Viviane, Roque Lopez Suzana, Konuk Emre, Olivier Geneviève, Carrière Rolf

Les membres présents et représentés ont adoptés à l'unanimité les statuts de l'association « ACTION EMDR contre le TRAUMA », dont le siège social est fixé à l'adresse suivante :

Chez Isabelle MEIGNANT, 52 rue Peyrolières, 31000 Toulouse.

Sont élus à l'unanimité au bureau exécutif :

- Présidente : MEIGNANT Isabelle - Psychologue, psychothérapeute, formatrice EMDR Europe - 52 Rue Peyrolières, 31000 Toulouse - Française
- Secrétaire : MICHEL Didier - Psychologue, praticien EMDR Europe - 13 rue Jean Jacques Rousseau, App C15, 31600 Eaunes - Français
- Trésorier : CAZENAVE Nicolas - Professeur de psychologie, praticien EMDR Europe - 60 allée de Barcelone, 31000 Toulouse - Français
- Secrétaire adjoint : TIMMER Valérie - Psychologue, Praticienne EMDR Europe - 266 chemin de Cabridelle, 46000 Cahors - Française

Fait à Toulouse le 13 décembre 2014

La présidente, Isabelle MEIGNANT

Le secrétaire, Didier MICHEL

Lu et Approuvé
Isabelle

Lu et Approuvé
Didier

Attestation HAS

L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme

Un nouveau protocole clinique et des lignes directrices visent à assurer des soins de santé mentale efficaces pour les adultes et les enfants exposés à un traumatisme ou à la perte d'un proche

Communiqué de presse

6 AOÛT 2013 | GENÈVE - L'Organisation mondiale de la Santé publie un nouveau protocole clinique et des lignes directrices pour aider les agents de santé à traiter les conséquences des traumatismes et de la perte de proches sur la santé mentale.

Les troubles mentaux sont courants, invalidants et généralement non traités. Face à ce problème, le Programme d'action mondial pour la santé mentale de l'OMS (mhGAP) a été créé en 2008 en vue de renforcer les soins pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives, ce au moyen de protocoles thérapeutiques simples pouvant être utilisés par les médecins et les infirmiers qui prodiguent des soins de santé primaires.

PRISE EN CHARGE DU STRESS POST-TRAUMATIQUE, STRESS AIGU ET DU DEUIL

L'OMS élargit aujourd'hui la portée de ce programme général en y intégrant la prise en charge de l'état de stress post-traumatique, du stress aigu et du deuil.

«Nous avons reçu de nombreuses demandes concernant les soins de santé mentale à prodiguer après un traumatisme ou la perte d'un proche» explique le Dr Oleg Chestnov, Sous-Directeur général de l'OMS chargé des maladies non transmissibles et de la santé mentale. «Les intervenants en santé primaire vont désormais pouvoir fournir des services de base conformes aux meilleures données factuelles disponibles. Ils sauront également déterminer quand rediriger les patients vers un traitement plus spécialisé.»

Les traumatismes et la perte de proches sont des événements courants. Lors d'une précédente étude menée par l'OMS dans 21 pays, plus de 10% des personnes interrogées ont indiqué avoir été témoins de violences (21,8%); avoir été victimes de violences interpersonnelles (18,8%), d'accidents (17,7%) ou de la guerre (16,2%); ou encore avoir été témoins d'un traumatisme chez un proche (12,5%). Selon cette même étude, près de 3,6% de la population mondiale avait souffert d'un état de stress post-traumatique au cours de l'année précédente.

UNE AIDE PSYCHOLOGIQUE DE PREMIÈRE URGENCE

Grâce à ce nouveau protocole, publié en collaboration avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), les intervenants en santé primaire seront en mesure d'apporter un soutien psychosocial de base aux réfugiés ainsi qu'aux personnes qui ont été exposées dans d'autres situations à un traumatisme ou à la perte d'un proche.

Les services fournis incluent l'aide psychologique de première urgence et la gestion du stress. Ils consistent également à aider les gens à trouver et à renforcer des méthodes positives d'adaptation et à mobiliser des soutiens sociaux.

En outre, on peut envisager d'orienter les patients en état de stress post-traumatique vers des traitements spécialisés tels que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou une nouvelle technique dite de désensibilisation et de reprogrammation par le mouvement des yeux (EMDR). Ces techniques aident les sujets à atténuer les souvenirs vivaces, non désirés et répétés d'événements traumatiques. Il est recommandé de renforcer la formation et la supervision en vue de les diffuser plus largement.

MISE EN GARDE CONTRE CERTAINS TRAITEMENTS COURANTS

Les intervenants santé primaire sont également mis en garde contre certains traitements courants. Par exemple, les benzodiazépines, qui sont des anxiolytiques, ne devraient pas être prescrits pour réduire les symptômes aigus de stress post-traumatique ou les problèmes de sommeil au cours du premier mois suivant un événement potentiellement traumatisant.

«L'état de stress post-traumatique doit être pris en charge au même titre que d'autres troubles mentaux courants», explique le Dr Mark van Ommeren, scientifique au Département OMS Santé mentale et abus de substances psychoactives. «Ce nouveau protocole thérapeutique simple élaboré par l'OMS et le HCR guidera les agents de santé du monde entier dans l'aide qu'ils apportent aux adultes et aux enfants qui souffrent de troubles spécifiquement liés au stress». Les nouvelles lignes directrices et le nouveau protocole ont été publiés aujourd'hui dans un article paru dans The Journal of the American Medical Association.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Rien ne prouve que les benzodiazépines, anxiolytiques d'usage courant, sont efficaces contre les symptômes de stress imputables à un traumatisme récent. Ils pourraient même allonger le temps nécessaire pour se remettre d'événements potentiellement traumatisants.

Les principales inquiétudes que soulèvent l'usage des benzodiazépines sont que de nombreux sujets développent une tolérance à leurs effets, n'obtiennent qu'un faible bénéfice thérapeutique d'une prise régulière, en deviennent dépendants et souffrent d'un syndrome de sevrage à l'interruption du traitement.

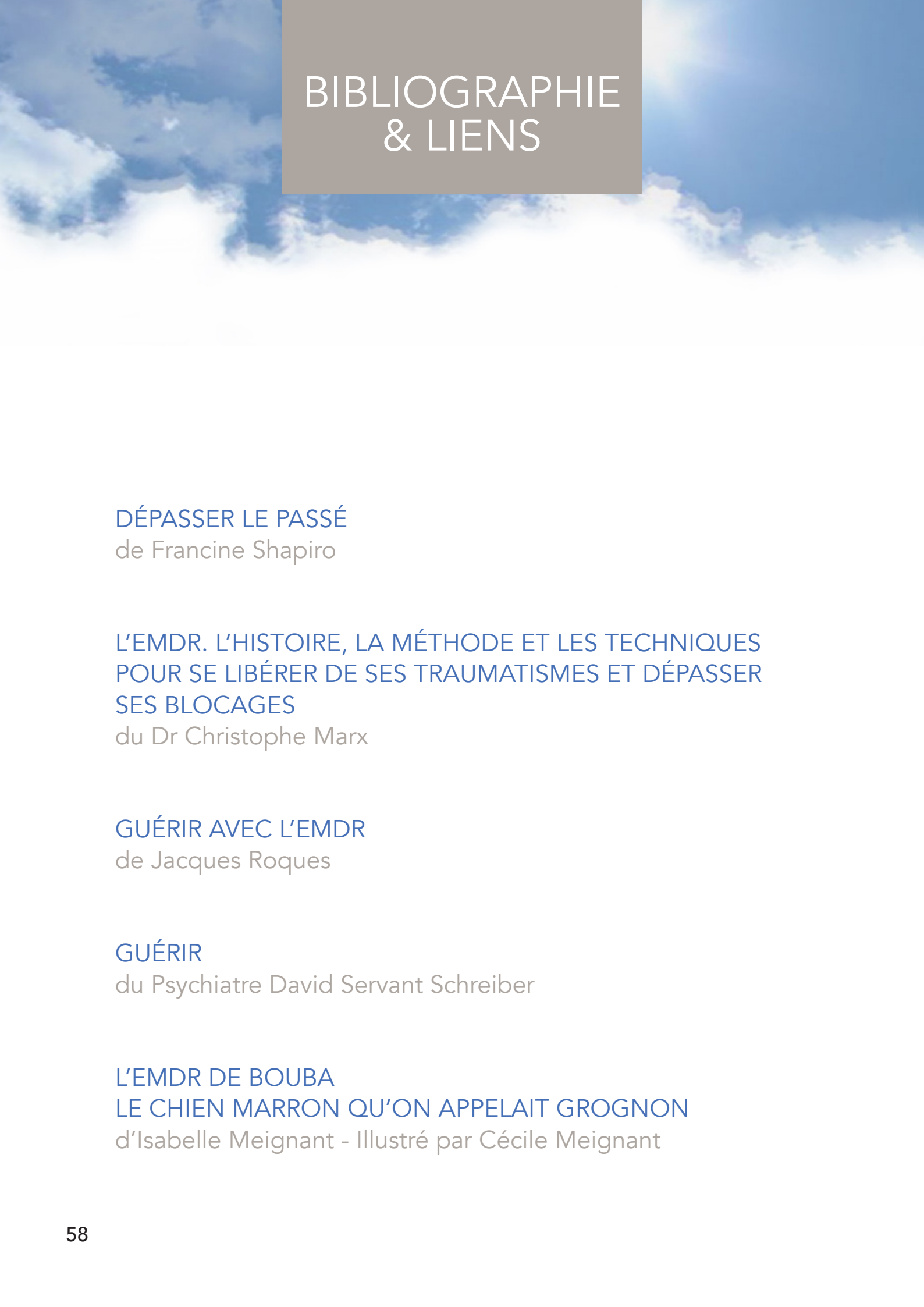
Au cours du premier mois suivant un événement potentiellement traumatisant, l'OMS recommande donc de ne pas prescrire de benzodiazépines à l'adulte pour réduire les symptômes aigus de stress post-traumatique associés à une forte perturbation des activités quotidiennes du sujet.

La recommandation de l'OMS note également que les benzodiazépines peuvent être utiles contre d'autres troubles mentaux.

POUR PLUS D'INFORMATIONS, VEUILLEZ PRENDRE CONTACT AVEC:

Daniel Epstein
Chargé de communication
OMS, Genève
Téléphone: +41 22 791 4458
Portable: +41 79 475 5536
Courriel: epsteind@who.int

Fadela Chaib
Chargée de communication et porte-parole
OMS, Genève
Téléphone: +41-22-7913228
Portable: +41-79-3676214
Courriel: chaibf@who.int



BIBLIOGRAPHIE & LIENS

DÉPASSER LE PASSÉ

de Francine Shapiro

L'EMDR. L'HISTOIRE, LA MÉTHODE ET LES TECHNIQUES POUR SE LIBÉRER DE SES TRAUMATISMES ET DÉPASSER SES BLOCAGES

du Dr Christophe Marx

GUÉRIR AVEC L'EMDR

de Jacques Roques

GUÉRIR

du Psychiatre David Servant Schreiber

L'EMDR DE BOUBA

LE CHIEN MARRON QU'ON APPELAIT GROGNON

d'Isabelle Meignant - Illustré par Cécile Meignant

Quelques liens amis

EMDR FRANCE

www.emdr-france.org

Ecole Française de Psychothérapie EMDR

www.efpe.fr

Vers la HAS

https://www.google.fr/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.

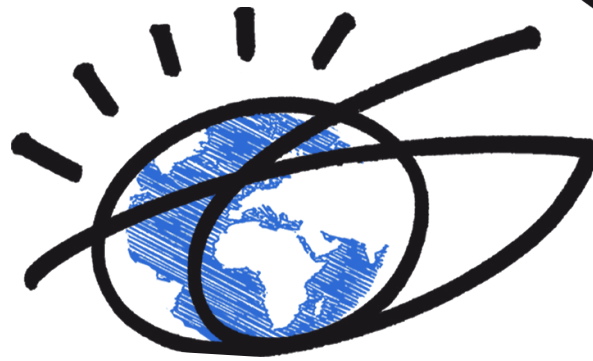
Vers l'OMS

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/fr/

Vers un article de Jacques Roques

<http://www.atlantico.fr/decryptage/emdr-cette-therapie-que-gagneraient-suivre-tous-ceux-qui-ont-ete-traumatises-attentats-terroristes-jacques-roques-desclee-2656758.html>

Action EMDR trauma



52 rue Peyrolières
31000 Toulouse
France

action.emdr.trauma@gmail.com
www.action-emdr-trauma.org

