



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Thèse

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de :

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE

Mention : **PSYCHOLOGIE**

Par **Juliette MACHADO**

Sous la direction du Pr. Cyril TARQUINIO et du Dr. Christine ROTONDA

La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma : la dimension oubliée ? [Projet DETECT-EMDR]
--

Soutenue publiquement le 25 mars 2024

Membres du jury :

Directeurs de thèse :	M. Cyril TARQUINIO	<i>Professeur, Université de Lorraine, Metz</i>
	Mme Christine ROTONDA	<i>Docteur, Université de Lorraine, Metz</i>
Président de jury :	Mme Pascale DESRUMAUX	<i>Professeur, Université de Lille</i>
Rapporteurs :	Mme Andrea SOUBELET	<i>MCF, HDR, Université de Côte d'Azur, Nice</i>
	M. Alain SOMAT	<i>Professeur, Université de Rennes 2</i>
Examineurs :	M. Christian HESLON	<i>Professeur, École des Psychologues Praticiens, Paris</i>
Membres invités :	Mme Laëtitia MINARY	<i>Docteur, Université de Lorraine, Nancy</i>

Remerciements

J'avais écrit ces pages de remerciements des dizaines de fois dans ma tête. Je les avais rêvées simples, concises, mais aussi sophistiquées et métaphoriques. De ce genre d'écriture d'une efficacité prodigieuse que seuls les grands auteurs ont, qui ont le sens du mot juste, celui capable de dire tout sans rien dire. J'avais rêvé ces pages tracées d'une plume littéraire que j'ai tant dû frustrer dans l'écriture de cette thèse. Il paraît que les phrases de dix lignes ne font pas bon ménage dans un écrit scientifique, m'a-t-on dit. C'est donc le moment, je peux tout donner ! Je peux même faire des phrases exclamatives, personne ne me dira rien ici ! Et voilà que soudainement j'en tremble et que je ne sais plus rien. Je me relis, efface, corrige cent fois. Comment rendre compte en quelques lignes de toute cette émotion qui m'anime ? On n'a pas le droit à l'erreur quand on parle du cœur. Alors je vais me lancer... Ce sera nécessairement un Merci incomplet, imparfait et bien modeste. Quelle ironie, à croire qu'ici aussi, le cœur indicible se révèle en creux de ce qui est dit. Puissiez-vous l'entendre entre ces lignes malgré tout.

Au Pr. Cyril TARQUINIO, pour sa confiance et pour être venu me chercher sur un terrain où je ne me serais sans doute pas aventurée à l'époque. Nostalgique, je me revois encore adolescente assistant à mon premier cours de psychologie. Impressionnée par le grand amphithéâtre, j'attendais tant de l'Université. Je croyais à la psychologie et j'avais sans doute besoin d'un signe que je ne m'étais pas trompée, que j'avais eu raison d'espérer et d'attendre que passe mon secondaire. J'avais besoin, je crois, de me réconcilier avec l'école et avec moi-même. En souvenir de ce premier cours de psychologie que vous avez dispensé, le tout premier de ma vie, ce jour où j'ai su que ma place était inconditionnellement ici. Près d'une dizaine d'années plus tard, voilà où nous en sommes. Je n'oublierai jamais cela.

Au Dr. Christine ROTONDA, pour sa patience, sa confiance, son soutien à toute épreuve et pour m'avoir aidé à me remettre sur les rails lorsque je pouvais partir à la dérive. D'abord, pour m'avoir tant appris pendant toutes ces années, scientifiquement, méthodologiquement, en invitant à ouvrir des portes et à articuler des idées, toujours plus complexes les unes que les autres. Mais aussi pour m'avoir tant appris humainement, en me transmettant un état d'esprit et en m'inspirant persévérance et confiance. Je n'en serais pas là si elle n'avait pas été là. A une fine chercheuse que je respecte et admire, et à une femme que j'estime profondément.

Au Pr. Alain SOMAT, au Dr. Andréa SOUBELET, au Pr. Christian HESLON et au Pr. Pascale DESRUMAUX pour l'honneur qu'ils me font de siéger dans ce jury, pour leur relecture attentive, leur intérêt et leurs retours. Et *Au Dr. Laëtitia MINARY*, pour n'avoir jamais cessé d'être encourageante et intéressée par mon travail, pour avoir su apporter de la complexité dans les choses simples et mettre de la simplicité dans les choses complexes, et pour ses remarquables travaux qui ont été une vraie source d'inspiration.

Aux collègues du Centre Pierre Janet avec qui j'ai eu le plaisir de travailler, qui m'ont toujours soutenu et qui m'ont vu grandir. Particulièrement, à *Sophie GENDARME* et à *Élise EBY* du Pôle Recherche, qui n'ont pas compté leurs heures pour collaborer sur ce projet, pour le meilleur et (souvent) pour le pire... Des *partners in crime* qui m'ont tant aidé en travaillant dans l'ombre. Elles aussi m'ont beaucoup appris. Pour leur temps investi, leur soutien et leurs encouragements, je ne cesserai jamais d'être reconnaissante. Au *Dr. Julien BRUNO-ENZINGER* qui fut mon compagnon de route pendant toute cette aventure.

Aux psychologues ayant accepté de participer à cette recherche. A ceux qui ont eu le courage de se prêter au jeu d'être filmés malgré l'insécurité que cela générerait, et puis à ceux ayant ensuite travaillé derrière la caméra. Dans un souci de confidentialité, je tairai leurs noms, mais j'ai une pensée très précise pour chacun d'entre vous. Je sais que tout ce temps accordé était, certes peut-être motivé par l'envie de participer à cette expérience, mais surtout motivé par la volonté de m'aider. Les scientifiques y verront là (certes, à juste titre) un biais, mais j'y vois là surtout une preuve de confiance et d'affection. Un immense merci.

Et *aux patients*, bien sûr, qui ont accepté de prendre part à cette étude. Sans eux, rien de tout cela n'aurait été possible.

Ce doctorat s'est nourri de ma vie de clinicienne et a nourri en retour la psychologue et psychothérapeute que j'apprenais et aspirais à être chaque jour. Ainsi, j'ai une pensée pour le *Dr. Michel SILVESTRE* et pour ma très chère *Jenny Ann RYDBERG*. Ils sont les deux grands invisibles de mon cabinet et sont présents autour de moi à chacune de mes consultations. Je leur dois la clinicienne que je suis. J'ai une pensée également pour celles et ceux qui m'ont inspiré en cours de route : *Evelyne JOSSE*, *Dr. Hélène DELLUCCI* ou encore *Pascale TARQUINIO* qui m'a donné ma chance et a su sécuriser mes débuts avec tant de bienveillance. J'en oublie sans doute, mais le cœur y est. Merci de m'avoir tant appris.

Et puis, à *mes patients*, petits et grands, qui m'ont à leur tour, tant désappris.

Enfin...

J'ai une pensée pour mes proches qui ne sont jamais loin derrière. Plus précisément à *mon frère et à ma sœur*, que j'aime, et qui sont sans aucun doute ma plus grande faiblesse.

Et particulièrement...

A *Déborah SARTORI*, pour avoir été la témoin de tant de changements, intérieurs et extérieurs. Le chemin à parcourir fait nettement moins peur quand on est bien entouré. Pour être de ces liens qui nous font dire qu'au prochain carrefour de la vie, on s'y retrouvera encore. Et pour être une si belle âme auprès de qui je suis chaque jour reconnaissante d'avancer dans la vie.

A *Delphine CORDIER TRAGUS*, sœur de plume, pour avoir tant cru en moi, souvent bien plus que je n'étais capable de le faire moi-même. Pour être de ceux qui dessinent des moutons dans des boîtes, de ceux qui tombent du ciel en plein désert pour venir apprivoiser les cœurs, de ceux qui n'ont pas peur de refaire le monde...notre monde. Et puis aussi à *Jonathan, Paul, Tom et Zoé*, troupe infernale remplie d'amour dont j'ai si souvent l'impression de faire partie.

Et à *Gaël SPINDLER*, enfin, pour avoir ouvert la voie alors que je pouvais être perdue en chemin. Pour avoir assuré les arrières et pris les devants. Pour toute cette richesse apportée au quotidien, pour cultiver la liberté et pour me faire une place dans ses rêves en m'aidant à vivre les miens.

Khalil GIBRAN, poète Libanais, dit que l'amitié est « le champ que vousensemencez avec amour et que vous moissonnez avec gratitude, [et qu'elle] n'a pas besoin de mots : les pensées, les désirs, les espoirs naissent et se partagent avec une joie muette ». Alors je vais me taire, et vous saurez.

J'ai une pensée émue pour la gamine que j'étais. Tu avais raison d'y croire. Nous y sommes arrivées.

A ma mère qui, de Là-Haut, je le sais, sourit.

RESUME

Introduction : Les études d'efficacité résument souvent l'EMDR à l'application stricte du protocole standard mais la plupart des thérapeutes, dans leur pratique clinique, prennent des libertés plus ou moins importantes pour rester au plus proche de leurs patients. La clinique de l'activité, une branche de la psychologie du travail, étudie couramment ce delta entre ce qui est prescrit (le protocole) et ce qui est réalisé (la psychothérapie telle qu'elle est pratiquée). Plus encore, elle stipule que c'est dans l'interaction entre les deux que le cœur du métier se révèle. L'originalité de cette recherche est d'étudier la psychothérapie EMDR en la considérant comme une situation professionnelle, en empruntant des méthodologies à la clinique de l'activité. L'objectif de cette recherche est de faire émerger certaines dimensions spécifiques de la psychothérapie EMDR entre l'application stricte du protocole standard et l'application telle qu'elle est couramment réalisée.

Méthode : Pour ce faire, 10 patients ont été pris en charge en EMDR suivant deux conditions d'application du protocole standard :

- Une application stricte, où les thérapeutes ont la consigne de respecter scrupuleusement le protocole standard, ainsi qu'il est d'usage de le faire en condition de recherche : groupe Strict-EMDR (n=4 patients)
- Une application dite libre, où il est demandé aux thérapeutes de prendre en charge leurs patients comme ils font habituellement : groupe Libre-EMDR (n=6)

Toutes les séances de psychothérapie ont été filmées. Les vidéos ont été ensuite analysées suivant le dispositif méthodologique emprunté à la clinique de l'activité de l'autoconfrontation simple des données. Ont été également évalués différents indicateurs de santé perçue, l'alliance thérapeute et le processus psychothérapeutique lui-même.

Résultats : Nos résultats n'indiquent aucune différence selon le type d'application du protocole standard. La phase de désensibilisation apparaît comme une phase pivot au cours du protocole standard, avec une inversion des dynamiques : la technique, essentielle pour structurer la pratique, doit à ce stade s'effacer pour laisser faire le processus, particulièrement en se mettant à l'écoute et dans l'observation de ce qui se joue chez le patient mais aussi chez le thérapeute lui-même. Le thérapeute, par sa posture, se met au service de sa méthode, et c'est par cette posture que la méthode peut espérer être efficace. D'autres dimensions émergent, telles que le rapport au temps, mais aussi ce qui s'apparente au style du thérapeute, dans ce qu'il se dit dans son intériorité (images mentales, questions, stratégies envisagées...).

Discussion : Le métier de psychothérapeute se définit par la création d'un même univers de représentation permettant de mettre l'émotionnel et le sensoriel au cœur du processus psychothérapeutique, à la fois dans l'investigation que le patient va en faire, mais aussi en tant que feedback ressenti chez le thérapeute pour se connecter à son patient, jusqu'à parfois pouvant s'apparenter à un processus purement intuitif. Le métier de psychothérapeute, c'est aussi créer

un espace-temps propice à l'introspection du patient, à la fois en termes de planification et de structuration du traitement, mais surtout dans la nécessité, en phase de désensibilisation particulièrement, de laisser faire le processus. Cela s'apparente à un véritable état d'être, plus qu'à un savoir-faire.

Conclusion : Cette recherche a permis de se saisir du cœur de l'activité psychothérapeutique, grâce à une méthodologie innovante dans ce domaine, loin des essais contrôlés randomisés. Elle est la preuve qu'il est possible de répondre aux critères de scientificité tout en osant la bascule épistémologique, en remettant le psychothérapeute au centre du dispositif, celui qui était le grand oublié des designs de recherche. C'est faire le pari de la complexité pour observer un objet d'étude, lui aussi complexe.

Mots-clés : EMDR ; interventions complexes ; clinique de l'activité ; autoconfrontation ; psychothérapeute ; épistémologie

ABSTRACT

Introduction: Efficacy studies often summarize EMDR as the strict application of a standard protocol, but most therapists, in their clinical practice, take greater or lesser liberties to stay as close as possible to their patients. The clinic of activity, a branch of work psychology, commonly studies this delta between what is prescribed (the protocol) and what is actually done (the psychotherapy as it is carried out). Moreover, it points out that it is in the interaction between the two that the core of the profession is revealed. The originality of this research is to study EMDR psychotherapy as a professional situation, borrowing methodologies from the clinic of activity. The aim of this research is to highlight some specific dimensions of EMDR psychotherapy between the strict application of the standard protocol and the application as it is commonly applied.

Method: 10 patients were treated with EMDR under two conditions of application of the standard protocol:

- Strict application, in which therapists were instructed to follow the standard protocol scrupulously, as is customary in research conditions: Strict-EMDR group (n=4 patients).
- A "free" application, where therapists are asked to manage their patients as they normally do: Free-EMDR group (n=6)

All psychotherapy sessions were recorded. The videos were then analyzed using self-confrontation data, borrowed from clinic of activity. Various measures of perceived health, the therapeutic alliance and the psychotherapeutic process itself were also assessed.

Results: Our results show no difference according to the type of application of the standard protocol. The desensitization phase appears to be a crucial phase in the standard protocol, with a reversal of dynamics: the technique, essential for structuring the practice, must at this stage step aside to let the process take its course, particularly by listening to and observing what is happening in the patient and in the therapist himself. The therapist, through his or her posture, puts himself or herself at the service of the method, and it is through this posture that the method can hope to be effective. Other dimensions also emerge, such as the time factor, as well as the therapist's own style, as expressed in his or her inner self (mental images, questions, planned strategies, etc.).

Discussion: The psychotherapist's profession is defined by the development of a shared universe of representation, allowing emotions and sensations to be placed at the core of the psychotherapeutic process, both in terms of the patient's investigation of them, but also in terms of the therapist's feedback to connect with the patient, to the point where it can sometimes be perceived as a purely intuitive process. The psychotherapist's job is also to create a space-time that encourages the patient's introspection, both in terms of planning and structuring the treatment, but above all in terms of the necessity, particularly in the desensitization phase, of letting the process take its course. This is more of a state of being than a skill.

Conclusion: This research has provided an opportunity to get to the core of psychotherapeutic activity, thanks to an innovative methodology in this field, far removed from the randomized controlled trials. It is proof that it is possible to meet scientific criteria while daring to make an epistemological switch, that means putting the psychotherapist back at the core of the process, the one who has been the forgotten element of research designs. It's a challenge to use complexity to observe an object of study that is also complex.

Keywords: EMDR; complex interventions; clinic of activity; self-confrontation; psychotherapist; epistemology

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	III
RESUME DE LA THESE	VII
TABLE DES MATIERES	XI
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	XV
LEXIQUE DES ACRONYMES	XVII
AVANT-PROPOS	1

PARTIE THEORIQUE

INTRODUCTION GENERALE	5
A. HISTORIQUE	5
A. AVANT L'EMDR : UNE BREVE HISTOIRE DU TRAUMA.....	5
B. UNE DECOUVERTE FORTUITE	6
B. DEFINITION DE L'EMDR	8
A. MODELE DU TRAITEMENT ADAPTATIF DE L'INFORMATION.....	8
B. PROTOCOLE STANDARD : TROIS TEMPS, HUIT PHASES DE TRAITEMENT	11
C. ACTIVATION DU TRAITEMENT DE L'INFORMATION : LES STIMULATIONS BILATERALES ALTERNEES	17
C. LE PSYCHOTRAUMATISME : LA « MARQUE DE FABRIQUE » DE L'EMDR	18
A. LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	18
B. VERS UN NOUVEAU PARADIGME PSYCHOPATHOLOGIQUE	21
D. L'EMDR : UNE PSYCHOTHERAPIE INTEGRATIVE	22
 <u>I. DES ETUDES PRINCEPS AUX META-ANALYSES D'AUJOURD'HUI : UNE REFLEXION EPISTEMOLOGIQUE SUR LA PSYCHOTHERAPIE EMDR (ARTICLE N°1).....</u>	 24
1. L'HERITAGE DE LA PSYCHOTHERAPIE EMDR.....	25
1.1. CONTEXTE HISTORIQUE.....	25
1.2. LES DEBUTS DE L'EMDR.....	26
1.3. L'EMDR AUJOURD'HUI.....	27
2. LES ENJEUX ACTUELS DE LA PSYCHOTHERAPIE EMDR.....	28
2.1. CONTEXTE HISTORIQUE DE L'EVALUATION DES PSYCHOTHERAPIES	28
2.2. AU-DELA DE L'ECR, LE GOLD STANDARD EN MATIERE D'EFFICACITE	29
2.3. AU-DELA DE L'APPLICATION STRICTE DU PROTOCOLE EMDR STANDARD	31
3. LES ENJEUX A VENIR DE LA PSYCHOTHERAPIE EMDR : IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE	34
3.1. VERS UN NOUVEAU MOUVEMENT DE RECHERCHE : PENSER LA COMPLEXITE.....	34
3.2. LE PSYCHOTHERAPEUTE : LE PIVOT DE L'EMDR	36
3.3.ÉVALUER L'EMDR PAR L'ETUDE DU METIER DE PSYCHOTHERAPEUTE.....	38
CONCLUSION	40

II. L'EMDR DANS L'ŒIL DE LA CLINIQUE DE L'ACTIVITE : LE METIER DE PSYCHOTHERAPEUTE (ARTICLE N°2)	41
1. L'EMDR : UNE PSYCHOTHERAPIE MANUALISEE	43
2. ÉVALUATION DU PROTOCOLE EMDR STANDARD PAR LES ECRS	45
3. CLINIQUE DE L'ACTIVITE : SAISIR L'ACTIVITE PAR LE LANGAGE	46
4. LE METIER DE PSYCHOTHERAPEUTE : AU-DELA DU PROTOCOLE EMDR STANDARD	48
5. L'INTUITION CLINIQUE	49
6. L'AJUSTEMENT DU THERAPEUTE	52
7. LA RELATION THERAPEUTIQUE EN EMDR	55
8. IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE : SAISIR LE CŒUR DU METIER	57
9. IMPLICATIONS POUR LA FORMATION : TRANSMETTRE LE CŒUR DU METIER	59
10. IMPLICATIONS POUR LA CLINIQUE : EXERCER LE CŒUR DU METIER	60
CONCLUSION	61

PARTIE EXPERIMENTALE

III. LA DIMENSION DU THERAPEUTE DANS L'EFFICACITE DE LA PRISE EN CHARGE EMDR DU TRAUMA : LA DIMENSION OUBLIEE ? PRESENTATION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE (ARTICLE N°3)	63
1. INTRODUCTION	65
2. OBJECTIFS	66
3. METHODE	67
3.1. PARTICIPANTS	67
3.2. PROCEDURE	68
3.3. DONNEES RECUEILLIES.....	68
3.4. ANALYSES STATISTIQUES.....	72
4. ENJEUX	73
FINANCEMENTS	74
DECLARATION DE LIENS D'INTERET	74
IV. RESULTATS QUANTITATIFS	75
1. DESCRIPTION DES ECHANTILLONS	75
1.1. LES PATIENTS.....	75
1.2. LES PSYCHOTHERAPEUTES ET LES PSYCHOLOGUES OBSERVATEURS.....	76
2. ÉVALUATION DES INDICATEURS DE SANTE PERÇUE	78
2.1. ÉVOLUTION DES SCORES DANS LE TEMPS SELON LES TROIS TEMPS DE MESURE	78
2.2.ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE SANTE PERÇUE SELON LES PHASES DU PROTOCOLE STANDARD	81
2.3.COMPARAISON VISUELLE INTER-GROUPES DES INDICATEURS DE SANTE PERÇUE PAR PHASES.....	84
3. ÉVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	88
3.1. ÉVOLUTION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE SELON LES TEMPS DE MESURE	90

xiii

5.3. QUESTIONS.....	234
5.4. REFLEXIONS ET STRATEGIES ENVISAGEES POUR LE PATIENT	236
6. THEME 6 : REGARD DU THERAPEUTE SUR SA PRATIQUE.....	245
6.1. CROISSANCE	245
6.2. DIFFERENCE AVEC LA PRATIQUE COURANTE	247
7. THEME 7 : REFLEXIONS GENERALES SUR LE METIER.....	253
7.1. REFLEXIONS GENERALES SUR L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	253
7.2. REFLEXIONS GENERALES SUR LA PRATIQUE DE L'EMDR.....	255
7.3. REFLEXIONS GENERALES SUR LA PSYCHOTHERAPIE	261
VI. DISCUSSION	265
1. SYNTHESE DES RESULTATS QUANTITATIFS.....	265
2. SYNTHESE DES RESULTATS QUALITATIFS	273
3. SYNTHESE CROISEE DES RESULTATS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS : LE METIER DE PSYCHOTHERAPEUTE.....	276
3.1. COGNITION : UN MEME MONDE DE REPRESENTATIONS ENTRE PATIENT ET THERAPEUTE	277
3.2. ÉMOTION : DE L'INSTINCT DE PRENDRE SOIN A L'INTENTION DE SOIGNER	279
3.3. SENSATION : SENTIR LE LIEN THERAPEUTIQUE	282
3.4. LA PSYCHOTHERAPIE : UN ESPACE-TEMPS	285
3.5. UN ENGAGEMENT SYMBOLIQUE : DEUX PARTENAIRES AU SERVICE D'UN TROISIEME ..	288
4. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE	292
5. PERSPECTIVES DE L'ETUDE.....	294
CONCLUSION	300
UNE OUVERTURE ANTHROPOLOGIQUE	302
1. HISTOIRE ET EPISTEMOLOGIE	302
2. COMPRENDRE LA PENSEE CHINOISE : LE <i>QI</i> , LE <i>YIN</i> ET LE <i>YANG</i>	303
3. L'ESPRIT ET LA SANTE MENTALE EN MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE	305
4. ÉTUDIER LA PSYCHOTHERAPIE EMDR SOUS L'ANGLE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE.....	307
BIBLIOGRAPHIE.....	313
ANNEXES	345

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux :

- [Tableau 1](#) : Énoncés de la phase 3 du protocole EMDR standard
- [Tableau 2](#) : Les 8 phases du protocole EMDR standard
- [Tableau 3](#) : Critères diagnostics du TSPT selon le DSM-V
- [Tableau 4](#) : Données sociodémographiques des patients
- [Tableau 5](#) : Données sociodémographiques des psychothérapeutes et des psychologues observateurs
- [Tableau 6](#) : Évolution des indicateurs de santé perçue chez les patients au cours des trois temps de mesure
- [Tableau 7](#) : Évolution des indicateurs EMDR au cours des 6 séances
- [Tableau 8](#) : Évolution des indicateurs de santé perçue chez les patients selon les phases du protocole standard
- [Tableau 9](#) : Évolution de l'alliance thérapeutique chez le patient et chez le thérapeute selon les deux temps de mesure
- [Tableau 10](#) : Évolution de l'alliance thérapeutique chez le patient et chez le thérapeute selon les phases du protocole standard
- [Tableau 11](#) : Comparaison de l'alliance thérapeutique chez le patient et chez le thérapeute en fonction du temps
- [Tableau 12](#) : Items du PQS saillants communs et opposés en phase 3
- [Tableau 13](#) : Items du PQS saillants communs et opposés en phase 4
- [Tableau 14](#) : Degré de discordance entre les psychologues observateurs pour les items cotés saillants opposés pour la phase 3 du protocole standard
- [Tableau 15](#) : Degré de discordance entre les psychologues observateurs pour les items cotés saillants opposés pour la phase 4 du protocole standard
- [Tableau 16](#) : Items sélectionnés (n=20) par le panel d'experts
- [Tableau 17](#) : Répartition des thèmes et sous-thèmes selon les groupes et significativité associée

Liste des figures :

- [Schéma 1](#) : Design et données recueillies de l'étude DETECT-EMDR aux différents temps de mesure
- [Schéma 2](#) : Évolution des symptômes post-traumatiques entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard
- [Schéma 3](#) : Évolution des symptômes anxieux (HADS_A) entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard
- [Schéma 4](#) : Évolution des symptômes dépressifs (HADS_D) entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard
- [Schéma 5](#) : Évolution de la qualité de vie physique (SF12_PCS) entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard

- [Schéma 6](#) : Évolution de la qualité de vie mentale (SF12_MCS) entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard
- [Schéma 7](#) : Évolution des scores d'alliance thérapeutique entre les groupes selon les temps de mesure
- [Schéma 8](#) : Évolution des scores d'alliance thérapeutique entre les groupes selon les phases du protocole standard
- [Schéma 9](#) : Corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique aux deux temps (T₁ et T₂) confondus
- [Schéma 10](#) : Comparaison des patientes MM01 et MB01 avec le PQS
- [Schéma 11](#) : Comparaison des patientes MM02 et MB02 avec le PQS
- [Schéma 12](#) : Comparaison des patientes MM03 et MB03 avec le PQS
- [Schéma 13](#) : Comparaison des patientes MM04 et MB04 avec le PQS
- [Schéma 14](#) : Comparaison des patientes MM05 et MB05 avec le PQS
- [Schéma 15](#) : Comparaison des patientes MM06 et MB06 avec le PQS
- [Schéma 16](#) : Croisement des items sélectionnés aux phases 3, 4 et par le panel d'experts
- [Schéma 17](#) : Croisement du prototype de l'EMDR avec les prototypes de la psychanalyse, de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie interpersonnelle
- [Schéma 18](#) : Arborescence des thèmes et sous-thèmes abordés par les psychothérapeutes
- [Schéma 19](#) : Représentation de la répartition des thèmes dans le corpus
- [Schéma 20](#) : Représentation du Thème 1 « L'interaction avec le patient »
- [Schéma 21](#) : Représentation du Thème 2 « Le comportement du thérapeute »
- [Schéma 22](#) : Représentation du Thème 3 « Le protocole EMDR standard »
- [Schéma 23](#) : Représentation du Thème 4 « Le rapport au temps »
- [Schéma 24](#) : Représentation du Thème 5 « Le style du thérapeute »
- [Schéma 25](#) : Représentation du Thème 6 « Regard du thérapeute sur sa pratique »
- [Schéma 26](#) : Représentation du Thème 7 « Réflexions générales sur le métier »

LEXIQUE DES ACRONYMES

APA : *American Psychological Association* – Association Américaine de Psychologie

CN : Cognition Négative

CNRTL : Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

CP : Cognition Positive

CPJ : Centre Pierre Janet

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Manuel Diagnostic et Statistiques des Troubles Mentaux

EBM : *Evidence Based Medicine* – Médecine fondée sur les preuves

EBP : *Evidence Based Practice* – Pratique fondée sur les preuves

ECR : Essai/Étude Contrôlé(e) Randomisé(e)

EMD : *Eye Movement Desensitization* – Désensibilisation par les mouvements oculaires

EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* – Désensibilisation et Retraitement par les mouvements oculaires

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale* – Questionnaire d'évaluation des symptômes anxieux et dépressifs

HAS : Haute Autorité de Santé

IES-R : *Impact Event Scale-Revised* – Échelle d'évaluation des symptômes post-traumatiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

ITT : *Intention-To-Treat* – Intention de traiter

L-EMDR : Libre-EMDR (groupe)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNL : Programmation Neuro-Linguistique

PQS : *Psychotherapy Process Q-Sort*

S-EMDR : Strict-EMDR (groupe)

SBA : Stimulations Bilatérales Alternées

SF-12 : Short Form Health Survey 12 – Échelle d'évaluation de la qualité de vie

SUD : *Subjective Unit of Disturbance* – Unité subjective de détresse/perturbation

TAI : Traitement Adaptatif de l'Information (modèle du)

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TDSP : Théorie de la Dissociation Structurelle et de la Personnalité

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

VOC : *Validity Of Cognition* – Validité de la cognition/croyance

WAI (-P / -T) : *Working Alliance Inventory* – Questionnaire d'évaluation de l'alliance thérapeutique (version Patient / version Thérapeute)

AVANT-PROPOS

Ou pourquoi faire simple quand on peut faire complexe ?

« Si la complexité est non pas la clé du monde, mais le défi à affronter, la pensée complexe est non pas ce qui évite ou supprime le défi, mais ce qui aide à le relever, et parfois même à le surmonter ». Edgar Morin (2014, p.13)

Cet avant-propos est un détour philosophique qui a pour objectif de poser un contexte épistémologique fort d'enjeux, celui qui animera notre réflexion et sera le fil rouge de notre recherche. Nous emprunterons les mots d'Edgar Morin, sociologue et philosophe, qui a voué toute sa vie à l'étude de la complexité, pour poser notre cadre de travail. Or, il apparaît paradoxal de vouloir résumer la notion de complexité en quelques lignes. Cela reviendrait à rejoindre un mouvement certes peut-être plus habituel, mais contre lequel nous souhaitons pourtant aller. Ainsi, dans cette volonté de prendre de la hauteur, il nous faudra nous autoriser quelques détours, à la fois historiques et contextuels, car il semblerait que certaines clés se soient perdues au fil du temps et aient pu se glisser entre les différentes disciplines. Posant ces différents constats, il nous sera alors plus aisé de considérer notre objet d'étude : la psychothérapie EMDR.

Depuis toujours, la science s'organise autour de paradigmes. En épistémologie, un paradigme se définit comme « une conception théorique dominante ayant cours à une certaine époque dans une communauté scientifique donnée, qui fonde les types d'explications envisageables, et les types de faits à découvrir dans une science donnée » (définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). Il est ainsi impossible de concevoir toute pensée scientifique sans concevoir le contexte dans lequel elle s'inscrit, car c'est ce même contexte qui va orienter non seulement la méthode de recherche, mais également les résultats que nous souhaitons obtenir. Le paradigme scientifique prédominant aujourd'hui se construit majoritairement par sélection de données significatives : il sépare les données ou les associe, les hiérarchise, les centralise et rejette les données jugées non significatives, au regard d'hypothèses préalablement posées et d'opérations statistiques minutieusement choisies. Tout est donc une question de point de vue.

Ce paradigme contrôle notre pensée occidentale depuis le XVII^e siècle. Héritiers de la pensée cartésienne, nous avons distingué le sujet pensant (*ego cogitans*) de la « chose étendue » (*res extensa*), c'est-à-dire le reste de la nature matérielle, qui serait, selon Descartes, dépourvue

d'esprit et dont on ne s'approcherait que par des mesures physiques et quantifiables. Cet héritage a creusé les écarts entre les disciplines œuvrant pourtant pour une même compréhension du monde (physique, biologie, sciences humaines) en disjoignant notamment la science de la philosophie. Chaque scientifique trouvait alors dans sa discipline son objet d'étude, armé de rigueur et de calculs.

Certes par cette approche, les avancées furent majeures, à la fois philosophiques et scientifiques, mais à quel prix ? Découpant un peu plus le réel, sur des objets d'étude de plus en plus petits, on aurait pu presque y croire : la complexité du réel ne serait qu'une addition de choses simples, résumées en chiffres, isolées, régies par des principes universels linéaires et séparées du lien d'avec celui qui les observe. Or,

« la pensée simplifiante est incapable de concevoir la conjonction de l'un et du multiple (*unitas multiplex*). Ou bien, elle unifie abstraitement en annulant la diversité. Ou, au contraire, elle juxtapose la diversité sans concevoir l'unité » (Morin, 2014, p.19).

A croire que les objets d'étude ont fini par s'ignorer eux-mêmes, divisant plutôt qu'expliquant la complexité de la réalité.

Mais alors de quoi parle-t-on quand on évoque la notion de complexité ? Étymologiquement, la complexité est un tissu (du latin *complexus* : ce qui est tissé ensemble) d'éléments en apparence différents mais qu'il est possible de relier. Notre monde est régi par ce *complexus* ; aucune entité dans la nature, en réalité, n'est isolée d'une autre. Seuls nos objets d'étude le sont. Il n'est donc pas étonnant de constater que très vite, penser cette complexité prenne l'apparence d'un fouillis où tout serait entrelacé. C'est là que la pensée simplifiante de la science vise à mettre de l'ordre dans ce désordre d'apparence chaotique. La pensée complexe ne tend pas à ne pas faire simple, au contraire : elle intègre le plus possible les modes simplifiants de penser mais refuse de payer le prix de mutiler la réalité pour servir cet objectif (Morin, 2014, p.11).

Edgar Morin la définit comme suit :

« La pensée complexe aspire à la connaissance multidimensionnelle. Mais elle sait au départ que la connaissance complète est impossible : un des axiomes de la complexité est l'impossibilité, même en théorie, d'une omniscience. Elle fait sienne la parole d'Adorno : "la totalité est la non-vérité". Elle comporte la reconnaissance d'un principe d'incomplétude et d'incertitude. Mais elle porte aussi en son principe la reconnaissance des liens entre les entités que notre pensée doit nécessairement distinguer, mais non isoler les unes des autres » (Morin, 2014, p.11).

Il est une chose étonnante de constater que la pensée complexe soit revenue par la voie même qui l'en avait chassée : en physique. Cherchant l'Ordre parfait régissant le monde, la physique ne peut plus aujourd'hui faire l'économie de la complexité du réel, et tend de plus en plus à l'intégrer dans ses modèles. Plus encore, avec l'émergence de la physique quantique, elle considère aujourd'hui le point de vue de l'observateur comme venant lui-même modifier l'expérience qu'il perçoit. Cette mutation dans la connaissance se produit aussi progressivement au sein des sciences humaines. En psychologie clinique par exemple, l'humain n'est plus seulement une addition de symptômes, il est une histoire passée, présente et future, faisant partie intégrante de multiples systèmes (systèmes familial, professionnel, culturel...) ; à lui seul il devient son propre contexte.

L'enjeu est donc de taille : il s'agit à ce jour de penser un paradigme qui peut distinguer sans disjoindre, d'associer sans identifier ou réduire, et de faire dialoguer des vérités qui peuvent paraître *a priori* antagonistes mais qui, sur des plans différents, sont nécessairement complémentaires. Admettant la nécessité de faire dialoguer différents champs théoriques sur des plans différents, il apparaît alors un objet d'étude qui peut être saisi à la fois dans tout son relief et dans toute sa profondeur. Par conséquent, il ne peut plus être appréhendé ni de manière linéaire ni dans une vision en deux dimensions. Ainsi, l'expression *mettre les choses à plat* n'est jamais apparue aussi fausse.

Notre objet d'étude, ici la psychothérapie et particulièrement la psychothérapie EMDR, ne fait pas exception à ces principes. Elle aussi fut étudiée d'une manière isolée, isolée des autres disciplines qui pourtant traitent également du *prendre soin*, et isolée au sein même de sa discipline, en oubliant la complexité des éléments qui la composent, et particulièrement un : le psychothérapeute. Cette thèse a l'humble ambition de tisser à nouveau un pont entre le monde de la recherche en EMDR d'une part, et le monde de la réalité clinique d'autre part, deux mondes trop souvent aux antipodes qui ne peuvent pourtant fonctionner l'un sans l'autre. Ainsi, plutôt que de se dépêcher de gagner l'autre rive, ralentissons un instant et contemplons ce qui y circule au-dessous. Tout est déjà là, il n'y a qu'à aiguïser son regard. En ce sens, cette thèse est aussi le témoignage d'une rencontre, celle d'une jeune chercheuse qui a tant appris avec une jeune clinicienne qui a tant désappris.

Cette thèse est construite en deux grandes parties.

Une première partie théorique qui prend la forme d'une thèse sur travaux et est constituée de deux articles publiés ou en cours de publication : le premier traite du très large cadre des interventions complexes qui fait écho de manière plus spécifique dans le champ de la santé à ce que nous avons abordé ici d'un point de vue philosophique, en proposant une relecture historique et épistémologique de la psychothérapie EMDR ; le deuxième offre un regard cette fois méthodologique, emprunté à la clinique de l'activité, qui fait le pari d'opérationnaliser notre postulat épistémologique.

La deuxième partie de cette thèse est expérimentale. Elle est introduite par notre troisième article qui vient expliciter notre Méthode et poser la problématique de notre recherche. Seront présentés ensuite les résultats quantitatifs et qualitatifs. La discussion synthétisera les résultats, répondra pour une part aux défis que nous avons posé et proposera à la fois les questions à poser aujourd'hui, et les pistes de réponses à envisager demain. Nous discuterons ainsi des limites et des perspectives de notre étude, à la fois pour la recherche, pour la clinique et pour la formation des futurs psychologues et futurs psychothérapeutes EMDR.

Enfin, en guise de conclusion et dans la totale lignée de notre engagement vers une nouvelle épistémologie, nous proposerons une ouverture anthropologique pour amener la thérapie EMDR à être investiguée par d'autres regards théoriques et méthodologiques, parfois loin du monde dont elle est issue mais pour aussi ramener ce qui a pu se perdre en chemin, et espérons-le, à notre humble niveau, ramener un peu de conscience dans la science, sans laquelle, Rabelais le disait, elle n'est que « ruine de l'âme ».

« La théorie, c'est quand on sait tout et que rien ne fonctionne.

La pratique, c'est quand tout fonctionne et que personne ne sait pourquoi.

Ici, nous avons réuni théorie et pratique :

Rien ne fonctionne... et personne ne sait pourquoi ! » A. Einstein

Ou presque...

PARTIE THEORIQUE

INTRODUCTION GENERALE

Cette introduction générale a pour objectif de présenter les bases de notre recherche dans un langage qui se veut vulgarisé, accessible pour le non-expert EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Après une brève histoire de la découverte fortuite de l'EMDR, nous présenterons une définition de cette psychothérapie au travers des trois éléments qui lui sont caractéristiques : le modèle du traitement adaptatif de l'information, le protocole standard et les stimulations bilatérales alternées. L'EMDR étant reconnue et recommandée pour la prise en charge du Trouble de Stress Post-Traumatique, cela sera l'occasion d'aborder dans un troisième point des éléments cliniques du psychotraumatisme pour en comprendre brièvement la psychopathologie, s'agissant du cadre clinique dans lequel notre étude se situe. Nous verrons enfin en quoi cette thérapie peut se définir comme une psychothérapie intégrative sur le plan théorique mais également éclectique sur le plan technique. Cette partie laissera présager déjà de toute l'importance du psychothérapeute, ce qui sera poursuivi de manière beaucoup plus détaillée et spécifique dans la Partie Théorique.

A. HISTORIQUE

a. AVANT L'EMDR : UNE BREVE HISTOIRE DU TRAUMA

L'EMDR s'inscrit d'abord dans un contexte historique plus large qui a vu l'évolution de la conception du traumatisme psychique. Des premières observations scientifiques sont réalisées particulièrement à partir du XVIIIe siècle, avec la première description de ce qu'on appelait alors une *névrose traumatique* par Philippe Pinel (1809). Il faudra attendre la fin du XIXe siècle pour voir les réflexions s'enrichir et les premiers traitements psychothérapeutiques particulièrement de l'hystérie, avec les contributions de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Josef Breuer ou encore Pierre Janet, dans une Europe majoritairement dominée alors par le mouvement psychanalytique, la méthode cathartique et l'hypnose. C'est à Pierre Janet que l'on doit probablement la contribution la plus importante pour avoir développé une théorie de compréhension du trauma et de la dissociation, dont les fondements sont encore appliqués

aujourd'hui (Janet, 1889). Quant au XXe siècle, il fut le théâtre de nombreux conflits armés. Avec les deux Guerres Mondiales, la prise en charge des survivants a permis de mettre de plus en plus en évidence l'implication de certains processus psychiques inconscients à l'origine des symptômes post-traumatiques, en même temps que de nouveaux traitements sont testés afin de guérir les soldats. On parle alors entre autres de *névrose de guerre*. Puis plus tard, avec la guerre du Vietnam, l'entité diagnostic d'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) fera son entrée dans la troisième version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) dans la catégorie des troubles anxieux, ce qui s'apparente à une véritable révolution et à une reconnaissance de ce dont souffrent notamment les vétérans du Vietnam. On comprend qu'un événement extérieur (ici la guerre) entraîne une vulnérabilité individuelle qui n'est pas due à des prédispositions singulières, ce qui oblige les gouvernements à s'impliquer y compris financièrement auprès des victimes et à reconnaître, d'une certaine manière, sa responsabilité. De plus, on comprend que l'ESPT ne se limite pas non plus aux soldats et que même les individus ayant commis des crimes de guerre peuvent être victimes (Josse, 2019).

Avec cette reconnaissance par le DSM-III, les Thérapies Cognitivo-Comportementales sont mises au-devant de la scène et de nombreux chercheurs et cliniciens étudient le traumatisme psychique et les séquelles qui en découlent. C'est dans cette dynamique que de l'autre côté de l'Atlantique émerge l'EMDR dans les années 1980.

b. UNE DECOUVERTE FORTUITE

Comme la plupart des grandes découvertes, celle de l'EMDR commence par un « heureux hasard ». La petite histoire qui fera bientôt la grande Histoire de la psychothérapie EMDR.

Nous sommes en 1979 à l'Université de New York où une femme finit son doctorat de littérature anglaise. Ayant un grand intérêt pour les multiples vies et facettes des personnages des œuvres qu'elle étudie, elle est amenée à s'intéresser aux sciences du comportement humain et particulièrement à la thérapie comportementale. Se destinant en premier lieu à une carrière en littérature, cette femme apprend qu'elle a un cancer. Cette annonce – qui fera prendre un tout autre tournant à sa vie – l'amène à investiguer davantage l'esprit humain, et particulièrement les travaux en psycho-neuro-immunologie, émergents alors. Étudier ces approches psychologiques et physiologiques susceptibles d'aider à retrouver la santé devient le cœur de son étude, jusqu'à l'engagement dans un doctorat en psychologie.

En mai 1987, cette femme se promène dans un parc, l'esprit bien encombré. Alors qu'elle se promène, elle remarque que les pensées perturbantes qui l'accompagnent disparaissent soudain, et que lorsqu'elles reviennent à l'esprit, elles apparaissent moins bouleversantes et moins justes. Fascinée de cet effet, elle remarque que lorsque ces pensées tournent en boucle dans son esprit, ses yeux commencent à bouger rapidement, faisant un mouvement de va-et-vient vers le haut en diagonale. Provoquant délibérément ce mouvement d'abord sur elle, l'effet se vérifie. Il se vérifia aussi sur d'autres personnes, et pour des facilités de contrôle musculaire, elle en vient à proposer aux autres personnes de suivre ses doigts, en un mouvement horizontal, ce qui fonctionne beaucoup mieux.

« Le sentiment que j'avais à l'époque était que j'étais tombée par hasard sur un processus physiologique naturel que nous possédions tous, quelque chose que j'avais noté et que j'utilisais maintenant délibérément. Mon impression était que si cela fonctionnait pour moi, alors raisonnablement on pouvait s'attendre à ce que cela fonctionne pour tout le monde » disait-elle, à propos de sa découverte fortuite (Luber, 2009).

Six mois et 70 personnes plus tard, la procédure standard est développée par cette même femme et a pour objectif de diminuer l'angoisse (se situant dans un premier modèle plutôt comportemental). Cette femme, c'est Francine SHAPIRO. Nous sommes en hiver 1987, et l'EMD (*Eye Movement Desensitization* – Désensibilisation par les mouvements oculaires) est née.

Les ravages de la guerre du Vietnam permettent à Francine Shapiro de tester sa méthode sur un premier sujet vétéran du Vietnam, le célèbre « patient Doug », afin de traiter une image traumatique liée à la guerre du Vietnam. Le résultat est sans appel. Dès les premiers sets de mouvements oculaires, la partie auditive du souvenir disparaît, puis à mesure que les sets se succèdent, le souvenir se transforme : la scène initialement d'une extrême violence est décrite désormais par Doug comme un « éclat de peinture dans l'eau » pour finalement ne garder du Vietnam que les paysages paradisiaques qu'il avait pu observer lorsqu'il avait survolé le pays. Mieux encore, cet effet durait dans le temps (Shapiro, 2007).

Fort de ce succès, une première étude contrôlée randomisée (Shapiro, 1989) auprès de 22 personnes victimes de la guerre du Vietnam, de viols ou de violences, souffrant d'ESPT est réalisée cette même année 1987 afin de vérifier l'efficacité de cette procédure élaborée dans un design méthodologique contrôlé. Déjà là, Francine Shapiro avait élaboré une phase de

préparation bien aboutie, questionnant son patient sur différents aspects : l'image la plus perturbante qu'il rapporte de l'événement, la croyance qu'il a eu à propos de lui-même ou de la situation, qu'elle nomme la cognition négative, puis en pensant à ces deux premiers éléments d'évaluer sur une échelle de 0 à 10 la perturbation ressentie lorsqu'il y repense maintenant, où 0 correspond à une intensité nulle et 10 correspond au plus haut niveau possible (SUD - *Subjective Units of Disturbance Scale*, Wolpe, 1991). Puis, Francine Shapiro questionne son patient sur la pensée ou croyance positive qu'il aimerait avoir de lui-même, qu'elle nomme la cognition positive, puis d'estimer à combien cette pensée résonne comme vrai pour lui sur une échelle, nommée VOC (*Validity of Cognition Scale*), allant de 1 « complètement faux » à 7 « complètement vrai ». Au groupe témoin, il leur était demandé de décrire minutieusement leur souvenir traumatique, ceci afin de vérifier si l'effet n'était pas dû à l'attention double entre la présence du chercheur et la focalisation sur l'exercice demandé qui exposait la personne au souvenir. Les résultats sont sans équivoques : l'angoisse diminue chez les sujets du groupe traité par EMD tandis que le niveau de croyance en la cognition positive augmente, signifiant une restructuration cognitive. Chez les sujets témoins, l'angoisse augmentait. Lorsque ceux-ci furent traités à leur tour par EMD, les mêmes résultats furent observés, et furent maintenus à 1 et 3 mois. Shapiro souligne toutefois elle-même les limites de cette étude : le manque de mesures standardisées et d'évaluation en aveugle. Cependant, devant les résultats indéniables, cette recherche pilote devint l'une des premières études contrôlées évaluant l'efficacité de l'EMD sur la symptomatologie des ESPT.

Les études se multiplient. L'année suivante, on comprend par l'étude de nombreux cas que les souvenirs traumatiques ne sont pas seulement déchargés de leur impact émotionnel mais qu'ils sont également restructurés. En 1990, l'EMD devient l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* – Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires). On quitte alors le modèle comportemental pour un modèle plus intégratif (Shapiro, 2007).

B. DEFINITION DE L'EMDR

a. MODELE DU TRAITEMENT ADAPTATIF DE L'INFORMATION

Francine Shapiro, par sa découverte fortuite, a permis de conceptualiser une psychothérapie qui se situe au carrefour entre les neurosciences et les sciences cognitives. Comme pour beaucoup de découvertes scientifiques, l'EMDR est née de l'observation de phénomènes naturels,

hasardeux, semblant provoquer des résultats, qui ont seulement dans un second temps étaient testés et conceptualisés. Historiquement, la réflexion scientifique de Francine Shapiro était ainsi profondément ancrée dans la réalité clinique. C'est dans cette dynamique que cette psychothérapie a fait l'objet d'un premier changement de paradigme, passant de l'EMD à l'EMDR. Francine Shapiro élaborait un modèle à partir de l'observation de milliers de séances avec des patients, le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) dans le but de conceptualiser les effets cliniques de l'EMDR, lesquels semblaient par ailleurs plus bénéfiques lorsque ce modèle était suivi. En quelques mots, ce modèle invite à considérer la symptomatologie d'un patient comme la résultante de souvenirs d'expériences de vie négatives et stressantes non traités (Shapiro, 2007). Tout se passe comme si le cerveau, dépassé, ne parvenait plus à « digérer » les événements. La détresse élevée entraîne donc un blocage du traitement de l'information. En clinique, c'est ainsi que nous pouvons l'expliquer très simplement aux patients :

Imaginez la mémoire comme une bibliothèque. Chaque étagère représente une année de vie, chaque livre représente un souvenir. Toutes les nuits, votre cerveau réalise un travail de bibliothécaire, en rangeant chaque livre écrit dans la journée à sa juste place, dans l'étagère appropriée. Or, il arrive parfois que des livres soient plus gros que les autres : ce sont les événements douloureux. Ils sont lourds car chargés du nombre de pages correspondant à la charge émotionnelle qu'ils portent. Le cerveau va se retrouver en difficultés pour ranger ce livre comme il le fait habituellement, car trop lourd, trop encombrant : il ne rentre pas dans l'espace qui lui est dédié sur l'étagère. La plupart du temps fort heureusement, le temps fait bien les choses et le livre finit par diminuer de volumes : la douleur s'estompe et il est alors possible de ranger ce livre, qui deviendra un « mauvais souvenir », mais aujourd'hui neutre d'un point de vue émotionnel.

Malheureusement, il arrive aussi que le temps ne suffise pas. Alors ce gros livre reste sur la table des livres du Présent. Mais le cerveau, en bon bibliothécaire qui se respecte, n'apprécie en général guère ce désordre. À défaut de pouvoir le ranger à sa juste place, il va alors imaginer d'autres stratégies pour le faire disparaître : le cacher sous une pile d'autres gros livres non rangés, l'enfermer à double-tour dans un compartiment tenu secret, ou encore le fragmenter en plusieurs morceaux, plus facilement dissimulables. Les apparences sont sauvées, mais d'une manière ou d'une autre, un livre non rangé va finir par faire parler de lui : c'est là que des symptômes apparaissent.

Le travail en psychothérapie EMDR consiste à se promener parmi les étagères et à repérer les gros livres mal rangés. Bien sûr, cette promenade n'est pas toujours facile, car de la même manière que le cerveau peut dissimuler un gros livre, il peut aussi condamner l'accès à certaines parties de la bibliothèque, en général les plus anciennes. Peut-être faudra-t-il pour cela consolider d'abord certaines étagères avant d'espérer s'approcher des plus fragiles [métaphore tirée de la pratique clinique personnelle].

Un souvenir traumatique est ainsi bloqué à l'âge développemental où il a été vécu et ne se conjugue qu'au présent, à la manière d'un kyste, d'une stagnation. L'information reste « en suspens ». L'objectif de l'EMDR est de pouvoir conjuguer cette information au passé, particulièrement émotionnellement parlant. Francine Shapiro propose donc ce modèle comme une hypothèse de travail mais ce modèle dessine aussi un autre paradigme pour penser la psychopathologie. Penser le modèle TAI invite à se concentrer sur le souvenir lui-même et non sur la réaction du patient à ce souvenir dans un contact direct, non intrusif et physiologique (Shapiro, 2007). Au fur et à mesure du traitement EMDR, le souvenir sera transformé, non pas en modifiant directement des paramètres de l'expérience comme nous pouvons le faire en hypnose par exemple (scène traumatique mise en noir et blanc, visualisation de la victime qui se défend de son agresseur ou se fait aider...), mais dans la manière dont il sera stocké en mémoire, avec une image moins perturbante, des affects et pensées davantage positifs et plus appropriés.

Tout se passe comme si le gros livre pouvait, à mesure qu'on le parcourt, perdre les pages qui ne lui sont plus utiles (celles renfermant la charge émotionnelle). Ainsi, à la fin du traitement, ce n'est plus un drame ou une tragédie, mais un récit davantage factuel, dont le titre et le résumé apparaissent à ce jour moins noirs [métaphore tirée de la pratique clinique personnelle].

Car le cerveau tend naturellement à ce traitement de l'information. L'EMDR soutient ce mouvement vers un état positif en maintenant la dynamique du traitement de l'information. Elle ne fait que relancer un système naturel qui s'est retrouvé bloqué, déséquilibré par le trauma, ainsi qu'en témoignent les travaux précurseurs de Pierre Janet sur le traumatisme psychique (Janet, 1889/1973), confirmés plus tard par des travaux en neurologie (Pagani et al., 2014; Pitman et al., 2012).

Toutefois, il faut noter que le modèle TAI, élaboré à partir de l'expérience clinique, représente bien plus une hypothèse de travail (Cornil, 2017) qu'un véritable modèle théorique. Des auteurs y voient un paradigme offrant une théorie unifiée combinant toutes les approches thérapeutiques (Balbo et al., 2019) tandis que d'autres le considèrent davantage comme un guide pratique pour le clinicien que comme un modèle théorique dont les fondations seraient scientifiquement valides (Tarquinio & Tarquinio, 2015). Cela fait encore l'objet de nombreuses recherches, particulièrement en neurobiologie, aujourd'hui.

b. PROTOCOLE STANDARD : TROIS TEMPS, HUIT PHASES DE TRAITEMENT

L'EMDR est une psychothérapie structurée en trois temps. Comme conceptualisé par le modèle TAI, la problématique actuelle du patient est considérée comme résultante de souvenirs passés qui n'ont pas pu être traités comme ils le devraient. Le thérapeute EMDR a ainsi en tête ces trois temporalités : passé, présent, futur. Le passé comme origine de la problématique, le présent comme déclencheur de la problématique, le futur comme possibilité de développer de nouveaux modes de réponse (comportementale, émotionnelle, sociale...). Classiquement, le traitement se réalise dans cet ordre : passé, présent puis futur lorsque toutes les cibles passées et présentes ont été traitées. Il peut toutefois arriver certains cas où la stratégie est différente. C'est notamment le cas pour des patients présentant un trauma complexe ou des troubles dissociatifs importants, où le passé n'est pas du tout accessible et où il convient d'abord de travailler sur le présent voire le futur proche. Un autre exemple peut être dans le cas de la maladie chronique où la priorité est de préparer le patient à ce qui va arriver (intervention chirurgicale par exemple). A ce moment-là, la priorité est donnée au futur, et le travail sur le passé du patient n'apparaît pas ici approprié.

De plus, l'EMDR est caractérisée par des protocoles de prise en charge rigoureux, dont le classique « protocole standard », structuré en huit phases, qui se veut être le fil rouge de la pratique du thérapeute EMDR (Shapiro, 2007). Il offre une ligne directrice, un cadre, permettant de structurer et de guider la pratique du clinicien, jusqu'à lui dicter les phrases à dire à son patient. Un respect strict du protocole est exigé pour tout thérapeute souhaitant valider sa formation. Bien que ce ne soit pas l'objet de notre propos ici, à noter qu'il existe également des protocoles spécifiques qui ont également vu le jour dans le but de s'adapter à différentes problématiques ou populations, amenant parfois à prendre des libertés conséquentes du protocole standard, voire en s'éloignant très nettement de ce qui peut être caractéristique de

l'EMDR, mais qui pourtant ont des résultats comparables (Rydberg, 2017). Le protocole EMDR standard se structure comme suit :

- *Phase 1 : Histoire du patient et planification du traitement*

Le thérapeute recueille l'histoire du patient et planifie avec lui le traitement à venir, en évaluant particulièrement le niveau de sécurité du patient, ses ressources et le fonctionnement de sa vie quotidienne afin de déterminer s'il est en mesure de se confronter à des émotions pouvant être intenses. La phase 1 est une phase d'anamnèse où le thérapeute évalue le tableau clinique du patient en termes de comportements et croyances dysfonctionnels, et de symptômes afin de déterminer les cibles spécifiques qui devront être retraitées par la suite. Ces cibles sont à la fois passées, présentes et futures : les souvenirs jugés à l'origine des symptômes du patient, les déclencheurs actuels qui activent ce matériel, et ce qu'il sera nécessaire de développer dans le futur (comportements, attitudes).

- *Phase 2 : Préparation*

La théorie et le processus de la thérapie EMDR sont expliqués au patient afin qu'il soit parfaitement clair à son esprit ce qu'implique le traitement EMDR, y compris qu'il peut être émotionnellement perturbé. Une alliance thérapeutique solide doit être établie. Cette phase est l'occasion, comme son nom l'indique, de préparer le patient au traitement à proprement parler, en lui enseignant notamment des techniques de relaxation et d'ancrage pour se sécuriser, et de tester les modes de stimulation (distance et vitesse des mouvements oculaires, tapping...). Le thérapeute évalue les potentiels bénéfices secondaires qui peuvent résulter de la problématique du patient ainsi que les peurs du patient qui pourraient entraver le traitement.

- *Phase 3 : Évaluation*

C'est en général à partir de cette phase que la méthode caractéristique de l'EMDR peut s'observer, les deux premières phases étant moins spécifiques d'un point de vue technique. La phase 3 est la phase d'identification des composants de la cible qu'il a été convenue entre patient et thérapeute de désensibiliser. Le thérapeute évalue :

- L'image la plus perturbante associée à cette cible
- La cognition négative (CN) c'est-à-dire la pensée négative associée à l'événement que le patient a de lui-même (ex : « je suis nul », « j'aurais dû faire quelque chose », « je suis en danger », « je ne suis pas digne d'être aimé », etc.)

- La cognition positive (CP) c'est-à-dire la verbalisation de l'état désiré qui se veut être un objectif à atteindre, en général à 180° de la cognition négative (ex : « j'ai de la valeur », « j'ai fait ce que j'ai pu », « je suis en sécurité », « je mérite d'être aimé », etc.)
- La validité de la cognition positive (VOC – *Validity Of Cognition*) évaluée, au travers d'un indicateur quantitatif, la force avec laquelle le patient croit en cette phrase positive à propos de lui-même. Cet indicateur sera une base de comparaison pour le thérapeute plus tard durant le traitement.
- L'émotion ou les émotions qui émergent en se reconnectant à la cible
- La perturbation ressentie par le patient maintenant lorsqu'il repense à ce souvenir. Cette perturbation est évaluée au travers d'un indicateur quantitatif, l'échelle SUD (*Subjective Unit of Disturbance*), cotée de 0 à 10. Cet indicateur sera également une base de comparaison pour le thérapeute plus tard durant le traitement.
- Les sensations corporelles associées à la cible et leurs localisations dans le corps.

Le tableau suivant ([tableau 1](#)) résume les phrases définies par le protocole à énoncer au patient en phase 3, bien que bon nombre de cliniciens, une fois formés à la thérapie EMDR, se permettent plus ou moins de libertés quant aux formulations, parfois jugées peu intuitives.

Tableau 1 : Énoncés de la phase 3 du protocole EMDR standard

Étape	Contenu
Image	<i>Quelle image représente le moment le plus difficile ?</i>
Cognition Négative (CN)	<i>Quand vous regardez cette image, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit qui disent quelque chose de négatif sur vous et qui résonnent comme vrais maintenant ?</i>
Cognition Positive (CP)	<i>Plutôt que ... [CN], quand vous pensez à cette image (ou situation), qu'est-ce que vous préféreriez penser de vous-même ?</i>
VOC	<i>Quand vous pensez à cette image (ou situation), dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots ... [CP] maintenant ? Sur une échelle de 1 à 7, 1 étant le niveau le plus bas (tout à fait faux) et 7 le niveau le plus haut (tout à fait vrai), quelle valeur lui donneriez-vous ?</i>
Émotions	<i>Quand vous pensez à cette image (ou situation) et à ces mots ... [CN], quelles émotions éprouvez-vous maintenant ?</i>
SUD	<i>Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait aucune perturbation et 10 le plus haut niveau de perturbation que vous puissiez imaginer, à combien évaluez-vous la perturbation que vous ressentez maintenant ?</i>
Siège de la sensation corporelle	<i>A quel endroit dans votre corps la ressentez-vous ?</i>

- *Phase 4 : Désensibilisation*

Cette phase est probablement celle pour laquelle l'EMDR est connue (et parfois à tort résumée) comme l'étape des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA), en général de type mouvements oculaires. Le patient est invité à se connecter à l'ensemble de la cible identifiée (toutes les composantes de la phase 3) et à suivre les doigts du praticien pour effectuer des mouvements des yeux horizontaux (au moins au départ) et le plus rapides possible. Il s'agit de considérer la cible comme un nœud qui serait alimenté par un ou plusieurs canaux associatifs qui doivent tous être « nettoyés » pour diminuer l'affect négatif. Les SBA aident le patient à explorer le contenu de ces canaux associatifs, pouvant faire émerger images, pensées, souvenirs, sensations, émotions, insights... Le thérapeute revient régulièrement à la cible pour vérifier la présence de tout matériel résiduel. En clinique, cette phase est souvent comparée à un voyage en train (et peut être expliquée comme telle au patient en phase 2) :

Imaginez-vous être dans un train. En tant que thérapeute, je suis chef de gare. Mon travail est de veiller à votre sécurité à bord du train. Vous [le patient] êtes le passager de ce train. Nous allons monter tous les deux dans ce train pour faire un voyage. Et comme vous le savez sûrement, lors d'un voyage en train, il n'est pas rare de traverser différents paysages. Certains pourront être agréables, d'autres désagréables, d'autres vous surprendre, ou encore vous rappeler d'autres souvenirs de voyage, etc. Tout ceci est parfaitement normal. Je vais monter avec vous dans le train mais je ne serai pas en mesure de voir ce que vous pourrez observer par la fenêtre, c'est la raison pour laquelle je vous demanderai de temps à autre de me dire ce qui est là, maintenant. Les stimulations vont aider ce train à avancer et à traverser les différents paysages. Nous éviterons de nous arrêter au milieu d'un paysage difficile pour plus de sécurité, il est préférable d'atteindre la gare suivante, même si nous ne sommes pas encore arrivés au terminus. Toutefois, comme dans n'importe quel train, un freinage d'urgence est toujours possible (signal STOP : stratégie de sécurité mise en place en amont avec le patient) [métaphore tirée de la pratique clinique personnelle].

Ainsi, le thérapeute est à la fois très neutre et très impliqué durant cette phase. Il est invité pendant la désensibilisation à ne pas parler afin de *laisser faire* le processus, excepté pour soutenir le patient ou pour l'aider en cas de blocage (à l'aide de tissages cognitifs). C'est également durant cette phase que le thérapeute réévalue régulièrement le niveau de SUD du patient. Une cible est considérée comme désensibilisée si le SUD est réduit à 0 ou 1 (considéré comme « écologiquement valable »).

- *Phase 5 : Installation*

Contrairement à la phase précédente qui se concentre sur l'affect négatif, celle-ci a pour objectif d'augmenter et d'installer la force de la Cognition Positive (CP) que le patient a identifiée en phase 3. Le patient est invité à associer l'événement avec la CP tout en suivant les stimulations. L'objectif est d'obtenir une VOC à 7 (6 si considérée comme écologique). A ce stade, d'autres canaux associatifs traumatiques peuvent émerger, empêchant le patient de croire pleinement en sa pensée positive, qu'il conviendra de désensibiliser comme en phase 4. Libéré de tout matériel négatif, l'objectif de cette phase est de permettre l'accès au patient au matériel positif, dans une perspective adaptative.

- *Phase 6 : Scanner du corps*

Le patient est invité à penser à l'événement avec la cognition positive cette fois bien installée et de passer en revue mentalement son corps. Cette étape permet de vérifier la présence de tout matériel négatif résiduel (sensation de mal-être ou d'inconfort identifiée). Si elle arrive en bout de course, cette étape n'en est pas moins très importante car l'information est avant tout stockée dans le corps.

- *Phase 7 : Clôture*

La séance de traitement d'une cible est considérée comme achevée si le SUD est à 0, la VOC à 7 et que le Scan corporel est bon. La stabilité du patient est vérifiée et des consignes de sécurité sont transmises. Ces consignes sont d'autant plus importantes si le traitement de la cible n'est pas encore terminé.

- *Phase 8 : Réévaluation*

Cette phase est réalisée à chaque nouvelle séance. Il s'agit de vérifier avec le patient la stabilité du travail de la séance précédente, et de déterminer si les effets du traitement ont été maintenus. C'est l'occasion de discuter avec le patient des nouveaux comportements et attitudes qui ont pu émerger ou si d'autre matériel négatif a pu remonter à la surface, ce qui pourra être une cible nouvelle à traiter.

Le [tableau 2](#) ci-dessous récapitule sommairement les 8 phases du protocole standard.

Tableau 2 : Les 8 phases du protocole EMDR standard

Phases	Contenu
Phase 1 : Histoire du patient et planification du traitement	Phase d'anamnèse. Évaluation de la symptomatologie du patient, mais aussi de ses ressources et de son niveau de sécurité. Construction du plan de ciblage, autrement dit des souvenirs passés, appelés « cibles », susceptibles d'expliquer les troubles, les déclencheurs actuels qui activent ce matériel et ce qu'il sera nécessaire de développer dans le futur.
Phase 2 : Préparation	Explication de la thérapie EMDR. Préparation du patient au traitement EMDR (par l'enseignement de techniques pour se sécuriser et s'ancrer par exemple).
Phase 3 : Évaluation	Identification des composants de la cible traumatique (image perturbante, croyance dysfonctionnelle, émotions, sensations...) qu'il a été convenue entre patient et thérapeute de désensibiliser.
Phase 4 : Désensibilisation	Phase de traitement de la cible traumatique à l'aide des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) réalisées par le thérapeute. Le patient explore le contenu associé à la cible traumatique jusqu'à la « vider » de tout matériel négatif.
Phase 5 : Installation	Libéré de tout matériel négatif, l'objectif de cette phase est de permettre l'accès au patient au matériel positif, dans une perspective adaptative. Ancrage d'une croyance positive à propos de lui-même.
Phase 6 : Scanner du corps	Phase de vérification de la présence d'un matériel résiduel négatif en demandant au patient de passer mentalement en revue son corps.
Phase 7 : Clôture	Désensibilisation de la cible complète achevée. La stabilité du patient est évaluée et des consignes de sécurité sont transmises. En cas de désensibilisation incomplète, le thérapeute s'assure également de la stabilité du patient avant de clore la séance dans le but de reprendre le traitement à la prochaine séance.
Phase 8 : Réévaluation	Vérification avec le patient de la stabilité du travail de la séance précédente. Il s'agit de déterminer si les effets du traitement ont été maintenus et si un autre matériel a émergé.

c. ACTIVATION DU TRAITEMENT DE L'INFORMATION : LES STIMULATIONS BILATERALES ALTERNEES

« Thérapie par le mouvement des yeux », « Mouvements des yeux pour effacer les traumatismes » ou encore « Bouger les yeux pour guérir » sont autant de titres accrocheurs que l'on peut lire dans divers journaux résumant souvent l'EMDR à la caractéristique qui lui fait sa réputation : les Stimulations Bilatérales Alternées (SBA). Pourtant, elles ne sont pas l'exclusivité de l'EMDR car d'autres thérapies utilisent également des stimulations, notamment visuelles. Retenons à titre d'exemple l'une dont les recherches scientifiques émergent : le *Brainspotting* (Grand, 2011), inspirée de l'EMDR et de la PNL (Programmation Neurolinguistique). Le patient est invité à fixer son regard sur des points dans son champ de vision activant soit des ressources soit au contraire entraînant une activation émotionnelle/énergétique liée à un trauma, selon la position des yeux.

En EMDR, les SBA ont pour objectif d'activer le système de traitement de l'information. Elles sont majoritairement utilisées en phase 4 du protocole standard. Francine Shapiro évoque un processus bilatéral d'attention double (Shapiro, 2007) : un stimulus à la fois externe tout en demandant au patient de se concentrer sur les informations internes (images, souvenirs, pensées, émotions, sensations...). Les SBA peuvent être de type visuelles (mouvements oculaires), tactiles (*tapping*) ou sonores (à l'aide d'un casque où le patient entendrait alternativement un son dans son oreille gauche et dans son oreille droite). La majorité du temps, ce sont les mouvements oculaires qui sont privilégiés (et que les protocoles EMDR invitent à privilégier) bien que d'autres protocoles se concentrent exclusivement sur le *tapping* (protocoles d'urgence, ou protocole avec de jeunes enfants). Le point commun demeure qu'elles sont administrées alternativement (gauche droite). Ainsi, classiquement, il est demandé au patient de suivre avec ses yeux les mouvements horizontaux que le thérapeute fait avec ses doigts, de sorte que ses yeux puissent aller à l'extrémité gauche de son champ visuel, puis à l'extrémité droite de son champ visuel, et ainsi de suite. En général, elles sont réalisées très rapidement lorsqu'on est en phase de traitement (phase 4 à 6 du protocole standard) mais lentement lorsqu'elles sont utilisées pour ancrer une sensation positive pendant des exercices de stabilisation et de préparation (durant la phase 2 notamment).

De nombreuses études se sont intéressées à l'action des SBA dans la thérapie EMDR et leur rôle a fait débat au sein de la communauté scientifique. Pour n'en citer que quelques-uns, si des

travaux ont pu contredire les effets des SBA (Davidson & Parker, 2001), d'autres soulignent aujourd'hui qu'une telle affirmation est injustifiée (Jeffries & Davis, 2013; Schubert & Lee, 2009) et que les SBA joueraient un rôle clé dans l'efficacité de la thérapie (C. W. Lee & Cuijpers, 2013a). Cette dernière méta-analyse, incluant 26 ECRs, observe un effet modéré significatif des mouvements oculaires, en comparaison à aucun mouvement oculaire. De plus, d'autres travaux se sont attachés à comparer les différentes formes de stimulation bilatérale. Les stimulations visuelles entraîneraient une diminution plus importante de la perturbation émotionnelle que les stimulations auditives, elles-mêmes entraînant une diminution plus importante qu'un rappel simple du souvenir douloureux (de Jongh et al., 2013; van den Hout et al., 2011) bien que les patients précisaient préférer les stimulations auditives. Nieuwenhuis et al. (2013), ont quant à eux démontré l'effet bénéfique de stimulations visuelles et tactiles sur la récupération d'informations en mémoire qui convoquerait non seulement le système visuomoteur (mouvements des yeux) mais aussi le système somato-sensoriel (stimulations tactiles), car elles activeraient une connexion entre les deux hémisphères cérébraux, chose qui ne se vérifie pas avec des stimulations auditives. Là aussi, si les travaux semblent s'accorder sur l'efficacité des stimulations bilatérales, nous n'observons pas de consensus au sein de la communauté scientifique, tant dans le mode de stimulations à privilégier que dans l'explication des processus qu'elles convoquent. D'autant plus qu'il est tout à fait probable que ces processus diffèrent d'un patient à un autre. Des canaux sensoriels peuvent en effet être privilégiés pour percevoir le monde, certaines personnes étant plus *visuelles*, d'autres plus *kinesthésiques* et ainsi de suite. Il apparaît alors pertinent de s'interroger, en dehors des observations neurologiques, si les stimulations ne devraient pas être adaptées en fonction du canal sensoriel privilégié du patient (Desbiendras, 2017).

C. LE PSYCHOTRAUMATISME, LA MARQUE DE FABRIQUE DE L'EMDR

a. LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La manifestation clinique la plus typique du traumatisme psychique est le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Depuis la conceptualisation de l'ESPT dans le DSM-III, la compréhension du traumatisme psychique a considérablement évolué. Dans le DSM-V, il n'est plus considéré comme une catégorie des troubles anxieux mais bien comme une catégorie à part entière. Le [tableau 3](#) ci-dessous présente les critères diagnostics du TSPT tels que définis dans le DSM-V.

Tableau 3 : Critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-V [309.81 (F43.10)]

Critères	Description
Critère A : Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou de plusieurs des façons suivantes :	A1 : En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques. A2 : En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes. A3 : En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans le cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels. A4 : En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). NB : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.
Critère B : Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :	B1 : Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse. B2 : Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques. B3 : Réactions dissociatives (p. ex. <i>flashbacks</i> [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement). B4 : Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause. B5 : Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
Critère C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :	C1 : Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse. C2 : Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
Critère D : Altération négative des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plusieurs) des éléments suivants :	D1 : Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues). D2 : Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

	D3 : Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes. D4 : État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte). D5 : Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités. D6 : Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres. D7 : Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
Critère E : Altérations marquées de l'éveil ou de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :	E1 : Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets. E2 : Comportement irréfléchi ou autodestructeur. E3 : Hypervigilance. E4 : Réaction de sursaut exagérée. E5 : Problème de concentration. E6 : Perturbation du sommeil (p. ex. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
Critère F : La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.	
Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.	
Critère H : La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale ».	

L'EMDR a démontré des effets notoires dans le traitement des TSPT et est aujourd'hui reconnue et recommandée par des instances nationales (Haute Autorité de Santé, 2007; INSERM, 2015) et internationales (Organisation Mondiale de la Santé, 2015) dans la prise en charge de ce trouble.

Toutefois, il faut noter que le TSPT n'est qu'une forme d'expression possible du psychotraumatisme. Si le syndrome de répétition (voir [tableau 3](#), critère B) est le syndrome le plus caractéristique du psychotrauma, celui-ci ne s'y limite pas. C'est notamment le cas du tableau clinique du traumatisme complexe qui associe des troubles de l'attachement avec des troubles dissociatifs. L'EMDR invite à concevoir le traumatisme psychique au sens large du terme, soit comme tout événement de vie potentiellement traumatique qui aurait enclenché de la détresse émotionnelle, bien que celle-ci ne s'exprime pas nécessairement sous la forme d'un TSPT, invitant à penser un nouveau paradigme pour penser la psychopathologie.

d. VERS UN NOUVEAU PARADIGME PSYCHOPATHOLOGIQUE

Au-delà du TSPT, de récents travaux très prometteurs amènent à considérer le psychotraumatisme dans une dimension plus large, dont les manifestations pourraient s'exprimer aussi au travers d'autres pathologies, notamment les maladies chroniques à l'âge adulte (Brennstuhl et al., 2016; Conching & Thayer, 2019; de Roos et al., 2010; H.-C. Lin et al., 2020; Petruccelli et al., 2019; Schiele et al., 2020). Ainsi, l'EMDR invite à penser un nouveau paradigme de psychopathologie.

Nous l'avons évoqué précédemment, historiquement en France, la psychopathologie était pensée principalement au travers de la vision psychanalytique de la santé mentale. Puis, avec l'avènement des TCC et du DSM, une approche davantage catégorielle et biomédicale de la psychopathologie est de plus en plus employée. Mais c'est avec le développement des théories du trauma et de la dissociation qu'une troisième vision est proposée. Pourtant, Pierre Janet, un contemporain de Freud, avait déjà tout dit, ou presque. Ce n'est que début du XXI^e siècle que sa pensée est remise au goût du jour, notamment grâce aux travaux d'une incroyable contribution d'une équipe des Pays-Bas (van der Hart et al., 2017). Quelle ironie, grâce à une équipe néerlandaise, de redécouvrir des grandes théories françaises... Inspirés des travaux de Pierre Janet, les auteurs conceptualisent la Théorie de la Dissociation Structurale de la Personnalité, TDSP (van der Hart et al., 2017) qui offre une théorie unifiante permettant de comprendre les troubles d'origine traumatique. L'EMDR, dans la conceptualisation qu'elle propose et particulièrement du modèle TAI, invite à penser la santé mentale sous l'angle de la psychotraumatologie. Même entre le patient et son thérapeute, ce dernier l'invite à comprendre ses pensées, ses émotions et ses sensations au regard du trauma et à inscrire ses symptômes dans une histoire de vie. Le protocole standard indique d'ailleurs qu'il est essentiel de fournir au patient des explications claires, dans un souci de transparence, sur le processus thérapeutique. D'une certaine manière, le thérapeute invite le patient à rejoindre son univers de pensée. Cette nouvelle réflexion autour de la conception de la (psycho)pathologie amène à un véritable changement de paradigme scientifique (Moskowitz, 2017, 2015; Moskowitz et al., 2018), sous l'angle de la psychotraumatologie, où l'EMDR aurait assurément son rôle à jouer.

D. L'EMDR : UNE PSYCHOTHERAPIE INTEGRATIVE

L'intégration, en psychothérapie, renvoie au « désir de regarder à travers et au-delà des théories pour voir comment les patients peuvent bénéficier de multiples façons de mener une psychothérapie » [traduction libre] (Norcross, 2015). Cela devient un véritable domaine de recherche dans les années 1980, époque où il était question non plus tant de comparer les thérapies entre elles pour chercher laquelle était la plus efficace, mais plus de s'intéresser à ce qu'elles ont de commun. Cette intégration est pensée à la fois en termes d'approches théoriques, ceci afin de penser un « méta-modèle » croisant différents courants de pensée, mais également d'un point de vue technique. Dans ce dernier cas, on parle alors d'éclectisme, qui invite à décloisonner les pratiques des psychothérapies auxquelles elles appartiennent.

L'EMDR est défini comme thérapie intégrative car elle n'est pas seulement une thérapie d'exposition (C. W. Lee et al., 2006; Rogers & Silver, 2001) bien que le patient soit confronté à son souvenir traumatique. Elle se veut permettre une confrontation douce avec le traumatisme – c'est en tout cas de cette manière que bon nombre de cliniciens le recommande – par des techniques d'oscillation entre les ressources du patient (*un pied dans le présent*) et le matériel négatif traumatique (*un pied dans le passé*), ce qui est d'autant plus nécessaire pour des patients aux profils psychopathologiques plus complexes (Dellucci, 2017). Mais l'EMDR intègre bien plus dans sa méthode qu'une exposition même douce au traumatisme. Elle s'inspire de nombreux courants théoriques et outils différents (Blanchet, 2017) : à l'hypnose, l'EMDR emprunte des techniques de visualisation de ressources (telles que le Lieu Sûr, ou le contenant) ou dans la visualisation et la restructuration de la scène traumatique (se visualiser dans une salle de cinéma pour se distancier du matériel négatif, mettre des filtres type noir-et-blanc pour rendre l'image moins choquante ou accélérer le film de la scène, introduire des ressources dans des scènes trop douloureuses pour soutenir le patient, introduire la perspective de l'adulte sur un trauma de l'enfance par des techniques de reparentage...); aux thérapies humanistes, l'EMDR emprunte le lien indispensable de toute information cognitive et émotionnelle avec le corporel et dans l'ancrage systémique dans le corps; aux Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), l'EMDR emprunte les feedbacks chiffrés, notamment d'évaluation de soi positive et négative, les techniques d'exposition bien qu'elles soient plus brèves et de restructuration cognitive; à la psychanalyse et thérapies d'inspiration analytique, l'EMDR emprunte les techniques d'association libre, bien que la technique et l'interprétation qu'en fait le thérapeute diffèrent, et l'objectif du remaniement profond du patient, obligeant à abandonner

une certaine posture pour se reconstruire avec l'importance fondamentale des souvenirs de la petite enfance ; à d'autres domaines hors psychothérapie enfin, avec des techniques empruntées au yoga, à la sophrologie ou encore à la méditation de pleine conscience.

Ainsi chaque clinicien, selon son obédience théorique, pourra retrouver dans l'EMDR des éléments propres à l'approche dans laquelle ils s'inscrivent, que ce soit dans la compréhension de son fonctionnement ou dans la technique. C'est par le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information que Francine Shapiro propose une théorie unifiante sous-tendant toutes les approches psychologiques qui permet de dépasser les limites observées dans d'autres pratiques (Shapiro, 2007).

« Si l'EMDR est définie simplement comme étant de l'hypnose, son utilité sera limitée aux effets déjà disponibles pour l'hypnotiseur. Si elle est perçue uniquement comme une désensibilisation, la dynamique et les applications essentielles seront ignorées par le thérapeute » (Shapiro, 2007, p.67).

L'EMDR est donc assurément bien plus qu'une désensibilisation. Elle est bien plus que de faire bouger les yeux aux patients. Si elle est classiquement définie comme thérapie intégrative, elle peut être aussi bien une thérapie intégrable à d'autres (Rydberg & Machado, 2020). Il n'est pas rare dans la clinique de constater que des thérapeutes la couplent avec d'autres approches, mobilisant alors davantage le versant technique que l'EMDR propose. Le point de pivot demeure le psychothérapeute. C'est lui, par son utilisation, qui va mobiliser l'EMDR comme un modèle de compréhension ou comme une technique thérapeutique.

Partant de ce postulat – l'EMDR est bien plus qu'une désensibilisation – nous allons déplier notre propos dans la suite de ces pages dans une volonté de redonner une place centrale au psychothérapeute sans lequel finalement, s'il fallait le rappeler, il ne pourrait y avoir d'EMDR.

I. DES ETUDES PRINCEPS AUX META-ANALYSES AUJOURD'HUI : UNE REFLEXION
EPISTEMOLOGIQUE SUR LA PSYCHOTHERAPIE EMDR (ARTICLE N°1)

Machado, J.^{1,2*}, Rydberg, J.¹, Tarquinio, C.^{1,2} & Rotonda, C.^{1,2}

*auteur correspondant

¹ Université de Lorraine, Inserm, INSPIRE, F-54000, Nancy, France

² Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, F-57000 Metz, France

*NB : Article en cours de soumission dans *Journal of EMDR : Practice & Research**

RESUME :

Depuis les premières études jusqu'aux dernières méta-analyses récemment publiées, l'EMDR s'est affirmée dans le paysage international comme étant une thérapie de choix dans le traitement du psychotraumatisme. Fort de cet héritage, il convient d'aller aujourd'hui au-delà des essais contrôlés randomisés qui demeurent encore le Gold Standard en matière d'efficacité dans le paradigme scientifique actuellement dominant et qui, bien souvent, résument l'EMDR à l'application stricte de son protocole standard ou aux stimulations bilatérales alternées. Cet article explicite les enjeux actuels et à venir de la psychothérapie EMDR visant à intégrer la pensée complexe au cœur des dispositifs de recherche. Fort de ces constats méthodologiques, épistémologiques et cliniques, il nous apparaît urgent de resituer le psychothérapeute au centre de l'évaluation de l'EMDR, dans toute la complexité qu'il mobilise consciemment et inconsciemment et sans lequel, s'il fallait le rappeler, il n'y aurait pas d'EMDR.

Mots-clés :

EMDR ; psychothérapie ; épistémologie ; Evidence Based Medicine ; interventions complexes

On ne compte plus aujourd'hui le nombre de travaux scientifiques s'intéressant à l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) notamment en ce qui concerne la prise en charge du Trouble de stress Post-Traumatique (TSPT). Depuis ses débuts dans les années 1980, cette psychothérapie a considérablement évolué, affinant ses procédures et multipliant les travaux. Si à ce jour elle tend à s'affirmer dans le traitement de nombreux troubles et pour diverses populations, c'est dans le champ du TSPT qu'elle s'est imposée et qu'elle reste aujourd'hui une thérapie de choix, reconnue et recommandée par des instances nationales (Haute Autorité de Santé, 2007; INSERM, 2015) et internationales (Organisation Mondiale de la Santé, 2015). Le psychotraumatisme reste la « marque de fabrique » de l'EMDR. Les premiers travaux dans ce domaine ont étonné par leur efficacité, dans un contexte épistémologique fort d'enjeux. L'épistémologie est une branche de la philosophie qui étudie la connaissance scientifique en générale. Elle a pour objet « l'étude critique des postulats, conclusions et méthodes d'une science particulière, considérée du point de vue de son évolution, afin d'en déterminer l'origine logique, la valeur et la portée scientifique et philosophique » (définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]). En d'autres termes, l'épistémologie étudie l'évolution des paradigmes scientifiques, soit la « conception théorique dominante ayant cours à une certaine époque dans une communauté scientifique donnée, qui fonde les types d'explication envisageables, et les types de faits à découvrir dans une science donnée » (CNRTL). Il est ainsi impossible de concevoir toute pensée scientifique sans concevoir le contexte dans lequel elle s'inscrit, car c'est ce même contexte qui va orienter non seulement la méthode de recherche, mais également les résultats que nous souhaitons obtenir. L'EMDR ne fait pas exception à ce principe. Dans cet article, nous souhaitons proposer une réflexion historique et épistémologique sur cette psychothérapie, depuis les études inaugurales jusqu'aux dernières méta-analyses. Nous survolerons l'héritage que l'EMDR nous laisse au travers des très nombreuses études d'efficacité pour ensuite expliciter les enjeux actuels et à venir de cette psychothérapie encore mal comprise, mal définie, mais qui étonne chaque jour un peu plus les cliniciens sur le terrain.

1. L'HERITAGE DE LA PSYCHOTHERAPIE EMDR

1.1. CONTEXTE HISTORIQUE

Les années 1980 sont marquées par plusieurs tournants majeurs dans le monde de la psychologie. L'étude du psychisme humain étant jusqu'alors l'exclusivité de la psychanalyse,

on voit l'essor des Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) venues d'Outre-Atlantique. A la même période, l'American Psychological Association (APA, 1980) publie la troisième version de son Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-III) qui est la première tentative de classification des troubles mentaux, définissant des critères diagnostics standardisés et des catégories. Ces deux événements sont d'autant plus importants dans un contexte qui voit également le développement des travaux sur les psychotropes. L'enjeu est donc de taille, il convient de réaffirmer l'efficacité et la pertinence de la psychothérapie dans la prise en charge de la santé mentale avec des méthodologies rigoureuses (APA, 2002). Cela est rendu possible grâce à des thérapies « manualisées », au sens de déterminées par un manuel, comme le sont les TCC, autrement dit avec une procédure standardisée, et avec une conception de la psychopathologie catégorielle avec des critères également standardisés et donc objectivables. Aussi, pour se faire une place de choix dans un tel contexte, il convient d'emprunter les codes des travaux sur l'efficacité des psychotropes et d'inscrire l'étude de l'efficacité de la psychothérapie dans une approche Evidence-Based Medicine (EBM) ou médecine fondée sur les preuves. La médecine fondée sur les preuves, ou médecine factuelle, fut d'abord une méthode pédagogique puis une école de pensée visant à « faire que la médecine soit, non plus un art, mais une science, tout en conservant sa dimension humaine » (Rosenheim, 2004). Il s'agit de ne plus s'en tenir seulement à une approche physiopathologique et à son intuition clinique, mais à ajouter l'application rigoureuse de preuves documentées par la littérature scientifique. Ces preuves, ensuite, sont mis en perspective avec le terrain clinique. Sont considérés alors comme ayant une preuve scientifique établie les essais comparatifs randomisés de forte puissance, les méta-analyses d'essais comparatifs randomisés et les analyses de décision fondée sur des études bien menées (Haute Autorité de Santé, 2013). C'est dans ce contexte d'évaluation des psychothérapies, qui devait apporter la preuve de leur légitimité, que l'EMDR a fait son apparition et s'est développé, dans un contexte où les ECRs dans le domaine s'étaient imposés comme des méthodologies de choix pour l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie.

1.2. LES DEBUTS DE L'EMDR

La découverte puis l'étude de l'EMDR s'inscrivent dans ce contexte historique fort d'enjeux pour assurer la pertinence de la psychothérapie. Après sa découverte fortuite en mai 1987, c'est seulement six mois et 70 patients volontaires plus tard que Francine Shapiro (1989) conceptualise ce qui n'était encore que l'EMD (*Eye Movement Desensitization*). A l'époque,

l'EMD s'inscrivait dans un paradigme comportemental et avait pour objectif de diminuer l'angoisse associée à des souvenirs traumatiques, tels que définis par les critères du DSM-III. Cette même année, un premier Essai Contrôlé Randomisé (ECR) auprès de vétérans du Vietnam (dont le célèbre « patient Doug ») et de personnes victimes de viols ou de violences souffrant d'un ESPT (État de Stress Post-Traumatique, aujourd'hui Trouble de Stress Post-Traumatique ou TSPT dans le DSM-V) est réalisé. A cette époque, Francine Shapiro avait construit une phase de préparation (phase 3 du protocole standard) très rigoureuse, précisant tous les points que nous utilisons encore aujourd'hui. Les résultats étaient sans équivoques et cette étude pilote est alors devenue l'une des premières études contrôlées évaluant l'efficacité de l'EMD sur la symptomatologie de l'ESPT (Shapiro, 1989).

Les études se sont multipliées, incluant des travaux d'autres équipes de recherche. Les très nombreux cas évalués permettent de comprendre que non seulement les souvenirs traumatiques sont désensibilisés mais qu'une restructuration cognitive des souvenirs est à l'œuvre simultanément, générant chez le patient des insights spontanés et l'augmentation du sentiment de sa propre efficacité. Fort de ce constat, en 1990, l'EMD devient l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Ce changement de nom marque un changement de paradigme, quittant le modèle comportemental pour un modèle plus intégratif (Shapiro, 2007), particulièrement inspiré par la deuxième vague des thérapies cognitives. On comprend à cette époque que ce n'est pas tant les événements extérieurs objectifs qui peuvent entraîner une perturbation émotionnelle mais bien la représentation que nous en avons et que de « simples pensées » peuvent enclencher des émotions.

Francine Shapiro était soucieuse de faire reconnaître l'EMDR et de l'étudier avec beaucoup de rigueur, en témoignent les nombreuses recherches qu'elle avait conduit depuis 1987 et les nombreux ECRs et méta-analyses réalisés depuis, imposant ainsi l'EMDR comme une thérapie de choix dans le traitement du TSPT reconnue par les instances nationales et internationales de santé (Haute Autorité de Santé, 2007; INSERM, 2015; Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

1.3. L'EMDR AUJOURD'HUI

Depuis les années 1990 et sur ces dix dernières années, on dénombre près d'une trentaine de méta-analyses relevant l'efficacité de l'EMDR. Pour n'en citer que quelques-unes, près d'une dizaine démontre une efficacité sur la réduction des symptômes post-traumatiques chez les

adultes (Balkin et al., 2022; L. Chen et al., 2015; Y.-R. Chen et al., 2014; Karatzias et al., 2019; Khan et al., 2018; Mavranetzouli, Megnin-Viggars, Daly, Dias, Welton, et al., 2020; McLean et al., 2022; Semerci & Uzun, 2023; Thompson et al., 2018; Turrini et al., 2021; Verstrael et al., 2013). Certaines études s'intéressent plus spécifiquement aux symptômes dépressifs, quoique la plupart du temps associés au tableau clinique du TSPT (Carletto et al., 2017, 2021; Dominguez et al., 2021; Sepehry et al., 2021), une autre encore aux symptômes anxieux spécifiquement (Yunitri et al., 2020). Enfin, un petit nombre d'études s'intéresse particulièrement aux enfants et adolescents (Brown et al., 2017; Hoogsteder et al., 2022; John-Baptiste Bastien et al., 2020; Lewey et al., 2018; Mavranetzouli, Megnin-Viggars, Daly, Dias, Stockton, et al., 2020; Simmons et al., 2021).

Les méta-analyses, comme les ECRs, font partie des travaux de grade A, c'est-à-dire avec le plus haut niveau de preuve scientifique selon les critères de la Haute Autorité de Santé (2013) car fondés sur les faits. Considérant cette force méthodologique, de tels travaux laissent à penser que l'efficacité de l'EMDR, particulièrement dans le domaine du TSPT, n'est plus à démontrer. Le pari de Francine Shapiro est réussi, l'EMDR étant aujourd'hui reconnue et recommandée par des instances internationales (Organisation Mondiale de la Santé, 2015) dans le traitement du TSPT. Fort de cet héritage, il convient aujourd'hui d'aller plus loin. En effet, si les travaux démontrent bien son efficacité sur bon nombre d'indicateurs de santé perçue, la question de ce qui se joue durant cette psychothérapie anime le débat au cœur de la communauté scientifique actuelle, amenant l'EMDR à faire face à de nouveaux enjeux.

2. LES ENJEUX ACTUELS DE LA PSYCHOTHERAPIE EMDR

2.1. CONTEXTE HISTORIQUE DE L'ÉVALUATION DES PSYCHOTHERAPIES

Les enjeux actuels et à venir de l'EMDR se situent plus largement dans un contexte de recherche ayant bien évolué depuis la naissance de cette psychothérapie. Lorsque, de manière générale, la psychothérapie fut reconnue comme efficace dans le traitement des troubles psychiatriques (INSERM, 2004), les études d'efficacité en psychothérapie se sont ensuite attachées à comparer les psychothérapies entre elles afin de déterminer laquelle était la plus efficace. L'EMDR a suivi cette tendance de recherche, en comparant l'application du protocole EMDR standard tel que conceptualisé par Shapiro (2007) avec d'autres approches, majoritairement les TCC (L. Chen et al., 2015; Khan et al., 2018) dont elle emprunte beaucoup de techniques. Au total, près

de 2000 études ont été réalisées afin de comparer les différentes formes de psychothérapie. Le constat fut le suivant : les différences observées entre les psychothérapies comparées sont faibles et non-significatives (Luborsky et al., 2002). Autrement dit, « ce qui semble ressortir de ces recherches, c'est qu'aucune thérapie ne permet d'induire plus de changements thérapeutiques – évalués par le thérapeute, le client et des observateurs – que les autres » (Jaeken et al., 2015 citant Lecomte, 2009). Cet effet est appelé en anglais le *Dodo bird effect* (Wampold et al., 1997) en référence à l'ouvrage *Alice au pays des merveilles* lorsque l'oiseau « Dodo », au terme d'une course, s'exclame « tout le monde a gagné, et tout le monde aura un prix [Everybody has won and all must have prizes] » (Carroll, 1869).

Un autre mouvement de recherche a alors vu le jour afin de déterminer quel type d'intervention était le plus adapté pour quel trouble spécifique, suivant ainsi la tendance influencée par l'EBM dans une volonté de classer les troubles avec leurs traitements les plus efficaces. L'EMDR a également suivi cette tendance, en témoigne le développement de nombreux protocoles spécialisés dans le but de s'adapter à différentes problématiques ou populations (Rydberg, 2017, 2019). Or, si ce parti pris apparaissait nécessaire pour pouvoir assumer l'intérêt de l'EMDR dans le traitement des troubles mentaux et particulièrement post-traumatiques, on en atteint aujourd'hui les limites. L'EMDR, et par extension la psychothérapie, ne peut être étudiée comme un médicament, et ce, pour plusieurs raisons que nous allons expliciter ci-dessous.

2.2. AU-DELA DE L'ECR, LE GOLD STANDARD EN MATIERE D'EFFICACITE

La très grande majorité des méta-analyses évaluant l'efficacité de l'EMDR sur les symptômes post-traumatiques incluent des ECRs (L. Chen et al., 2015; Y.-R. Chen et al., 2014; Karatzias et al., 2019; Khan et al., 2018; Mavranezouli, Megnin-Viggars, Daly, Dias, Welton, et al., 2020; McLean et al., 2022; Turrini et al., 2021; Verstrael et al., 2013) ou a minima des études contrôlées non randomisées (Balkin et al., 2022; Semerci & Uzun, 2023). Un ECR de bonne qualité suppose une méthode très rigoureuse où chaque paramètre susceptible d'influencer la variabilité d'une intervention (dans notre cas, une intervention psychothérapeutique) est contrôlé autant que possible. Le groupe expérimental est comparé à un groupe contrôle ou groupe témoin, et les participants, après une étape de recrutement et d'inclusion suivant des critères précis, sont attribués aléatoirement à l'un des deux groupes. Cette randomisation permet notamment de contrôler le biais de sélection, qui amènerait le groupe expérimental à ne pas être représentatif de la population cible. Ainsi, les deux bras (au minimum) de l'étude se veulent

globalement équilibrés, avec des caractéristiques communes dans les deux groupes de participants. L'effet de la randomisation est ensuite protégé, idéalement, par deux mesures supplémentaires (Gauvain, 2021; Mansournia et al., 2017) : Premièrement, l'expérimentateur doit être aveugle au groupe d'attribution du participant (*allocation concealment*), ceci afin de pallier le biais d'évaluation et de performance. C'est la raison pour laquelle la randomisation effectuée informatiquement est préférable (L. Clark et al., 2016). Plus encore, le patient lui-même est aveugle au traitement qu'il reçoit (conception en double-aveugle). Deuxièmement, l'analyse doit préférentiellement se faire en intention-de-traiter (*intention-to-treat*, ou *ITT*). L'analyse en ITT est recommandée car plus proche des conditions réelles de la pratique clinique : les résultats sont analysés quel que soit le traitement reçu et l'évolution dans l'étude, à la différence de l'analyse en per protocole où des exclusions de participants peuvent être faites après randomisation (par exemple : patients non observants au traitement exclus de la base de données).

Il est indéniable que ce design méthodologique permet une grande validité interne, autrement dit d'avoir un degré de certitude suffisamment important pour affirmer que les résultats obtenus sont bien dus à l'intervention réalisée. Cependant, les ECRs présentent de sérieuses limites, particulièrement dans l'évaluation des psychothérapies (Thurin, 2016). En effet, comme d'autres interventions en matière de changements de comportement en santé (Campbell et al., 2000; Tarquinio et al., 2015), la psychothérapie est une intervention dite complexe (Craig et al., 2013; Craig & Petticrew, 2013), considérant : (1) le nombre de composantes interagissant entre elles ; (2) le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent l'intervention (dans notre cas : les psychothérapeutes) et ceux qui la reçoivent (les patients) ; (3) le nombre et la variabilité des résultats ; (4) ou encore le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention. La procédure des ECRs est opérationnalisée et standardisée, et même si la psychothérapie peut l'être aussi sur certains aspects (ex : nombre de séances fixé à l'avance, protocole de travail...), elle demeure très difficile à standardiser puisqu'elle est l'effet de la rencontre entre le patient et le thérapeute, cette rencontre étant elle-même soumise à des paramètres individuels importants (tant du côté du patient que de celui du thérapeute) et environnementaux. Si les ECRs témoignent d'une grande efficacité dès lors qu'il s'agit d'évaluer un facteur unique et isolé, ils ne peuvent rendre compte de cette complexité à l'œuvre, qui définit pourtant la notion même de psychothérapie (validité externe faible des ECRs). En effet, la psychothérapie est, par définition, un système en mouvance permanente qui convoque de multiples facteurs qui interviennent tous en parallèle, parfois de manière minime. Ces

facteurs, plus ou moins implicites, ne sont pas seulement des variables qu'il faudrait contrôler. Ils participent au processus de changement qu'est la psychothérapie et plus encore, au soin psychothérapeutique lui-même (Thurin, 2009; Thurin & Briffault, 2006), parfois sans même que le thérapeute lui-même ne s'en rende compte. La transférabilité des résultats est donc, sur ce point, limitée. La conception en double-aveugle est ainsi impossible au sein d'une psychothérapie, patient et thérapeute ne pouvant être aveugles aux conditions de l'expérience, la subjectivité du thérapeute (en interaction avec celle du patient) étant un élément clé du processus. Sans cet engagement des deux parties, il ne peut y avoir d'efficacité dans le soin. Plus encore, l'EMDR est régulièrement résumée à l'application des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) qui, bien qu'encore souvent controversées, joueraient un rôle clé dans l'efficacité de la thérapie (C. W. Lee & Cuijpers, 2013a). Notre propos ici n'est pas d'entrer dans le débat de l'efficacité des SBA, qui n'est pas l'objectif de notre réflexion et qui appartient aux neurobiologistes. Il n'est pas non plus question de rejeter la pertinence de ces travaux, souvent de grande qualité et qui permettent des avancées majeures dans la compréhension de ce qui est mobilisé chez le patient. Mais ces travaux oublient ou écartent celui qui est de l'autre côté du geste : le psychothérapeute. De tels travaux en viennent souvent à résumer l'efficacité de l'EMDR à l'efficacité des SBA. Or, avant d'avoir une action neurophysiologique, l'EMDR est une psychothérapie et ne saurait être pensée sans son thérapeute. Ces travaux considèrent les SBA, et particulièrement les mouvements oculaires, comme étant le médiateur le plus important susceptible d'expliquer l'efficacité de l'EMDR mais ne considèrent aucunement l'évaluation multimodale de la psychothérapie et de l'effet cumulé des autres composantes de la thérapie (Rydberg & Machado, 2020). Dans de telles recherches, les arguments psychologiques demeurent empiriques (Landin-Romero et al., 2018). Si ces travaux sont aussi nécessaires qu'intéressants, ils résument la complexité de l'EMDR, la considèrent comme une technique qui peut s'appliquer en tant que telle, indépendamment de son thérapeute, alors même que d'un thérapeute à un autre, ce n'est plus nécessairement de la « même psychothérapie EMDR » dont il s'agit. Plus encore, ces recherches réduisent cette complexité à la stricte application du protocole standard.

2.3. AU-DELA DE L'APPLICATION STRICTE DU PROTOCOLE EMDR STANDARD

Dans un ECR, l'intervention est, par définition, standardisée. De ce fait, il est fréquemment précisé dans les procédures de ces recherches que les thérapeutes ont pris en charge les patients

participants à l'étude en suivant scrupuleusement les étapes du protocole standard telles que conceptualisées par Shapiro (2007), en général sans que celui-ci ne soit associé à d'autres modalités. Dans de tels dispositifs de recherche, l'application très stricte du protocole est en général vérifiée, soit en direct en cas de captation vidéo, soit a posteriori en évaluant le bon respect du protocole par un tiers ou a minima en demandant au thérapeute de coter, sur une échelle de 1 à 10 par exemple, à combien il estime avoir respecté le protocole standard. Certes, de telles contraintes permettent de standardiser la thérapie et de s'assurer autant que possible d'une homogénéité des pratiques entre les thérapeutes participants aux recherches (forte validité interne : les résultats sont fiables et sont dus à l'intervention réalisée). Cependant, dans la réalité clinique, rares sont les thérapeutes appliquant le protocole aussi fidèlement (faible validité externe : les résultats ne sont pas transposables dans une situation différente). Les thérapeutes s'en écartent de manière plus ou moins importante pour différentes raisons potentielles : (1) Formés à différentes techniques et psychothérapies, les thérapeutes peuvent combiner certaines approches, changer de stratégie en cours de route et se laisser inspirer par les autres formations qu'ils ont suivi ; (2) Fort de leur expérience gagnée avec les années, certaines étapes du protocole peuvent être sautées, confondues ou administrées dans un autre ordre ; (3) Enfin et surtout, les thérapeutes s'écartent du protocole pour rester au plus proche de leur patient.

La présence de nombreux protocoles EMDR spécifiques aurait déjà dû nous interroger. Ceux-ci ont vu le jour dans le but de s'adapter à différentes problématiques ou populations, amenant parfois à prendre des libertés conséquentes du protocole standard, voire en s'éloignant très nettement de ce qui peut être caractéristique de l'EMDR, mais qui pourtant ont des résultats comparables (Rydberg, 2017, 2019).

Dans un article précédent (Machado et al., soumis), nous avons étudié cet écart entre la prescription (le protocole standard) et la psychothérapie telle qu'elle est pratiquée, sous l'angle de la clinique de l'activité (Clot, 2008). Cette branche de la psychologie du travail situe bien le cœur du métier dans l'interaction entre ce qui est prescrit et ce qui est effectivement réalisé (Duboscq & Clot, 2010). Le métier de psychothérapeute amène bien au-delà du protocole standard, fort de son inventivité, de son intuition clinique et de son ajustement permanent à son patient, y compris dans une psychothérapie aussi manualisée qu'est l'EMDR. Durant la désensibilisation (phase 4), pour ne citer qu'un exemple, c'est particulièrement au travers des tissages cognitifs que le thérapeute met de son intelligence clinique pour servir la technique qu'il suit, faisant de cet ajustement le cœur de la pratique clinique de l'EMDR (Steffens, 2017). Contrairement au postulat du modèle EBM, nous affirmons que la pratique clinique, qu'elle

soit médicale ou psychothérapeutique, demeure et doit demeurer un art. Des règles rigoureuses et extrêmement précises existent aussi dans le monde artistique. Il y a des écoles de pensées, des modèles de techniques, des codes universels... Ces prescriptions sont transmises au sculpteur ou au peintre, pour qu'ensuite il les transcende et se les approprie, qu'il laisse parler une forme de génie, d'inspiration, qui fera tout le chef d'œuvre de son travail. D'un technicien de l'art, il deviendra un artiste. L'art ne devrait s'opposer à la science, tout comme le raisonnement intuitif a longtemps été opposé au raisonnement analytique. Certes, la seule inspiration est insuffisante et une approche rigoureuse au service de la méthode doit être maintenue en priorité (Schulte & Eifert, 2002). L'intuition doit servir la méthode. Mais même en médecine, il est recommandé de suivre ce sentiment instinctif, d'une part dans le pressentiment que quelque chose ne va pas pour le patient, et d'autre part pour se réassurer dans une décision de traitement ou de diagnostic (Stolper et al., 2009, 2011). Les ECRs ne rendent pas du tout compte de cette profondeur, pourtant si essentielle à l'exercice du métier de psychothérapeute.

Ces mêmes éléments sont observés quant à la méthodologie de la méta-analyse, pourtant gage de rigueur dans la littérature scientifique, mais qui s'inscrit, elle aussi, dans un paradigme épistémologique importé exclusivement des sciences naturelles (Zimmermann & Pomini, 2013), difficilement transposable aux sciences humaines et à l'étude d'un processus aussi complexe que l'est la psychothérapie, et d'autant plus l'EMDR qui convoque de nombreux paramètres différents dans son approche. Il ne s'agit pas de rejeter l'intérêt scientifique de ce type d'études qui permet, grâce à la robustesse de la méthodologie employée, de démontrer l'efficacité d'une intervention au travers d'indicateurs préalablement choisis. Mais ce type d'étude aborde peu ce qui se joue durant une psychothérapie. Certes les indicateurs choisis sont fiables dans les ECRs mais ils ne peuvent se résumer à la psychothérapie toute entière, qui convoque beaucoup plus d'éléments. C'est ainsi qu'on voit émerger un troisième mouvement de recherche, qui tente d'intégrer cette complexité dans ces designs méthodologiques.

3. LES ENJEUX A VENIR DE LA PSYCHOTHERAPIE EMDR : IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

3.1. VERS UN NOUVEAU MOUVEMENT DE RECHERCHE : PENSER LA COMPLEXITE

Étymologiquement, le terme de complexité vient du latin *complexus*, signifiant « ce qui est tissé ensemble ». Notre monde est régi par ce tissu de complexité : aucune entité dans la nature, en réalité, n'est isolée d'une autre. Seuls nos objets d'étude le sont. La psychothérapie est, par définition, une intervention complexe car elle convoque de multiples facteurs, tous interdépendants et en perpétuelle interaction les uns avec les autres. C'est un système dynamique, composé au minimum de deux sous-systèmes, celui du patient et celui du psychothérapeute. Notre paradigme scientifique dominant Evidence-Based Medicine, héritage de la pensée cartésienne depuis le XVIIIe siècle, avait coutume de découper les objets d'étude en des unités les plus élémentaires possibles (Morin, 2014). Certes, par cette approche il fut possible de développer une grande expertise sur des objets d'étude très précis, en sciences naturelles comme en sciences humaines. En psychothérapie, les études (Gérin et al., 1991; Gérin & Dazord, 1992) évaluaient principalement les composantes à l'œuvre en étudiant : (1) soit les processus, autrement dit les variables sur ce qui se passe pendant la psychothérapie (comportements du thérapeute, du patient, techniques utilisées, facteurs relationnels) ; (2) soit les caractéristiques du thérapeute (orientation théorique, formation, expérience...) ou celles du patient (informations démographiques, cliniques, psychologiques...); (3) soit les effets cliniques observables par rapport à un groupe témoin, la majorité de ces études se centrant sur ce dernier aspect (Thurin & Briffault, 2006). Mais en voulant *faire science*, la psychothérapie a tronqué sa complexité en se résumant à une addition de variables à investiguer ou à contrôler, perdant de vue les nombreuses interactions à l'œuvre y compris celles inconscientes, alors même qu'elles participent non seulement à son efficacité, mais à sa définition même.

A ce jour, la science est capable de construire des modèles explicatifs compliqués, non complexes. Dans le champ de la santé, nous devons cette distinction de notions à Glouberman et Zimmerman (2002). Un problème compliqué nécessite une expertise de haut niveau pour pouvoir le résoudre. Plus les niveaux d'expertise se multiplient, se complètent, plus la probabilité d'obtenir les résultats attendus est élevée. En revanche, si un problème complexe

peut être un ensemble de problèmes compliqués, il ne peut en même temps s'y résumer (Goodwin, 1994). L'expertise ici, bien que nécessaire, n'est pas suffisante pour garantir la certitude des résultats. Glouberman et Zimmerman (2002) en proposent l'illustration suivante : un problème compliqué serait d'envoyer une fusée sur la lune tandis qu'un problème complexe serait d'élever un enfant. Un système complexe est ainsi caractérisé par l'incertitude et l'imprévisibilité, la non-linéarité, où les différents acteurs coexistent, s'adaptent et sont interdépendants, et où la solution est finalement interne au système (Glouberman & Zimmerman, 2002; Shiell et al., 2008).

La psychothérapie, en tant que système complexe, pose alors de sérieux défis méthodologiques dans son évaluation multimodale, s'agissant d'un processus subtil, subjectif et individuel, difficile à quantifier. Il n'est plus question aujourd'hui de se limiter à des ECRs et de réduire l'efficacité d'une psychothérapie à la réduction des indicateurs de santé perçue, souvent auto-rapportés par les patients. Dans le cas de l'EMDR, il ne s'agit plus de rendre compte de son efficacité au travers de la diminution des symptômes post-traumatiques mais bien de retrouver la réalité clinique.

Face à ce défi, des travaux ont tenté de penser une nouvelle manière de saisir la psychothérapie d'un point de vue méthodologique. Parmi ces travaux, nous retiendrons les études intensives de cas et notamment les travaux de Thurin (2009) ainsi que l'étude de la psychothérapie au travers d'une approche pragmatique (Blanchet, 2016). La psychologie pragmatique suppose une vraie bascule épistémologique. Classiquement, portée par une épistémologie dite positiviste, l'objectif de toute science et de chercher une connaissance objective générale à travers des designs méthodologiques, certes croisés avec la clinique, mais qui restent expérimentaux. Dit autrement, l'épistémologie positiviste élabore des hypothèses à tester expérimentalement (Evidence Based Medicine), et s'il y a des preuves empiriques, on en tire des résultats (Evidence Based Practice). Elle fonctionne donc par *déduction* pour ensuite généraliser ces résultats. Telle est la grande force de ce modèle. Mais cette déduction ne dit rien des processus à l'œuvre. L'épistémologie pragmatique, à l'inverse, invite à considérer la « connaissance-en-contexte » (et non plus connaissance objective générale) comme fondamentale par l'étude systématique de cas particuliers (Fishman, 2000). Elle affirme que les études de cas particuliers doivent être le point de départ et le point d'arrivée de toute recherche. Sa démarche est intégrative, car elle associe d'une part des structures d'études de cas et des analyses quantitatives standardisées, avec d'autre part des analyses de cas très détaillées. La généralisation est ici possible par

induction d'un dispositif à un autre, grâce à la standardisation des dispositifs (Fishman, 2000). Ces travaux ont la grande qualité de ramener la recherche au cœur de la clinique, avec une finesse d'analyse tout à fait intéressante, s'inscrivant ainsi davantage dans le champ des études naturalistes d'efficacité réelle (*effectiveness studies*) par opposition aux études d'efficacité potentielle (*efficacy studies*) telles que sont classiquement les ECRs. Ces travaux posent là ce qui est peut-être le défi de la psychothérapie de demain : allier recherche et clinique à un même niveau. L'étude des processus à l'œuvre en EMDR ne fait pas exception et nécessite d'opérer cette bascule épistémologique. En se rapprochant de la réalité clinique, c'est aussi redonner une place centrale au grand oublié des designs méthodologiques : le psychothérapeute.

3.2. LE PSYCHOTHERAPEUTE : LE PIVOT DE L'EMDR

En résumant la thérapie EMDR à l'application stricte de son protocole standard, voire à ses SBA uniquement, les ECRs et méta-analyses en ont oublié toute la richesse et l'intelligence que le thérapeute met dans l'application de cette psychothérapie. Une littérature pourtant d'une grande richesse met en lumière les processus à l'œuvre en psychothérapie. Retenons à titre d'exemple l'ajustement permanent du thérapeute à son patient sans qu'il soit toujours en mesure de justifier les raisons de cet ajustement (Schön, 1984; Steffens, 2017), l'intuition clinique qui motive bon nombre de comportements (Bove & Rizzi, 2009; Witteman et al., 2012), y compris en médecine (Stolper et al., 2009, 2011), ou encore la si essentielle relation thérapeutique, reconnue comme un élément central de changement (Lambert & Barley, 2001; Norcross & Lambert, 2011).

A notre connaissance, aucune étude sur l'efficacité de l'EMDR ne considère la relation thérapeutique. Seuls des articles de positionnement proposent des réflexions à ce sujet d'une grande qualité. Il y est précisé que cette relation est d'une grande importance par son caractère prévisible et sécurisant, par contraste avec le matériel négatif que le patient doit traverser d'une grande imprévisibilité (Dworkin, 2005; Dworkin & Errebo, 2010). Piedfort-Marin (2018) fait le parallèle entre les dynamiques transférentielles et le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI), où le matériel stocké de manière dysfonctionnelle chez le patient s'activerait en contact avec la situation thérapeutique, le thérapeute lui-même, ou la relation thérapeutique. Cette dernière n'est alors plus seulement une variable parmi d'autres à considérer dans la complexité de la thérapie mais bien le vecteur par lequel le soin est réalisé. Cela est d'autant plus paradoxal que des auteurs (Hase & Brisch, 2022) remarquent que l'alliance

thérapeutique peut s'établir rapidement en EMDR, grâce à la prédictibilité des comportements du thérapeute. A nouveau, il n'est pas question d'ignorer la pertinence du protocole standard, mais plutôt de mettre le focus sur une relation thérapeutique de bonne qualité pour permettre une application optimale.

Ce constat est également soutenu par la très riche littérature s'intéressant aux facteurs communs, par opposition aux facteurs spécifiques en psychothérapie. Jaeken et al. (2015) rapportent la contribution importante d'auteurs (Lambert & Barley, 2001; Lambert & Ogles, 2004) ayant répertorié les variables responsables du changement psychothérapeutique, qu'ils ont classés en quatre catégories : (1) les facteurs extérieurs à la thérapie (événements, soutien social...) ; (2) les attentes du patient/client (croyance en l'efficacité de la thérapie, effet placebo...) ; (3) les techniques thérapeutiques spécifiques (hypnose, désensibilisation...) ; et (4) les facteurs communs (empathie, acceptation inconditionnelle, caractéristiques du patient ou du thérapeute, l'alliance thérapeutique ou des variables liés au processus psychothérapeutique lui-même...). Ces facteurs communs renvoient à ce qui appartient au cadre de la psychothérapie (psychothérapeute, psychothérapie, patient) et qui n'appartient pas spécifiquement à une approche (Lambert, 2005). Les auteurs démontrent que la catégorie n°4 (facteurs communs à toutes formes de psychothérapie) explique 30% de l'efficacité de la thérapie. Les attentes du patient (catégorie n°2) et les techniques spécifiques (catégorie n°3) sont responsables respectivement de 15% de cette efficacité et la plus grande part explicative de l'efficacité de la thérapie (40%) appartient aux facteurs extra-thérapeutiques (catégorie n°1). Même si ces catégories sont en réalité artificielles puisqu'interdépendantes et dynamiques (Hubble et al., 2012), cette étude signe l'importante très nette des facteurs relationnels et communs, et non des facteurs techniques comme souvent mis en avant dans la plupart des études (Jaeken et al., 2015).

Cette complexité apporte bien plus d'épaisseur à l'EMDR qu'une dimension purement technique car même lorsqu'un clinicien choisit une approche précise, il convoque en réalité inconsciemment des facteurs communs qui sont plus efficaces que les facteurs spécifiques à l'approche qu'il aura choisi (Rosenzweig, 2002). Dans le cas de l'EMDR, certes, le protocole standard est efficace dans le traitement du TSPT, ainsi que l'ont prouvé de nombreuses études. Mais c'est l'EMDR en tant que méthode de travail, et toute la complexité qui la compose, qui est efficace pour le traitement profond d'un patient. C'est par l'intelligence que le thérapeute met dans l'application de cette technique et la qualité de relation avec son patient que le protocole standard peut espérer être efficient. Pourtant, les modèles explicatifs de l'EMDR se

situent exclusivement dans une vision neuropsychologique du psychisme humain, notamment par l'explication de la saturation de la mémoire de travail par les SBA qui modifient la manière dont le souvenir, une fois activé en mémoire, est ensuite reconsolidé (Hagenaars et al., 2017; Matthijssen et al., 2021). A nouveau, si ces travaux éclairent sur le fonctionnement cérébral durant l'EMDR, il n'explique pas ce qui fait que la psychothérapie EMDR soigne, et même guérit.

3.3. ÉVALUER L'EMDR PAR L'ETUDE DU METIER DE PSYCHOTHERAPEUTE

Pour résumer notre propos, la psychothérapie EMDR ne peut se limiter à son étude au travers des ECRs, dans sa stricte application du protocole standard ou dans la seule utilisation des SBA. Une telle affirmation reviendrait à dire que le psychothérapeute n'est pas nécessaire à la prise en charge et pourrait alors facilement être remplacé par une machine ou une intelligence artificielle. Or de nombreux travaux le montrent, le métier est bien plus que ça et se révèle en creux de l'application de la technique (Clot, 2011; Duboscq & Clot, 2010). Le prisme épistémologique de l'Evidence Based Medicine permet une connaissance fine de ces indicateurs mais ne permet pas de saisir les processus à l'œuvre, beaucoup plus nombreux dans une intervention complexe telle que peut l'être une psychothérapie. Il a en effet été démontré qu'un thérapeute ne peut être efficace s'il applique uniquement strictement le manuel auquel il est formé sans s'adapter à son patient, au risque sinon d'impacter la qualité d'alliance thérapeutique et par conséquent le changement psychothérapeutique (Ahn & Wampold, 2001). L'adaptation est absolument nécessaire au patient dans le but de créer une relation de collaboration, ce qui permettra que l'intervention soit efficace (Jaeken et al., 2015; Norcross & Lambert, 2011) grâce à un thérapeute flexible, certes compétent et efficace, mais en accord avec sa personnalité et son style relationnel (Boswell et al., 2010; Jaeken et al., 2015). Dans le cas de l'EMDR, un thérapeute peut considérer cette psychothérapie comme un véritable cadre de travail et une méthode complète tandis qu'un autre peut la mobiliser uniquement techniquement, et dans ce dernier cas, particulièrement au travers des SBA, faisant de l'EMDR une thérapie intégrable à d'autres (Rydberg & Machado, 2020). Francine Shapiro (2007, 2010) elle-même évoquait la spécificité du thérapeute dans son application de l'EMDR. Elle précisait que chaque clinicien, selon son obédience théorique, pourrait retrouver dans l'EMDR des éléments propres à l'approche dans laquelle il s'inscrit, que ce soit dans la compréhension de son fonctionnement ou dans la technique. Ce n'est pas tant qu'il y a « des EMDRs » mais plutôt des styles différents de pratique de l'EMDR.

Le terme de style, en référence au style de métier, est un terme appartenant à la clinique de l'activité. Il renvoie au fait d'articuler les conventions communes au sein d'une profession (vocabulaire commun, procédures communes... et le protocole EMDR standard dans notre cas) pour les retravailler en situation, en fonction des circonstances. C'est par ce mouvement permanent du style que les conventions communes peuvent également espérer s'améliorer (Clot, 2008; Machado et al., soumis). En redonnant une place centrale au psychothérapeute dans l'étude de l'EMDR et à son style de pratique, c'est ainsi répondre à trois défis (Machado et al., 2021) :

- (1) Premièrement, c'est répondre à un défi méthodologique. C'est proposer une porte d'entrée dans l'évaluation multimodale de la psychothérapie. Cela est d'autant plus possible avec l'EMDR par son approche manualisée grâce au protocole standard : il est possible d'observer là où le thérapeute s'en écarte et ce qu'il peut mettre de lui dans l'application de sa technique, rejoignant peut-être le débat des facteurs communs en psychothérapie. C'est comprendre l'efficacité de l'EMDR par la compréhension de ce qu'est le métier de psychothérapeute EMDR, avec l'utilisation de méthodologies inspirées de la clinique de l'activité.
- (2) Deuxièmement, et dans la directe lignée du premier point, c'est répondre à un défi épistémologique. C'est oser la bascule pour passer d'un paradigme scientifique dominé par le modèle EBM qui se limite bien souvent aux critères de jugement cliniques à une approche plus près de la clinique qui permet d'intégrer la notion de complexité et le caractère mouvant de la psychothérapie. La pensée complexe assume le caractère incomplet et incertain de ces modèles (Morin, 2014) mais choisit de mettre l'accent sur les liens entre les différentes entités à l'œuvre plutôt que de chercher à les isoler pour en comprendre leur signification. S'il s'agit d'évaluer un lien et non plus un indicateur, il est alors possible d'évaluer un système dynamique sans chercher à le décomposer.
- (3) Enfin, c'est répondre à un défi clinique. Parce que les psychothérapeutes font bien plus qu'appliquer strictement le protocole standard. D'une certaine manière, les ECRs ont démontré l'efficacité du protocole EMDR standard, mais ils n'ont pas démontré l'efficacité de la psychothérapie EMDR. Dans cette volonté de réaliser cette bascule épistémologique, c'est prendre le terrain clinique comme point de départ et comme point d'arrivée. C'est par cette observation très fine et minutieuse des processus à l'œuvre que nous pourrions espérer élaborer un modèle explicatif psychologique de l'EMDR, et non plus essentiellement dans une visée psychologique, permettant de théoriser le fonctionnement psychique du sujet.

Nous avons proposé un design de recherche qui étudie l'EMDR par le prisme de la clinique de l'activité en interrogeant le thérapeute sur son métier, incluant des dimensions pouvant être pré-réfléchies (Machado et al., in press, corrected proof). Les résultats feront l'objet de futures publications.

CONCLUSION :

Au fil des années, l'EMDR a su s'imposer comme une thérapie de choix dans le traitement du TSPT. Fort de cet héritage, il s'agit aujourd'hui d'aller plus loin, en ne résumant plus l'EMDR à l'application du protocole standard ou à ses SBA dans des designs méthodologiques stricts. Il s'agit plutôt de remettre le psychothérapeute au centre du dispositif. Sa subjectivité fait partie intégrante de la définition même de la psychothérapie et de son efficacité. Elle ne doit plus être ignorée mais intégrée dans des designs de recherches aux méthodologies innovantes, comme peut le proposer la clinique de l'activité, capables de se saisir de cette complexité, au moins pour une part. L'art de la psychothérapie doit pouvoir s'étudier d'un point de vue scientifique. Cela ne sera possible que si nous osons cette bascule épistémologique en nous rapprochant du terrain clinique par l'observation minutieuse et systématique de cas particuliers, dans l'espoir d'en tirer une structure générale, inspirés des approches phénoménologiques ou pragmatiques (Blanchet, 2016; Petitmengin, 2001). La psychothérapie EMDR a déjà proposé une révolution paradigmatique en invitant à remettre la psychotraumatologie au centre de la psychopathologie, loin des conceptions catégorielles de la santé mentale. Il est temps que la recherche suive ce même chemin et ose ce changement de paradigme à son tour, en intégrant la complexité à l'étude de la psychothérapie.

II. L'EMDR DANS L'ŒIL DE LA CLINIQUE DE L'ACTIVITÉ : LE MÉTIER DE PSYCHOTHERAPEUTE (ARTICLE N°2)

Machado, J.^{1,2*}, Rotonda, C.^{1,2} & Tarquinio, C.^{1,2}

*auteur correspondant

¹ Université de Lorraine, Inserm, INSPIRE, F-54000, Nancy, France

² Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, F-57000 Metz, France

NB : Cet article est en cours de soumission dans Les Annales Médico-Psychologiques.

Dans un souci d'homogénéiser la mise en forme, les numéros de tableaux et figures ont été repris pour correspondre à la numérotation de ce document.

RESUME

Objectifs : A travers le prisme de la clinique de l'activité, cet article propose une lecture alternative de l'EMDR, si souvent réduite à sa dimension protocolaire très structurée, et met l'accent sur ce que le psychothérapeute apporte à la psychothérapie bien au-delà de la technique.

Méthode : La méthode relève d'une interrogation de ce qui se joue en psychothérapie et particulièrement en EMDR, en tant que thérapie prescriptive du travail du psychothérapeute au travers du protocole EMDR standard, sous l'angle de la clinique de l'activité. Il s'agit d'étudier la réalité du métier du psychothérapeute avec des méthodologies tirées de cette discipline, dans ce delta entre la technique d'une part et la réalité clinique d'autre part.

Résultats : Au-delà de l'application stricte du protocole EMDR standard, cet article repositionne le thérapeute au centre de la psychothérapie au travers notamment de trois grands piliers : l'ajustement du thérapeute, la relation thérapeutique et l'intuition clinique.

Discussion : Sont discutées en guise de discussion les implications pour la recherche, la formation des psychothérapeutes et la clinique.

Conclusion : Il convient de rétablir le psychothérapeute au centre de la psychothérapie par toute la complexité qu'il mobilise en permanence, ce dont la recherche en EMDR ne rend à ce jour pas du tout compte, alors même que c'est sans doute ce qu'il y met de lui qui fait bien plus soin que sa dimension technique.

Mots-clés : EMDR ; clinique de l'activité ; psychothérapeute ; intuition clinique ; ajustement ; relation thérapeutique

Ce qui se joue en psychothérapie anime depuis longtemps la communauté scientifique. Si les études d'efficacité (*efficacy studies*) se sont multipliées, c'est aujourd'hui bien plus la question des mécanismes à l'œuvre qui est devenue un défi pour les chercheurs. En effet, comment saisir ce qui, par définition, est en perpétuelle transformation ? En ce sens, la psychothérapie peut être qualifiée d'intervention complexe (Craig et al., 2013; Craig & Peticrew, 2013) considérant : (1) le nombre de composants interagissant entre eux, (2) le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent l'intervention (dans notre cas : les psychothérapeutes) et ceux qui la reçoivent (les patients), (3) le nombre et la variabilité des résultats, ou encore (4) le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention. Plus encore, l'évaluation multimodale de la psychothérapie pose deux défis méthodologiques majeurs (Thurin & Briffault, 2006) . D'une part, la prise en charge d'un patient va nécessiter plusieurs approches au cours de son traitement thérapeutique. Le thérapeute va s'adapter en fonction de son patient et convoquer ainsi différentes techniques et mises en pratique, sous-tendues par différents modèles théoriques. C'est guidé par la créativité, propre à la clinique, que le suivi va se construire. D'autre part, des facteurs externes ou facteurs implicites de changement peuvent intervenir et influencer les résultats sans que le thérapeute puisse lui-même les identifier. Ainsi, c'est l'intuition, l'intelligence et le sens clinique du thérapeute qui seront à l'origine de ses initiatives et de ses actions, sans même qu'il puisse lui-même les anticiper. La plupart du temps, (sauf peut-être pour les psychothérapies que l'on qualifie de « manualisée », c'est-à-dire qui répondent à un cadre précis en suivant à la lettre un protocole préétabli et qui par nature escamotent alors les initiatives du thérapeute), les psychothérapies peuvent être considérées comme des espaces de créativité et d'ajustement permanent du thérapeute à la spécificité et à l'identité du patient qui le sollicite et qui est lui-même engagé dans un processus de changement permanent.

La psychothérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) ne fait pas exception. Aujourd'hui reconnue et recommandée dans le traitement du psychotraumatisme (Haute Autorité de Santé, 2007; INSERM, 2015; Organisation Mondiale de la Santé, 2015), la compréhension de ce qui s'y joue reste encore floue. Parmi ses ingrédients actifs, c'est bien trop souvent son protocole standard qui est au cœur des travaux, ainsi que les Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) qui, au-delà de la curiosité et du doute qu'elles ont provoqué au début de cette approche, en sont aujourd'hui le prototype, qu'il s'agisse de mouvements oculaires, de tapotements ou encore de sons alternés. Dans cet article, il s'agira de montrer que même dans une approche aussi standardisée que l'EMDR, la part d'innovation et d'initiative du thérapeute restent incontournables. L'efficacité de cette approche (Y.-R. Chen et al., 2014;

C. W. Lee & Cuijpers, 2013b) a été mise en œuvre notamment grâce à des Essais Contrôlés Randomisés (ECRs) qui demeurent le *Gold Standard* en termes de méthodologie pour montrer l'efficacité d'une intervention (qu'il s'agisse de l'efficacité d'un médicament, d'une intervention en santé publique ou d'une psychothérapie). Dans le champ de l'évaluation de l'EMDR, les ECRs se sont attachés à réduire le plus possible les variations inter-thérapeutes en demandant à ces derniers de respecter à la lettre le protocole standard, voire en écartant des études les cas cliniques et les thérapeutes lorsque ces derniers prenaient trop de liberté par rapport à ce que le protocole exigeait. Or, les ECRs sont une réalité toute particulière qui répond à des exigences bien éloignées de ce qui se passe vraiment dans les cabinets et les institutions qui utilisent l'EMDR. Dans la réalité clinique de tous les jours, même si cette thérapie est éminemment protocolisée, nous restons convaincus que sa fonctionnalité et sa pertinence sont très largement dues à la capacité d'adaptation des thérapeutes, à leur intelligence, leur sens clinique, et leur expérience des patients. Ces derniers ont appris de longue date que la psychothérapie ne pouvait pas se réduire à une application stricte, même du meilleur des protocoles. Ce qui fait l'originalité et la complexité de la psychothérapie c'est la prise en compte de la spécificité de chaque patient et la capacité qu'aura le thérapeute à proposer des aménagements parfois d'une grande finesse pour se situer dans un exercice du métier sur mesure, et donc toujours original. Les méthodologies de la psychologie du travail et en particulier celle de la clinique de l'activité (Clot, 2008) sont les socles d'analyse sur lesquels nous avons pris appui afin de saisir cette spécificité et cette originalité du processus thérapeutique même lorsqu'on se revendique d'une approche dite « figée » a priori et déterminée notamment par une référence au protocole standard de la thérapie EMDR. C'est donc un regard nouveau que nous avons voulu porter sur cette approche afin de dégager toute la richesse de la contribution des thérapeutes, trop souvent passée sous silence au profit d'une vision mécanistique simpliste de l'EMDR qui ne rend ni compte de la richesse de cette approche, et encore moins de l'immense contribution des thérapeutes tout au long de la prise en charge.

1. L'EMDR : UNE PSYCHOTHERAPIE MANUALISEE

La psychothérapie EMDR fait partie, comme c'est le cas pour les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), des psychothérapies dans lesquelles le thérapeute est invité tout au long de sa prise en charge à suivre un cadre extrêmement précis fait de phases ou d'étapes qu'il convient de respecter strictement. En EMDR, le plus célèbre de ces cadres est le protocole standard, composé de 8 étapes (Shapiro, 2007), et qui est au cœur de la formation initiale des

cliniciens. Même s'il en existe de nombreux autres, c'est le protocole standard qui a fait le succès de l'EMDR et pour lequel tout est détaillé, à tel point que les praticiens, malgré quelques ajustements (trouver les cibles, identifier les cognitions, les émotions et les sensations dans le corps), pourraient être réduits à suivre strictement un tel cadre, jusqu'à appliquer au mot près les consignes présentes à chacune des 8 phases. Ce protocole se veut être le fil rouge de la pratique du thérapeute EMDR, en lui offrant une ligne directrice, un cadre, permettant de structurer et de guider sa pratique. En ce sens, l'EMDR peut être qualifiée de psychothérapie « manualisée ». Le [tableau 2](#) ci-dessous résume ces 8 étapes de travail.

[Tableau 2](#) : Les 8 phases du protocole EMDR standard

Phase 1 : Histoire du patient et planification du traitement	Phase d'anamnèse. Évaluation de la symptomatologie du patient, mais aussi de ses ressources et de son niveau de sécurité. Construction du plan de ciblage, autrement dit des souvenirs passés, appelés « cibles », susceptibles d'expliquer les troubles, les déclencheurs actuels qui activent ce matériel et ce qu'il sera nécessaire de développer dans le futur.
Phase 2 : Préparation	Explication de la thérapie EMDR. Préparation du patient au traitement EMDR (par l'enseignement de techniques pour se sécuriser et s'ancrer par exemple).
Phase 3 : Évaluation	Identification des composants de la cible traumatique (image perturbante, croyance dysfonctionnelle, émotions, sensations...) qu'il a été convenue entre patient et thérapeute de désensibiliser.
Phase 4 : Désensibilisation	Phase de traitement de la cible traumatique à l'aide des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) réalisées par le thérapeute. Le patient explore le contenu associé à la cible traumatique jusqu'à la « vider » de tout matériel négatif.
Phase 5 : Installation	Libéré de tout matériel négatif, l'objectif de cette phase est de permettre l'accès au patient au matériel positif, dans une perspective adaptative. Ancrage d'une croyance positive à propos de lui-même.

Phase 6 : Scanner du corps	Phase de vérification de la présence d'un matériel résiduel négatif en demandant au patient de passer mentalement en revue son corps.
Phase 7 : Clôture	Désensibilisation de la cible complète achevée. La stabilité du patient est évaluée et des consignes de sécurité sont transmises. En cas de désensibilisation incomplète, le thérapeute s'assure également de la stabilité du patient avant de clore la séance dans le but de reprendre le traitement à la prochaine séance.
Phase 8 : Réévaluation	Vérification avec le patient de la stabilité du travail de la séance précédente. Il s'agit de déterminer si les effets du traitement ont été maintenus et si un autre matériel a émergé.

2. ÉVALUATION DU PROTOCOLE EMDR STANDARD PAR LES ECRS

Dans la littérature scientifique, de nombreux travaux démontrent l'efficacité de l'EMDR et de son protocole standard dans la prise en charge des symptômes de Troubles de Stress Post-Traumatiques. Méthodologiquement, cette efficacité est démontrée par des Essais Contrôlés Randomisés (ECRs). Classiquement, dans ce genre de design méthodologique, un maximum de paramètres est contrôlé, une sélection rigoureuse des participants est réalisée et les traitements étudiés sont attribués au hasard, par tirage au sort. Une telle méthodologie permet de s'assurer que le résultat obtenu est dû à l'intervention étudiée (forte validité interne) mais ne reflète aucunement la réalité clinique (faible validité externe). Plus encore, les ECRs évaluant l'EMDR nécessitent que tous les thérapeutes qui participent à l'étude appliquent le plus strictement possible le protocole afin que l'on soit certain de ce qui est évalué par l'étude. En effet, des variations dans la mise en œuvre du protocole standard rendraient les résultats des études caduques et introduiraient un biais majeur. Cela reviendrait, par exemple, à évaluer l'efficacité d'un nouvel antidépresseur alors même que les pilules qui seraient distribuées aux participants de l'étude n'auraient jamais le même dosage ; une telle étude n'aurait bien entendu aucune valeur scientifique. C'est pourquoi dans ce genre d'études qui concernent l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies comme l'EMDR, il n'est pas rare de constater des sorties d'études, soit parce que le thérapeute lui-même admet qu'il ne lui a pas été possible de suivre le protocole, soit parce qu'un tiers peut être amené à regarder les vidéos des prises en charge et

à juger si elles sont conformes ou non au protocole standard. En accord avec ces travaux, le protocole EMDR standard démontre donc des effets indéniables dans la prise en charge du Trouble de Stress Post-Traumatique.

Cependant, dans la clinique que les thérapeutes pratiquent en institution ou en cabinet, rares sont ceux qui s'en tiennent strictement au protocole. Une part de liberté plus ou moins importante est prise par rapport à la trame qu'ils suivent, pour rester au plus près de leurs patients, animés par leur expérience, leurs autres formations et leur sens clinique. Ce paradoxe – la prescription, qui correspond au monde de la recherche d'une part, et la pratique thérapeutique telle qu'elle est réalisée, qui correspond au monde clinique d'autre part – n'a, à notre connaissance, jamais été étudié dans le champ de l'évaluation des psychothérapies. Pourtant, une discipline a l'habitude de se saisir de ce paradoxe : la clinique de l'activité.

3. CLINIQUE DE L'ACTIVITE : SAISIR L'ACTIVITE PAR LE LANGAGE

La clinique de l'activité est une branche de la psychologie du travail, initiée par le Pr. Yves Clot (2008), qui définit l'activité en distinguant notamment trois niveaux :

- La **tâche prescrite** se définit comme la « tâche conçue par celui qui en commande l'exécution. Elle préexiste à l'activité qu'elle vise à orienter et à déterminer de façon plus ou moins complète » (Leplat & Hoc, 1983). C'est la fiche de poste du travailleur, le cadre qui va définir le travail dans un contexte donné : les objectifs à atteindre, les moyens et méthodes pour y parvenir, les tâches à réaliser, les conditions de travail, l'environnement, etc. Dans le cas de la psychothérapie EMDR, la tâche prescrite correspond au protocole standard.
- La **tâche réalisée** ou **tâche effective** renvoie à ce que le sujet fait effectivement. Si la tâche prescrite a été minutieusement décrite dans ses buts et ses conditions, alors la tâche réalisée devrait correspondre point par point à la tâche prescrite (Leplat & Hoc, 1983). Dans notre cas, il s'agit de la psychothérapie telle qu'elle est effectivement pratiquée par le thérapeute.
- Le **réel de l'activité** émerge de l'interaction entre la tâche prescrite et la tâche réalisée. Il renvoie à la notion de métier, dans notre cas le cœur du métier de psychothérapeute (Duboscq & Clot, 2010). Il n'est en revanche pas accessible directement dans le dialogue. En effet, tout thérapeute peut parfois s'entendre dire : « je ne sais pas vraiment pourquoi j'ai fait cela, je l'ai senti comme ça », « c'était intuitif ». Cette dimension du réel de

l'activité transcende la dimension purement effective, pratique. Elle est également toute l'activité en puissance qui ne s'est pas réalisée : ce qu'on a échoué, ce qu'on aurait souhaité faire ou ne pas faire, ce qu'on aurait pu faire (Clot, 2011)... finalement tout le métier qui ne s'est précisément pas exprimé. Autrement dit, l'activité, par cette dimension, est inachevable, à la différence des tâches qui la réalisent et qui sont visibles dans un contexte donné, là où le comportement réalisé n'est qu'une infime partie du champ des possibles. Dans le cas d'un métier tel que celui de psychothérapeute, nombreux sont les praticiens ayant suivi *quelque chose* qu'il leur est difficile de justifier pour être au plus proche de leur patient. Le réel de l'activité renvoie à ce « difficile à dire » et va nécessiter une méthodologie particulière pour être saisi, ce que nous développerons ci-dessous.

Ainsi, si le métier se révèle en creux de ce qui est effectivement réalisé, les designs expérimentaux, eux, se centrent exclusivement sur la dimension jugée purement « objective », factuelle, soit sur ce qui est fait dans l'expérience immédiate (Clot, 2011). Dans ces études, le réel de l'activité se retrouve ainsi souvent sacrifié au profit de l'activité réalisée alors même qu'elle pourrait et devrait être la voie d'accès à ce « difficile à dire », ce cœur du métier. Le comportement est pris pour ce qu'il est, en tronquant la dimension en creux derrière le comportement, qui est pourtant la source même de l'activité. Ce serait, pour un biologiste, étudier la croissance d'une plante en la coupant de ses racines, alors même que sans racines, il n'y aurait pas de croissance. Il n'est ici pas question de rejeter en bloc la dimension expérimentale mais plutôt de s'en servir pour accéder à cette dimension pré-réfléchie, inobservable (Clot, 2011; Vygotski, 1927). Dit autrement, en EMDR, l'étude de la technique devrait permettre d'accéder à l'étude du métier, elle doit être un moyen et non une fin en soi. A ce jour, ce n'est pas le cas : l'étude de la technique s'arrête à la technique, et pire encore, la confond avec le métier. Les études d'efficacité en EMDR n'ont jamais prouvé que l'EMDR était efficace, elles ont prouvé que le protocole standard l'était.

De plus, l'exécution d'une technique, quelle qu'elle soit, n'est jamais exactement la même entre les différents professionnels. Il persiste toujours un décalage entre la tâche prescrite et la tâche effectivement réalisée. L'homme ne peut en effet s'apparenter à une machine dans l'exécution automatique de commandes. Car pour réaliser sa tâche, il lui est nécessaire d'avoir intériorisé les prescriptions, au moins pour une part. La tâche réalisée relève donc d'une rationalisation de l'activité. Elle convoque nécessairement une part de subjectivité, indispensable au bon déroulement de l'activité, qui finalement, va bien au-delà des consignes dispensées. Dans le cas de l'EMDR, il s'agit finalement de ce « quelque chose » que le thérapeute va mettre de lui dans

la manière dont il va appliquer le protocole standard (tâche prescrite). C'est toute la part du style du thérapeute qui est en jeu ici. En effet, certaines pratiques font consensus au sein de la communauté EMDR : on sait nos savoirs-faires, on reconnaît nos propres actes et ceux des autres, on se reconnaît également dans le vocabulaire employé... C'est ce que la clinique de l'activité nomme genre professionnel (Clot, 2008). A titre d'exemple, au sein d'un congrès EMDR, on peut entendre « modèle TAI », « SUD », « cognition négative »... Il n'est pas nécessaire de définir davantage. Derrière un terme comme « cognition négative », tout thérapeute EMDR sait précisément de quoi il s'agit (comment la cognition négative doit être construite selon le protocole standard, à quel moment elle intervient, en quoi elle est utile pour le patient...). Le genre marque notre appartenance à un groupe, à la fois en termes de mots communs mais aussi de gestes. C'est une mise en actes, une sorte de mémoire collective de conventions d'actions qui permettent d'agir en étant efficace. Cependant, le genre professionnel n'est pas une norme, auquel cas il serait immuable. Or, parce qu'il est en permanence exposé au réel, il bouge. C'est la part ici du style : on contourne parfois nos conventions d'actions, on s'ajuste, on retouche... Le style permet de retravailler le genre en situation, en fonction des circonstances (Clot, 2008). Dans le cas de la psychothérapie, pour rester au plus proche du patient. Le style du thérapeute est donc en mouvance perpétuelle et participe en même temps à l'élaboration du genre. C'est le subjectif qui est au service de l'objectif. Par ce qu'il met de lui, par ce « difficile à dire », le thérapeute développe ses compétences professionnelles et exerce son métier, s'éloignant plus ou moins du protocole standard.

4. LE METIER DE PSYCHOTHERAPEUTE : AU-DELA DU PROTOCOLE EMDR STANDARD

Nous l'avons vu, les ECRs évaluent la technique du psychothérapeute. Si ce point est absolument nécessaire, il est en même temps incomplet. Le cœur du métier de thérapeute se révèle dans la manière dont il applique sa technique, dans son style, dans ce « difficile à dire », guidé parfois par son intuition, en s'ajustant pour rester synchronisé avec son patient. Indéniablement, le réel de l'activité s'exprime par-delà le protocole standard.

Francine Shapiro, mère de l'EMDR, évoquait ce réel de l'activité sans le nommer tel quel lors d'une interview (Luber, 2009) : « Quand j'utilisais l'EMD dans ce premier centre d'anciens combattants, je filmais les séances et les autres cliniciens observaient les cassettes. Je me souviens avoir dit : "Tout ce que je fais, ce sont des mouvements oculaires." Et ils m'ont répondu

: "Non, ce n'est pas vrai. Vous faites beaucoup plus que ça." Il fallait vraiment que je fasse attention à tous les autres éléments en jeu, et c'était merveilleux de bénéficier du retour d'autres personnes car cela a développé ma conscience de toutes les autres choses que j'apportais à la situation mais qui étaient simplement naturelles pour moi. C'était simplement la personne que j'étais ». La personne du thérapeute apparaît donc centrale. Dans ce delta entre les exigences du protocole et ce qui est effectivement réalisé, le thérapeute met bien quelque chose de sa personne. Le travail du thérapeute EMDR va bien au-delà du respect strict d'un protocole ou encore de l'application de SBA. C'est guidé par son inventivité et sa créativité qu'il prend des libertés pour s'ajuster à son patient, parfois sans être en mesure d'expliquer la raison de ces ajustements. Ce ne sont pas que des mouvements oculaires mais « beaucoup plus que ça » comme le disait Francine Shapiro. Nous l'entendons dans le discours des praticiens : « j'ai fait tel choix car je le sentais comme ça » ou encore « je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça, c'était un pressentiment ». La notion d'intuition thérapeutique apparaît donc centrale, même dans une thérapie aussi rigoureuse que peut l'être l'EMDR. Dit autrement, l'intuition clinique apparaît être un premier ingrédient dans ce cœur du métier, difficile à attraper.

5. L'INTUITION CLINIQUE

Les recommandations tendent à encourager les thérapeutes EMDR à appliquer ce que les manuels leur dictent plutôt que de prendre des libertés, car ce sont bien ces manuels qui ont prouvé leur efficacité. Or, chaque clinicien peut parfois s'écarter plus ou moins des lignes directrices, suivant quelque chose de plus intuitif. La notion d'intuition a fait l'objet d'une littérature très riche dans bon nombre de disciplines (neurobiologie, psychologie cognitive, philosophie, médecine...), mais elle reste un concept encore flou, difficilement distinguable de concepts tels que l'inspiration, l'illumination, l'insight ou encore l'instinct, chaque discipline préférant son vocabulaire. Pourtant, une logique commune semble se dessiner au travers de ces différents concepts. L'intuition est classiquement définie comme une « connaissance directe et immédiate d'une vérité qui se présente à la pensée avec la clarté d'une évidence, qui servira de principe et de fondement au raisonnement discursif » (définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). De nombreux modèles ont tenté d'expliquer ce phénomène. Par exemple, en médecine, c'est davantage sous le terme de sentiment instinctif (*gut feeling*) que ce phénomène est étudié, longtemps considéré en opposition au raisonnement scientifique. Pourtant, les médecins sont vivement invités à suivre leur instinct dans la prise en charge de leurs patients (Charles-Moore, 2019), qu'il s'agisse de suivre un sentiment d'alarme

face au pressentiment que « quelque chose » ne va pas pour le patient, ou à l'inverse pour se réassurer dans une décision de traitement ou un diagnostic. Le soignant doit ainsi, dans cette perspective, naviguer sur un continuum entre raisonnement analytique d'une part et raisonnement intuitif d'autre part pour soigner son patient et prendre des décisions (Stolper et al., 2009, 2011).

En psychologie cognitive, on préférera l'étude de l'intuition au travers des connaissances dites implicites. Il s'agit d'informations qui guident la décision et l'action sans avoir conscience de les connaître, et qui semblent avoir été acquises sans l'intermédiaire de procédés d'analyse et de déduction (Petitmengin, 2001). Michael Polanyi (1974) distingue les « connaissances sur » (*knowledge about*) des « connaissances intimes » (*knowledge of acquaintance*) également appelées « connaissances tacites » (*tacite knowledge*). Ce dernier type de connaissance est dit intransmissible, posant peut-être par-là la différence entre un savoir-faire et un savoir-être. A cet égard, devenir expert d'un domaine reviendrait à abandonner progressivement le raisonnement analytique (observé chez le débutant dans une application scolaire d'une technique par exemple) pour privilégier un raisonnement intuitif. La clinique de l'activité rejoint ce constat lorsqu'elle observe que plus un travailleur devient expert dans son domaine, plus il lui est difficile de parler de son travail. La connaissance devenant de plus en plus implicite, le comportement devient de plus en plus intuitif et autant difficile à expliquer qu'à transmettre. Or, c'est pourtant là tout l'enjeu de l'explicitation et de la transmission du cœur du métier. Dans le cadre de la psychothérapie, c'est bien souvent un apprentissage implicite qui est à l'œuvre, ce qui pose par ailleurs de réelles réflexions quant à la formation des futurs psychothérapeutes (Plantade-Gipch, 2017). En psychothérapie, la notion d'intuition est majoritairement étudiée comme étant une « capacité intuitive » en tant que processus non conscient chez le thérapeute, qui l'amène à identifier avec le patient un mode de traitement efficace ou pour l'aider dans l'élaboration d'un diagnostic. Des auteurs (Bove & Rizzi, 2009) considèrent que la capacité intuitive du thérapeute est liée aux processus d'harmonisation affective et au don de saisir l'état d'esprit de l'autre, ce qu'ils lient étroitement avec la notion d'alliance thérapeutique et d'empathie. D'autres auteurs (Witteman et al., 2012) évoquent la légitimité des intuitions des cliniciens en tant que sources fiables d'informations, dès lors qu'elles sont ensuite testées empiriquement.

Mais l'intuition clinique va plus loin qu'un pressentiment d'ordre purement cognitif. Elle est également, et avant toute chose, éminemment sensorielle. Elle suppose un certain lâcher-prise pour être dans une posture d'ouverture, d'écoute et d'accueil de *ce qui vient* (Petitmengin,

2001). Cette manière d'être au monde serait donc à comprendre comme un réel vecteur de soin (Edwards, 2013; Mlisa & Nel, 2013), amenant avec elle différentes sensations kinesthésiques. Des auteurs (Peña, 2019; Tania, 2014) ont en effet observé que l'intuition serait d'abord ressenti dans la kinesphère, ou zone entourant le corps, et se vivrait ensuite comme une véritable sensation de mouvement intérieur, qui pourrait s'exprimer au travers d'autres codes que notre raisonnement analytique, cette fois relégué au second plan, pour se rapprocher davantage de notre « conscience incarnée » (*embodied awareness*) dans le corps (Peña, 2019). Autrement dit, en psychothérapie, il s'agit d'être pour le thérapeute dans une posture de pleine présence et de réceptivité à ce qui est ici et maintenant. Son propre fonctionnement devient objet d'attention, cette compétence étant appelée « conscience réflexive » (Lamboy et al., 2004) qui est associée à l'efficacité thérapeutique. Tout se passe comme si le thérapeute crée un contexte dans lequel il laisse venir ce qui doit advenir. En EMDR, et particulièrement dans la phase de désensibilisation (phase des SBA), il est d'ailleurs recommandé aux thérapeutes de limiter leurs interventions par le dialogue lors de cette phase mais plutôt de créer un contexte sécurisé pour le patient pour ensuite *laisser faire* le processus. Durant le retraitement sans doute plus encore que durant les autres phases, le thérapeute est à l'écoute de son patient mais également à l'écoute de lui-même. Il peut offrir un soutien verbal ou non-verbal mais est avant toute chose le garant du rythme (Hase & Brisch, 2022). Dans ce contexte, tout l'enjeu de la thérapie est alors de repérer les amorces de changement et de s'en saisir au moment opportun (Lê Quang, 2013) guidé par les réflexions, observations cliniques et sensations, plus ou moins consciemment. Ainsi, dans cette posture, le thérapeute EMDR se met au service du processus, ses interventions ayant pour but, notamment au travers des tissages cognitifs, de favoriser ce processus de désensibilisation et de retraitement. Le protocole standard est alors le fil rouge fondamental mais il s'efface au second plan pour amener cette dimension sensorielle du thérapeute, pleinement connecté à ce qui est ici et maintenant, afin de s'ajuster à son patient. C'est cette dimension éminemment sensorielle, au cœur du processus et le nourrissant, qui s'apparenterait à ce réel de l'activité difficile à saisir d'un point de vue méthodologique, et ignorée dans les études d'efficacité de l'EMDR. Cette dimension sensorielle est pourtant d'autant plus importante lorsqu'on sait qu'en psychothérapie, une synchronisation physiologique spontanée entre patient et thérapeute serait à l'œuvre et serait étroitement liée à l'alliance thérapeutique (Tschacher & Meier, 2019; Y. Zhang et al., 2018). En effet, il fut observé un mouvement de compensation, d'alternance et de co-régulation entre patient et thérapeute, particulièrement en ce qui concerne leurs aspects émotionnels (Soma et al., 2019).

Dans le cas du protocole standard de la thérapie EMDR, nous supposons que l'ajustement des thérapeutes à leurs patients les amènent à s'écarter des lignes directrices du protocole. Ces écarts s'effectuent au moins pour une part de manière intuitive comme en témoigne le discours de nombreux cliniciens ne parvenant pas toujours à justifier les raisons de certains choix thérapeutiques ou les pressentiments qu'ils peuvent avoir concernant leurs patients. Tout nous porte à croire que ce serait l'intuition clinique qui s'exprimerait en creux au travers de ce « difficile à dire ». Ceci semble d'autant plus vrai pour les thérapeutes expérimentés qui sont les plus susceptibles de s'écarter du protocole, jonglant entre différentes techniques et thérapies auxquelles ils peuvent être formés mais faisant aussi davantage confiance en leur instinct, contrairement aux thérapeutes débutants qui auront plutôt tendance à une application plus technique et scolaire du protocole, cadre souvent sécurisant pour le junior. A défaut d'être toujours en mesure d'expliquer *pourquoi* avoir eu tel comportement envers le patient, la finalité semble, elle, faire l'unanimité : pour rester au plus proche du patient. C'est ainsi que le thérapeute EMDR s'ajuste à son patient et quitte peu à peu la voie classique de la technique EMDR.

6. L'AJUSTEMENT DU THERAPEUTE

Dans la clinique, tous les thérapeutes diront s'ajuster continuellement à leurs patients, mais cet ajustement n'est pas toujours conscient. C'est ce que Schön (1984) nomme « réflexion en acte » ou « réflexion *dans* l'action » (*reflection-in-action*) lorsqu'il observe des praticiens. En plus de connaissances en acte (*knowing-in-action*), il y a aussi une part de réflexion en acte par l'ajustement du praticien sans pouvoir expliquer ce qu'il fait pour réaliser cet ajustement ni comment il fait. Ce n'est pas seulement réfléchir sur l'action posée, mais bien réfléchir *en cours* d'action. C'est un processus d'autorégulation pendant l'échange avec le patient mais également de « régulation interactive » de la relation thérapeutique (Lecomte, 2009; Lecomte et al., 2004; Plantade-Gipch, 2017), contrairement à la « réflexion *sur* l'action » qui se déroule après-coup, à la manière de ce que le psychothérapeute peut faire en supervision (Saint-Arnaud, 2001).

Dans son étude sur les phases 3 et 4 de la psychothérapie EMDR sous l'angle de la pragmatique, Steffens (2017) a mis en évidence les composantes langagières et le contexte conversationnel spécifiques à la thérapie EMDR. Observant l'application du protocole, elle note que c'est particulièrement au travers des tissages cognitifs que le thérapeute EMDR s'ajuste à son patient dans la pratique clinique, lui proposant ainsi un nouvel univers de pensée, une nouvelle manière

de se représenter le monde auxquels le patient finit par adhérer, acceptant la représentation du thérapeute pour la faire sienne. Steffens place ainsi l'ajustement du thérapeute au cœur de la pratique clinique de l'EMDR. Pourtant, c'est bien l'application du protocole de manière stricte qui fait foi tant dans la littérature scientifique que dans la formation des thérapeutes EMDR alors même que ce serait bien en suivant leur intuition que les thérapeutes font preuve d'ajustement pour rester au plus proche de leurs patients (Witteman et al., 2012).

Ce constat semble également s'élargir à d'autres psychothérapies « manualisées » comme peuvent l'être les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC). Une étude menée par Schulte et Eifer (2002) sur une psychothérapie de type TCC démontre des résultats intéressants qui nuancent cet ajustement. Les auteurs s'appuient sur le modèle duel de la psychothérapie (Schulte, 1996), qui énonce que ce n'est pas tant les méthodes qui seraient responsables d'un moindre succès d'un traitement mais bien la manière dont les thérapeutes appliquent ces méthodes et lignes directrices à chaque patient à un moment de la prise en charge. En effet, pour que la méthode fonctionne, il est nécessaire que certaines conditions de base soient remplies particulièrement du côté du patient, à savoir : (1) la recherche d'un traitement, (2) la coopération, (3) la capacité de se confier et de divulguer quelque chose de son intimité, (4) l'exploration et l'expérimentation de nouveaux modèles de comportement et (5) la (non)résistance comme forme active de non-coopération. Ces comportements sont eux-mêmes influencés par les motifs de consultation, les attentes quant à la thérapie et la relation thérapeutique. Ainsi, l'un des objectifs du thérapeute est de promouvoir un comportement de base chez son patient qui soit en faveur du travail, non seulement au début de la prise en charge mais ensuite de s'en assurer tout au long du suivi. Telles sont les conditions nécessaires à l'efficacité du traitement. Après quoi, son autre objectif est alors d'appliquer les méthodes spécifiques telles que prescrites par son manuel. Dans le cadre de la psychothérapie EMDR, elle-même très inspirée par l'approche cognitiviste, nous observons la même tendance : si la préparation du patient a été pertinente et faite selon les critères énoncés pour la bonne réalisation du traitement (phases 2 et 3 notamment), autrement dit s'il remplit les conditions de base, alors l'application du traitement en tant que tel (phases 4 à 7) peut (et doit) se réaliser de manière très protocolaire, suivant strictement les recommandations du manuel pour *laisser faire* le processus, comme explicité plus haut. L'enjeu de la désensibilisation demeure alors dans le juste choix de la cible à traiter. Dans l'étude menée par Schulte et Eifer, en analysant des vidéos de séances de TCC avec les thérapeutes, les auteurs ont trouvé que les thérapeutes passaient majoritairement durant leur prise en charge, d'une stratégie orientée sur la méthode à une

stratégie orientée sur le processus ou sur le patient. La majorité des décisions des thérapeutes, traduites par des changements d'intentions dans l'analyse de leurs vidéos, étaient de ce deuxième type de stratégie. Or, les résultats démontrent que l'efficacité du traitement est corrélée négativement avec la fréquence de changements d'intentions orientées vers le processus/patient ($r = -.56$) mais positivement avec la fréquence de changements d'intentions orientées vers la méthode ($r = .48$). Le problème n'est donc pas la stratégie orientée vers le processus ou le patient, mais bien sa fréquence d'utilisation qui, employée trop souvent, nuit au résultat. Ainsi, les auteurs concluent qu'une telle stratégie doit être employée dès lors que les comportements allant dans le sens de la méthode TCC s'avèrent problématiques afin de rechercher chez le patient ce qui peut entraver son comportement de base nécessaire au succès de la thérapie, pour revenir dès que possible vers une stratégie orientée vers la méthode. Considérant ces résultats, ils concluent leur travail en énonçant la nécessité de définir des critères empiriques sur lesquels les thérapeutes devraient s'appuyer pour savoir quand réagir, quoi investiguer chez le patient et comment le motiver.

L'ajustement du thérapeute, décrit dans la clinique comme une adaptation fine et nécessaire du thérapeute pour rester au plus proche de son patient, n'aurait donc de sens que s'il lui permet de rester au service de sa méthode. C'est un peu comme s'il s'agissait d'aider un train à rester sur ses rails. Le thérapeute, à la manière d'un chef de gare, a confiance en l'itinéraire et en la sûreté de ses rails, mais encore faut-il qu'il aide et accompagne le train (le patient) à ne pas sortir de son chemin en cours de route, à ralentir lorsque des obstacles se présentent ou au contraire à accélérer pour traverser parfois plus rapidement un paysage et ne pas s'attarder dans une tempête par exemple. Cette métaphore, d'ailleurs, est suggérée par le protocole EMDR standard en phase 2 pour expliquer le processus de la thérapie au patient (Shapiro, 2007). La dichotomie souvent dessinée – la méthode d'une part et la relation thérapeutique d'autre part – apparaît alors bien fautive. L'une ne peut aller sans l'autre. L'ajustement du thérapeute, et par extension la relation thérapeutique, intervient afin de permettre une bonne réalisation de la méthode. Ainsi, il devient impossible de se tenir strictement à ce qui est prescrit : le thérapeute met nécessairement quelque chose de lui dans l'exécution de sa tâche. C'est là une condition nécessaire pour qu'il reste motivé, engagé mais aussi pour qu'il puisse améliorer et faire évoluer la prescription elle-même (Caron et al., 2011). C'est par cette boucle rétroactive que le thérapeute développe ses compétences professionnelles (Lamboy et al., 2004). Le risque, le cas échéant, serait de devoir tordre le patient pour le faire entrer dans un carcan trop rigide et par conséquent perdre le lien avec lui, qui reste pourtant central.

7. LA RELATION THERAPEUTIQUE EN EMDR

De multiples travaux font état aujourd'hui de l'importance de la relation patient-thérapeute pour la réussite d'une psychothérapie (Norcross & Lambert, 2011), l'alliance thérapeutique étant reconnue comme un élément central du changement (Lambert & Barley, 2001). Ce concept n'en reste pas moins flou car il convoque de multiples facteurs, définitions et modèles de compréhension, notamment selon l'obédience théorique. Pour n'en citer qu'une, la majorité des outils de mesure de l'alliance thérapeutique s'appuie sur l'approche trans-théorique proposée par Bordin (1979), qui définit l'alliance thérapeutique à travers la dimension du lien affectif, de l'accord sur les objectifs et des tâches à accomplir durant le travail thérapeutique.

Dans le monde de l'EMDR, la relation thérapeutique apparaît également centrale, alors même que Francine Shapiro, étonnamment, ne la décrivait pas en détails dans ses travaux. Cette relation est d'autant plus importante en raison de l'approche très structurée de l'EMDR et de l'imprévisibilité des contenus associatifs qu'explorent le patient ce qui, par conséquent, rend le risque de rupture dans le traitement élevé (Dworkin, 2005; Dworkin & Errebo, 2010). Penser la dynamique de la relation thérapeutique notamment en termes d'attachement permet de fournir une base solide sans laquelle la méthode EMDR ne pourrait fonctionner et apporte un éclairage dans la compréhension de ce qui peut se jouer entre patient et thérapeute. En ce sens, Piedfort-Marin (2018) fait une contribution importante en définissant le lien entre les dynamiques transférentielles et le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (modèle TAI). En quelques mots, le modèle TAI invite à considérer la symptomatologie d'un patient comme la résultante de souvenirs d'expériences de vie négatives et stressantes non traités (Shapiro, 2007). Tout se passe comme si le cerveau, dépassé, ne parvenait plus à « digérer » les événements. La détresse élevée entraîne donc un blocage du traitement de l'information, qui reste « en suspens », en stagnation, et donc se vit encore au travers des symptômes dans le présent. L'objectif de l'EMDR est de pouvoir conjuguer cette information au passé, particulièrement émotionnellement parlant. Le transfert, selon Piedfort-Marin, s'apparenterait à l'activation de souvenirs du patient stockés de manière dysfonctionnelle en mémoire (traumatismes et troubles de l'attachement majoritairement), activation qui se réaliserait en contact avec la situation thérapeutique, la personne du thérapeute, ou la relation elle-même avec le thérapeute. A l'inverse, le contre-transfert s'apparenterait à cette même activation de souvenirs dysfonctionnels mais cette fois chez le thérapeute, en lien avec son patient, la thérapie ou la relation thérapeutique. Il stipule que ces interactions, conscientes comme inconscientes,

sont au cœur du processus EMDR et peuvent en affecter l'efficacité, remettant par-là la contribution essentielle des théories de l'attachement dans la compréhension de ce qui se joue durant toute psychothérapie, y compris dans des pratiques aussi protocolisées que l'EMDR. Plus précisément, dans la phase de désensibilisation (phase 4), d'autres auteurs (Nicolas et al., 2022) observent que les SBA permettraient d'une part d'équilibrer le système d'attachement et le système d'exploration du patient afin d'explorer le contenu traumatique tout en restant dans une zone de sécurité tolérable, liée à la proximité physique et émotionnelle avec le thérapeute, de manière finalement similaire à ce que fait un enfant avec sa figure d'attachement sécuritaire, et d'autre part de réguler aussi le thérapeute lui-même face aux abréactions de son patient. Mais l'attachement va plus loin qu'un simple facilitateur de la désensibilisation. Il y aurait, selon ces mêmes auteurs (Nicolas et al., 2022), un apprentissage à l'œuvre où le thérapeute devient source d'inspiration pour le patient, lui enseignant des ressources, des modes de résolution de conflits intrapsychiques et lui transmettant d'une certaine manière, notamment au travers des tissages cognitifs, sa vision du monde et particulièrement celle portée par le modèle TAI, à savoir que le patient possède en lui les ressources et la capacité innée de traiter les informations dysfonctionnelles pour aller vers une résolution adaptative (Hase & Brisch, 2022). Le tandem que représente la situation thérapeutique dessine alors le thérapeute comme étant l'expert de la structure de la thérapie tandis que le patient demeure l'expert du contenu. Cliniquement parlant, il est rapporté que la relation thérapeutique s'établit rapidement en EMDR, sans doute en raison du caractère prédictif des interactions du thérapeute, sécurisantes pour le patient (Hase & Brisch, 2022). Plus encore, cette psychothérapie offre l'opportunité au thérapeute d'utiliser la relation thérapeutique en développement comme une ressource et l'installer comme telle en EMDR. Cette approche, appelée « Instant Resource Installation » (Hase, 2021), facilite le développement de la relation thérapeutique.

En résumé, le métier de psychothérapeute nous amène donc bien au-delà du protocole standard. Le thérapeute s'ajuste, guidé bien souvent par son intuition clinique, se met en lien avec son patient, le sécurise, l'accompagne... C'est finalement tout ce qu'il fait en creux de la technique qui permet la bonne réalisation de cette technique, auquel cas cela reviendrait à le remplacer par un robot qui n'exécuterait qu'une série de tâches. Mais l'humanité qu'il met dans l'exécution de ses tâches lui est propre, et c'est sans doute cela qui permet l'application de cette méthode aussi remarquable qu'est l'EMDR. Hase et Brisch (2022) invitent à considérer l'EMDR comme une approche psychothérapeutique sensible et mettent en lien les comportements sensibles avec l'action en EMDR pendant la désensibilisation, en termes de :

discours (aide à l'élaboration, soutien verbal), rythme (stimulations bilatérales, durée des sets et des pauses), contact visuel (attention aux expressions faciales du patient et aux mouvements oculaires), toucher (stimulations tactiles), perception du patient (particulièrement durant les SBA), non-interprétation (thérapeute en retrait, laisse faire le processus) et par le comportement approprié envers son patient, précisément en le maintenant en éveil et en réagissant rapidement lorsqu'il peut être en détresse. Les études d'efficacité de l'EMDR ne rendent donc pas compte de cette profondeur pourtant significative de cette psychothérapie. Pour reprendre le vocabulaire de la clinique de l'activité, le réel de l'activité s'est effacé au profit du versant prescriptif, alors même que sans ce cœur du métier, aucune application technique n'est possible. Les enjeux pour la recherche, la formation et la clinique sont alors nombreux, ce que nous développerons ci-dessous.

8. IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE : SAISIR LE CŒUR DU MÉTIER

La clinique de l'activité stipule que le réel de l'activité (cœur du métier) se révèle en creux dans l'interaction entre la tâche prescrite, soit le protocole standard dans notre cas et le travail réalisé, autrement dit la psychothérapie telle qu'elle est pratiquée dans les faits (Clot, 2008). Les ECRs permettent une compréhension précise de ce qui se joue sur le plan technique ou dans les mécanismes neurobiologiques, mais il apparaît nécessaire d'apporter un regard complémentaire en considérant la subjectivité du thérapeute qui, loin de nous détourner d'une volonté d'être objectif, se met en réalité au service de cette objectivité. Jusqu'alors, cette subjectivité est traitée majoritairement par des études de cas ou des articles proposant des réflexions cliniques. Des dispositifs méthodologiques empruntés à la clinique de l'activité, tels que l'autoconfrontation des données et l'instruction au sosie (Duboscq & Clot, 2010), ouvrent des perspectives en faisant le lien entre ces deux méthodes de recherche.

L'autoconfrontation des données est un dispositif méthodologique dit clinico-développemental qui permet au travailleur (dans notre cas le thérapeute) d'être confronté à sa pratique, généralement sur support vidéo. L'objectif est de fournir une description minutieuse et détaillée de ce qu'il se voit faire. Dans un premier temps (autoconfrontation simple des données), en dialoguant avec le chercheur, le thérapeute explicite sa pratique et commente « ce qu'il se voit faire, ce qu'il y a à faire, ce qu'il voudrait faire, ce qu'il aurait pu faire ou encore ce qui serait à refaire » (Duboscq & Clot, 2010). Cette intrication dans le dialogue de ces différents niveaux permet de révéler ce « difficile à dire » et de faire émerger à la conscience le cœur du métier.

Dans un deuxième temps, il est ensuite possible de réaliser ce même dialogue en présence d'un autre professionnel (confrère thérapeute) permettant de croiser les différents regards professionnels sur une même pratique. C'est la rencontre entre le genre professionnel et les différents styles. Ainsi, l'objet d'étude se découpe de plus en plus de la subjectivité du thérapeute et peut être saisi dans toute son objectivité. Cette deuxième étape est appelée autoconfrontation croisée des données.

Durant ces deux étapes, le questionnement du chercheur prend la forme d'un entretien d'explicitation tel qu'initialement défini par Pierre Vermersch (2019) qui consiste à ne pas questionner directement le « pourquoi ? » mais plutôt le « comment ? ». Ainsi, en questionnant le processus et non pas directement l'intention ou le résultat, le thérapeute interviewé explicite les mécanismes à l'œuvre implicites et permet une reconstitution de son expérience. Dit autrement, par l'élaboration d'expérience, il est alors possible de dessiner les dimensions génériques de l'activité étudiée.

Une autre méthode, également basée sur l'entretien d'explicitation, permet d'aller encore plus loin : la micro-phénoménologie. Cette méthode, inspirée de la conception de la phénoménologie telle que définie par Husserl (1992), vise une étude des microprocessus, des éléments pré-réfléchis de l'expérience tels qu'ils se présentent dans l'expérience intérieure. Initialement, elle avait pour objectif de définir une méthode pour obtenir des descriptions très fines d'expériences singulières (ex : l'écoute d'un son, la visualisation d'un mot, l'émergence d'une idée...) basé sur des entretiens d'explicitations (Vermersch, 2019). Après quoi, en croisant les descriptions de différentes expériences, il fut possible ensuite de créer des structures génériques des expériences étudiées à partir des descriptions singulières (Petitmengin, 2001; Petitmengin et al., 2019). En effet, si chaque expérience est unique (par exemple, l'émergence d'une intuition ou l'écoute d'un son), la structure de cette expérience, elle, est commune à toutes, à la fois en termes de dimensions sensorielles mobilisées pendant l'expérience (nommée structure synchronique de l'expérience) mais également dans les différentes micro-étapes qui constituent la chronologie de cette expérience (nommée structure diachronique). De ce fait, si les structures sont génériques, elles deviennent comparables et par conséquent généralisables. L'investigation du cœur de processus est alors possible en répondant en même temps aux critères de scientificité. A titre d'exemple, dans le champ clinique, des travaux en micro-phénoménologie ont permis d'investiguer l'expérience de patients souffrant de crises d'épilepsie, ce qui a permis de mettre en évidence des micro-signes capables d'être détectés avant l'émergence d'une crise et donc qu'il est possible de prévenir (Petitmengin et al., 2006) ;

ou encore d'explorer le vécu douloureux de patients souffrant de fibromyalgie (Valenzuela-Moguillansky, 2013).

De tels outils appliqués à l'évaluation de l'EMDR répondraient au défi scientifique actuel, en permettant une investigation fine et minutieuse du cœur du métier du thérapeute tout en intégrant la dimension mouvante de la situation même de la psychothérapie. La mouvance permanente des interactions n'est plus une variable à contrôler ou à mesurer en tant que telle mais bien le moyen pour accéder au réel de l'activité. La subjectivité rencontre alors l'objectivité. De tels outils méthodologiques sont d'autant plus important qu'il est apparu central de remettre l'accent sur la dimension émotionnelle et sensorielle du travail de l'EMDR et de la relation thérapeutique qui participent au moins autant à la définition de l'EMDR que le protocole standard.

9. IMPLICATIONS POUR LA FORMATION : TRANSMETTRE LE CŒUR DU METIER

Nous l'avons dit, pratiquer l'EMDR c'est faire beaucoup plus que des SBA. Nous rejoignons en tout point les implications pour la formation proposées par Hase et Brisch (2022) en concentrant davantage la formation en EMDR sur l'établissement d'une bonne relation thérapeutique durant les premières phases du protocole, et non centrer la majorité du propos sur les phases de traitement (phases 4 à 6). Ceci est d'autant plus important lorsqu'on considère la proportion de patients présentant un tableau clinique complexe avec troubles de l'attachement associés, mettant souvent en difficultés le thérapeute EMDR débutant, y compris pour le professionnel ayant plusieurs années de clinique derrière lui, se retrouvant souvent coincé entre ce que la technique lui impose et ce que son expérience le pousse à faire. Remettre l'attachement et la relation thérapeutique au centre de la formation des thérapeutes réduirait ce delta et permettrait de gagner en efficacité de prise en charge, particulièrement lorsqu'on considère le style d'attachement du thérapeute, qui lui aussi, vient nécessairement s'activer durant les prises en charge et particulièrement dans les cas de traumatismes complexes (Piedfort-Marin, 2019). Plus encore, cette activation chez le thérapeute est absolument nécessaire pour accompagner le patient dans la résolution de ses troubles, auquel cas il ne pourrait entrer en relation. Si la relation thérapeutique demeure au cœur du métier, c'est celle-ci qu'il faut avant tout transmettre.

Cette nécessité pour le thérapeute d'être en contact avec ses ressentis va d'ailleurs plus loin que la formation en EMDR mais devrait être transmise dès la formation initiale à l'Université. En

effet, si le cœur du métier se situe à un autre niveau que l'application de la technique, les étudiants doivent pouvoir être accompagnés à saisir autant ce savoir-être, si essentiel à ce métier, que le savoir-faire. L'instruction au sosie est avant toute chose un dispositif de formation qui permettrait de répondre à ce besoin. Initialement, cette technique est née dans les années 1980 dans le secteur industriel afin d'identifier chez les ouvriers leurs stratégies et comportements individuels (Oddone et al., 1981) puis transformée ensuite plus tard par Yves Clot et ses collaborateurs dans un but d'analyse du travail et de formation aux « ficelles du métier » (Saujat, 2005). Le chercheur questionne l'interviewé (l'étudiant en l'occurrence) avec la consigne d'imaginer : « s'il devait prendre sa place (par exemple durant une séance de psychothérapie), qu'il devienne son sosie, que devrait-il faire de sorte que personne ne remarque la supercherie ? » De cette manière, l'étudiant est amené à élaborer sur sa pratique et sur ce qu'il fait. A l'inverse, un étudiant pourrait également interroger un clinicien senior suivant ce dispositif. Dans ce cas de figure, c'est l'explicitation du cœur du métier d'un senior qui serait transmis à l'étudiant. La glace sans tain, outil couramment utilisé en formation en systémie, allié à ce genre d'exercice serait assurément formateur. L'instruction au sosie, enfin, peut également s'auto-appliquer individuellement à la manière d'une réflexion introspective sur sa pratique. Généralement, le contenu de la discussion est retranscrit et l'interviewé est invité à produire un écrit afin d'y développer ce que la lecture de cet échange avec son « sosie » a produit sur lui-même. Par ce genre d'outils, le futur thérapeute EMDR et plus largement le futur psychologue apprendraient à faire l'expérience de cette relation thérapeutique en développant sa sensibilité et sa posture méta-réflexive. Plus encore, après avoir fait l'expérience de ce genre d'exercice, l'activité elle-même s'en retrouve bouleversée et se développe.

10. IMPLICATIONS POUR LA CLINIQUE : EXERCER LE CŒUR DU METIER

Les implications pour la clinique découlent des implications pour la recherche et pour la formation. Le développement de la posture réflexive du thérapeute est associé au développement d'une bonne alliance patient-thérapeute (Lamboy et al., 2004), elle-même corrélée avec l'efficacité de la psychothérapie (Norcross & Lambert, 2011). Le praticien EMDR qui serait dans la posture de créer le contexte dans lequel il faut *laisser venir ce qui doit advenir* permettrait à son patient d'expérimenter également cette posture, vulgairement appelée « lâcher-prise ». Mais c'est par cette observation intérieure que le patient peut espérer être dans une réelle démarche introspective, plus que dans la croyance que le thérapeute va régler ses problèmes. C'est finalement rendre le patient plus autonome. Cela est d'autant plus vrai avec

les patients présentant un tableau clinique complexe (traumas multiples, troubles dissociatifs, troubles de l'attachement...) où l'application stricte du protocole standard est insuffisante. Dans le cas de la prise en charge des enfants et par extension des familles, le protocole standard aussi doit être adapté, au regard de la systémie et au regard du développement de l'enfant. Si le thérapeute met une attention particulière à la relation thérapeutique, particulièrement dans ce cas-ci où il est nécessaire de s'affilier avec toute la famille, le thérapeute incarne ce que cela signifie qu'être en lien, et se faisant, transmet sans doute le plus beau modèle d'être en lien pour un parent envers son enfant, sans lequel l'efficacité de l'EMDR sur l'enfant serait nulle.

Pour les cliniciens, des outils tels que le *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS) peuvent être d'une grande pertinence (Jones, 1985). Il s'agit d'une grille répertoriant en 100 items les éléments reflétant l'attitude du patient, ceux reflétant l'attitude du thérapeute et ceux reflétant la nature de la dyade et l'environnement. Cette grille fournit une description exhaustive du processus psychothérapeutique et est athéorique. Le PQS peut également être utilisé à des fins de recherche et de formation, mais il demeure avant toute chose un instrument pour le clinicien souhaitant observer sa pratique. En classant les items, le thérapeute peut évaluer ce qu'il juge « tout à fait caractéristique » ou au contraire « tout à fait non caractéristique » de sa pratique. C'est là un retour sur sa clinique d'une grande utilité pour tout clinicien quel que soit son terrain d'exercice.

CONCLUSION

La clinique de l'activité a depuis longtemps stipulé que le cœur du métier, quel qu'il soit, n'est pas directement accessible et se révèle entre ce que le travailleur est censé faire et ce qu'il fait réellement. Cela est d'autant plus vrai dans le champ de la psychothérapie où le thérapeute suit bien souvent une dimension intuitive pour rester au plus près de son patient. Le monde de la recherche dans le cas de l'EMDR, en tant que psychothérapie manualisée prescriptive du travail du thérapeute, ne rend pas du tout compte de cet aspect. Il convient aujourd'hui de rétablir le thérapeute au cœur du processus afin de saisir toute la complexité qu'il mobilise en permanence. Les méthodes d'autoconfrontations des données et de micro-phénoménologie dessinent des pistes prometteuses pour la recherche. A ce jour et à notre connaissance, une seule recherche est en cours pour appliquer ces outils à l'évaluation de la psychothérapie EMDR (Machado et al., in press, corrected proof). Les implications ensuite pour la formation des thérapeutes sont fondamentales afin de transmettre cette réflexion-en-action si essentielle à ce métier, mais

également pour la clinique. Comprendre en effet le cœur du métier de thérapeute, expliciter la dimension pré-réfléchie de l'expérience, permettrait une formation initiale des étudiants en psychologie plus fine, mais également une formation continue en EMDR moins au service de la technique, quoique nécessaire, mais davantage au service des patients et du processus psychothérapeutique.

PARTIE EXPERIMENTALE

III. LA DIMENSION DU THERAPEUTE DANS L'EFFICACITE DE LA PRISE EN CHARGE EMDR DU TRAUMA : LA DIMENSION OUBLIEE ? PRESENTATION D'UN PROTOCOLE DE RECHERCHE (ARTICLE N°3)

NB : Cet article a été accepté pour publication et est disponible en ligne¹. Cet article est une présentation de notre problématique de recherche et de la méthodologie employée. Il s'inscrit dans le cadre épistémologique (article n°1) et méthodologique (article n°2) développé précédemment.

En complément de la lecture de cet article, en annexes figurent les documents règlementaires et questionnaires administrés :

- *A1 : Cahier d'observations du patient*
- *A2 : Cahier d'observations du thérapeute*
- *A3 : Fiche de consultation de DETECT-EMDR*
- *A4 : Lettre d'informations et formulaire d'adhésion au protocole de recherche pour le thérapeute*
- *A5 : Lettre d'informations et formulaire de consentement pour le patient*
- *A6 : Document d'adhésion au protocole de recherche pour le psychologue observateur*
- *A7 : Autorisation d'utilisation de l'image et du son, version patient*
- *A8 : Autorisation d'utilisation de l'image et du son, version thérapeute*
- *A9 : Document de cotation du PQS par le psychologue observateur*
- *A10 : Photos du cabinet de recherche DETECT-EMDR*
- *A11 : Avis favorable du Comité de Protection des Personnes*
- *A12 : Support de communication : Flyer de DETECT-EMDR en français*
- *A13 : Support de communication : Flyer de DETECT-EMDR en anglais*

¹ Machado, J., Gendarme, S., Eby, E., Rotonda, C. & Tarquinio, C. (in press, corrected proof). La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma : la dimension oubliée ? Présentation d'un protocole de recherche. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.08.006>

RESUME

Introduction : Si les études d'efficacité de la psychothérapie EMDR démontrent une efficacité certaine sur les symptômes post-traumatiques, c'est souvent au travers de l'application stricte du protocole EMDR standard que celle-ci est évaluée. Or, dans la réalité clinique de tous les jours, nombreux sont les thérapeutes prenant des libertés avec leur trame. La constatation de ce delta entre ce qui est prescrit et ce qui est réalisé, largement documenté par la clinique de l'activité, a permis la création d'une recherche originale, en empruntant des méthodologies à la clinique de l'activité. Cet article présente le protocole de cette recherche.

Méthode : En saisissant le cadre thérapeutique comme une situation professionnelle, il s'agira de comparer 2 conditions de mise en œuvre du protocole standard EMDR : l'une où il sera demandé aux thérapeutes de prendre en charge leurs patients en suivant strictement le protocole standard, l'autre où il leur sera demandé de les prendre en charge en faisant « comme ils font d'habitude ». Les séances de psychothérapies seront filmées et seront soumises au dispositif emprunté à la clinique de l'activité : l'autoconfrontation des données.

Enjeux : Par l'utilisation d'une méthode originale, et croisant les évaluations quantitatives et qualitatives, les enjeux sont épistémologiques, méthodologiques et cliniques. En faisant dialoguer les thérapeutes sur leurs pratiques qu'ils se voient faire, nous espérons saisir ce qui se joue dans le réel du travail psychothérapeutique et expliciter toute la place du thérapeute, qui est pour une grande part dans l'efficacité de la psychothérapie EMDR.

Mots-clés : EMDR, clinique de l'activité, autoconfrontation des données, PQS, épistémologie, protocole de recherche

1. INTRODUCTION

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est une psychothérapie au carrefour entre les neurosciences et les sciences cognitives aujourd'hui reconnue et recommandée dans la prise en charge du Trouble de Stress Post-Traumatique par des instances nationales et internationales (Haute Autorité de Santé, 2007; INSERM, 2015; Organisation Mondiale de la Santé, 2015). Moderne dans son approche, intégrative d'un point de vue théorique et éclectique dans les techniques qu'elle mobilise, elle est souvent résumée à tort par ses Stimulations Bilatérales Alternées (SBA), classiquement sous la forme de mouvements oculaires, qui permettent de réactiver le traitement naturel de l'information cognitive et sensorielle chez le patient, rendu impossible par la charge émotionnelle encore associée à l'événement traumatique. Son efficacité sur les symptômes post-traumatiques fut démontrée à maintes reprises par de nombreux Essais Contrôlés Randomisés (ECR) et méta-analyses (L. Chen et al., 2015; R. Chen et al., 2018; C. W. Lee & Cuijpers, 2013b; Novo Navarro et al., 2018). Cependant, la compréhension de ce qui s'y joue fait encore l'objet de nombreux questionnements, tant conceptuels que méthodologiques. En effet, les ECR, en tant que *Gold standard* dans les recherches évaluant l'efficacité (*efficacy studies*) d'une psychothérapie, ne permettent pas d'en saisir le processus psychothérapeutique et donc les nombreux facteurs qui le composent en perpétuelle mouvance (facteurs du côté du patient, du thérapeute, leur interaction...), alors même que ceux-ci font partie intégrante du soin du patient (Thurin, 2009; Thurin & Briffault, 2006). Plus particulièrement, en ce qui concerne l'EMDR, il est demandé aux thérapeutes intégrant ce type de recherche de prendre en charge leurs patients en suivant strictement le protocole EMDR standard (Shapiro, 2007). Celui-ci, composé de 8 phases, se veut être un fil rouge pour guider minutieusement la pratique du thérapeute, jusqu'à lui dicter les phrases à énoncer à son patient. L'EMDR pourrait être ainsi définie de psychothérapie « manualisée », au sens où elle est déterminée par un manuel et par conséquent des tâches prescrites. De ce fait, dans ce genre d'études, l'EMDR est résumée à son protocole, plus encore bien souvent à ses SBA, oubliant le thérapeute pourtant central. En effet, dans la clinique de tous les jours, il est rare que les thérapeutes s'en tiennent strictement au protocole. Une part de liberté plus ou moins importante est prise par rapport à la trame qu'ils suivent, pour rester au plus près de leur patient. Ce delta, entre ce qui est prescrit (ici, le protocole EMDR standard) et ce qui est réalisé dans les faits (ici, la psychothérapie telle qu'elle est pratiquée), est classiquement étudié en clinique de l'activité, une branche de la psychologie du travail. Plus encore, cette discipline stipule que c'est dans ce delta que s'exprimerait finalement ce qui relève

du métier (Clot, 2006, 2015). Fort de ces constats, le projet de recherche DETECT-EMDR est né, pour « La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma : la dimension oubliée ? ». Cet article présente le protocole de cette recherche.

2. OBJECTIFS

En saisissant le cadre thérapeutique comme une situation professionnelle, il s'agira de comparer 2 conditions de mise en œuvre du protocole EMDR :

- La première qui concernera une application stricte du protocole EMDR (travail prescrit = travail réalisé) : groupe Strict-EMDR (S-EMDR)
- La seconde qui concernera une application « écologique » de l'EMDR (travail prescrit ≠ travail réalisé) : groupe Libre-EMDR (L-EMDR)

Dans un tel contexte, il s'agira de comprendre ce qui différencie les 2 types d'accompagnement, tous 2 qualifiés de prise en charge EMDR, et de voir en quoi le respect strict ou non du protocole peut avoir des effets différenciés dans la prise en charge. Une telle méthodologie nous permettra de saisir ce qui se joue chez les cliniciens lorsqu'ils font appel à leur sens clinique ou intuition, notamment dans le cas de situations qui ne sont pas prévues par les prescriptions du protocole standard. Cette approche va ainsi nous permettre de nous rapprocher de ce qui se passe en situation réelle, loin du caractère parfois trop artificiel des ECRs, pour mieux comprendre comment les professionnels mobilisent leur intelligence clinique pour s'adapter au mieux à la spécificité de leur patient.

Pour ce faire, les vidéos des suivis thérapeutiques des patients seront exploitées à l'aide d'une analyse fine du processus psychothérapeutique sur support du *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS) permettant un découpage minutieux de ce qui se joue durant les séances. Les vidéos des phases de traitement EMDR (phases 3 à 7 du protocole standard) seront également soumises au dispositif de l'autoconfrontation des données qui est une méthodologie empruntée à la clinique de l'activité dont l'utilisation est inédite dans ce contexte.

3. METHODE

Il s'agit d'une étude exploratoire avec un design longitudinal interventionnel randomisé et l'utilisation de méthode mixte (quantitative et qualitative). Il s'agit d'une recherche interventionnelle à risque minime telle que définit par la Loi Jardé. Elle a ainsi obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes [N° IDRCB : 2019-A02879-48] et a été inscrite au registre des données du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lorraine sous la méthodologie de référence MR001.

3.1. PARTICIPANTS

Des psychologues psychothérapeutes (n=6) ayant une activité clinique au sein du Centre Pierre Janet (CPJ), qui est un centre de psychothérapie universitaire situé à l'Université de Lorraine à Metz, et ayant fait l'objet d'une formation de niveau 2 proposée par EMDR France seront sollicités pour prendre part à l'étude, sur base du volontariat. Ces thérapeutes seront répartis aléatoirement dans les deux groupes de l'étude. Il sera demandé aux thérapeutes du groupe S-EMDR de prendre en charge leurs patients en suivant strictement le protocole EMDR standard tel que défini par Francine Shapiro (Shapiro, 2007). Une évaluation a posteriori du bon respect du protocole sera réalisée par une échelle de Likert où le thérapeute devra indiquer, sur une échelle de 1 à 10, le degré de conformité avec le protocole qu'il pense avoir eu. Il sera demandé aux psychothérapeutes du groupe L-EMDR, quant à eux, de prendre en charge leurs patients comme ils font d'habitude.

Des patients venant consulter au Centre Pierre Janet pour une prise en charge individuelle se verront proposer d'intégrer l'étude. Seront inclus dans la recherche les patients : (1) âgés de plus de 18 ans, (2) ayant donné leur consentement pour prendre part à l'étude et accepté d'être filmé, (3) qui ne bénéficient pas déjà d'un suivi psychologique en dehors de l'étude, et (4) ne présentant pas un profil psychopathologique complexe, ce qui nécessiterait un trop long travail de stabilisation, incompatible avec les contraintes posées par le cadre de la recherche. Le recrutement des patients sera effectué en deux temps. Dans un premier temps, par le psychologue coordinateur du Centre Pierre Janet, qui échange par téléphone avec tout patient souhaitant venir consulter au centre afin d'évaluer sa demande et de l'orienter au mieux vers l'un des professionnels disponibles. Dans un second temps, les patients susceptibles de

présenter les critères d'inclusion de la recherche se verront proposés d'être recontacté par le psychologue inclueur de l'étude qui présentera le cadre de la recherche et s'assurera de la bonne compréhension du patient.

Enfin, des psychologues dits « cotateurs » se verront proposés de visionner deux suivis psychothérapeutiques complets, l'un issu du groupe L-EMDR, l'autre du groupe S-EMDR, tous deux tirés au sort, sur support du PQS. La méthodologie de cet outil imposant une cotation individuelle puis collective, deux groupes de trois cotateurs seront formés, de sorte que chaque groupe suive un patient durant ses 6 séances dans le cadre de cette étude. Ces psychologues seront de différentes obédiences et formations, non nécessairement thérapeutes EMDR, mais également de degrés divers d'expérience du métier. Cette hétérogénéité a pour objectif de favoriser une richesse des échanges entre tous, mais aussi de sortir du biais que pourrait représenter l'exclusivité de l'EMDR.

3.2. PROCEDURE

Les patients intégrant le dispositif de recherche seront pris en charge pour une durée de 6 séances maximum dans le cadre de l'étude. Toutes les séances seront filmées, permettant la captation du point de vue du thérapeute et du point de vue du patient. Si la situation clinique des patients devait nécessiter davantage de séances, ils pourraient par la suite poursuivre leur suivi avec leur thérapeute au Centre Pierre Janet de manière habituelle, hors cadre de recherche et donc hors caméra. Pour rappel, l'objectif de l'étude étant l'observation fine des phases de traitement de l'EMDR, le thérapeute doit démarrer rapidement cette étape du travail. C'est la raison pour laquelle les profils psychopathologiques complexes ne sont pas retenus.

Selon le groupe d'étude, le thérapeute devra prendre en charge son patient soit en suivant strictement le protocole EMDR standard (S-EMDR) soit en le prenant en charge comme il fait habituellement (L-EMDR).

3.3. DONNEES RECUEILLIES

Données quantitatives recueillies à partir de questionnaires

Des questionnaires seront administrés aux patients à 3 temps de mesure : T₀, soit avant que le patient démarre sa prise en charge et rencontre son thérapeute ; T₁, soit une fois la cible

traumatique à traiter en EMDR identifiée avec le thérapeute ; et T₂, soit à la fin du traitement complet en EMDR de la cible traumatique. Ces évaluations quantitatives concernent plusieurs dimensions :

- La première dimension est relative à l'évolution des symptômes psychopathologiques des patients au cours du suivi (T₁), entre le début (T₀) et la fin (T₂) de la prise en charge réalisée à l'aide des questionnaires administrés aux patients suivants : questionnaires de l'évaluation des symptômes traumatiques (questionnaire IES-R, (Brunet et al., 2003)), de la qualité de vie (questionnaire SF-12 (Gandek et al., 1998)), de la symptomatologie anxieuse et dépressive (questionnaire HADS (Bocéréan & Dupret, 2014)), de la détresse subjective (SUD, (Wolpe, 1991)) et de la validité de la cognition positive (VOC). Les niveaux de SUD et de VOC, classiquement utilisés dans le protocole EMDR, seront rapportés par le thérapeute à la fin de chaque consultation dès lors qu'ils ont été évalués au cours de la prise en charge.
- La deuxième dimension est relative à l'évaluation de l'alliance thérapeutique à l'aide du questionnaire *Working Alliance Inventory* (Alix, 2015). Cette évaluation s'effectuera tant du côté du patient (WAI-P) que de celui du thérapeute (WAI-T), à T₁ et T₂.

Des données sociodémographiques des patients, des thérapeutes et des psychologues cotateurs seront également récoltées.

Données quantitatives recueillies à partir des vidéos

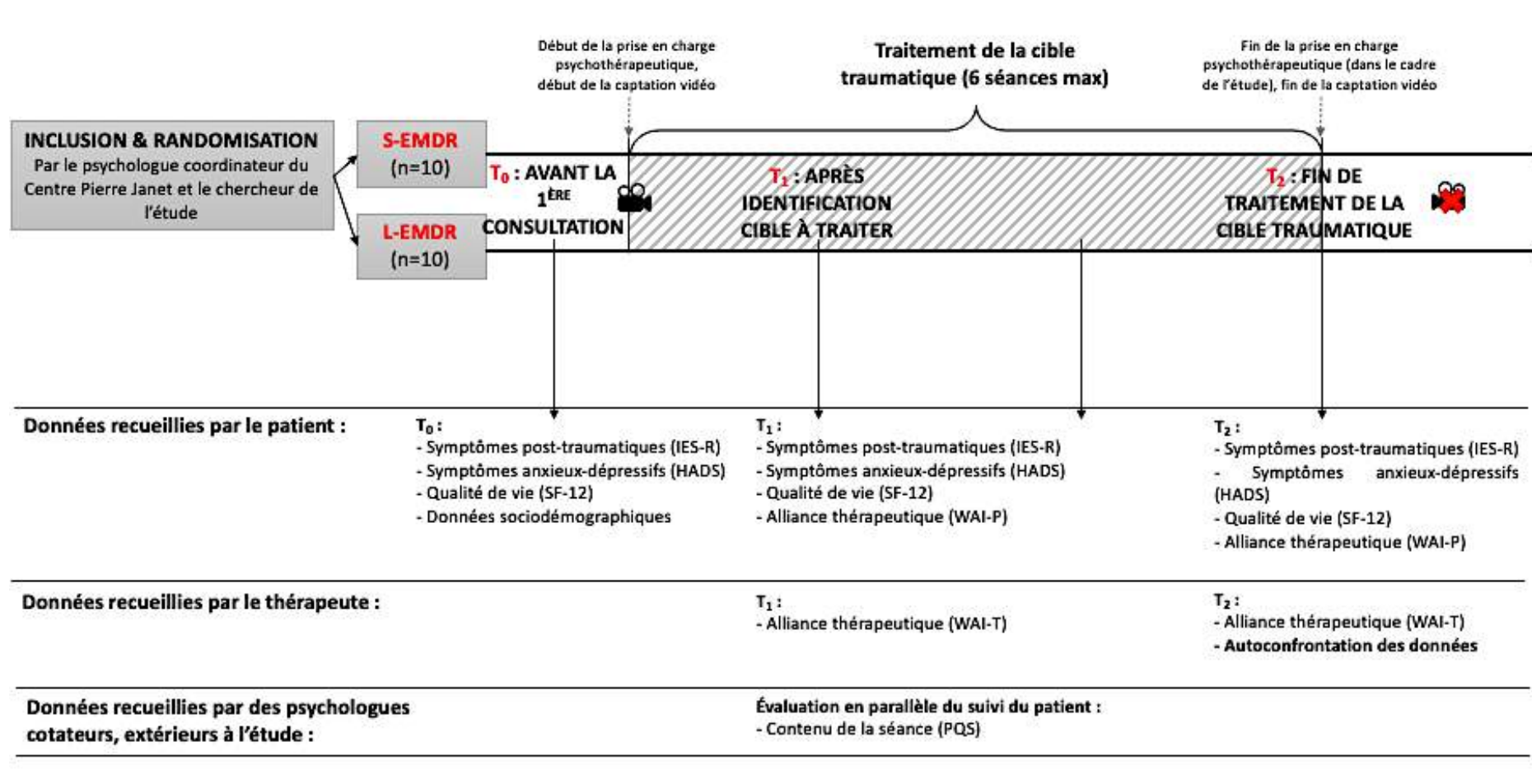
- Une troisième dimension est relative à l'évaluation du contenu vidéo de la séance à l'aide du questionnaire *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS, Jones, 1985). Il s'agit d'une échelle en 100 items qui fournit une description et une classification des processus de la psychothérapie, indépendamment des obédiences des thérapeutes. Cet outil a la grande qualité de présenter une vision exhaustive des paramètres à l'œuvre dans une séance de psychothérapie. Ses items peuvent être catégorisés en 3 dimensions : (1) les éléments décrivant l'attitude et le comportement ou l'expérience du patient ; (2) les éléments reflétant les actions et les attitudes du thérapeute ; et (3) les éléments essayant de cerner la nature de l'interaction de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la rencontre. Le cotateur du PQS doit classer ces 100 items dans différentes catégories, allant du « -4 : tout à fait non caractéristique » ou « +4 : tout à fait caractéristique ». Le nombre d'items maximum à ranger dans chaque catégorie (-4, -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3, +4) est défini d'avance et doit suivre une distribution normale. Deux suivis complets de chaque patient (soit 6 séances chacun) seront analysés sur support de cet outil par deux groupes

de 3 psychologues cotateurs indépendants. Ainsi que l'exige la méthodologie du PQS, chaque vidéo fera l'objet d'abord d'une cotation individuelle par chaque cotateur puis d'une cotation collective afin de parvenir à un consensus.

Données qualitatives issues des autoconfrontations

A la fin du suivi du patient dans le cadre de l'étude, soit à la fin du traitement d'une cible traumatique complet (phase 3 à phase 7 du protocole EMDR standard achevées), les vidéos permettant l'observation de ces phases de traitement sont sélectionnées et soumises au dispositif d'autoconfrontation des données. Il s'agit d'un dispositif méthodologique dit clinico-développemental, emprunté à la clinique de l'activité. C'est un dispositif de recherche pouvant rappeler chez les thérapeutes celui de la supervision, où il est demandé un commentaire du thérapeute à partir d'une vidéo de sa séance avec son patient afin d'améliorer sa pratique. Ici, il s'agit d'un objectif de recherche, suivant un dispositif semblable à la supervision, grâce au support de vidéo qui permet une observation minutieuse de la situation de travail. L'objectif d'un tel dispositif est de conscientiser les pratiques, expliciter le réel du travail du thérapeute, de saisir les stratégies et choix qu'il met en œuvre, finalement toute l'intelligence clinique du thérapeute souvent niée dans les dispositifs de recherche. Chaque thérapeute devra commenter la séance de psychothérapie qu'il a effectué avec son patient tout en regardant la vidéo de sa séance, en présence du chercheur qui peut intervenir pour questionner le thérapeute en fonction des images vues. Il s'agit d'entretiens d'explicitation sur support vidéo. Il ne s'agit pas tant de comprendre « pourquoi » le thérapeute a fait tel comportement, du fait que certains comportements ne peuvent être très clairement justifiés par le thérapeute (exemple : « j'ai senti que je pouvais/devais faire ça, mais je ne sais pas pourquoi je l'ai fait... »), mais plutôt d'obtenir une description aussi précise que possible des comportements observables, afin que « la vérité établie soit prise en défaut dans la véracité du dialogue, par l'authenticité dialogique. La décomposition des gestes par le professionnel acquiert de la sorte un tout autre statut. Au lieu d'isoler des éléments de l'activité dont le chercheur aurait à recomposer la logique, le sujet défait et refait les liens entre ce qu'il se voit faire, ce qu'il y a à faire, ce qu'il voudrait faire, ce qu'il aurait pu faire ou encore ce qui serait à refaire » (Duboscq & Clot, 2010). Les données obtenues de la discussion entre le thérapeute et le chercheur seront enregistrées et constitueront le matériel qualitatif de l'étude.

Schéma 1 : Design et données recueillies de l'étude DETECT-EMDR aux différents temps de mesure



3.4. ANALYSES STATISTIQUES

Nombre de sujets nécessaires

S'agissant d'une étude exploratoire ayant pour but une investigation fine du processus psychothérapeutique, 20 patients seront inclus dans l'étude dans le but d'atteindre une saturation des données qualitatives, seuil de saturation couramment observé dans la littérature sur les études qualitatives. Les données issues des auto-questionnaires permettront d'observer des tendances d'évolution des indicateurs mesurés auprès des patients, sans avoir pour objectif de démontrer l'efficacité de l'EMDR.

Analyses quantitatives

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, l'évolution des cotations des items du PQS au cours des 6 séances ainsi qu'une comparaison inter-groupe seront réalisées. Seuls les scores jugés saillants (cotés -2, -3, -4 ou +2, +3 et +4) seront retenus. Les items seront comparés entre eux à la fois suivant le numéro de la séance mais également en fonction de la phase du protocole EMDR standard. L'ensemble des comparaisons seront faites à l'aide de tests statistiques non paramétriques (test de Mann-Whitney, et Kruskal-Wallis) pour pallier les faibles effectifs par groupe. Une analyse factorielle de type Q, ainsi que l'exige la méthodologie de l'outil, permettra de définir les items les plus caractéristiques de chaque phase. L'ensemble des cotations sera utilisé dans cette analyse factorielle. Ainsi le matériel d'analyse sera : 6 séances filmées x 2 patients x 3 cotateurs pour les 100 items pour chacun des sous-groupes L- EMDR et S-EMDR. Enfin, la matrice ainsi obtenue sera corrélée avec la sélection des 20 items du PQS jugés les plus saillants par un collectif de psychologues experts, superviseurs EMDR, permettant la création d'un prototype de l'EMDR, ainsi que cela fut déjà obtenu dans la littérature pour différentes formes de psychothérapie, notamment cognitivo-comportementales d'inspiration psychodynamiques (Ablon & Jones, 2002; Jones & Ablon, 2005; Leichsenring et al., 2016; Pole et al., 2008).

De plus, afin d'étudier certaines tendances d'évolution des scores des auto-questionnaires de santé perçue administrés (IES-R, SF-12, HADS, SUD, VOC) en fonction du groupe (L-EMDR ou S-EMDR), des régressions non paramétriques binaires incluant la variable temps seront réalisées. En ce qui concerne l'alliance thérapeutique, en tant que caractéristique du processus psychothérapeutique, tant du côté du patient (WAI-P) que du thérapeute (WAI-T), des corrélations entre les différents scores seront également recherchées. L'ensemble des

comparaisons seront faites avec des méthodes non paramétriques (test de Mann-Whitney, et Kruskal-Wallis) pour pallier les faibles effectifs par groupe.

Les analyses quantitatives seront réalisées à l'aide du logiciel R version 4.0.2 (2020-06-22).

Analyses qualitatives

Enfin, les entretiens qualitatifs issus de l'analyse des autoconfrontations des vidéos des séances de tous les patients concernant le traitement de la cible traumatique (c'est-à-dire de la phase 3 à la phase 7 du protocole EMDR standard) seront analysés. Ainsi, au travers du discours des thérapeutes, selon qu'ils appliquent l'une ou l'autre des approches, il s'agira d'analyser les processus mobilisés, en leur demandant d'expliquer voire de justifier certains choix psychothérapeutiques. Ces analyses thématiques et de contenu seront réalisées sur l'ensemble de ces données qualitatives à l'aide du logiciel NVivo.

4. ENJEUX

Les enjeux de cette recherche sont multiples. En premier lieu, l'enjeu est avant tout épistémologique. Dans la littérature scientifique, toutes les thérapies manualisées démontrent une efficacité, ce qui est particulièrement vrai dans le cas de l'EMDR, qui repose véritablement sur la formation à un manuel. Or, la réalité de la recherche ne peut être superposée à la réalité clinique. Certes, une rigueur scientifique est importante pour évaluer l'efficacité d'une psychothérapie, mais le protocole ne saurait être pensé dans la réalité clinique sans être accompagné de l'intelligence du thérapeute. Ce delta entre recherche et clinique, si souvent constaté dans le monde scientifique et particulièrement dans les études d'efficacité (*efficacy studies*), permet cette fois d'être réconcilié en redonnant une place centrale au psychothérapeute, si souvent oublié dans le monde de l'EMDR. Aussi, en comparant la condition où le thérapeute suit strictement le protocole et la condition où il est demandé au thérapeute de prendre en charge son patient comme il le fait habituellement, nous espérons saisir ce qui se joue dans le réel du travail psychothérapeutique et expliciter toute la place du thérapeute, qui est pour une grande part dans l'efficacité de la psychothérapie EMDR.

En deuxième intention, l'enjeu est également méthodologique, en pensant de nouvelles manières d'évaluer le cœur d'une pratique. En empruntant des méthodologies issues d'autres disciplines, et en combinant les analyses quantitatives et qualitatives, nous espérons proposer une réponse face au défi que représente l'évaluation des interventions complexes. En déplaçant le curseur sur des indicateurs en mouvement (le discours du thérapeute notamment, ou encore

le processus psychothérapeutique par le PQS), c'est rester au plus proche du terrain clinique tout en offrant une grande finesse scientifique.

Enfin, et c'est sans doute le plus important, l'enjeu de ce projet est également clinique. L'observation fine du processus thérapeutique et de la réalité du travail du thérapeute permettront de dégager des implications importantes pour la clinique et pour la formation initiale et continue des thérapeutes. Dans le monde de l'EMDR, cela permettra de sortir de la démarche parfois résumée de technicien de la psychothérapie pour amener les jeunes thérapeutes à sentir le processus et donc à être véritablement dans le soin.

FINANCEMENT

Cette recherche est financée par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER).

DECLARATION DE LIENS D'INTERET

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

IV. RESULTATS QUANTITATIFS

NB. Pour toutes les données, le sigma (σ) indique l'écart-type accompagnant la moyenne des scores. Cependant, considérant notre faible taille d'échantillon et la large dispersion des données, la médiane s'avère un meilleur indicateur car elle sépare la moitié inférieure et la moitié supérieure des données, contrairement à la moyenne qui les additionne. L'IRQ (interquartile range) ou écart interquartile accompagnant la médiane s'obtient par la différence entre le troisième et le premier quartile, donnant ainsi une mesure de dispersion. Ainsi, pour cette étude, la médiane (Md) sera choisie comme indicateur privilégié et sera commentée. La moyenne n'est donnée dans les tableaux qu'à titre informatif.

En raison également de la faible taille d'échantillon, des statistiques non paramétriques ont été appliqués. Les tests U de Mann Whitney et Kruskal-Wallis ont été appliqués.

Les comparaisons inter-groupes des différents indicateurs sont proposées uniquement visuellement (box plots et graphiques), en raison des faibles tailles d'échantillons, rendant les calculs statistiques non pertinents.

On admet un seuil de significativité à $p < 0,05$.

1. DESCRIPTION DES ECHANTILLONS

1.1. LES PATIENTS

Dans notre étude, 12 patients ont été inclus dans nos deux groupes, respectivement 8 pour le groupe L-EMDR et 4 pour le groupe S-EMDR, majoritairement des femmes, d'un âge médian de 34,6 ans (IRQ=20,2). Sur l'échantillon total, 2 patients sont célibataires, 2 sont en couple, 7 sont mariés ou pacsés et 1 est veuf. Sur ces 12 patients, un tiers d'entre eux n'a pas d'enfants. La majorité a une activité professionnelle à temps plein (n=7), les autres sont à temps partiel (n=1), en situation de demande d'emploi (n=1), étudiants (n=2) ou retraités (n=1). Plus précisément, 5 d'entre eux se disent employés tandis que 3 appartiennent à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures ». Enfin, 3 patients viennent consulter au Centre Pierre Janet sur conseil d'un ami, 1 sur conseil d'un membre de sa famille, 3 sur conseil d'un psychologue, tandis que 4 disent venir de leur propre chef. Aucune distinction notable n'est constatée entre les groupes. Le [tableau 4](#) reprend les données principales descriptives de l'échantillon de patients, ainsi que les distinctions par groupe d'étude.

Tableau 4 : Données sociodémographiques des patients

Caractéristiques des patients	Total (n=12)	L-EMDR (n=8)	S-EMDR (n=4)
Sexe			
Femme	9 (75,0%)	6 (75,0%)	3 (75,0%)
Homme	3 (25,0%)	2 (25,0%)	1 (25,0%)
Âge			
Moyenne (σ)	38,9 (16,1)	41,3 (18,2)	34,2 (11,8)
Médiane (IRQ)	34,6 (20,2)	35,9 (23,0)	34,3 (11,5)
Situation matrimoniale			
Célibataire	2 (16,7%)	1 (12,5%)	1 (25,0%)
En couple	2 (16,7%)	2 (25,0%)	0 (0,0%)
Marié / Pacsé	7 (58,3%)	4 (50,0%)	3 (75,0%)
Veuf	1 (8,3%)	1 (12,5%)	0 (0,0%)
Nombre d'enfants			
0	4 (33,3%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)
1	3 (25,0%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)
2	3 (25,0%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)
3	2 (16,7%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)
Situation professionnelle			
Actif, Temps partiel	1 (8,3%)	1 (12,5%)	0 (0,0%)
Actif, Temps plein	7 (58,3%)	5 (62,5%)	2 (50,0%)
Demandeur d'emploi	1 (8,3%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
Étudiant	2 (16,7%)	1 (12,5%)	1 (25,0%)
Retraité	1 (8,3%)	1 (12,5%)	0 (0,0%)
Catégorie socio-professionnelle			
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3 (25,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
Employé	5 (41,7%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)
Retraité	1 (8,3%)	3 (37,5%)	2 (50,0%)
Sans activité professionnelle	2 (16,7%)	1 (12,5%)	0 (0,0%)
Autres	1 (8,3%)	1 (12,5%)	1 (25,0%)
Conseils de consultation			
Ami	3 (25,0%)	2 (25,0%)	1 (25,0%)
Famille	1 (8,3%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
Psychologue	3 (25,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)
Vient de son propre chef	4 (33,3%)	3 (37,5%)	1 (25,0%)
Autres conseils	1 (8,3%)	3 (37,5%)	0 (0,0%)

1.2. LES PSYCHOTHERAPEUTES ET LES PSYCHOLOGUES OBSERVATEURS

Quatre psychologues - psychothérapeutes ont pris en charge des patients dans le cadre de cette étude, 3 femmes et 1 homme, d'un âge médian de 37,8 ans (IRQ=10,1). Tous sont formés à la psychothérapie EMDR. Deux d'entre eux indiquent également pratiquer l'ICV (Intégration du Cycle de la Vie) et la thérapie de soutien dans leurs pratiques cliniques courantes. Ils ont environ 4 ans d'expérience du métier (Md=4 ; IRQ=10,0), dont autant en pratique libérale (Md=4 ; IRQ=4,4).

Six psychologues observateurs ont visionné des vidéos des séances de ces psychothérapeutes sur support du PQS, respectivement 4 femmes et 2 hommes, d'un âge médian de 43,9 ans (IRQ=20,9). Quatre sur 6 sont formés à la psychothérapie EMDR. Deux indiquent pratiquer également les TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales), deux l'hypnose, deux l'ICV ou encore deux la thérapie familiale. Un psychologue indique pratiquer également des thérapies psychocorporelles et un la thérapie de soutien. Le [tableau 5](#) reprend les données sociodémographiques des psychothérapeutes et des psychologues observateurs.

Tableau 5 : Données sociodémographiques des psychothérapeutes et des psychologues observateurs

Caractéristiques	Psychothérapeutes (n=4)	Psychologues observateurs (n=6)
Sexe		
Femme	3 (75,0%)	4 (66,7%)
Homme	1 (25,0%)	2 (33,3%)
Âge		
Moyenne (σ)	41,4 (10,6)	47,1 (21,1)
Médiane (IRQ)	37,8 (10,1)	43,9 (20,9)
Nombre d'années d'expérience du métier		
Moyenne (σ)	10 (13,5)	17,2 (20,3)
Médiane (IRQ)	4 (10,0)	6 (20,0)
Nombre d'années d'expérience en libéral		
Moyenne (σ)	4 (2,9)	13,2 (4,5)
Médiane (IRQ)	4 (4,4)	6 (13,0)
Nombre d'années d'expérience de l'EMDR		NA ¹
Moyenne (σ)	5,5 (1,73)	
Médiane (IRQ)	5,5 (3,0)	
Thérapies pratiquées		
EMDR	4 (100,0%)	4 (66,7%)
TCC	0 (0,0%)	2 (33,3%)
Hypnose	0 (0,0%)	2 (33,3%)
ICV	1 (25,0%)	2 (33,3%)
Thérapie psychocorporelle	0 (0,0%)	1 (16,7%)
Thérapie de soutien	1 (25,0%)	1 (16,7%)
Thérapie familiale	0 (0,0%)	2 (33,3%)

¹ NA : Non applicable

2. ÉVALUATION DES INDICATEURS DE SANTE PERÇUE

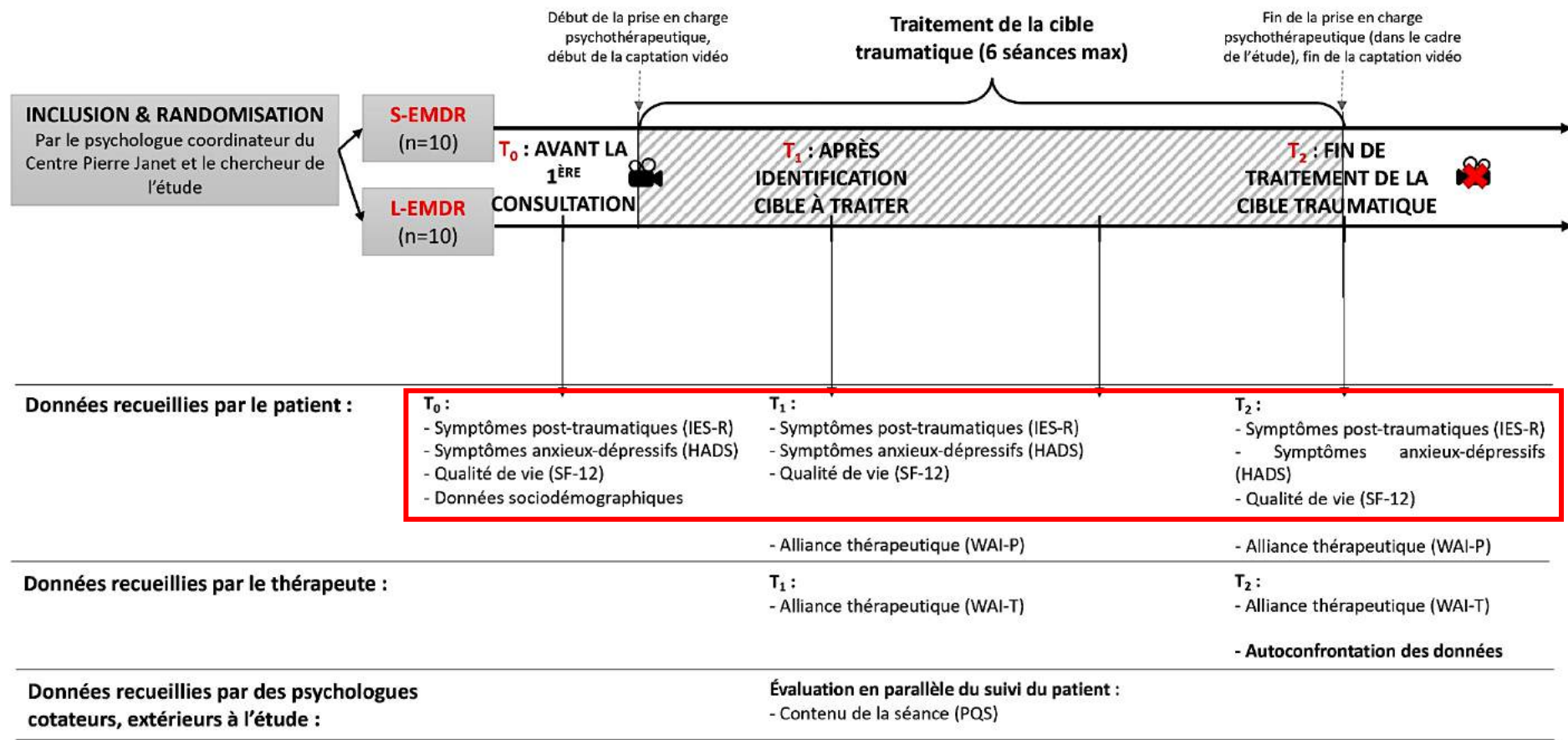
Le schéma de l'étude (voir [schéma 1](#)) sur la page suivante indique à quel niveau se situe les analyses réalisées dans cette partie (encadré rouge).

2.1. ÉVOLUTION DES SCORES DANS LE TEMPS SELON LES 3 TEMPS DE MESURE (T₀, T₁ ET T₂)

Pour rappel, notre étude admettait 3 temps de mesure : T₀ correspond aux mesures réalisées avant que le patient ne débute sa prise en charge avec son thérapeute (*baseline*) ; T₁ correspond aux mesures réalisées une fois que la cible traumatique à traiter a été identifiée avec le thérapeute ; T₂ correspond aux mesures réalisées une fois le traitement EMDR complet de la cible achevé.

Considérant la faiblesse de notre taille d'échantillon, l'évolution des indicateurs de santé perçue est d'abord étudiée tous groupes confondus. On constate une diminution significative des symptômes post-traumatiques (IES-R) au cours du temps ($p < 0,05$), avec une recrudescence des symptômes à T₁ (Md=52,0, IRQ=13,8) qui ensuite diminue très nettement à T₂ (Md=16,0, IRQ=33,0). Ce résultat est cohérent avec ce que nous observons dans la clinique, où le patient se sent d'abord activé à mesure qu'il évoque le souvenir traumatique avec son thérapeute avec que celui-ci ne soit traité.

Nous observons également une tendance à la diminution des symptômes anxieux et dépressifs (HADS) au cours du temps, bien que la faiblesse de la taille d'échantillon ne permette pas une significativité de nos résultats ($p = 0,076$). Nous observons cette même tendance quant à la dimension de la santé mentale de la qualité de vie (SF-12) qui tend à augmenter au cours du temps ($p = 0,076$). En revanche, aucun impact n'est observé sur la dimension physique de la qualité de vie (SF-12). Le [tableau 6](#) reprend ces résultats.



[Schéma 1](#) : Design et données recueillies de l'étude DETECT-EMDR aux différents temps de mesure

Légende : L'encadré rouge indique à quel niveau se situe les analyses détaillées dans cette partie.

Tableau 6 : Évolution des indicateurs de santé perçue chez les patients au cours des trois temps de mesure

Variables	T ₀ (n=16)	T ₁ (n=10)	T ₂ (n=10)	p value ¹
IES-R score²				0,017
Moyenne (σ)	45,4 (20,5)	49,2 (17,2)	22,3 (17,9)	
Médiane (IRQ)	44,0 (19,5)	52,0 (13,8)	16,0 (33,0)	
HADS score total³				0,076
Moyenne (σ)	18,6 (7,7)	19,9 (7,4)	12,7 (7,0)	
Médiane (IRQ)	20 (10,5)	19,5 (5,5)	11,0 (10,0)	
HADS score anxiété³				0,100
Moyenne (σ)	11,8 (4,8)	12,1 (5,2)	8,0 (4,3)	
Médiane (IRQ)	12,5 (5,2)	12 (6,3)	8,0 (7,8)	
HADS score dépression³				0,200
Moyenne (σ)	6,8 (4,3)	7,8 (4,2)	4,7 (4,0)	
Médiane (IRQ)	7,5 (6,0)	7,5 (3,8)	3,0 (5,8)	
SF-12 santé physique⁴				>0,900
Moyenne (σ)	50,9 (8,0)	50,2 (10,3)	51,6 (7,2)	
Médiane (IRQ)	51,1 (6,4)	51,2 (15,5)	50,8 (5,8)	
SF-12 santé mentale⁴				0,076
Moyenne (σ)	39,9 (4,5)	38,7 (6,6)	45,9 (8,1)	
Médiane (IRQ)	38,9 (6,6)	38,4 (7,8)	47,6 (11,8)	

¹ Kruskal-Wallis rank sum test

² L'IES-R (*Impact Event Scale-Revised*) admet un score allant de 0 à 88. Plus le score est élevé, plus il indique un haut niveau d'intensité des symptômes post-traumatiques.

³ L'HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) admet un score global allant de 0 à 42. Les sous-dimensions anxiété et dépression admettent respectivement un score allant de 0 à 21. Plus le score est élevé, plus il indique une intensité des symptômes.

⁴ Conformément au développement de l'échelle, les scores des deux dimensions santé mentale et santé physique de la SF-12 (*Short-Form 12 Health Survey*) ont été normalisés. On admet alors un score allant de 0 à 100, où un score élevé indique une meilleure qualité de vie.

Les indicateurs EMDR (SUD et VOC) ont été relevés au fur et à mesure des différentes consultations, lorsque ceux-ci étaient relevés par les thérapeutes. Indépendamment des groupes, on observe une tendance à la diminution de la détresse subjective (SUD) au cours du temps, avec une valeur médiane de 7,0 (IRQ=0,0) en début de prise en charge et de 2,5 (IRQ=1,2) à la fin de la prise en charge. Rappelons-le, l'objectif de toute désensibilisation EMDR est d'atteindre une valeur de SUD égale à 0. Ici, il n'est pas étonnant de constater un SUD ≠ 0, soit en raison du manque de temps que les thérapeutes ont pu relever afin de terminer complètement la désensibilisation, soit en raison des tableaux cliniques relativement complexes que la plupart des patients présentaient, pouvant les empêcher, à ce stade, d'indiquer une valeur plus basse. En ce qui concerne la validité de la cognition positive (VOC), on observe une tendance à l'augmentation au cours du traitement, avec une valeur médiane de 3,0 (IRQ=0,0) en début de prise en charge et une valeur de 7,0 (IRQ=0,8) en fin de prise en charge. Une VOC à 7 est l'objectif cherché selon le protocole EMDR, indiquant que le patient croit parfaitement en

l'affirmation positive qu'il a à propos de lui-même (*je suis en sécurité, j'ai de la valeur, je mérite d'être aimé*). Le [tableau 7](#) reprend ces résultats.

[Tableau 7](#) : Évolution des indicateurs EMDR au cours des 6 séances

Indicateurs EMDR	N° de consultation					
	1 (n=15)	2 (n=13)	3 (n=11)	4 (n=10)	5 (n=11)	6 (n=9)
SUD²						
Moyenne (σ)	NA ¹	7,0 (NA)	7,8 (2,0)	5,4 (1,5)	3,9 (2,6)	2,2 (1,0)
Médiane (IRQ)	NA	7,0 (0,0)	8,0 (0,8)	5,0 (2,2)	4,0 (3,3)	2,5 (1,2)
VOC³						
Moyenne (σ)	NA	3,0 (NA)	3,5 (2,1)	4,5 (0,7)	7,0 (0,0)	6,0 (2,0)
Médiane (IRQ)	NA	3,0 (0,0)	3,5 (1,4)	4,5 (0,6)	7,0 (0,0)	7,0 (0,8)

¹ NA : Non applicable

² Le SUD (*Subjective Unity of Distress*) admet un score allant de 0 à 10, où 10 est le plus haut niveau de perturbation ressentie rapporté par le patient.

³ La VOC (*Validity of Cognition*) admet un score allant de 1 à 7, où 7 indique le plus haut degré de croyance en la véracité de la croyance positive. Cette véracité se traduit par « à combien ressentez-vous ces mots comme vrais maintenant ? ».

En résumé, indépendamment du groupe d'étude, nous observons une diminution statistiquement significative des symptômes post-traumatiques, ainsi qu'une tendance à la diminution des symptômes anxieux-dépressifs et de la détresse subjective au cours du temps. Une certaine recrudescence des symptômes est constatée en milieu de traitement (T₁), ce qui peut s'expliquer par l'activation du matériel négatif chez le patient (le patient se remémore le souvent douloureux mais n'est pas encore capable de l'intégrer complètement, d'où l'augmentation de la détresse). Nous observons également une tendance à l'augmentation de la validité de la cognition positive ainsi que de la santé mentale au cours du temps.

2.2. ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE SANTE PERÇUE SELON LES PHASES DU PROTOCOLE STANDARD

Il était demandé aux thérapeutes de l'étude de reporter, pour chaque séance avec leur patient, où il se situait par rapport au protocole EMDR standard. De manière explicite, les phases n°1 « Histoire du patient », n°2 « Préparation », n°4 « Désensibilisation » et n°7 « Clôture » ont été mentionnées par les thérapeutes. En effet, par exemple, il n'est pas rare de réaliser les phases 5, 6 et 7 au cours d'une même séance. Dans ce dernier cas, seule la phase 7 aurait été mentionnée.

Dans le cas de cette étude, nos mesures aux 3 temps (T₀, T₁ et T₂) n'ont pas nécessairement été réalisées aux mêmes étapes du protocole. Le T₀ se situe avant même que la phase 1 ne commence, puisque le patient n'a pas encore rencontré son thérapeute, et le T₂ ne correspond pas toujours à la phase 7 achevée, puisque les thérapeutes ont pu indiquer manquer de temps. Parfois, les questionnaires du temps T₂ ont été administrés à la fin de la 6^e consultation pour le patient, sans que les phases 5 et 6 aient pu être complètement installées par exemple. Enfin, le T₁ (cible traumatique à traiter identifiée) est sans doute le temps de mesure le plus flou. En effet, dans la clinique, il arrive fréquemment que la cible traumatique à traiter soit identifiée dès la 1^{ère} ou 2^e consultation, alors même que parfois les phases d'anamnèse sont beaucoup plus longues. Considérant ces différentes temporalités, il nous a semblé pertinent d'étudier l'évolution de nos scores selon les phases du protocole standard explicitement identifiées. Le [tableau 8](#) résume ces résultats.

Tableau 8 : Évolution des indicateurs de santé perçue chez les patients selon les phases du protocole standard

Variables	Phase 1 (n=14)	Phase 2 (n=5)	Phase 4 (n=5)	Phase 7 (n=5)	p value ¹
IES-R score²					0,065
Moyenne (σ)	47,9 (17,6)	47,0 (23,6)	49,0 (5,1)	14,8 (19,4)	
Médiane (IRQ)	44,0 (22,5)	56,0 (22,0)	52,0 (8,0)	4,0 (12,0)	
HADS score total³					0,048
Moyenne (σ)	19,6 (6,3)	18,0 (4,6)	21,0 (9,2)	9,2 (6,8)	
Médiane (IRQ)	20,0 (10,7)	18,0 (4,0)	21,0 (6,0)	9,0 (6,0)	
HADS score anxiété³					0,110
Moyenne (σ)	12,4 (3,8)	11,4 (4,4)	11,2 (5,0)	5,6 (4,6)	
Médiane (IRQ)	12,5 (4,3)	12,0 (1,0)	12,0 (2,0)	3,0 (4,0)	
HADS score dépression³					0,120
Moyenne (σ)	7,2 (4,2)	6,6 (1,8)	9,8 (4,9)	3,6 (3,6)	
Médiane (IRQ)	8,0 (5,8)	7,0 (1,0)	9,0 (1,0)	2,0 (6,0)	
SF-12 santé physique⁴					0,700
Moyenne (σ)	51,2 (8,3)	50,4 (11,0)	48,2 (6,7)	49,4 (9,3)	
Médiane (IRQ)	51,6 (6,7)	56,7 (10,8)	50,1 (11,1)	49,8 (6,3)	
SF-12 santé mentale⁴					0,039
Moyenne (σ)	40,1 (4,6)	38,6 (5,6)	37,8 (5,4)	50,4 (6,9)	
Médiane (IRQ)	40,2 (7,0)	36,6 (0,2)	40,1 (5,1)	52,2 (1,9)	

¹ Kruskal-Wallis rank sum test

² L'IES-R (*Impact Event Scale-Revised*) admet un score allant de 0 à 88. Plus le score est élevé, plus il indique un haut niveau d'intensité des symptômes post-traumatiques.

³ L'HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) admet un score global allant de 0 à 42. Les sous-dimensions anxiété et dépression admettent respectivement un score allant de 0 à 21. Plus le score est élevé, plus il indique une intensité des symptômes.

⁴ Conformément au développement de l'échelle, les scores des deux dimensions santé mentale et santé physique de la SF-12 (*Short-Form 12 Health Survey*) ont été normalisés. On admet alors un score allant de 0 à 100, où un score élevé indique une meilleure qualité de vie.

L'évolution des indicateurs de santé perçue chez les patients selon les phases du protocole standard va dans le même sens que l'évolution étudiée selon les 3 temps de mesure. On observe une diminution statistiquement significative des symptômes anxieux-dépressifs (HADS) au cours des phases du protocole ($p < 0,05$) avec recrudescence des symptômes au moment de la phase 4 (Md=21,0, IRQ=6,0) ce qui est congruent avec ce que nous observons dans la clinique lorsqu'on démarre une désensibilisation. Le patient ainsi activé présente en général une détresse d'abord supérieure à ce qu'il avait auparavant pour ensuite diminuer nettement, ce que nous retrouvons en phase 7 (Md=9,0, IRQ=6,0). Des mêmes tendances sont observées lorsqu'on considère plus précisément les sous-scores d'anxiété et de dépression. Nous constatons également une augmentation statistiquement significative ($p < 0,05$) de la dimension santé mentale de la qualité de vie (SF-12), diminuant voire stagnant en cours de traitement pour ensuite nettement augmenter en phase 7 (Md=52,2, IRQ=1,9).

De plus, nous observons une tendance très nette à la diminution, quoique non significative ($p = 0,065$), des symptômes post-traumatiques (IES-R) au cours du protocole standard, avec une valeur médiane à la phase 1 de 44,0 (IRQ=22,5) contre 4,0 (IRQ=12,0) en phase 7. Ici aussi, une même tendance à la recrudescence des symptômes post-traumatiques au cours de la phase 2 (Md=56,0, IRQ=22,0) et de la phase 4 (Md=52,0, IRQ=8,0) est observée. Enfin, comme précédemment, seule la dimension de la santé physique (SF-12) ne semble pas impactée.

En résumé, tous groupes confondus, l'évolution des indicateurs de santé perçue suit l'évolution observée selon les trois temps de mesure. On observe une diminution statistiquement significative des symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'une augmentation statistiquement significative de la santé mentale au cours des phases du protocole. Une tendance très nette de diminution est également observée concernant la symptomatologie post-traumatique. Comme au temps T₁ de mesure, on constate en milieu de traitement une tendance à la recrudescence des symptômes durant la phase 4 de désensibilisation. Pendant cette phase, le patient explore en effet les associations reliées au souvent douloureux en cours de traitement, ce qui peut le confronter à un matériel négatif susceptible d'augmenter sa détresse. Celle-ci, toutefois, tend à diminuer nettement à la fin du traitement.

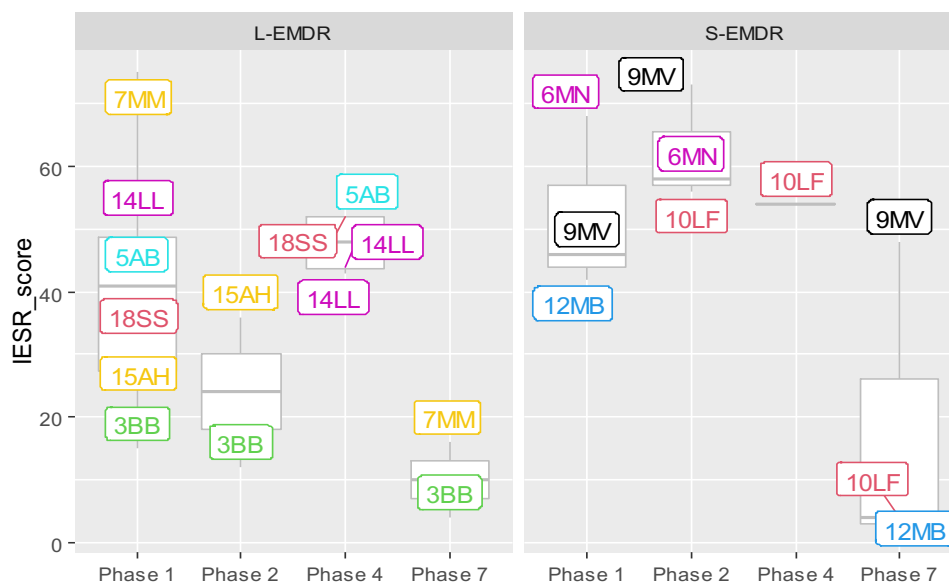
2.3. COMPARAISON VISUELLE INTER-GROUPES DES INDICATEURS DE SANTE PERÇUE PAR PHASES

Nous avons fait le choix d'étudier les comparaisons inter-groupes selon les phases du protocole EMDR standard et non les 3 temps de mesure de l'étude, car plus proche du terrain clinique. Considérant la très faible taille de notre échantillon, le tableau des données sur les indicateurs de santé perçue par groupe est uniquement donné à titre informatif en annexes, en raison du manque de puissance statistique (voir [tableau n°A14](#) selon les temps de mesure et [tableau n°A15](#) par phase du protocole standard). Il nous a semblé plus pertinent d'étudier les tendances grâce à des représentations visuelles de type *box plot* (diagrammes à moustaches) afin d'observer des différences potentielles entre les deux groupes d'études. Sur les diagrammes ci-dessous, chaque encadré de couleur correspond au cas d'un patient, identifié par son numéro d'inclusion (chiffre suivi des initiales).

Toutes nos données sont à interpréter au cas par cas, considérant la différence du nombre de mesures prises par phases (par exemple, seules 2 données représentent la phase 2 des symptômes post-traumatiques, contre 4 données en phase 4).

Concernant l'évolution des symptômes post-traumatiques, on constate une diminution des scores dans le temps, avec une tendance à la recrudescence en phase 4 particulièrement pour le groupe L-EMDR. Cette même tendance s'applique pour les deux groupes. On observe seulement une diminution drastique des symptômes chez les patients 7MM (L-EMDR), 10LF et 12MB (S-EMDR). Pour les autres, les diminutions sont plus modérées, voire stagnent, sans doute en raison de la nécessité pour le patient de poursuivre sa thérapie hors étude, ce qui fut le cas de plusieurs d'entre eux. Aucune différence n'apparaît entre les deux groupes. Le [schéma 2](#) ci-dessous illustre ces tendances.

Schéma 2 : Évolution des symptômes post-traumatiques entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard



Concernant les scores d'anxiété ([schéma 3](#) HADS_A), on constate une diminution très nette des symptômes rapportées par les patients 7MM, 3BB et 5AB pour le groupe L-EMDR et par les patients 10LF et 9MV pour le groupe S-EMDR. Pour les deux groupes, ces diminutions apparaissent nettement après la phase 4 de désensibilisation.

Les scores des symptômes dépressifs ([schéma 4](#) HADS_D) évoluent moins, mais sont également initialement plus bas. Seuls les patients 9MV et 10LF pour le groupe S-EMDR suivent la même évolution, avec des diminutions drastiques. Les scores ont ici aussi tendance à augmenter en phase 4. Entre les deux groupes, on ne constate aucune différence saillante, pour les scores anxieux comme dépressifs.

Schéma 3 : Évolution des symptômes anxieux (HADS_A) entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard

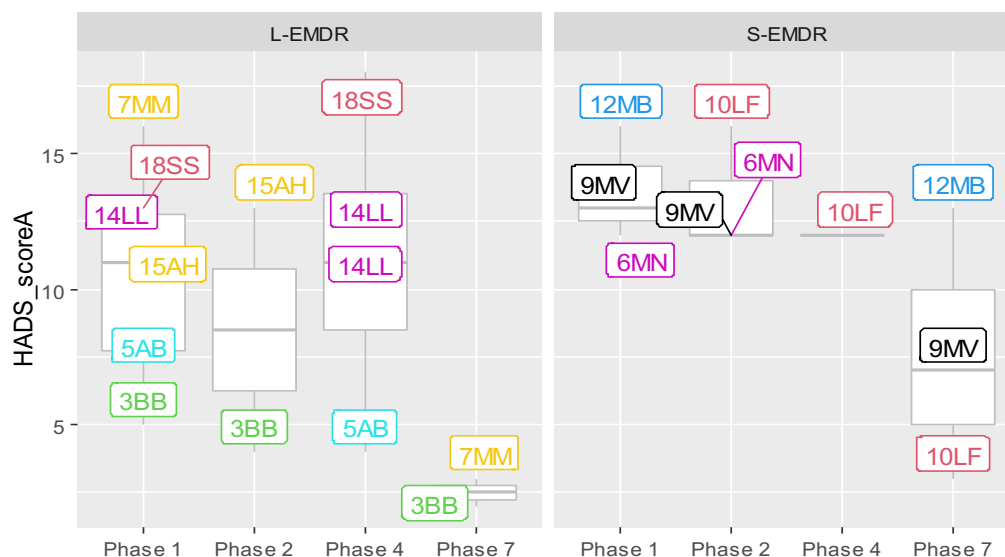
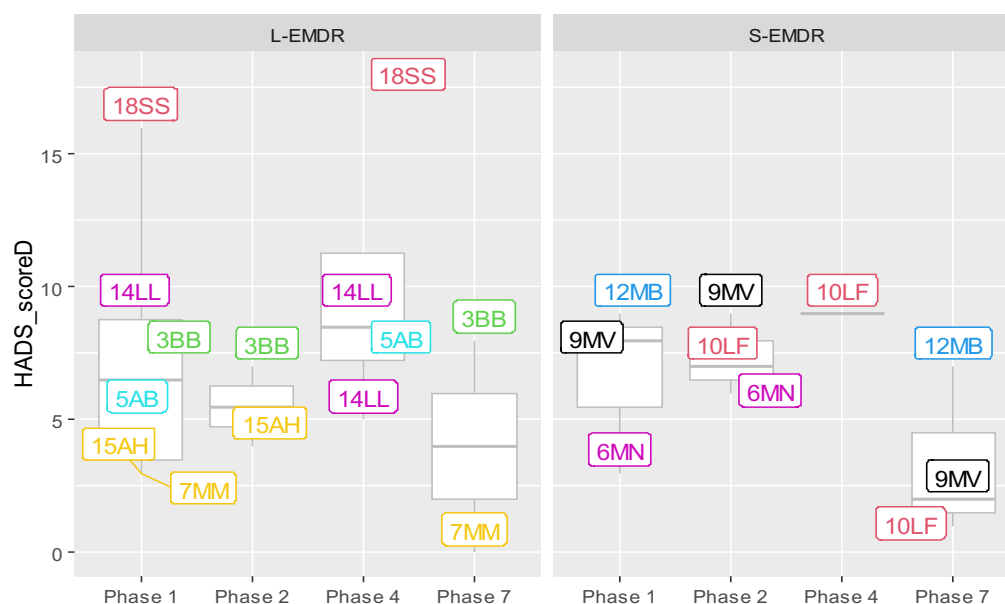


Schéma 4 : Évolution des symptômes dépressifs (HADS_D) entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard

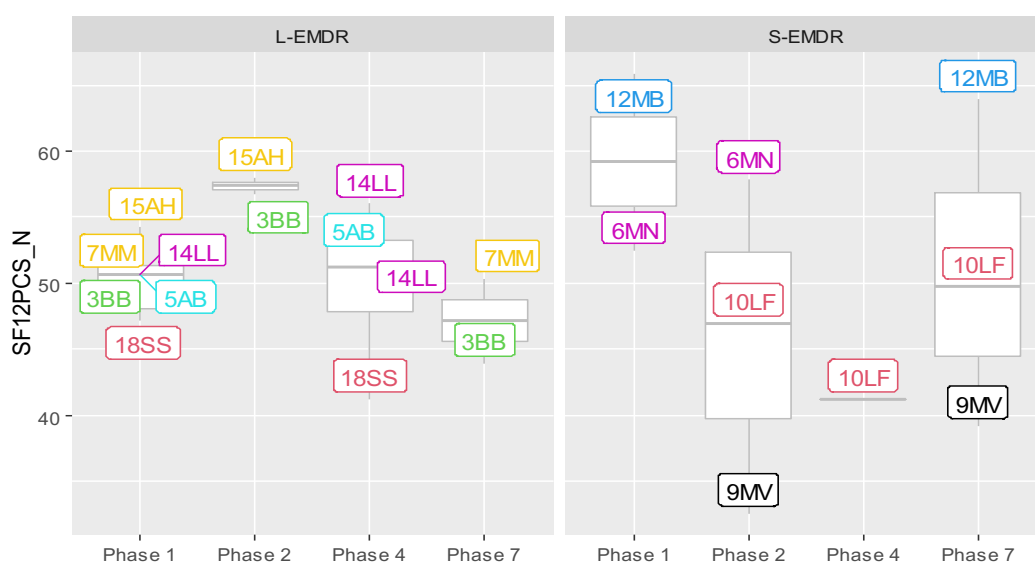


Concernant la qualité de vie dans sa dimension physique (voir schéma 5 SF12PCS), l'évolution des scores nous apprenait déjà qu'il y avait peu d'impact selon les phases du protocole standard. Quel que soit le groupe, et quel que soit le cas, les scores ont tendance à stagner, voire à augmenter en fin de prise en charge. Cliniquement, il n'est pas rare de constater un impact sur la vie physique, parfois même dans un sens de recrudescence des symptômes sur ce plan en

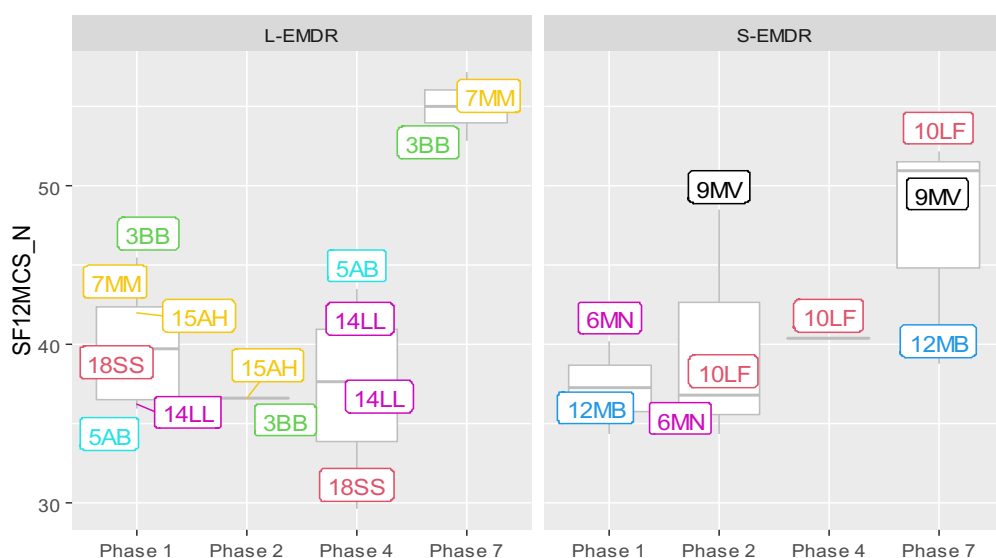
raison du contact avec le trauma. Toutefois, le manque de données sur la situation clinique ultérieure de nos patients ne permet pas d'interpréter ce résultat.

Concernant la qualité de vie dans sa dimension mentale (voir [schéma 6](#) SF12MCS), l'évolution des scores suit la même tendance que les autres indicateurs : elle a tendance à diminuer au niveau de la phase 4 pour augmenter de manière saillante en fin de traitement. On ne constate aucune différence notable entre les deux groupes, tous deux suivant ce même processus.

[Schéma 5](#) : Évolution de la qualité de vie physique (SF12_PCS) entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard



[Schéma 6](#) : Évolution de la qualité de vie mentale (SF12_MCS) entre les groupes selon les phases du protocole EMDR standard



En résumé, aucune différence notable n'est constatée au cas par cas suivant les deux groupes L-EMDR et S-EMDR, et ce, quel que soit l'indicateur de santé perçue étudié. Les patients suivent majoritairement la même tendance, avec une recrudescence des symptômes en phase 4 pour diminuer ensuite en fin de traitement, pour les patients du groupe L-EMDR comme du groupe S-EMDR. Le manque de données de certains patients en fin de traitement ne permet pas davantage d'explicitation. Ces premières observations laissent présager déjà du peu d'influence que peut avoir le protocole standard au travers des indicateurs de santé perçue. Qu'il soit appliqué strictement ou avec plus de liberté, les symptomatologies des patients ne diminuent pas davantage pour autant. La phase 4, pour les deux groupes, semble être une phase pivot quelle que soit la posture (stricte ou libre) avec laquelle elle est appliquée.

3. ÉVALUATION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Le schéma de l'étude ([schéma 1](#)) sur la page suivante indique à quel niveau se situe les analyses réalisées dans cette partie (encadré bleu).

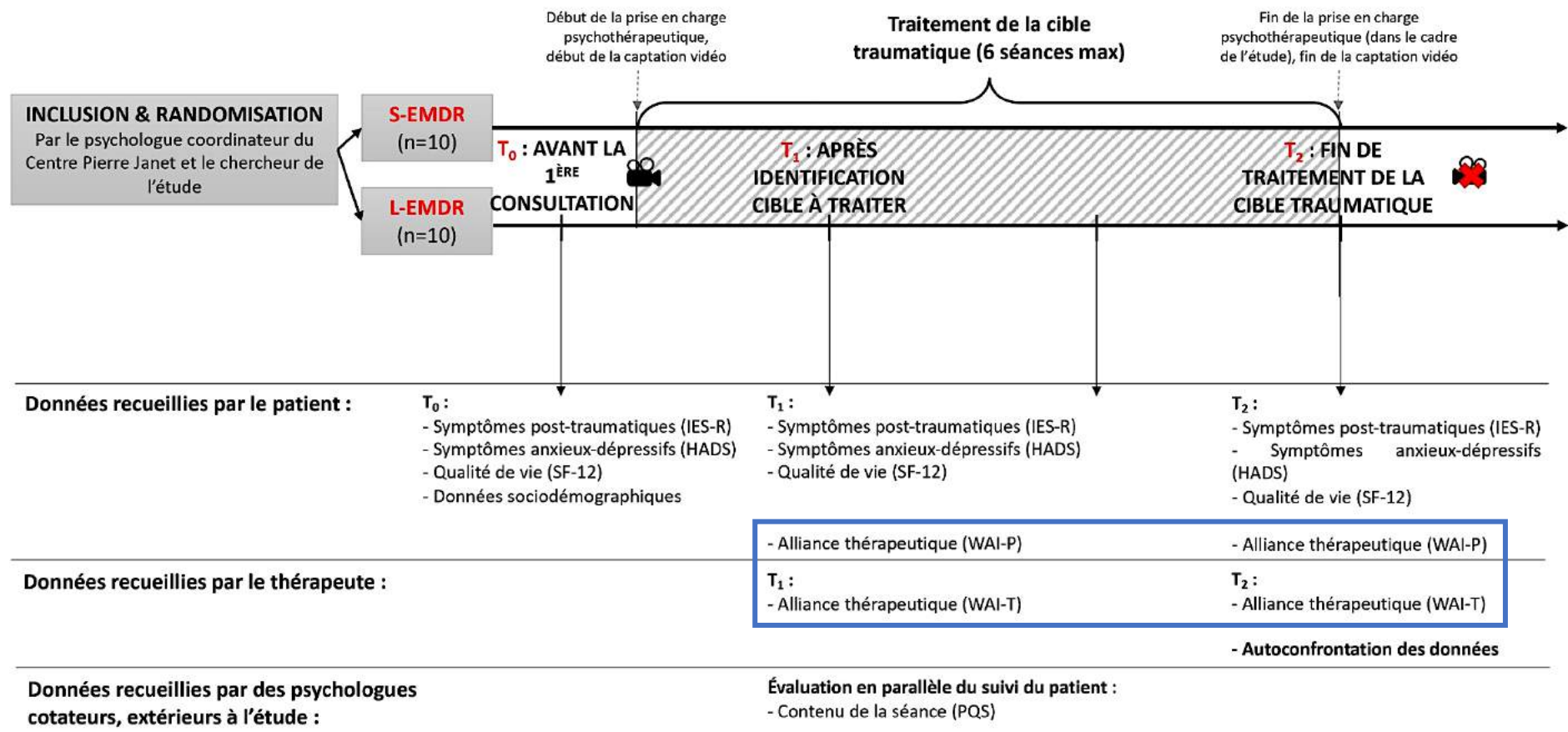


Schéma 1 : Design et données recueillies de l'étude DETECT-EMDR aux différents temps de mesure

Légende : L'encadré bleu indique à quel niveau se situe les analyses détaillées dans cette partie.

3.1. ÉVOLUTION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE SELON LES TEMPS DE MESURE

L'échelle WAI (*Working Alliance Inventory*) permet le calcul de trois sous-scores, en plus du score global de l'alliance thérapeutique, correspondant aux accords sur les tâches (WAI tâches), les objectifs (WAI objectifs) et sur la dimension du lien (WAI lien).

Au total, indépendamment des temps de mesure, 20 questionnaires WAI ont été remplis par 10 patients et par 4 thérapeutes. Chaque thérapeute de l'étude avait en charge 2 ou 3 patients, ce qui signifie 4 ou 6 questionnaires WAI à remplir au total.

Indépendamment du groupe, du côté du patient, on observe une tendance à l'augmentation de l'alliance thérapeutique globale, avec une valeur médiane globale de 215,0 (IRQ=21,3) à T₁ contre 235,0 (IRQ=18,5) à T₂ ($p=0,110$). Plus précisément, si l'accord sur les tâches diffère très faiblement, c'est davantage la dimension du lien entre le patient et le thérapeute qui tend à s'accroître au cours du temps, avec une valeur médiane de 74,0 (IRQ=6,0) à T₁ contre 78,5 (IRQ=7,8) à T₂ ($p=0,087$). De même, la dimension des accords sur les objectifs de la thérapie qui tend à augmenter ($p=0,063$), avec un score évoluant de 71,5 (IRQ=4,6) à 76,5 (IRQ=5,2).

Indépendamment du groupe, du côté du thérapeute, des mêmes tendances d'augmentation de l'alliance thérapeutique au cours du temps sont observées, particulièrement considérant la dimension du lien ($p=0,056$), avec un score médian de 80,0 (IRQ=5,5) à T₁ contre 84,0 (IRQ=3,0) à T₂. C'est en revanche concernant la sous-dimension de l'accord sur les tâches qui dénote et semble à première vue contre-intuitive. En effet, on observe une diminution statistiquement significative ($p<0,030$) entre T₁ (Md=83,0, IRQ=6,0) et T₂ (Md=77,5, IRQ=8,0). Ce résultat semble s'éclairer par le retour clinique que les thérapeutes de l'étude nous font. En effet, bon nombre d'entre eux ont pu souligner le cadre de la recherche très contraignant, les obligeant à traiter rapidement une cible traumatique chez leur patient. Or, beaucoup ont signifié qu'en cours de traitement, il leur avait semblé plus pertinent d'orienter la prise en charge différemment, particulièrement considérant les tableaux cliniques complexes des patients. Le cadre de la recherche les poussait à poursuivre la désensibilisation, même si celle-ci leur apparaissait, à mesure que le traitement avançait, de moins en moins pertinente au regard de la problématique que présentait leur patient. Lorsqu'on considère les items de la WAI évaluant cette dimension des tâches, on retrouve en effet la notion de pertinence et d'intérêt des soins en lien avec la problématique du patient (exemples : item n°4 « *Mon patient et moi sommes tous*

deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement dans les soins » ; item n°11 « Je crois que le temps que [mon patient] et moi passons ensemble n'est pas utilisé de manière efficace » ; item n°15 « Je trouve que ce que [mon patient] et moi faisons dans les soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles » ou encore item n°16 « Je suis convaincu que ce que nous faisons dans les soins aidera [mon patient] à accomplir les changements qu'il/elle désire »). Plus encore, nombreux sont les thérapeutes ayant rapporté que la rapidité qu'imposait la recherche à passer à l'étape de désensibilisation avait entraîné, selon leurs propres ressentis, un certain flou chez leurs patients, même si ce flou ne fut pas rapporté par ces derniers. Certains items de la sous-dimension des tâches sont en lien avec la clarté d'indications données au patient et la manière dont celui-ci vit la thérapie (exemple : item 7 « [Mon patient] trouve déroutant ce que nous faisons dans les soins » ; item 31 « [Mon patient] est contrarié(e) par ce que je lui demande de faire pour se soigner » ; item 33 « Ce que nous faisons au cours des soins n'a pas beaucoup de sens pour [mon patient] »). Ce vécu des thérapeutes de la contrainte de la recherche, indépendamment des groupes, explique certainement cette diminution du score d'alliance thérapeutique considérant l'accord sur les tâches, bien que ce vécu ne s'observe pas au niveau des patients. Le [tableau 9](#) ci-dessous résume ces résultats.

Tableau 9 : Évolution de l'alliance thérapeutique chez le patient et chez le thérapeute selon les deux temps de mesure

Scores	WAI-P version patient (n=20) ¹			WAI-T version thérapeute (n=16) ¹		
	T ₁	T ₂	p value ²	T ₁	T ₂	p value ²
WAI total³			0,110			0,900
Moyenne (σ)	216,6 (16,6)	228,0 (13,0)		238,6 (21,7)	241,8 (20,0)	
Médiane (IRQ)	215,5 (21,3)	235,0 (18,5)		243,0 (26,2)	248,5 (15,2)	
WAI tâches³			0,200			0,030
Moyenne (σ)	72,0 (9,3)	76,0 (5,6)		82,2 (4,8)	75,6 (6,5)	
Médiane (IRQ)	73,5 (6,2)	76,0 (3,8)		83,0 (6,0)	77,5 (8,0)	
WAI lien³			0,087			0,056
Moyenne (σ)	74,6 (5,1)	78,5 (6,5)		78,2 (6,3)	82,5 (4,4)	
Médiane (IRQ)	74,0 (6,0)	78,5 (7,8)		80,0 (5,5)	84,0 (3,0)	
WAI objectifs³			0,063			0,400
Moyenne (σ)	70,0 (5,7)	73,5 (5,8)		78,1 (12,7)	83,6 (10,0)	
Médiane (IRQ)	71,5 (4,6)	76,5 (5,2)		83,0 (16,5)	87,0 (6,2)	

¹ Le n correspond aux nombres de mesure, et non aux nombres de sujets.

² Kruskal-Wallis rank sum test

³ Chacune des trois sous-échelles de la WAI (*Working Alliance Inventory*) a un score total allant de 12 à 84. Ces sous-scores peuvent être additionnés pour obtenir un score global allant de 36 à 252. Un score élevé indique un niveau d'alliance thérapeutique élevé.

En résumé, indépendamment du groupe d'étude, les scores d'alliance thérapeutique sont globalement très élevés, déjà au premier temps de mesure, chez le patient comme chez le thérapeute. Ces scores tendent à augmenter chez le patient, particulièrement en ce qui concerne la dimension des objectifs qui augmente significativement, ainsi que la dimension du lien. Tout se passe comme si, à mesure que la prise en charge avance, patients et thérapeutes étaient capables de s'accorder davantage, cet accordage étant ressenti en tout cas du côté du patient. Chez le thérapeute, une tendance à l'augmentation s'observe également concernant la dimension du lien, mais diffère significativement en diminuant au cours du temps concernant l'accord sur les tâches. Cette observation semble s'expliquer par le vécu du cadre de la recherche contraignant pour le thérapeute, même si ce vécu n'a pas été rapporté par les patients.

3.2. ÉVOLUTION DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE SELON LES PHASES DU PROTOCOLE STANDARD

Du côté du patient, au cours des phases du protocole standard, on observe une même tendance d'évolution du score global d'alliance thérapeutique ($p < 0,05$) que pour les indicateurs de santé perçue, à savoir une diminution correspondant à la phase de traitement ($Md=209,0$, $IRQ=21,0$) puis une nette augmentation sur la fin ($Md=236,0$, $IRQ=11,0$) comparativement au début du traitement ($Md=220,5$, $IRQ=21,0$). Plus précisément, cette tendance s'exprime très peu sur le plan statistique pour les dimensions des tâches et du lien, en revanche elle s'exprime de manière statistiquement significative ($p < 0,01$) pour la dimension des objectifs : le score reporté en phase 2 ($Md=73,0$, $IRQ=2,7$) augmente significativement en phase 7 ($Md=77,0$, $IRQ=1,0$) avec une diminution très nette en phase 4 ($Md=61,0$, $IRQ=8,0$).

Des mêmes tendances sont observées du côté du thérapeute, particulièrement en ce qui concerne la dimension des objectifs ($p=0,120$) qui décroît nettement de la phase 2 ($Md=80,5$, $IRQ=3,0$) à la phase 4 ($Md=64,0$, $IRQ=15,7$) pour augmenter à nouveau en phase 7 ($Md=84,0$, $IRQ=2,0$). La dimension des tâches ($p=0,200$) suit cette même tendance, après avoir observé également une diminution en phase 4 ($Md=72,0$, $IRQ=7,2$), puis à augmenter légèrement en phase 7 ($Md=83,0$, $IRQ=4,5$) comparativement à la phase 2 ($Md=80,0$, $IRQ=2,5$). Ces tendances restent toutefois à interpréter avec grande prudence en raison de la non-significativité des données, due au manque de puissance statistique dans notre échantillon. Le [tableau 10](#) reprend les scores d'alliance thérapeutique chez le patient et chez le thérapeute en fonction des phases du protocole standard.

Tableau 10 : Évolution de l’alliance thérapeutique chez le patient et chez le thérapeute selon les phases du protocole standard

		WAI total² Moyenne (σ) Médiane (IRQ)	WAI tâches² Moyenne (σ) Médiane (IRQ)	WAI lien² Moyenne (σ) Médiane (IRQ)	WAI objectifs² Moyenne (σ) Médiane (IRQ)
WAI-P version patient (n=14)	Phase 2 (n=5)	221,0 (13,5) 220,5 (21,0)	73,8 (7,9) 74,0 (7,8)	74,0 (5,2) 75,5 (6,5)	73,2 (2,2) 73,0 (2,7)
	Phase 4 (n=5)	206,8 (15,5) 209,0 (21,0)	68,2 (9,9) 72,0 (4,0)	74,6 (5,2) 75,0 (4,0)	64,0 (5,1) 61,0 (8,0)
	Phase 7 (n=5)	231,2 (10,1) 236,0 (11,0)	77,8 (2,5) 76,0 (4,0)	77,0 (8,6) 78,0 (8,0)	76,4 (1,5) 77,0 (1,0)
	p value¹	0,045	0,088	0,600	0,005
WAI-T version thérapeute (n=11)	Phase 2 (n=4)	236,2 (7,9) 236,5 (9,7)	79,5 (1,9) 80,0 (2,5)	76,8 (4,3) 78,0 (5,2)	80,0 (3,7) 80,5 (3,0)
	Phase 4 (n=4)	213,2 (26,0) 208,5 (34,2)	73,2 (7,3) 72,0 (7,2)	73,2 (7,3) 74,5 (9,3)	66,8 (12,5) 64,0 (15,7)
	Phase 7 (n=3)	243,0 (9,5) 248,0 (8,5)	80,7 (4,9) 83,0 (4,5)	79,7 (2,3) 81,0 (2,0)	82,7 (2,3) 84,0 (2,0)
	p value¹	0,15	0,200	0,200	0,120

¹ Kruskal-Wallis rank sum test

² Chacune des trois sous-échelles de la WAI (*Working Alliance Inventory*) a un score total allant de 12 à 84. Ces sous-scores peuvent être additionnés pour obtenir un score global allant de 36 à 252. Un score élevé indique un niveau d’alliance thérapeutique élevé.

En résumé, les scores d’alliance thérapeutique chez le patient tendent à augmenter au cours de l’application du protocole standard, avec une nette diminution au cours de la phase 4 similaire à l’évolution des indicateurs de santé perçue, particulièrement en ce qui concerne la dimension des objectifs. Sans doute que la phase 4 peut parfois apparaître confusionnante pour les patients au vu du matériel négatif qui s’active, parfois sans rapport direct avec le souvenir traité, et de l’aspect technique de la phase elle-même. Cependant, en fin de traitement, une augmentation très nette est ensuite observée. Le lien, en revanche, qui était la dimension qui pouvait augmenter dans le temps, reste inchangé au cours des phases. Cliniquement parlant, c’est sans doute le point le plus essentiel pour permettre au patient de traverser les associations potentiellement négatives qui s’imposent à lui pendant la désensibilisation. Des mêmes tendances sont observées chez le thérapeute : une diminution nette en cours de traitement est observée pour la dimension des tâches et des objectifs. Cette observation s’explique sans doute, comme dit précédemment par les contraintes de la recherche qui ont pu être parfois difficiles à vivre pour les thérapeutes, selon leurs retours, et les amener à ne plus se sentir en phase avec ce qu’ils auraient aimé faire (ces propos ont été rapportés quel que soit le groupe d’étude). Toutefois, la dimension du lien est préservée.

3.3. COMPARAISON INTER-GROUPES DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Le [tableau n°A14](#) présent en annexes donne le détail de l'alliance thérapeutique chez le patient par groupe selon les temps de mesure et le [tableau n°A15](#) selon les phases du protocole standard. Le [tableau n°A16](#) donne respectivement les mêmes données concernant les thérapeutes selon les temps de mesure. Les données du thérapeute selon les phases du protocole standard ne sont pas exploitables dans la mesure où les questionnaires, ayant été administrés selon les temps de mesure, ne correspondent pas précisément aux phases du protocole standard. Il ne nous a pas semblé judicieux de les commenter en raison du manque de puissance statistique. Ils ne sont donnés qu'à titre indicatif. Les tendances observées sont étudiées visuellement.

Le [schéma 7](#) ci-dessous illustre les différences de score d'alliance thérapeutique du côté du patient et du côté du thérapeute entre les groupes selon nos deux temps de mesure T₁ et T₂. On constate une tendance à l'augmentation de l'alliance thérapeutique au cours du temps, particulièrement pour le groupe S-EMDR, tant du côté du patient que du côté du thérapeute. Dans le groupe L-EMDR, seul le score d'alliance thérapeutique du thérapeute stagne.

Lorsqu'on observe la variation de l'alliance thérapeutique au cours des phases du protocole standard (voir [schéma 8](#)), on observe la même tendance que pour les indicateurs de santé perçue, à savoir une diminution des scores en phase 4. L'absence de données concernant les thérapeutes du groupe S-EMDR en phase 4 s'expliquent par le fait que les questionnaires n'ont pas été administrés à ce temps-là mentionné du protocole EMDR standard. Dans le groupe S-EMDR, les scores du patient comme du thérapeute ont tendance à augmenter au cours des phases. Cette même tendance s'observe chez les patients du groupe L-EMDR, tandis que le score des thérapeutes sont relativement équivalents.

[Schéma 7](#) : Évolution des scores d'alliance thérapeutique entre les groupes selon les temps de mesure

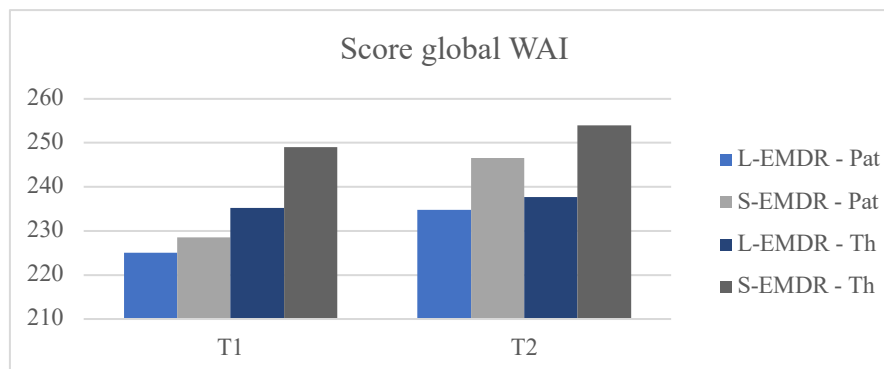
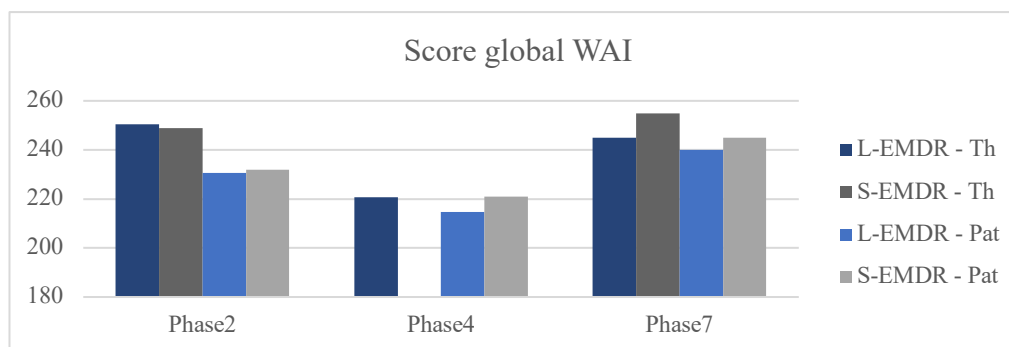


Schéma 8 : Évolution des scores d'alliance thérapeutique entre les groupes selon les phases du protocole standard



En résumé, on constate globalement une tendance à l'augmentation des scores d'alliance thérapeutique au cours du temps, qu'il s'agisse de nos deux temps de mesure ou selon les phases du protocole EMDR standard, avec une diminution nette en phase 4 dans ce dernier cas, de manière similaire à ce qui est observé pour les indicateurs de santé perçue. Aucune différence notable n'est relevée entre nos deux groupes d'étude. L'application du protocole standard ne semble pas venir influencer sur la qualité de l'alliance thérapeutique, ni dans le sens d'une augmentation, ni dans le sens d'une diminution. Cette observation laisse présager que ce sont d'autres paramètres à l'œuvre que l'application de la technique qui permettent d'établir une alliance thérapeutique solide. Ce point sera davantage détaillé en discussion.

3.4. COMPARAISON ENTRE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ET CELLE DU THERAPEUTE

Le [tableau 11](#) ci-dessous nous donne les différences entre les scores d'alliance thérapeutique chez le patient et ceux chez les thérapeutes en fonction des temps de mesure.

Indépendamment des deux groupes d'étude, les scores apparaissent similaires entre les patients et les thérapeutes, et ce, quel que soit le temps de mesure. Seule la dimension de l'accord sur les objectifs à T₂ admet une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) entre le score patient ($Md=76,5$, $IRQ=5,2$) et le score thérapeute ($Md=81,0$, $IRQ=5,4$), ce dernier étant significativement plus élevé. Jusqu'à présent, c'est en effet sur cette dernière dimension que la plupart des différences peuvent s'observer. Celle-ci peut trouver une explication dans le fait qu'en fin de traitement, le thérapeute sait davantage où il peut se situer dans la stratégie

thérapeutique, tandis que le patient peut être dans un certain flou. En effet, la plupart des patients inclus dans l'étude ont poursuivi leur prise en charge ensuite hors recherche. Si l'objectif de l'étude était atteint pour le thérapeute, l'objectif thérapeutique pour le patient nécessite de poursuivre la prise en charge au-delà du temps T₂ de mesure.

En résumé, les scores d'alliance thérapeutique chez les patients semblent croître dans le temps de manière similaire à l'évolution des scores observée chez les thérapeutes. Seule la fin de prise en charge diffère, avec une augmentation significative du score d'accord sur les objectifs chez les thérapeutes comparativement à celui des patients. Cela s'explique certainement en raison d'une meilleure connaissance des objectifs chez le thérapeute en lien avec le cadre de la recherche. Dit autrement, les objectifs pour le thérapeute peuvent être atteints dans le cadre de la recherche tandis que les objectifs de la prise en charge nécessitent de poursuivre le suivi hors recherche pour les patients.

Tableau 11 : Comparaison de l'alliance thérapeutique chez le patient et chez le thérapeute en fonction du temps

Caractéristiques	T1				T2			
	Total (n=18)	Patients (n=10)	Thérapeutes (n=8)	p- value ¹	Total (n=18)	Patients (n=10)	Thérapeutes (n=8)	p- value ¹
WAI total²				0,20				0,13
Moyenne (σ)	221,3 (17,9)	216,6 (16,6)	227,2 (18,6)		231,9 (15,8)	228,0 (13,0)	236,9 (18,3)	
Médiane (IRQ)	224,5 (25,0)	215,5 (21,3)	230,0 (21,0)		236,5 (13,3)	235,0 (18,5)	243,5 (14,7)	
WAI tâches²				0,13				0,2
Moyenne (σ)	74,5 (7,9)	72,0 (9,3)	77,8 (4,2)		77,3 (5,9)	76,0 (5,6)	79,0 (6,3)	
Médiane (IRQ)	76,0 (8,5)	73,5 (6,2)	78,0 (4,8)		78,0 (5,0)	76,0 (3,8)	80,5 (6,8)	
WAI lien²				0,6				0,9
Moyenne (σ)	75,2 (5,2)	74,6 (5,1)	75,9 (5,7)		79,0 (5,4)	78,5 (6,5)	79,6 (4,1)	
Médiane (IRQ)	77,0 (7,5)	74,0 (6,0)	78,0 (5,2)		80,0 (7,3)	78,5 (7,8)	81,0 (3,0)	
WAI objectifs²				0,3				0,025
Moyenne (σ)	71,6 (8,2)	70,0 (5,7)	73,6 (10,7)		75,6 (7,4)	73,5 (5,8)	78,2 (8,6)	
Médiane (IRQ)	72,5 (6,6)	71,5 (4,6)	77,5 (14,0)		77,0 (5,0)	76,5 (5,2)	81,0 (5,4)	

¹ Wilcoxon rank sum test

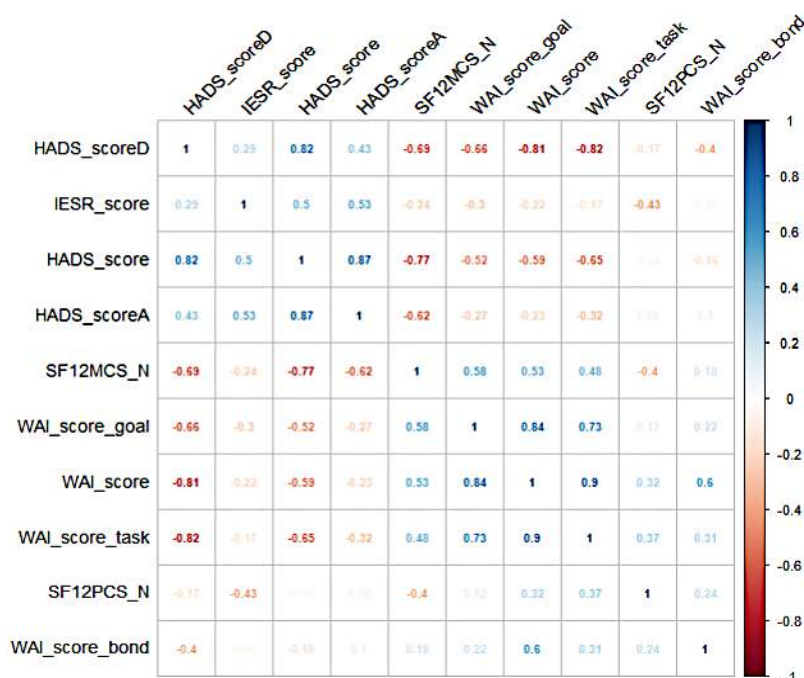
² Chacune des trois sous-échelles de la WAI (*Working Alliance Inventory*) a un score total allant de 12 à 84. Ces sous-scores peuvent être additionnés pour obtenir un score global allant de 36 à 252. Un score élevé indique un niveau d'alliance thérapeutique élevé

3.5. CORRELATIONS ENTRE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE ET LES INDICATEURS DE SANTE PERÇUE

Le schéma 9 ci-dessous illustre des tendances de corrélations entre les différentes variables étudiées. Le tableau n°A17 présent en annexes donne à titre indicatif les significativités associées (*p value*). Toutefois, celui-ci n'est pas commenté en raison du manque de puissance statistique. Les corrélations présentées ici sont à considérer comme des tendances.

Concernant la symptomatologie des patients, les symptômes anxieux-dépressifs (HADS_score) sont moyennement positivement corrélés ($r=0,50$; $p<0,001$) avec les symptômes post-traumatiques (IESR_score) mais très fortement négativement ($r=-0,77$; $p<0,001$) avec la qualité de la santé mentale (SF12MCS_N). Les sous-dimensions de l'anxiété (HADS_scoreA : $r=-0,62$; $p=0,001$) et de la dépression (HADS_scoreD : $r=-0,69$; $p<0,001$) rejoignent cette même tendance. La santé physique (SF12PCS_N) apparaît modérément corrélée négativement avec la santé mentale ($r=-0,40$; $p<0,05$). Cette observation s'explique par une santé mentale moins bonne au début de la prise en charge qui augmente au cours du temps, tandis que la santé physique stagne. La santé physique semble préserver de manière modérée le développement de symptômes post-traumatiques, étant modérément corrélée négativement ($r=-0,43$; $p=0,06$) avec cette variable.

Schéma 9 : Corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique aux deux temps (T₁ et T₂) confondus



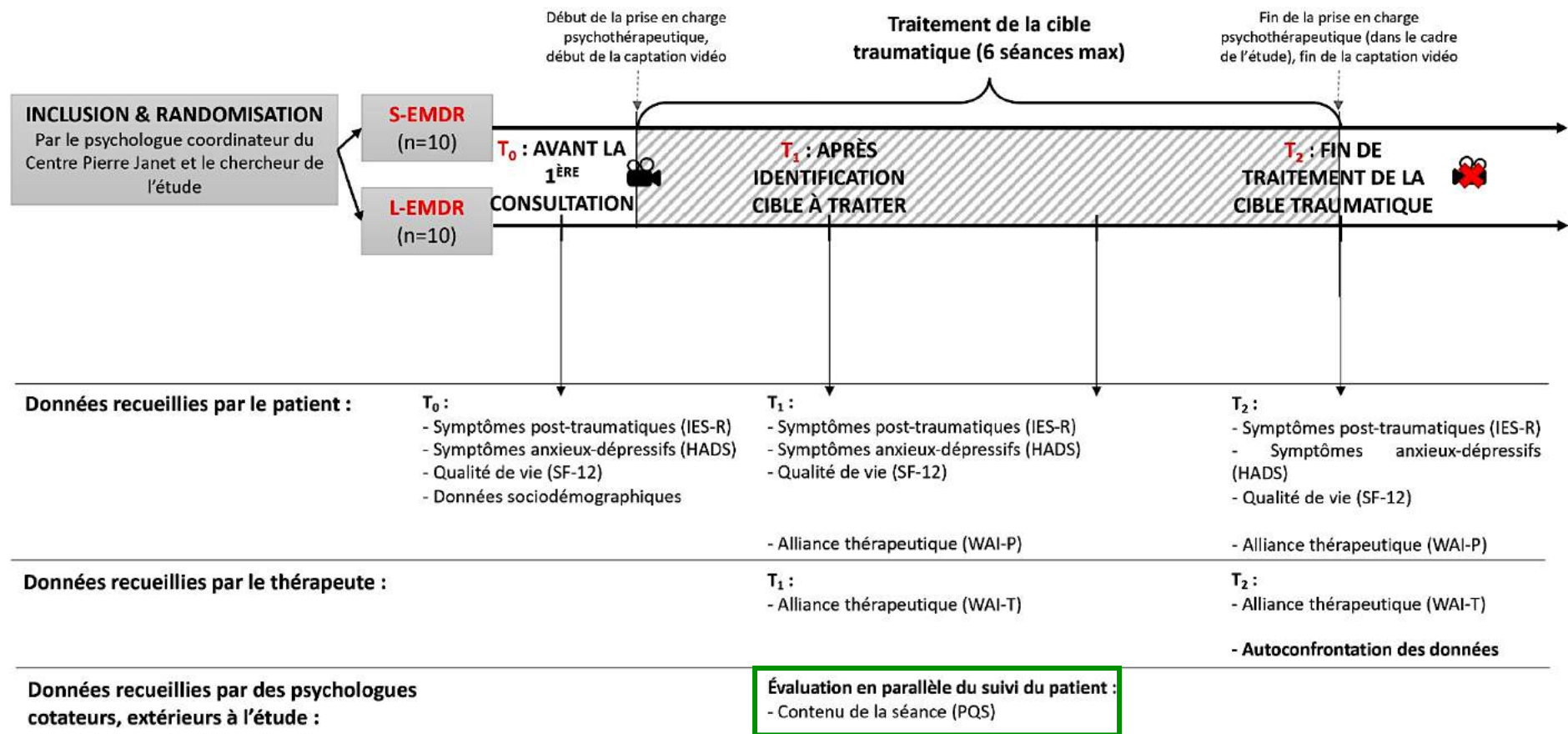
L'alliance thérapeutique totale (WAI_score) apparaît naturellement corrélée positivement avec ses 3 sous-dimensions des tâches (WAI_score_task : $r=0,84$; $p<0,001$), du lien (WAI_score_bond : $r=1$; $p<0,001$) et de l'accord sur les objectifs (WAI_score_goal : $r=0,90$; $p<0,001$). L'alliance thérapeutique totale apparaît négativement corrélée au score de symptômes anxieux-dépressifs total ($r=-0,65$; $p<0,01$), particulièrement aux symptômes dépressifs ($r=-0,66$; $p<0,001$). La dimension des tâches ($r=-0,82$; $p<0,001$) et des objectifs ($r=-0,66$; $p<0,01$) suit cette même tendance, ce qui n'est pas le cas de la dimension du lien ($r=-0,40$; $p=0,006$). Sans doute peut-on expliquer cette tendance en observant la clinique : les patients présentant une symptomatologie dépressive ont tendance à se laisser porter dans la prise en charge et à démontrer un engagement plutôt passif.

Si l'on distingue les deux temps de mesure, les tendances observées sont les mêmes. Ces tendances distinguant les deux temps de mesure sont disponibles en annexes (voir [schéma A18](#) et [tableau de significativité A19](#) pour le temps T₁ et le [schéma A20](#) et [tableau de significativité A21](#) pour le temps T₂).

En résumé, le développement de symptômes anxieux-dépressifs et post-traumatiques impacte le développement d'une bonne qualité de santé mentale. La santé physique semble au contraire modérer la survenue de symptômes post-traumatiques. La symptomatologie dépressive apparaît négativement corrélée avec le développement de l'alliance thérapeutique, particulièrement en ce qui concerne l'accord sur les tâches et les objectifs. En effet, les patients présentant une symptomatologie dépressive ont souvent tendance à se laisser porter dans la prise en charge et à démontrer un engagement plutôt passif, ce qui peut expliquer ce résultat.

4. ÉVALUATION DU PROCESSUS PSYCHOTHERAPEUTIQUE (PQS)

Le schéma ([schéma 1](#)) de l'étude sur la page suivante indique à quel niveau se situe les analyses réalisées dans cette partie (encadré vert).



[Schéma 1](#) : Design et données recueillies de l'étude DETECT-EMDR aux différents temps de mesure

Légende : L'encadré vert indique à quel niveau se situe les analyses détaillées dans cette partie

4.1. ÉTUDE DE CAS

4.1.1. PRESENTATION DES DEUX CAS CLINIQUES : MADAME M. ET MADAME B.

4.1.1.1. CAS DE MADAME M : GROUPE LIBRE-EMDR

- *Présentation globale du patient :*

MM est une femme âgée de 58 ans. Madame M. est veuve de son deuxième mari depuis janvier 2020. Issues de ce 2^e mariage, elle a deux grandes filles, âgées de 34 et 32 ans au moment de la consultation qui sont des ressources pour elle. Madame M. exerce la profession d'ATSEM (Agent Territorial Spécialisé des Écoles Maternelles).

- *Sémiologie actuelle et motif de consultation :*

Madame M. est envoyée au Centre Pierre Janet sur impulsion du Centre Médico-Psychologique où elle bénéficie déjà d'un suivi, en raison du tableau clinique psychotraumatique qu'elle présente. Elle présente des symptômes de reviviscences avec images intrusives relatives à la mort brutale de son mari. En effet, celui-ci s'est suicidé par arme de feu sous ses yeux, après avoir menacé de l'assassiner car Madame M. lui avait annoncé qu'elle souhaitait le quitter. Madame M. a assisté à l'ensemble de la scène, et a même nettoyé la pièce où le drame s'est produit. Ces symptômes sont survenus après l'événement et ne la quittent plus depuis. En outre, elle présente des symptômes dépressifs, avec des émotions très inhibées et beaucoup de culpabilité. Elle précise, en effet, ne jamais pleurer : « Mes émotions sont restées bloquées, je ne m'autorise pas à pleurer ». Elle est reçue au Centre Pierre Janet un an après l'événement.

- *Anamnèse :*

Madame M. est divorcée de son 1^{er} mari et veuve du deuxième, le père de ses deux filles. Elle explique avoir toujours été dans un climat de violence conjugale avec cet homme, particulièrement après la naissance de ses filles où elle dit s'être sentie de plus en plus en insécurité. Bien qu'ayant de nombreuses fois envisagé la séparation, particulièrement à l'adolescence de ses filles « car il les empêchait de sortir », elle ne voulait pas que ses filles connaissent des parents divorcés. Ce seront finalement les filles qui partiront du domicile en études supérieures, quittant la région. Elle raconte « avoir fait semblant » quand ils recevaient des invités. Les disputes étaient permanentes. Madame M. décrit un homme colérique, violent verbalement et parfois physiquement qui « trempait dans des affaires louches ». En effet,

Monsieur avait fait 5 ans de prison ferme pour avoir, dit-elle, « tiré dans le dos de quelqu'un avec qui il était dans de sales coups ». Selon ses dires, il jouait sur sa carrure imposante avec elle, faisant du chantage et rappelant très fréquemment que lui était « grand et costaud » alors qu'elle était petite : « sans moi, tu n'es rien, tu es toute petite ». Monsieur était jaloux maladif et Madame craignait trop ses réactions pour espérer le quitter. La culpabilité qu'elle présente prend également racine ici, vis-à-vis de ses filles.

Dans l'enfance, on retrouve également un climat teinté de violences physiques et psychologiques. On sait peu de choses sur l'histoire familiale de Madame M. En effet, cela a été peu investiguée par la thérapeute pour deux raisons : (1) le cadre de la recherche, imposant 6 séances maximum, ne laissait pas le temps d'investiguer davantage et Madame M., pour des raisons financières, ne pouvaient pas poursuivre le suivi hors recherche, les séances redevenant à sa charge ; (2) le suivi en CMP s'attelait à ce travail. On sait toutefois que Madame M. souffrait d'énurésie lorsqu'elle était petite. Elle aurait été hospitalisée pendant 3 mois (« en cure dans les montagnes ») pour ses raisons autour de ses 6-7 ans. Là-bas, elle décrit que « la personne qui s'occupait d'elle lui mettait des gifles ». Elle évoque également un homme qui aurait posé sa main sur elle, « un homme qui s'est introduit dans le dortoir », avec la police intervenant le lendemain. Les souvenirs sont confus et ne sont pas davantage investigués par la thérapeute pour les raisons sus-citées.

- *Psychopathologie :*

Madame M. présente un Trouble de Stress Post-Traumatique relatif au suicide d'une extrême violence de son mari, avec syndrome de répétition et symptômes dépressifs. Plus largement, ce TSPT s'observe dans un tableau clinique beaucoup plus complexe, avec présence de troubles dissociatifs et troubles de l'attachement (syndrome abandonnique). La thérapeute hésite, dans le diagnostic, entre un trouble borderline et des troubles dissociatifs. Des antécédents de violences sexuelles dans l'enfance sont suspectés, au vu des bribes de souvenirs que rapportent la patiente et des symptômes qu'elle manifestait enfant. Aujourd'hui, il semble que Madame M. se soit construite dans un schéma où les émotions sont tenues à distance, ayant appris depuis l'enfance à ne pas se faire remarquer car elle se faisait toujours réprimander. Ayant toujours été très seule et ayant dû encaisser, elle s'est régulièrement retrouvée dans des situations limites, pouvant la mettre en danger, tant dans les liens que dans les événements.

- *Stratégie thérapeutique et prise en charge EMDR :*

La thérapeute et la patiente sachant dès le départ qu'elles ne pourraient se voir que durant 6 séances, la stratégie fut faite de ne pas investiguer l'enfance et de mettre le passé à distance, qui sera travaillé en CMP. Le choix fut fait de focaliser sur l'événement traumatique le plus récent, à savoir le suicide de son mari, qui avait auparavant menacé de l'assassiner. Cette stratégie fut suivie en raison des contraintes de la recherche mais aussi de l'envahissement des symptômes, nécessitant de traiter cela en priorité.

Cet événement fut traité en 6 séances. La thérapeute réévalue systématiquement en faisant raconter à nouveau le récit de l'événement, à la manière d'un débriefing psychologique ceci afin d'observer de potentielles modifications dans le discours. A la fin, la patiente dira s'en sentir beaucoup plus éloignée. Durant la désensibilisation, la thérapeute note qu'il y a eu peu d'associations, et que la patiente est restée focalisée sur l'événement, ce qui était la stratégie initialement convenue. D'une certaine manière, on pourrait dire qu'il s'agit plus d'EMD que d'EMDR.

La thérapeute suivra la CN « Je suis une mauvaise personne » qu'elle note prendre racine dans l'enfance, notamment lorsque la patiente est hospitalisée petite et que sa mère ne vient pas la voir. Même sur impulsion de l'équipe soignante, la patiente refusait de lui écrire.

Une phase 3 incomplète (s'agissant du groupe Libre, cela est admis) est réalisée :

- *Image* : Moment où il met le revolver sur sa tempe à lui, regard narquois, disant qu'elle « ne vaut pas la peine » qu'il lui mette une balle dans la tête.
- *CN* : « Je suis une mauvaise personne »
- *CP* : « Ce n'est pas de ma faute ». Cette cognition, bien que n'étant pas à 180° de la première, est prise au départ comme objectif. Elle se transformera en « Je suis une belle personne et une personne de confiance » au cours du traitement par la patiente elle-même.
- *VOC* : La VOC n'a pas été demandée.
- *Émotions* : Les émotions ne sont pas questionnées telles que l'exige le protocole car la thérapeute a considéré que la patiente avait déjà donné ces informations auparavant. Elle ne nécessitait pas qu'elle les lui rappelle.
- *SUD* : Il n'y a pas de SUD initial (à vérifier), mais un SUD en cours de traitement est demandé (SUD=5). La thérapeute explique qu'elle demande le SUD lorsqu'elle ne parvient pas elle-même à évaluer l'état émotionnel de la patiente.
- *Corps* : Les sensations corporelles n'ont pas été demandées.

Dans la relation thérapeutique, la thérapeute note des mécanismes de défense qu'elle lit initialement comme des mécanismes plutôt psychotiques, dans un déni par rapport au passé et à l'enfance avec une relation thérapeutique très superficielle. A la lumière du tableau clinique psychotraumatique complexe, la dissociation apparaît être un prisme de lecture plus adapté que la psychose. La patiente est dans une posture de « bonne patiente », ne rentrant pas dans le lien et plutôt détaché. La thérapeute a conscience de cela et choisit de ne pas interférer, considérant les contraintes du cadre. La thérapeute s'étonne elle-même que sans connaître une partie de sa vie et en restant dans une relation d'attachement superficielle, il y a quand même des résultats sur l'événement traité, avec une patiente pouvant dire se sentir allégée, les symptômes ayant disparus. Plus encore, à la fin de la prise en charge, la patiente pourra dire avoir abandonné le nom par lequel son mari l'appelait toujours (diminutif de son prénom), pour être enfin redevenue elle-même. Cependant, la thérapeute explicite le fait que la thérapie est, selon elle, incomplète.

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 étant « pas du tout respecté » et 10 « totalement respecté », la thérapeute indique avoir respecté le protocole EMDR standard à **5/10**.

4.1.1.2. CAS DE MADAME B. : GROUPE STRICT-EMDR

- *Présentation globale du patient :*

Madame B. est une femme de 32 ans au moment de la première consultation (avril 2021). Elle est en couple depuis 10 ans et mère d'une petite fille, âgée de 14 mois. Madame B. est infirmière à l'hôpital et assure des remplacements sur 5 à 6 services selon les besoins. C'est son choix que d'assurer ce poste polyvalent, malgré l'adaptation permanente nécessaire.

Elle est l'aînée d'une fratrie de trois, sans entretenir de liens aujourd'hui avec ses deux frères (ne se voient qu'une à deux fois dans l'année). Elle entretient en revanche des liens réguliers avec sa mère.

- *Sémiologie actuelle et motif de consultation :*

Madame B. vient consulter au Centre Pierre Janet en se plaignant d'un « passage à vide » durant ces 6 derniers mois. Elle présente des difficultés de concentration, se dit épuisée due à des ruminations mentales, ne se sentant jamais assez bien. Elle explique être sous pression permanente, avec des difficultés à mettre des limites, d'où l'envahissement.

Mais surtout, et c'est particulièrement ce dernier point qui l'amène à consulter, Madame B. se plaint également de symptômes post-traumatiques, particulièrement des flashbacks ainsi qu'un état dépressif consécutif d'un événement survenu en mars 2020 (décès brutal de son père), soit près d'un an avant la date de la première consultation. C'est Madame B. qui découvre le corps de son père décédé des suites d'une crise cardiaque, alors qu'elle était en simple visite. Malgré les antécédents de cancer et d'alcoolisme dont son père souffraient, ce décès était très brutal, aucunement attendu et est encore très actif à l'esprit de la patiente. Des images intrusives font irruption régulièrement dans son quotidien qui la plongent dans une grande détresse, notamment à l'idée que son père n'ait jamais pu rencontrer sa fille, mais également dans une grande culpabilité d'avoir été très distante dans le lien avec lui ces dernières années. Ces symptômes ont commencé à apparaître environ 6 mois après l'événement.

- *Anamnèse :*

Madame B. décrit une enfance tinte de violences intrafamiliales, avec un père souffrant d'alcoolisme et pouvant être agressif sous emprise de l'alcool et une mère ayant tendance à s'effacer face au comportement du père. L'alcool, dira-t-elle « a ruiné son enfance ».

A titre d'exemple, elle décrit des scènes traumatiques dans le passé, notamment une où sa mère s'était réfugiée avec les trois enfants dans la voiture lorsqu'un soir son père était alcoolisé et très violent. Sans avoir d'endroit où fuir, les trois enfants et leur mère avaient dormi dans la voiture. Il fallait « apprendre à se taire », « à ne rien dire », au risque que la situation empire.

Au lycée, ses parents se séparent. Les enfants sont majoritairement gardés par leur mère, la présence de leur père étant très aléatoire, entre autres due à l'alcool ou à des mois d'absence, sans raison apparente donnée aux enfants.

Enfant, Madame B. se réfugie alors dans les études. Très bonne élève, très investie, elle s'applique à être « extrêmement sage ». Elle passe son concours, entre en école d'infirmière après le baccalauréat et travaillera tout de suite à sa sortie.

Dans le lien fraternel, ses frères n'apparaissent pas être une ressource pour elle durant l'enfance, ce qui est encore le cas aujourd'hui. Elle décrit, d'ailleurs, ne pas se sentir aidé par eux, ayant géré les démarches du décès sans leur aide. Les frères avaient en effet coupé les ponts il y a longtemps avec leur père et avaient souhaité rester en retrait.

Dans le lien maternel, pendant son enfance, Madame B. se positionnait clairement en protection de sa mère contre son père, qu'elle précise pourtant « avoir beaucoup aimé ». Après la séparation des parents, Madame B. devient régulièrement la confidente de sa mère, qui ne se

confie qu'à elle et non à ses frères, particulièrement sur leurs problématiques financières dues au fait que leur père ne verse pas la pension alimentaire régulièrement.

Madame B. a consulté dans un centre de consultations pour adolescents, de son adolescence jusqu'à l'entrée en études supérieures. Cependant, aucune prise en charge familiale ni rendez-vous avec les parents n'est proposé.

Plus tard, elle a également suivi une thérapie de couple avec son conjoint actuel pour des difficultés de communication, mais ne trouvant tous les deux aucun progrès, le suivi s'est arrêté.

En plus du décès de son père, Madame B. a perdu sa nièce (fille d'un de ses frères), décédée à l'âge d'un mois. Madame B. a appris ce décès alors qu'elle entamait son quatrième mois de grossesse. Le reste de la grossesse fut donc teinté de beaucoup de stress chez la patiente.

Enfin, Madame B. relate au début du suivi le placement de sa grand-mère en EHPAD, de qui elle est très proche. Ce placement, qu'elle dit avoir géré seule, fut très douloureux pour elle avec la croyance d'abandonner sa grand-mère.

- *Psychopathologie :*

Madame B. présente un TSPT des suites du décès brutal de son père, avec symptômes de reviviscences et symptômes dépressifs. Ce TSPT s'observe toutefois dans un tableau clinique plus large de traumatisme complexe, des suites des violences intrafamiliales dans l'enfance et de l'imprévisibilité permanente dans laquelle elle a grandi.

Elle présente à ce jour un trouble de l'attachement, à dominance évitante (la sphère émotionnelle étant très inhibée), bien que celui-ci ne s'exprime pas dans le lien avec sa fille. Au contraire, Madame B. semble se réguler dans le fait de prendre soin de son bébé. Elle n'a pas de difficultés, d'après ses dires, à établir d'interactions avec sa fille ni à la réguler émotionnellement. Cependant, sa thérapeute relève un contrôle massif sur toutes les sphères de la vie quotidienne (gestion de la maison, de l'enfant, de la crèche, de son travail...), contrôle dont Madame B. a conscience. A ce titre, sa thérapeute observe : « elle est infirmière, elle soigne la Terre entière ». Si le lien avec son conjoint semblait préservé, Madame B. se plaindra par la suite de difficultés (voir plus bas).

Dans ses relations amicales, en revanche, Madame B. exprime clairement être en difficultés depuis toujours. Déjà à l'école, elle avait pu croire être « autiste » tant elle ne savait pas comment aborder les autres et établir une communication. Elle était par ailleurs cataloguée de

« fille d'alcoolique ». Aujourd'hui adulte, elle manque d'affirmation de soi, sans être capable de poser des limites. De ce fait, le schéma relationnel de « devoir se taire, ne rien dire » se répète et permettent aux autres de prendre « toute la place » dans la relation. Cette incapacité de « dire non » fait en effet clairement écho au mode relationnel appris au sein de sa famille, particulièrement face à son père. La thérapeute pourra commenter ce schéma en disant de la patiente que : « son enfer est pavé de bonnes intentions ».

- *Stratégie thérapeutique et prise en charge EMDR :*

Le choix fut fait de travailler en priorité le décès brutal du père de la patiente, devant la symptomatologie importante qu'elle présente.

La thérapeute construit toutefois le plan de ciblage suivant :

- Déclencheurs :
 - Lorsque la patiente doit parler de son père
 - Lorsque la patiente voit un membre de sa famille
 - Lorsque la patiente doit gérer des papiers relatifs au décès
- CN associée : « Je ne vaud rien »
- Souvenirs passés :
 - Un rendez-vous au centre de consultation pour adolescents
 - Une rupture amicale lorsqu'elle a 13 ans
 - Un jour où son père refuse de la prendre en garde (elle est adolescente)
 - Un jour où sa mère se confie sur les problèmes de pension alimentaire (âge : fin de collège)

Le souvenir du décès du père de la patiente fut traité en 6 séances dans le cadre de DETECT-EMDR : 1 séance d'anamnèse, 1 séance de stabilisation (permettant notamment la mise à distance du passé plus lointain) avec construction de plan de ciblage et 4 séances de traitement. Un 1^{er} SUD à 8 et une VOC à 2 est évaluée avant le début de la désensibilisation. Nous n'avons pas pu relever les autres informations de la phase 3, bien que celle-ci ait été réalisée complètement.

Les souvenirs passés plus lointains ont ensuite été travaillé en EMDR en dehors du cadre de la recherche. Le suivi est toujours en cours. Les symptômes associés au décès de son père ont disparu à la suite du travail en EMDR et ne sont pas revenus. Défiger le deuil a permis de

travailler les traumatismes des violences passées. La fin de grossesse de sa fille, vécu dans un état de grand stress, a également fait l'objet d'un retraitement par la suite.

Dans la relation thérapeutique, la thérapeute décrit Madame B. comme en confiance, dans une communication fluide, qui adhère à la proposition thérapeutique et aux exercices, bien qu'étant dans une posture de « bonne patiente ». Des défenses sont observées dès lors que la thérapeute aborde le couple. A ce jour, la thérapeute oriente le travail sur la verbalisation de « pouvoir dire », particulièrement dans les difficultés qu'elle rencontre avec son mari, très absent la semaine due à son travail prenant et le week-end peu investi dans la vie familiale car épuisé. L'objectif de la thérapeute est d'orienter le travail sur les facteurs de maintien et de ce qui pourrait s'activer chez la patiente si elle laissait davantage de place à son conjoint dans la gestion de la vie quotidienne.

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 étant « pas du tout respecté » et 10 « totalement respecté », la thérapeute indique avoir respecté le protocole EMDR standard à **6/10**.

4.1.2. ANALYSE DESCRIPTIVE ET CROISEE DES ELEMENTS SAILLANTS POUR CHAQUE SEANCE

*NB. Pour chaque schéma représenté ci-dessous (schémas 9 à 14), il s'agit des cotations effectuées **par les psychologues observateurs** des séances des patientes sur support du PQS. Ces cotations ont été obtenues par consensus après discussion des cotations individuelles de chaque psychologue observateur. Sont considérés comme « saillants » les items cotés aux extrémités de la courbe, à savoir -4, -3, -2, +2, +3 et +4. Sur les schémas ci-dessous, sont représentés **en rouge** les items cotés de manière similaire. A noter que nous n'admettons pas de différence selon que l'item soit coté -2, -3 ou -4, et de manière similaire pour un item coté +2, +3 ou +4. Ainsi, par exemple pour la première séance, l'item n°69 est coté +4 chez la patiente MB et +2 chez la patiente MM. Nous considérons cette cotation comme équivalente, l'item n°69 sera jugé saillant, en l'occurrence saillant du côté positif. De la même manière, sont représentés **en bleu** les items cotés de manière différente, c'est-à-dire coté positivement pour une patiente tandis qu'il est coté négativement pour l'autre.*

1. SEANCE 1

Le schéma 10 ci-dessous présente les scores au PQS obtenus par visionnage des premières séances des patientes MM et MB.

Schéma 10 : Comparaison des patientes MM01 et MB01 avec le PQS

MM01 (L-EMDR)										MB01 (S-EMDR)											
					87										89						
					84										75						
				85	83	7								98	68	94					
				79	72	91								70	64	81					
				77	68	82								65	53	63					
				74	60	81								62	47	61					
		24	67	57	70	95							99	60	43	54	92				
		49	58	37	99	94							91	59	41	50	96				
		76	53	35	66	75							80	56	29	40	74				
			33	50	34	59	22						79	52	14	32	95				
	16	42	41	29	43	65	89						44	67	48	1	97	66	55		
	100	78	36	27	28	97	88						22	58	33	5	73	46	38		
	64	30	19	26	13	52	73						12	76	90	8	42	7	31		
44	39	20	15	17	38	46	71	93					39	85	37	83	20	25	26	57	72
40	62	10	14	12	92	48	63	56					2	84	34	35	19	16	23	45	69
98	51	9	80	47	86	96	54	55					87	49	24	78	13	93	4	88	27
21	5	25	2	8	61	69	23	31					77	100	71	82	11	21	3	18	36
11	32	4	90	1	45	6	3	18					51	15	9	30	10	86	28	6	17
-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4					-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

En rouge : items cotés dans le même sens entre les deux groupes

En bleu : items cotés dans le sens opposé entre les deux groupes

• Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MM01 :

Il s'agit de la première rencontre entre la patiente et sa thérapeute. Les psychologues observateurs soulignent l'approbation sans jugement dont fait preuve la thérapeute, dans une attitude d'acceptation inconditionnelle [item 18, +4] et sans compétitivité avec la patiente [item 39, -3]. Elle affiche une posture plutôt basse [item 51, -3] et neutre, se retenant de manifester tout point de vue personnel ou d'émettre un quelconque avis ou opinion sur les sujets évoqués par la patiente [item 93, +4 ; item 21, -4] tout en encourageant la patiente à avoir une opinion personnelle et à agir suivant ce qu'elle (la patiente) pense être le mieux [item 48, +2] et en soulignant le fait que la patiente a tendance à assumer beaucoup (trop) de responsabilité [item 76, -2]. Selon les psychologues observateurs, la thérapeute est relativement sensible aux sentiments du patients, à son écoute et empathique [item 6, +2]. Elle est réceptive et impliquée affectivement [item 25, -2] sans que viennent visiblement interférer ses propres conflits émotionnels dans la relation thérapeutique [item 24, -2].

La thérapeute formule majoritairement des interprétations générales, sans faire référence spécifiquement à des protagonistes de l'histoire de la patiente [item 40, -4] tout en soutenant une certaine élaboration des ressentis et idées de la patiente [item 65, +2]. En même temps, la thérapeute se positionne de telle sorte à ne pas perturber la patiente, quitte à renforcer une certaine défense de la patiente [item 89, +3]. Les interventions de la thérapeute ont pour objectif d'obtenir de l'information, en sollicitant la patiente pour décrire certains éléments, en posant explicitement des questions sur l'histoire personnelle [item 31, +4] et se voulant faciliter la parole du patient notamment au travers de nombreuses marques d'écoute (hmm hmm, oui...) [item 3, +3]. A ce titre, la patiente parle de son histoire librement, sans afficher d'inquiétude apparente, quitte à tenir à distance ses affects [56, +4], alors même qu'elle semble présenter une humeur triste, déprimée [item 94, +2] et évoque ressentir un sentiment de culpabilité [item 71, +3], élément relevé et travaillé par la thérapeute [item 22, +2]. L'interaction est en effet maintenue sur ce thème spécifique [item 23, +3], particulièrement sur les relations interpersonnelles de la patiente (hors relations amoureuses et relation thérapeutique) [item 63, +3]. Toutefois, ne sont abordées ni la vie sexuelle et érotique de la patiente [item 11, -4], ni la vie amoureuse [item 64, -3], ni les plaintes physiques et fonctions corporelles [item 16, -3]. De même qu'aucun nouvel insight ou prise de conscience n'émerge durant la séance [item 32, -3], la thérapeute ne signifiant pas particulièrement avoir identifié un thème ou un modèle récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient [item 62, -3]. L'exploration du système de croyances ou des cognitions ne joue ici pas de rôle [item 30, -2].

La patiente est claire dans son expression, s'exprimant de manière fluide [item 54, +3]. Elle semble, selon les psychologues observateurs, comprendre facilement les commentaires de la thérapeute [item 5, -3], cette dernière s'exprimant dans un langage jugé clair, cohérent, sans ambiguïté et facilement compréhensible [item 46, +2]. La patiente démontre se sentir aidée [item 95, +2] et manifeste des attentes positives au sujet de sa thérapie bien que ses attentes puissent être appréhendées comme irréalistes, à la manière d'une solution magique que la thérapie représenterait [item 55, +4], ayant tendance à se reposer sur sa thérapeute pour résoudre ses problèmes [item 52, +2]. En même temps, elle ne semble pas chercher davantage de proximité [item 10, -2] ou approbation, affection ou sympathie de sa thérapeute [item 78, -2]. Cette observation est à l'image de ce que la patiente montre dans sa vie quotidienne, ne faisant pas état d'un désir d'être proche ou intime de quelqu'un [item 33, -3]. Malgré cela, elle est décrite comme engagée dans le travail de la thérapie [item 73, +3], commençant volontiers la séance sans pause prolongée ni besoin d'incitation de la thérapeute [item 25, -2], plutôt

confiante et non soupçonneuse [item 44, -4] et capable d'explorer ses pensées [item 97, +2]. Ces observations sont toutefois à nuancer par l'attitude relativement paradoxale de la patiente : à la fois d'apparence très engagée et investie, en confiance avec sa thérapeute, et en même temps déconnecter de ses affects. Cette attitude défensive témoigne d'une posture relativement « docile » de la part de la patiente, ou tout du moins jouant plus ou moins consciemment le rôle du « bon patient » [item 20, -2], en étant toujours plutôt d'accord avec les commentaires de sa thérapeute [item 42, -2] sans manifester une quelconque ambivalence à son égard [item 49, -2].

Le matériel abordé est jugé significatif par les psychologues observateurs dans la mesure où les sujets de discussion sont directement liés à la problématique de la patiente [item 88, +3]. Ce sont les événements de vie plutôt récents et actuels qui font l'objet d'une discussion entre la patiente et la thérapeute [item 69, +2]. Les aspects « logistiques » du suivi (horaires, honoraires) [item 96, +2] ainsi que les interruptions potentielles du suivi sont également discutés, ici particulièrement dues au cadre de la recherche [item 75, +2]. Pourtant, il y a peu de référence ou allusion faite par le thérapeute ou par le patient aux effets de la thérapie [item 4, -2].

La relation thérapeutique ne fait l'objet d'aucun échange entre la patiente et la thérapeute, la discussion se centre sur le contenu exclusivement [item 98, -4]. Les psychologues observateurs ne relèvent pas de tentatives de la part de la thérapeute d'établir des liens entre les aspects interpersonnels de la thérapie avec des expériences dans d'autres relations dans la vie de la patiente [item 100, -3].

En résumé, les psychologues observateurs relèvent, dans le cadre de cette première séance, un climat serein de première rencontre entre la patiente et la thérapeute. Cette dernière se montre réceptive, impliquée et empathique, tout en étant neutre et se voulant préserver l'équilibre émotionnel de sa patiente. Possiblement, cette posture répond quelque peu en miroir à l'attitude légèrement défensive que présente la patiente, tantôt très engagée dans le travail de la thérapie, suivant très volontiers sa thérapeute et se montrant en confiance, tantôt très distante de ses propres affects. Ce point fait écho à la situation clinique de la patiente qui présente un profil plutôt dissociatif dans une incapacité d'être en lien de manière profond. En même temps, notons qu'il ne s'agit que de la première séance.

La discussion se centre exclusivement sur du contenu, des éléments plutôt factuels et majoritairement relatifs à la vie actuelle du patient. Quelques éléments propres au cadre de la thérapie (horaires, honoraires, interruptions du traitement) sont relevés brièvement, bien que

les psychologues observateurs soulignent qu'il y a peu de discussion sur les effets attendus de la thérapie, et par conséquent de comment peut ensuite se dérouler le travail, particulièrement dans la dynamique relationnelle avec la thérapeute. Cette observation est à nouveau soutenue par l'observation clinique de la patiente, dont la sphère émotionnelle apparaît très inhibée.

- Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MB01 :

Il s'agit de la première rencontre entre la patiente et sa thérapeute.

Selon les psychologues observateurs, la thérapeute exerce un contrôle important sur l'interaction, en structurant très précisément le déroulé de la discussion et fournissant de nombreuses orientations [item 17, +4]. Elle donne des avis et conseils explicites (que la patiente reste libre d'accepter ou d'ignorer) [item 27, +4] bien qu'elle se réserve lorsqu'il s'agirait de suggérer de nouvelles manières d'être en relation avec les autres [item 85, -3]. De même qu'aucun lien n'est effectué entre l'expérience de la relation thérapeutique et le fait d'être dans d'autres relations [item 100, -3]. Dans cette même dynamique directive, la thérapeute évoque les buts du traitement [item 4, +2] et pointe à la patiente les mécanismes de défense qu'elle mobilise [item 36, +4]. En même temps, elle se montre sensible aux sentiments de la patiente, à son écoute et empathique [item 6, +3], réceptive et impliquée affectivement [item 9, -2], dans une attitude basse [item 51, -4], d'acceptation inconditionnelle [item 18, +3] et de soutien très direct, presque à la manière d'un coach (« vous pouvez y arriver ! ») [item 45, +3], bien qu'aucune compétitivité ne soit constatée dans la relation [item 39, -4] et que le travail se veut plutôt collaboratif [item 87, -4]. Pour autant, ce type de soutien assez direct ne permet pas à la thérapeute de prendre le rôle d'un tuteur dans la relation avec le patient [item 37, -2].

Les commentaires de la thérapeute reflètent la gentillesse, la considération [item 77, -4], y compris parfois avec humour [item 74, +2] et témoignent de nombreuses marques d'écoute [item 3, +2]. Ses propres conflits émotionnels ne semblent pas venir s'imposer dans la relation thérapeutique [item 24, -2].

La situation récente ou actuelle de la vie de la patiente est majoritairement abordée durant cette séance [item 69, +4], la séance portant sur un thème spécifique [item 23, +2] dans une volonté probablement d'efficacité. La vie actuelle de la patiente est toutefois corrélée à des situations ou des comportements passés [item 92, +2] bien que les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance ne font pas véritablement l'objet de discussion [item 91, -2]. Une partie de la discussion est également consacrée à la discussion d'activités ou de tâches spécifiques que la patiente doit tenter de réaliser en dehors de la thérapie [item 38, +3] ainsi qu'à l'établissement des horaires et honoraires [item 96, +2]. Les relances de la thérapeute ont pour objectif d'obtenir

plus d'informations, de détails [item 31, +3]. Très peu d'attention est en revanche accordée au comportement non verbal du patient [item 2, -4]. La patiente ne rapporte pas d'éléments reflétant une autoaccusation, un sentiment de honte ou des remords [item 71, -2], ni une culpabilité [item 22, -3]. Elle tend à assumer la responsabilité de ses problèmes [item 34, -2]. De même qu'il n'y a pas d'expression particulière de colère par la patiente alors même que cela pourrait être attendu [item 84, -3] et que la patiente témoigne d'affects désagréables et douloureux [item 26, +2] et manifeste une certaine tension [item 7, +2]. Face à ce constat, de prime abord paradoxal, la thérapeute ne suggère pas particulièrement à la patiente qu'elle assumerait peut-être trop de responsabilité [item 76, -2] et ne commente pas les changements d'humeur ou d'états d'esprit [item 79, -2]. Elle ne présente pas particulièrement les choses sous un autre angle à sa patiente [item 80, -2]. Au contraire, elle manifeste plutôt un accord avec la perspective de la patiente [item 99, -2].

La patiente se sent visiblement aidée [item 95, +2], semble en confiance [item 44, -3] et parfaitement comprendre ce qu'on attend d'elle dans le cadre de la thérapie [item 72, +4], notamment en raison des nombreuses explications de la thérapeute sur le principe de la technique et de l'approche thérapeutique [item 57, +3] de manière claire et cohérente [item 46, +2], laissant entrevoir que le processus thérapeutique est plutôt bien perçu par la thérapeute [item 28, +2]. La patiente exprime des attentes positives au sujet de sa thérapie, quitte à peut-être idéaliser [item 55, +3]. Cela peut être aussi alimentée par la thérapeute qui se veut directement rassurante, transmettant l'espoir d'une amélioration des problèmes et tentant directement de dissiper les angoissantes de la patiente [item 66, +2]. Dans cette dynamique quelque peu idéaliste, les psychologues observateurs ne relèvent aucune expression d'ambivalence de la patiente envers sa thérapeute [item 49, -3]. Elle est activement pensive [item 58, -2], apporte des sujets, soit spontanément, soit en réponse aux explorations de la thérapeute et se montre ainsi très active dans la discussion [item 15, -3]. De ce fait, très peu de silences sont constatés durant la séance [item 12, -3].

Le matériel abordé durant la séance est exclusivement conscient par le patient [item 67, -2], et est jugé significatif par les psychologues observateurs car se rapportant aux problématiques de la patiente [item 88, +3].

En résumé, les psychologues observateurs relèvent, dans le cadre de cette première séance, un climat très bienveillant entre la patiente et la thérapeute. L'attitude de la thérapeute se veut à la fois très soutenante, en même temps que ce soutien très direct, voire factuel, ne permet pas toujours l'élaboration des affects, qui sont quant à eux mis à distance par la patiente. Cette observation est identique sur la sphère relationnelle. Il est en effet relevé dans la situation clinique de la patiente que sa sphère émotionnelle est maintenue à distance, se régulant particulièrement dans des stratégies de prendre soin des autres.

La thérapeute est dans un souci d'efficacité, structure sa séance avec beaucoup de clarté et de rigueur et travaille sur du matériel exclusivement conscient par la patiente qui, quant à elle, joue le jeu bien volontiers de rester sur ce niveau des événements. L'optimisme est prépondérant tant du côté de la patiente que du côté de la thérapeute.

- *Analyse croisée des éléments saillants des séances MM01 et MB01 :*

Il s'agit de la première rencontre entre les patientes et leurs thérapeutes respectifs. Pour les deux conditions, stricte comme libre, les psychologues observateurs soulignent que les thérapeutes manifestent une attitude d'écoute de leurs patientes respectives, se voulant encourager leurs discours [item 3]. Elles se montrent impliquées et réceptives affectivement [item 9], empathiques, sensibles aux sentiments de leurs patientes [item 6] dans une attitude basse [item 51] et d'acceptation inconditionnelle [item 18]. Aucune attitude de compétitivité n'est observée [item 39]. Aucune d'entre elles n'est dans une volonté d'inviter sa patiente à assumer davantage de responsabilité que ce qu'elles font déjà, ni de suggérer qu'elles pourraient aussi en assumer trop [item 76]. Les deux thérapeutes s'expriment dans un style cohérent et clair, facilement compréhensible [item 46]. Il n'y a pas d'interférences constatées des propres conflits émotionnels du côté des professionnelles [item 24].

Le dialogue porte sur un thème spécifique [item 23] et se concentre majoritairement sur la situation récente ou actuelle de la vie des deux patientes [item 69]. Ce matériel est toutefois jugé significatif par les psychologues observateurs dans les deux conditions [item 88]. Dans les deux cas, les horaires de rendez-vous et/ou les honoraires sont également discutés [item 96], chose en effet typique d'une première séance avec un nouveau patient.

Dans les deux conditions, les patientes indiquent se sentir aidées [item 95] et semblent en confiance [item 44] sans aucune attitude ambivalente à l'égard de leurs thérapeutes respectives [item 49]. Elles manifestent des attentes très positives envers la thérapie, voire idéalistes, phénomène souvent observé dans le monde de l'EMDR avec la croyance que cette thérapie est

« magique » [item 55]. Les psychologues observateurs, enfin, soulignent l'absence du manque de lien établi entre la relation thérapeutique et l'expérience d'autres relations dans la vie des patientes [item 100].

Entre les deux conditions S-EMDR et L-EMDR, est toutefois observée un item qui est coté de manière significativement opposée : les buts du traitement [item 4] sont uniquement évoqués dans la condition stricte tandis que cette discussion a pu manquer dans la condition libre.

En résumé, la contrainte de l'application stricte du protocole EMDR standard ne semble pas venir influencer sur le climat de rencontre de ces deux premières séances où les deux thérapeutes sont dans des postures bienveillantes et soutenantes. La seule différence notoire apparaît particulièrement dans la discussion explicite des buts du traitement psychothérapeutique, uniquement évoqué dans le groupe Strict. Cette psychoéducation, très clairement identifiée dans le protocole standard, est en effet attendue à ce stade de la thérapie EMDR et est stipulée nécessaire pour permettre une bonne compréhension du patient dans la suite du processus.

2. SEANCE 2

Le [schéma 11](#) ci-dessous présente les scores au PQS obtenus par visionnage des deuxièmes séances des patientes MM et MB.

[Schéma 11](#) : Comparaison des patientes MM02 et MB02 avec le PQS

MM02 (L-EMDR)									MB02 (S-EMDR)									
				92									1					
				90									90					
			99	85	95							58	61	97				
			97	83	70							50	25	59				
			84	77	64							85	16	54				
			62	60	61							82	13	53				
		69	58	55	59	96					84	70	55	96	89			
		66	36	39	53	94					40	68	47	94	72			
		65	30	38	52	78					78	56	41	91	69			
		57	7	34	50	74					76	49	36	43	66			
	67	48	100	27	49	87	3				77	67	64	29	93	65	92	
	44	42	76	24	47	73	89				87	99	32	79	73	62	23	
	37	86	68	20	46	72	63				80	52	22	11	71	37	27	
81	16	14	40	10	43	71	54	93		98	12	46	20	10	63	28	38	45
80	15	28	23	8	35	29	41	91		44	39	30	48	83	26	86	35	31
82	79	17	21	75	26	18	33	88		51	34	24	2	75	18	95	81	88
51	98	12	13	19	25	9	32	31		42	9	15	8	60	7	21	6	57
45	2	4	11	1	6	5	22	56		100	5	14	33	19	74	17	4	3
-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

En rouge : items cotés dans le même sens entre les deux groupes

En bleu : items cotés dans le sens opposé entre les deux groupes

- Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MM02 :

Il s'agit de la deuxième séance de psychothérapie dans le cadre du projet.

La thérapeute est toujours dans une posture très neutre, ne laissant transparaître aucunement ce qu'elle peut penser de ce que dit la patiente [item 93, +4] en évitant de perturber l'équilibre émotionnel de la patiente [item 89, +3]. Elle se montre relativement distante, formelle et détachée émotionnellement [item 9, +2], ne se montrant pas particulièrement encourageante avec la patiente [item 45, -4] ni directement rassurante [item 66, -2]. En ce sens, selon les psychologues observateurs, elle ne prend pas le rôle de tuteur pour sa patiente [item 37, -3] car elle manifesterait une certaine incertitude, ou embarras, comme si elle pouvait être perdue [item 86, -2]. Pour autant, elle affiche une posture qui se veut basse [item 51, -4], d'accueil inconditionnel face aux dires de la patiente [item 18, +2]. Ses interventions ont pour but d'obtenir plus d'information ou d'élaboration, plus de détails [item 31, +4] sur des descriptions concrètes exclusivement [item 81, -4] et se veulent faciliter le discours du patient en montrant de nombreuses marques d'écoute [item 3, +3]. Cependant, la patiente semble avoir quelques difficultés à comprendre les commentaires de la thérapeute, pouvant manifester, au moins dans son comportement non-verbal, qu'elle ne la suit pas [item 5, +2], bien que globalement, elle semble comprendre ce qui se produira dans la thérapie [item 72, +2] et manifeste se sentir comprise par la thérapeute [item 14, -2]. La patiente se montre toujours aussi en confiance [item 44, -3], est d'accord avec les remarques de la thérapeute [item 42, -2] et est engagée dans le travail de la thérapie, en tout cas dans une volonté certaine de vouloir bien faire et de se rendre disponible pour les séances [item 73, +2] alors même qu'il n'y a aucune allusion faite aux effets de la thérapie, ni par la thérapeute, ni par la patiente [item 4, -2]. Ces dernières observations apparaissent paradoxales dans la mesure où la thérapeute semble, selon les psychologues observateurs, mal percevoir l'état émotionnel de sa patiente et l'interaction avec elle [item 28, -2]. Il n'y a pas non plus d'interventions de la part de la thérapeute pour expliquer l'arrière-plan rationnel de certains aspects du traitement alors même qu'il conviendrait peut-être de le faire [item 57, -2]. Quelques tentatives d'humour sont observées [item 74, +2].

Si les éléments logistiques de la thérapie (horaires, honoraires...) sont également brièvement discutés [item 96, +2], ce n'est plus tant la vie actuelle de la patiente qui est abordée [item 66, -2] mais plutôt les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance qui sont sujets de discussion [item 91, +4]. Le matériel abordé est exclusivement conscient par le patient [item 67, -3]. La thérapeute fait particulièrement attention aux sentiments de culpabilité de la patiente [item 22, +3], sentiment exprimé par la patiente même si de manière assez détachée

[item 71, +2]. Les psychologues observateurs jugent ce matériel significatif car en lien avec la problématique de la patiente [item 88, +4]. Cela permet à la patiente de réaliser une nouvelle prise de conscience et de considérer ses dires sous une nouvelle perspective [item 32, +3] alors même que la thérapeute ne tente aucune restructuration cognitive de ce type [item 80, -4] ni de reformulation des dires de sa patiente [item 82, -4 ; item 65, -2]. Les relations interpersonnelles de la patiente font l'objet de discussion [item 63, +3] où elle peut à la fois dire qu'elle aimerait être proche ou intime avec quelqu'un [item 33, +3], tout en exprimant vouloir être à une plus grande distance et plus indépendante d'un autre [item 29, +2] bien que la question de l'indépendance ne soit pas abordée par la thérapeute [item 48, -2]. En même temps, elle semble cette fois rechercher davantage l'approbation, l'affection ou la sympathie de sa thérapeute [item 78, +2] même si la relation thérapeutique ne fait l'objet d'aucun échange [item 98, -3]. Elle évoque également davantage ses projets de vie, buts et désirs [item 41, +3], en s'exprimant de manière claire, organisée et fluide [item 54, +3] mais en se montrant distante de ses sentiments, affichant peu d'inquiétude, d'apparence indifférente [item 56, +4] alors même qu'elle semble mélancolique et triste [item 94, +2]. En ce sens, les psychologues observateurs relèvent que la patiente exerce un contrôle sur le déroulement de la séance, dominant majoritairement l'interaction, particulièrement dans le contenu abordé [item 87, +2], ne laissant aucun silence [item 12, -2], les brisant très vite lorsqu'ils surviennent et apportant les sujets de discussion [item 15, -3]. Cette observation est également due au fait que la thérapeute intervient peu fréquemment et ne structure pas l'interaction, suivant plutôt le fil de sa patiente [item 17, -2].

Les psychologues observateurs soulignent l'absence importante d'interrogations de la thérapeute sur le comportement non verbal de sa patiente, pourtant très visible [item 2, -3], ni sur les plaintes physiques [item 16, -3]. De même que les changements d'humeur de la patiente ne font l'objet d'aucun commentaire de la part de la thérapeute [item 79, -3].

En résumé, cette deuxième séance est placée sous le signe du dialogue concret et conscient. La patiente semble mener la danse dans l'interaction, apportant de nombreux sujets, répondant volontiers à sa thérapeute dans les aspects factuels exclusivement. L'émotion n'est absolument pas traitée ni par la patiente ni par la thérapeute. Cette dernière apparaît cette fois très détachée émotionnellement, en retrait, particulièrement neutre tout en maintenant une posture d'accueil. La thérapeute justifie toutefois cette posture qui, d'apparence, peut sembler en retrait par une volonté de ne pas investiguer davantage le passé de la patiente, étant donné les contraintes de temps liées au cadre de la recherche. Cela ne semble pas particulièrement dérouter la patiente

qui suit son fil, alors même que la problématique relationnelle est centrale et semble finalement se rejouer entre les deux protagonistes. Tout se passe comme si la patiente déployait sa pensée toute seule, sans que la thérapeute n'intervienne à quelque niveau que ce soit. Cliniquement, il s'agit en effet du style habituel de la thérapeute, qui laisse dérouler le discours de ses patients en tentant de se forger une image très nette à l'esprit des scènes décrites. Cette intention explique les nombreuses relances factuelles que la thérapeute peut faire durant les entretiens. Elle précise avoir conscience de l'inhibition émotionnelle de sa patiente, mais celle-ci prenant racine plus en profondeur dans son histoire de vie, elle ne s'y attèle pas maintenant.

- Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MB02 :

Il s'agit de la deuxième séance de psychothérapie dans le cadre de ce projet.

La thérapeute pose des questions précises à la patiente visant à obtenir davantage d'information [item 31, +4] ; ses commentaires reflètent, selon les psychologues observateurs, toujours la gentillesse, la considération et l'attention envers sa patiente [item 77, -3]. La thérapeute se montre empathique envers sa patiente [item 6, +3], impliquée et réceptive affectivement [item 9, -3]. Elle maintient une attitude d'écoute [item 3, +4] et de soutien de type encouragement, quitte à « booster » la patiente [item 45, +4], en se montrant toujours très positive et se voulant directement rassurante [item 66, +2], en évitant particulièrement de perturber émotionnellement sa patiente [item 89, +2]. La thérapeute donne un avis explicite ou fait des suggestions précises et directes à la patiente [item 27, +3], dans une attitude parfois professorale [item 37, +2] bien que ne voulant aucunement être dans une attitude de supériorité [item 51, -4] ni dans une relation de compétitivité [item 39, -3] mais travaillant plutôt, au contraire, de manière collaborative [item 87, -3]. Elle se montre plutôt sûre d'elle et confiante [item 86, +2]. La patiente, quant à elle, manifeste se sentir aidée [item 95, +2] et comprise [item 14, -2]. Elle se montre toujours d'accord avec ce que dit sa thérapeute [item 42, -4], et vice-versa, la thérapeute traduisant également un sentiment d'accord de la perspective du patient [item 99, -2]. La patiente est en confiance, non soupçonneuse [item 44, -4] et comprend les commentaires de sa thérapeute [item 5, -3]. Pourtant, la thérapeute parle dans un langage jugé assez stéréotypé, plutôt abstrait et diffus [item 46, -2]. En même temps, elle ne semble pas particulièrement s'appuyer sur sa thérapeute pour résoudre ses problèmes [item 52, -2] ni ne cherchant son approbation ou sa sympathie [item 78, -2].

Un temps important est consacré à l'explication de la technique et de l'approche thérapeutique [item 57, +4], qui semble plutôt bien perçue par la thérapeute [item 28, +2], ainsi qu'aux buts

du traitement [item 4, +3]. Les activités ou tâches que la patiente doit tenter de réaliser en dehors de la séance sont également abordées de manière significative [item 38, +3]. En ce sens, la thérapeute exerce un contrôle important sur l'interaction, intervenant fréquemment pour poser des questions ou faire des remarques [item 17, +2]. Cela semble permettre à la patiente de bien comprendre la nature de la thérapie et ce qui en est attendue [item 72, +2]. Aucun silence n'est toutefois laissé dans l'échange [item 12, -3], la patiente ayant plutôt tendance à les briser car très active dans l'échange [item 15, -2]. La thérapeute n'établit aucune relation entre la relation thérapeutique et les autres types de relations de la patiente [item 100, -4], la relation thérapeutique n'étant en effet pas du tout abordée [item 98, -4]. Les propres conflits émotionnels de la thérapeute ne semblent pas s'imposer dans la relation thérapeutique [item 24, -2].

Le dialogue est maintenu sur un thème spécifique [item 23, +3], et du matériel conscient majoritairement [item 67, -2]. Retenons notamment les perceptions et pensées que la patiente a d'elle-même qui font l'objet d'importantes discussions [item 35, +3] et que la thérapeute identifie de manière récurrente dans l'histoire de la patiente [item 62, +2]. Ces sentiments sont corrélés avec les expériences passées de la patiente [item 92, +3] et mises en perspective avec la situation actuelle de la patiente [item 69, +2]. La patiente tend par ailleurs à assumer la responsabilité de ses problèmes [item 34, -3], ce que la thérapeute ne relève pas particulièrement comme pouvant être « trop » de responsabilité [item 76, -2]. Le matériel abordé est jugé significatif par les psychologues observateurs car en lien avec la problématique que manifeste la patiente [item 88, +4]. La thérapeute insiste sur le contenu émotionnel de ce que la patiente décrit afin d'encourager le ressenti de l'affect [item 81, +3], particulièrement sur la culpabilité [item 21, +2]. A noter que la patiente ne manifeste pas particulièrement de colère ou de sentiments agressifs [item 84]. La thérapeute insiste peu, à l'inverse, sur des thèmes cognitifs [item 30, -2]. Elle clarifie, redit ou reformule ce que dit la patiente [item 65, +2], plutôt avec des interprétations générales et non spécifiques à la vie de la patiente [item 40, -2], mais ne présente pas particulièrement les expériences sous une perspective différente [item 80, -3].

En résumé, la patiente semble se sentir bien au contact de sa thérapeute en même temps qu'elle ne semble pas s'appuyer particulièrement dessus pour avancer. Elle manifeste en permanence un accord avec sa posture, et vice-versa. La thérapeute, de son côté, affiche une posture bienveillante, dans un soutien assez directif, tout en étant parfois jargonneuse particulièrement dans l'explication de la technique, ce qui n'est pas surprenant puisque rentrant de plus en plus dans la « technique EMDR » à ce stade de la thérapie, avec des indications précises sur ce qu'il convient de faire en termes de plan de ciblage et d'exercices de stabilisation. La thérapeute se positionne tout de même dans une dynamique collaborative avec la patiente bien qu'étant très contrôlante de l'interaction. Les psychologues observateurs insistent sur la posture parfois presque « excessivement » positive de la thérapeute, à être presque trop dans l'encouragement et l'affirmation positive de sa patiente, ce qui peut avoir comme risque d'éviter le contenu émotionnel négatif. Les psychologues observateurs sont en effet particulièrement soucieux de ce mécanisme chez la patiente au vue des stratégies d'adaptation qu'elle présente lorsqu'elle est en détresse (maintien à distance de la sphère émotionnelle).

- *Analyse croisée des éléments saillants entre les séances MM02 et MB02 :*

Pour les deux conditions, stricte comme libre, les thérapeutes posent des questions sur des éléments factuels des expériences de leurs patientes [item 31]. Dans les deux cas, les thérapeutes ont tendance à éviter de perturber l'équilibre émotionnel de leurs patientes [item 89], quitte à être attentives à cela de manière peut-être un peu excessive. Elles manifestent des marques d'écoute envers leurs patientes respectives [item 3] en affichant plutôt une posture basse [item 51]. Elles ne présentent pas particulièrement les expériences de leurs patientes dans une perspective différente [item 80].

Le matériel abordé est jugé significatif car en lien avec les problématiques des patientes pour les deux conditions de recherche [item 88]. La relation thérapeutique n'est, en revanche, jamais abordé dans aucune des deux conditions [item 98].

Les patientes comprennent ce qu'on attend d'elles et ce qui se produira dans la thérapie [item 72]. Elles se montrent d'accord avec ce que disent leurs thérapeutes [item 42], en confiance [item 44] et se sentent comprises [item 14]. Dans les deux conditions, les patientes sont actives dans l'interaction, ayant tendance à briser les silences [item 15].

Contrairement à la séance n°1, nous retenons ici onze items cotés aux opposés entre les deux conditions Strict-EMDR et Libre-EMDR.

Dans la condition stricte, la thérapeute affiche un rôle assez soutenant envers sa patiente sous la forme d'encouragement, dans une attitude presque professorale, tandis que la thérapeute du groupe libre n'assume pas un rôle de soutien de ce type et n'apparaît pas être un tuteur dans la relation avec sa patiente [items 45 et 37]. La première se veut être directement rassurante en voulant donner l'espoir d'une amélioration des problèmes, posture que nous n'observons pas aussi directement dans la condition libre [item 66].

Dans la première condition, le travail est plutôt collaboratif, où la thérapeute structure activement l'interaction, tandis que dans la deuxième, c'est plutôt la patiente qui domine l'interaction, la thérapeute intervenant peu fréquemment [items 87 et 17]. La patiente S-EMDR comprend mieux les commentaires de sa thérapeute contrairement à la patiente L-EMDR [item 5]. Cela semble également corrélé au fait que la thérapeute L-EMDR apparaît un peu formelle, détachée émotionnellement, tandis que la thérapeute S-EMDR est plus réceptive et impliquée affectivement [item 9], probablement en raison du fait que cette dernière apparaît plus en confiance et sûre d'elle [item 86]. Par conséquent, la patiente du groupe libre est davantage dans la recherche d'approbation, d'affection et de sympathie de sa thérapeute tandis que nous n'observons pas ce genre de comportement dans la condition stricte [item 78]. On observe également plus de reformulation de la tonalité affective de la patiente dans la condition stricte par rapport à l'autre où la thérapeute utilise rarement ce type de clarification [item 65].

De plus, les ressentis et affects du patient sont abordés en condition stricte tandis qu'ils sont soulignés par les psychologues observateurs comme manquant très nettement dans la condition libre [item 81]. La thérapeute S-EMDR semble percevoir de façon plus précise l'expérience que vit sa patiente tandis que la thérapeute L-EMDR perçoit cela avec plus de difficultés et la nature de l'interaction avec elle [item 28].

Les buts du traitement et la vie actuelle de la patiente sont explicitement discutés dans la condition stricte mais ne sont pas mentionnés en condition libre [items 4 et 60]. Et sans surprise, on observe une explication importante de la technique et de l'approche thérapeutique dans la condition stricte comparativement à l'autre où l'arrière-plan rationnel de certains aspects du traitement n'est pas explicité [item 57].

En résumé, l'application stricte du protocole standard est marquée sous le signe de la structure : structure de l'interaction, discussion des buts, explication de la technique, soutien opérationnel à la manière d'encouragements très clairs, directement rassurants, soutenus par une thérapeute impliquée affectivement. Cela semble entraîner davantage de compréhension du côté de la patiente qui peut aborder du matériel affectif que la thérapeute parvient à percevoir clairement. A contrario, la thérapeute du groupe libre intervient très peu pour structurer l'interaction, laissant la patiente dérouler sa pensée. Cette dernière semble chercher cette dimension avec sa thérapeute, mais l'investigation émotionnelle ne va pas plus loin, selon les précautions que la thérapeute prend aux vues des fragilités psychoaffectives de la patiente. Autrement dit, tout se passe comme si la structure très claire de l'interaction grâce au protocole standard, accompagnée d'une posture réceptive affectivement par la thérapeute, apparaît plus sécurisante pour la patiente qui peut alors être dans une démarche introspective plus importante.

3. SEANCE 3

Le schéma 12 ci-dessous présente les scores au PQS obtenus par visionnage des troisièmes séances des patientes MM et MB.

Schéma 12 : Comparaison des patientes MM03 et MB03 avec le PQS

MM03 (L-EMDR)										MB03 (S-EMDR)									
					91										95				
					90										94				
				77	85	99							68	61	92				
				61	47	95							63	2	86				
				15	39	92							5	100	80				
				7	34	89							84	90	79				
			43	68	24	86	96						70	64	71	78	96		
			12	51	22	84	73						67	10	43	66	48		
			80	49	21	53	69						85	16	41	60	47		
			60	48	19	52	89						58	76	40	55	7		
		65	62	44	10	50	59	46					81	42	75	39	53	73	88
		99	37	35	8	40	71	64					49	34	62	29	59	4	87
		58	30	32	3	94	63	93					97	33	54	28	56	69	74
17	81	28	29	1	76	74	54	13		83	77	35	52	25	99	27	65	38	
98	38	25	27	83	5	97	33	9		93	20	15	36	24	50	26	45	89	
79	70	45	20	75	72	41	57	4		51	12	98	14	22	21	18	72	57	
31	82	36	16	14	66	26	56	88		44	9	8	82	11	46	17	37	31	
2	67	6	78	11	42	18	55	23		32	30	91	1	19	13	6	23	3	
-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4		-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	

En rouge : items cotés dans le même sens entre les deux groupes

En bleu : items cotés dans le sens opposé entre les deux groupes

- Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MM03 :

Il s'agit de la troisième séance de psychothérapie dans le cadre de ce projet.

L'attitude de la thérapeute apparaît formelle et détachée, caractérisée par un retrait émotionnel [item 9, +4]. Son langage est clair, sans ambiguïté, facilement compréhensible [item 46, +3] de même que celui de la patiente qui est fluide et organisé [item 54, +3]. La thérapeute demeure très neutre durant toute la séance [item 93, +3], s'abstenant de jugements [item 18, +2], tout en traduisant un sentiment d'accord avec la perspective de sa patiente [item 99, -3]. Cependant, selon les psychologues observateurs, elle ne traduit pas une compréhension sensible des sentiments de sa patiente [item 6, -2], percevant mal l'état émotionnel et la nature de l'interaction [item 30, -2]. Elle ne structure pas l'interaction, celle-ci étant plutôt dominée par la patiente [item 17, -4]. De ce fait, la thérapeute ne prend pas le rôle de tuteur dans la relation avec la patiente [item 37, -2] ni ne témoigne d'un soutien de type encouragement et affirmation positive du patient [item 45, -2]. La thérapeute ne cherche pas activement à obtenir de l'information de la part de sa patiente [item 31, -4], sans commenter ses potentiels changements d'humeur [item 79, -4]. La thérapeute clarifie rarement les dires de la patiente [item 65, -3] ni ne reformule son comportement [item 82, -3]. Elle ne présente pas les expériences de sa patiente sous une perspective différente [item 80, -2]. L'humour est parfois utilisée par l'une comme par l'autre [item 74, +2].

La patiente s'exprime directement, affiche plutôt un état d'éveil dans la discussion [item 13, +4], activement pensive [item 58, -3], engagée dans le travail de la thérapie [item 73, +2], et ce, dès le début de la séance [item 25, -2]. Elle semble relativement ouverte à l'introspection [item 97, +2]. Elle exprime vouloir être plus proche de quelqu'un (hors thérapeute) [item 33, +3] évoquant ses relations sentimentales [item 64, +3]. Ses autres relations interpersonnelles apparaissent également comme un sujet de discussion [item 63, +2]. Elle apparaît très nettement distante de ses émotions, en les évoquant de manière impersonnelle [item 56, +3]. En même temps, elle ne semble pas faire particulièrement d'effort pour retenir ou atténuer ses sentiments [item 70, -3], particulièrement la tristesse qu'elle manifeste [item 26, +2], la culpabilité [item 71, +2] et le sentiment d'inefficacité qu'elle ressent [item 59, +2], mais la thérapeute ne met pas l'accent sur l'expérience ou l'affect et reste plutôt à un niveau de description factuelle [item 81, -3], agissant ainsi pour éviter de perturber l'équilibre émotionnel de sa patiente [item 89, +2]. De ce fait, l'expression des sentiments n'est pas suivi par un sentiment de soulagement [item 60, -2]. La thérapeute n'interroge pas les mécanismes de défense [item 36, -2] et ne fait pas non plus de commentaires sur la signification du comportement des autres [item 43, -2].

L'interaction est maintenue sur un thème unique [item 23, +4], exclusivement sur du matériel conscient [item 67, -3] et faisant plutôt référence à la vie actuelle de la patiente [item 69, +2]. Peu de silences sont laissés [item 12, -2]. Cette fois, les buts du traitement du patient sont discutés de manière importante [item 4, +4]. A ce titre, la patiente exprime des attentes positives au sujet de sa thérapie, voire irréalistes [item 55, +3]. Elle évoque ses désirs et projets de vie [item 41, +2]. La technique et l'approche thérapeutique sont expliquées de manière assez importante [item 57, +3]. Des éléments logistiques (horaires, honoraires) sont également abordés brièvement [item 96, +2]. En revanche, les tâches et activités en dehors des séances ne sont pas abordées [item 38, -3]. Les thèmes cognitifs (idées, systèmes de croyances) sont également peu abordés [item 30, -2], un thème récurrent n'est pas particulièrement identifié dans l'histoire de la patiente [item 62, -2]. La relation thérapeutique ne fait l'objet d'aucune discussion [item 98, -4].

Le matériel abordé est jugé significatif par les psychologues observateurs car lié à la problématique que présente la patiente [item 88, +4] alors même qu'ils soulignent l'absence de discussion sur le comportement non verbal de la patiente [item 2, -4].

En résumé, durant cette séance, la thérapeute reste sur une description purement factuelle. Le versant émotionnel n'est pas abordé, pour ne pas dire évité, tant par la thérapeute que par la patiente, selon les psychologues observateurs. En ce sens, si la thérapeute reste dans une attitude bienveillante, elle ne démontre pas d'accordage sur le plan émotionnel avec sa patiente. Cette observation est très clairement expliquée par la thérapeute lorsqu'elle est interrogée sur ce point : si elle peut sembler détachée, c'est en réalité dans une volonté de ne pas investiguer davantage le passé lointain de la patiente. Elle exprime avoir bien conscience du caractère « superficiel » du matériel que la patiente peut aborder, mais rester volontairement sur ce versant. Elle peut même s'étonner elle-même que des associations puissent se faire. Tout se passe comme si la patiente travaille toute seule, en restant cependant à un degré très concret de son expérience. La thérapeute se place en posture d'accueil, sans jugement, et laisse la patiente dérouler son discours, sans intervenir.

- Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MB03 :

Il s'agit de la troisième séance de psychothérapie dans le cadre de ce projet.

La thérapeute indique qu'elle écoute sa patiente en l'encourageant par diverses marques d'écoutes [item 3, +4]. Elle se montre empathique, sensible aux sentiments de la patiente [item 6, +2]. Ses interventions ont pour but d'obtenir plus d'information ou d'élaboration de la part de la patiente [item 31, +4], tout en veillant à ne pas perturber l'équilibre émotionnel de la patiente [item 89, +4]. Elle se comporte de manière professorale (didactique) [item 37, +3] tout en maintenant une attitude de soutien sous la forme d'encouragement et de valorisation très positive de la patiente [item 45, +3], sans aucune attitude de supériorité [item 51, -4]. La thérapeute exprime très clairement ses opinions ou avis sur des sujets que traite le patient, explicitement ou implicitement [item 93, -4 ; item 27, +2], sans émettre toutefois de jugements [item 18, +2]. En ce sens, elle exerce une certaine forme de contrôle sur l'interaction, en intervenant fréquemment [item 17, +2]. L'humour est également utilisé, parfois de manière défensive par la patiente comme par la thérapeute [item 74, +3].

La thérapeute clarifie, redit ou reformule régulièrement ce que dit sa patiente [item 65, +3]. Elle apparaît réceptive et impliquée affectivement [item 9, -3], sans souligner la (trop) grande responsabilité que s'attribue la patiente [item 77, -3]. La part d'explication de la technique et de l'approche thérapeutique est très importante durant cette séance [item 57, +4]. Les activités ou tâches spécifiques que la patiente doit tenter de réaliser en dehors de la séance sont également discutées [item 38, +4] ainsi que les buts du traitement [item 4, +2]. La thérapeute met l'accent sur les événements de vie très récents ou actuels de la patiente [item 69, +2] et non cette fois aux souvenirs de l'enfance [item 91, -2]. Des éléments logistiques tels que horaires ou honoraires sont également brièvement discutés [item 96, +2].

Durant cette séance, le dialogue porte sur un thème spécifique [item 23, +3], majoritairement dominé par la patiente qui se montre assez directive de la séance [item 87, +3]. Aucun silence n'est laissé durant la séance [item 12, -3], ils ont plutôt tendance à être brisés par la patiente (ou la thérapeute) qui se montre très active dans l'échange [item 15, -2] en poursuivant un enchaînement d'idées susceptibles pourtant d'être stressantes [item 58, -2].

Du côté de la patiente, celle-ci semble toujours engagée dans le travail de la thérapie [item 73, +2] et comprendre la nature de la thérapie et ce qui en est attendu [item 72, +3]. Elle se montre visiblement confiante et non soupçonneuse envers sa thérapeute [item 44, -4], bien que paradoxalement, elle n'ose formuler aucune demande envers sa thérapeute (par exemple, pour

fixer un créneau de rendez-vous) [item 83, -4], alors même que la thérapeute se montre flexible et désireuse de parvenir à un compromis lorsqu'une incompréhension survient [item 47, +2]. La thérapeute l'encourage à avoir une opinion personnelle et à agir en fonction de ce qui lui semble le mieux (à la patiente) [item 48, +2] alors même que la patiente semble être à l'aise dans cette position de dépendance, incluant la dépendance à sa thérapeute [item 8, -2]. A ce titre, la thérapeute ne fait aucun commentaire sur la manière d'être en relation de sa patiente [item 85, -2], y compris sur la relation thérapeutique [item 98, -2]. La patiente ne fait pas état d'un désir d'être plus proche de quelqu'un [item 33, -2] et assume la responsabilité de ses problèmes [item 34, -2]. Plus encore, la patiente apparaît « docile » et semble jouer le rôle de « bon patient » envers sa thérapeute [item 20, -3], en étant toujours d'accord avec ses remarques [item 42, -2]. Aucune ambivalence n'est exprimée à l'égard de sa thérapeute [item 49, -3]. Son discours semble hésitant ou inhibé [item 97, -3]. Elle manifeste une certaine tension ou préoccupation [item 7, +2], exprime une certaine détresse, particulièrement de la tristesse au cours de la séance [item 26, +2] mais peut en parler librement, sans faire particulièrement d'efforts pour se censurer [item 70, -2].

Aucun nouvel insight n'est observé durant la séance [item 32, -4]. Les thèmes cognitifs (idées, systèmes de croyance) [item 30, -3] et les images de soi [item 35, -2] sont très peu discutés, de même que les affects sont écartés pour des discussions plutôt sur les éléments concrets de l'expérience [item 81, -3]. Le matériel exploré est majoritairement conscient [item 67, -2]. Les psychologues observateurs indiquent que le matériel abordé est significatif au regard de la problématique de la patiente [item 88].

En résumé, la patiente se montre relativement inhibée dans son expression émotionnelle, alors même qu'elle répond très volontiers à sa thérapeute qui la relance quasiment exclusivement sur des éléments factuels, selon les psychologues observateurs. Le fait que la sphère émotionnelle ne soit pas élaborée permet à la patiente de rester dans un sentiment de confiance envers sa thérapeute, qui quant à elle, se place dans une position d'écoute et empathique, dans l'affirmation positive permanente de sa patiente. Tout se passe comme si, d'un commun accord inconscient entre la thérapeute et la patiente, cette sphère n'était pas abordée. C'est en tout cas la déduction que font les psychologues observateurs. La séance est toujours très structurée par la thérapeute qui contrôle l'interaction, ce qui est attendu selon le protocole standard.

- Analyse croisée des éléments saillants entre les séances MM03 et MB03 :

Pour les deux conditions de recherche, les deux thérapeutes expliquent sur quoi repose leur technique et approche thérapeutique de manière importante [item 57]. Les buts du traitement sont également discutés [item 4]. Le dialogue durant les séances porte sur un thème spécifique [item 23] exclusivement conscient [item 67] et concerne majoritairement les vies actuelles des deux patientes [item 69]. Les horaires et honoraires des séances sont brièvement abordés [item 96]. Les thèmes cognitifs sont peu abordés [item 30].

Toutes les deux sont attentives à ne pas venir perturber l'équilibre émotionnel de leurs patientes [item 89]. A cette fin, l'humour est parfois employé, possiblement de manière défensive à quelques reprises [item 74].

Du côté des patientes, dans les deux cas elles expriment des sentiments de culpabilité, de peur ou de tristesse au cours de la séance [item 26] qu'elles contrôlent tout de même sans trop de difficultés [item 70]. Les deux thérapeutes ne reprennent pas particulièrement l'expression de ces affects et restent sur des descriptions concrètes du patient [item 81]. Les deux patientes se montrent engagées dans leurs thérapies, dans une volonté de se rendre disponible pour leurs thérapeutes respectives [item 73].

Le matériel abordé est jugé significatif par les psychologues observateurs au regard des problématiques des deux patientes [item 88]. Très peu voire aucun silence n'est laissé durant la séance [item 12]. La relation thérapeutique, enfin, ne fait l'objet d'aucune discussion dans les deux conditions de recherche [item 98].

Nous retenons dix items cotés aux opposés entre ces deux troisièmes séances.

La thérapeute du groupe Strict-EMDR pose des questions conçues pour obtenir de l'information, des descriptions plus détaillées d'événements relatés par la patiente tandis que la thérapeute du groupe Libre-EMDR ne cherche pas activement à obtenir une information [item 31]. En ce sens, la première se comporte de manière professorale, communiquant de l'information à sa patiente presque à la manière d'un professeur envers son étudiant, alors que la deuxième ne prend pas la rôle d'un tuteur dans la relation avec la patiente [item 37]. La première adopte ainsi une attitude de soutien, dans une approbation permanente de ce que réalise la patiente tandis que la deuxième a tendance à ne pas assumer un rôle de soutien de ce type [item 45]. Ainsi, la thérapeute S-EMDR exerce activement un contrôle sur l'interaction, intervenant fréquemment contrairement à la thérapeute L-EMDR intervient relativement peu fréquemment et ne structure pas l'interaction [item 17]. En effet, cette dernière maintient durant toute la séance une posture très neutre, ne transmettant aucun avis ou opinion sur ce que le patient peut dire, tandis que la

thérapeute du groupe strict exprime des opinions et prend explicitement ou implicitement des positions [item 93].

L'une des différences sans doute les plus notables est que la thérapeute du groupe strict est qualifiée par les psychologues observateurs d'empathique, sensible aux sentiments de sa patiente, tandis que la thérapeute du groupe libre ne semble pas avoir une compréhension sensible des sentiments ou de l'expérience de sa patiente [item 6]. Cette observation probablement en raison du fait que la thérapeute du groupe libre affiche un certain retrait émotionnel et se montre formelle, détachée, tandis que la thérapeute du groupe strict est réceptive et impliquée affectivement [item 9]. La thérapeute S-EMDR clarifie, redit ou reformule ce que dit sa patiente, alors que la thérapeute du groupe L-EMDR n'utilise pas ce type de clarification durant sa séance [item 65].

Les tâches et activités à réaliser en dehors des séances ne sont évoquées qu'en condition stricte [item 38].

Enfin, du côté des patientes, celle du groupe libre n'est pas particulièrement sur ses gardes et semble relativement ouvert à l'introspection, tandis que celle du groupe strict montre une certaine réserve, est hésitante et très contrôlante [item 97]. La première parle de vouloir être plus proche ou intime de quelqu'un tandis que la patiente du groupe strict ne fait pas état de ce désir [item 33].

En résumé, la posture de la thérapeute dans le groupe Strict est marquée par une attitude très active : à contrôler activement l'interaction, à chercher activement de l'information, à reformuler les dires de sa patiente, et à manifester une posture parfois professorale, explicitement soutenant. En même temps, cette même structure est accompagnée d'une attitude empathique et réceptive affectivement. A l'inverse, la thérapeute du groupe Libre reste dans une posture très neutre, intervenant peu dans le discours, ce qui a parfois été interprétée comme une distance émotionnelle par les psychologues observateurs. En même temps, la patiente de la thérapeute Libre apparaît plus ouverte alors que celle du groupe Strict montre une certaine réserve à l'introspection. De ce fait, ces éléments doivent s'interpréter avec prudence et sont à articuler avec les situations cliniques des patientes plus qu'avec l'application du protocole standard comme explication à ces différences. Retenons toutefois que ce qui apparaît au-devant de la scène appartient bien plus dû au style de pratique des thérapeutes qu'à la technique. Dans les séances précédentes, la structure de l'interaction dans le groupe Strict était importante car déterminée par le protocole, mais c'est grâce à l'attitude de la thérapeute empathique et impliquée, qui permettait un bon climat relationnel dans la collaboration. Ici

toutefois, alors même que la thérapeute Strict apparaît très active, la patiente, elle, l'est nettement moins. A l'image d'une balançoire à bascule, peut-être pouvons-nous y voir un tandem relationnel qui d'un côté a un peu trop monté, ne permettant pas à l'autre (le patient) de le faire. Si cette interprétation s'avérait exacte, cela reviendrait à dire que la structure apparaît absolument nécessaire en début de prise en charge mais doit ensuite s'effacer pour laisser davantage de place au patient, comme dans le groupe Libre où la patiente arrive davantage être dans l'introspection.

4. SEANCE 4

Le schéma 13 ci-dessous présente les scores au PQS obtenus par visionnage des quatrième séances des patientes MM et MB.

Schéma 13 : Comparaison des patientes MM04 et MB04 avec le PQS

MM04 (L-EMDR)									MB04 (S-EMDR)								
				46								99					
				100								93					
			76	89	87						94	87	66				
			56	66	78						92	85	64				
			36	27	77						80	58	63				
			25	60	74						79	100	62				
		35	24	85	72	69				72	78	90	60	23			
		4	21	83	71	41				67	69	83	52	47			
		3	15	68	63	96				65	68	59	44	45			
		16	48	47	51	13				98	54	56	41	61			
	38	70	40	19	39	62	32			97	42	51	55	38	21	84	
	37	58	99	11	34	33	88			39	40	3	49	34	6	96	
	98	50	84	10	14	97	73			35	36	82	43	25	75	88	
44	28	65	82	91	12	30	55	54	76	50	28	46	29	24	95	74	37
57	6	42	67	90	94	29	95	93	31	81	15	91	14	18	86	73	26
81	80	49	61	75	92	26	52	23	48	30	4	71	8	13	53	57	89
79	17	86	53	8	64	7	31	22	77	20	33	22	1	12	7	27	70
45	2	20	43	1	59	5	18	9	32	16	2	19	11	10	9	5	17
-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

En rouge : items cotés dans le même sens entre les deux groupes

En bleu : items cotés dans le sens opposé entre les deux groupes

- *Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MM04 :*

Il s'agit de la quatrième séance de psychothérapie dans le cadre de ce projet.

A nouveau, la thérapeute apparaît formelle et détachée, dans un retrait émotionnel [item 9, +4], sans manifester de compréhension sensible des sentiments de la patiente [item 6, -3] et semblant mal percevoir son état émotionnel et la nature de leur interaction [item 28, -3]. Sa posture

demeure très neutre, décrite comme excessivement neutre par les psychologues observateurs [item 93, +4], sans volontairement faciliter le discours de sa patiente [item 3, -2]. En même temps, elle affiche une posture d'acceptation inconditionnelle des dires de sa patiente [item 18, +3] sans pour autant être dans une posture d'encouragement et d'approbation de la patiente [item 45, -4]. Elle ne prend pas le rôle de tuteur dans la relation [item 37, -3]. Elle apparaît, pour les psychologues observateurs, comme peu sûre d'elle, incertaine [item 86, -2].

Le dialogue porte sur un thème unique durant cette séance [item 23, +4], essentiellement des thèmes cognitifs [item 30, +2] dont la thérapeute identifie la récurrence dans la vie de la patiente [item 62, +2]. La thérapeute se centre particulièrement sur les sentiments de culpabilité de sa patiente [item 22, +4]. Elle pose des questions pour obtenir plus de détails concrets sur les événements relatés par la patiente [item 31, +3] mais ne commente ni les changements d'humeur [item 79, -4] ni les affects de la patiente [item 81, -4]. A ce titre, aucune attention n'est portée sur le comportement non verbal du patient [item 2, -3]. La relation thérapeutique ne fait pas non plus l'objet d'une discussion [item 98, -3]. C'est la vie actuelle de la patiente qui est abordée majoritairement [item 69, +2].

Il n'y a pas d'explications de la technique et de l'approche thérapeutique utilisées alors même qu'il aurait convenu de le faire, selon les psychologues observateurs [item 57, -4]. De même qu'il n'y a pas ni discussion de tâches ou activités spécifiques à faire entre les séances [item 38, -3], ni discussion des effets de la thérapie [item 4, -2]. En revanche, les horaires et honoraires sont brièvement discutés [item 96, +2]. L'intervention n'est pas structurée par la thérapeute qui suit plutôt le déroulé de la patiente [item 17, -3]. La thérapeute ne présente pas durant la séance de nouvelles perspectives à sa patiente [item 80] ni ne reformule particulièrement ses dires [item 65, -2]. Les plaintes physiques ne sont pas explorées [item 16, -2] ni les images de soi [item 35, -2].

La patiente s'exprime dans un langage fluide et clair [item 54, +4], en étant en éveil [item 13, +2]. Durant la séance, elle est activement pensive [item 58, -2] et réalise de nouvelles compréhensions et fait des liens entre son histoire et la situation actuelle [item 32, +3]. Elle peut dire vouloir prendre de la distance vis-à-vis de quelqu'un [item 29, +2] tout en voulant être proche d'autres [item 33, +2]. Elle exprime des attentes positives quant à l'issue de la thérapie [item 55, +3] et se repose en tout point sur sa thérapeute pour régler ses problèmes [item 52, +3]. Ses aspirations et projets de vie sont discutées [item 41, +2]. Elle se montre toujours aussi volontaire dans le travail [item 73, +3], ouverte à l'introspection [item 97, +2]. Elle exprime se

sentir aidée et soulagée [item 95, +3], et semble en confiance [item 44, -4]. Pourtant, elle manifeste une certaine tension [item 7, +2], et peut exprimer de la culpabilité ainsi que de la tristesse [item 26, +2], bien que n'ayant pas de difficultés à les contrôler [item 70, -2], sans que ces réactions émotionnelles ne soient soulignées par la thérapeute [item 50, -2]. Elle apparaît particulièrement « docile », en « bonne patiente » face à sa thérapeute [item 20, -2], sans aucune expression d'ambivalence à son égard [item 49, -2], à être plutôt toujours d'accord avec ses remarques [item 42, -2] même si elle ne semble pas toujours les comprendre [item 5, +2].

Les psychologues observateurs jugent que le matériel abordé est significatif au regard de la problématique de la patiente [item 88, +3].

En résumé, durant cette quatrième séance, la patiente est toujours de bonne volonté et soucieuse de bien faire avec et pour sa thérapeute. Elle la suit presque « docilement », en maintenant toujours des attentes très positives, se sentant aidée, tandis que la thérapeute reste dans une posture d'accueil des dires, mais peu étayante de la sphère émotionnelle. A ce titre, elle apparaît au contraire plus détachée émotionnellement, selon les psychologues observateurs. Seuls les éléments factuels sont explorés. A nouveau, les psychologues observateurs relèvent que tout se passe comme si la patiente travaillait toute seule, sans tisser particulièrement de lien avec la thérapeute, qu'elle juge pourtant très soutenante. La thérapeute confirme cette lecture, se sentant dans une relation plus « de surface » avec sa patiente, mais dont il est convenu de se contenter dans le cadre de cette recherche, les dynamiques d'attachement et schémas relationnels précoces (indéniablement dysfonctionnels au vue de la symptomatologie de la patiente) ne faisant pas l'objet du travail psychothérapeutique actuel.

- Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MB04 :

Il s'agit de la quatrième séance de psychothérapie dans le cadre de ce projet.

La thérapeute exerce un contrôle important sur l'interaction, en intervenant très fréquemment pour fournir des orientations [item 17, +4] sans chercher pourtant activement à obtenir une information [item 31, -4]. Elle peut donner un avis explicite ou faire des suggestions précises [item 27, +3]. En ce sens, elle se comporte de manière professorale, à la manière d'un professeur envers son étudiant [item 37, +4], sans pour autant être dans une dynamique de compétitivité [item 39, -3]. Elle adopte une posture de soutien de type approbation positive de sa patiente en permanence [item 45, +2]. Face à cela, la patiente ne semble pas toujours comprendre les commentaires de sa thérapeute [item 5, +3], ce à quoi la thérapeute répond en se montrant

ouverte à un compromis lorsqu'un désaccord peut survenir [item 47, +2]. Elle n'introduit pas la question de l'indépendance ou de l'initiative comme sujet de discussion [item 48], chose manquante selon les psychologues observateurs. A ce titre, la patiente ne fait par ailleurs pas état de vouloir être plus proche de quelqu'un [item 33, -2]. La thérapeute ne suggère pas non plus que sa patiente assume peut-être un peu trop la responsabilité de ses problèmes [item 76, -4]. Ses commentaires au contraire reflètent en permanence (et peut-être aussi excessivement) la gentillesse, la considération ou l'attention [item 77, -4]. La thérapeute apparaît à la fois dans l'empathie avec sa patiente [item 6, +2] tout en étant elle-même plutôt formelle, détachée et dans un retrait émotionnel [item 9, +2]. Certaines de ses réactions s'apparenteraient à des réactions personnelles [item 21, +2]. L'humour est utilisé, parfois de manière défensive [item 74, +3]. Ces observations alors même que la thérapeute semble d'apparence sûre d'elle et confiante [item 86, +2]. Il apparaît pourtant que d'une certaine manière, la thérapeute percevrait mal l'état émotionnel de sa patiente ainsi que la nature de leur interaction [item 28, -2].

Le dialogue porte sur un thème spécifique majoritairement [item 23, +2]. Les psychologues observateurs jugent le matériel abordé comme significatif car en lien avec la problématique de la patiente [item 88, +3]. La technique et l'approche thérapeutique sont explicitées durant la séance de manière importante [item 57, +3]. Les horaires et honoraires [item 96, +3] ainsi que les ruptures dans le traitement sont discutés [item 75, +2]. Les plaintes physiques [item 16, -3], les thèmes cognitifs [item 30, -3] ou encore les images de soi [item 35, -3] ne constituent pas un sujet important de discussion. Le comportement non verbal ne fait pas non plus l'objet de discussion [item 2, -2]. De même que les effets de la thérapie qui ne sont pas abordés [item 4, -2]. La thérapeute ne pointe pas la présence de mécanismes de défense chez sa patiente [item 36, -2], ni ne reformule les dires de sa patiente [item 65, -2]. Les interprétations sont plutôt d'ordre général et non relatives à des personnes de l'entourage de la patiente [item 40, -2]. Seul le matériel conscient est discuté [item 67, -2].

Du côté de la patiente, elle manifeste une tension [item 7, +2], des sentiments de culpabilité et de tristesse principalement [item 26, -4], ainsi que de la colère [item 84, +3] qu'elle tente de gérer et de contrôler [item 70, +4]. Face à cela, la thérapeute ne souligne pas les réactions émotionnelles ou les affects de la patiente [item 50, -3 ; item 81, -3]. Au contraire, elle intervient pour renforcer les défenses de sa patiente en évitant de perturber son équilibre émotionnel [item 89, +4]. La patiente se montre engagée dans le travail thérapeutique [item 73, +3], voulant briser les silences [item 15, -2] même si elle se montre sur la réserve, plus inhibée [item 97, -3], ainsi que timide et embarrassée, peu sûre d'elle [item 61, +2]. Malgré cela, elle peut dire se sentir

aidée et soulagée [item 95, +2]. Aucun nouvel insight ou prise de conscience n'est observé [item 32, -4]. La patiente apparaît plutôt dans un rôle docile, de « bonne patiente » [item 20, -3], plutôt d'accord avec les remarques faites [item 42, -2] et semble se soucier de ce que la thérapeute peut penser d'elle [item 53, +2] alors même qu'elle ne semble pas comprendre son rôle dans la thérapie [item 72, -2]. La relation thérapeutique, en effet, ne fait pas l'objet de discussion [item 98, -2].

En résumé, la patiente apparaît à cette séance aussi dans le rôle d'une « bonne patiente ». Elle suit volontiers sa thérapeute, se sent aidée, malgré des confusions qui sont observées. Du côté de la thérapeute, elle affiche une posture visiblement d'apparence sûre d'elle alors même qu'elle apparaît plus détachée, que ce qu'elle pouvait être dans les séances précédentes. Tout se passe comme si les deux se répondaient en miroir dans l'évitement de la sphère émotionnelle, selon les psychologues observateurs.

- Analyse croisée des éléments saillants entre les séances MM04 et MB04 :

Dans les deux conditions de la recherche, les deux thérapeutes apparaissent assez détachées, dans un retrait émotionnel [item 9]. Elles semblent mal percevoir l'état émotionnel de leurs patientes ainsi que la manière dont elles sont en lien avec elles [item 28]. A ce titre, la relation thérapeutique ne fait pas l'objet de discussion [item 98] ni les effets de la thérapie [item 4].

Le dialogue porte sur un thème spécifique dans les deux conditions [item 23]. On observe peu de reformulation des dires des patientes par les thérapeutes [item 65]. Le matériel abordé est jugé significatif par les psychologues observateurs car lié aux problématiques respectives des patientes [item 88].

Du côté des patientes, elles demeurent volontaires dans leur travail thérapeutique [item 73]. Elles présentent toutes deux une certaine tension [item 7] et manifestent des affects désagréables et douloureux [item 26]. Les thérapeutes ne rebondissent pas sur les affects ou expériences de leurs patientes [item 81] ni sur leurs réactions émotionnelles [item 50], de même qu'elles ne questionnent ni le comportement non verbal [item 2] ni les plaintes physiques [item 16]. Les images de soi ne sont pas non plus abordées [item 35]. Les deux patientes peuvent toutefois exprimer se sentir aidées et soulagées [item 95]. Elles apparaissent « dociles », dans une posture de « bonnes patientes » envers leurs thérapeutes [item 20], acceptant la plupart des commentaires de leurs thérapeutes [item 42] alors même qu'elles ne les comprennent pas toujours [item 5].

Pour cette quatrième séance, on note neuf items cotés aux opposés :

Dans la condition stricte, la thérapeute exerce un contrôle très important sur l'interaction, tandis que la thérapeute du groupe libre est à l'exact inverse, en suivant uniquement le fil de la pensée de sa patiente [item 17]. La première explique beaucoup sur quoi repose sa technique et l'approche thérapeutique, tandis que l'autre n'explicite pas l'arrière-plan rationnel de ce qu'elle fait [item 57] alors même qu'elle sollicite beaucoup plus sa patiente pour obtenir des descriptions détaillées des événements [item 31]. La thérapeute L-EMDR aborde davantage des thèmes cognitifs tandis qu'ils ne sont pas abordés par l'autre [item 30].

Dans le groupe S-EMDR, la thérapeute apparaît plutôt sûre d'elle, confiante, alors que celle du groupe L-EMDR apparaît incertaine et un peu perdue [item 86].

Du côté des patientes, celle S-EMDR est beaucoup dans le contrôle de ses affects, tandis que celle du groupe L-EMDR n'a pas particulièrement de difficultés pour les contrôler [item 70] et peut exprimer, comparativement à l'autre, le désir de vouloir être plus intime avec quelqu'un [item 33]. La patiente S-EMDR apparaît plus inhibée, sur la réserve et dans le contrôle ; elle ne réalise pas de nouvelle compréhension (insight) durant la séance, alors que la patiente du groupe libre observe les choses sous une nouvelle perspective et est plus ouverte à l'introspection [items 32 et 97].

En résumé, à ce stade de la psychothérapie, on note à nouveau que l'application plus stricte du protocole standard influe sur la structure de l'interaction, à expliquer les approches théoriques et techniques mobilisées, la thérapeute affichant une posture plutôt confiante, face à une patiente pourtant dans le contrôle de ses affects. Avec une application plus libre, nous n'observons pas cette dynamique structurée mais la thérapeute s'autorise à demander davantage d'explication et à aborder des thèmes qui n'émergent pas spontanément, face à une patiente pouvant s'autoriser à vivre plus sa sphère émotionnelle et plus ouverte à l'introspection. Ces changements doivent être interprétés au regard des situations cliniques des patientes de manière privilégiée ; on ne peut affirmer que de tels changements soient causés par le type d'application du protocole standard, alors même qu'ici, nous sommes à une phase très technique. Rappelons-le, la thérapeute du groupe Libre dit avoir respecté le protocole à un niveau de 5 sur 10, contre 6 sur 10 pour la thérapeute Strict. Autrement dit, il n'y a pas de différence notable, autorapportée.

Le dialogue porte sur un thème spécifique [item 23, +4], particulièrement la culpabilité qui est une discussion centrale [item 22, +4] et qui est un affect ressenti intensément par la patiente [item 26, +4 ; item 71, +2] bien qu'elle soit d'apparence calme et détendue [item 7, -2]. Face à cette culpabilité, la thérapeute ne souligne pas que la patiente a tendance à assumer un peu trop la responsabilité de ses problèmes [item 76, -2]. Elle ne commente pas les changements d'états d'esprit de la patiente [item 79, -2] ni ne met l'accent sur ses affects [item 81, -2].

Les perceptions que la patiente a d'elle-même font l'objet d'un travail [item 35, +3], de même que ses espoirs et aspirations [item 41, +3], particulièrement en ce qui concerne sa vie actuelle [item 69, +2]. Les tâches ou activités spécifiques à réaliser en dehors de la séance ne sont pas abordées [item 38, -4]. La technique et l'approche thérapeutique ne sont pas du tout explicitées [item 57, -4], ce qui peut expliquer pourquoi la patiente semble être confuse quant à son rôle dans la thérapie [item 72, -4]. Pourtant, elle semble bien comprendre les commentaires de sa thérapeute [item 5, -3] malgré le langage employé parfois jargonneux [item 46, -2], et manifeste se sentir aidée, soulagée [item 95, +2] et comprise [item 14, -2].

Du côté de la patiente, elle s'exprime de manière claire et fluide [item 54, +4], est en éveil [item 13, +2]. Ses relations sentimentales sont abordées [item 64, +2]. A ce titre, elle peut évoquer son désir de vouloir être plus proche de quelqu'un [item 33, +3] alors même que la thérapeute ne lui fait aucune suggestion sur la manière d'être en relation avec les autres [item 85, -2]. La patiente demeure engagée dans le travail thérapeutique [item 73, +3], commençant la séance directement sans hésitation [item 25, -4], se montrant activement pensive [item 58, -3] et relativement ouverte à l'introspection [item 97, +2]. Elle peut montrer un certain soulagement, bien que timide, après l'expression de certaines émotions [item 60, +2]. Malgré sa réserve, elle apparaît en confiance et peu soupçonneuse envers sa thérapeute [item 44, -2] et ne semble pas faire particulièrement d'efforts pour contrôler ses sentiments [item 70, -2].

Le matériel abordé est jugé significatif par les psychologues observateurs car en lien avec la problématique de la patiente [item 88, +4]. La relation thérapeutique ne fait l'objet d'aucun échange [item 98, -3].

En résumé, la thérapeute apparaît cette fois beaucoup plus impliquée émotionnellement et donc empathique, alors qu'elle pouvait être davantage détachée dans les séances précédentes, dans une volonté de ne pas investiguer trop loin les schémas relationnels précoces. Si elle demeure dans une posture très neutre, la patiente poursuit le travail en réalisant quelques nouvelles compréhensions, malgré le retrait qu'elle manifeste toujours et la présence d'émotions qui ne sont pas particulièrement soulignées. La relation thérapeutique apparaît plus chaleureuse, même si elle ne fait l'objet d'aucun commentaire.

- *Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MB05 :*

Il s'agit de la cinquième et avant-dernière séance de psychothérapie dans le cadre de la recherche.

La thérapeute exerce un contrôle important sur l'interaction, intervenant fréquemment pour fournir des orientations [item 17, +4] sans chercher toutefois à obtenir activement une information [item 31, -3]. Elle se veut prendre une posture sans supériorité [item 51, -2], de soutien professoral [item 37, +2], directement rassurante, transmettant l'espoir qu les problèmes vont être résolus [item 66, +4], manifeste de l'empathie pour sa patiente [item 6, +3] en même temps qu'elle-même apparaît détachée, formelle et dans un retrait émotionnel [item 9, +3]. Les psychologues observateurs évaluent que certaines réponses apportées à la patiente peuvent manquer de tact [item 77, +2], sont un peu jargonneuses [item 46, -2] et sont inefficaces car elles se rapporteraient aux propres conflits psychologiques de la thérapeute [item 24, +4]. C'est en ce sens que l'humour est utilisé, plutôt comme stratégie défensive [item 74, +2]. Paradoxalement, elle apparaît relativement sûre d'elle et confiante [item 86, +2].

La thérapeute peut exprimer des opinions ou prendre des positions explicitement ou implicitement [item 93, -4]. Elle est plutôt dans une intention de renforcer les défenses de la patiente en étant très attentive à ne pas venir perturber son équilibre émotionnel [item 89, +3]. Ces défenses ne font l'objet d'aucun commentaire de la part de la thérapeute [item 36, -3].

La thérapeute donne des avis et suggestions explicites à sa patiente [item 27, +3]. Elle clarifie et reformule à maintes reprises les dires de la patiente [item 65, +3] sans faciliter particulièrement le discours de la patiente [item 3, -2]. Elle n'introduit pas la question de l'indépendance ou de l'initiative comme sujet de discussion [item 48, -2].

La patiente, quant à elle, exprime des sentiments de culpabilité et de tristesse de manière assez intense [item 26, +4], apparaît mélancolique et déprimée [item 94, +3] tout en étant dans un contrôle important de ceux-ci [item 70, +3], ce que la thérapeute ne reprend pas [item 81, -4].

En ce sens, les psychologues observateurs évaluent que la thérapeute perçoit mal l'état émotionnel de la patiente [item 28, -2]. Elle semble peu sûre d'elle et embarrassée [item 61, +2], se projette moins dans le futur [item 41, -2]. La patiente est toutefois en éveil [item 13, +2] et demeure volontaire dans le travail thérapeutique [item 73, +3], en même temps qu'elle semble être hésitante à formuler des demandes ordinaires à sa thérapeute [item 83, -4]. Elle ne semble pas particulièrement se reposer sur sa thérapeute pour résoudre ses problèmes [item 52, -3] ni s'inquiéter de ce qu'elle peut penser d'elle-même [item 53, -2], alors même qu'elle peut exprimer se sentir aidée et soulagée [item 95, +2] et comprise par sa thérapeute [item 14, -2]. Pourtant, le soulagement n'est pas observé par les psychologues observateurs [item 60, -2] et le rôle de la patiente de la thérapie semble confus, selon leur observation [item 72, -2].

Il n'y a pas de discussion sur la relation thérapeutique [item 98, -3] ni de lien fait entre la relation thérapeutique et d'autres relations de la patiente [item 100, -4] alors même que la patiente se positionne en « bonne patiente », très docile envers sa thérapeute [item 20, -3]. Cela ne l'empêche visiblement pas de réaliser de nouvelle compréhension au cours de la séance [item 32, +2] grâce notamment aux perspectives différentes proposées par la thérapeute [item 80, +2].

Durant la séance, le dialogue porte majoritairement sur un thème spécifique [item 23, +2]. Les activités et tâches spécifiques à réaliser en dehors des séances [item 38, -4] ainsi que les effets attendus de la thérapie [item 4, -2] ne sont pas discutées, particulièrement en ce qui concerne l'autonomie de la patiente quant à sa régulation émotionnelle, ainsi que le soulignent les psychologues observateurs. Aucun silence n'est laissé [item 12, -3], la patiente étant très active et brisant régulièrement les potentiels silences [item 15, -2]. Les thèmes cognitifs ne sont pas abordés [item 30, -3]. La technique et l'approche thérapeutiques ne sont, cette fois, pas du tout expliquées [item 57, -3]. En revanche, les plaintes physiques font cette fois l'objet d'une brève discussion [item 16, +2]. De même que les horaires et honoraires sont brièvement abordés [item 96, +2]. Les psychologues observateurs jugent le matériel abordé comme significatif car en lien avec la problématique de la patiente [item 88, +4].

En résumé, la patiente se montre hésitante et réservée, dans le contrôle de ses émotions qui ne sont par ailleurs pas reprises par la thérapeute, selon les psychologues observateurs. Ils supposent que la patiente semble montrer dans le lien thérapeutique son mode relationnel habituel, à savoir dans le contrôle, la distance émotionnelle, sans compter sur sa thérapeute, tout en ne présentant aucune hostilité à son égard. Elle peut dire se sentir aidée et soulagée alors même que toutes les observations des psychologues observateurs disent l'inverse. La thérapeute quant à elle, reste dans cette posture très directive, encourageante, en permanence dans la valorisation positive de sa patiente. Là où les psychologues observateurs soulignaient en début de prise en charge l'accordage affectif entre les deux protagonistes, tout se passe comme si cette fois elles étaient chacune dans leur monde, sans particulièrement se rejoindre. Le climat demeure serein.

- Analyse croisée des éléments saillants entre les séances MM05 et MB05 :

Dans les deux conditions de recherche, les thérapeutes témoignent d'empathie [item 6] et se veulent directement rassurantes envers leurs patientes, transmettant l'espoir que les problèmes peuvent être résolus [item 66]. Les thérapeutes apparaissent plus sûres d'elles, confiantes [item 86]. Dans les deux cas, le dialogue porte sur un thème spécifique [item 23]. L'humour est utilisé [item 74]. Le matériel abordé est jugé significatif par les psychologues observateurs [item 88]. La technique et l'approche thérapeutique ne sont cette fois pas explicitées [item 57]. La relation thérapeutique ne fait pas non l'objet de discussion [item 98].

Les patientes sont en éveil [item 13], engagées dans le travail thérapeutique [item 73] et manifestent se sentir aidées, soulagées [item 95] et comprises [item 14] malgré le langage un peu jargonnel de leurs thérapeutes [item 46]. Cela explique probablement le fait qu'elles manifestent une certaine incertitude quant à leurs rôles dans leurs thérapies respectives [item 72]. Pourtant, les affects et expériences ne sont pas repris par les thérapeutes [item 81]. Elles apparaissent toutes les deux comme « dociles », dans le rôle de « bonnes patientes » [item 20].

On relève pour cette cinquième séance cinq items cotés aux opposés :

La thérapeute du groupe strict exerce un contrôle important sur l'interaction, reformulant beaucoup les dires de sa patiente tandis que celle du groupe libre la structure et reformule peu, suivant plutôt le fil de sa patiente [items 17 et 65]. Cette dernière apparaît plus réceptive et impliquée affectivement tandis que la première demeure assez formelle et détachée [item 9]. En effet, la thérapeute S-EMDR peut parfois manquer de finesse dans ses réponses, qui

n'apparaissent pas toujours accordées avec les besoins de la patiente, selon les psychologues observateurs, alors que les commentaires de la thérapeute L-EMDR traduisent plutôt gentillesse, considération ou attention [item 77]. Du côté des patientes, celle du groupe strict apparaît dans le contrôle de ses ressentis, tandis que celle du groupe libre n'a pas particulièrement de difficultés à contrôler ses sentiments [item 70].

En résumé, le groupe Strict garde comme mot d'ordre l'idée de structure. Cependant, à ce stade du traitement, c'est dans le groupe Libre qu'on observe plus d'implication affective, tant du côté de la thérapeute que du côté de la patiente. Gardant à l'esprit qu'il est impératif de nuancer les observations en considérant les caractéristiques cliniques propres à chacune des situations, donc non généralisables, une logique semble timidement se dessiner : là où la structure est impératif en début de traitement, elle devient plus secondaire dans le but de laisser plus de place au patient. Ces points doivent faire l'objet de davantage de discussion et d'explication (voir Discussion).

6. SEANCE 6

Le [schéma 15](#) ci-dessous présente les scores au PQS obtenus par visionnage des sixièmes et dernières séances des patientes MM et MB.

[Schéma 15](#) : Comparaison des patientes MM06 et MB06 avec le PQS

MM06 (L-EMDR)										MB06 (S-EMDR)									
									98										
									73										
									100										
									66										
									87										
									96										
									63										
									80										
									92										
									36										
									71										
									91										
									10										
									61										
									65										
									83										
									89										
									64										
									51										
									50										
									76										
									46										
									88										
									49										
									43										
									68										
									4										
									41										
									42										
									14										
									47										
									78										
									38										
									9										
									40										
									2										
									24										
									74										
									30										
									95										
									37										
									39										
									31										
									21										
									72										
									28										
									69										
									99										
									84										
									82										
									20										
									60										
									23										
									81										
70									19										
									57										
									17										
									45										
94									12										
									56										
									6										
									27										
26									11										
									55										
									54										
									18										
7									3										
									97										
									29										
44									85										
									33										
									13										
-4									0										
									1										
									2										
									3										
									4										

En rouge : items cotés dans le même sens entre les deux groupes

En bleu : items cotés dans le sens opposé entre les deux groupes

- Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MM06 :

Il s'agit de la sixième et dernière séance de psychothérapie dans le cadre de la recherche.

La thérapeute est dans une attitude d'accueil inconditionnel [item 18, +3], empathique [item 6, +2], témoignant des marques d'écoute à sa patiente [item 3, +2], en position basse [item 39, -2 ; item 51, -2]. Elle peut donner son avis et faire des suggestions particulières que la patiente est alors libre d'accepter ou non [item 27, +3], prend ici explicitement position en quittant sa neutralité [item 93, -2]. La thérapeute fait plutôt des interprétations générales [item 40, -2] en incarnant une posture encourageante et valorisante de la patiente [item 45, +3] sans se placer pour autant comme un tuteur dans la relation avec sa patiente, au sens professoral [item 37, -3]. Elle se montre réceptive et impliquée émotionnellement [item 9, -3], pouvant approuver les perspectives de la patiente [item 99, -3]. Ses commentaires reflètent gentillesse et considération [item 77, -2]. L'interaction est structurée par la thérapeute [item 17, +2] qui semble bien percevoir le processus thérapeutique [item 28, +2].

Le dialogue porte sur un thème spécifique [item 23, +2] et se centre essentiellement sur du matériel conscient [item 67, -3]. La situation récente ou actuelle de la vie de la patiente est particulièrement soulignée dans la discussion [item 69, +3]. Les perceptions et attitudes que la patiente a d'elle-même font l'objet d'importantes discussions [item 35, +4], ainsi que les idées et systèmes de croyance [item 30, +2], bien qu'un thème récurrent ne soit pas ici identifié [item 62, -2]. S'agissant de la dernière séance dans le cadre de cette recherche, les interruptions ou les ruptures dans le traitement sont discutées de manière importante également [item 75, +4] ainsi que les tâches et activités spécifiques à réaliser en dehors de la séance [item 38, +2]. Les aspirations et projets de vie de la patiente sont discutés [item 41, +2]. Les symptômes physiques sont également abordés brièvement [item 16, -2].

Du côté de la patiente, elle démarre directement la séance [item 25, -3], se montre active [item 15, -2], en éveil [item 13, +4], relativement ouverte à l'introspection [item 97, +3], calme et détendue [item 7, -4]. Elle n'exprime pas de sentiments douloureux mais plus du confort et du bien-être [item 26, -4] voire de succès et de triomphe [item 59, -3]. Elle apparaît en effet sûre d'elle [item 61, -2]. Son langage est clair et fluide [item 54, +2]. Ses relations sentimentales sont abordées [item 64, +2] puisqu'elle évoque sa volonté de vouloir être plus intime avec quelqu'un [item 33, +3], exprimant des sentiments d'amour [item 84, -2], tout en souhaitant une plus grande distance avec un autre (hors thérapeute) [item 29, +4], indépendance encouragée par la thérapeute [item 48, +4] qui peut lui faire des suggérer des façons alternatives

d'être en lien avec les autres [item 85, +2]. La thérapeute insiste également sur le contenu émotionnel de ce que la patiente a décrit afin d'encourager le ressenti de l'affect [item 81, +3], en l'occurrence plutôt joyeux [item 94, -4]. La patiente ne fait pas particulièrement d'effort de contrôle [item 70, -4]. Elle exprime se sentir aidée et soulagée [item 95, +3]. Elle apparaît en confiance [item 44, -4], exprime des sentiments positifs et amicaux envers sa thérapeute [item 1, -3] dont elle comprend les remarques et commentaires [item 5, -3]. Elle a tendance à être d'accord avec elle [item 42, -2]. Il n'y a pas d'expression d'ambivalence de la patiente envers la thérapeute [item 49, -2]. Le matériel abordé est jugé significatif par les psychologues observateurs [item 88, +2].

En résumé, cette séance est marquée sous le sceau de la convivialité. L'échange apparaît chaleureux, face à une thérapeute impliquée émotionnellement et valorisante et une patiente joyeuse et fière de ses progrès. S'agissant de la dernière séance, la vie actuelle et les aspirations futures sont principalement abordées. Lors du débriefing avec la thérapeute, elle note avec étonnamment que, malgré leur relation parfois « superficielle » qu'elle a pu ressentir, toutes deux ayant été peu impliquées affectivement, patiente et thérapeute arrivent se retrouver, et plus encore, à observer des résultats. C'est en tout cas ce que la patiente peut verbaliser, bien que la thérapie doive être poursuivie en dehors de la recherche selon la thérapeute afin de travailler notamment les schémas précoces inadaptés.

- Analyse descriptive des éléments saillants de la séance MB06 :

Il s'agit de la sixième et dernière séance de psychothérapie dans le cadre de la recherche.

La thérapeute est empathique [item 6, +3], dans une attitude d'accueil inconditionnel [item 17, +3]. La thérapeute donne explicitement son avis et fait des suggestions que la patiente est ensuite libre d'accepter ou non [item 27, +4], exprime des positions plus ou moins explicitement [item 93, -4] bien qu'elle s'abstient de toute révélation de sa vie personnelle [item 21, -3]. La thérapeute se montre encourageante et dans la valorisation de sa patiente [item 45, +4], directement rassurante [item 66, +4], sans pour autant transmettre à la patiente qu'elle assume beaucoup de responsabilité [item 76, -4]. Elle se comporte de manière professorale [item 37, +2] et tente d'interpréter le comportement de l'entourage de la patiente [item 43, +2]. La thérapeute structure beaucoup l'interaction [item 17, +3], posant des questions pour obtenir plus d'informations [item 31, +2]. Elle semble bien percevoir le processus thérapeutique [item 28, +2] bien que certaines de ses réponses puissent parfois manquer de tact [item 77, +2] et être

quelque peu jargonneuses [item 46, -2]. En effet, à ce sujet, si elle se veut valorisante et rassurante, la thérapeute apparaît aussi assez formelle et détachée, dans un certain retrait émotionnel [item 9, -2].

Du côté de la patiente, celle-ci manifeste toujours une certaine préoccupation [item 7, +3] et exprime une certaine tristesse [item 26, +3], amertume [item 84, +2] et culpabilité [item 71, +2], affects n'étant pas repris par la thérapeute [item 81, -2]. Elle se montre toutefois toujours en état d'éveil [item 13, +3], volontaire dans son travail thérapeutique [item 73, +2] et ouverte à l'introspection [item 97, +2], activement pensive [item 58, -2]. Elle s'exprime dans un langage clair et fluide [item 54, +3]. Elle apporte spontanément des thèmes de discussion [item 15, -3], bien qu'il n'y ait pas de discussion ensuite de thèmes cognitifs [item 30, -3] ni des images de soi [item 35, -3]. Elle peut réaliser toutefois, quoique timidement, de nouvelle compréhension [item 32, +2] et exprimer des attentes positives vis-à-vis de la thérapie [item 55, +2] alors même que la thérapeute ne lui propose pas particulièrement de nouvelle perspective [item 80, -2] ni ne fait de suggestion sur la façon d'autres façons d'être en relation avec les autres [item 85, -2].

Le dialogue est maintenu majoritairement sur un thème spécifique [item 23, +3]. C'est principalement la vie actuelle de la patiente qui est abordée [item 69, +4], sans que la vie actuelle soit reliée ouvertement à des expériences passées [item 92, -4 ; item 91, -2]. Ni le comportement non verbal [item 2, -4] ni les potentielles plaintes physiques [item 16, -4] ne sont discutés. Les éléments logistiques tels que les honoraires et horaires sont brièvement discutés [item 95, +2]. Cette fois, la technique et l'approche thérapeutique ne sont pas explicitées [item 57, -2]. Les ruptures dans le traitement ne sont pas abordées, voire évitées, alors même qu'il s'agit là de la dernière séance [item 75, -2].

La patiente ne semble pas s'inquiéter de ce que sa thérapeute pense d'elle [item 53, -3] ni compter particulièrement sur elle pour résoudre ses problèmes [item 52, -2], bien qu'elle demeure dans cette posture de « bonne patiente », relativement docile [item 20, -2]. La relation thérapeutique ne fait en effet l'objet d'aucun échange [item 98, -4], et aucun lien n'est fait entre cette relation et les autres relations que peut avoir la patiente [item 100, -3].

Le matériel abordé, exclusivement conscient [item 67, -4 ; item 90, -2], est jugé significatif par les psychologues observateurs [item 88, +4].

En résumé, la patiente manifeste toujours des affects douloureux que la thérapeute ne reprend pas particulièrement, sans doute en raison de la fin de la thérapie dans le cadre de la recherche, et donc, dans une volonté de ne pas investiguer immédiatement davantage. La thérapeute demeure dans une posture très encourageante, dans la valorisation (presque excessive parfois selon les psychologues observateurs) de sa patiente. Celle-ci semble pour autant toujours se sentir aidée et en confiance, positive quant aux effets de la thérapie. A nouveau, tout se passe comme si patiente et thérapeute était chacune dans leur propre bulle sans qu'elles ne se rejoignent. Chacune pourtant semble y trouver son compte et en ressort avec une expérience positive. La discussion est purement factuelle.

- Analyse croisée des éléments saillants entre les séances MM06 et MB06 :

Pour les deux conditions de cette recherche, les thérapeutes exercent un contrôle important sur l'interaction, fournissant de nombreuses orientations [item 17] et peuvent donner des avis et conseils [item 27], pouvant prendre position plus ou moins explicitement [item 93]. Elles font preuve d'empathie [item 6] et sont dans une attitude d'acceptation inconditionnelle [item 18], adoptant une attitude de soutien de type encouragement et valorisation de leurs patientes [item 45]. Elles semblent bien percevoir le processus thérapeutique à l'œuvre [item 28]. Elles sont réceptives et plutôt impliquées affectivement [item 9].

Les deux patientes sont en état d'éveil [item 13] et s'expriment dans un langage clair et cohérent [item 54]. Elles se montrent relativement ouverte à l'introspection [item 97] et répondent spontanément [item 15].

Le dialogue porte sur un thème spécifique dans les deux conditions de recherche [item 23]. Ce sont majoritairement les vies actuelles des patientes qui sont abordées [item 69]. Les plaintes physiques ne sont pas discutées [item 16]. Les psychologues observateurs jugent toutefois le matériel abordé significatif dans les deux conditions.

On retrouve huit items cotés aux opposés pour cette sixième séance :

La thérapeute du groupe strict se comporte de manière plutôt professorale tandis que la thérapeute du groupe libre ne prend pas le rôle d'un tuteur de ce type dans la relation avec sa patiente [item 37]. La thérapeute S-EMDR peut parfois manquer de finesse dans ses réponses tandis que les réponses de l'autre thérapeute reflètent plutôt la gentillesse et l'attention [item 77]. En effet, la première a tendance à ne pas mettre l'accent sur les affects de la patiente tandis que la deuxième peut insister sur le contenu émotionnel, bien que celui-ci soit positif dans le

cas de sa patiente [item 81]. Brièvement, la thérapeute L-EMDR suggère des façons alternatives d'être en relation avec les autres alors que la thérapeute S-EMDR tend à ne pas faire de suggestion sur la façon d'être en lien avec les autres [item 85].

Du côté des patientes, la patiente S-EMDR présente encore des affects désagréables et des préoccupations, notamment de l'amertume, tandis que la patiente L-EMDR exprime plutôt des sentiments de confort et de bien-être et semble plus calme et détendue [items 7, 26 et 84].

Dans le groupe libre, des thèmes cognitifs ainsi que les images de soi sont abordés comparativement à l'autre groupe [item 30 et 35].

En résumé, les divergences observées à ce dernier stade de la thérapie semblent plutôt concerner les aspects émotionnels. Cette fois, contrairement au début de la prise en charge, la thérapeute Libre investigate davantage cette sphère de manière plus impliquée et réceptive, soutenue par une patiente se sentant plus calme et détendue. Cette dynamique n'est pas observée dans le groupe Strict, sans doute en raison d'une patiente qui peut encore manifester des préoccupations alors que la thérapeute n'investigue plus ses aspects. Des données ultérieures nous rapportent que le suivi psychothérapeutique de cette patiente (groupe S-EMDR) a été poursuivi en dehors de la recherche, sans recrudescence des symptômes post-traumatiques qu'elle pouvait présenter ici, témoignant du succès de l'intervention avec cet objectif. La structure imposée par la présence stricte du protocole standard n'apparaît plus du tout ici.

SYNTHESE GLOBALE :

En quelques mots, l'application stricte du protocole standard amène bien davantage de structure dans l'interaction entre la patiente et le thérapeute, tant dans les explications détaillées des techniques et approches mobilisées que dans la posture même, très active et explicite dans les intentions et le soutien. En même temps, ce cadre pouvant être de prime abord perçu comme rigide, est nuancé par une attitude empathique, réceptive et impliquée affectivement, ce qui permet à la patiente assurément de se sentir soutenue, aidée et en phase avec sa thérapeute. Cette dynamique change pourtant clairement au fur et à mesure de la prise en charge, où la patiente apparaît plus réservée, et la thérapeute moins réceptive émotionnellement. A l'inverse, dans le groupe Libre, là où initialement la thérapeute pouvait être perçue comme assez formelle et détachée émotionnellement, la patiente peut être en mesure d'être davantage dans une dynamique d'introspection. Cette inversion dans les dynamiques laisse à penser que le temps de la prise en charge joue significativement sur ces aspects. En effet, la structure apparaîtrait essentielle en début de prise en charge dans le but de sécuriser le patient et de clarifier les objectifs et intentions, dans un esprit très collaboratif, mais cette même structure peut apparaître rigide si elle demeure au devant de la scène, particulièrement lorsqu'on atteint la phase pivot de désensibilisation, qui s'est, jusqu'à maintenant, toujours détachée comme un événement dans la thérapie EMDR entraînant des changements de dynamique (en témoignent les fluctuations dans les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique présentées dans la partie précédente). Nuançons toutefois cette observation en rappelant les caractéristiques propres à la fois aux deux patientes et aux deux thérapeutes, rendant nos résultats, sinon intéressants, non généralisables.

4.1.3. ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES SCORES AU PQS DANS LE TEMPS SELON LES GROUPES

NB : Le choix fut fait de comparer l'évolution des scores concernant ce qui appartient respectivement aux phases 3 et 4 du protocole standard, s'agissant des phrases les plus caractéristiques de l'EMDR. La comparaison s'est effectuée avec la Phase 1, d'une part car elle est commune aux deux patientes, d'autre part car elle est globalement similaire à toutes les psychothérapies, s'agissant d'une phase d'anamnèse. Pour rappel, les scores au PQS peuvent aller de -4 (« tout à fait non caractéristique ») à +4 (« tout à fait caractéristique »). Autrement dit, l'évolution maximale d'un score est de 8. On admet un seuil supérieur ou égal à 4 pour considérer un score évolutif. Le [tableau A22](#) présent en annexes récapitule l'évolution des scores selon les groupes entre la phase 1 versus phase 3, et phase 1 versus phase 4. Les intitulés des items du PQS sont repris dans le [tableau A9](#) pour faciliter la lecture des résultats qui suivent. (Voir également le document de cotation du PQS par le psychologue observateur [A9](#) pour les intitulés de chaque item).

4.1.3.1. Analyse Phase 1 versus Phase 3

Pour rappel, la phase 3 est une séance de préparation, très technique. Il est demandé au thérapeute de cibler le souvenir qu'il convient de désensibiliser et d'aider le patient à s'y connecter, en termes : d'image, de cognition négative associée à l'événement, de cognition positive qu'il préférerait penser de lui-même et de sa véracité (VOC), des émotions associées, de la perturbation ressentie maintenant (SUD) et des sensations corporelles.

Concernant le groupe S-EMDR, **5 items** ont une différence de scores d'au moins 4 points entre la phase 1 (P1) et la phase 3 (P3).

De manière très saillante, le patient en phase 3 a tendance à être d'accord avec les remarques du thérapeute. C'est en effet une phase très technique dotée d'un jargon précis où le patient est quelque peu contraint d'épouser l'univers de représentation des thérapeutes [item 42 côté 1 (en P1) et -3(en P3)]. Ce langage du thérapeute apparaît en effet comme diffus, excessivement abstrait, jargonneux ou stéréotypé aux yeux des psychologues observateurs [item 46 : 2(P1) et -2(P3)] ce qui contraste avec l'observation faite en phase 1 où ce même langage était observé comme plus clair, limpide et facilement compréhensible pour le patient. Ainsi, logiquement, la posture du thérapeute est relevée comme étant relativement professorale et didactique [item 37 :

-2(P1) et 2 (P3)]. L'image de soi du patient (perceptions, attitudes...positives comme négatives) est un point central de discussion [item 35 : -1(P1) et 3(P3)], s'agissant de dimensions en effet classiquement investiguées en phase 3, contrairement à la phase 1 qui reste sommaire sur ce point. De la même manière, à ce stade, les mécanismes de défense que le patient peut présenter ne sont plus pointés ici tandis qu'ils pouvaient l'être très nettement durant la phase d'anamnèse [item 36 : 4(P1) et 0(P3)].

Concernant le groupe L-EMDR qui admet plus de souplesse dans la pratique du protocole standard, on observe beaucoup plus de variabilité, avec **16 items** présentant une différence de scores d'au moins 4 points entre la phase 1 et la phase 3. De manière très nettement significative, le thérapeute pouvait chercher activement des informations supplémentaires ou susciter davantage d'élaboration chez son patient en phase d'anamnèse, qui comprend facilement les commentaires de son thérapeute [item 5 : -3(P1) et 1(P3)] tandis que ce dernier abandonne totalement cette posture active en phase 3 [item 31 : 4(P1) et -4(P3)], intervenant peu fréquemment pour structurer l'interaction [item 18 : 0(P1) et -4(P3)] alors même qu'une telle attitude serait logique à une phase aussi technique. Durant l'anamnèse, le thérapeute réalisait des interprétations très générales à propos du patient, sans faire référence à des personnes en particulier [item 40 : -4(P1) et 1(P3)], ce qui disparaît en phase 3. De même, il peut reformuler les idées ou la tonalité affective du patient au début du traitement mais cette attitude ne s'observe plus ensuite durant la phase technique de la phase 3 [item 65 : 2(P1) et -3(P3)], y compris le comportement du patient dans la thérapie [item 82 : 1(P1) et -3(P3)], restant plutôt dans des descriptions plus concrètes, hors émotionnel [item 81 : 1(P1) et -3(P3)]. Sa posture varie grandement, puisqu'il est observé comme étant réceptif et impliqué affectivement en phase d'anamnèse tandis qu'il affiche une posture très formelle et détachée en phase 3 [item 9 : -2(P1) et 4(P3)]. Un tel score à cet item en phase 3 peut aussi s'expliquer par une posture plutôt défensive, caractérisée par un retrait émotionnel de la part du thérapeute, sans doute également en raison de la contrainte (pourtant non obligatoire dans ce groupe) de la technique du protocole. En effet, les thérapeutes ont indiqué « s'obliger » à respecter scrupuleusement chaque étape de la phase 3, alors même qu'ils étaient libres de ne pas le faire. La posture très formelle, voire froide, pourrait en être la résultante. Ce point est confirmé par l'observation d'une abstention du thérapeute à se dévoiler, malgré l'invitation implicite du patient et/ou de la situation thérapeutique elle-même qui inciterait à le faire [item 21 : -4(P1) et 0(P3)]. Cette posture amène les psychologues observateurs à observer un thérapeute ne semblant pas avoir une compréhension très claire des sentiments et de l'expérience du patient en phase 3, alors même

que cette empathie s'observait clairement en phase 1 [item 6 : 2(P1) et -2(P3)]. Cependant, cela n'empêche visiblement pas le patient de laisser ses sentiments s'éprouver durant la phase 3, malgré la posture jugée détachée du thérapeute, sans lutter pour contrôler quoi que ce soit [item 70 : 1(P1) et -3(P3)].

Le contenu de la discussion évolue également selon les deux phases de la thérapie. Les buts du traitement sont au cœur de la discussion en phase 3 mais ont été jugés comme quelque peu manquants en phase 1 [item 4 : -2(P1) et 4(P3)]. Les relations sentimentales sont abordées de manière centrale en phase 3 puisque faisant l'objet du traitement, le patient précisant être désireux d'être proche affectivement de quelqu'un [item 33 : -1(P1) et 3(P3)] alors même qu'elles n'ont pas du tout, ou très peu, fait l'objet de discussions en phase d'anamnèse, ce qui avait d'ailleurs été bien relevé par les psychologues observateurs [item 64 : -3(P1) et 3(P3)], incluant la discussion à propos de la vie sexuelle du patient [item 11 : -4(P1) et 0(P3)]. Il n'y a pas de discussion pour réaliser des actions particulières de la part du patient en dehors de la thérapie [item 38 : 1(P1) et -3(P3)].

En résumé, l'évolution des cotations dans le groupe S-EMDR est très claire, s'axant principalement sur la posture du thérapeute qui devient plus formelle, professorale, technique, voire jargonneuse, avec des thèmes de discussion précis, ce qui n'est pas surprenant au vue de la contrainte d'application stricte du protocole standard, dont la phase 3 est souvent éprouvante par son caractère technique, pour ne pas dire rigide, et jargonneux, particulièrement avec la recherche des Cognitions Négatives et Positives. On observe ce même détachement chez le thérapeute dans le groupe L-EMDR mais sa posture semble plus ambiguë aux yeux des psychologues observateurs : technique et en même temps peu structurée, factuelle et peu émotionnelle, tout en réorientant des thèmes de discussion. Tout se passe comme si le thérapeute était ici en proie à un « conflit intérieur » entre la technique d'une part et une posture qui n'apparaît pas authentique d'autre part. Le retour des thérapeutes du groupe Libre a mis en évidence en effet la volonté de respecter le protocole standard malgré le cadre plus souple de la recherche et malgré le caractère contre-intuitif que cela représentait pour eux.

4.1.3.2. Analyse Phase 1 versus Phase 4

Pour rappel, la phase de désensibilisation est la deuxième grande phase technique de l'EMDR. C'est à cette étape que le patient est invité à se remémorer le souvenir identifié en phase 3 puis

à suivre les stimulations bilatérales alternées que le thérapeute réalise (de type mouvements oculaires ici). Le patient associe librement d'idées en idées, d'émotions en émotions pour explorer le ou les réseaux mnésiques traumatiques reliés au souvenir source identifié en phase 3. Cette phase se termine lorsque le patient atteint un certain stade d'associations avec un contenu neutre ou positif.

Concernant le groupe S-EMDR, **11 items** ont une différence de scores d'au moins 4 points entre la phase 1 (P1) et la phase 4 (P4). La posture du patient change ici : les psychologues observateurs relevaient une approche du travail thérapeutique très collaborative en phase d'anamnèse, sans aucune dimension de compétitivité avec le thérapeute [item 39 : -4(en P1) et 0(en P4)] alors que le patient exerce ensuite un contrôle important, directif sur la séance en phase 4 [item 87 : -4(P1) et 3(P4)]. Cela peut s'expliquer sans doute par le fait que le thérapeute suit le contenu des associations du patient sans interférer. A contrario, la posture du thérapeute apparaît très explicite, loin de la neutralité, prenant position ouvertement dans ses intentions et objectifs [item 93 : 1(P1) et -4(P4)]. Aucun nouvel insight n'est réalisé de la part du patient alors même qu'il est attendu par les psychologues observateurs que cela soit fait [item 32 : 1(P1) et -4(P4)]. Rappelons toutefois qu'il ne s'agit que de la troisième séance du patient, ce qui peut expliquer qu'une nouvelle compréhension est encore prématurée.

Du côté du thérapeute, celui-ci durant la phase 4 reformule, clarifie ou redit régulièrement les idées et affects de son patient tandis que ce point n'apparaissait pas saillant en phase d'anamnèse [item 65 : -1(P1) et 3(P4)], ce qui est ici plutôt étonnant considérant la technique EMDR qui supposerait plus classiquement l'inverse. Pour autant, le thérapeute reste à un niveau très factuel de descriptions sans investiguer le contenu émotionnel [item 81 : 1(P1) et -3(P4)]. Les psychologues observateurs regrettent également l'absence d'attention de la part du thérapeute portée au comportement non verbal en phase 1 [item 2 : -4(P1) et 0(P4)]. En phase 4, à l'inverse, ils pointent la position très attentive du thérapeute à ne pas perturber l'équilibre émotionnel de son patient [item 89 : 0(P1) et 4(P4)]. Si tout thérapeute se doit de veiller à cet équilibre, une cotation si extrême par les psychologues observateurs suggèrent plutôt une défense du thérapeute face aux réactions émotionnelles de son patient. Cette défense relevée chez le thérapeute semble se refléter dans celle du patient, ou répondre en miroir à celle-ci, les psychologues observateurs soulignant plutôt une posture réservée et inhibée chez le patient [item 97 : 1(P1) et -3(P4)].

Enfin, 2 items évoluent de manière semblable qu'en phase 3 : La phase 1 se distinguait par la discussion des mécanismes de défense du patient tandis que cela n'est plus significatif en phase

4 [item 36 : 4(P1) et -1(P4)]. De plus, la même posture très professorale est observée en phase 4 qu'elle apparaissait saillante en phase 3, comparativement à la phase 1 [item 37 : -2(P1) et 3(P4)].

Concernant le groupe L-EMDR, 19 items présentent une différence de scores d'au moins 4 points entre la phase 1 (P1) et la phase 4 (P4).

Le thérapeute, durant la phase 4, ne semble pas dans une posture facilitant le discours du patient, alors même que les marques d'écoute visant à faciliter la parole étaient clairement observées en phase 1 [item 3 : 3(P1) et -2(P4)]. Aux yeux des psychologues observateurs, il semble mal percevoir l'état émotionnel du patient ainsi que la nature de leur travail ensemble [item 28 : 1(P1) et -3(P4)] et ne pas offrir un rôle de soutien très explicite [item 45 : 1(P1) et -4(P4)], sans aucunement expliciter sur quoi repose sa technique et son approche [item 57 : 0(P1) et -4(P4)]. Le patient, de son côté, manifestait particulièrement en phase d'anamnèse une certaine indifférence, sans doute défensive, par rapport à ce qu'il racontait [item 56 : 4(P1) et -1(P4)]. La discussion, contrairement à durant l'anamnèse, se centre sur des thèmes cognitifs et explorent les croyances du patient [item 30 : -2(P1) et 2(P4)], faisant référence explicitement à un thème récurrent dans la vie du patient [item 62 : -3(P1) et 2(P4)]. Le patient, de son côté, réalise de nouvelles prises de conscience, très distinctement comparativement à la 1^{ère} séance [item 32 : -3(P1) et 3 (P4)]. L'absence de compétition entre thérapeute et patient, si elle semblait saillante durant la première séance, n'apparaît plus significative ici [item 39 : -3(P1) et 1(P4)], le thérapeute ne prenant aucunement une posture de supériorité [item 51 : -3(P1) et 1(P4)].

Neuf items suivent la même évolution que ce qui était observé en phase 3 pour ce groupe : le thérapeute apparaît dans cette phase-ci également détaché, formel, lointain, contrairement en phase 1 où il apparaissait impliqué affectivement [item 9 : -2(P1) et 4(P4)]. De même, il n'apparaît pas avoir une compréhension sensible de l'expérience du patient tandis que cette empathie s'observait clairement en phase 1 [item 6 : 2(P1) et -3(P4)]. La discussion à propos de la vie sexuelle du patient, si elle apparaissait manquer durant l'anamnèse, n'est plus saillante ici non plus [item 11 : -4(P1) et 0(P4)], tout comme les relations sentimentales [item 64 : -3(P1) et 1(P4)]. Pourtant, le patient fait bien état vouloir être proche de quelqu'un [item 33 : -2(P1) et 2(P4)]. Aux yeux des psychologues observateurs, le patient semble ne pas toujours comprendre durant la phase 4 les commentaires du thérapeute alors même que la compréhension apparaissait facile en phase 1 [item 5 : -3(P1) et 2(P4)], celui-ci ne s'attachant pas à reformuler et redire les idées de son patient, chose qu'il faisait en phase 1 [item 65 : 2(P1)

et -2(P4)], et particulièrement ses affects [item 81 : 1(P1) et -4(P4)]. Les actions qui pourraient être réalisées par le patient hors thérapie ne sont pas non plus discuter durant cette phase 4, ce qui apparaît, comme pour en phase 3, relativement absent pour les psychologues observateurs [item 38 1(P1) et -3(P4)].

En résumé, dans le groupe Strict-EMDR, le thérapeute apparaît très explicite dans ses intentions et objectifs tout en évoquant peu l'expérience émotionnelle du patient, qui est pourtant au cœur du travail de désensibilisation, restant sur un versant très factuel et cognitif. Cette observation, pouvant s'apparenter à une attitude quelque peu défensive chez le thérapeute, semble s'observer dans le groupe Libre-EMDR également qui n'apparaît pas connecté au monde interne du patient. Tout se passe comme si le processus « se laissait faire » sans qu'il apparaisse du point de vue des psychologues observateurs comme étant toujours très clair, pour le patient comme le thérapeute. Cependant, cette observation est nuancée d'une part par les scores d'alliance thérapeutique, très hauts dans les deux groupes, et d'autre part les débriefings a posteriori des thérapeutes, particulièrement dans le groupe Libre. Dans ce dernier cas, les contraintes de l'étude ont stratégiquement exigé de la thérapeute qu'elle n'investigue pas trop en profondeur la sphère émotionnelle.

4.1.4. ZOOM SUR LES PHASES 3 ET 4 DU PROTOCOLE STANDARD : ANALYSE DESCRIPTIVE DES ITEMS SAILLANTS COMMUNS ET OPPOSES SELON LES GROUPES LIBRE-EMDR VS STRICT-EMDR

Nous étudions ici plus particulièrement ce qui se joue dans les phases 3 et 4 du protocole standard, s'agissant des deux phases caractéristiques de l'EMDR. Pour rappel, les items du PQS dits *saillants* renvoient aux items cotés comme étant caractéristiques (-4, -3, -2, +2, +3 ou +4) par les psychologues observateurs. On appelle *items saillants communs* les items étant caractéristiques dans les deux groupes cotés dans le même sens, c'est-à-dire dans les deux groupes cotés positivement ou dans les deux groupes cotés négativement. On appelle *items saillants opposés* les items étant caractéristiques dans les deux groupes mais cotés dans le sens opposé, c'est-à-dire coté positivement dans un groupe et négativement dans l'autre. Comme pour l'étude de l'évolution des scores dans le temps (voir 4.1.3.), on admet un score seuil de différence entre la cotation du groupe Libre et la cotation du groupe Strict supérieur ou égal à 4. Ainsi, les items strictement inférieurs à 4 seront considérés comme *communs* aux deux groupes. Le delta (Δ) indique l'écart entre le score Strict et le score Libre.

4.1.4.1. Analyse des items saillants communs et opposés en phase 3

Le [tableau n°12](#) récapitule les différentes cotations concernant la phase 3 du protocole standard. Sont présentés [en bleu](#) les items saillants communs et [en rouge](#) les items saillants opposés. Sur les 100 items du PQS, 24 items sont saillants dans les deux groupes. Sur ces 24 items, 11 items sont saillants communs aux deux groupes (en bleu dans le tableau) et 13 items sont saillants opposés (en rouge dans le tableau).

Tableau 12 : Items du PQS saillants communs et opposés en phase 3

N° d'item	Label	Score L-EMDR	Score S-EMDR	Ecart Libre vs Strict (Δ)
4	Les buts du traitement du patient sont discutés.	4	3	1
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute ; empathique.	-2	3	5
9	Le thérapeute est distant, lointain (vs sensible et impliqué affectivement).	4	-3	7
12	Des silences surviennent durant la séance.	-2	-3	1
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	-4	2	6
23	Le dialogue porte sur un thème spécifique.	4	3	1
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	-2	2	4
30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des d'idées ou des systèmes de croyances.	-2	-2	0
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	-4	4	8
37	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique).	-2	2	4
38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	-3	3	6
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien.	-2	4	6
46	Le thérapeute communique avec le patient dans un style clair et cohérent.	3	-2	5
57	Le thérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	3	4	1
62	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient.	-2	2	4
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	-3	2	5
67	Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées refoulés ou inconscients.	-3	-2	1
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion.	2	2	0
80	Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente.	-2	-3	1
81	Le thérapeute insiste sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément.	-3	3	6
87	Le patient exerce un contrôle [sur le déroulement de la séance].	2	-3	5
88	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs.	4	4	0
98	La relation thérapeutique est un thème central de discussion.	-4	-4	0
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.	-3	-4	1

En bleu : items saillants communs aux deux groupes

En rouge : items saillants opposés entre les deux groupes

En phase 3, dans les deux groupes, les buts du traitement du patient sont discutés de manière très nettement significative [item 4, $\Delta=1$]. Le thérapeute explique très précisément sur quoi repose sa technique et les méthodes employées [item 57, $\Delta=1$]. Très peu de silences sont laissés durant cette période [item 12, $\Delta=1$], l'interaction étant maintenue sur un thème très spécifique [item 23, $\Delta=1$], bien que les observateurs précisent qu'il ne s'agit pas d'une discussion sur des thèmes cognitifs (idées ou systèmes de croyance) [item 30, $\Delta=0$]. En effet, la phase 3 est une phase de préparation qui, certes, recherche la Cognition Négative associée à la cible traumatique à traiter mais elle n'explore plus à ce stade le système de croyances du patient, normalement déjà investigué par le thérapeute dans les phases précédentes. C'est majoritairement une discussion centrée sur la situation récente du patient, l'accent étant plutôt mis durant la séance sur des événements de vie actuels ou très récents [item 69, $\Delta=1$]. Pourtant, le thérapeute ne présente pas l'expérience ou l'événement sous une perspective différente [item 80, $\Delta=1$] et se centre sur le contenu exclusivement conscient [item 67, $\Delta=1$]. C'est en effet la position de neutralité typique de la phase 3 qui explore les émotions, images et pensées associées à l'événement sans pour autant intervenir dessus. Le matériel apporté par le patient est jugé très signifiant, en lien avec les problématiques du patient et ses conflits psychologiques [item 88, $\Delta=0$]. Enfin, les psychologues observateurs soulignent très nettement l'absence de discussion autour de la relation thérapeutique [item 98, $\Delta=0$], se centrant exclusivement sur le contenu. Aucun lien n'est établi entre les expériences relationnelles du patient et celles expérimentées entre eux deux durant la thérapie [item 100, $\Delta=1$].

Durant cette même phase 3, on observe toutefois de grandes différences entre les deux groupes. De nombreuses observations ont été faites quant à la posture du thérapeute. Dans le groupe L-EMDR, le thérapeute semble avoir du mal à sentir le monde interne de son patient, tandis que dans le groupe S-EMDR il semble être plus en mesure de faire preuve d'accordage et d'empathie [item 6, $\Delta=5$]. Le premier affiche davantage une posture plus détachée émotionnellement tandis que le deuxième apparaît plus impliqué affectivement [item 9, $\Delta=7$]. Dans le groupe Libre, le thérapeute n'exerce aucun contrôle sur l'interaction et ne structure par l'échange [item 23, $\Delta=6$] : il ne cherche pas activement davantage d'informations ou d'élaboration [item 31, $\Delta=8$], ne discute pas d'activités ou de tâches spécifiques à réaliser en dehors de la séance [item 38, $\Delta=6$], n'identifie pas un thème récurrent dans l'expérience de vie du patient [item 62, $\Delta=4$], ne clarifie pas ni ne reformule ce que dit son patient [item 65, $\Delta=5$] et ne met pas l'accent sur les sentiments et affects du patient [item 81, $\Delta=6$]. L'exact inverse est observé dans le groupe Strict-EMDR quant aux différents comportements et postures du

thérapeute. Dans le groupe L-EMDR, c'est davantage le patient qui mène la danse tandis que dans le groupe S-EMDR, le tandem est vu de manière plus collaborative, sans influence directive du patient sur le contenu de la séance [item 87, $\Delta=5$]. En somme, le processus thérapeutique apparaît plus clairement perçu par le thérapeute du groupe S-EMDR [item 28, $\Delta=4$]. Ce dernier adopte plus clairement une attitude de soutien explicitement exprimé au patient [item 45, $\Delta=6$], pouvant se comporter de manière plus professorale et didactique [item 37, $\Delta=4$], comparativement au groupe L-EMDR où le thérapeute peut communiquer sans être dans ce type d'interaction structurée. Il apparaît ainsi plus clair dans son propos, pouvant communiquer dans un style cohérent et sans ambiguïté, tandis que le thérapeute S-EMDR manifeste parfois un langage plus abstrait ou jargonneux, typique de cette phase très technique de l'EMDR [item 46, $\Delta=5$].

En résumé, les thérapeutes du groupe Strict-EMDR et Libre-EMDR se centrent majoritairement en phase 3 sur des thèmes conscients et actuels de la vie du patient, en explicitant leurs méthodes très clairement. La posture du thérapeute S-EMDR apparaît beaucoup plus claire et active dans le processus, offrant davantage de structure et d'interventions, ce qui est cohérent avec ce que demande le protocole standard. Cette posture apparaît également plus sensible au monde interne et émotionnel du patient, comparativement au thérapeute L-EMDR. La relation thérapeutique n'apparaît pas être l'objet d'un travail dans aucun des deux groupes.

4.1.4.2. Analyse des items saillants communs et opposés en phase 4

Le [tableau n°13](#) récapitule les différentes cotations concernant la phase 4 du protocole standard. Sont présentés **en bleu** les items saillants communs et **en rouge** les items saillants opposés. Sur les 100 items du PQS, 33 items sont saillants dans les deux groupes. Sur ces 33 items, 18 items sont saillants communs aux deux groupes (en bleu dans le tableau) et 15 items sont saillants opposés (en rouge dans le tableau).

N° d'item	Label	Score L-EMDR	Score S-EMDR	Écart Libre vs Strict (Δ)
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient.	-2	4	6
4	Les buts du traitement du patient sont discutés.	-2	2	4
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute ; empathique.	-3	2	5
7	Le patient est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).	2	2	0
9	Le thérapeute est distant, lointain (vs sensible et impliqué affectivement).	4	-3	7
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	-3	2	5
18	Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement. (NB : le placement vers non caractéristique indique une désapprobation, un manque d'acceptation)	3	2	1
20	Le patient est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique. (NB : un placement vers une extrémité non caractéristique implique que le patient se comporte de manière docile)	-2	-3	1
23	Le dialogue porte sur un thème spécifique.	4	3	1
26	Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).	2	2	0
30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des d'idées ou des systèmes de croyances.	2	-3	5
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	3	4	1
32	Le patient réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.	3	-4	7
33	Le patient parle de sentiments concernant le fait d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	2	-2	4
35	L'image de soi est un point central de discussion.	-2	-2	0
37	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique).	-3	3	6
38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	-3	4	7
42	Le patient rejette (vs accepte) les commentaires et les observations du thérapeute.	-2	-2	0
44	Le patient se sent sur ses gardes ou soupçonneux (vs confiant et en sécurité).	-4	-4	0
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien.	-4	3	7
49	Le patient éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute.	-2	-3	1
57	Le thérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	-4	4	8
58	Le patient résiste à l'examen des pensées, réactions ou motivations associées à ses problèmes.	-2	-2	0
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	-2	3	5
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion.	2	2	0
70	Le patient lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions.	-2	-2	0
73	Le patient est engagé dans le travail de la thérapie.	3	2	1
81	Le thérapeute insiste sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément.	-4	-3	1
88	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs.	3	3	0
93	Le thérapeute est neutre.	4	-4	8
96	Il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires.	2	2	0
97	Le patient est dans l'introspection, explore aisément des pensées et des sentiments internes.	2	-3	5
98	La relation thérapeutique est un thème central de discussion.	-3	-2	1

Tableau 13 : Items du PQS saillants communs et opposés en phase 4

En bleu : items saillants communs aux deux groupes

En rouge : items saillants opposés entre les deux groupes

En phase 4, dans les deux groupes, les thérapeutes font preuve d'une acceptation inconditionnelle de leur patient respectif [item 18, $\Delta=1$], sans pour autant mettre l'accent sur les affects que vit le patient [item 81, $\Delta=1$] alors même qu'en phase 4 le matériel émotionnel est en général important. Les thérapeutes sont plus actifs, demandent explicitement plus d'informations ou d'élaboration [item 31, $\Delta=1$].

Dans les deux groupes, le patient manifeste une tension, apparaissant relativement anxieux et préoccupé [item 7, $\Delta=0$], exprimant des affects pénibles tels que la honte, la culpabilité, la peur ou la tristesse [item 26, $\Delta=0$] ce qui n'est pas étonnant durant la phase de désensibilisation où le patient explore le cœur de la cible traumatique. Il apparaît engagé et volontaire dans son travail thérapeutique [item 73, $\Delta=1$], activement pensif et pouvant poursuivre les associations même douloureuses [item 58, $\Delta=0$] sans retenue ni volonté d'atténuer l'expression de ses sentiments [item 70, $\Delta=0$]. Les psychologues observateurs observent que le patient, dans les 2 groupes, a tendance à être dans une posture de « bon patient » [item 20, $\Delta=1$], totalement en confiance et dépourvu de soupçons [item 44, $\Delta=0$] en ayant tendance à être d'accord avec les remarques du thérapeute [item 42, $\Delta=0$] et sans éprouver d'ambivalence à l'égard du thérapeute [item 49, $\Delta=1$].

Dans les deux groupes, le dialogue porte sur un thème spécifique [item 23, $\Delta=1$], s'agissant en effet du contenu associé à la cible traumatique : davantage la situation récente ou actuelle du patient [item 69, $\Delta=0$] plutôt que l'image de soi [item 35, $\Delta=0$]. La relation thérapeutique ne fait pas non plus l'objet de discussion durant cette phase [item 98, $\Delta=1$], mais les éléments logistiques (horaires, honoraires...) sont abordés [item 96, $\Delta=0$]. Le matériel abordé par le patient est jugé significatif par les psychologues observateurs [item 88, $\Delta=0$].

Durant cette phase 4, on observe ici aussi de nombreuses différences entre les deux groupes. Comme observé durant la phase 3, l'interaction entre le thérapeute et le patient du groupe Strict-EMDR apparaît beaucoup plus structurée [item 17, $\Delta=5$] avec un thérapeute dans une posture plus professorale et didactique [item 37, $\Delta=6$] et explicitement soutenante [item 45, $\Delta=7$]. Il apparaît très actif dans l'interaction, en clarifiant et reformulant ce que son patient dit [item 65, $\Delta=5$], expliquant très significativement sur quoi repose sa technique [item 57, $\Delta=8$] et discute des tâches à réaliser en dehors de la séance [item 38, $\Delta=7$] et des buts du traitement [item 4, $\Delta=4$]. C'est très exactement l'inverse qui est observé chez le thérapeute L-EMDR qui se positionne dans une neutralité absolue [item 93, $\Delta=8$] tandis que le thérapeute S-EMDR explicite très clairement ses positions voire opinions et intervient très fréquemment pour faciliter la parole de son patient [item 3, $\Delta=6$]. Ici aussi, le thérapeute L-EMDR apparaît moins

sensible au monde interne de son patient [item 6, $\Delta=5$] et plus distant et détaché émotionnellement [item 9, $\Delta=7$] alors que le thérapeute S-EMDR apparaît plus réceptif émotionnellement. Pourtant, paradoxalement, c'est dans le groupe L-EMDR que les psychologues observateurs relatent que le patient peut réaliser une nouvelle compréhension ou prise de conscience [item 32, $\Delta=7$] tandis qu'aucun insight n'est constaté dans le groupe S-EMDR, alors même que cela est attendu et plutôt habituel à ce stade du traitement. Dans le groupe Libre, le patient apparaît davantage dans l'introspection, explorant aisément ses pensées [item 97, $\Delta=5$], en évoquant la volonté de vouloir être proche de quelqu'un [item 33, $\Delta=4$], les relations interpersonnelles faisant l'objet du travail pourtant dans les deux groupes. Enfin, la discussion dans le groupe Libre se centre sur des thèmes cognitifs et explore les modèles de croyance du patient tandis que ce point est relaté comme manquant dans le groupe Strict par les psychologues observateurs [item 30, $\Delta=5$].

En résumé, dans les deux groupes, les thérapeutes apparaissent dans l'acceptation inconditionnelle de leur patient et plus actifs dans leurs interventions. Les patients des deux groupes éprouvent des affects négatifs, bien que peu relancés par les thérapeutes, ce qui est typique de la phase 4. Ils apparaissent tous deux dans une posture de « bon patient », à suivre leur thérapeute sans aucun doute. Cette confiance absolue est interrogée par les psychologues observateurs quant aux problématiques d'attachement des patients. Durant cette phase aussi, le thérapeute Strict apparaît plus structurant, soutenant et émotionnellement impliqué que le thérapeute Libre alors dans une neutralité absolue. Cependant, c'est dans le groupe Libre que le patient semble réaliser davantage d'insights et être plus dans l'introspection. La variabilité des résultats doit s'envisager au regard des situations cliniques des patients plutôt qu'aux styles respectifs des thérapeutes.

4.1.5. ZOOM SUR LES PHASES 3 ET 4 DU PROTOCOLE STANDARD : ANALYSE DES DISCORDANCES ENTRE PSYCHOLOGUES OBSERVATEURS

La partie précédente (4.1.4.) a exposé les items du PQS saillants communs aux deux groupes et ceux présentant des différences inter-groupes de cotation. Parmi ces derniers, on retient 13 items saillants cotés de manière opposée en phase 3 et 15 items saillants cotés de manière opposée en phase 4. Ces analyses ont été réalisées en considérant le consensus obtenu entre les psychologues observateurs mais bon nombre d'items ont pourtant suscité de nombreux débats au moment de croiser les cotations individuelles en vue d'obtenir une cotation collective. Nous allons étudier dans cette partie le degré de discordance entre les psychologues observateurs, appuyé par les données enregistrées issues des échanges pendant le temps de cotation collective pour les items ayant généré de la discussion. La discordance est obtenue par le calcul en valeur absolue des différences entre les scores des trois psychologues observateurs de chaque groupe. Par exemple, pour l'item n°6 dans le groupe L-EMDR en phase 3, les cotations individuelles sont respectivement de -2, 2 et -3. On considère alors les écarts suivants : $[-2 ; 2] + [2 ; -3] + [-2 ; 3] = 10$ (en valeur absolue).

A titre informatif, le degré de discordance pour les 100 items pour les phases 3 et 4 des deux groupes est donné en annexes (voir [tableau A23](#)).

4.1.5.1. Analyse des discordances en phase 3

Le [tableau 14](#) ci-dessous présente le degré de discordance entre les psychologues observateurs pour les 13 items retenus en phase 3 cotés de manière opposée entre le groupe Libre-EMDR et Strict-EMDR.

Tableau 14 : Degré de discordance entre les psychologues observateurs pour les items cotés saillants opposés pour la phase 3 du protocole standard

N° d'item	Label	Discordance ¹ L-EMDR (Δ)	Discordance ¹ S-EMDR (Δ)
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute ; empathique.	10	4
9	Le thérapeute est distant, lointain (vs sensible et impliqué affectivement).	10	2
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	10	2
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	8	2
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	14	4
37	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique).	6	6
38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	6	2
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien.	10	8
46	Le thérapeute communique avec le patient dans un style clair et cohérent.	14	10
62	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient.	6	2
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	12	4
81	Le thérapeute insiste sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément.	2	12
87	Le patient exerce un contrôle [sur le déroulement de la séance].	10	4

¹ La discordance est obtenue par le calcul en valeur absolue des différences entre les scores des trois psychologues observateurs de chaque groupe.

Sans grande surprise, on constate que c'est dans le groupe Libre-EMDR qu'il y a le plus de discordance entre les psychologues observateurs. Rares ont été les moments aux avis complètement différents, il s'agissait plutôt d'un « degré de tolérance » quant à certains comportements et attitudes du patient et du thérapeute. La plupart des discussions concerne la posture de la thérapeute jugée très défensive par les psychologues observateurs et peu impliquée émotionnellement.

- « *Le début de séance a été extrêmement maladroit, très insécurisant pour la patiente, et ensuite elle [la patiente] raconte une série d'atrocités et la thérapeute fait des remarques très factuelles (...) seulement après elle va vers comment la patiente l'a vécu. Elle ne donne rien d'elle, ne lui dit pas combien c'est terrible ce que la dame a vécu* » [L-EMDR, item 9, Δ=10].
- « *J'ai été frappé par la même chose, par cette distance. Mais quand je regarde globalement l'entretien, je ne peux pas non plus dire qu'elle [la thérapeute] est froide, formelle et détachée. Je trouve qu'elle n'est pas assez impliquée, pas assez engagée. Il*

aurait fallu s'arrêter, ralentir. Encore que... la patiente continue, elle ne s'effondre pas. Mais on attend effectivement un peu plus de remarques sur ce qu'elle [la patiente] ressent maintenant, est-ce que c'est encore vivant en elle. Mais je pense que la psychologue est défensive, qu'elle est envahie par quelque chose là maintenant. Mais je ne peux pas non plus dire distante et lointaine. Elle n'est pas froide » [L-EMDR, item 9, $\Delta=10$].

Le degré de désaccord consistait en l'interprétation de ce retrait émotionnel et en son intensité.

- *« Elle est là pour sa patiente, elle l'écoute, mais pas affectivement » [L-EMDR, item 9, $\Delta=10$].*
- *« De manière très maladroite elle le fait [être là émotionnellement], il y a des petites remarques qui m'empêchent de le coter plus fort » [L-EMDR, item 9, $\Delta=10$].*
- *« Pour moi, cela manque de cadre et de structure même de l'entretien. Il n'y a pas de soutien au niveau de l'investigation émotionnelle ni dans la posture parce qu'elle ne regarde pas beaucoup la patiente, elle est beaucoup dans ses notes. L'effet que ça a sur la patiente c'est autre chose, mais si j'évalue juste la thérapeute, ce n'est pas une posture très contenant » [L-EMDR, item 45, $\Delta=10$]*
- *« Je ne peux pas dire qu'elle est non soutenante, mais je comprends ce que dit ma collègue, on peut rejoindre cette cotation » [L-EMDR, item 45, $\Delta=10$].*

Le consensus débouche dans le fait que *« Si on ne remarque pas ça, il n'y a rien qui va être saillant. C'est vraiment ça qui m'a marqué » [L-EMDR, item 9, $\Delta=10$].*

Le choix de certaines stratégies thérapeutiques, très floues aux yeux des psychologues observateurs ainsi que le manque de cadre et de structure a suscité également de nombreuses discussions :

- *« Moi ce qui m'a marqué dans la posture de la patiente c'est qu'elle coupe beaucoup la parole à la thérapeute quand elle essaye d'intervenir. Et je me suis dit qu'il n'y avait pas trop de cadres, la thérapeute se laisse embarquer. Peut-être que ça avait un intérêt clinique de laisser dérouler comme ça, mais j'ai trouvé quand même qu'il y avait peu de cadres et de structures, que la thérapeute se faisait un peu marcher dessus » [L-EMDR, item 17, $\Delta=10$]*
- *« Il y a des choses qu'elle [la thérapeute] ne perçoit pas. Je ne suis pas sûr qu'elle ait perçu l'état émotionnel et ce qui se cache chez la patiente. Il y a une problématique d'attachement plus importante que le trauma là qui doit être traitée. Mais peut-être est-ce la contrainte de la recherche qui l'oblige à faire ce choix » [L-EMDR, item 28, $\Delta=8$].*
- *« Elle ne souligne rien dans la discussion avec la patiente, elle ne reformule pas quelque chose et n'invite pas la patiente à s'interroger sur ce qui se répète. Elle se centre sur la culpabilité, elle écoute le reste, n'empêche pas qu'elle s'exprime mais ne reformule pas le reste. On est quand même à la troisième séance. C'est ce que le protocole demande de faire ? » [L-EMDR, item 62, $\Delta=6$].*

- « *La thérapeute n'incite pas à aller chercher des thèmes ou des choses répétitives. Ce qui me bloque c'est que je suis toujours dans l'attente que quelque chose se passe. On dirait une thérapie parallèle avec des objectifs définis, comme s'il fallait ignorer tout le reste. Et ça, ça me gêne. Effectivement, il faut marquer une cotation plus forte* » [L-EMDR, item 62, $\Delta=6$].
- « *Je ne comprends, je ne sais pas où elle [la thérapeute] va, quelle est sa stratégie* » [L-EMDR, item 46, $\Delta=14$]. Toutefois, cette remarque est relativisée par « *Oui mais la structure de son langage n'est pas diffuse ou confusionnante. Le peu qu'elle [la thérapeute] dit est clair* » [L-EMDR, item 46, $\Delta=14$].

Les psychologues observateurs s'interrogent sur le manque de lien avec la vie quotidienne de la patiente.

- « *La thérapeute n'apporte pas d'infos dans la séance mais aussi pour entre les séances. Je ne sais pas si c'est normal de faire ça, je me réfère à ma pratique clinique en disant ça* » [L-EMDR, item 38, $\Delta=6$].
- « *Elle n'essaie pas de faire émerger quelque chose de positif à la fin de la séance, même si la patiente n'a pas l'air perturbée. Elle n'essaye pas de la projeter dans quelque chose qui pourrait la stabiliser. Pour moi c'est manquant* » [L-EMDR, item 38, $\Delta=6$].
- « *Pour moi, il n'y a pas d'évaluation dans le quotidien, où elle [la patiente] en est aujourd'hui avec ça, est-ce qu'elle dort mal, etc. Je l'ai neutralisé parce que ce n'est pas abordé, mais ça me manque effectivement* » [L-EMDR, item 38, $\Delta=6$].
- « *Elles se laissent porter toutes les deux* » [L-EMDR, item 31, $\Delta=14$].

Enfin, certaines remarques sont à propos de la posture de la patiente qui semble « travailler toute seule » :

- « *Elle [la patiente] n'est pas dans une influence restrictive et directive. C'est la psychologue qui n'est pas directive, donc la patiente déroule toute seule. Mais elle n'empêche pas la psychologue de faire son travail* » [L-EMDR, item 87, $\Delta=10$].
- « *J'ai relativisé mon propos parce que la patiente ne perd pas le fil de ses pensées. Tout est structuré. Elle travaille toute seule. La thérapeute n'a pas besoin de l'aider à suivre ses pensées, c'est pour ça que j'ai neutralisé la cotation* » [L-EMDR, item 17, $\Delta=10$].
- « *Il n'y a pas d'espace ni de partage, il n'y a pas de rencontre* » [L-EMDR, item 62, $\Delta=6$].

En résumé, pour cette phase 3 dans le groupe Libre-EMDR, les psychologues observateurs sont très interpellés par le manque de structure de l'interaction et le retrait émotionnel que manifeste clairement la thérapeute. Les réflexions sont ensuite enclenchées quant à la situation clinique de la patiente, très « bonne élève » et qui semble travailler toute seule, cause ou conséquence du retrait émotionnel de la thérapeute. Rappelons que le cadre de la recherche a obligé la thérapeute, stratégiquement, à ne se concentrer que sur le vécu récent de la patiente, ce qui peut expliquer aussi pour une part ces résultats. Ce groupe admettant plus de libertés avec le protocole standard, il n'est pas étonnant de constater qu'il fait aussi l'objet de plus de discussions au sein des psychologues observateurs mais qui demeurent davantage liées à la situation clinique de la patiente qu'à la place du protocole standard.

Du côté du groupe Strict-EMDR, on observe globalement des degrés de discordance moins importants entre les psychologues observateurs. Ici aussi, rares sont les items où les avis étaient totalement opposés, il s'agissait plutôt de discussions sur l'intensité ou la compréhension même de l'item, et les nuances qu'il peut apporter. La notion même de soutien et d'empathie pouvait être comprise de différentes manières :

- « *Elle prend des nouvelles, donne des conseils, témoigne de ce qu'elle a pu faire elle aussi en tant que Maman... Elle encourage, ça revient tout le long, c'est pour ça que je cote fort* » [S-EMDR, item 6, $\Delta=4$].
- « *Oui, je suis entièrement d'accord avec ça, mais pour moi ce n'est pas ça que je comprends par le fait d'être sensible aux sentiments du patient, à son monde privé, à son intériorité. C'est mettre des mots ou être en miroir verbalement ou non verbalement. C'est comprendre ça, alors que les exemples que tu donnes c'est être soutenant et valorisant, vouloir que le patient se sente bien, mais ce n'est pas faire allusion à l'intériorité* » [S-EMDR, item 6, $\Delta=4$].
- « *Ce qui m'a mis en difficulté dans la cotation, c'est que d'un côté elle [la thérapeute] est très directive : dès que l'info qu'elle veut elle l'a, elle n'approfondit pas. Mais de l'autre côté, dans le non-verbal, dans la prosodie, elle ne me semble pas professorale ni dans une position supérieure, c'est pour ça que je voulais neutraliser* » [S-EMDR, item 37, $\Delta=6$].
- « *La thérapeute est très positive en réponse à tout ce qui peut être dit mais pour moi, j'aurais attendu un soutien plus argumenté, plus développé. Là c'est une attitude très positive mais elle ne s'appuie pas sur les ressources ou les réalisations passées de la patiente pour lui démontrer qu'elle peut y arriver* » [S-EMDR, item 45, $\Delta=8$]. Ce à quoi il fut répondu : « *Si, elle le fait en début de séance quand elle valorise ce que la patiente a fait* » [S-EMDR, item 45, $\Delta=8$]. Cela a permis d'aboutir à un consensus : « *Oui mais ce sont les ressources apportées par la thérapeute. Moi je pensais qu'on regardait quelque chose qui est propre à la patiente. (...) Mais c'est vrai qu'on regarde les* »

comportements manifestes de soutien. Et dans ce cas le fait de donner des exercices effectivement dans ce cas elle est dans ce type de soutien » [S-EMDR, item 45, $\Delta=8$].

La structure de l'interaction fut également discutée, avec une thérapeute ayant tendance à demander beaucoup d'informations ou d'élaboration :

- *« C'était présent pour moi de manière centrale parce qu'il fallait avoir le plan de ciblage, faire les cognitions, aider à extérioriser les émotions. C'est pour ça que c'était au cœur pour moi » [S-EMDR, item 31, $\Delta=4$].*
- *« Pour moi c'était présent mais en même temps la thérapeute n'a pas beaucoup besoin d'intervenir. La patiente donne assez facilement ce qu'on attend d'elle une fois qu'elle a compris et que la thérapeute oriente vers une thématique » [S-EMDR, item 31, $\Delta=4$].*
- *« J'ai mis ça parce qu'au moment du plan de ciblage, des cognitions, elle [la thérapeute] est là-dedans [la reformulation]. Elle reformule beaucoup » [S-EMDR, item 65, $\Delta=4$].*
- *« J'ai été embêté avec cette cotation. Elle a demandé à la patiente de donner une phrase commençant par Je. Alors ça va plus vite mais de l'autre côté ça coupe court à toute la reformulation du travail autour des cognitions négatives. Donc je veux pas laisser neutre, elle a court-circuité pour gagner du temps » [S-EMDR, item 65, $\Delta=4$].*

Le protocole EMDR était mentionné ici, au travers du langage abstrait et des objectifs :

- *« J'ai trouvé à plusieurs moments qu'il y a des mots de jargon, je me le suis noté plein de fois. Quelqu'un de non thérapeute EMDR ne peut pas comprendre. Rien que 'On va aller chercher nos cibles de travail'. Et la patiente ne comprend pas. Je n'ai pas eu le sentiment qu'il y avait toujours une simplification du langage » [S-EMDR, item 46, $\Delta=10$].*
- *« C'est vrai, d'ailleurs elle prend la liste des cognitions négatives et positives » [S-EMDR, item 46, $\Delta=10$].*
- *Encore une fois, c'est le contexte du protocole qui fait qu'à ce moment là elle [la thérapeute] se centre sur les émotions » [S-EMDR, item 81, $\Delta=12$]. Cette observation fut toutefois quelque peu nuancée : « Oui, mais en même temps elle ne met pas non plus des mots sur des émotions suggérées par la patiente. Donc je relativiserai ce que je dis » [S-EMDR, item 81, $\Delta=12$].*

Enfin, c'est la posture de la patiente qui fut discutée :

- *« Je la trouve un peu docile, un peu compliant, peut-être fatiguée, peut-être c'est sa personnalité, je ne peux pas spéculer sur pourquoi, mais je trouve que globalement elle va peu contredire. Une fois seulement elle revient sur une question précédente. Globalement elle est très collaborative, presque trop. Elle donne les réponses attendues pour que l'exercice puisse se faire » [S-EMDR, item 87, $\Delta=4$].*

En résumé, du côté du groupe Strict-EMDR concernant la phase 3, les psychologues observent une posture plutôt directive de la part de la thérapeute, à reformuler et à solliciter de l'information, très centrée sur la technique, face à une patiente plutôt « bonne élève ». Ces observations quant à la posture de la thérapeute vont dans le sens de ce que la contrainte de l'application stricte du protocole peut solliciter.

4.1.5.2. *Analyse des discordances en phase 4*

Le [tableau 15](#) ci-dessous présente le degré de discordance entre les psychologues observateurs pour les 15 items retenus en phase 4 côtés de manière opposée entre le groupe Libre-EMDR et Strict-EMDR.

Tableau 15 : Degré de discordance entre les psychologues observateurs pour les items cotés saillants opposés pour la phase 4 du protocole standard

N° d'item	Label	Discordance ¹ L-EMDR (Δ)	Discordance ¹ S-EMDR (Δ)
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient.	12	2
4	Les buts du traitement du patient sont discutés.	10	2
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute ; empathique.	12	2
9	Le thérapeute est distant, lointain (vs sensible et impliqué affectivement).	4	6
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	12	10
30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des d'idées ou des systèmes de croyances.	10	0
32	Le patient réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.	10	14
33	Le patient parle de sentiments concernant le fait d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	4	8
37	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique).	8	4
38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	8	6
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien.	12	4
57	Le thérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	8	2
65	Le thérapeute clarifie, reedit ou reformule ce que dit le patient.	8	4
93	Le thérapeute est neutre.	10	6
97	Le patient est dans l'introspection, explore aisément des pensées et des sentiments internes.	6	6

¹ La discordance est obtenue par le calcul en valeur absolue des différences entre les scores des trois psychologues observateurs de chaque groupe.

Pour cette phase-ci, c'est également dans le groupe Libre-EMDR qu'il y a le plus de discordance. Cependant, à nouveau, les discussions font état plutôt d'un degré différent de compréhension ou de sensibilité à certains aspects, sans que les avis divergent.

Le retrait émotionnel de la thérapeute, alors dans une posture de grande neutralité, est à nouveau soulignée. Les psychologues observateurs s'interrogent sur la stratégie thérapeutique, qui répond sans doute en miroir à l'attitude de la patiente :

- « *Je n'ai pas compris ce qu'il s'est passé dans la séance, à quoi servait l'EMDR ici. Il n'y a pas de psychoéducation. On n'explique pas à la patiente ce qui se passe pour elle, qu'elle puisse s'identifier à un référentiel. La patiente n'est pas impliquée, même intellectuellement, juste de comprendre ce qu'elle est en train de faire. Pour moi la psychoéducation est indispensable, pour les inclure dans cette dualité, c'est un travail qui se fait ensemble, et la patiente doit mettre du sens sur ce qu'elle va vivre* » [L-EMDR, item 4, $\Delta=10$].
- « *Il n'y a pas d'implication c'est vrai, elle n'est jamais vraiment rejointe par la psychologue. Mais il y a quelques explications quand même* » [L-EMDR, item 4, $\Delta=10$].
- « *La patiente se sur-adapte à sa psychologue et elle a appris à faire ça il y a fort longtemps, on le retrouve dans son histoire. On le perçoit de l'extérieur, en séance je ne l'aurais peut-être pas vu. Mais ça mériterait d'être travaillé. Je pense que cette femme sait traverser ça parce qu'elle a l'habitude, d'autant que la psychologue n'est pas du tout agressive, elle n'implique juste pas sa patiente. Donc elle y va, traverse le truc, et à la fin OK j'ai fait le truc, je vais bien. Mais elle ne va pas mieux qu'avant à mon avis* » [L-EMDR, item 4, $\Delta=10$].
- « *Pour moi fallait le marquer de manière extrême car je me souviens avoir été marquée par la posture de la thérapeute qui demande de raconter à nouveau le récit que la patiente a déjà raconté, je n'ai pas compris. Elle reprend des notes et la laisse dérouler sans intervenir. C'est vrai que je ne pratique pas l'EMDR comme ça. Je ne comprends pas que ça ait eu un effet thérapeutique. Pour moi c'est tout sauf de l'EMDR qu'on voit là* » [L-EMDR, item 3, $\Delta=12$].

Le cadre thérapeutique posé apparaît aux yeux des psychologues observateurs en décalage avec ce qu'ils auraient fait, à la fois dans une grande structure mais peu flexible :

- « *Ma cotation est trop forte mais en début de séance la thérapeute est active. Elle pose beaucoup de questions, s'intéresse à la semaine et à la fin de la dernière séance* » [L-EMDR, item 17, $\Delta=12$].
- « *Il y a une structure globale très figée, mais il n'y a pas d'attitude structurante du thérapeute. Il y a un grand contrôle du cadre de la séance, presque rigide, mais l'attitude n'est pas structurante selon moi, donc c'est compliqué de coter. C'est trop neutre. D'une certaine manière, elle met des œillères en ne relevant que certaines choses, ce qui est une forme de contrôle de la discussion. Mais peut-être est-ce que cela fait partie d'une stratégie plus globale* » [L-EMDR, item 17, $\Delta=12$].

- « *J'aurais presque préféré qu'elle [la thérapeute] adopte un rôle professoral, en expliquant comment elle va faire. On ne peut pas dire qu'elle prend une posture haute, mais là où ce serait intéressant de le faire dans le lien que tu vas créer avec ton patient, de lui montrer que toi tu y crois, elle est juste dans l'application technique. Elle n'est pas du tout supérieure, mais j'aurais limite préféré* » [L-EMDR, item 37, $\Delta=8$].

La réflexion s'amorce alors sur l'attitude la patiente :

- « *Elle [la patiente] n'est que sur une description factuelle. Ce n'est pas de l'introspection. Elle ne parle pas de ses émotions, ni de ce qu'elle pensait d'elle-même à ce moment-là. Elle décrit la scène, mais en même temps elle se conforme à la consigne* » [L-EMDR, item 97, $\Delta=6$].
- « *Elle fait quand même quelques commentaires. Les descriptions ne sont plus les mêmes au fur et à mesure de la séance. Et ça a sans doute son importance puisqu'à la fin elle se dit soulagée, même si ce n'est pas la haute introspection* » [L-EMDR, item 97, $\Delta=6$].
- « *La patiente dit aller mieux mais elle ne va pas si mal que ça cette femme. Le niveau de perturbation initial n'est pas relevé. Elle a dû se sentir écoutée, quoi qu'on en dise nous, elle a redit ce moment difficile mais à la fin elle se sent bien, mais elle ne va pas si mal que ça. Mais je crois qu'elle a besoin qu'on appuie sur toutes ses stratégies de faire face, elle n'arrête pas de clamer qu'elle a géré toute seule mais ce n'est jamais repris. Elle le dit depuis la première séance. Je pense qu'elle a plus besoin de ça, dans quelque chose de positif et le travail de ressources* » [L-EMDR, item 3, $\Delta=12$].

En résumé, dans le groupe Libre-EMDR, les psychologues observateurs s'interrogent sur la dynamique entre la patiente et sa thérapeute, jugée en miroir l'une de l'autre. La thérapeute structure le cadre thérapeutique mais tout en affichant une posture de neutralité, ce qui confusonne les psychologues observateurs, ayant des difficultés à déduire la stratégie thérapeutique. Celle-ci nous est renseignée par la psychologue elle-même qui allie l'application de l'EMDR dans un cadre de discussion plus large de l'événement traité, plutôt à la manière d'un débriefing psychologique croisé avec des SBA, ce qui semble d'ailleurs convenir à la patiente. A nouveau, tout se passe comme si « tout travaillait tout seul », avec une patiente qui dit aller mieux sans que les psychologues observateurs n'arrivent à comprendre l'engagement dans la thérapie.

Dans le groupe Strict-EMDR, les discussions furent moins importantes. La majorité des interactions entre les psychologues observateurs concernaient la posture très active de la thérapeute :

- « *Moi j'ai coté dans l'autre sens car la thérapeute est tellement active, elle n'interrompt pas la patiente mais ça empêche de creuser. Elle ne laisse pas le blanc qui aurait permis*

à la patiente d'investiguer quelque chose. Donc en fait je suis d'accord, mais c'est justement parce qu'elle en fait presque trop. C'est trop actif, et ce n'est pas toujours nécessaire. Elle ne laisse pas toujours la place pour que la patiente puisse creuser » [S-EMDR, item 17, $\Delta=10$].

- *« Elle suit sa feuille de travail, sur le processus elle [la thérapeute] est très active, mais pas sur le contenu » [S-EMDR, item 17, $\Delta=10$].*
- *« La thérapeute se cale beaucoup sur la patiente, je pense qu'elle se laisse un peu emporter par la patiente. Ça va trop vite, il aurait fallu ralentir » [S-EMDR, item 17, $\Delta=10$].*

La posture de la thérapeute est également très didactique, très éducative, ce qui a permis une discussion à propos du style de soutien qu'elle peut offrir à sa patiente :

- *« J'ai mis neutre d'abord parce que ça ne m'a pas semblé saillant. Elle n'est pas comme un professeur envers un étudiant. Même si elle explique beaucoup » [S-EMDR, item 37, $\Delta=4$].*
- *« Oui mais elle sort ses supports, c'est des supports pédagogiques. Elle dit qu'elle va envoyer des fichiers MP3, c'est pour ça que j'ai coté fort » [S-EMDR, item 37, $\Delta=4$].*
- *« C'est ça, c'est un peu directif, même si c'est pas tout à fait professoral mais plus comme un tuteur, une marraine, un coach. A dire régulièrement quoi faire, à donner beaucoup de conseils, beaucoup de psychoéducation. Elle n'explore pas forcément les idées et le matériel. C'est très éducatif, didactique » [S-EMDR, item 37, $\Delta=4$].*
- *« Moi j'ai l'impression qu'elle n'est implicitement pas du tout neutre. Le ton de ses marques d'écoute valide fortement certaines positions. Ce n'est pas neutre » [S-EMDR, item 93, $\Delta=6$].*

Enfin, la discussion a concerné le travail de retraitement en EMDR et la manière dont la patiente parvient à rentrer dans un processus d'introspection :

- *« On est en phase 4 et il n'y a pas eu d'insight. Il y a juste moins de perturbation. Et ça m'étonne qu'aucun lien ne soit fait, aucune modification spontanée des cognitions, rien... » [S-EMDR, item 32, $\Delta=14$].*
- *« Mais la patiente verbalise à un moment donné qu'elle a la sensation d'avoir pris de la distance, que ça l'active moins, que c'est moins compliqué. Donc je m'attendais à le voir [l'insight] plus qu'à l'entendre, mais en soit la patiente verbalise quand même quelque chose » [S-EMDR, item 32, $\Delta=14$].*
- *« Oui, mais le fait d'être moins perturbé n'est pas une prise de conscience, c'est une désensibilisation, pas un retraitement. Elle [la patiente] n'est restée que sur l'image » [S-EMDR, item 32, $\Delta=14$].*

En résumé, alors que la thérapeute dans le groupe Libre est jugée comme très en retrait émotionnellement, la thérapeute du groupe Strict apparaît presque « trop » présente, ce qui peut empêcher suffisamment d'espace pour permettre à la patiente d'entrer dans un vrai processus d'introspection. La technique apparaît ici encore au premier plan. Si celle-ci pouvait structurer l'échange en début de psychothérapie, elle semble prendre « trop de place » à ce stade du travail.

4.2. CREATION D'UN PROTOTYPE DE L'EMDR

4.2.1. EXPLICATION DE LA METHODE

Le PQS est un outil qui permet, en plus d'évaluer le processus psychothérapeutique, de créer des « prototypes » de certaines psychothérapies. Dans la littérature, on retrouve notamment les prototypes des approches psychanalytiques et cognitivo-comportementales (Jones & Ablon, 2005; Jones & Pulos, 1993) mais également d'autres psychothérapies telles que la thérapie interpersonnelle (Ablon & Jones, 2002), des thérapies de soutien d'inspiration psychodynamique (Leichsenring et al., 2016) ou encore pour évaluer la perception parentale des fonctionnements de leur enfant en lien avec l'attachement (Pierrehumbert, Mühlemann, et al., 1995; Pierrehumbert, Sieye, et al., 1995).

La littérature nous renseigne que les prototypes s'établissent par une méthode statistique pour étudier les points de vue, quelques fois appelée « technique-Q » ou analyse factorielle de type Q (McKeown & Thomas, 1988; Stephenson, 1953). L'analyse factorielle de type Q diffère de l'analyse factorielle classique (analyse factorielle de type R) car elle se concentre sur les jugements subjectifs des individus plutôt que sur les variables mesurées objectivement. Elle est souvent utilisée dans les sciences sociales et les études de marché pour explorer la diversité des opinions au sein d'un groupe donné. Cependant, si l'analyse factorielle par définition est une méthode exploratoire visant à réduire des dimensions, la trop faible taille de notre échantillon n'a pas permis de répliquer cette méthode, car cela reviendrait à ne conserver que 4 consensus obtenus chez les psychologues observateurs (celui de la phase 3 dans le groupe S-EMDR, celui de la phase 4 dans le groupe S-EMDR, celui de la phase 3 dans le groupe L-EMDR et celui de la phase 4 dans le groupe L-EMDR).

Dans DETECT-EMDR, nous avons donc proposé une alternative. Un collectif d'experts a été constitué sur base du volontariat. Des superviseurs EMDR, considérés comme experts de la thérapie EMDR, ont été contactés via le réseau d'EMDR France par e-mail. Après leur avoir expliqué brièvement le contexte de notre recherche, ils étaient invités à prendre connaissance des 100 items du PQS et à choisir les 30 items qui, selon eux, définissaient le mieux la psychothérapie EMDR. Les résultats étaient envoyés par simple retour de mail. Au total, 10 superviseurs ont accepté de participer à la recherche et ont renvoyé leur sélection. Les 20 items ayant comptabilisé le plus de votes (au moins 7 votes sur 10) ont été retenus pour constituer

notre prototype de l'EMDR selon les experts. On admet un alpha de Cronbach de **0,87**, témoignant d'une bonne cohérence d'interne, autrement dit d'un degré d'accord important entre les experts.

La sélection des 20 items jugés typiques de l'EMDR par nos experts a été comparée aux items jugés saillants par nos psychologues observateurs aux phases 3 et 4 du protocole EMDR standard. Nous avons fait le choix de ne conserver que les cotations réalisées pour ces deux phases, comme dans la partie précédente, car jugées typiques de l'EMDR. De plus, les cotations des phases 3 et 4 ont été conservées en confondant nos deux groupes d'étude (S-EMDR et L-EMDR), considérant l'absence de différence significative entre ces groupes. Devant la faible puissance statistique, cette comparaison s'est uniquement faite visuellement.

4.2.2. COMPARAISON DES RESULTATS DES PSYCHOLOGUES OBSERVATEURS ET DU PANEL D'EXPERTS

Le [tableau 16](#) ci-dessous répertorie les 20 items jugés les plus prototypiques de l'EMDR selon le panel d'experts. Autrement dit, une psychothérapie EMDR idéale devrait considérer ces 20 aspects. Ces 20 items sont à mettre en perspective avec le [schéma 16](#) ci-dessous qui illustre la répartition entre les cotations des experts et les cotations des psychologues observateurs. En effet, sur ces 20 items sélectionnés par les superviseurs EMDR, 3 items sont communs aux items saillants dans la phase 3 selon les psychologues observateurs, 3 items sont communs aux items saillants dans la phase 4 et 5 items sont communs aux items saillants dans les deux phases confondues.

Tableau 16 : Items sélectionnés (n=20) par le panel d'experts

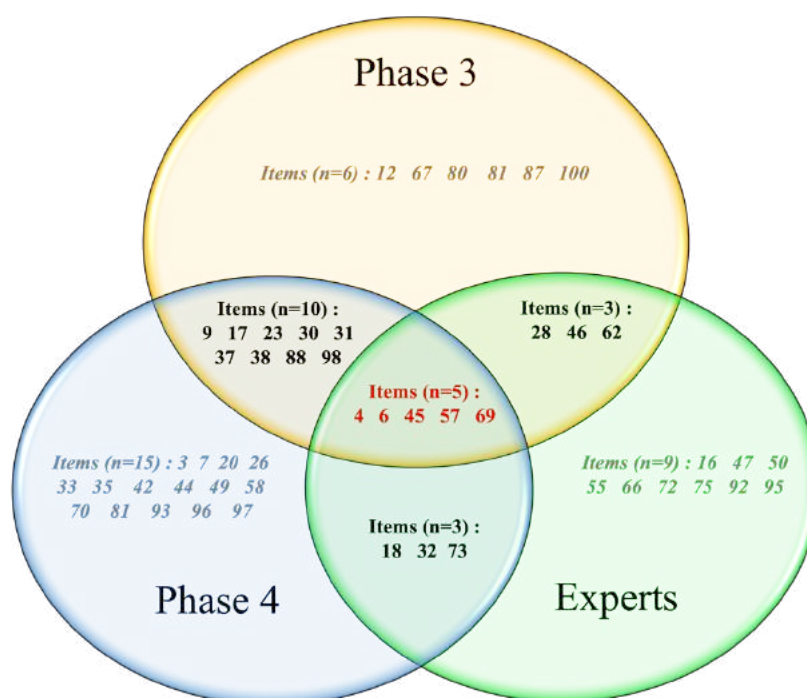
Label des items sélectionnés par les experts	Nombre de votes
4. Les buts du traitement du patient sont discutés.	8
6. Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute ; empathique.	7
16. Il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de la santé.	7
18. Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement.	7
28. Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	7
32. Le patient réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.	10
45. Le thérapeute adopte une attitude de soutien.	9
46. Le thérapeute communique avec le patient dans un style clair et cohérent.	9
47. Quand l'interaction avec le patient est difficile, le thérapeute s'adapte en essayant d'améliorer les relations.	10
50. Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par le patient comme inconfortables (colère, envie, excitation).	7
55. Le patient exprime des attentes positives au sujet de sa thérapie.	7
57. Le thérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	10
62. Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient.	8
66. Le thérapeute est directement rassurant.	7
69. La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion.	8
72. Le patient comprend la nature de la thérapie et ce qui est attendu.	7
73. Le patient est engagé dans le travail de la thérapie.	10
75. Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées.	7
92. Les sentiments ou les perceptions du patient sont corrélés à des situations ou des comportements du passé.	9
95. Le patient se sent aidé.	9

En jaune : items communs à la phase 3 et à la sélection des experts

En bleu : items communs à la phase 4 et à la sélection des experts

En rouge : items communs aux phases 3 et 4 et à la sélection des experts

Schéma 16 : Croisement des items sélectionnés aux phases 3, 4 et par le panel d'experts



Particulièrement en phase 3, il apparaît primordial que le thérapeute perçoive précisément le processus thérapeutique [item 28], c'est-à-dire qu'il se doit de saisir l'expérience que le patient fait de la relation thérapeutique, en identifiant un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de son patient [item 62] qui va faire l'objet de la désensibilisation par la suite. Cette phase étant très technique et pouvant vite être jargonneuse, le thérapeute se doit de communiquer avec son patient dans un style clair et cohérent [item 46].

En phase 4 ensuite, le thérapeute se doit d'être dans une posture d'accueil et d'acceptation inconditionnelle, en transmettant au patient une approbation sans jugement [item 18], avec un patient engagé dans le travail de sa thérapie [item 73], ceci afin de réaliser une nouvelle compréhension ou prise de conscience [item 32]. En effet, cliniquement, les insights s'observent majoritairement en phase 4. L'intention du thérapeute doit alors susciter cet engagement et de nouvelles prises de conscience chez son patient.

Durant ces deux phases, le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute, empathique [item 6], dans une attitude très explicite de soutien [item 45]. Il se doit d'expliquer sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique [item 57]. S'agissant en effet de

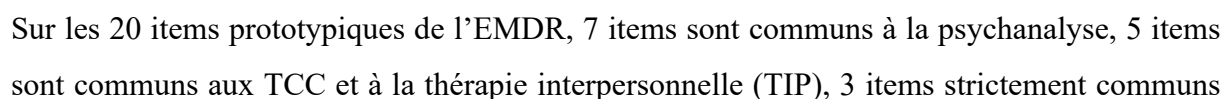
deux phases très techniques, cette clarté essentielle, puisque le thérapeute est régulièrement amené à suggérer au patient de se centrer sur des aspects précis de son expérience. Dans cette même dynamique, les buts du traitement du patient doivent être discutés [item 4], ainsi que la situation récente ou actuelle de la vie du patient [item 69].

En effet, plus largement en EMDR, il est attendu que les sentiments ou les perceptions du patient soient corrélés à des situations ou des comportements du passé [item 92]. *Un pied dans le passé, un pied dans le présent*. L'EMDR étant une thérapie se centrant sur les 3 aspects des cognitions, émotions et sensations, les fonctions corporelles et les symptômes physiques doivent faire l'objet de discussion [item 16] en mettant particulièrement l'accent sur les sentiments considérés par le patient comme inconfortables [item 50]. En même temps, le thérapeute doit afficher une posture directement rassurante [item 66], c'est-à-dire soit en tendant directement à dissiper les angoisses du patient, soit en transmettant l'espoir d'une amélioration des problèmes. En effet, il n'est pas rare, surtout en début de thérapie et avec des tableaux cliniques complexes, de devoir au départ y croire pour deux. Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de thérapie doivent être discutées [item 75] particulièrement lorsqu'on sait combien l'EMDR peut être éprouvante émotionnellement. Dit autrement, le thérapeute doit structurer également l'*en-dehors* des séances, ce qui par ailleurs fait partie intégrante de l'alliance thérapeutique, en tant qu'alliance de travail. A ce titre, quand l'interaction avec le patient est difficile, le thérapeute s'adapte en essayant d'améliorer les relations, en proposant des compromis et en restant ouvert [item 47]. Il apparaît important que le patient comprenne la nature de la thérapie et ce qui est attendu [item 72] et qu'il puisse exprimer des attentes positives au sujet de sa thérapie [item 55]. C'est un travail d'équipe, à la manière d'un tandem entre thérapeute et patient, ceci afin que ce dernier puisse se sentir aidé, soulagé et encouragé [item 95].

4.2.3. COMPARAISON DES ITEMS PROTOTYPIQUES DE L'EMDR AVEC D'AUTRES PSYCHOTHERAPIES

La psychothérapie EMDR se définissant comme une psychothérapie intégrative dans son approche théorique et éclectique dans les techniques qu'elle mobilise, nous avons choisi de croiser notre prototype établi par les superviseurs EMDR avec les prototypes déjà établis dans la littérature pour la psychanalyse (Jones & Ablon, 2005), les Thérapies Cognitivo-Comportementales ou TCC (Jones & Pulos, 1993) ainsi que le prototype de la thérapie

Schéma 17.: Croisement du prototype de l'EMDR avec les prototypes de la psychanalyse, de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie interpersonnelle



177

aux TCC et 3 items strictement communs à la TIP. Seuls deux items sont tout à fait spécifiques à la thérapie EMDR. La thérapie EMDR porte donc bien son nom de thérapie intégrative et éclectique, car elle emprunte bien plus d'éléments aux autres thérapies qu'elle n'en a de spécifiques.

Premièrement, l'EMDR emprunte 7 items à la psychanalyse, alors même que l'approche très codifiée de l'EMDR peut sembler à 180° de l'approche psychanalytique. Comme mentionné dans une psychanalyse idéale, le thérapeute doit communiquer dans un style clair et cohérent, facilement compréhensible [item 46], ceci afin particulièrement d'identifier un thème récurrent dans l'expérience de vie ou le comportement de son patient [item 62]. Cela est particulièrement nécessaire durant la phase 3. En phase 4 particulièrement, le thérapeute doit être dans une posture d'accueil inconditionnel et d'approbation sans jugement [item 18] afin de susciter une nouvelle prise de conscience ou compréhension chez son patient [item 32]. Cette posture d'accueil sans intervention est en effet à la fois très typique de la démarche psychanalytique et très typique de la phase de désensibilisation, alors même que celle-ci est sans doute la plus codifiée et technique, avec la phase 3. Dans les phases 3 et 4, il est relevé que le thérapeute doit être empathique et capable de sentir le monde privé de son patient [item 6], comme cela apparaît essentiel en psychanalyse. Enfin, moins spécifiques aux deux phases mais restant typiques en EMDR, le thérapeute, comme en psychanalyse, porte attention à des sentiments considérés par le patient comme inacceptables, autrement dit sur le matériel négatif qu'il invite à investiguer [item 50], ces sentiments ou perceptions étant corrélés à des situations ou des comportements de la vie passée du patient [item 92].

Deuxièmement, l'EMDR emprunte 5 items aux TCC et à la TIP. Dans ces trois psychothérapies, idéalement, les buts du traitement doivent être discutés [item 4] et la situation récente ou actuelle de la vie du patient doit également être soulignée dans la discussion [item 69]. Le thérapeute adopte une attitude de soutien très explicite [item 45] et doit se montrer transparent sur l'explication de sa technique et de son approche thérapeutique [item 57]. Ces 4 points sont particulièrement signifiants dans les phases 3 et 4 du protocole EMDR standard. Plus précisément en phase 3, le thérapeute EMDR, comme en TCC ou TIP, doit percevoir précisément le processus thérapeutique, autrement dit l'expérience qu'a le patient de la relation thérapeutique et où il en est dans son cheminement [item 28].

Troisièmement, l'EMDR emprunte spécifiquement aux TCC 3 items. Les patients en thérapie EMDR ou en TCC doivent comprendre la nature de la thérapie qu'ils suivent et ce qui est

attendu [item 72], se sentir explicitement aidés et encouragés [item 95] et être engagés dans le travail de leur thérapie [item 73]. Ce dernier point est particulièrement signifiant en phase 4 de l'EMDR, là où le patient peut être en apparence très passif au processus de désensibilisation car suivant les SBA et les associations de pensée, mais où en réalité, sans capacité d'introspection, toute stimulation demeure inefficace.

Quatrièmement, l'EMDR emprunte spécifiquement à la TIP 3 items. Dans ces deux thérapies, il doit y avoir discussion des fonctions corporelles, plaintes somatiques ou symptômes physiques [item 16] ainsi que des interruptions ou ruptures dans le traitement ou de la fin de la thérapie [item 75]. Le thérapeute, dans les deux formes de psychothérapie, doit afficher une posture directement rassurante, en tentant directement d'apaiser les angoisses du patient et/ou en transmettant l'espoir d'une amélioration des problèmes [item 66].

Enfin, seuls deux items apparaissent spécifiques à la thérapie EMDR. Il apparaît nécessaire, idéalement, que le patient exprime des attentes positives au sujet de sa thérapie, exprimant l'espoir ou l'attente que la thérapie lui sera utile [item 55]. Enfin, il appartient au thérapeute de s'adapter à son patient lorsque l'interaction avec lui est difficile, en se montrant ouvert aux compromis, flexible et en essayant d'améliorer les relations. Cela peut s'entendre à la fois dans le travail des ressentis transféro-contre-transférentiels mais également dans la négociation des cibles à travailler, selon le seuil de tolérance du patient [item 47].

En résumé, l'EMDR emprunte majoritairement sa posture d'accueil et d'écoute empathique sans intervention à la psychanalyse, ceci afin de faciliter l'émergence d'insights chez le patient. C'est le versant plus technique et « actif » qui est emprunté aux TCC et/ou à la TIP, dans une approche de soutien explicite, ouvertement rassurante, porteuse d'espoir et transparente dans les techniques mobilisées, afin de favoriser le sentiment chez le patient d'être soutenu et engagé dans le travail, qui peut alors se projeter de manière optimiste dans l'issue de sa thérapie. Des points très concrets de discussion, tels que la situation actuelle du patient, les symptômes somatiques ou encore les interruptions dans le traitement, sont relevés.

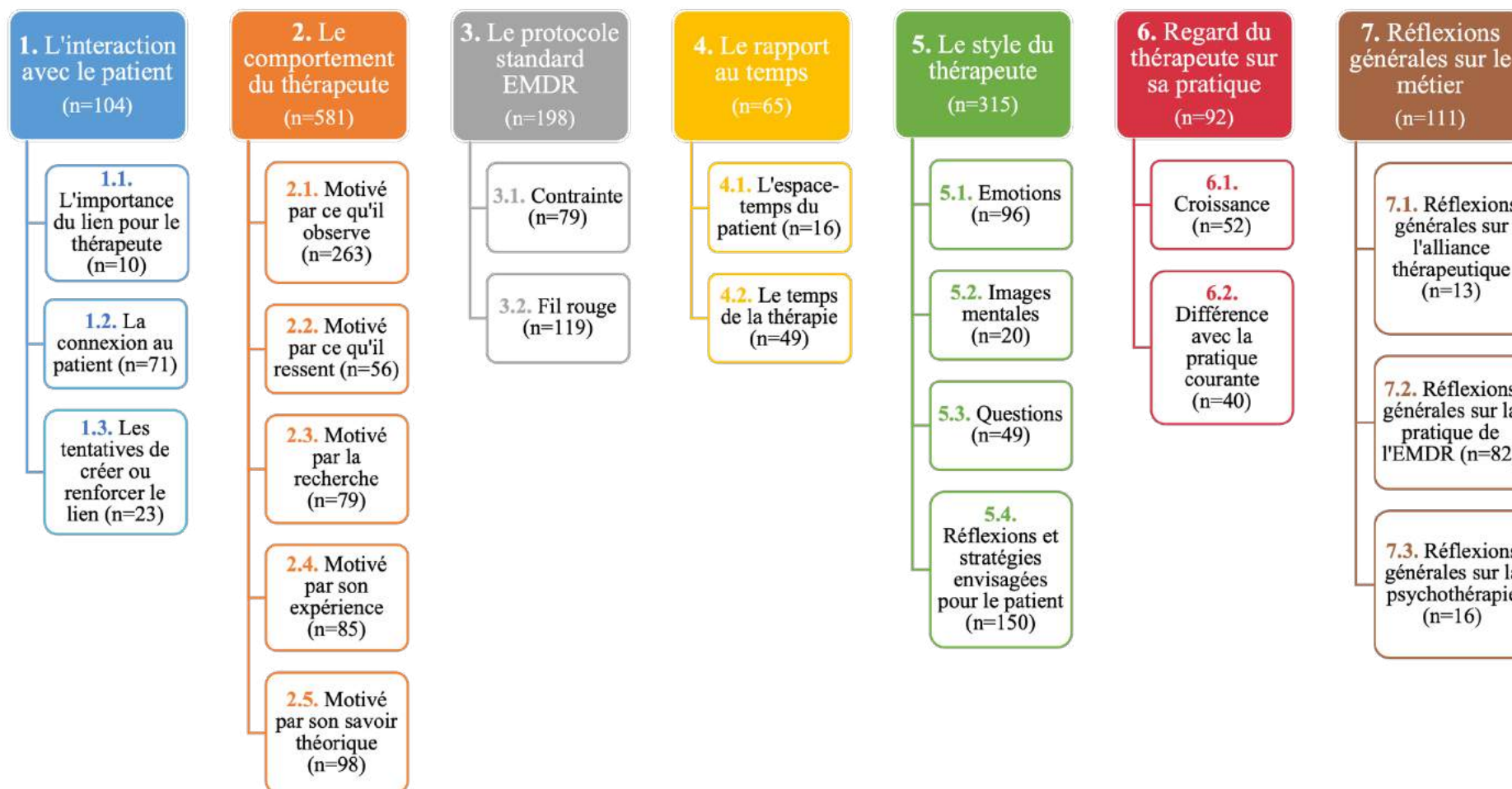
V. RESULTATS QUALITATIFS

Cette partie traite des données issues des autoconfrontations. Pour rappel, chaque thérapeute a été confronté à la vidéo de sa pratique qu'il était invité à commenter et à décrire aussi minutieusement que possible, accompagné du chercheur. Pour chaque patient pris en charge dans le cadre de DETECT-EMDR, le thérapeute visionnait les vidéos du traitement complet de la cible traumatique en EMDR, soit de la phase 3 à la phase 7, que ce traitement ait été fait en une ou plusieurs fois. Si le traitement avait été réalisé en une séance, le thérapeute visionnait cette unique vidéo ; si le traitement avait nécessité plusieurs séances, le thérapeute visionnait les différentes vidéos concernées.

Les retranscriptions ont été réalisées puis encodées dans le logiciel N Vivo. Quatre thérapeutes différents ont réalisé chacun entre deux et trois autoconfrontations. Ce corpus est ainsi constitué des retranscriptions de 10 autoconfrontations : deux thérapeutes du groupe Libre-EMDR pour six autoconfrontations, et deux thérapeutes du groupe Strict-EMDR pour quatre autoconfrontations. Devant la très faible taille de notre échantillon, les variables des caractéristiques des psychothérapeutes (genre, âge, années d'expérience dans le métier, année d'expérience dans l'exercice libéral, niveau d'éducation) ne furent pas croisées avec les données, car jugées peu représentatives. Par ailleurs, sur les quatre psychothérapeutes, trois ont en moyenne quatre ans d'expérience du métier et quatre ans d'expérience en libéral. A noter également qu'une référence d'encodage (donnée par le *n*) peut faire quelques mots comme quelques lignes, les nombres doivent donc être interprétés avec prudence. Par ailleurs, une même référence d'encodage peut être classée dans plusieurs dimensions. Par exemple, le thérapeute peut faire une réflexion générale sur la pratique de l'EMDR tout en évoquant des images mentales qui lui viennent. Ces données ne cherchent pas à être transférables à d'autres situations mais plutôt à ouvrir une première porte dans la compréhension du métier de psychothérapeute.

Nous présenterons notre arborescence de thèmes et sous-thèmes en explorant les différences entre nos deux groupes Libre-EMDR vs. Strict-EMDR selon les dires des thérapeutes concernant l'exercice de leur métier. Le [schéma 18](#) présente l'arborescence de thèmes et de sous-thèmes. Le [schéma 19](#) présente visuellement la répartition des thèmes dans l'ensemble du corpus.

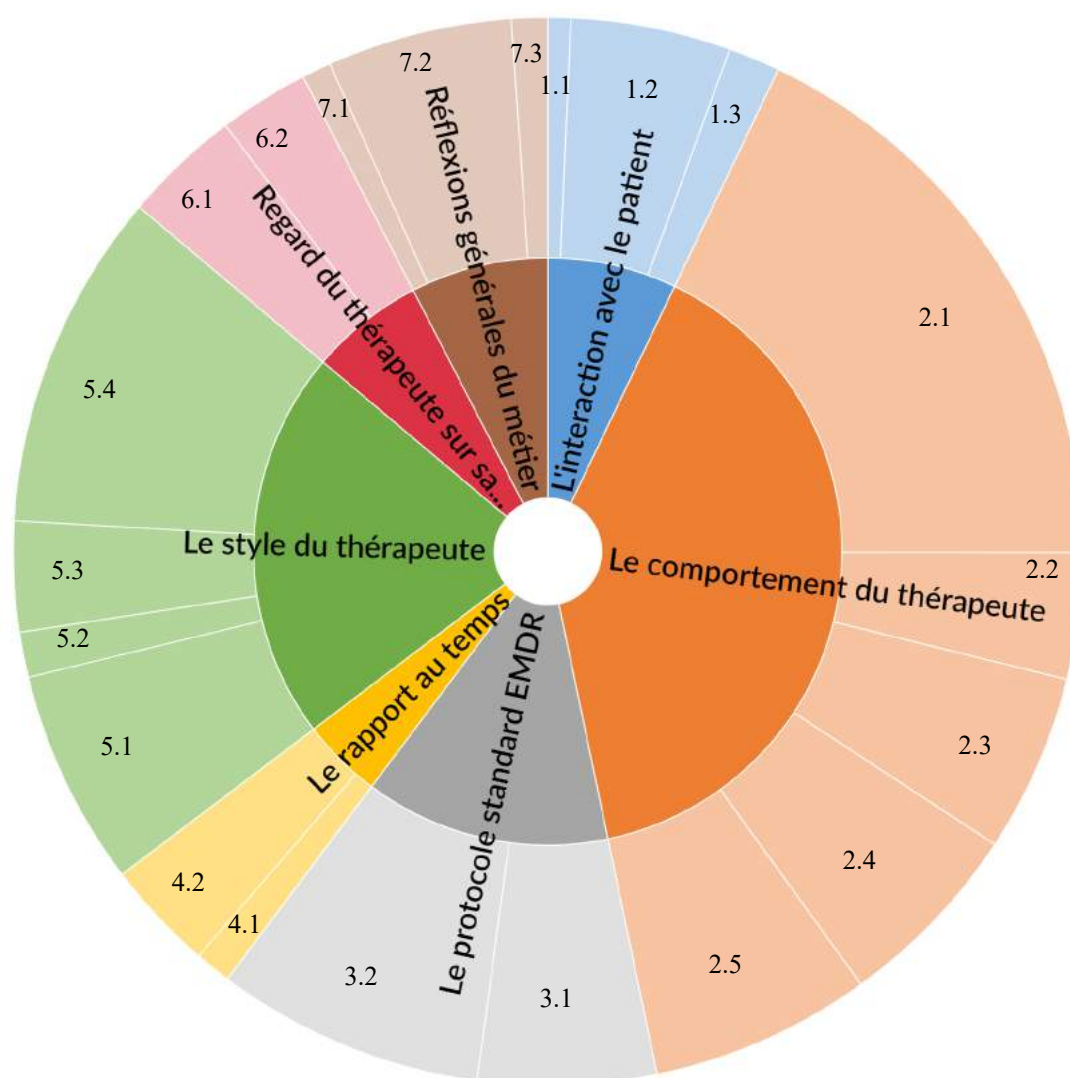
Schéma 18 : Arborescence des thèmes et sous-thèmes abordés par les psychothérapeutes



Légende :

Le *n* donne le nombre de références d'encodage. Il est à interpréter avec prudence car une référence d'encodage peut faire quelques mots comme plusieurs lignes.

Schéma 19 : Représentation de la répartition des thèmes dans le corpus



Légende :

1. L'interaction avec le patient :

- 1.1.** : L'importance du lien pour le thérapeute (n=10)
- 1.2.** : La connexion au patient (n=71)
- 1.3.** : Les tentatives de créer ou renforcer le lien (n=23)

2. Le comportement du thérapeute :

- 2.1.** : Motivé par ce qu'il observe (n=263)
- 2.2.** : Motivé par ce qu'il ressent (n=56)
- 2.3.** : Motivé par la recherche (n=79)
- 2.4.** : Motivé par son expérience (n=85)
- 2.5.** : Motivé par son savoir théorique (n=98)

3. Le protocole standard EMDR :

- 3.1.** : Contrainte (n=79)
- 3.2.** : Fil rouge (n=119)

4. Le rapport au temps :

- 4.1.** : L'espace-temps du patient (n=16)
- 4.2.** : Le temps de la thérapie (n=49)

5. Le style du thérapeute :

- 5.1.** : Émotions (n=96)
- 5.2.** : Images mentales (n=20)
- 5.3.** : Questions (n=49)
- 5.4.** : Réflexions et stratégies envisagées pour le patient (n=150)

6. Regard du thérapeute sur sa pratique :

- 6.1.** : Croissance (n=52)
- 6.2.** : Différence avec la pratique courante (n=40)

7. Réflexions générales du métier :

- 7.1.** : Réflexions générales sur l'alliance thérapeutique (n=13)
- 7.2.** : Réflexions générales sur la pratique de l'EMDR (n=82)
- 7.3.** : Réflexions générales sur la psychothérapie (n=16)

A la lecture de ce dernier schéma, ce sont majoritairement les dimensions traitant du comportement du thérapeute et du style du thérapeute qui dominent le discours. Le rapport au protocole EMDR standard arrive en troisième position. Les autres dimensions semblent globalement être abordées à la même hauteur dans le reste du corpus. Nous allons explorer plus en détails ces différents thèmes et sous-thèmes. Pour chaque extrait de verbatims, un codage sera proposé permettant d'identifier le thérapeute qui parle, son groupe d'appartenance et le patient concerné. Par exemple :

[A.S-EMDR ; MV] → Il s'agit du thérapeute A, appartenant au groupe S-EMDR à propos du patient M.V.

Le [tableau 17](#) présente la répartition de chaque thème selon les groupes. Le test du Khi-deux (χ^2) permet d'apprécier si la répartition entre les thèmes est homogène ($p > 0,05$) ou si elle diffère significativement selon les groupes ($p < 0,05$).

Tableau 17 : Répartition des thèmes et sous-thèmes selon les groupes et significativité associée

Thèmes et sous-thèmes	Strict-EMDR n ¹ (%) ²	Libre-EMDR n ¹ (%) ²	χ^2 (p)
1. L'interaction avec le patient			$\chi^2 = 5,909$ (p=0,052)
1.1. L'importance du lien pour le thérapeute	5 (60,24%)	5 (39,76%)	
1.2. La connexion au patient	45 (70,96%)	26 (29,04%)	
1.3. Les tentatives de créer ou renforcer le lien	8 (40,5%)	15 (59,5%)	
2. Le comportement du thérapeute			$\chi^2 = 26,033$ (p<0,001)
2.1. Motivé par ce qu'il observe	91 (37,24%)	172 (62,76%)	
2.2. Motivé par ce qu'il ressent	19 (37,32%)	37 (62,68%)	
2.3. Motivé par la recherche	44 (60,68%)	35 (39,32%)	
2.4. Motivé par son expérience	32 (32,96%)	53 (67,04%)	
2.5. Motivé par son savoir théorique	58 (56,76%)	40 (43,24%)	
3. Le protocole EMDR standard			$\chi^2 = 30,192$ (p<0,001)
3.1. Contrainte	76 (97,16%)	3 (2,84%)	
3.2. Fil rouge	72 (71,12%)	47 (28,88%)	
4. Le rapport au temps			$\chi^2 = 0,874$ (p=0,349)
4.1. L'espace-temps du patient	6 (23,26%)	10 (76,74%)	
4.2. Le temps de la thérapie	27 (55,38%)	22 (44,62%)	
5. Le style du thérapeute			$\chi^2 = 29,713$ (p<0,001)
5.1. Émotions	68 (83,05%)	28 (16,95%)	
5.2. Images mentales	8 (62,9%)	12 (37,1%)	
5.3. Questions	15 (41,18%)	34 (58,82%)	
5.4. Réflexions et stratégies envisagées pour le patient	61 (41,4%)	89 (58,6%)	
6. Regard du thérapeute sur sa pratique			$\chi^2 = 5,911$ (p=1,000)
6.1. Croissance	32 (75,86%)	20 (24,11%)	
6.2. Différence avec la pratique courante	25 (77,98%)	15 (22,02%)	
7. Réflexions générales du métier			$\chi^2 = 0,542$ (p=0,762)
7.1. Réflexions générales sur l'alliance thérapeutique	7 (64,07%)	6 (35,93%)	
7.2. Réflexions générales sur la pratique de l'EMDR	44 (65,89%)	38 (34,11%)	
7.3. Réflexions générales sur la psychothérapie	7 (58,07%)	9 (41,93%)	

Légende :

¹ Le n donne le nombre de références d'encodage. Il est à interpréter avec prudence car une référence d'encodage peut faire quelques mots comme plusieurs lignes.

² Le (%) indique le pourcentage de répartition du thème entre les groupes. Il est donc bien à lire en ligne, et non en colonne.

1. THEME 1 : L'INTERACTION AVEC LE PATIENT

Sont encodés dans cette partie les verbatims du discours du thérapeute à propos de l'interaction avec le patient. Ce thème, **en bleu** dans les différents schémas et tableau (voir **schémas 18, 19** et **tableau 17** pages 181-184), comporte 104 références d'encodage, tous groupes confondus. Il se décline en trois sous-thèmes : l'importance du lien pour le thérapeute, la connexion au patient et les tentatives de créer ou renforcer le lien. Globalement, ce thème est réparti de manière homogène entre les deux groupes ($p>0,05$).

1.1. L'IMPORTANCE DU LIEN POUR LE THERAPEUTE

Ce sous-thème fait référence à l'importance que le thérapeute accorde à la dimension du lien avec son patient, telle qu'il la verbalise. Cette catégorie a donc une certaine valence émotionnelle puisque le thérapeute témoigne de l'importance que la relation thérapeutique a pour lui. Ce sous-thème est composé au total de 10 références d'encodage : 5 dans le groupe S-EMDR (60,24%) et 5 dans le groupe L-EMDR (39,76%).

L'importance du lien, pour les thérapeutes, s'exprime d'abord dans le fait de **ne pas prendre le dessus dans la relation thérapeutique, sans jugement** de leur patient et dans le **respect**.

- « *Je vais pas lui dire 'je suis nul', je dis 'je garde votre formulation' c'est pas la mienne, faut que ce soit clair. J'ai pas de jugement. Et je veux surtout qu'il se sente très à l'aise, détendu et sans jugement* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *C'est important de le dire pour moi parce que je veux lui montrer que c'est sa thérapie et qu'on prend les décisions à deux. Il n'y en a pas un qui est au-dessus de l'autre* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Que tu me rassures, et que tu me dises que tout ce que je dis ou que je fais c'est euh... comment dire... c'est bien, qu'il n'y a pas de jugement. Je m'occupe d'elle comme je voudrais qu'on s'occupe de moi. Si je suis en psychothérapie, je me dis ben j'essaie de mettre une enveloppe. De mettre plein de coussins...* » [C.L-EMDR ; SS].
- « *C'est l'idée de respecter l'histoire de mon patient qui lui appartient* » [B.S-EMDR ; MB].

Deuxièmement, l'importance du lien s'exprime dans l'**engagement symbolique** que le thérapeute et le patient prennent l'un envers l'autre, de manière plus ou moins explicite.

- « *[Là] je ne respecte pas le contrat psychologique qu'on a entre nous, c'est-à-dire 'je suis là pour t'amener à évoluer, à changer, en fonction de ce que tu apportes, de ce que je pense être bien, parce que t'as l'expertise de vie et moi l'expertise de savoir' (...) [et là] on [re]prend le temps, j'essaie de comprendre ce qu'elle ressent, de ressentir ce*

qu'elle ressent. Et je crois que ça me fait du bien. C'est pour ça que je prends du temps. Ça me fait du bien, alors c'est pas le fait qu'elle ressente la colère et la tristesse qui me fait du bien hein, c'est juste que ça me fait du bien, j'me dis on retourne dans une vraie relation thérapeutique et pas une discussion entre deux personnes » [A.S-EMDR ; MV].

- *« Je serais dans le contrat que je me suis fixée. Je suis dans le contrat pour elle » [C.L-EMDR ; MM].*

Il est apparu dans le discours que l'application stricte du protocole standard exigée dans le cadre de la recherche pouvait amener à sortir de ce contrat psychologique sus-cité. Cela entraînerait un ressenti de fluctuation dans l'alliance thérapeutique, par l'idée de « sortir du contrat ». A l'inverse, c'est par un **feedback émotionnel** que le thérapeute peut ressentir être de nouveau en lien avec son patient.

- *« Parce que je veux pas, jamais avec mes patients, je veux pas que les gens disent des choses pour me faire plaisir. Je veux que les gens... Je leur dis des choses pour voir si ça résonne en eux. Et si ça se résonne et que ça sonne vrai, c'est bien tout le monde est content » [A.S-EMDR ; MV].*

⇒ **Idées-clés quant à l'importance du lien pour le thérapeute** : une relation équilibrée, sans jugement et dans le respect ; un engagement symbolique ; un feedback émotionnel pour sentir le lien

1.2. LA CONNEXION AU PATIENT

Ce sous-thème fait référence à la connexion que le thérapeute semble avoir avec son patient. Cette catégorie est étroitement liée à la première et a aussi une certaine valence émotionnelle puisque l'émotion, à nouveau, est un indicateur important pour le thérapeute. Ce sous-thème est composé au total de 71 références d'encodage : 45 dans le groupe S-EMDR (70,96%) et 26 dans le groupe L-EMDR (29,04%). Ce sous-thème apparaît nettement plus abordé dans le groupe Strict que le groupe Libre.

Être connecté à son patient suppose en premier lieu, selon les thérapeutes que **les attentes et les intentions soient claires** pour chacun des protagonistes.

- *« C'est pas que c'est pas compréhensible, les mots sont compréhensibles, mais comme l'intention que j'envoie, c'est que je...c'est pas clair, ben lui il reçoit quelque chose de pas clair » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« J'avais pas compris qu'elle avait pas compris quand j'étais en automatique (...) Et là je me dis OK elle a compris ce que j'attendais d'elle, et j'ai compris ce qu'elle attendait*

de moi. Du coup de la faire travailler sur ça plus en profondeur. Et elle, je crois qu'elle rentre un peu plus dans l'entretien aussi (...) elle commence à comprendre ce que j'attends d'elle. Et donc elle fait plus attention aux mots que je choisis, elle fait plus attention à ce que je lui envoie... Elle prend du temps pour réfléchir avant de répondre, elle répond pas du tac-au-tac, elle prend le temps de recevoir ce qui arrive (...) elle dit 'c'est compliqué de trouver les bons mots'. Donc c'est que... y a quelque chose entre nous qui est en train de se reconnecter. Parce qu'elle comprend que les mots que j'utilise, c'est pas ce que j'attends entre guillemets. Et les mots que moi j'utilise, c'est pas ce qu'elle attend. Et là c'est en train de se reconnecter parce qu'on essaye de trouver un vocabulaire commun pour répondre à la question de l'un et de l'autre. Et c'est en ça que ça se reconnecte » [A.S-EMDR ; MV].

Dans la continuité de ces attentes et intentions claires, être connecté à son patient suppose une **compréhension mutuelle**, soit quand le patient ne comprend pas son thérapeute, soit quand le thérapeute a besoin de comprendre son patient.

- *« Y a un truc qui se passe pas bien. Soit je suis pas clair, soit j'ai quitté l'entretien et je suis en train de faire un truc genre sondage et à ce moment-là je me dis mince t'as décroché (...) à un moment donné elle me dit 'c'est de ma faute', donc c'est pas normal qu'elle me dise 'Y a un truc que j'ai pas compris'. Et donc du coup ça me fait revenir dans l'entretien » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je sais pas comment t'expliquer là. J'avais l'impression que je comprenais bien, je sais pas peut-être trop sûr de moi aussi à ce moment-là et, et du coup l'impression que ça roulait, que ça marchait, qu'il comprenait bien ce que je voulais et que... Après je me suis peut-être juste fait avoir aussi par ce jeu-là de posture qu'on prend et... (...) En fait là, je doute parce que du coup, dans mes souvenirs de l'entretien, j'avais l'impression qu'il comprenait, mes reformulations, que je comprenais ce qu'il me disait et comme j'avais cette compréhension mutuelle, je me dis bah forcément c'est qu'on est en lien. Mais en regardant la vidéo et la manière dont ça se passe, je crois que c'était uniquement moi qui ai pensé qu'on était en lien à ce moment-là et pas... Voilà. Je sais pas » [A.S-EMDR ; MN].*

Les incompréhensions peuvent également être vécues comme un signal qui amène le thérapeute à être particulièrement attentif à ce qui est en train de se passer, particulièrement lorsque la technique avait un peu pris le dessus. On observe notamment ce mouvement dans le groupe Strict-EMDR, là où la contrainte de la recherche est plus importante.

La connexion au patient porte au sein même de sa définition l'idée d'une **réciprocité**, l'interaction allant dans les deux sens. Cette réciprocité revient régulièrement dans le discours des thérapeutes, particulièrement sur le plan émotionnel.

- « Je vois qu'elle va pas bien, je vois qu'elle est triste, et bon ça m'affecte aussi. Juste ce qu'il faut pour continuer (...) Juste ce qu'il faut, c'est l'humanité quoi, c'est être en lien et ressentir pour comprendre ce que vit ma patiente. Je vois sa souffrance et puis y a une partie qui m'impacte aussi mais la bonne distance, pour que justement je puisse continuer. Mais je veux dire... ça... Je pense que si on me faisait une IRM, je pense que t'aurais toutes les zones des émotions qui seraient activées. Mais pas de la même façon mais activées pour que je comprenne, pour que je puisse faire des plans pour ce qui va se passer, et les prochaines séances » [C.L-EMDR ; MM].
- « C'est plus aligné, je sais pas, par rapport à ce qu'elle me décrit de sa souffrance, de sa situation. Ça me paraît très adapté par rapport au transfert que je ressens là, à ce moment-là » [B.S-EMDR ; LF].
- « Je capte les choses négatives qu'elle m'envoie et je sais qu'à un moment donné je vais lui renvoyer en quelque chose de positif » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je la sentais avec moi en fait. Elle était présente, elle était là, elle répondait à mes questions, elle me regardait dans les yeux, elle était pas...elle avait pas le regard vague ». [A.S-EMDR ; MV].
- « Je me dis que c'est quelque chose qu'elle m'envoie. Elle m'envoie quelque chose qu'elle se sent rassurée d'aller euh... d'aller puiser dans des choses négatives parce qu'elle sait que je suis là pour l'accompagner. Et donc, moi ça me fait du bien parce que je pense que ce qu'elle m'envoie à la fois de négatif mais aussi à la fois j'ai confiance en ce qui se passe, je pense que ça me fait du bien parce que je ressens aussi cette confiance-là. Et donc j'essaye de lui renvoyer que ben oui effectivement tout est en sécurité. Tout se passe bien et on est dans le bon lieu pour ça. Et donc j'ai l'impression que c'est ça qui s'est passé à ce moment-là » [A.S-EMDR ; MV].

Cette interaction, réciproque par définition, est éminemment **sensoriel** et s'observe dans les **attitudes non-verbales**.

- « C'est comme si on gardait un peu le lien quand on commençait les stimulations bilatérales [en respirant avec le patient]. Tu les accompagnes dans les stimulations. Pour ne pas le laisser tout seul aller dans les stimulations » [D.L-EMDR ; LL].
- « Je la regarde pas. On n'est pas en lien quoi (...) Y a pas d'échange. L'échange est pas nécessairement verbal mais je veux dire, t'as l'impression que y a un mur entre nous deux. Je trouve ça froid (...) Je suis trop en retrait. Y a trop de distance à tous les niveaux » [C.L-EMDR ; MM].
- « Là je pense qu'on est en alliance toutes les deux parce qu'elle me parle. Elle me demande si je la comprends, si je comprends ce qu'elle ressent, ce qu'elle décrit » [C.L-EMDR ; MM].
- « Je ne suis pas en relation parce qu'il n'y a pas d'échange fluide. Et son corps ne vit pas ce qu'elle dit. Il y a une dissociation entre ce qu'elle dit et son corps. Elle ne manifeste rien. Et quand elle parle de choses graves, elle le fait comme si elle lisait un fait divers » [C.L-EMDR ; MM].
- « Je la regarde pas, je suis plongé sur ma feuille. Je sais pas, je... Même ma voix est pas bonne. Quand je m'entends parler, je le vois que j'essaye de la mettre dans une case,

ou de mettre ce qu'elle me dit dans une case, d'évaluer. Clairement un technicien ou un chercheur qui doit suivre son truc, son protocole bêtement, et c'est dommage. C'est vraiment dommage » [A.S-EMDR ; MV].

A nouveau, la présence de la contrainte d'appliquer strictement le protocole standard semble venir impacter la qualité d'accordage avec le patient ; c'est en tout cas de cette manière que c'est ressenti par les thérapeutes.

C'est grâce à cette connexion au patient de bonne qualité qu'il est possible **d'investiguer le versant émotionnel qui est à la fois plus profond mais qui peut aussi être plus ressenti**, tant par le patient qui s'autorise plus à exprimer que par le thérapeute dans ses ressentis contre-transférentiels ou ses ressentis à propos du climat de l'interaction. Sans cette connexion, le thérapeute apparaît détaché.

- *« Des fois j'étais au bord des larmes pour lui. Et je me disais allez respire, tu es là pour lui » [C.S-EMDR ; AB].*
- *« Elle pleure. Elle montre. Enfin là j'arrive mieux évaluer, je la sens plus fragile et je la vois plus fragile. Et là je me dis bah il faut être là, il faut pas rater ça, il faut montrer que la personne qu'elle a en face elle bosse pour elle quoi » [C.L-EMDR ; MM].*
- *« Là l'entretien change parce que euh... Elle fait beaucoup plus confiance à ses ressentis maintenant et elle comprend que ce qui m'intéresse c'est beaucoup plus les ressentis qu'une pensée brute, enfin juste quelque chose de très cognitif ou je sais pas quoi. Elle comprend. Je crois qu'elle comprend qu'on va travailler beaucoup plus sur le ressenti cognitif, le ressenti émotionnel, le ressenti sensoriel etc. qu'uniquement me répondre... J'ai pas le mot là pour expliquer. Et même moi tu vois je suis plus détendu, je me mets un peu plus en arrière, je croise les bras, je l'invite à se concentrer, à respirer etc. Et là on retombe sur l'entretien thérapeutique à mon avis » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Elle me regarde. Et la voix n'est pas la même. Elle est pas... C'est pas comme si elle était en train de lire son histoire, elle est présente. Donc l'important pour moi c'est qu'elle reste connectée à tout ce qui se passe. Parce que pour moi c'est là maintenant. Donc c'est maintenant que j'arrive à prendre les informations comme elle, à comprendre ce qu'elle ressent et prendre les informations comme elle les vit ici. Si j'attends trop ben ça reste pas... Pour moi l'émotion elle est... elle est attachée au discours donc je la questionne tout de suite. J'ai pas besoin d'attendre. Si j'attends, ça lui demande de refaire un travail sur ça. C'est pas le but, je veux pas... je veux pas... enfin c'est artificiel pour moi. Alors que là c'est présent ben j'y vais et je pose la question » [C.L-EMDR ; MM].*

⇒ **Idées-clés de la connexion au patient** : des attentes et des intentions claires ; une compréhension mutuelle ; une réciprocité, particulièrement émotionnelle ; possibilité, grâce à cette connexion, d'investiguer et de ressentir plus en profondeur le versant émotionnel

1.3. LES TENTATIVES DE CREER OU RENFORCER LE LIEN

Ce sous-thème fait référence à ce que le thérapeute dit de ses tentatives de créer ou de renforcer le lien avec son patient. Ces motivations découlent pour la plupart du temps d'un ressenti de déconnexion avec le patient. Ce sous-thème est composé au total de 23 références d'encodage : 8 dans le groupe S-EMDR (40,5%) et 15 dans le groupe L-EMDR (59,5%).

En général, ce qui motive une tentative de créer ou renforcer le lien, c'est le ressenti d'une **dissonance**.

- « *Là je crois que je commence à revenir un petit peu, pour comprendre ce qu'elle me dit. De me remettre un peu dedans, quand je me dis 'OK elle a pas compris ce que j'ai dit parce qu'elle me dit 7', et dans ma tête je me dis 'bah non ça peut pas être à 7 sinon ça lui poserait pas de problèmes'. Tu vois ? Donc je crois que là je commence à revenir un peu dans l'entretien en disant, en essayant de me reconnecter et de dire mais, est-ce que c'est cognitivement que vous ressentez ce 7 ou c'est...* » [A.S-EMDR ; MV].

Ces tentatives de créer ou renforcer le lien s'observent particulièrement dans des **changements de posture physique, dans le non-verbal**.

- « *Et là je suis de nouveau dans l'entretien tu vois, j'ai mis mon stylo de côté, je joins les mains mais bon ça je le fais tout le temps c'est pas un truc particulier, je suis vraiment avec elle. Le stylo est de côté, la feuille je m'en fous et je me suis remis dans l'entretien (...) je me suis tournée vers elle presque automatiquement pour me remettre dedans. Et tu vois je le montre bien, je suis là, je pose le stylo, et je m'en fiche de ce que je vais écrire, je veux comprendre ce qui se passe pour elle* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Et j'essaye d'accrocher au niveau du regard. J'essaye de montrer ben je suis là, je suis là pour vous soutenir, soyez à l'aise. Et n'ayez pas peur de me regarder, voilà* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Je lui parle doucement, je la regarde, je lui pose des questions, je vérifie qu'elle a bien compris, qu'elle est à l'aise, qu'elle me regarde... ça veut dire qu'elle est avec moi et qu'elle me fait confiance. Et qu'elle est pas stressée ni tendue. J'essaye de faire des petites blagues aussi, que c'est pas ma tête le plus important à voir, que les doigts c'est mieux, et je regarde si ça prend* » [C.L-EMDR ; SS].

Elles s'observent également au travers des **marques d'écoute**.

- « *C'est pour lui montrer que je l'entends, je suis trop loin de toute façon. Je l'entends, je suis présente. Je veux pas parler trop. Mais lui montrer que je suis là (...) c'est pour appuyer ma présence sans monopoliser trop la parole* » [C.L-EMDR ; MM].

Elles s'observent également dans la **volonté de changer de focus**, en mettant particulièrement l'accent sur un versant émotionnel, qui fait partie intégrante de la définition de la connexion au patient.

- « *Je me dis mais attends, si je fais n'importe quoi pour essayer de suivre le protocole, ça va servir à rien. Donc essaye de te remettre dans l'entretien, essaye de refaire les choses, de comprendre ce qu'elle te dit et les émotions qu'elle t'envoie, renvoie-lui ce que tu entends là, et après tu pourras reprendre correctement. Et c'est ce que je suis en train de faire là quoi* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *C'est quelqu'un qui intellectualise beaucoup donc y a beaucoup de filtres. Et j'essaie de l'amener à être plus...à ne pas être sur la défensive avec moi (...) j'essaie de mettre du sens pour lui, pour le mettre en sécurité, de dire « vas-y lâche-toi, dis les choses comme tu les penses »* [C.L-EMDR ; AB].

Dans leurs discours, les thérapeutes précisent que ces tentatives de créer ou renforcer le lien peuvent être faites en vue de plusieurs objectifs. D'une part, elles sont faites dans un but de **clarifier les intentions et explications**.

- « *C'est aussi la volonté que le patient comprenne ce qu'on fait, le protocole, ce qui se passe. C'est une explication de la thérapie, donc c'est peut-être pour maintenir l'alliance thérapeutique, pour rassurer globalement même si je perçois pas un truc angoissant dans le moment. Que ce soit pas mystérieux pour le patient mais que je lui renvoie que c'est attendu, normaliser un peu* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *Pour lui montrer qu'il y a, voilà il y a une vraie recherche, des débuts d'explication. Et comme c'est quelqu'un de très cartésien, essayer de poser les choses ça renforce l'alliance thérapeutique* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Donc c'est pour la mettre à l'aise et qu'elle continue à travailler en confiance avec moi. Je le vois comme ça. Donc je lui dis qu'elle n'est pas obligée de tout me dire et de tout verbaliser* » [C.L-EMDR ; SS].

D'autre part, elles sont faites dans le but de **prendre soin des émotions du patient et/ou de le rassurer**.

- « *Je rassure. Pour au moins apaiser là dans le présent. C'est presque, enfin c'est même pas pensé. C'est régulier comme réaction* » [B.S-EMDR ; LF].
- « *Je veux prendre soin en fait. Je veux permettre à la personne de lâcher ce qui a à lâcher et en même temps, j'adapte peut-être ma posture, ma voix* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *Je voulais montrer qu'elle soit à l'aise, que ce n'est pas un test, qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Parce que le matériel c'est elle qui le donne. J'essaie de la mettre à l'aise* » [C.L-EMDR ; SS].

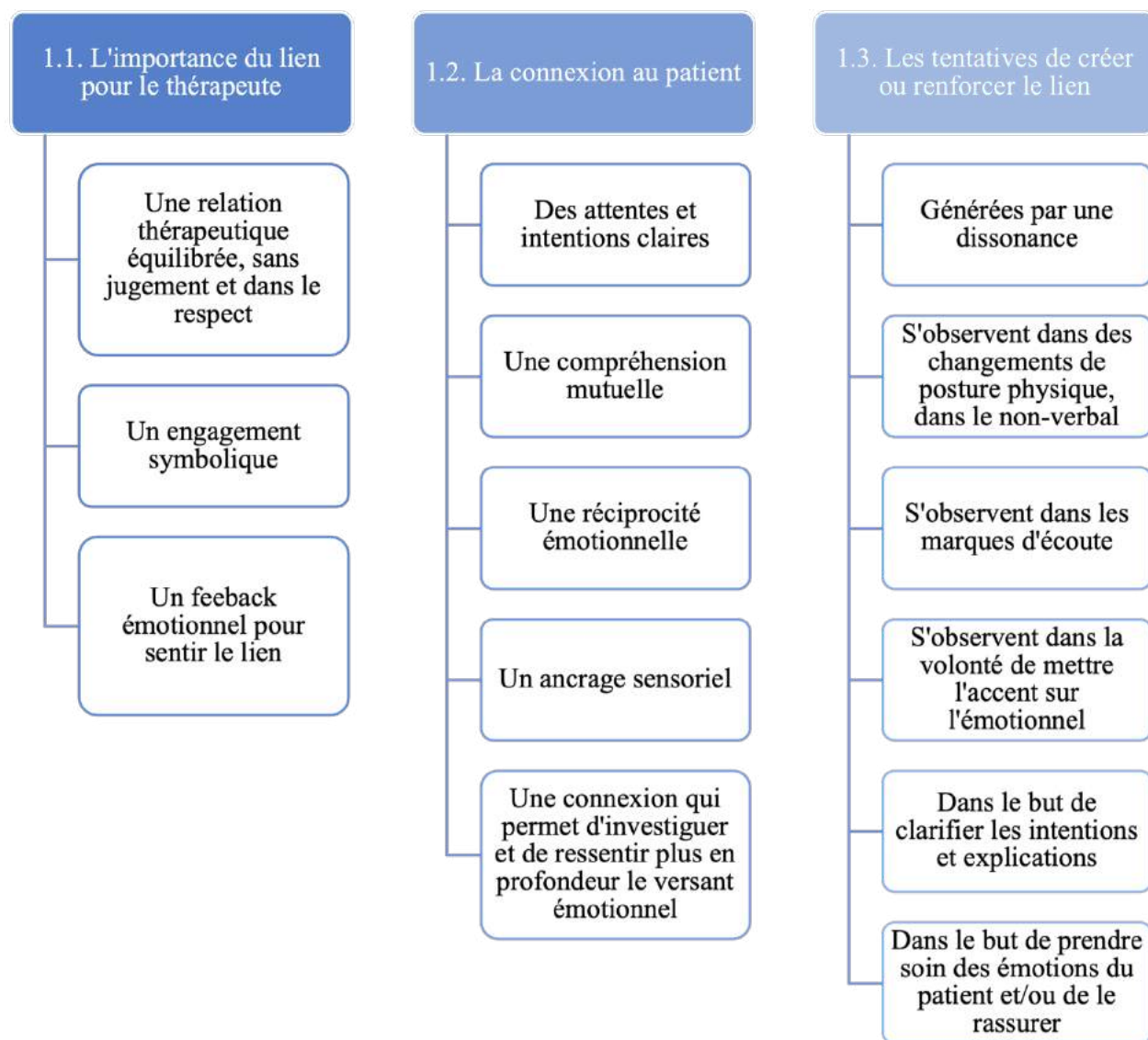
⇒ **Idées-clés sur les tentatives de créer ou renforcer le lien** : souvent réalisées suite au ressenti d'une dissonance ; elles s'observent au travers des marques d'écoute, du non-verbal

et dans la volonté de changer de focus en mettant l'accent sur l'émotionnel ; elles sont réalisées dans le but de clarifier les intentions ou explications et dans le but de prendre soin des émotions du patient.

THEME 1, en résumé... L'interaction avec le patient apparaît essentielle dans le discours des thérapeutes. Il s'agit de ne pas prendre le dessus dans la relation thérapeutique, sans jugement et dans le respect de l'histoire de vie et du vécu subjectif du patient. Au cœur du travail réside cette idée de se sentir connecté à son patient. Cette connexion est, par définition, réciproque. C'est l'idée de sentir ce que l'autre ressent dans une dynamique empathique (ex : sentir sa tristesse) mais aussi dans le fait de *se sentir ensemble, en lien*. Ainsi, cette réciprocité est éminemment physique : elle est ressentie et incarnée dans le corps et s'observe également dans le non-verbal (fluidité de la communication, échange de regards, postures...). Grâce à cette connexion, il est alors possible d'investiguer plus loin le versant émotionnel. Celui-ci prend davantage de place dans la thérapie, tant dans la manière dont il est ressenti par le patient qui s'autorise à aller plus loin dans son introspection, mais aussi du côté du thérapeute qui ressent plus intensément ses ressentis contre-transférentiels. En cas de dissonance ressentie, les thérapeutes sont amenés à tenter de renforcer ce lien. Ces tentatives s'observent majoritairement au travers des changements de posture ou d'attitude non-verbale, au travers des marques d'écoute et au travers d'une volonté de changer de focus en mettant davantage l'accent sur un versant émotionnel. Ces tentatives de créer ou renforcer le lien sont faites dans le but, soit de clarifier les intentions ou explications données, soit dans le but de rassurer le patient et de prendre soin de ses émotions.

La répartition des thèmes apparaît homogène entre les deux groupes ($p > 0,05$). Cependant, dans le groupe Strict-EMDR, on observe davantage de vécus de déconnexion au patient dus aux contraintes de la recherche, les thérapeutes étant davantage connectés au protocole qu'au vécu émotionnel de leur patient. A noter toutefois que ces dynamiques s'observent aussi dans le groupe Libre-EMDR, pour les mêmes raisons de contrainte du cadre de la recherche, alors même que les thérapeutes étaient libres de pratiquer comme ils le souhaitaient. C'est bien souvent la contrainte du nombre fixe de séances ainsi que la présence de la caméra qui a bousculé la manière de pratiquer. Le [schéma 20](#) ci-dessous récapitule ces différents points.

Schéma 20 : Représentation du Thème 1 « L'interaction avec le patient »



2. THEME 2 : LE COMPORTEMENT DU THERAPEUTE

Sont encodés dans cette partie les verbatims du discours du thérapeute à propos de l'interaction avec le patient. Ce thème, **en orange** dans les différents schémas et tableau (voir [schémas 18, 19](#) et [tableau 17](#) pages 181-184), comporte 581 références d'encodage, tous groupes confondus. Rappelons qu'il ne s'agit pas de coter ici les types de comportements du thérapeute. Ce travail aurait nécessité de coter les vidéos et non le discours des thérapeutes. L'objectif ici est bien de faire parler le thérapeute sur le comportement qu'il se voit avoir dans la vidéo pour faire émerger des dimensions pré-réfléchies de l'expérience. Ainsi, il s'agit plutôt ici de ce qui a motivé le comportement du thérapeute, ce qui a poussé à l'action. Ainsi, le comportement peut être motivé par cinq raisons (cinq sous-thèmes) : motivé par ce que le thérapeute observe, motivé par ce qu'il ressent, motivé par la recherche, motivé par son expérience et motivé par son savoir théorique. Globalement, ce thème suit une répartition hétérogène ($\chi^2 = 26,033$; $p < 0,001$) entre les deux groupes de notre étude.

2.1. MOTIVE PAR CE QU'IL OBSERVE

Ce sous-thème fait référence à des éléments observables du côté du patient, autrement dit des signes cliniques, qui motivent l'action du thérapeute. Sans surprise, ces signes cliniques sont les raisons les plus nombreuses qui suscitent l'action chez le thérapeute, avec 263 références d'encodage : 91 dans le groupe S-EMDR (37,24%) et 172 dans le groupe L-EMDR (62,76%). A priori, les signes cliniques sont davantage abordés comme motivant l'action dans le groupe Libre-EMDR.

Premièrement, les thérapeutes agissent lorsqu'ils peuvent ressentir ou lorsqu'ils sont confrontés parce qu'ils ont connaissance de la **fragilité psychologique** de leur patient **ou** face à la **détresse émotionnelle du patient**.

- « *Je prends des pincettes parce que, comme je sais que le Lieu Sûr ne fonctionnait pas correctement la fois précédente, je vais éviter qu'il me fasse une réaction négative avant qu'on commence à travailler pour de vrai quoi. En tout cas de la désensibilisation, parce qu'on travaille déjà pour de vrai, mais voilà* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je veux la reconnecter un peu ici. Parce que je me dis que là c'est une mémoire préverbale qui arrive et qu'on sent bien que ça envahit, elle pleure tout de suite. Donc je veux la reconnecter maintenant en laissant les yeux ouverts* » [D.L-EMDR ; AH].

- « *Je fais ça [tissage cognitif] parce que je sens bien que l'intensité ne diminue pas, on avait passé toute une séance avant avec une intensité aussi importante de pleurs et là... Je me disais qu'elle avait besoin d'une ressource* » [D.L-EMDR ; AH].
- « *Je prends vraiment toutes les précautions que je peux. Parce qu'il est tellement dans le contrôle que le moment où il va lâcher, s'il lâche... C'est pas toujours le cas. Mais ça peut être compliqué à gérer* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Parce que je... Il me regarde pas. Donc il a besoin de ce... d'un temps pour lui. Donc pour moi c'est pas le moment que j'y aille. Je voulais lui laisser le temps de se reprendre, de revenir au moins par le regard vers moi, et là il est prêt et j'y vais* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Parce qu'elle est en train de pleurer, je vois qu'elle pleure, je l'observe. Et puis je... Je veux lui montrer que je suis là, que je suis attentive, que je suis présente* » [C.L-EMDR ; MM].

Deuxièmement, une **information non-verbale qui n'est pas congruente** avec ce que le patient dit suscite des comportements chez les thérapeutes. Dit autrement, c'est par un **feedback du non-verbal** que les thérapeutes sont poussés à agir. A l'inverse, en l'absence de feedback, ils laissent faire le processus, sauf quand cette absence de feedback est aussi un signe clinique (réaction défensive, réaction dissociative ou fluctuation de l'alliance thérapeutique qui amène une déconnexion). C'est le non-verbal qui donne le tempo (dans le regard du patient, dans l'expression des émotions ou au contraire leur absence, dans la respiration, dans la manière dont le patient parle de ce qu'il a vécu...).

- « *Parce qu'il me répond pas, il regarde le sol. Il essaye de trouver une réponse, elle vient pas* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Comme je vois pas d'abréaction, de montée d'émotions, etc. C'est que ça a l'air de bien de se passer, donc je veux voir ce qui est le mieux là maintenant (...) Je vois pas quelque chose de particulièrement négatif chez le patient, en fait je vois rien de négatif. Je vois pas de larmes monter, je vois pas de crispation de corps etc. Donc je me dis OK peut-être qu'on a atteint la pensée d'après. Et donc du coup j'arrête* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Parce que quand elle me l'a décrit, euh si tu veux en identification, j'ai vraiment compris que c'était pas un hot spot pour elle (...) Peut-être par rapport à son état, peut-être à la manière dont elle est quand elle m'en parle. Elle tremble pas, elle a pas de... comment dire... Au niveau non-verbal elle est pas, comment dire... elle gère. (...) C'est un mélange du ton de sa voix, de : est-ce qu'elle tremble, est-ce qu'elle est là tranquille, tu vois les jambes croisées, est-ce que je vois qu'elle s'active, est-ce que dans ses yeux y a des larmes qui arrivent, euh... Est-ce qu'elle souffle... » [A.S-EMDR ; MV].*
- « *Donc elle me dit vraiment cette sensation incontrôlable, et je pense que c'est pour ça que j'ai dirigé toute la thérapie au niveau sensations (...) Parce qu'en fait quand elle est venue dans les images, même quand elle recommence à parler, tu sens bien que y a quelque chose qui s'apaise, mais dès que tu la connectes aux sensations c'est waouh !*

Donc je me dis qu'il faut nettoyer les sensations parce que c'est là que tu sens qu'elle sort quoi. (...) ça se voit, elle a beaucoup plus d'abréactions. C'est vraiment instantané c'est impressionnant. Quand elle te parle, elle revient elle-même, elle verbalise, elle mentalise les choses. Et dès que tu reconnectes à la sensation 'repensez à la boule' ou 'repensez à la gorge', c'est souvent la gorge, ben là ça pleure. Donc je me dis qu'il faut travailler là quoi » [D.L-EMDR ; AH].

- *« L'abréaction quand tu regardes, elle dure elle dure elle dure... et je me dis qu'il faut reconnecter aussi. Là elle plonge complètement dans le passé, donc faut aller la rechercher (...) j'avais mal au bras aussi [rires] et je me dis aussi que si je commence à avoir mal au bras, c'est que ça fait long. Et puis je pense que c'est la respiration, je sentais bien ce côté saccadé » [D.L-EMDR ; AH].*
- *« Même dans le corporel, tu sens que y a des trucs qui là connectent. Ça se voit physiquement. Tu vois qu'il est, même dans la posture, il est plus engagé. Même je trouve que dans sa voix tu l'entends l'émotion » [D.L-EMDR ; LL].*
- *« C'est dans son discours, je... Dans ce que j'entends, c'est comme si y avait pas de résolution, il revient sur son mot, il se le dit en anglais, il se le dit en français 'Et moi je pensais ça, et lui il a pas compris ça, mais moi je pensais ça mais j'ai pas dit le bon mot...'. En fait, tu reprends le même discours que quand il l'avait fait à une dernière séance et c'est le même. C'est pour ça qu'il tourne en rond. Alors que là, quand on vient de convoquer le corps, tu vois bien ça réamorce, y a tout de suite un geste » [D.L-EMDR ; LL].*
- *« Le regard, comme s'il avait le regard en lui-même, tu vois perdu un peu comme ça, sans fixer quelque chose. Tu vois qu'il est en train de réfléchir. Où il se connecte à lui-même » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« A ce moment-là je suis sur le bon truc. Sur le bon événement, et au niveau de l'image, de toute façon il se décompose. Y a quelque chose qui est en train de se passer dans son attitude, dans sa voix et à certains moments, mais là je sais plus si c'était à ce moment-là ou pas, mais quand je le regardais, j'avais l'impression qu'il... tu vois qu'il s'effondrait, il devenait plus petit comme un petit garçon. Donc y a beaucoup de choses qui sont en train de se passer là. Et je me dis que... Que c'est le moment pour... » [C.L-EMDR ; AB].*
- *« C'est parce qu'elle bouge pas, il y a un corps devant moi où je ne sais pas lire les émotions, ce qu'elle pense. Et pour comprendre ce qui se passe, je dois poser des questions, sinon je ne comprends pas. (...) Tu vois là regarde, il y a quelque chose qui m'interroge. C'est comme si elle raconte l'histoire de quelqu'un d'autre. Moi je ne lis pas d'émotions, je ne les lis pas au niveau corporel, je ne les entends pas dans le discours, et je me pose plein de questions » [C.L-EMDR ; SS].*

Troisièmement, et dans la directe lignée des précédentes, l'information observable, dans les signes cliniques que montrent le patient ou dans l'information non-verbale, est croisée avec des **informations antérieures** et ce que les thérapeutes connaissent de l'**histoire de vie du patient**.

- « Je prends un peu des gants parce que la séance d'avant, il avait annulé parce qu'il y avait un souci avec sa maman, donc on avait décalé le rendez-vous » [A.S-EMDR ; MN].
- « De ce que je connais du patient, l'histoire, sa façon de fonctionner pour moi, le 4 était clairement soit sous-évalué, soit il me répond quelque chose pour me faire plaisir, je sais pas. J'ai l'impression qu'il est pas complètement connecté à ce souvenir en fait » [A.S-EMDR ; MN].
- « Je remets les trucs en place parce que sa gamine n'est pas née deux mois après le décès de son père, elle est née avant. Il faut aussi remettre du fait, de la réalité » [B.S-EMDR ; MB].
- « Je la connecte en fait avec ce qui est là, hormis les cognitions que j'ai switché parce que c'est du préverbal (...) Je me dis que c'est tout ce qu'elle n'a pas pu pleurer, qu'à un moment donné il fallait que le bébé s'exprime aussi. Qu'elle puisse pleurer, on sait que le bébé a besoin de sortir par les pleurs tout le stress, tout ça » [D.L-EMDR ; AH].
- « C'est parce qu'en fait la séance qu'on avait fait avant, donc ça devait être la deuxième séance, le soir-même il avait eu un truc... Alors je sais pu exactement, un souci de santé qui l'avait amené aux urgences, un blocage, une grosse douleur à la tête. Et c'est pour ça que j'ai questionné, parce que je me demandais si y avait pas quelque chose au niveau de la thérapie qui faisait un peu peur » [D.L-EMDR ; BB].

Quatrièmement, c'est lorsque les thérapeutes peuvent constater que le patient peut « patiner » dans son élaboration. Ainsi, dans le but de l'aider à avancer, les thérapeutes interviennent en **soutenant l'introspection** et en **aidant à l'élaboration**.

- « Je l'aide parce que je vois qu'il galère. (...) c'est pas quelqu'un qui va être du tac-au-tac tout de suite, à répondre très fortement, vivement, etc. Mais c'est quelqu'un, je crois intelligent, euh enfin socialement, émotionnellement, cognitivement, je pense que ça, ça roule bien pour lui, et là je vois qu'il est un peu en galère, je vais dire ça comme ça. J'aurais pu attendre encore trente secondes de plus qu'il trouve mais j'ai pas envie à ce moment-là de lui le mettre en difficulté en se disant 'j'arrive pas répondre à la consigne, c'est que je suis nul' » [A.S-EMDR ; MN].
- « J'essaye de dire OK, elle a compris qu'il y avait un paradoxe, qu'il y avait quelque chose qui ne collait pas. Et j'essaye de l'amener à comprendre ce paradoxe-là. Enfin en tout cas à dire ben OK si j'ai ce paradoxe là c'est que c'est peut-être pas aussi fort ma croyance que ça. Donc j'essaye juste de l'amener là-dessus » [A.S-EMDR ; MV].
- « Là je me suis dit peut-être qu'il avait besoin de plus de temps, donc parfois j'allonge un peu quand je me dis qu'il peut peut-être associer un peu plus, ou peut-être connecter à d'autres choses (...) Après moi c'est ma façon de travailler, mais en fait je... Pour moi c'est un temps normal de parole, je vais pas enchaîner. Je me vois pas enchaîner si rapidement. Il m'explique ce qui s'est passé en lui, c'est important de pouvoir expliquer. Et là je sens qu'il s'active un peu, c'est pour ça d'ailleurs que je lui demande si ça va » [D.L-EMDR ; BB].

- « *Et je le trouve un peu en boucle. Et c'est pour ça que je propose que finalement si on déballe certaines choses, ça peut aider. Ça peut éclairer autrement* » [D.L-EMDR ; BB].
- « *Parce que je voulais pas qu'elle voit une partie d'elle tout en noir. Je voulais lui montrer qu'il y a du positif dans tout quoi. Je sais pas si j'y suis arrivée là, mais je me disais une renaissance ça veut pas dire que...enfin c'est la même personne qui renaît, qui se libère d'une partie de son passé. C'est elle* » [C.L-EMDR ; MM].

Cinquièmement, dans cette même volonté d'aider le patient, c'est également parce que les thérapeutes constatent une **difficulté pour le patient à être en contact avec le matériel traumatique**, soit la cible qu'il a été convenue de travailler ensemble qui est chargée d'émotions encore douloureuses.

- « *Je vérifie qu'il a bien une image fixe en tête, qu'on n'est pas sur quelque chose d'un peu évasif de type 'voilà, c'est moi, au bureau'. Enfin tu vois, juste voir s'il se représente ça, si quand il me dit ça, il voit bien quelque chose. Il y a bien quelque chose, une image ou un son, quelque chose qui lui vient en tête. Donc là pour le coup c'est une image* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Et là je vois qu'elle a un peu de mal. Tu vois, elle se ferme. Je vois qu'elle a un peu de mal, du coup je dis OK, je sais que l'imagination ça marche très bien avec elle, alors je lui dis 'fermez les yeux, allez-y, remettez-vous là-dedans, on y va'* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Je questionne sur l'émotion pour deux choses. La première c'est pour vérifier comment elle est ancrée dans le truc, et la deuxième c'est pour suivre* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *Là c'est parce que maintenant je le regarde et je le sens. Je le vois par rapport à ses paroles là (...) Je pense que c'est parce que je veux vraiment qu'il connecte. Je suis pas sûre qu'il soit connecté. (...) Le fait qu'il énonce, c'est un peu une logorrhée. Et il saute d'un événement à un autre. Il va dire 'oui mais c'est pas toujours comme ça, dans d'autres moments...' et j'ai peur qu'il parte. Alors je veux à chaque fois le remettre dans l'événement* » [D.L-EMDR ; LL].

Sixièmement, à l'inverse, quand il n'est pas nécessaire d'intervenir, les thérapeutes **laissent faire le processus** tout en le normalisant et en l'accompagnant.

- « *Je laisse ces choses qui émergent, tout en étant tu vois, je suis rassurante, je le laisse pas trop dire qu'il se sent bête. Je lui laisse la possibilité de choisir que si c'est trop inconfortable, de pas y rester. Mais continuer, je me dis que c'est intéressant* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Je normalise ce mouvement de résistance, mais en même temps je trouve ça chouette qu'il vienne ! Et je trouve ça génial parce que c'est comme un enfant qui fait une colère et où tu lui dis 'oui mais t'as le droit d'être en colère'. Et on en parle ! Tu as le droit d'avoir des émotions !* » [D.L-EMDR ; LL].

- « *Oui, comme elle élabore vachement, on laisse dérouler. On est là, on est présent. Je trouve que y a pas besoin de trop intervenir avec elle* » [D.L-EMDR ; AH].
- « *Là tu vois comme lui il verbalise bien, c'est quelqu'un qui a déjà travaillé sur lui, donc tu sens qu'il sait poser les mots, ça lui pose pas de problèmes tout ce qu'on fait là. Donc du coup quand j'ai quelqu'un en face de moi comme ça je fais plutôt... je déroule* » [D.L-EMDR ; BB].

Septièmement, il arrive que certains comportements des thérapeutes soient suscités par le **besoin de se rassurer** dans leur stratégie ou dans la stabilité du patient, pour s'assurer qu'aucun matériel négatif ne va émerger.

- « *Alors j'ai eu ce débat interne là... pendant la séance. Et je me dis, je vais quand même faire des stimulations non pas parce que c'était calme, mais parce qu'il m'a dit 'quand j'ai commencé, y'a eu un petit truc'. Alors c'était plus présent à la fin, il me dit là maintenant c'est calme. Mais OK quand même dans le doute, on va faire* » [A.S-EMDR ; MN]
- « *Si j'ai fait un peu plus long, c'est que vu qu'elle m'a donné quelque chose de positif avant, je fais un peu plus long pour être sûr... enfin pour aller fouiller un peu plus. Ou un peu plus profondément, je sais pas comment on pourrait dire. Voilà, c'est l'explication que j'aurais maintenant. (...) En fait j'ai eu une petite crainte. Je, je... Je me rappelle maintenant pourquoi je repose la question si c'est positif. Quand elle dit 'j'ai l'impression d'être allégée' j'avais peur qu'elle dissocie. Genre je suis en train de flotter. Donc je vais juste vérifier qu'elle était bien encore avec moi, que c'était juste elle qui avait cette impression que y a un truc qui s'en va* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Y a rien en signe clinique qui me dit ça va pas. C'est une habitude qui me sécurise très certainement...* » [A.S-EMDR ; MV].

Huitièmement, l'intervention du thérapeute est parfois suscitée quand les patients peuvent se malmenier dans leurs propos ou dans leurs postures. C'est finalement aussi une **exigence de respect**, cette fois du patient envers lui-même.

- « *Je sens. J'entends quand il dit qu'il est une merde... Je trouve que c'est dur et je peux pas laisser dire des choses comme ça. De là à dire que c'est absurde, et je pense que c'est important qu'il sache que c'est ça aussi l'EMDR, rien n'est absurde. C'est le cerveau qui a besoin* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Tu vois je le rassure en fait, parce que de nouveau il dit 'oui c'est nul ce que je fais, c'est ridicule', c'est qu'il a entendu ça sans cesse. Donc je ne le laisse pas faire non plus. De faire ce qu'il a envie, qu'il n'est pas ridicule* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Quand il est trop critique, je ne veux pas le laisser s'enfoncer là-dedans parce que c'est ce qu'il a entendu tout le temps. Donc là j'interviens parce qu'il faut qu'il entende que non, c'est pas ridicule* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Parce qu'il me dit trop souvent 'c'est vous qui devez diriger'. Mais en même temps, on sent bien que y a une partie de lui qui veut pas que je dirige, et moi non plus c'est*

pas à moi de diriger. Je veux bien cadrer mais là je pense que c'est à lui de pouvoir choisir. Je veux qu'il écoute ce qui se passe en lui, qu'il prenne cette décision. On a pu reposer, j'ai pu faire un peu de psychoéducation entre guillemets, et donc là je le laisse quand même choisir. C'est pas à moi à choisir là » [D.L-EMDR ; LL].

Neuvièmement et dernièrement, certains comportements du thérapeute sont motivés par un but technique, suivant le protocole standard. C'est principalement le cas dans la **recherche de la cognition négative**. L'intention est de pouvoir agir pour repérer le registre de la cognition négative ou la formuler correctement sans imposer au patient ou donner l'impression de le diriger.

- *« Ben comme elle a commencé à me parler de responsabilité, donc on n'est pas sur le registre des émotions, je l'aide un peu. Je crois que c'était plutôt pour ça. Comme elle m'avait pas donné directement sur le bon registre, je transforme en culpabilité et je lui amène d'autres émotions possibles pour l'aider à comprendre dans quel registre on est. Je lui laisse la possibilité aussi de me dire y a peut-être que de la culpabilité. Je lui dis pas trouve-moi encore autre chose en plus. Y a peut-être juste de la culpabilité et c'est OK. Et je remets bien 'maintenant' » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Tout est sur le même niveau, y a rien qui ressort. Alors je suis un peu désarmée, je me dis...comment dire... il a les commandes et je vois ce que ça donne. Je laisse. C'est son histoire, il la vit encore avec ce qu'il est aujourd'hui, et je verrai ce qu'il reste et surtout ce qu'il reste de difficile et je démarrerais avec ça » [C.L-EMDR ; AB].*
- *« C'est elle qui décide, c'est moi qui reprends ce qu'on a dit. Je vérifie si c'est toujours bon pour elle, est-ce qu'on part de cet endroit-là, de ce moment-là, est-ce que c'est bien l'image la plus perturbante, et avec quelle CN on la travaille. Surtout que ça vienne d'elle, qu'elle choisisse. Et après ben j'y vais. Je ne veux pas la diriger » [C.L-EMDR ; SS].*

⇒ **Idées-clés sur le comportement du thérapeute motivé par ce qu'il observe** : face à la fragilité ou la détresse émotionnelle du patient ; face à la non-congruence d'une information non-verbale ; en croisant ces informations avec ce qu'il sait déjà de l'histoire de vie du patient ; pour soutenir l'introspection et aider à l'élaboration ; pour aider à être en contact avec le matériel traumatique. Et puis, si aucun signe n'invite à l'action, laisser-faire le processus ; pour se rassurer soi-même dans la stratégie thérapeutique ou s'assurer de la stabilisation du patient ; pour exiger que le patient se respecte lui-même ; pour rechercher la cognition négative.

2.2. MOTIVE PAR CE QU'IL RESSENT

Ce sous-thème fait référence à des émotions ressenties chez le thérapeute qui ont conduit à un comportement. Ces ressentis sont étroitement en lien avec les signes cliniques précédemment cités. Ce sous-thème est composé de 56 références d'encodage : 19 dans le groupe S-EMDR (37,2%) et 37 dans le groupe L-EMDR (62,68%). A priori, les ressentis du thérapeute sont davantage abordés comme motivant l'action dans le groupe Libre-EMDR.

Le premier ressenti pouvant susciter l'action chez le thérapeute est le **stress**, la plupart du temps induit par le cadre de la recherche. Sans surprise, il est davantage évoqué dans le groupe S-EMDR.

- « *Là tu vois que je suis un peu stressé. Non pas parce que je ne sais pas ce qu'il faut faire. Mais parce que je suis près de ma feuille. Parce que j'avais peur de pas faire le protocole correctement* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Et quand je stresse, par automatisme ça revient* » [B.S-EMDR ; LF].
- « *D'habitude je ne détaille pas autant la question, donc je pense que c'est le stress* » [B.S-EMDR ; MB].

Le deuxième ressenti est la **surprise**, consécutive de quelque chose auquel le thérapeute ne s'attendait pas.

- « *J'étais surpris là. Dans ma tête, j'étais surpris à ce moment-là. Et c'est pour ça que je ré-insiste bien en pensant maintenant, en regardant ça maintenant* » [A.S-EMDR ; MN].

Le troisième ressenti renvoie à un changement de **rythme**, d'intensité, tant sur le versant de ralentir que sur le versant de redynamiser.

- « *Y a une espèce de lenteur qui s'installe* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Et puis ça redynamise un peu parce que ça devient... enfin je pense que j'ai dû sentir un ennui, une lassitude* » [C.L-EMDR ; MM].

Le quatrième ressenti renvoie à la volonté de **prendre soin du patient, au besoin d'aider et de rassurer**, souvent activée par la détresse émotionnelle de ce dernier.

- « *Je veux l'apaiser. En fait, mon idée est d'ouvrir des portes, c'est des hypothèses... Dans le sens où je rassure que tout ce qui a l'impression qui était manquant, d'une autre manière ça a pu être là. Parce que c'est le manque, ce lien qui a été absent parce qu'il était malade et grand alcoolique, et j'essaye d'apaiser en disant qu'il a accompagné, qu'il savait des choses... Des trucs sur lesquels elle peut s'apaiser. C'est*

pas protocolaire, là c'est purement émotionnel de ma part, je me dis que face à la souffrance qu'elle ressent, émettre ces hypothèses, apporter ces pensées-là peut être apaisant, peut lui permettre d'aller plus loin aussi » [B.S-EMDR ; MB].

- *« J'avance des choses dans le but de l'apaiser. Parce que sa réponse est lourde, elle est émotionnellement très tintée de souffrance, et je ne me vois pas... la laisser avec ça. Alors que c'est pas la laisser, c'est continuer le processus mais... Je sais pas, je vois un truc à lui apporter » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« Comment je le sens... Parce qu'effectivement, c'est des émotions qui arrivent en nous. Ben effectivement cette émotion où je sens qu'il a besoin d'être rassuré » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Je sens que ça résiste plus que tout à l'heure. Notamment parce qu'il y a plus ce côté, ce côté un peu agressif, rebelle qui émerge. Même si plein de fois il dit « c'est pas contre vous » mais tu sens quand même. Et c'est ça qui me fait me dire qu'il faut que je lui demande (...) Je pense qu'il connecte avec la part enfant parce qu'il se sent attendri. Sa détresse elle me... Je me dis juste 'pauvre gamin, qu'est-ce qu'il a vécu' » [D.L-EMDR ; BB].*

Enfin, et c'est sans doute le point le plus important et qui fut le plus commenté, et ce, dans les deux groupes : les **ressentis contre-transférentiels** du thérapeute peuvent déclencher chez lui une réponse comportementale, une action. Il s'agit des ressentis du patient, projetés sur les thérapeutes, parfois difficilement verbalisables et explicables par les thérapeutes.

- *« Je la sens pas complètement bouleversée, je la sens pas au bord (...) Oui enfin ça fait très instinctif, juste basé sur juste le sens » [B.S-EMDR ; LF].*
- *« C'est ce que je ressens en moi dans le transfert à ce moment-là, ce que je comprends de la problématique, comment moi je... comment dire... comment moi je vis et comprends le processus. Mais ça reste à travers mon cerveau donc je fais attention de me dire, attention c'est toi qui fais cette analyse-là » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« Ça m'a paru lourd (...) la manière dont elle est arrivée avec ces deux éléments là, j'ai senti que c'était conflictuel, lourd, chargé de tristesse » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« J'ai senti que la représentation de la grand-mère l'avait affecté et ce que je veux, enfin c'est terrible je sais pas si c'est notre place, mais c'est l'idée c'est de déconstruire cette représentation qu'on lui a mis dans la tête qui déjà n'est pas la sienne à la base et qui est douloureuse en plus » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« Je sens bien qu'elle connecte donc je laisse aller » [D.L-EMDR ; AH].*
- *« On sent que ça lui parle. Ben le 'ah oui !', on le sent dans sa voix. J'ai senti que ça lui parlait plus que quand je lui ai dit 'je suis pas capable' (...) Et ben moi je le sens, même dans les mots, il dit 'ah oui, ah oui', tu sens l'engagement, qu'on a touché quelque chose. Je sens que dans sa voix, dans le son de la voix y a de l'émotion » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Là, il avait besoin de parler, on a parlé. Et finalement sur la fin je sentais, j'entendais ses silences, on sent bien qu'il travaille, c'est pas un silence où... Enfin il y a quelque chose qui se passe en lui, y a une vraie réflexion qui se met en place. Et je pense qu'il*

a besoin de ça aussi (...) Parce que je le sens dans son attitude. Tu sens qu'il a le regard... tu sais un peu... il fixe sans regarder. Tu sens que y a quelque chose qui réfléchit en lui. Et donc je laisse... Après comment... Parce que des fois tu sens que y a des silences où c'est fini et là je commence. Mais là tu sens que les silences il est en train de réfléchir, il a le regard fixe, et je pense que quand il regarde vers moi c'est plutôt qu'il a fini une idée, donc il regarde vers moi. Il me regarde en s'disant 'bon allez, je suis arrivé au bout de mon idée et on y va' » [D.L-EMDR ; BB].

- *« Hm... Dans ces mots quand il dit 'c'est pas contre vous mais j'en ai marre', et là on sent dans l'intonation de sa voix que les mots concordent avec ce qu'il ressent. Donc voilà. On sent bien qu'il y a un accord entre le corps et les mots qu'il dit, l'intellect. On sent qu'il est connecté » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Ben moi j'ai une sensation comme si ça tournait. Sa discussion tourne en rond, il avance pas (...) Ça génère de l'ennui. Je pense que de voir 'et ça tourne, et ça tourne' tu sens que ça prend pas » [D.L-EMDR ; BB].*

⇒ **Idées-clés sur le comportement du thérapeute motivé par ce qu'il ressent** : ressenti de stress ; ressenti de surprise ; ressenti de changement de rythme ; ressenti du besoin d'aider, de rassurer et de prendre soin du patient ; ressenti contre-transférentiel.

2.3. MOTIVE PAR LA RECHERCHE

Ce sous-thème fait référence aux comportements du thérapeute qui ont été motivés par le cadre de la recherche, qu'il s'agisse de l'application stricte du protocole standard (particulièrement pour le groupe Strict-EMDR) mais également du nombre fixe de séances (6 séances maximum par patient) ou la présence de la caméra. Ce sous-thème est composé au total de 79 références d'encodage : 44 dans le groupe S-EMDR (60,68%) et 35 dans le groupe L-EMDR (39,32%).

En premier lieu, et sans surprise, le thérapeute pouvait être motivé, en raison du cadre de la recherche, par la présence du protocole standard, appliquée de manière stricte pour le groupe S-EMDR, ou se sentant dans l'obligation de le faire malgré la liberté accordée dans le groupe L-EMDR. Les thérapeutes évoquent **la présence du protocole standard, appliqué sous la contrainte ou par automatisme**.

- *« J'applique. Et tu vois, c'est en ça que je dis, peut-être que je me sentais un peu moins thérapeute, c'est que... J'ai... je perds mon sens critique en fait à ce moment-là je crois... Dans les deux phases 4 qu'on a vu ensemble, je pense que... Vu que c'est une application stricte, je ne me pose pas la question » [A.S-EMDR ; MN].*

- « Je crois que le cadre m'a fait juste appliquer bêtement le protocole et c'est en ça que je me sens moins thérapeute, c'est que j'ai appliqué bêtement un truc » [A.S-EMDR ; MN].
- « Je veux dire la phrase parfaite comme c'est écrit etc. Parce que ça va servir à la recherche donc du coup je la débite » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je lui impose quelque chose et je sais que ça a été automatique, enfin presque automatique. J'ai pas de raisons valables pour dire ça. J'ai même pas l'impression d'avoir compris ce qu'elle... A ce moment-là j'ai pas une sensation physique qui me dit j'ai compris ce qu'elle me raconte, je, je... et donc j'interprète ou je sais pas quoi et je lui renvoie ce que je comprends, c'est quelque chose de purement cognitif et automatique, et je lui renvoie ça » [A.S-EMDR ; MV].
- « J'avais révisé un peu, je l'avais relu (...) là effectivement je déroule le truc en disant je fais bien comme il faut faire [rires] » [D.L-EMDR ; AH].
- « J'ai relu [rires]. J'ai triché. (...) j'avais eu un petit coup de stress avant et que j'avais relu mon petit protocole. (...) Là vraiment, je récite ma petite phrase » [D.L-EMDR ; BB].
- « Pour que ça rentre dans la recherche il fallait travailler une cible donc il faut driver une cible. Donc je voulais pas le laisser aller connecter à dix milliards de trucs comme il est champion pour ça [rires] donc mon but était vraiment de le centrer sur ça » [D.L-EMDR ; LL].
- « Le cadre de la recherche faisait que je devais y aller, alors qu'une partie de lui me disait non, freine, et moi j'y allais et ça me dérange (...) j'étais contre ma nature. Et en même temps c'est intéressant, c'est aussi pour ça que j'ai continué même si c'est contre ma nature, parce que je pense que parfois c'est intéressant d'aller explorer autre chose » [D.L-EMDR ; LL].

Le cadre de la recherche a également imposé des **contraintes en termes de temps**, tant dans la durée de la séance que dans le nombre fixe de séances. En effet, la consigne aux thérapeutes des deux groupes était bien de désensibiliser complètement (phase 7 achevée) une cible traumatique en six séances.

- « Je sais qu'on a quarante-cinq minutes pour faire ce truc là et du coup je la freine parce que je veux faire mon évaluation correctement » [A.S-EMDR ; MV].
- « Ça sert à rien parce que je le dis tellement rapidement, je prends pas le temps de voir si elle a compris, qu'en fait ça ne sert à rien. Et donc on perd du temps mutuellement, parce que je suis pas sûre qu'elle a compris, et je crois que ça m'intéresse même pas à ce moment-là en tout cas. Et, et... Et du coup ça ne sert à rien parce que je suis pas sûr qu'elle ait compris. Donc en fait de prendre autant de temps, sans me poser la question de si c'est bien intégré, bien capté, etc. ben euh... c'est inutile en fait » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je propose quelque chose parce qu'elle me l'a dit avant, est-ce que c'est pour aller vite en phase 3 je ne sais pas... Mais du coup je ne lui laisse pas le temps de réfléchir, je suppose que c'est à cause de l'envie d'y aller... Oui, si c'est ça. Je reprends ce qu'elle

m'a dit avant, plus tôt en arrivant dans la séance. Y a forcément le timing qui compte dans l'étude, et là c'est l'avant-dernière séance. Je voudrais finir aujourd'hui » [B.S-EMDR ; LF].

- *« Je débute la phase 4. Sans doute avec l'idée de 'il faut y aller rapidement' » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« Il manquait une séance dans le cadre de la recherche pour boucler » [D.L-EMDR ; AH].*
- *« Tu vois là, si j'avais été dans un autre cadre que la recherche, peut-être qu'on aurait fait la séance sur ça. Mais euh... Parce que je me dis voilà il amène ça, c'est sa réflexion du moment, mais là je me dis que là je suis aussi dans la recherche, donc il fallait qu'on termine. Alors ouais j'aurais pu... Parce qu'on avait travaillé le braquage sur la séance d'avant, j'aurais pu prendre une séance pour lui permettre de continuer sa réflexion sur le travail, et peut-être reprendre sur une autre séance. Mais là je savais qu'on était dans le cadre et, c'est pour ça que je recentre un petit peu aussi. Après c'est pas une mauvaise chose finalement de recentrer (...) Là forcément je lui donne pas trop le choix parce qu'on doit terminer » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Je me dis, je peux pas mettre encore plus de temps sinon en six séances on n'y arrive pas quoi » [C.L-EMDR ; AB].*

Le cadre de la recherche a également impacté le thérapeute dans la **clarté de son discours**, sans doute généré par l'émotionnel qui y était associé. Cela est particulièrement commenté dans le groupe S-EMDR, étant contraint d'employer le jargon EMDR, particulièrement en phase 3.

- *« Moi je suis pas clair dans comment je le dis parce que pour moi dans ma tête les mots se mélangent en fait, parce que je veux bien la dire et que euh... enfin la dire comme elle est écrite en fait. Et donc du coup, comme elle est écrite, elle ne fait pas sens pour moi. Parce que j'ai bien compris l'intention, l'idée, ce qu'il faut faire derrière, mais les mots que j'emploie à ce moment-là ne font pas sens parce que c'est pas les mots que j'utilise habituellement. Et du coup, bah j'envoie quelque chose qui est pas compréhensible... que je montre que moi j'ai pas compris. (...) Et en plus, je crois que là je me vois regarder... je le regarde pas lui, là. Je cherche mes mots donc je regarde ailleurs que vers lui. Euh parce que je vais reformuler en fait la phrase et je cherche les mots les plus adéquats pour qu'il puisse comprendre je crois. Mais je sais que je suis pas clair, je me rappelle t'façon à chaque fois que je dois dire cette phrase là exacte, je suis pas clair parce que je la lis. Et les mots s'entrechoquent dans ma tête » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« Là, la manière de parler très très vite c'était pas le thérapeute. C'était moi qui dis 'allez faut avancer, il faut faire, et surtout dire la phrase correctement', donc il la débite. Donc là pendant quelques secondes c'est plus l'État du Moi thérapeute c'est l'État du Moi personnel » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je suis en train de lire ma feuille là, machin, est-ce que c'est bien ça. Alors je sais pourquoi je le fais, parce que je veux faire correctement le protocole, je veux dire les bons mots, je veux que ça serve, je suis dans un cadre particulier. C'est pour ça que je bute sur le mot » [A.S-EMDR ; MV].*

- « *Je crois que je lui explique très très vite, je crois que j'ai un débit de parole hyper rapide pour lui expliquer comment ça se passe, etc. Je ne suis plus sûr. Ouais je débite là. Il faut dire tout ce qu'il faut là* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Et du coup j'ai mélangé, et je pense que c'est ça sur pas mal de moments au début, entre ce que j'ai l'habitude de dire qui sort un peu de la phrase type, et d'essayer de raccrocher quand même la phrase type. Parce que là, 'la première pensée la plus perturbante', ça va pas du tout* » [B.S-EMDR ; LF].

Enfin, la contrainte du cadre de la recherche a impacté au niveau de l'**investigation thérapeutique** elle-même.

- « *Elle est en train de me dire j'aurais aimé que ça se finisse pas comme ça, et moi je réponds rien. Et je passe à la question d'après (...) elle m'apporte un truc, elle finit sa phrase en me disant j'aurais aimé que ça se finisse autrement, que ça se finisse pas comme ça, tu sens derrière qu'il y a une activation émotionnelle, en tout cas je l'entends et je le sens maintenant, et à ce moment-là je le prends pas du tout. Je le mets pleinement de côté comme si c'était pas important et je passe à autre chose* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Sans la caméra j'aurais dit vous me résumez ce qu'on a fait la dernière fois mais j'ai pas osé [rires]* » [C.L-EMDR ; MM].

⇒ **Idées-clés sur le comportement du thérapeute motivé par la recherche** : application du protocole standard par automatisme et/ou par contrainte ; contraintes en termes de temps ; impact dans la clarté du discours du thérapeute ; et impact dans l'investigation thérapeutique elle-même

2.4. MOTIVE PAR SON EXPERIENCE

Ce sous-thème fait référence aux comportements du thérapeute qui ont été motivés par son expérience clinique. Ce sous-thème est composé au total de 85 références d'encodage : 32 dans le groupe S-EMDR (32,96%) et 53 dans le groupe L-EMDR (67,04%). Ce sous-thème a tendance à être davantage verbalisé dans le groupe Libre-EMDR.

Les psychothérapeutes sont amenés à faire référence à leur expérience clinique passé lorsqu'ils sont **confrontés à une incompréhension de leur patient**.

- « *Là j'arrivais pas à expliquer ce que j'attendais. Il comprend pas ce que ça veut dire. Donc du coup j'utilise un exemple, l'exemple bateau, j'utilise l'accident de voiture, le cambriolage, enfin voilà. Généralement les gens, ça leur parle. Donc là, j'explique, je donne des exemples en fait* » [A.S-EMDR ; MN].

- « Je fais très attention quand je décris la CN parce qu'au début quand je le faisais, avec quelques patients ils pensaient vraiment que c'était eux ça, que la CN c'était eux, alors je dis bien 'la pensée irrationnelle' et 'dans les pires moments qu'est-ce que vous avez pensé de vous' » [C.L-EMDR ; MM].
- « J'ai remarqué quand même que sinon ils comprennent pas donc pas mot pour mot exactement, mais je garde quand même le déroulé » [D.L-EMDR ; BB].
- « Parce que j'avais remarqué que souvent pour les patients c'était compliqué de venir au rendez-vous en se disant 'oh je vais encore travailler sur une CN, ça va être horrible'. Il y en a qui vont pas bien la veille, ils font des cauchemars. Alors c'est pour montrer que dans le protocole y a des temps de travail, y a un chemin à faire avant d'arriver au bout. De la psychoéducation quoi. Je le fais au fur et à mesure, je le fais pas avant parce qu'il faut qu'ils retiennent trop de choses » [C.L-EMDR ; SS].

Mais surtout, l'expérience clinique du thérapeute se mesure dans leurs **habitudes de pratique du protocole standard**. A ce titre, la plupart font référence à leur expérience afin de justifier qu'il **n'est pas nécessaire, selon eux, de suivre le protocole standard strictement**. Nous proposons ci-dessous de nombreuses illustrations, s'agissant d'un point clé de questionnement de la recherche DETECT-EMDR.

- « J'ai une expérience aussi d'autres consultations où je suis pas forcément le protocole. Le même type de situation avec le même type de patient où je sais que lorsque j'ai suivi strictement le protocole, il y a des fois où ça bloqué. Vu que de par mon expérience, quand j'avais assoupli un petit peu le protocole, ça avait fonctionné, je pense qu'à ce moment-là, je suis un peu dubitatif » [A.S-EMDR ; MV].
- « Peut-être que là encore une fois quand elle me dit je suis à 100% etc. ben je me dis que y a déjà une cognition positive installée et que j'ai pas besoin de travailler plus. Au bout d'un moment je me dis quand même ne cherche pas bêtement quelque chose, tu sais bien que des fois y a des gens cognitivement...la croyance cognitive elle est là, maintenant faut juste passer à l'émotionnel qui est peut-être pas traité correctement » [A.S-EMDR ; MV].
- « Maintenant je propose beaucoup plus les CN. Là j'ai un peu proposé parce que je sens que sinon, il part dans des choses. Je trouve que c'est toujours difficile les CN pour les gens. Alors des fois je propose un peu » [D.L-EMDR ; BB].
- « La VOC comme je te dis je m'y attarde pas et je m'interroge pas plus que ça. Après moi je vais plus sur l'émotion, les sensations du corps » [D.L-EMDR ; BB].
- « Je me dis que c'est le côté surprenant du mouvement des yeux qui fait que les gens veulent bien faire et suivent bien, sont à fond, et du coup ils en oublient de se connecter à ce qu'ils ont. Donc c'est pour ça que moi habituellement quand c'est la première fois, je le prends pas comme du matériel, pas forcément. Je me dis juste que voilà, c'est le démarrage et puis du coup on reconnecte avec la situation. (...) Oui c'est par expérience. Moi ça m'arrive souvent que les premiers mouvements les gens me disent 'ah j'ai suivi vos doigts, j'ai compté...' voilà donc moi je me permets, là je me disais que j'avais

reconnecté avec tous les trucs, mais habituellement je reconnecte maintenant plutôt avec la sensation du corps ou avec l'émotion » [D.L-EMDR ; BB].

- « C'est vrai que j'ai toujours travaillé comme ça. C'est intéressant de pas couper, j'attends. Alors parfois je me fais avoir. Parfois il faut couper. Mais là je trouve que c'est intéressant de les laisser. Donc effectivement, je me rappelle que le superviseur avait dit qu'il fallait pas trop [laisser parler pendant la phase 4], en même temps je me vois pas... Là j'observe que j'attends le blanc » [D.L-EMDR ; BB].
- « On lui a dit que l'EMDR ça marchait, qu'il en avait besoin. Et des fois avec des gens comme ça, tu fais un tout petit peu pour créer un peu d'alliance, mais tu vas pas travailler certaines choses, comme ça il est content, enfin pas il est content mais il découvre la technique, et moi ça me permet de rebondir aujourd'hui dans 'voyez, c'est pas si facile, y a d'autres choses d'abord qu'on doit aller chercher avant de refaire de l'EMDR'. Je trouve que c'est important qu'il puisse ressentir aussi qu'il y a des parties de lui qui ne sont pas encore prêtes à aller travailler. Et ça, ça a permis qu'on puisse discuter aujourd'hui là-dessus » [D.L-EMDR ; BB].
- « Après je veux dire, au bout d'un certain nombre de séances avec mes patients, en général ça coïncide, c'est rare que l'analyse que j'ai de ce moment-là [l'événement le plus perturbant à travailler] n'est pas celle qu'eux vont me dire, mais parfois ça arrive. C'est pour ça que je les laisse beaucoup parler, et là je suis pu dans le protocole, mais je les laisse beaucoup parler de leur histoire et j'ai quelques patients, elle en fait partie, qui sont capables de parler pendant une heure, une heure et demi, et je me dis ben ils en ont besoin » [C.L-EMDR ; MM].
- « Parce que je me dis qu'au niveau des associations, y a des choses qui reviennent. Qu'en mettant en place la CP, le travail va continuer à se faire, si y a des choses négatives qui doivent ressortir ben ça ressortira là, la CP est là pour ça. On a suffisamment avancé donc pour moi elle est prête. Et si je vois par hasard que ça marche pas, et ben je retourne sur la CN, c'est pas la fin du monde » [C.L-EMDR ; MM].
- « Toujours [je fais verbaliser la CP à voix haute]. Il y a un ancrage dans le présent. C'est du renforcement pour moi. Et souvent, quand ils le verbalisent, ils craquent et ils pleurent. Je trouve qu'au niveau du codage, si ça reste dans la pensée ça suffit pas. La verbalisation, c'est mieux. Si je pouvais je leur ferais même écrire, je ferais toutes les entrées possibles, pour que le renforcement, que l'empreinte soit de plus en plus forte. Et je me demande même si en fin de séance leur faire écrire un résumé et me le faire lire, c'est des choses que j'expérimenterais bien. Ils l'écrivent et ils le lisent. Parce que pour moi au niveau cognitif, c'est pas la même chose quoi » [C.L-EMDR ; MM].
- « Oui alors, c'est pas dans le protocole ça. Quand y a rien qui se passe à la première stimulation et parfois à la deuxième, je leur dis souvent 'mais à quoi vous avez pensé pendant que vous suiviez mes doigts, que vos yeux bougeaient ?' Et ça marche ! Il y a quelque chose qui sort. Alors on continue avec ça et puis j'y vais » [C.L-EMDR ; SS].

L'application du protocole standard diffère également en ce qui concerne **l'administration des SBA**, nourri par leur expérience clinique.

- « Parce que j'ai remarqué que... en allant un petit peu plus loin, il y avait enfin j'ai la sensation que les patients vont un peu plus loin quand on se pose. Mais ça c'est depuis le début, c'est pas un truc que j'ai observé en deux mois. Et que du coup, quand je vais un peu plus long, et ben y a plus de... comment dire... y a plus de liens, y a plus de matières entre les SBA » [B.S-EMDR ; LF].
- « Je m'aperçois là que je mets des pincettes, en disant là on n'y est pas. Quelque fois je me suis aperçue qu'il y avait des patients qui trouvaient la question...comme si c'était inapproprié. Et c'est pour ça que je prends des pincettes pour la CP en disant qu'on n'y est pas encore. Mais ça je m'en rends pas compte. Là en voyant ça, je sais que c'est parce que quelque fois ils sont surpris. Ça peut faire un souci d'accordage, certains le perçoivent comme ça. Et alors de la même manière, sur cette échelle, quelque fois c'est comme pour la VOC, y en a certains quand tu dis de 0 'je suis pas perturbé' qui se sentent offensés. Alors j'explique » [B.S-EMDR ; MB].
- « Je leur demande souvent s'ils veulent que je fasse plus longtemps ou moins longtemps, parce que dans leurs associations des fois je m'arrête et ils sont en train d'associer, et tu peux pas le savoir en fait » [D.L-EMDR ; AH].
- « Des fois, moi je lance un tissage et je fais des SBA après, et je dis de réfléchir à ça pendant qu'on fait les SBA. Et je me dis tiens on essaye, comme ça son cerveau il continue à bosser, et il va peut-être être stimulé dans cette direction. Il va aller chercher ce qu'il a besoin » [D.L-EMDR ; AH].

Enfin, l'expérience clinique des thérapeutes les nourrit avec l'**utilisation d'outils ou de techniques supplémentaires**, en dehors de la stricte application du protocole standard.

- « Parce que la première fois je le montre systématiquement [tableau des cognitions négatives et positives]. Je trouve ça tellement plus clair. Et quand je vois que ça accroche ou quoi, après j'ai tendance à l'utiliser souvent » [B.S-EMDR ; LF].
- « Je sors la liste [des cognitions négatives et positives] parce que je sens qu'elle n'a pas » [B.S-EMDR ; MB].
- « Parce que je le fais systématiquement [de questionner les peurs bloquantes]. Et puis là j'étais en train de me dire que maintenant y a d'autres personnes où je le fais un peu en amont. Je le questionne pas aussi franchement, mais je l'ai toujours en tête ça d'abord. Alors pourquoi je l'ai fait... Ouais non, parce que maintenant c'est quelque chose qui est vraiment intégré chez moi et je le vérifie toujours un petit peu » [D.L-EMDR ; BB].
- « Je tente avec ça [faire dérouler le film de l'événement dans la tête], et je me dis en faisant la phase 3, je me suis dit on verra bien si c'est perturbant ou pas en travaillant là-dessus » [D.L-EMDR ; BB].
- « Ah moi je viens avec les cognitions négatives de plus en plus pour mes patients. Mais j'en ai plusieurs et après je demande laquelle » [C.L-EMDR ; AB].

⇒ **Idées-clés sur le comportement du thérapeute motivé par son expérience** : référence à l'expérience face à une incompréhension de leur patient ; ce sont surtout les habitudes de

pratique du protocole standard différentes de l'application stricte, incluant l'administration des SBA et la mobilisation de techniques ou approches supplémentaires.

2.5. MOTIVE PAR SON SAVOIR THEORIQUE

Ce sous-thème fait référence aux comportements du thérapeute qui ont été motivés par les connaissances théoriques dont il dispose et qu'il peut mobiliser durant sa pratique. Ce sous-thème est composé au total de 98 références d'encodage : 58 dans le groupe S-EMDR (56,76%) et 40 dans le groupe L-EMDR (43,24%).

Bien évidemment, et particulièrement dans un tel design de recherche, la majorité du savoir théorique mobilisé par le thérapeute qui le pousse à l'action concerne la **connaissance du protocole EMDR standard**.

- « *On cherche une cognition négative. Bien formée, sujet, verbe, complément* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Le tableau qu'on avait reçu en formation avec les différentes cognitions négatives... (...) les phrases qui sont écrites en gros comme ça dans ma tête. Et euh... Et quand les gens me parlent, je... ça s'allume. On est dans cette case-là* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *J'ai des phrases du type, ce que je me rappelle, 'je suis pas capable', 'c'est de ma faute', des choses comme ça qui arrivent* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je cherche une cognition positive qui correspond plus à 'c'est de ma faute'. Parce que quand on tourne à 180°, 'c'est de ma faute' et 'je n'y suis pour rien' ça marche bien. Alors que 'c'est de ma faute' et 'j'ai fait ce qu'il fallait' ça marche pas dans toutes les situations* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *J'utilise la métaphore du train, parce que je me rappelle que c'était un truc, qu'on pouvait utiliser dans le protocole la métaphore du train ou la télécommande. Donc je prends celui-là. Je l'utilise très très souvent celle du train, c'est celle que je préfère. Je trouve qu'elle est plus parlante, moi qui prends beaucoup le train* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Mais du coup ce que je fais, j'ai énuméré les registres de notre feuille, tu sais des cognitions négatives et positives, pour donner des exemples et permettre à la patiente de lier pour qu'elle puisse trouver quelle est la phrase négative qui parle d'elle, qu'on attend* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *Je continue parce qu'on n'est pas du positif, c'est une évolution. Là il y a une différence après retour à la cible, ça patine pas, donc je continue. Et en même temps c'est pas que 'c'est bon ça va'* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *Alors moi, je garde en tête que quand il y a de l'abréaction on laisse faire le processus, on s'arrête pas* » [D.L-EMDR ; AH].
- « *Je l'exprime toujours comme ça parce que pour moi y a pas d'interprétation. Je prends toujours les mêmes phrases, pour autre chose non mais pour la cible oui* » [D.L-EMDR ; BB].

- « *Je parle des différents types de stimulation. Peut-être que c'est parce que y a rien qui se passait et que si y a rien qui se passait je me suis dit ah ben mince je ne lui ai pas dit, dans la psychoéducation que j'ai fait tardivement, je ne lui ai pas dit qu'il pouvait y avoir différents types de stimulation* » [C.L-EMDR ; SS].

En plus du protocole standard, les thérapeutes peuvent faire référence à d'autres données que nous apprend la **psychologie de la santé**.

- « *Tu sais que l'humour c'est une ressource psychologique importante et du coup j'essaye de renforcer ça et de dire bah oui t'as le droit de le faire ici et c'est pas un problème en fait, et continue, et si c'est une ressource pour toi ben continue* » [A.S-EMDR ; MN]

Ils font également référence brièvement à des aspects de **neurobiologie**, certes vulgarisés et souvent enseignés dans le cadre de la pratique de l'EMDR.

- « *Je me suis dit que c'était pour favoriser le travail [de traitement de l'information], l'émotion qui est en train de se travailler, et favoriser que le cerveau puisse aller connecter quelque chose avec l'émotion* » [D.L-EMDR ; AH].

Les thérapeutes font référence à des **connaissances sur le cadre et la pratique en générale de la psychothérapie**, connaissances qu'ils tirent la plupart du temps de leur supervision.

- « *Ah là je récupère tout en fait. Comme je sais que j'ai fait la partie d'évaluation de la distance, fallait que je reconnecte. Et pour x raisons, quand habituellement quand y a un truc qui arrive, ou un téléphone qui sonne, ou machin, je reprends toujours. Et je me souviens, je ne sais plus quelle superviseuse me disait que c'était bien. Donc je refais ça pour être sûre que quand on part, elle est bien* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Maintenant j'essaie la technique d'une superviseuse qui dit de faire des pauses dans la question* » [D.L-EMDR ; BB].

Enfin, et c'est bien logique considérant les objectifs de l'étude et du cadre d'intervention de l'EMDR, les connaissances citées se situent majoritairement en **psychotraumatologie** (hors protocole EMDR standard).

- « *Je sais que le précoce c'est beaucoup des sensations, donc j'ai beaucoup ça en tête et je me dis 'tiens, on va vérifier'* » [D.L-EMDR ; AH].
- « *Un peu comme les mémoires précoces, j'avais ce protocole en tête. Et comme c'était quelque chose de très précoce, je me suis dit tiens, on va voir ce qui arrive, ce que le cerveau va amener comme image* » [D.L-EMDR ; AH].
- « *Je décide de switcher. Je me dis que si on est dans du préverbal, c'est peut-être dur de poser des mots. Alors je décide de switcher les cognitions. Et en fait elles viennent après. Je me suis dit tant pis, comme quand on fait pour les enfants, on mettra une cognition positive après* » [D.L-EMDR ; AH].

- « Tu vois j'encourage vachement, parce que je repense au truc des enfants, je me dis que c'est un bébé, donc je dis toujours c'est bien, on y va... C'est une belle vidéo pour le reparentage. Y a ce côté c'est fini, ben je vais lui dire que ça va finir à un moment, qu'elle doit être courageuse pour passer ce moment là, je trouve que c'est hyper intéressant » [D.L-EMDR ; AH].
- « Là je pensais au silence, et la formation que j'ai fait sur la dissociation. La thérapeute laissait beaucoup de silences avec sa patiente, et dans la séance il y a plein de trucs qui se passaient en termes de dissociation. Et en fait là je pensais à ça en même temps et je me disais c'est chouette, ces silences lui permettent de réfléchir aussi. Et c'est bien que je renchaîne pas avec un truc » [D.L-EMDR ; BB].

⇒ **Idées-clés sur le comportement du thérapeute motivé par son savoir théorique :** références à la connaissance du protocole EMDR standard, à la psychologie de la santé, à la neurobiologie, aux connaissances sur le cadre et la pratique en générale de la psychothérapie et à la psychotraumatologie.

THEME 2, en résumé... Le comportement tel qu'il est effectué par le thérapeute est motivé par différents aspects.

(1) En premier lieu, il est motivé par ce qu'il observe, autrement dit les signes cliniques. Le thérapeute agit lorsqu'il observe son patient en détresse émotionnelle ou lorsqu'il peut craindre sa fragilité psychologique, mais également face à la non-congruence d'une information non-verbale qu'il observe chez lui, créant un décalage entre ce que le patient dit et ce qu'il montre. Ce feedback, croisé avec les informations qu'il sait déjà de l'histoire de vie de son patient, peut l'amener à agir. Ces actions ont pour but de soutenir l'introspection et d'aider à l'élaboration mais également pour aider le patient à être en contact avec le matériel traumatique. Il fut mentionné également que le thérapeute pouvait adopter un comportement s'il avait besoin lui-même de se rassurer quant à la stratégie thérapeutique qu'il emploie ou pour s'assurer de la stabilisation émotionnelle de son patient. Étroitement en lien avec la notion de respect qui apparaissait si importante pour les thérapeutes (voir 1.1. L'importance du lien pour le thérapeute), ils peuvent aussi agir dans le but d'exiger que le patient se respecte lui-même, en n'admettant pas, par exemple, qu'il parle de lui en se dévalorisant ou en refusant de prendre le dessus sur lui. Enfin, des actions peuvent être motivées par une volonté technique, particulièrement lorsqu'il s'agit de rechercher la cognition négative. Dans les autres cas de figure et en l'absence de signes contradictoires ou incongruents, les thérapeutes expliquent être dans une optique de laisser-faire le processus.

(2) Deuxièmement, le comportement des thérapeutes peut être motivé par leurs ressentis, qu'il s'agisse de stress, de surprise ou d'un changement de rythme dans l'interaction. Ils peuvent également suivre le besoin d'aider, de rassurer ou de prendre soin de leur patient. Mais surtout, ce sont leurs ressentis contre-transférentiels, dans les émotions que leurs patients peuvent projeter sur eux, qui peuvent guider la pratique des thérapeutes.

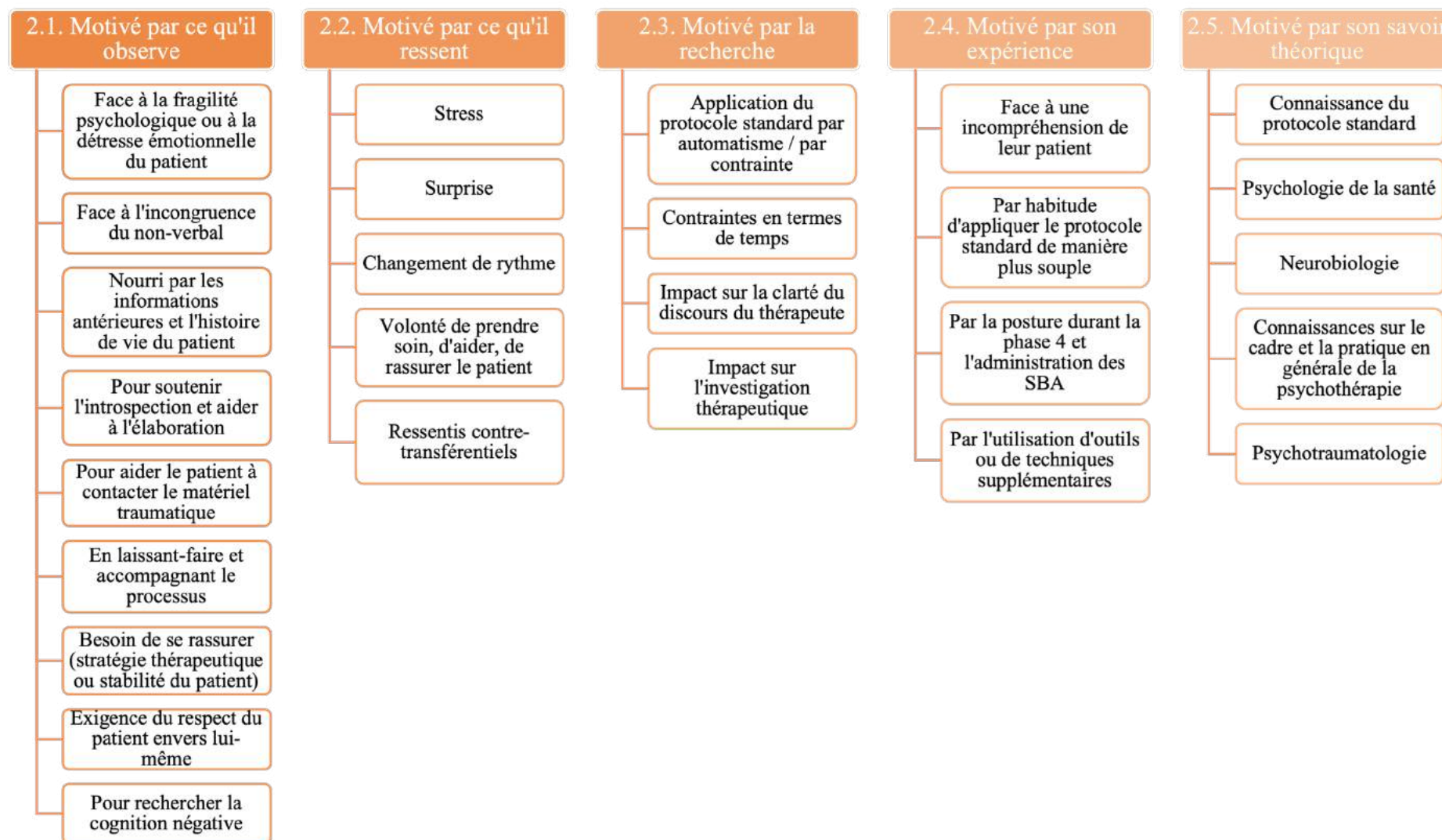
(3) Troisièmement, le comportement des thérapeutes peut être motivé par le cadre de la recherche. Ils l'expliquent par l'application du protocole standard par automatisme ou par contrainte, mais également par les limites en termes de temps que l'étude impose (6 séances maximum par patient). Ce point peut impacter l'investigation thérapeutique elle-même, mais également la clarté du discours, souvent due au stress que le thérapeute ressent face à ces contraintes.

(4) Quatrièmement, le comportement des thérapeutes peut être motivé par leur expérience clinique. Lorsqu'ils sont face à une incompréhension de leur patient, les thérapeutes peuvent se référer à des expériences de suivis antérieurs pour guider leur pratique. Mais surtout, ce sont les habitudes de pratique du protocole standard qui sont discutées. Les thérapeutes évoquent par expérience que l'application stricte du protocole n'est pas nécessaire et que des expériences de succès de suivis passés où ils ont pratiqué différemment les confortent dans cette idée. Cela les amène à faire des choix de pratique parfois loin du protocole standard, cette pratique habituelle ayant été particulièrement contrainte dans le groupe Strict-EMDR. Forts de leur expérience, leur posture durant la phase 4 ou les choix qu'ils font dans l'administration même des SBA diffèrent également. Enfin, leur expérience les enrichit par la mobilisation de techniques ou d'approches supplémentaires.

(5) Pour finir, le comportement des thérapeutes peut être motivé par leurs connaissances théoriques. En dehors de leur connaissance du protocole EMDR standard, ils peuvent s'enrichir de théories et données de psychologie de la santé, de neurobiologie ou encore de psychotraumatologie. C'est également par leur pratique de supervision qu'ils font référence à des connaissances sur le cadre et la pratique générale de la psychothérapie.

Dans l'analyse des discours, bien qu'une différence de répartition des thèmes soit observée entre les deux groupes, on constate peu de différences dans les pratiques. Seul le groupe Strict-EMDR rapporte davantage de difficultés dans les contraintes liées à la recherche, ceci étant causé par la consigne de l'application stricte du protocole standard. En dehors de ça, ils mobilisent les mêmes références et expériences, et ont majoritairement les mêmes habitudes de pratique, qui ne font pas nécessairement référence au protocole standard. Le schéma 21 ci-dessous récapitule ces différents points.

Schéma 21 : Représentation du Thème 2 « Le comportement du thérapeute »



3. THEME 3 : LE PROTOCOLE STANDARD EMDR

Sont encodés dans cette partie les verbatims du discours du thérapeute à propos de sa pratique du protocole EMDR standard. Ce thème, en gris dans les différents schémas et tableau (voir schémas 18, 19 et tableau 17 pages 181-184), comporte 198 références d'encodage, tous groupes confondus. S'agissant de notre objet d'étude, cette catégorie est assez transversale, particulièrement avec celle sur les contraintes liées à la recherche. Il est composé de deux sous-thèmes : le protocole standard en tant que contrainte et le protocole standard en tant que fil rouge. Globalement, ce thème suit une répartition hétérogène ($\chi^2 = 30,192$; $p < 0,001$) entre les deux groupes de notre étude.

3.1. CONTRAINTE

Ce sous-thème fait référence à l'application du protocole EMDR standard vécue comme une contrainte. Sans surprise, c'est majoritairement dans le groupe Strict-EMDR que cette contrainte est vécue. Ce sous-thème est composé au total de 79 références d'encodage : 76 dans le groupe S-EMDR (97,16%) et 3 dans le groupe L-EMDR (2,84%).

En premier lieu, les psychothérapeutes expriment devoir vivre cette contrainte du protocole EMDR standard en se sentant dans **un mode automatique**.

- « *Je sais pas. Je sais pas, je crois que j'étais plongé dans le truc 'OK, y'a rien qui vient, on passe au suivant'. Là à ce moment-là ça va pas plus loin* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Donc j'applique. Et tu vois, c'est en ça que je dis, peut-être que je me sentais un peu moins thérapeute, c'est que... J'ai... je perds mon sens critique en fait à ce moment-là je crois... Dans les deux phases 4 qu'on a vu ensemble, je pense que... Vu que c'est une application stricte, je ne me pose pas la question (...) e crois que le cadre m'a fait juste appliquer bêtement le protocole et c'est en ça que je me sens moins thérapeute, c'est que j'ai appliqué bêtement un truc (...) J'ai l'impression que la phase 4 me fait perdre dans ce cadre-là, ma capacité d'analyse, de réflexivité, réflexion, d'analyse critique etc. Je crois que je suis pas là-dedans. Voilà* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je suis en train de lire ma feuille là, machin, est-ce que c'est bien ça. Alors je sais pourquoi je le fais, parce que je veux faire correctement le protocole, je veux dire les bons mots, je veux que ça serve, je suis dans un cadre particulier (...) Clairement un technicien ou un chercheur qui doit suivre son truc, son protocole bêtement, et c'est dommage. C'est vraiment dommage* » [A.S-EMDR ; MN].

Cette contrainte se ressent dans le **langage peu fluide** et le vocabulaire employé.

- « *J'ai toujours le même problème avec la phrase exacte quoi. Voilà, c'est moi qui ne les connais pas par cœur et, et, du coup voilà, je bute sur les mots parce que je la connais pas par cœur* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je suis moins à l'aise parce que je dois suivre un truc écrit* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je dis hyper vite parce que c'est pas naturel pour moi, c'est plus naturel pour moi de le dire comme ça* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Ouais je débite là. Il faut dire tout ce qu'il faut là (...) là moi je parle très très vite, je dis tout ce qu'il faut dire, comme un cours en fait, une leçon que je récite. Et ça n'a pas de sens. Ça n'a pas de sens dans une relation thérapeutique. Et donc je me dis que si moi je ne suis pas en capacité de comprendre et d'assimiler, comment est-ce que la personne en face de moi est en capacité de comprendre et d'assimiler ?* » [A.S-EMDR ; MN]
- « *Je vois encore que je cherche les termes pour être bien dans la bonne phrase. Pourtant c'est qu'une reprise de phase 3* » [B.S-EMDR ; LF].

L'application stricte du protocole standard est vécue comme une contrainte au niveau des **attentes** que les thérapeutes peuvent avoir.

- « *J'avais envie qu'il formule une phrase pour le coup. Alors ça aurait pu être, il aurait pu me répondre 'je suis égoïste' et j'aurais dit bon bah OK euh, c'est peut-être ça* » [A.S-EMDR ; MN]
- « *J'essaie de lui faire comprendre que ce que j'attends, c'est pas... enfin ce que j'attends... ce que le protocole attend* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je dois faire un truc dans mon regard en disant essayez quand même de trouver, euh, un moment une image...* » [A.S-EMDR ; MN].

Les thérapeutes expriment qu'ils ont le sentiment d'être dans une **posture d'injonction de ce qui doit être fait** envers leur patient.

- « *Là en le disant, je le dis parce que... parce que dans le protocole, on dit de faire comme ça, mais en fait euh... Je pense, alors j'ai pas d'exemple en tête si je laisse tout le temps... s'il y a une négation dedans, si je le laisse ou pas... , Je suis pas sûr en le disant, mais je sais quand là je l'explique je me rappelle très bien me dire bon bah il faut une formation affirmative alors je vais chercher une forme affirmative* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je force le patient à suivre ce que ce que je veux pour lui. Ou ce que le protocole veut pour lui (...) Je soumetts mon patient, et là ça me fait vraiment tilt, je soumetts mon patient à un protocole, à 'il faut aller comme ça et c'est bien et continue'. Voilà. Et je m'étais jamais fait cette réflexion avant, enfin si, mais pas aussi poussé je pense. Et c'est pour ça que je pense que je suis moins thérapeute à ce moment-là* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Il faut que je dise les mots, euh comme ils ont été prévus dans le protocole (...) je sais pas si c'est protocolaire, j'ai vraiment essayé de suivre le truc, mais d'un côté je me dis y a le protocole, de l'autre je me dis y a la patiente. Et du coup je me dis la patiente d'abord* » [B.S-EMDR ; LF].

Les **réactions émotionnelles** accompagnent régulièrement ce vécu de contrainte, en termes de stress du protocole mais aussi en termes de frustration ou d'agacement.

- « *Je dis hyper vite parce que c'est pas naturel pour moi, c'est plus naturel pour moi de le dire comme ça. (...) je suis quand même frustré parce que je suis obligé de retourner à une pratique moins souple* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je crois que le thérapeute était saoulé [rires] de suivre le protocole (...) Je crois que j'ai tellement envie de passer à la suite que euh... et faire cette évaluation que j'impose un truc* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je suis un peu frustré parce que ça me force un peu pour dire la phrase exacte qui est dans le protocole, ça me force de la relire et de me rappeler exactement ce que c'est que cette phrase. Et donc moi je... je suis obligé de me détacher un peu de ce moment-là et j'ai peut-être aussi une petite appréhension que j'arrive pas rentrer de nouveau complètement dedans* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je me mets une pression en disant 'moi je dois respecter le protocole'* » [A.S-EMDR ; MN].

⇒ **Idées-clés sur l'application du protocole standard vécu comme une contrainte** : mode automatique du thérapeute ; langage peu fluide ; contrainte dans les attentes que les thérapeutes ont envers leurs patients ; posture d'injonction de ce qui doit être fait ; entraîne des réactions émotionnelles (stress, frustration, agacement).

3.2. FIL ROUGE

Ce sous-thème fait référence à l'application du protocole EMDR standard en tant que fil rouge de la pratique. Ce sous-thème est composé au total de 119 références d'encodage : 72 dans le groupe S-EMDR (71,12%) et 47 dans le groupe L-EMDR (28,88%).

Des thérapeutes peuvent **visualiser** le protocole standard dans leur tête à plusieurs reprises.

- « *Le déroulé dans ma tête il est très clair* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Tu sais le tableau qu'on avait reçu en formation avec les différentes cognitions négatives... Le tableau avec les cognitions négatives et positives en face. Y a ça, mais aussi tu sais en fonction de ce qui est l'estime, la sécurité... Tu te rappelles de ça ? Genre les phrases qui sont écrites en gros comme ça dans ma tête. Et euh... Et quand les gens me parlent, je... ça s'allume. On est dans cette case-là* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Je déroule* » ; « *je laisse dérouler* » ; « *je laisse associer* » (terme repris des dizaines de fois par la thérapeute) [D.L-EMDR ; AH]

Comme dans la partie contrainte, ce protocole standard est vécu comme un **automatisme**, bien que cela ne soit pas connoté négativement ici. Ce n'est pas le protocole qui est en mode automatique mais bien la technique qui, bien ancrée à l'esprit, permet de l'appliquer sans trop y penser et de mobiliser l'attention ailleurs, particulièrement sur le patient.

- « *Moi je fais rien là. Enfin je fais rien... Mon bras bouge tout seul, je réfléchis pas à mon bras, je réfléchis pas à compter, je suis juste focus sur la patiente* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Quand le métronome s'arrête derrière [dans ma tête] normalement j'arrête. Et il s'arrête normalement à 24 [SBA]* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Du moment que j'analyse que c'est du matériel négatif, au cabinet je pose la même question, et je continue* » [B.S-EMDR ; LF].
- « *J'applique, je reconnecte et on suit le truc* » [D.L-EMDR ; AH].
- « *Ben je déroule. Après je... Comme je connais pas le protocole mot pour mot, là... Habituellement je le déroule aussi, je demande toujours la cognition positive, après je... Je passe un peu plus vite s'il la trouve pas* » [D.L-EMDR ; BB].

Le protocole standard peut également faire fonction de **vérification** quand l'information non verbale n'apparaît pas claire pour le thérapeute.

- « *Parce que j'étais pas sûre d'avoir bien compris, là j'étais obligée de vérifier avec des mesures comme c'est noté dans le protocole* » [C.L-EMDR ; SS].

De plus, il permet aux thérapeutes d'**anticiper** ce qui peut se produire chez leurs patients, particulièrement dans la préparation anticipée de tissage cognitif si le patient « patine ».

- « *Je me dis OK on est sur quelque chose de positif, on relance une série de stimulation et euh... Alors évidemment y a la suite qui m'arrive à un moment donné, je me dis voilà si on tombe sur quelque chose de positif, retour à la cible et toute la suite du protocole. (...) Peut-être il va y avoir quelque chose de positif qui va arriver après, et si y a quelque chose de positif qui arrive après, c'est retour à la cible* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Parce que je me dis que peut-être à un moment donné pour un tissage ça va m'être utile* » [B.S-EMDR ; LF].
- « *Par rapport au protocole, est-ce que je laisse couler ou est-ce que je vois qu'il y a un blocage et hop hop hop rappel des trucs théoriques, va faire un CIPOS ou voilà des trucs comme ça...* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *J'observe... Je, je compte les fameux si on est dans du négatif ou du positif ou du neutre, et euh comment dire... J'essaye de réfléchir aux tissages cognitifs déjà* » [B.S-EMDR ; MB].

Le protocole standard, vécu comme un fil rouge, permet de **structurer davantage la pratique**, notamment dans les **enchaînements de phases de travail**.

- « On passe en phase 5 parce que le SUD est à 0. On vérifie que les mots c'est toujours ce qu'il voudrait » [A.S-EMDR ; MN].
- « Je vois pas quelque chose de particulièrement négatif chez le patient, en fait je vois rien de négatif. Je vois pas de larmes monter, je vois pas de crispation de corps etc. Donc je me dis OK peut-être qu'on a atteint la pensée d'après. Et donc du coup j'arrête » [A.S-EMDR ; MV].
- « Y a eu plus de deux trucs positifs à la suite, y en a eu une troisième parce que je voulais bien vérifier que c'était du positif. Donc là le canal a l'air propre, on retourne à la cible » [A.S-EMDR ; MV].
- « Alors moi, je garde en tête que quand il y a de l'abréaction on laisse faire le processus, on s'arrête pas » [D.L-EMDR ; AH].
- « Oui j'ai le protocole dans la tête. Après je ne fais plus au mot près, j'ai beaucoup de mal avec les phrases exactes du protocole. Mais effectivement je suis les étapes du protocole. Donc je vérifie quand même parce que je trouve que c'est chouette cette étape de reprendre la CP » [D.L-EMDR ; BB].
- « Pour moi l'émotion elle est... elle est attachée au discours donc je la questionne tout de suite. J'ai pas besoin d'attendre. Si j'attends, ça lui demande de refaire un travail sur ça. C'est pas le but, je veux pas... je veux pas... enfin c'est artificiel pour moi » [C.L-EMDR ; MM].
- « Parce que je me dis qu'au niveau des associations, y a des choses qui reviennent. Qu'en mettant en place la CP, le travail va continuer à se faire, si y a des choses négatives qui doivent ressortir ben ça ressortira là, la CP est là pour ça. On a suffisamment avancé donc pour moi elle est prête. Et si je vois par hasard que ça marche pas, et ben je retourne sur la CN c'est pas la fin du monde » [C.L-EMDR ; MM].

Nettement, le groupe Libre-EMDR se distingue ici par la verbalisation de davantage de libertés dans la pratique, y compris dans l'enchaînement des phases qui ne sont pas toujours strictement respectées.

Enfin, ce fil rouge permet de réinterpréter les éléments cliniques à la lumière du protocole standard. D'une part, dans le travail de **réinterprétation nécessaire pour identifier la cognition négative en phase 3** :

- « Quand j'ai compris qu'il m'a dit 'égoïste', en fait je me suis dit, on va se retrouver dans une classification du type 'bah c'est de ma faute, j'ai pas fait ce qu'il fallait...' (...) C'est plutôt 'j'ai l'impression d'avoir compris qu'on était sur le registre de la culpabilité'. Et pour vérif... pas pour vérifier, c'était plutôt pour me dire, OK, moi je crois avoir compris ça et pour valider mon hypothèse dans mon exemple, je vais utiliser un... quelque chose de la culpabilité, voir si ça résonne » [A.S-EMDR ; MN].
- « J'essaye d'écouter à la fois ce que les gens me disent, donc du coup ce qu'elle me dit là à ce moment-là pour contextualiser, j'essaye d'écouter ce qu'elle me dit et je réinterprète ce qu'elle me dit pour essayer de la mettre dans une case. A ce moment-là.

Enfin une cognition négative. Et en fait je cherche qu'est-ce que ça veut dire à ce moment-là 'j'ai été possédé'. Et comment est-ce que je pourrais la transformer en cognition négative parfaite » [A.S-EMDR ; MV].

- *« Comme elle m'avait pas donné directement sur le bon registre, je transforme en culpabilité et je lui amène d'autres émotions possibles pour l'aider à comprendre dans quel registre on est. Je lui laisse la possibilité aussi de me dire y a peut-être que de la culpabilité. Je lui dis pas trouve-moi encore autre chose en plus. Y a peut-être juste de la culpabilité et c'est OK. Et je remets bien 'maintenant' » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Mais du coup ce que je fais, j'ai énuméré les registres de notre feuille, tu sais des cognitions négatives et positives, pour donner des exemples et permettre à la patiente de lier pour qu'elle puisse trouver quelle est la phrase négative qui parle d'elle, qu'on attend. (...) Donc là comme on était sur la cognition négative de la vulnérabilité, je propose pour voir si ça colle par exemple » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« J'ai remarqué quand même que sinon ils comprennent pas donc pas mot pour mot exactement, mais je garde quand même le déroulé » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Moi je retransforme. Elle me dit la responsabilité, la responsabilité c'est pas une émotion. Et donc du coup j'essaye de transformer en culpabilité. Et quand elle me dit moins, quand tu dis moins c'est qu'il y a encore quelque chose. Je ressens moins qu'avant, mais sinon elle m'aurait dit « je ressens plus de responsabilité » ou je sais pas quoi. Je reprends son mot responsabilité, je le change en émotion, c'est la culpabilité pour le coup, est-ce que c'est ça que vous ressentez, et y en a encore. Et du coup j'essaye de voir s'il y a autre chose. Est-ce qu'on est que sur de la culpabilité ou je lui donne plusieurs émotions plutôt négatives à ce moment-là » [A.S-EMDR ; MV].*

D'autre part, dans l'**interprétation du matériel négatif** qui émerge en phase de désensibilisation :

- *« Je crois, dans mes souvenirs, je me dis « on est toujours sur du positif parce que la sensation a l'air de diminuer les émotions, les émotions ont diminué, l'image est moins perturbante, OK. Il reste encore quelque chose, donc on va voir » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« Donc là c'est que du positif donc je refais un set. Je sais plus ce qu'il me dit tout de suite après, mais si c'est de nouveau positif j'ai la suite, je retourne à la cible, ça c'est presque sûr. Là c'est application » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« Je suis toujours en train de chercher, à évaluer si on est dans du négatif, dans du neutre ou dans du positif. Parce que selon le protocole il faut réagir en fonction » [B.S-EMDR ; LF].*
- *« Dans ma tête je me dis 'et de l'. Parce que ça pour moi ça équivaut à une réponse positive » [B.S-EMDR ; LF].*
- *« Il a été sur du positif, du coup je remonte à la cible pour voir où on en est sur le SUD. Il avait une sensation, il parlait de boule, donc voilà pour vérifier » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Après je laisse dérouler, je ne veux pas trop reprendre. Je me dis on va laisser venir ce qui vient et on va voir (...) Le processus se fait bien, il n'y a pas besoin d'intervenir » [D.L-EMDR ; LL].*

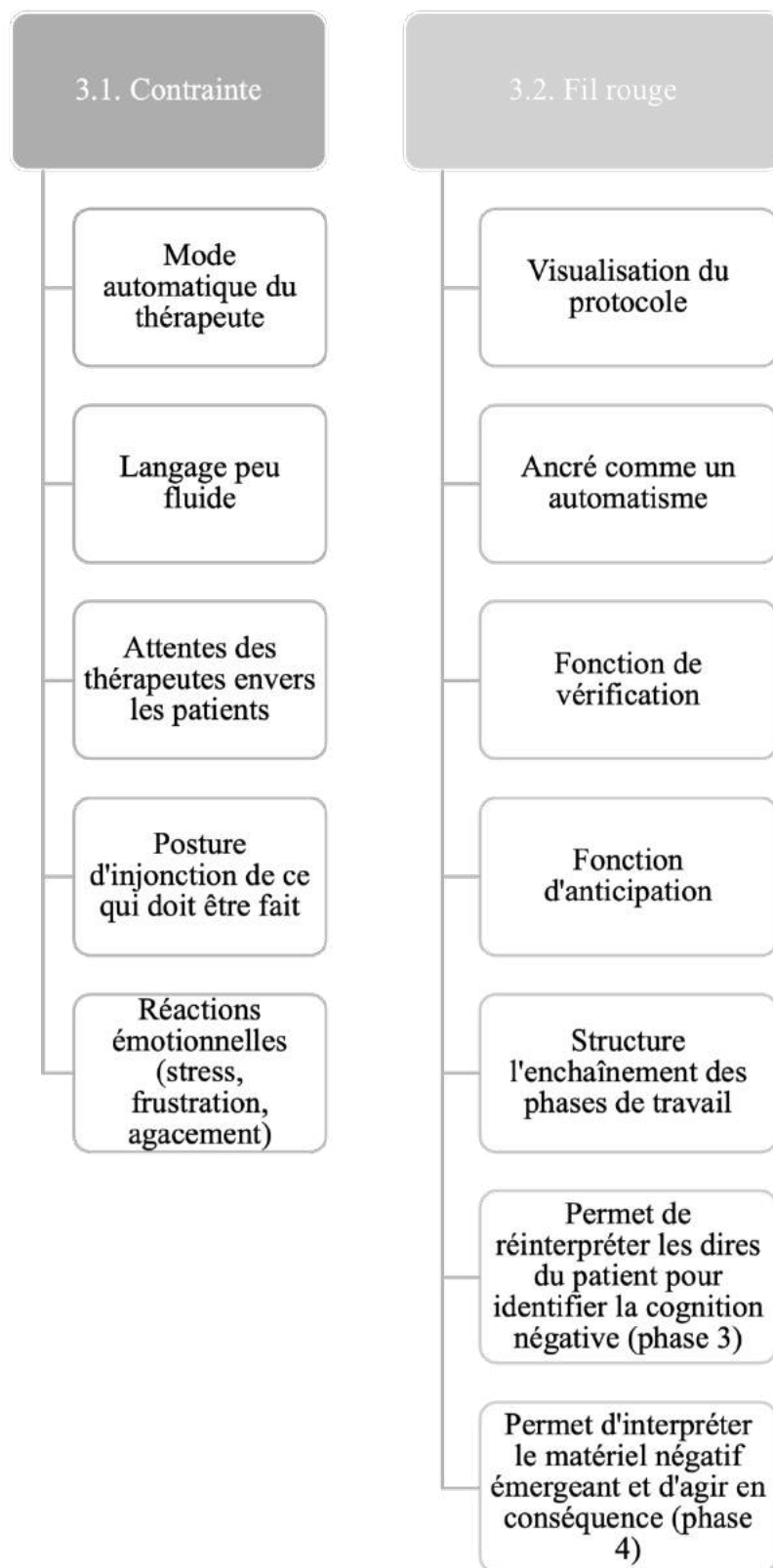
⇒ **Idées-clés sur l'application du protocole standard en tant que fil rouge de la pratique :**

les thérapeutes le visualisent dans la tête ; est ancré comme un automatisme ; fait fonction de vérification et d'anticipation ; permet de structurer les enchaînements de phases de travail ; et offre surtout un cadre sécurisant et structurant permettant de réinterpréter les éléments cliniques à la lumière du protocole : d'une part dans le travail de réinterprétation pour identifier la cognition négative (en phase 3), d'autre part pour interpréter le matériel négatif qui émerge et agir en conséquences (en phase 4).

THEME 3, en résumé... Le protocole EMDR standard est profondément ancré dans l'esprit de nos thérapeutes. D'un côté, il peut être vécu comme une contrainte, particulièrement dans le groupe Strict-EMDR. Cette contrainte s'exprime dans les attentes que les thérapeutes ont envers leurs patients, les amenant à être dans un mode automatique et dans une posture d'injonction de ce qui doit être fait, au nom du protocole. C'est au travers d'un langage peu fluide, plutôt jargonneux qu'en témoignent les réactions émotionnelles des thérapeutes face à ce vécu de contrainte (en termes de stress, de frustration et d'agacement). L'un d'eux (S-EMDR) pourra aller jusqu'à dire que particulièrement dans la phase de désensibilisation, alors qu'il est en mode automatique, c'est là qu'il se sent le moins thérapeute.

D'un autre côté, le protocole EMDR standard est vécu par tous comme un fil rouge, offrant un cadre sécurisant et structurant de la pratique. En le visualisant dans leurs têtes, les thérapeutes le vivent comme un automatisme, mais permettant de l'appliquer sans trop de réflexions ce qui permet de mobiliser l'essentiel de l'attention sur le patient. Le protocole est ainsi ancré comme un automatisme ce qui est bien différent d'un thérapeute en mode automatique, robotique. Ce fil rouge leur permet de vérifier parfois leur doute et d'anticiper aussi leur travail, particulièrement grâce à l'enchaînement des phases de travail qu'il propose. Plus encore, le protocole standard offre un cadre de compréhension des éléments cliniques. D'une part, parce qu'il permet de réinterpréter les croyances que le patient émet sur lui afin d'identifier la cognition négative en phase 3 ; d'autre part, parce qu'il permet d'interpréter le matériel négatif qui émerge en phase 4 et d'agir en conséquence. Le [schéma 22](#) ci-dessous récapitule ces éléments.

Schéma 22 : Représentation du Thème 3 « Le protocole EMDR standard »



4. THEME 4 : LE RAPPORT AU TEMPS

Sont encodés dans cette partie les verbatims du discours du thérapeute à propos du temps, qu'il s'agisse du temps qui passe ou de la dimension de la planification dans le temps, tant du côté du thérapeute que du patient. Ce thème, **en jaune** dans les différents schémas et tableau (voir **schémas 18, 19** et **tableau 17** pages 181-184), comporte 65 références d'encodage, tous groupes confondus. Il se décline en deux sous-thèmes : l'espace-temps du patient et le temps de la thérapie. Globalement, ce thème est réparti de manière homogène entre les deux groupes ($p>0,05$).

4.1. L'ESPACE-TEMPS DU PATIENT

Ce sous-thème fait référence à la manière dont le thérapeute se représente l'espace-temps de son patient. Ce sous-thème est composé au total de 16 références d'encodage : 6 dans le groupe S-EMDR (23,26%) et 10 dans le groupe L-EMDR (76,74%).

Les psychothérapeutes **se représentent le temps qui passe chez leur patient**, en termes de chronologie qui lui est propre.

- « *[Je me représente] le déroulé de l'événement. J'attends qu'il sorte de l'hôpital et [je vais] à ce qu'il s'est passé après* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Qu'il faut accepter que parfois le temps fait des choses et que ça permet d'avancer petit à petit et qu'il faut se laisser le temps de la réflexion* » [D.L-EMDR ; BB].
- « *Et dans son récit je sais ce qui vient après, je vois ce qui se superpose dans ce que j'ai compris de son histoire (...) Enfin ça se déroule comme un film, et j'arrive à voir où on s'arrête dans son histoire, ce qui vient après* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Pour voir elle où elle en est (...) Pour voir le chemin qui reste derrière* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Pour avoir le déroulement de ce qui s'est passé avant, pendant et après. Pour essayer de placer ça dans son histoire. Le déroulement temporaire est important* » [C.L-EMDR ; SS].
- « *De l'endroit où elle est, est-ce qu'elle reste dans l'événement-là ou l'événement-là... Ou si elle va pas à un autre moment dans le passé* » [C.L-EMDR ; SS].

Par ailleurs, la dimension du temps est considérée également comme un indicateur. **Le temps que le patient met à répondre** est considéré comme un indicateur de la temporalité dans laquelle il se situe.

- « *Tu vois elle prend le temps. Elle est connectée à ce qu'elle est en train de vivre émotionnellement. Et donc elle prend du temps. Et là je veux absolument pas accélérer. Je veux vraiment qu'elle prenne le temps de le vivre* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Faut peut-être lui laisser le temps* » [B.S-EMDR ; LF].
- « *C'est un moment où on ralentit quoi, parce qu'il y a beaucoup d'émotions négatives* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *J'ai peut-être une mauvaise représentation du temps qui passe à ce moment-là. J'ai l'impression que ça faisait déjà une bonne dizaine de secondes qu'il attend, enfin que j'attends pour qu'il essaye de trouver et voilà, j'ai pas envie de le laisser dans l'attente* » [A.S-EMDR ; MN].

⇒ **Idées-clés sur l'espace-temps du patient** : Les thérapeutes se représentent le temps qui passe dans l'histoire de vie de leurs patients (en visualisant la chronologie des événements par exemple). Le temps de réponse des patients apparaît être un indicateur permettant d'interpréter où le patient peut se situer dans sa temporalité (s'il est en contact avec son histoire et les affects qui l'accompagnent, s'il est présent dans la relation au thérapeute...).

4.2. LE TEMPS DE LA THÉRAPIE

Ce sous-thème fait référence au temps propre au cadre de la thérapie elle-même, en termes de structure et de planification. Ce sous-thème est composé au total de 49 références d'encodage : 27 dans le groupe S-EMDR (55,38%) et 22 dans le groupe L-EMDR (44,62%).

En premier lieu, la thérapie s'éprouve dans un contexte d'**urgence** dû au **temps de la séance** elle-même (d'une durée moyenne de 45 minutes à une heure).

- « *Je sais qu'on a quarante-cinq minutes pour faire ce truc là et du coup je la freine parce que je veux faire mon évaluation correctement* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Ah ben je veux clôturer ouais. C'est par rapport à l'heure* » [B.S-EMDR ; LF].
- « *Je pense que je vois que c'est la fin, et que du coup... Ouais je pense que c'est la fin et qu'il va falloir terminer la séance* » [D.L-EMDR ; BB].
- « *J'étais vraiment contrainte par le temps parce que là il disait 'quel gâchis', on n'était même pas sur du positif, donc là j'ai dû déborder sur l'heure* » [D.L-EMDR ; BB].
- « *Je vois que le temps avance* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Oui parce que y a le prochain [patient] qui arrive. Je suis déjà bien en retard [rires]* » [D.L-EMDR ; MM].

Ce sentiment d'urgence s'étale un peu plus encore, en raison du **temps limite de suivis, imposé par le cadre de la recherche** de 6 séances maximum par patient.

- « *Il faut qu'on fasse tout aujourd'hui parce que c'est important dans le protocole de la recherche* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *J'me dis faut commencer la désensibilisation, si elle me prend tout le temps on n'aura pas le temps de commencer (...) J'ai deux trucs qui se passent à ce moment-là, c'est euh... Il faut qu'on commence la désensibilisation absolument, même si on fait pas une séance complète il faut qu'on commence, parce que le cadre de la recherche veut ça. Et deuxièmement y a le truc de ben voilà si je finis une désensibilisation aujourd'hui, si je commence et après je finis, le chercheur aura son matériel* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Je débute la phase 4. Sans doute avec l'idée de 'il faut y aller rapidement'* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *Faut que je termine [la désensibilisation]* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *Je pense que c'est parce que j'ai pas laissé ce temps. J'aurais eu cette situation-là hors recherche, j'aurais pris le temps de l'écouter, de... effectivement il me disait 'contenez-moi' machin, mais j'aurais pris quand même le temps de vraiment percevoir, d'anticiper, là on est allé trop vite et du coup j'ai du mal à comprendre* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Y a l'idée que c'est la quatrième séance, je sais qu'il en reste que deux, j'aimerais bien que ce soit fini* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Je me disais qu'on n'avancait pas (...) qu'on est sur la dernière séance et ça avance pas* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Je suis en train de me demander combien de temps pour aller sur la CP. Est-ce que j'ai le temps de boucler ?* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Je suis en train de faire le plan pour les autres séances, et puis je suis calée dans ma tête sur les six, et je me dis j'y arriverai pas, j'y arriverai pas. J'arriverai pas à l'objectif. Et ça c'est vrai que c'est un problème pour moi. Parce que j'essaie de voir comment ça va avancer* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Pour que je puisse faire des plans pour ce qui va se passer, et les prochaines séances* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Je pense que j'ai continué malgré le retard parce que je voulais voir si je pouvais dans cette séance diminuer le plus possible la perturbation pour la séance suivante* » [C.L-EMDR ; MM].

En conséquence, les thérapeutes manifestent de l'**impatience**.

- « *Il serait peut-être temps qu'on travaille quoi* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Je crois que j'ai tellement envie de passer à la suite que euh... et faire cette évaluation que j'impose un truc* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Est-ce que c'est pour aller vite en phase 3 je ne sais pas ? Mais du coup je ne lui laisse pas le temps de réfléchir, je suppose que c'est à cause de l'envie d'y aller... Oui, si c'est ça* » [B.S-EMDR ; MB].
- « *Je trouve qu'à chaque fois c'est trop long et ça me dérange* » [D.L-EMDR ; LL].

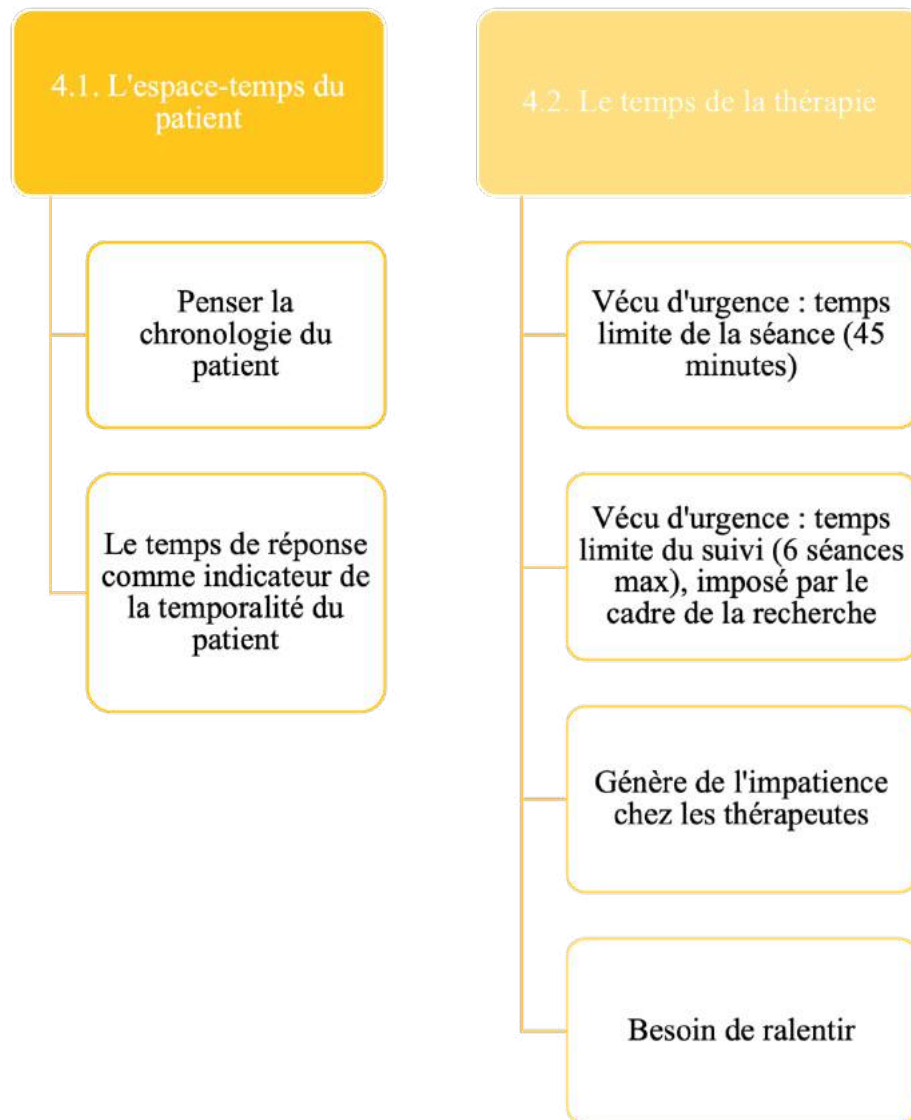
Et puis, au bout d'un moment, sans doute fatigués de ce sentiment d'urgence, les thérapeutes évoquaient le besoin de **ralentir**, de prendre le temps.

- « Bon OK c'est bon, ça va prendre le temps. Je vais entre guillemets perdre un peu de temps maintenant mais ça va être beaucoup plus aidant que si je la force à aller pour travailler vite. Finalement... ça ira plus vite en lui laissant le temps que de l'amener à répondre rapidement » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je regarde ce qui se passe, j'attends. Et je me dis rien, parce que voilà ça doit prendre le temps que ça doit prendre » [A.S-EMDR ; MV].
- « J'ai mis du temps pour comprendre que c'était ça qu'il fallait travailler » [C.L-EMDR ; AB]

⇒ **Idées-clés sur le temps de la thérapie :** Les thérapeutes ont d'abord un vécu d'urgence, tant dans la durée de la séance que dans la limite du suivi, imposée par le cadre de la recherche. Cela génère de l'impatience chez eux. Et puis, s'en suit naturellement le besoin de ralentir et de prendre le temps.

THEME 4, en résumé... La dimension du temps en thérapie est centrale selon la littérature scientifique, bien que peu représentée dans le discours de nos thérapeutes ici. Cependant, celle-ci se distingue en deux dimensions importantes : (1) D'abord, dans le fait de penser l'espace-temps du patient, en se représentant le temps qui passe, principalement dans la chronologie des événements qu'il a vécu, mais aussi dans le temps de réponse qu'il peut avoir, considéré comme un indicateur de la temporalité dans laquelle il se situe ; (2) Ensuite, dans le temps de la thérapie elle-même, dans sa dimension plus structurelle. Pour nos thérapeutes, ce temps de la thérapie est d'abord vécu dans un contexte d'urgence : l'urgence de la durée de la séance elle-même (45 minutes) et plus largement l'urgence de la limite fixée du suivi dans le cadre de la recherche (6 séances maximum). En conséquence, cela génère de l'impatience. Et puis, émerge au bout d'un moment le besoin de ralentir, de prendre le temps, pour accorder la temporalité dont le patient a besoin. Ces observations se constatent indépendamment du groupe d'étude. Le [schéma 23](#) ci-dessous récapitule ces éléments.

Schéma 23 : Représentation du Thème 4 « Le rapport au temps »



5. THEME 5 : LE STYLE DU THERAPEUTE

Sont encodés dans cette partie les verbatims du discours du thérapeute concernant le style de sa pratique. Nous entendons par là ce qui peut se passer « dans sa tête », dans ce qu'il se raconte, visualise, mais aussi ce qu'il ressent et planifie. Ce thème, **en vert** dans les différents schémas et tableau (voir **schémas 18, 19** et **tableau 17** pages 181-184), comporte 65 références d'encodage, tous groupes confondus. Il se décline en quatre sous-thèmes : les émotions que le thérapeute ressent (en conséquence, non pas celles qui motivent une action qui sont classés dans le 2.2.), ses images mentales, les questions qu'il se pose, et les réflexions et stratégies qu'il envisage pour le patient. Globalement, on observe une répartition hétérogène du discours entre les deux groupes ($\chi^2 = 29,713$; $p < 0,001$).

5.1. ÉMOTIONS

Ce sous-thème fait référence aux émotions que le thérapeute peut ressentir, en tant que conséquence émotionnelle. En effet, les émotions qui ont pu motiver une action sont catégorisées dans le 2.2. « Motivé par ce qu'il ressent ». Ce sous-thème est composé au total de 96 références d'encodage : 68 dans le groupe S-EMDR (83,05%) et 28 dans le groupe L-EMDR (19,95%). Ces émotions apparaissent très nettement verbalisées dans le groupe Strict-EMDR.

Les thérapeutes verbalisent éprouver des **affects désagréables** tels que le **doute**, la **gêne**, l'**incertitude** et le **stress**. Ces affects s'éprouvent soit en lien avec le cadre de la recherche, soit en lien avec le patient.

- « Bah je suis en doute, maintenant. Je vais douter jusqu'à la réévaluation. Mais, mais je vais douter jusqu'à la fin, je le vois vendredi prochain, je crois. Je vais douter jusqu'à vendredi prochain » [A.S-EMDR ; MN].
- « Là le rire il est hyper nerveux. Le rire à ce moment-là il est... c'est un rire gêné. Je suis hyper gêné en fait. C'est pour ça que je rigole. C'est vraiment, pas un rire forcé mais un rire gêné » [A.S-EMDR ; MV].
- « D'un point de vue ressenti c'était le méga stress, donc la phrase n'est pas du tout bonne. Mais j'étais dans un état de stress terrible » [B.S-EMDR ; LF].
- « J'aime moins, je sais pas c'est bizarre, mais j'aime moins quand on commence sur un truc corporel, je suis moins à l'aise » [B.S-EMDR ; LF].
- « J'appréhende le 'ça patine'. Je pense » [B.S-EMDR ; LF].

- « Mais on voit bien chez moi, quand tu découpes ma façon de faire, ce que je fais pas habituellement, tu vois mon tempérament très anxieux, c'est terrible. Je ne pensais pas que ça avait cet impact-là » [B.S-EMDR ; LF].
- « En fait j'ai eu peur qu'il y ait quelque chose de négatif qui s'installe » [B.S-EMDR ; MB]
- « J'avais peur que ça boucle un peu » [D.L-EMDR ; AH].
- « J'te dis, toujours avec cette optique de peur que ça connecte avec quelque chose de son...du plus complexe que ce que j'avais l'impression » [D.L-EMDR ; BB].
- « J'étais pas à l'aise dans cette situation. j'ai été régulièrement mal à l'aise parce que je sentais que j'allais trop en frontal, trop directive » [D.L-EMDR ; LL].
- « J'ose pas trop y aller trop fort, parce que je sais pas comment il va réagir » [C.L-EMDR ; AB]
- « J'avais peur avec lui d'être maladroite » [C.L-EMDR ; AB].
- « Mais le fait de rappeler c'est pas... y a quelque chose qui me met mal à l'aise. Ce n'est plus fluide, alors que ça coule et à un moment t'as quelque chose qui tombe » [C.L-EMDR ; MM].

La **frustration** et l'**agacement** sont des ressentis également relevés, essentiellement à cause de l'application stricte du protocole. Les thérapeutes L-EMDR ne relèvent pas ces ressentis.

- « Je suis quand même frustré parce que je suis obligé de retourner à une pratique moins souple. C'est... c'est juste frustré parce que je sais que ma manière de pratiquer fonctionne, je sais que l'autre manière de pratiquer fonctionne, mais je suis moins à l'aise parce que je dois suivre un truc écrit » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je suis un peu saoulé. Pas saoulé, non j'exagère. Je connais déjà cette histoire. Elle me l'a déjà raconté et donc du coup j'ai l'impression de... Si, j'ai l'impression de perdre du temps. Il faut le dire. Je fais des mouvements très lents comme ça de la tête. Elle m'a déjà raconté tout ça dès la première consultation, je le sais déjà » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je crois que le thérapeute était saoulé [rires] de suivre le protocole » [A.S-EMDR ; MV].
- « Là je suis un peu énervé parce qu'on est en train de vivre un moment qui est cool, enfin on est en train de vivre un moment qui est cool... euh... enfin si je le dis comme ça c'est que c'est ce que je pense à ce moment-là, mais... Et je dois retourner sur la phrase exacte, etc. » [A.S-EMDR : MV].
- « Parce que c'est mon... ma frustration qui me fait parler à nouveau un peu plus rapidement et que quand je bute justement je ne suis pas serein. Et là je sens que je ne suis pas serein de nouveau. Bah oui parce que ça m'énervé de voir ça » [A.S-EMDR ; MV].

L'application stricte du protocole standard chez les thérapeutes S-EMDR peut déclencher le ressenti d'être dans un **conflit intérieur**.

- « Je suis en conflit, je suis en conflit interne là, complètement, parce que j'aurais pas travaillé comme ça si j'avais pas été forcé à le faire. Je suis en conflit interne, vraiment

ça... et ça se voit. Et ma position en fait, on le remarque. Pas le croisement des jambes, mais le fait que je me tiens la tête comme ça. Pas le croisement des jambes. Je suis très souvent posé comme ça, ça, c'est la position où je suis plus à l'aise, même si certains disent oui c'est une position fermée, machin non, c'est pas du tout ça. C'est que je suis à l'aise. Même là, je suis positionné comme ça et je suis très bien. Après par contre, le fait d'avoir un peu la tête penchée, etc., ça c'est typiquement la position que je prends quand je suis en conflit, avec moi-même je veux dire. (...) à la fois content parce qu'elle comprend ce qu'on attend d'elle, enfin ce que le protocole attend d'elle. Et à la fois... quel mot je pourrais dire... Frustré, parce que je peux pas travailler comme j'ai envie de travailler. c'est ça le conflit. Je suis à la fois frustré et content » [A.S-EMDR ; MV].

- *« Là je suis en conflit maintenant en me regardant. Parce que je veux pas être un thérapeute directif. Et il se trouve que là j'étais directif. Là c'est 'je veux, je veux qu'on aille là-dessus. Je sais ce qui est bon pour toi' (...) Comment moi je peux lui imposer quelque chose qu'elle a envie de se dire ? Tu vois, et c'est là que je suis en conflit » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je suis pas naturelle » [C.L-EMDR ; MM].*

Également dû à l'application stricte du protocole standard, les thérapeutes S-EMDR évoquent la sensation de **détachement**.

- *« Je suis complètement dans le cognitif, je suis détaché en fait là » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je me sens pas contenant ou sécurisant à ce moment-là » [A.S-EMDR ; MV].*

Fort heureusement, les thérapeutes font également état de ressentis beaucoup plus agréables et se montrent **enthousiastes**, par exemple face à des évolutions de leurs patients.

- *« Je pense que j'étais un peu trop à l'aise. Non pas trop à l'aise mais plutôt trop détendu et donc du coup j'ai sorti un peu comme je dirai à une copine en fait. 'Ouais chez nous on dit ça'. Ça veut pas dire que je suis complètement sorti, c'est juste que voilà (...) Je dis 'c'est top'... Ouais mais là c'est ma personnalité qui ressort. Tu vois à valider comme ça, renforcer tout le temps. C'est ma personnalité. A toujours, je sais pas (...) à chaque fois qu'il se passe un truc bien, il faut dire que c'est bien. Enfin faut valoriser. Et ça aide, je sais que ça aide les gens. Ça les met en confiance, ça les rassure » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je suis quand même contente » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Et là il devient vivant, je suis contente. Il ressent quelque chose » [C.L-EMDR ; AB].*
- *« Quand elle l'a dit j'étais contente. Ça fait des papillons dans le ventre quand je l'entends » [C.L-EMDR ; MM].*

Les thérapeutes peuvent également se sentir **à l'aise, détendus et confiants**.

- *« Et là j'ai l'impression que c'est la première fois dans l'entretien qu'à la fois moi je suis détendu » [A.S-EMDR ; MV]*

- « Je crois que moi ça me fait du bien à ce moment-là. Je crois que le fait qu'elle prenne du temps à répondre, à se connecter avec tout ça, je crois que ça me fait du bien. (...) j'ai un petit...c'est pas nœud le mot... comment on dit en français... Un point chaud dans le ventre. Parce que nœud c'est plutôt négatif. Là c'est un point chaud dans le ventre et euh... Et j'ai l'impression que mon cœur bat correctement. Je suis moins activé qu'il y a quelques minutes quand on était sur le moment où j'étais pas content. Donc là je me sens bien en fait » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je suis assez calme, j'ai repris le dessus sur la gêne que j'avais juste avant. Moi là je suis super content, je me dis cool, cool c'est toujours positif et en plus elle se sent plus légère, enfin voilà, donc j'me dis bon OK c'est bon. Je respire avec elle parce que ça me détend, c'est bien » [A.S-EMDR ; MV].
- « Assez sereine, et contente qu'il y a pu y avoir des choses émerger comme ça » [D.L-EMDR ; LL].

Certains d'entre eux précisent s'être sentis **touchés, émus**, certains patients pouvant leur renvoyer certains **échos à leurs propres histoires**.

- « Je me dis mince, je suis touchée. Parce que c'est une problématique, enfin c'est le hasard hein c'est magnifique... Dans le sens où je sais la douleur du désir d'enfant du coup je me dis mince, faut qu'elle avance » [B.S-EMDR ; LF].
- « Je pense que sa part enfant résonne chez moi » [D.L-EMDR ; LL].
- « Je l'aime bien cette patiente. Elle est très sympathique. Parce qu'elle a un franc-parler comme ça, et en fait c'est typiquement le genre de personne que moi je pourrais être dans quelques années. Alors pas avec les mêmes pathologies, enfin pathologies entre guillemets, pas avec les mêmes symptômes. Mais sa manière d'être, dans son franc-parler, de voilà, c'est ça. Je me suis un peu retrouvé dans ce qu'elle était en fait » [A.S-EMDR ; MV].

Cette émotion a pu amener certains à éprouver de la **tristesse** envers leur patient.

- « Il me faisait mal au cœur, il me faisait une peine immense. Il fait énormément de peine » [C.L-EMDR ; AB].
- « Des fois j'étais au bord des larmes pour lui. Et je me disais allez respire, tu es là pour lui » [C.L-EMDR ; AB].
- « Elle me fait de la peine quand elle est comme ça » [C.L-EMDR ; MM].

Les patients pouvaient activer chez certains thérapeutes leurs besoins de **prendre soin**.

- « J'ai peut-être été activé par son positionnement, sa manière, sa posture, sa manière de parler. Donc du coup, euh, je voulais... Ouais, y a, et là je le sais, il y a une partie de moi qui veut le protéger hein ce jeune homme-là, j'allais dire ce gamin, tu vois en plus. En disant ben voilà, il a besoin... Et c'est là ce que je dis, c'est mon activation, c'est pas le thérapeute qui parle » [A.S-EMDR ; MN].

- « *J'aime bien expliquer. Tu sais moi je materne. Je suis comme ça, c'est moi. Je peux pas lutter contre ma nature. J'ai essayé mais ça sert à rien, je suis pas à l'aise* » [C.L-EMDR ; SS].

Certains thérapeutes, particulièrement en commentant la fin de séance, relatent de la **fatigue**.

- « *Je sens que la fatigue est en train de monter, et du coup pour qu'elle monte moins vite, je prends plus de temps pour moi aussi me stabiliser* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Je sais que moi j'en pouvais plus* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *C'est hyper fatiguant une séance en EMDR, je veux dire ça te bouffe en énergie* » [C.L-EMDR ; MM].

Enfin, certains évoquent le **besoin de se sécuriser, de se rassurer**.

- « *C'est une habitude qui me sécurise très certainement...* » [B.S-EMDR ; LF].
- « *Je me rassure sans doute peut-être en lui disant ça* » [B.S-EMDR ; MB].

⇒ **Idées-clés sur les émotions du thérapeute** : Les thérapeutes particulièrement du groupe Strict-EMDR évoquent des affects désagréables (doute, stress, gêne, incertitude, frustration, agacement, détachement) et parfois le sentiment d'un conflit intérieur. D'autres affects sont mentionnés : enthousiasme, en confiance et détendu, tristesse, dans le besoin de prendre soin, dans le besoin de se rassurer, et enfin une certaine émotion, renvoyant à leur propre histoire.

5.2. IMAGES MENTALES

Ce sous-thème fait référence aux images que le thérapeute peut se représenter mentalement. Ce sous-thème est composé au total de 20 références d'encodage : 8 dans le groupe S-EMDR (62,9%) et 12 dans le groupe L-EMDR (37,1%).

Des images mentales sont évoquées, permettant d'apprécier la manière dont certains thérapeutes se représentent les choses intérieurement. Elles concernent :

Premièrement, les **Stimulations Bilatérales Alternées**.

- « *Le métronome qui tape derrière. Et ce comptage en arrière-plan là qui se fait* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Dans ma tête, si je me mets dans les stimulations, je vois le métronome taper. Et euh... Et je vois posé mon bouquin à côté du métronome. Et le bouquin ça serait je te dis mon* »

bloc-notes ou ma pensée de côté. Et en fait, je sais que y a le métronome derrière, donc j'ai pas besoin de m'occuper de penser à ça parce que ça tape dans ma tête. Enfin c'est le bruit du métronome [claque des doigts] qui est là. Le bouquin est derrière donc si j'ai besoin je peux le rouvrir plus tard si j'ai un doute sur quelque chose. Donc c'est pour ça que je mets la pensée de côté. Et euh en fait je me tourne comme si y avait un écran de télé, et qu'il fallait que j'analyse l'image qui est en face de moi » [A.S-EMDR ; MV].

- *« La pensée là sur les milles portes qui s'ouvrent et qui se ferment, euh... J'ai tout le temps ça en consultation, tout le temps. La première consultation c'est toujours ça. Et je crois que cette image là que j'ai maintenant c'est la même que j'ai pendant que je fais des stimulations » [A.S-EMDR ; MV].*

Deuxièmement, le **protocole standard**.

- *« Tu sais le tableau qu'on avait reçu en formation avec les différentes cognitions négatives... Le tableau avec les cognitions négatives et positives en face. Y a ça, mais aussi tu sais en fonction de ce qui est l'estime, la sécurité... Tu te rappelles de ça ? Genre les phrases qui sont écrites en gros comme ça dans ma tête. Et euh... Et quand les gens me parlent, je... ça s'allume. On est dans cette case-là » [A.S-EMDR ; MV].*

Troisièmement, dans la construction de la **stratégie thérapeutique** et du **plan de traitement**.

- *« Quand je reçois des patients, au tout premier rendez-vous d'anamnèse, je me représente mentalement comme entrant dans une pièce avec milles portes. Et plus les patients vont parler, plus il y a des portes qui vont se fermer. Et l'idée c'est d'essayer d'avoir le moins de portes possibles à la fin et idéalement une porte pour me dire c'est dans cette pièce là que je dois rentrer pour aider le patient au mieux, en fonction de ce qui est dit de l'histoire de vie et du diagnostic entre guillemets qui soit le plus juste possible. Et j'ai l'impression généralement quand je rentre dans la dernière pièce, la pièce qui est encore ouverte, c'est que je me suis bien connecté au patient, que j'ai bien compris ce qu'il m'a dit etc. Et j'ai l'impression quand je travaille en EMDR, je crois que ce mouvement de pensées comme tu le dis là, je crois que je m'imagine aussi dans une pièce, tu vois là ça me parle en disant ça » [A.S-EMDR ; MV].*

Enfin, et surtout, dans la représentation de **scènes ou de personnes faisant partie de l'histoire du patient**.

- *« J'étais en train de me faire une image de cette personne. J'ai jamais vu de photo, jamais rien, mais je me rappelle que, vu tous les détails qu'elle me donnait, j'étais en train d'essayer de me forger une image... » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« C'est un peu comme si je le voyais en situation, je le vois en train de se gratter. [Et] je le voyais à l'hôpital, je le vois allongé, je vois le téléphone. Les personnes qui ont été impliquées dans un accident je sais que j'arrive au bout quand tu sors de l'hôpital, parce que là j'y suis jamais sortie dans j'attends... » [C.L-EMDR ; AB].*

- « *Je m'étais fait forcément des représentations de ce qui s'était passé. Je me représentais ce qui s'est passé à ce moment là. C'est comme ça que je retiens les histoires. Toutes les histoires pour les retenir je me fais un film sur chacun. Et je suis derrière la caméra tu vois. Et c'est comme ça que je retiens les histoires de tous mes patients. Quand ils refont le chemin, je leur dis souvent que je suis à côté d'eux, c'est une façon pour moi de leur montrer qu'ils sont pas seuls, et en même temps je veux dire c'est un peu grâce à ça que j'essaie de me représenter ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont ressenti aussi* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Je suis de l'autre côté de la caméra, et ça me donne... comment dire... J'ai une idée de l'atmosphère, de ce qui se passe autour. Moi j'ai l'image qui s'active. Je me suis construit une image de lui sur le canapé. Et dans son récit je sais ce qui vient après, je vois ce qui se superpose dans ce que j'ai compris de son histoire. La table, les lettres sur la table, il en prend une, il lui lit, etc. Elle avait même fait une photo et elle me l'avait lu et euh... Après quand il se lève... Enfin ça se déroule comme un film, et j'arrive à voir où on s'arrête dans son histoire, ce qui vient après. [Moi] je suis au fond de la scène à ce moment-là* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *J'ai besoin de me construire la journée pour voir un petit peu la représentation qu'elle a* » [C.L-EMDR ; SS].

⇒ **Idées-clés sur les images mentales du thérapeute :** Le thérapeute se représente mentalement le processus des SBA, le protocole standard, la stratégie thérapeutique et des scènes et personnes de l'histoire du patient.

5.3. QUESTIONS

Ce sous-thème fait référence aux questions que le thérapeute peut se poser durant la prise en charge. Ce sous-thème est composé au total de 49 références d'encodage : 15 dans le groupe S-EMDR (41,18%) et 34 dans le groupe L-EMDR (58,82%).

Principalement, les thérapeutes se questionnent sur **l'état de leur patient**, s'il connecte avec le matériel négatif (est-il congruent ?) et où il en est dans le processus.

- « *Donc à la fois j'ai cette double question dans ma tête, c'est : est-ce que ça a commencé à faire son travail et voilà, aujourd'hui on est plus qu'à 4 et on passe à autre chose, ou est-ce qu'il n'est pas connecté à son truc là ? Il me dit ça, il me dit 4, OK, et j'ai double question, est-ce que ce 4 il est là parce que ça commence à être traité avant qu'on commence à travailler, à désensibiliser ce qui arrive parfois, encore heureux qu'il n'y ait pas que les désensibilisations qui font que les gens se sentent mieux. Ou est-ce qu'il est pas connecté à son truc en fait* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Est-ce qu'il me fait plaisir en faisant mon exercice et du coup il me donne des réponses qu'il pense qui vont être bonnes pour moi* » [A.S-EMDR ; MN].

- « *J'étais en train de me demander s'il était pas en train de répondre à la commande. Est-ce qu'il se dit pas inconsciemment 'tiens est-ce qu'il faut pas que je construisse un univers ?' tu vois* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Quand il dit par exemple qu'il essaie de se contrôler, s'il se contrôle pas il se passe quoi ? Qu'est-ce qui lui fait peur ?* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Tu vois ça par exemple, je lui pose la question là et je lui demande 'est-ce que vous avez mis du temps pour l'appeler ?'. Si je me pose cette question c'est que y a quelque chose qui est venu là et que j'ai jamais eu avant dans le discours. Et je me dis ben voilà, maintenant c'est là et avant c'était pas là. Pourquoi avant c'était pas là ?* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Est-ce que le patient quand il raconte son histoire, est-ce qu'il la raconte comme s'il était en train de la revivre pour une énième fois avec beaucoup d'émotions etc. ou alors il prend un peu de distance et le traumatisme commence à être digéré ?* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Je me pose plein de questions en même temps, je me suis dit est-ce que je l'interromps, puis après je me dis pourquoi je l'interromprais elle parle sans arrêt. Puis après je me suis dit est-ce que c'est pas un mécanisme de défense aussi, parce que c'est pas la première séance, c'est quand même la troisième séance, donc je me suis posée la question* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Je me suis demandée si c'était, comment je peux dire ça... Si c'était pas une façon pour elle pour que ça passe plus rapidement, pour pas aller là où il faut aller* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Je me suis demandée si elle était seule. Et à ce moment-là j'ai essayé de comprendre à ce moment-là ce qui s'était passé dans sa tête, comment elle s'était sentie, comment elle avait analysé tout ça. Mais c'est la question que je me posais : est-ce que quelqu'un était là, était physiquement présent. C'est pour ça que je lui ai demandé. Puis ben après c'est comment elle l'a vécu, qu'est-ce qu'elle a ressenti, surtout qu'est-ce qu'elle a vu de l'environnement* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Parce que je me dis qu'elle voulait absolument qu'on travaille ce moment-là, elle veut pas aller ailleurs, et là je me demande si je vais récupérer des événements antérieurs maintenant ou plus tard ?* » [C.L-EMDR ; SS].

Les thérapeutes peuvent également se poser des **questions d'ordre théorique** durant leur prise en charge.

- « *Ça m'a fait rire ce moment-là, je me dis, alors est-ce que ça vient valider mais je te jure, je me suis dit ça, est-ce que ça vient valider la théorie de la saturation de la mémoire de travail ? [rires]* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je ne sais pas qu'est-ce qui a fait que, est-ce que c'est les tapotements ou le processus, ou tout ça* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Je me demande si y a un trou dans son histoire, c'est-à-dire est-ce que la situation qu'elle est en train de me décrire, cette situation perturbante, à quel point ça l'a perturbé. Est-ce que y a une amnésie sélective à un petit moment ? Je veux dire, d'avoir vu son fils avec ses traumatismes sur son corps, est-ce que ça a pu créer une amnésie*

sélective, c'est possible. Ça permet aussi de mesurer aussi si y a des dégâts à ce niveau-là » [C.L-EMDR ; SS].

Certains s'interrogent sur leur propre **posture**.

- *« Alors il peut y avoir de l'imitation mais je me pose la question : est-ce que c'est pas parce que je force mes patients à faire quelque chose, que j'adoucis ma voix pour leur faire comprendre que euh... ils sont pas forcés. Que je les invite. Tu vois, c'est aussi une réflexion que je me fais là maintenant. Est-ce que pour pas que les patients se sentent forcés à faire quelque chose et qu'ils se sentent bien libres d'arrêter quand ils ont envie, euh et qu'ils sont pas soumis à ce que je fais, que je prends une voix plus hypnotique pour ça. Voilà. Et peut-être que c'est que de l'imitation. Mais je me pose la question » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« Là je me demandais qu'est-ce qui fait que j'arrête pas... Je sais pas » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Est-ce que là y a pas un truc enfant qui émerge et que moi je le sens, du coup je deviens un peu plus rassurante, avec toutes ces symboliques de trucs d'enfants ? » [D.L-EMDR ; LL].*
- *« J'ai pas arrêté de me poser la question : tu l'interromps ou tu l'interromps pas ? » [C.L-EMDR ; MM]*

Enfin, les thérapeutes peuvent se questionner sur **la thérapie** ou sur **la séance elle-même**.

- *« Je me demande comment terminer, comment on ferme » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« J'ai en tête l'accident et je me dis est-ce que je prends, parce que finalement il est venu sur ça, et puis je remplirai le contrat par rapport à la recherche, ou alors est-ce que je vais sur quelque chose de plus ancien, parce que je veux l'entendre. Après je me dis je pars quand même sur l'accident et si y a autre chose je lui propose après » [C.L-EMDR ; AB].*
- *« Je me dis, est-ce que vraiment ça va fonctionner, etc. ? » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« Et j'essaie de me dire, voilà si... S'il y a rien de plus qu'est-ce qui va se passer parce que j'imagine ça aussi, bon si ça marche pas avec lui, comment je fais ? » [C.L-EMDR ; AB].*

⇒ **Idées-clés sur les questions que se pose le thérapeute** : questionnements sur l'état du patient, sur la théorie, sur leur propre posture et sur la thérapie ou la séance elle-même.

5.4. REFLEXIONS ET STRATEGIES ENVISAGEES ENVERS LE PATIENT

Ce sous-thème fait référence aux réflexions et stratégies que le thérapeute peut envisager dans son esprit pour son patient. En effet, entre le comportement observable et ce que le thérapeute peut se dire dans sa tête avant de passer à l'opérationnalisation de sa réflexion, il peut se passer

de nombreuses choses. Ce sous-thème tente de classer les différents types de réflexions et stratégies que les thérapeutes de notre étude verbalisent avoir eu. Dit autrement, c'est tout ce que le thérapeute peut s'entendre penser. Ce sous-thème est composé au total de 150 références d'encodage : 61 dans le groupe S-EMDR (41,4%) et 89 dans le groupe L-EMDR (58,6%).

La plupart des réflexions et stratégies qui ont pu traverser l'esprit de nos thérapeutes concernent la pratique de l'EMDR. Premièrement, elles concernent **le respect du protocole standard**. Cette idée s'est principalement observée chez les thérapeutes S-EMDR, cette contrainte pouvant déclencher de nombreuses pensées. Ces observations sont étroitement en lien avec les ressentis désagréables et vécus de conflit intérieurs sus-cités.

- *Je me suis dit bah oui mais en même temps voilà si t'as pas réussi à suivre le protocole parfaitement, tu vas pas te faire taper sur les doigts, tu vas pas... ça va gêner personne, ça... c'est pas cool pour la recherche parce que bon on aimerait bien que ça soit le plus parfait possible pour qu'on puisse valider nos hypothèses ou les invalider en fonction, en ayant bien respecté le protocole. Mais après, voilà ce qui est plus important là maintenant, c'est que la consultation se passe bien et pas que le protocole soit suivi parfaitement. Donc je suis un peu plus détendu aussi par rapport à ça, je crois » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« Je suis en train de me dire 'il faut que je fasse correctement' » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je pense que je me dis ça à ce moment-là... 'T'es en train de la forcer à faire un truc là. Tu lui implantes une cognition positive et c'est pas la sienne' » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je me suis dit mais pourquoi j'ai besoin de ça pour désensibiliser, je me rappelle bien comment faut faire » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je me dis que 3 c'est pas toujours valide par tout le monde mais je prends » [B.S-EMDR ; MB].*

De nombreux questionnements concernent **la planification du traitement EMDR ou du suivi du patient**.

- *« Je me dis OK, je peux pas faire l'évaluation d'un bout à l'autre, il va falloir que je segmente. Et que je l'amène à chaque fois à aller sur l'évaluation, qu'elle parte pas trop loin » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« A ce moment-là c'est : il faut qu'on fasse tout aujourd'hui parce que c'est important dans le protocole de la recherche. j'me dis faut commencer la désensibilisation, si elle me prend tout le temps on n'aura pas le temps de commencer » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Et là à ce moment-là où je veux commencer à travailler et je me dis 'mais t'es bête, tu lui as pas du tout expliqué comment ça allait se passer'. Je crois que j'étais tellement lancé dans le fait de devoir lancer l'évaluation le jour-là, de faire ça, que j'ai complètement oublié ça » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je me dis OK on est sur quelque chose de positif, on relance une série de stimulation et euh... Alors évidemment y a la suite qui m'arrive à un moment donné, je me dis voilà*

si on tombe sur quelque chose de positif, retour à la cible et toute la suite du protocole » [A.S-EMDR ; MV].

- *« Là je me disais, le 'faut que vous preniez le contrôle' il me le dit plein de fois. C'est impressionnant. Je ne sais pas ce que je vais en faire mais je pense qu'il faut vraiment que je réfléchisse ce truc-là. Il me l'a dit plein de fois » [D.L-EMDR ; LL].*

Restant dans cette idée de stratégie EMDR, les thérapeutes se questionnent quant au **choix de la cible à traiter**.

- *« Dans ma tête, je me dis, c'est compliqué, même moi je me dis, ça serait compliqué pour moi dans sa situation à trouver le moment, le point de rupture. (...) c'est ce que je ressentais à ce moment-là, on était dans un problème de conflits humains et je trouvais ça plus pertinent. Dans ma tête, c'était plus pertinent, après peut-être que ça n'aurait pas été. J'ai l'impression que ce qui est le plus pertinent pour elle, c'est de travailler d'abord cette sensation avant de travailler sur les images. Je suis presque sûr que si on avait commencé directement par la sensation, elle aurait trouvé une image directement derrière » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je me suis dit il faut trouver une cible (...) j'ai vraiment envie qu'il se concentre sur cette cible là et qu'il parte pas sur plein de trucs différents parce que moi mon but c'était quand même de travailler une cible » [D.L-EMDR ; LL].*
- *« J'avais pensé bah à la toute première fois, parce qu'elle le décrit avant de le verbaliser, quand elle met un moment...elle le mime en train de sortir son arme et de la pointer sur lui, je me suis dit elle va prendre ça. Puis après quand on avance dans son histoire, y a aussi le moment où lui il la menace, et le moment de l'hôpital, donc aussi cette possibilité là qu'on aurait pu prendre aussi, et le dernier que moi j'avais identifié en possible moment perturbant c'est quand elle nettoie » [C.L-EMDR ; MM].*
- *« Parce que je me suis dit bon, on pourrait faire toutes les séances comme ça, elle me répète son histoire, y a des changements mais en même temps c'est comme si elle s'enfermait dans ce récit. Et le fait de s'enfermer dans ce récit ça permet surtout une chose c'est de pas le traiter, de pas aller plus loin. Et là je me dis hm tu t'es bien fait avoir et [rires] il faut démarrer là, ça y est c'est bon là » [C.L-EMDR ; MM].*
- *« L'événement est clair, j'arrive le fixer dans le temps dans la journée, et maintenant je veux être sûre que ce soit l'image la plus perturbante pour elle » [C.L-EMDR ; MM].*

On constate également que les thérapeutes sont beaucoup dans l'**anticipation du contenu** que le patient va aborder, soit en dessinant déjà comment répondre en fonction de ce que le patient pourrait dire, soit en gardant des choses à l'esprit qu'ils réaborderont plus tard dans la séance ou dans le suivi.

- *« Je me note dans ma tête que je vais lui poser la question sur la sensation : est-ce que les épaules c'est tendu aussi » [A.S-EMDR : MV].*

- « Sans doute ça doit venir du fait que pour les tissages, quand c'est quelque chose de...d'émotionnel, enfin que c'est pas corporel, je pense que je suis plus à l'aise pour trouver le bon tissage. Je pense que ça doit venir de là » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je me suis dit tiens, pour vérifier, pas que ce soit une image plaquée que quelqu'un aurait amené. Je voulais que quelque chose émerge en elle, pour voir » [D.L-EMDR ; AH].
- « Je me disais parfois que c'était toujours très linéaire, c'est pour ça que j'ai fini par introduire d'autres choses » [D.L-EMDR ; AH].
- « Je me dis que comme elle commence à mettre des mots sur ce qu'elle a pu ressentir, on continue le processus » [D.L-EMDR ; AH].
- « Parce que je me dis qu'il faut qu'il connecte un peu à la sensation plus qu'il reste dans sa tête, parce qu'il part sinon trop loin, il sort de la situation qu'on est en train de travailler » [D.L-EMDR ; LL].
- « Parce que j'ai une hypothèse, et je me dis mais je vais pas l'amener. Je voudrais... Je voudrais que l'hypothèse que j'ai qu'il la confirme ou pas. Comme ça si c'est pas ça à ce moment là je peux préparer pour autre chose, pour aller sur une autre piste » [C.L-EMDR ; AB].
- « Je m'attends pas à ce qu'il va se passer, un effondrement comme ça je m'y attends pas » [C.L-EMDR ; AB].
- « Parce que je me dis que si c'est clair pour lui ben il va... Il va proposer une cognition positive plus facilement. C'est pas facile. C'est quelqu'un qui est toujours brimé, avec beaucoup d'auto-reproches, des choses comme ça. Et là, allez sur quelque chose de positif, moi je m'étais dit que c'était compliqué pour lui » [C.L-EMDR ; AB].

Les thérapeutes peuvent aussi se remémorer des aspects qu'ils connaissent de **l'histoire de vie de leur patient**, qui leur permettent d'éclairer certaines stratégies thérapeutiques mais également certains signes cliniques.

- « Très enfant qui se protège du monde. Bon après, ça fait écho à sa problématique aussi, hein. Le fait d'être recroquevillé petit enfant. Moi, clairement, à mon avis, il y a une bonne histoire familiale derrière... Il m'en avait parlé : le divorce de ses parents, la place du beau-père qui est compliqué, enfin... Après, c'était pas là-dessus qu'il voulait aller travailler donc... Je comprenais bien, c'était pas ça qui posait problème aujourd'hui, mais je pense que lui aurait complètement un travail à faire encore après. Et là c'est sa première émancipation cette année aussi hein, c'est la première année où il vit seul, où... Voilà où on le laisse être un adulte. D'ailleurs, il disait dans une des consultations, euh, « c'est difficile d'être à la maison parce que j'ai vingt ans ou vingt-et-un ans je me rappelle plus et qu'on me considère comme un enfant de treize ans » [A.S-EMDR ; MN].
- « Parce qu'il est dans cette réflexion tu vois. Bon là on part hors cible traumatique. Donc du coup après je me dis que c'est de ça dont il a besoin à ce moment-là. Tu vois, il a besoin de parler de son travail, de parler de tout ça, et ça fait partie, c'est aussi son histoire. Ça fait partie de tout ça, c'est pour ça qu'il est pas bien en ce moment aussi,

donc s'il a besoin de prendre ce temps de réflexion ben on le prend » [D.L-EMDR ; BB].

- *« Là je me dis qu'effectivement on sort du truc, mais en même temps je trouve ça intéressant pour son autre part de transition pour lui. A ce moment-là je me dis que la thérapie c'est ça aussi. Donc euh... Je trouve que c'est important pour lui, je trouve ça chouette parce qu'on sent bien qu'il est beaucoup dans le lien à l'autre et qu'il s'est pas beaucoup écouté. C'est pour ça qu'il y a eu des fois des burn-out, des choses comme ça, je trouve que c'est intéressant que ça émerge. Et en même temps je me dis que c'est un bon équilibre parce qu'il ira jamais vers l'autre truc de 'je m'écoute trop'. Voilà » [D.L-EMDR ; BB].*
- *« Ça me fait penser au type de discours que les parents peuvent avoir par rapport aux enfants. Il ne fait pas attention, il se rend coupable de choses qui lui appartiennent pas. C'est le discours d'une autre personne pour moi. C'était pas son discours » [C.L-EMDR ; AB].*
- *« La question de l'attachement je ne l'ai pas assez travaillé avec lui au début, je pense que j'aurais dû prendre plus de temps pour travailler ça, j'ai essayé au niveau de l'enfance mais je me dis il y va pas donc c'est qu'il y a quelque chose » [C.L-EMDR ; AB].*

Certaines réflexions et stratégies ont pour but de **susciter une meilleure compréhension chez le patient**, ou de **faciliter cette compréhension**. L'incompréhension du patient, nous l'avons déjà évoqué, enclenche également bien souvent des réflexions pour être dans un souci de clarté par la suite.

- *« Elle a pas compris ma métaphore en fait quand je dis est-ce que c'est là ou est-ce que c'est là, est-ce que c'est dans la tête ou dans le cœur. Si c'était déjà complètement là, elle ferait pas le chemin, elle dirait pas que c'est en train de monter à la tête, ça devrait être l'inverse. Si c'est complètement dans ma tête ça devrait être en train de descendre. Parce qu'une cognition on sait bien que c'est la sensation que c'est vrai. Donc normalement entre guillemets elle devrait avoir plutôt l'impression que ça descend. Que ma pensée où je sais que c'est vrai, je suis en train de la ressentir. Donc soit la cognition négative est pas la bonne, soit elle a pas compris ce que j'ai dit, soit je me suis mal expliqué. Je me dis y a un truc qui va pas » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je me dis c'est bien, dans le sens où c'est nécessaire qu'elle passe par cette compréhension là de la situation du décès de son père, et c'est sans doute cette compréhension là qui permet d'avancer vers l'apaisement » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« Je me dis que c'est peut-être ça qui fait que c'est compliqué parce que c'est la fin d'un processus et que vis-à-vis de son papa, ça va s'arrêter là. Et quelquefois c'est difficile, on n'arrive pas y aller, parce qu'on se dit qu'après y a plus rien » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« Je me dis qu'il a peut-être pas bien reconnecté à tout, donc je lui permets de reconnecter à tout ça et puis on y va. Je me dis que souvent ça surprend les mouvements des yeux, on n'est pas habitué, donc... » [D.L-EMDR ; BB].*

- « *Je trouve que c'est quand même intéressant de le laisser. Je me dis, je trouve qu'il réfléchit bien sur tout ça, et les mouvements des yeux permettent ça. Alors je pense que je le laisse un peu trop, mais il est dans une bonne réflexion donc y a pas non plus besoin de trop...* » [D.L-EMDR ; BB].
- « *Je me suis dit qu'il a besoin d'être rassuré, et là je suis en train de me dire que c'est sa part enfant qui a besoin d'être rassuré* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Je me dis que y a quelque chose qui la dérange, je me dis qu'il y a quelque chose qui la met pas à l'aise. Pour moi, si elle accroche pas assez rapidement et naturellement c'est que y a quelque chose qui la met pas à l'aise* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *Et là, elle est tellement apaisée, la voix, ce qui s'est passé...ce qu'elle a dit dans la séance, tout ce qu'elle a ressenti... parce qu'elle fonctionne comme ça cette dame, tout le monde ne fonctionne pas de la même façon, et je me dis là c'est le moment et elle peut commencer à l'intégrer. Et ça va marcher là* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *J'ai plein de points d'interrogation. J'attends de savoir un petit peu, ce qui est dans sa tête, ce qu'elle a vécu. Et ce qui lui reste comme image de ce qui s'est passé* » [C.L-EMDR ; MM].

Enfin, nous l'avons vu précédemment, la temporalité fait partie intégrante du processus psychothérapeutique. Des réflexions et stratégies sont également enclenchées concernant **le rythme, la vitesse et la temporalité**.

- « *Un moment donné, je me dis c'est quand même aller vachement vite. Et je sais pas si maintenant c'est le fait de l'avoir vu comme un enfant tout à l'heure, qui me parasite maintenant, qui sort pas de ma tête, ou si vraiment c'est une vraie réflexion que je devrais avoir. Parce que... est-ce que c'est sûr... Enfin... C'est vrai que ça allait un peu vite. Bon, mais si on regarde tous les indicateurs, il me donne une VOC à 3, un SUD à 4, une petite sensation corporelle, il me dit voilà, je sens que ça sert un peu dans la poitrine, mais il est pas en train de... il dit ça déjà été pire, voilà. J'ai peut-être l'impression qu'il est pas complètement connecté donc c'est pas forcément...anormal que ça se traite rapidement* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Je me dis bon OK c'est bon, ça va prendre le temps. Je vais entre guillemets perdre un peu de temps maintenant mais ça va être beaucoup plus aidant que si je la force à aller pour travailler vite. Finalement... ça ira plus vite en lui laissant le temps que de l'amener à répondre rapidement* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Alors je ne sais plus si c'est dans ces moments-là mais y a plein de moments dans les dernières séances où je me disais que ça n'avancait pas. Je me disais 'ça n'avance pas, j'y arrive pas'* » [D.L-EMDR ; LL].
- « *Je me dis qu'il faut prendre son temps parce qu'en fait c'est pas l'accident le problème, c'est l'annonce à sa mère* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Je me dis que ça peut être utile, c'est pas fait en trois secondes, elle prend son temps pour le faire. Ça peut être aussi, après je le vois comme ça maintenant, ça peut être aussi un moment où ça peut renforcer son autonomie, parce qu'elle est avec elle-même là* » [C.L-EMDR ; MM].

⇒ **Idées-clés sur les réflexions et stratégies envisagées envers le patient :** Des réflexions et stratégies sont envisagées concernant : le respect du protocole standard (particulièrement pour S-EMDR) ; la planification du traitement EMDR ou du suivi du patient ; le choix de la cible à traiter ; l'anticipation du contenu que le patient va aborder ; l'histoire de vie du patient ; dans le but de faciliter ou susciter la compréhension du patient ; sur le rythme, la vitesse et la temporalité de la thérapie.

THEME 5, en résumé... Les thérapeutes évoquent ce que nous pouvons nommer « leur style » au travers de différents indicateurs. En d'autres termes, tout ce qu'ils « se disent dans leur tête » concernent différents points.

(1) Premièrement, ils sont en proie à différentes émotions. La plupart des affects désagréables sont éprouvés par les thérapeutes du groupe Strict-EMDR, conséquence de la contrainte de la recherche et de l'application stricte du protocole standard. Parmi ces affects, nous retenons le doute, la gêne, l'incertitude, le stress, l'agacement, la frustration et le détachement. Certains décrivent être en proie à un conflit intérieur, entre ce que le protocole exige de leur faire faire, et ce qu'ils souhaiteraient faire, qu'ils jugent plus en lien avec leur patient ou avec leur pratique habituelle. C'est majoritairement ce vécu émotionnel désagréable chez le groupe S-EMDR qui explique la différence de répartition de ce thème entre nous deux groupes. D'autres affects, fort heureusement, sont partagés entre les deux groupes, tels que l'enthousiasme ou le sentiment d'être à l'aise, détendu, confiant. Certains thérapeutes sont même émus et touchés par les dires de leurs patients, certaines de leurs situations leur faisant écho à leur propre histoire, sans que cela ne soit mal vécu par les thérapeutes au moment où ils le rapportent. D'autres peuvent dire ressentir de la tristesse face à la détresse de leur patient. S'activent enfin ponctuellement le besoin de prendre soin de l'autre et de se sécuriser, de se rassurer, dans les pratiques habituelles notamment. De la fatigue est enfin évoquée.

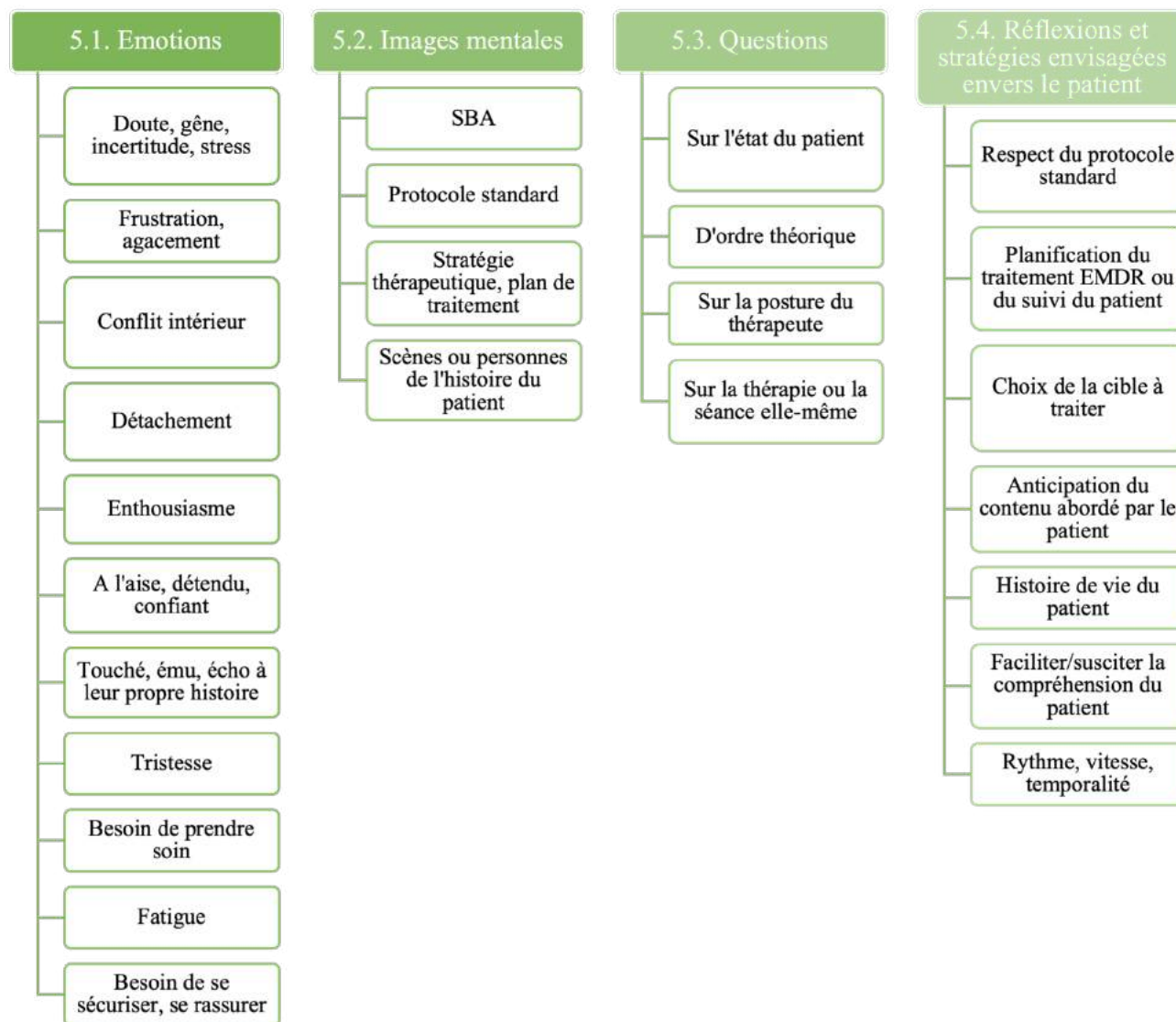
(2) Deuxièmement, certains thérapeutes se représentent les choses au travers d'images mentales. Ces images concernent les Stimulations Bilatérales Alternées (ex : image d'un métronome qui compte en arrière-plan), le protocole standard (par la visualisation du tableau des cognitions négatives et positives), la stratégie thérapeutique et le plan de traitement (ex : image d'une pièce aux mille portes qui se ferment à mesure qu'on progresse dans le diagnostic différentiel), et des scènes ou personnes appartenant à l'histoire du patient (ex : visualisation de la chronologie de l'événement comme un film, le thérapeute se tenant derrière la caméra).

(3) Troisièmement, les thérapeutes se questionnent continuellement durant leur prise en charge. Ces questionnements concernent principalement l'état clinique de leur patient (s'il est connecté au matériel négatif, si ses réponses sont congruentes, où il en est dans le processus de traitement...). D'autres pensées renvoient à des questionnements d'ordre théorique, sur la posture du thérapeute lui-même ou encore sur la structure de la thérapie ou de la séance elle-même.

(4) Enfin, avant de passer à l'action, tout thérapeute est d'abord traversé par de nombreuses réflexions et stratégies envisagées pour le patient. S'agissant ici d'un traitement en EMDR, de nombreuses réflexions concernent le respect du protocole standard (pour le groupe S-EMDR principalement), la planification du traitement et du suivi ou encore le choix de la cible à traiter. Plus largement, les thérapeutes anticipent beaucoup ce que le patient pourrait dire ou comment il pourrait réagir, ceci afin de préparer leurs potentielles actions. Des réflexions à propos de l'histoire de vie de leurs patients peuvent les éclairer sur des signes cliniques qu'ils observent. D'autres réflexions encore concernent la compréhension du patient, tantôt qui doit être suscitée, tantôt qui doit être facilitée. Enfin, certains thérapeutes s'interrogent sur la dimension temporelle, déjà bien abordée dans cette étude, en termes de rythme, qu'il convient parfois de ralentir, de vitesse qu'il convient parfois d'adapter, mais aussi de limites temporelles qui contraignent l'exercice.

La comparaison inter-groupe semble majoritairement s'observer au niveau des émotions, par le vécu désagréable des thérapeutes du groupe Strict-EMDR. Pour les autres indicateurs, on ne relève aucune différence en termes de contenu. Le [schéma 24](#) ci-dessous récapitule ces indicateurs.

Schéma 24 : Représentation du Thème 5 « Le style du thérapeute »



6. THEME 6 : REGARD DU THERAPEUTE SUR SA PRATIQUE

Cette partie est typique du dispositif de la clinique de l'activité que sont les autoconfrontations de données. S'agissant d'un dispositif dit clinico-développemental, le regard du thérapeute sur sa pratique l'amène à la comparer avec sa pratique habituelle mais aussi le fait évoluer sur certains aspects, en comprenant certaines choses grâce à la réflexion sur support vidéo. Sont encodés dans cette partie les commentaires à propos du regard du thérapeute sur sa pratique. Ce thème, **en rouge** dans les différents schémas et tableau (voir [schémas 18, 19](#) et [tableau 17](#) pages 181-184), comporte 92 références d'encodage, tous groupes confondus. Globalement, ce thème suit une répartition homogène ($p>0,05$) entre les deux groupes de notre étude. Il se compose de deux sous-thèmes : croissance et différence avec la pratique courante.

6.1. CROISSANCE

Ce sous-thème fait référence à la progression que le thérapeute fait par l'exercice de l'autoconfrontation. Cela peut concerner des éléments qu'il repère désormais, des choses qu'il comprend qu'il ne soupçonnait pas ou n'avait pas repérer avant. C'est ici toute la dimension de l'évolution du métier et de l'activité, par le fait d'en prendre conscience, qui croît. Ce sous-thème est composé au total de 52 références d'encodage : 32 dans le groupe S-EMDR (75,86%) et 20 dans le groupe L-EMDR (24,11%).

En premier lieu, les thérapeutes font référence à la **compréhension de détails cliniques** passés inaperçus la première fois :

- « *J'avais pas cette impression quand j'étais assis en face de..., enfin qu'il était recroquevillé oui, mais là j'ai l'impression de voir... Euh... Ah c'est marrant, je n'aurais pas du tout travaillé comme ça maintenant, le voyant là. Euh... j'ai l'impression de voir un enfant dans un corps d'adulte là... Trop grand pour son corps, euh trop petit pour son corps, pardon. Ça m'a pas sauté aux yeux. Alors je sais pas si c'est l'angle de la caméra parce qu'elle est légèrement surélevée par rapport à moi, on ne voit pas la même chose. J'ai déjà remarqué qu'il était plutôt... recroquevillé. Mais là, ça me saute beaucoup plus aux yeux* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Tu vois, le fait qu'il me dise qu'il n'a pas été les chercher [ses souvenirs dans le contenant], ça aurait dû mettre la puce à l'oreille [rires]* » [A.S-EMDR ; MN].
- « *Et surtout qu'elle, elle fait une grosse pause aussi. Y a un gros silence. Et, et... ça veut dire que j'aurais dû me saisir de ça à ce moment-là, et je le fais pas* » [A.S-EMDR ; MV].

- « Il a dit 'un petit 7', là avec le recul je pense que j'aurais pu réinterroger le 'petit 7'. Qu'est-ce que c'est... » [D.L-EMDR ; BB].
- « Et là je me rends compte que c'est trop long. J'aurais pas dû, j'ai fait cette erreur-là et je le fais déconnecter, alors que j'ai eu du mal à le connecter ! Après je me dis, est-ce que c'est pas inconsciemment défensif de sa part, et qu'il fait traîner le truc. Et je rentre dans ce truc. Tu vois finalement... Je le laisse se déconnecter. J'ai cette impression qu'il m'entraîne un peu, parce que je sais qu'il faut pas trop parler après la phase 3. (...) Et il se déconnecte, je me laisse entraîner. Je le vois maintenant en regardant » [D.L-EMDR ; LL].

En deuxième lieu, les thérapeutes font référence à **leur propre posture et attitude**, jugées parfois inadaptées ou maladroites. Avec du recul, ils évoquent qu'ils auraient préféré faire différemment.

- « J'aurais dû prendre une voix un peu plus douce. Et aller plus lentement sur les explications et pour le coup j'aurais peut-être dû le laisser réfléchir. Et moins l'amener rapidement sur les choses. Parce que c'était pas grave, là pour le coup, la pression du temps était pas là par rapport à l'autre, je n'avais aucune pression du temps. Je dis, voilà, on n'a pas fini, c'est pas grave, on fera une séance de plus, c'est pas un souci. Enfin voilà, j'étais complètement lâché par rapport à ça, mais j'avais pas capté ça en fait » [A.S-EMDR ; MN].
- « Je me dis que peut-être que j'aurais dû faire l'évaluation déjà en me rapprochant. Et, et... Tu vois, si j'avais fait ça déjà avant, j'aurais pu lui expliquer et tout... » [A.S-EMDR ; MV]
- « J'avais oublié qu'à un moment donné j'étais déconnecté comme ça, à ce moment-là, ça c'est un moment qui va me rester je pense que je vais être plus attentif à ça les fois prochaines, pas forcément avec elle mais avec d'autres patients. Que je décroche pas comme ça » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je devrais la regarder » [B.S-EMDR ; MB].
- « Là je me dis que j'aurais pu peut-être avant... Là il y avait eu un blanc j'aurais pu y aller, et puis là il repart (...) Je me dis que je laisse trop » [D.L-EMDR ; BB].
- « Je pense qu'en même temps y a des choses qui travaillent, qu'il mentalise, mais je pense que j'aurais dû là l'arrêter, et le recentrer bien sur l'émotion parce qu'il revient dans la parole. (...) Avec du recul, mais je me le suis dit plein de fois qu'il parlait trop, j'aurais dû plus driver » [D.L-EMDR ; BB].
- « Là je me dis que je l'ai laissé trop parler. Mais ça c'est le regard d'aujourd'hui quand je vois la vidéo. (...) J'aurais peut-être dû rebondir et de choisir entre les deux, mais à ce moment-là je ne l'ai pas entendu » [D.L-EMDR ; LL].

Enfin, les thérapeutes commentent leurs **stratégies thérapeutiques** qu'avec le recul ils se seraient vu faire différemment.

- « Là je poserai une question. Du type très simplement : 'bah ça vous fait plaisir de répondre à ces questions-là, enfin que je sois d'accord avec ça ?' Enfin j'irai chercher

en fait. Là c'est la fin, j'ai l'impression que ça vous fait plaisir de répondre correctement à ma... enfin ... de répondre à ma question, vous avez l'impression de répondre correctement, c'est ça qui vous fait plaisir ou ça vous fait plaisir parce que je suis content... ?' Enfin voilà, j'irai questionner en fait, j'irai chercher, j'ai envie de lui poser la question » [A.S-EMDR ; MN].

- *« Je l'aurais fait, j'aurais recommencé l'exercice en fait : OK, replongez-vous dans l'image, etc. (...) et de dire 'On n'est pas obligé de tout faire, c'est pas une course'... Voilà ça, je l'ai pas fait. Ouais, je l'avais dit au tout début de la séance mais... Voilà, dans la préparation, mais j'aurais pu juste le rappeler là, c'est ce que je suis en train de me dire maintenant » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« J'aurais dû faire un petit rappel en fait. De dire « vous vous rappelez au tout début, on avait dit que ça conviendrait pas bien ». Et là, est-ce que c'est... Vraiment rappeler qu'il y avait eu un truc là-dessus, peut-être qu'il aurait pu réfléchir là-dessus » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« J'aurais peut-être pas dû, j'avais encore possibilité de faire deux consultations avec elle, parce que la semaine prochaine on sera à la cinquième donc j'aurais pu avoir une de plus si je voulais » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« C'est horrible, là je me rends compte, elle me dit 'je regrette pas', donc je me dis que j'aurais dû repartir sur une autre cognition négative, j'en sais rien » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Là avec le recul, si j'avais bien pris conscience de ce qui était en train de se passer à ce moment-là, euh... j'aurais expliqué les choses comme si on était avant l'évaluation, et je serai repassé sur la phase d'évaluation » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Là ce que je ferai là maintenant je vérifierai si c'est pas celle-là la CN la plus forte » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« Je le fais parler toujours trop, j'aurais dû continuer sur la colère (...) j'aurais pu aller direct » [D.L-EMDR ; LL].*
- *« A refaire, je pense que je l'aurais interrompu plus tôt, comme je l'ai fait dans les autres séances » [C.L-EMDR ; MM].*
- *« On l'a déjà la CP, j'aurais pu lui demander juste si elle était d'accord encore avec ça » [C.L-EMDR ; MM].*

⇒ **Idées-clés sur la croissance du thérapeute :** Grâce à l'autoconfrontation des données, le thérapeute comprend certains détails cliniques chez le patient et aurait modifié par moment à la fois sa posture, son attitude et sa stratégie thérapeutique.

6.2. DIFFERENCE AVEC LA PRATIQUE COURANTE

Ce sous-thème fait référence à ce que le thérapeute a fait dans le cadre de cette étude qui diffère de sa pratique habituelle. Cela peut être dû à la contrainte de la recherche ou dû au patient. Ces différences avec la pratique courante sont répertoriées ci-dessous. Ce sous-thème est composé

au total de 40 références d'encodage : 25 dans le groupe S-EMDR (77,98%) et 15 dans le groupe L-EMDR (22,02%).

De manière spécifique à l'EMDR d'abord, les thérapeutes évoquent des différences avec leur pratique courante particulièrement en ce qui concerne la **phase 3**.

- « *C'est typiquement là où je me dis, c'est pour ça que je ne travaille plus comme ça en en protocole strict en disant une image. Parce que bah oui c'est pas typiquement une image particulière pour elle. Comme elle dit, c'est une succession d'événements qui lui sont arrivés et qui la font venir consulter. Et en fait typiquement à ce moment-là, j'aurais dit : 'c'était quoi le, c'est quoi le moment qui revient, qui est le plus horrible, le plus...' tu vois. Et, et quand je dis 'c'est quoi l'image la plus perturbante', je sais bien que pour elle c'est pas une image. C'est une sensation. (...) je serai parti de la sensation qu'elle a à ce moment-là. Enfin, dans cette relation-là, voilà, il y a des choses qui ne vont plus, elle dit ça ne va plus, ça va exploser. Et. Et en fait, j'aurais dit 'concentrez-vous sur cette sensation-là, et qu'est-ce que ça veut dire de négatif sur vous ? Et du coup, plutôt que ça, qu'est-ce que vous auriez aimé penser ?' » [A.S-EMDR ; MV].*
- « *Je suis presque sûr que si on avait commencé directement par la sensation, elle aurait trouvé une image directement derrière. C'est plutôt ça en fait, je serais parti de la sensation et je lui aurais dit quelque chose du genre 'et cette sensation-là, elle était plus forte à quel moment ?'. Et j'aurais trouvé une image comme ça » [A.S-EMDR ; MV].*
- « *Quand je vois que le patient n'arrive pas avec la question à avoir... Ce que je rajoute souvent hors caméra c'est 'quelque chose qui commence par Je'. Je trouve que cette phrase-là elle aide les patients à comprendre la question » [B.S-EMDR ; MB].*

Le **rapport au protocole** lui-même est cité différemment que dans la pratique habituelle.

- « *Mais j'ai pas l'impression que ma pratique que j'ai eu là soit complètement différente que ce que je fais habituellement avec mes patients. Sauf qu'avec mes patients je prends peut-être un peu plus de libertés. Euh... Non pas de libertés... Je m'adapte plus aux patients dans ces moments-là. C'est pas des libertés. Je prends des libertés d'avec le protocole mais en fait c'est pas parce que ça me fait plaisir ou quoi, c'est parce que c'est plus adapté je trouve pour le patient » [A.S-EMDR ; MV].*

Hors cadre de recherche, les thérapeutes évoquent une **stratégie thérapeutique** qui aurait été différente. L'EMDR est citée comme intervenant trop rapidement dans ces cas de figure.

- « *J'aurais pas fait d'EMDR si je l'avais eue dans mon cabinet » [A.S-EMDR ; MV].*
- « *De toute façon si j'avais été dans un cadre hors recherche j'aurais pas du tout été, pas encore fait d'EMDR avec lui, on aurait pris le temps » [D.L-EMDR ; LL].*

L'organisation de la thérapie elle-même aurait été différente, particulièrement dans le fait de prendre plus le temps.

- « Si j'étais en consultation classique, mais je m'en serais fiché complètement. C'est pas grave, on aurait fait que l'évaluation aujourd'hui, on aurait fini sur une relaxation et on aurait travaillé la fois d'après » [A.S-EMDR ; MV].
- « Là je me disais que je déroule quand même tous les trucs, habituellement je vais quand même un peu plus vite » [D.L-EMDR ; BB].

Les thérapeutes expriment également avoir été dans des **postures** différentes que celles qu'ils ont l'habitude d'avoir, également pour la plupart en raison des limites de temps. Dans cette étude, les postures ont été jugées par les thérapeutes comme trop directives, à vouloir aller vite.

- « Je sais que le moi-thérapeute il est beaucoup plus posé, il prend son temps, il parle d'une voix calme. Il est... Il essaye d'être très contenant etc. Et que le moi-individu il parle très très vite, euh... Il est très exubérant. Et voilà, et... Et là, la manière de parler très très vite c'était pas le thérapeute. C'était moi qui dit allez faut avancer, il faut faire, et surtout dire la phrase correctement, donc il la débite. Donc là pendant quelques secondes c'est plus l'État du Moi thérapeute c'est l'État du Moi personnel (...) je suis un peu trop directif. Je crois être un peu trop directif à ce moment-là. En tout cas c'est pas ma façon de travailler habituelle » [A.S-EMDR ; MV].
- « Je parle beaucoup avec mes mains. C'est-à-dire que je veux envoyer, je débite etc. Quand je suis contenant je suis très calme, très posé. J'ai moins de gestes. Ma voix est un peu plus grave, plus posée, etc. (...) Je ne fais jamais ça » [A.S-EMDR ; MV].
- « Et là je me dis que je parle beaucoup. Mais je pense effectivement avec du recul, aujourd'hui j'explique vite fait mais là j'ai beaucoup parlé en fait (...) habituellement j'attends que ça vienne. Là j'ai anticipé ce qu'il disait » [D.L-EMDR ; BB].
- « Parce que souvent en consult' moi les chaises je les bouge si je suis pas bien. Je dis au patient que je me rapproche. Et je l'ai pas fait. Là je l'ai pas fait, j'aurais pu le faire. Mais euh... Ou quand je voyais qu'elle faisait ça, mais pas dans cette séance-là de mémoire, pour être plus dans le lien, ben je me lève, je prends la boîte de mouchoirs, ça je le fais tout le temps » [C.L-EMDR ; MM].

Ces différences de postures s'observent notamment dans la **manière dont les thérapeutes s'expriment**, qui **donnent beaucoup plus d'explications** que ce qu'ils ont l'habitude de faire.

- « D'habitude je fais jamais ça, enfin si je le fais, mais je suis jamais aussi précis dans ce que je dis d'habitude, je dis simplement : voilà, bah il risque d'y avoir des changements ou pas du tout. Enfin voilà, là j'envoie plein d'infos, je sais pas pourquoi je fais ça en fait. Alors je sais pas si c'est juste pour dire 'faut dire plein de trucs comme ça, ça se voit à la caméra', j'en sais rien, mais je donne pas autant d'infos d'habitude je comprends pas pourquoi » [A.S-EMDR ; MN].
- « Je l'utilise très très souvent celle du train, c'est celle que je préfère. Je trouve qu'elle est plus parlante, moi qui prends beaucoup le train. C'est celle qui me parle le plus, donc j'arrive bien l'expliquer, et ça parle bien aux gens. Et là, je l'explique... tu vois quand je l'explique aux gens je prépare : Vous avez déjà voyagé en train, les gens me disent oui. Vous vous êtes déjà mis du côté de la fenêtre, oui. Vous avez déjà remarqué

que... et là je dis juste... j'amène les trucs, je prends même pas le temps de réfléchir, j'amène les trucs. Parce que je sais que c'est pas à ce moment-là qu'il fallait le faire » [A.S-EMDR ; MV].

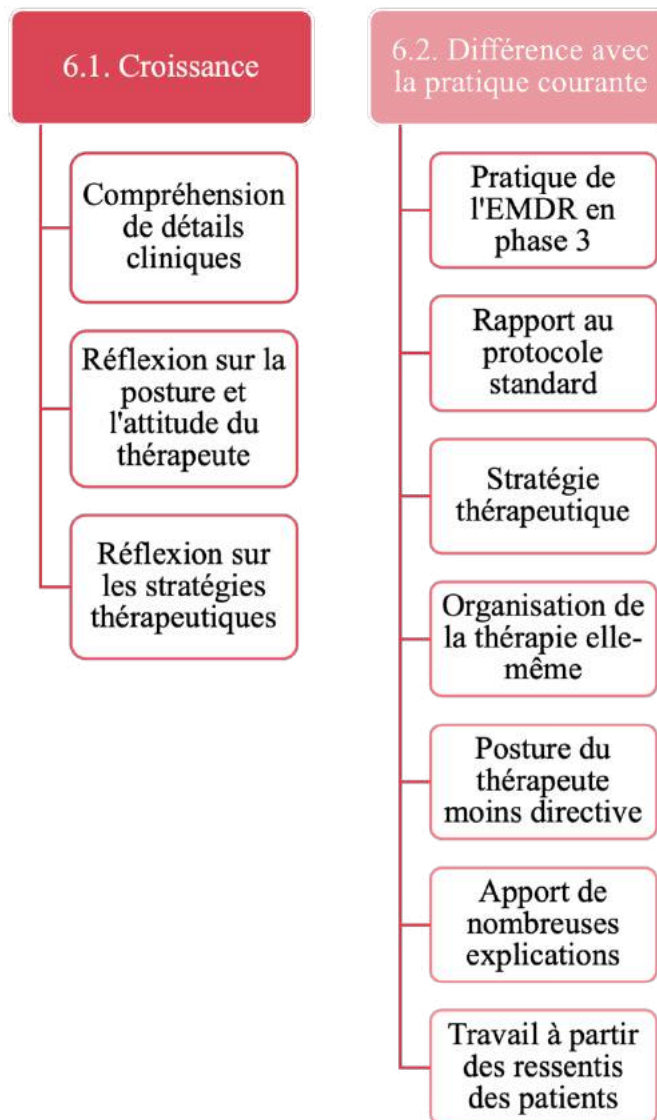
Plus encore, ces différences s'expriment dans la manière même de travailler. Les thérapeutes évoquent qu'en dehors de ce cadre de recherche, ils ont plus l'habitude **de travailler à partir des ressentis des patients**.

- *« Moi je travaille toujours avec les émotions, avec ce que je ressens dans les séances. Euh... Si j'ai une activation physiologique, émotionnelle ou je sais pas quoi, c'est soit que ça vient de moi y a quelque chose qui résonne et qui vient de mon histoire à moi, et donc du coup j'essaye de comprendre ce qui se passe, soit c'est le patient qui m'envoie ça de manière volontaire ou involontaire. Donc je pose la question en fait : là je me sens comme ça, ou j'ai l'impression que ça pourrait être ça, est-ce que c'est vous qui m'envoyez, ou vous avez pas fait exprès, enfin... Et, et... Et je travaille beaucoup avec mes émotions etc. Parce que parfois juste les gens ne se rendent pas compte qu'ils envoient des émotions ou qu'ils font ressentir des choses, et parfois c'est juste moi alors si c'est juste moi je mets ça de côté. Et là je sais que y a pas d'émotions » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Le cadre de la recherche faisait que je devais y aller, alors qu'une partie de lui me disait non, freine, et moi j'y allais et ça me dérange. Je travaille pas comme ça (...) C'est pour ça que je dis, là moi je continuais mais si j'avais pas été dans le cadre de la recherche, j'aurais mis stop, qu'est-ce qui se passe ? Est-ce que vous sentez que y a une part de vous qui n'a pas envie ? » [D.L-EMDR ; LL].*

⇒ **Idées-clés sur la différence d'avec la pratique courante :** Sur support des autoconfrontations, les thérapeutes constatent être dans une pratique différente de ce qu'ils ont l'habitude d'avoir, concernant : le rapport au protocole, particulièrement en phase 3 ; la stratégie et l'organisation de la thérapie ; la posture différente, plus explicative ; le travail davantage avec les ressentis du patient.

THEME 6, en résumé... Grâce au dispositif des autoconfrontations des données et au support vidéo, les thérapeutes, en commentant ce qu'ils se voient faire, peuvent aussi espérer prendre conscience d'éléments qu'ils n'avaient pas relevé au moment des faits. C'est bien dans ce but que les autoconfrontations sont avant toute chose un dispositif de formation, ceci afin de faire grandir l'activité. Cette dimension de la croissance, chez le thérapeute, s'exprime par la compréhension d'éléments cliniques chez le patient, inaperçus jusqu'alors, mais également par des prises de conscience de postures et d'attitudes du thérapeute qui, s'il fallait le refaire, seraient différentes aujourd'hui car jugées, avec le recul, inadaptées. La stratégie thérapeutique s'en retrouverait également modifiée. Les thérapeutes constatent également des différences dans ce qu'ils se voient faire avec leur pratique courante, celle qu'ils ont l'habitude d'avoir dans leurs cabinets respectifs. Ces différences concernent le rapport qu'ils ont avec le protocole, beaucoup plus souple en dehors du cadre de la recherche, mais également la stratégie thérapeutique et l'organisation de la thérapie elle-même, toutes deux étant aussi conditionnées par le cadre de la recherche. S'en retrouvent bousculées les postures que les thérapeutes affiches, plus directives, à avoir tendance à donner plus d'explications que cela ne serait nécessaire, selon leurs dire, et plus que ce qu'ils ont l'habitude de faire. Enfin, et c'est peut-être le point le plus important, dans leur pratique courante, les thérapeutes évoquent travaillaient davantage à partir des ressentis des patients, nécessitant de prendre plus de temps pour investiguer, temps dont ils ne disposaient pas dans ce cadre-ci. Nous n'observons pas de différence dans le discours entre les deux groupes. Le [schéma 25](#) ci-dessous récapitule ces éléments.

Schéma 25 : Représentation du Thème 6 « Regard du thérapeute sur sa pratique »



7. THEME 7 : REFLEXIONS GENERALES SUR LE METIER

Sont encodés dans cette partie les verbatims du discours du thérapeute à propos de réflexions générales sur son métier (hors situation clinique précise qu'il est en train de visionner). Ce thème, **en brun**, dans les différents schémas et tableau (voir **schémas 18, 19** et **tableau 17** pages 181-184), comporte 111 références d'encodage, tous groupes confondus. Il se décline en trois sous-thèmes : réflexions générales sur l'alliance thérapeutique, réflexions générales sur la pratique de l'EMDR, réflexions générales sur la psychothérapie. Globalement, ce thème est réparti de manière homogène entre les deux groupes ($p>0,05$).

7.1. REFLEXIONS GENERALES SUR L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Ce sous-thème fait référence à la manière dont le thérapeute conçoit l'alliance thérapeutique de manière générale. Nécessairement, il est étroitement lié au thème n°1 concernant l'interaction avec le patient, mais ce dernier concerne les réflexions sur l'alliance thérapeutique directement liées à la situation clinique commentée. Le sous-thème est composé au total de 13 références d'encodage : 7 dans le groupe S-EMDR (64,07%) et 6 dans le groupe L-EMDR (35,93%).

En premier lieu, il est souligné **l'importance du non-verbal (au travers des postures) du patient comme du thérapeute** :

- « *[si je devais expliquer à un étudiant] je dirais : 'voilà regardez le patient, comment vous le voyez ? Je vois comme ça, comme ça... Regardez-vous, comment vous voyez ? Bah je me vois comme ça...' Je dirais : 'vous n'avez pas l'impression qu'il y a quelque chose qui se joue entre vous, qui n'est pas... c'est pas qu'on n'est pas dans une relation thérapeutique, là c'est que... Mais il y a... Il y a un positionnement qui est un peu particulier, on va dire. Enfin des postures particulières'. Et j'aurais amené l'étudiant à réfléchir aux postures des deux protagonistes pour le coup. Et c'est exactement ce que je viens de faire* » [A.S-EMDR ; MN].

En deuxième lieu, il est souligné **l'importance de la valence émotionnelle de la discussion** :

- « *Parce que tu fais vraiment attention à ce qui est dit, sur les mots, sur l'émotion qui est envoyée, sur la position corporelle de la personne en face de toi, etc. etc. Tu es attentif à tout ça. Or, quand tu es pas dans l'entretien tu prends juste les mots. Sans le sens des mots forcément qui est derrière, sans l'émotion qu'on met sur les mots, et du coup tu traites comme un technicien, comme un mec qui n'aurait pas les connaissances du vécu émotionnel, cognitif etc. des choses. Et donc tu passes à côté de tout. Et là, d'analyser complètement, de se remettre dans l'entretien, d'analyser toutes les dimensions de ce*

qui est une conversation entre deux personnes, euh... sur le plan communicationnel, émotionnel, cognitif, sensoriel, etc. euh... tu... Quand tu prends tous ces plans là dans l'entretien, tu es vraiment dans l'entretien. Et donc ça fonctionne mieux parce que tu captes toutes les dimensions qui font un entretien, et donc tu peux travailler sur chaque plan, voir que chaque plan est bien exploité et compris par tout le monde. Quand je dis par tout le monde c'est le patient et le thérapeute » [A.S-EMDR ; MV].

- *« Les émotions positives, négatives, sont exprimées. Elles sont commentées. Et y a des échanges, des questions qui sont posées. C'est pas quelqu'un qui va avoir une posture comme ça [détachée] » [C.L-EMDR ; MM].*

En effet, pour rester dans cette idée d'importance de l'émotionnel, l'alliance thérapeutique s'exprime dans l'idée d'un **feedback émotionnel chez le thérapeute** qui vient « valider » quelque chose.

- *« Après, quand cette certitude est confirmée c'est juste euh... comment dire... une sorte de confiance, de se dire OK c'est bon, moi je sens que ça roule du coup je fais attention comment ça débloque le truc chez le patient, y a une alliance en fait » [B.S-EMDR ; MB].*
- *C'est une double attention, sur le patient et sur toi-même. (...) C'est pas tellement attention sur moi-même mais attention sur...comment dire... la pensée où... les sensations que j'ai de ce que me livre le patient, de voir si euh... Si ça me paraît fluide, si c'est quelque chose où voilà ce que me renvoie le patient j'en fais l'interprétation est-ce que c'est apaisant ou pas, pour lui. Donc ça me dit ben continue ou voilà. Je suis le fil. Ça me permet moi de savoir ce que je dois faire » [B.S-EMDR ; MB].*
- *« Souvent avec d'autres patients j'ai quasiment pas besoin de parler, je regarde, je ferme les yeux, y a même pas besoin de communiquer. Parce que quand on est dans le lien, ce que j'ai remarqué, c'est que y a quasiment pas de battement, y a pas de clignements de paupières. Avec certaines personnes ouais je trouvais » [C.L-EMDR ; MM].*
- *« Ben y a un ressenti émotionnel, parfois même c'est sensoriel, parfois ça me prend dans le bide. Quand je sens... enfin... Dans mes formations on m'a dit que s'il se passe quelque chose de corporel en toi c'est un indicateur, écoute-le. Et puis aussi par contre, ce que je trouve d'aidant dans la thérapie, c'est un peu le boulot en fait, je comprends la pensée du patient, mais j'ai la contenance et les...comment dire... la formation théorique, la compréhension des processus psychiques, qui fait qu'au final j'aide le patient à se dépatouiller de ce qui bloque dans sa tête à lui » [B.S-EMDR ; MB].*

La communication entre thérapeute et patient doit être **fluide**.

- *« Je trouve qu'après dans leur histoire ils mettent des... comment je peux dire... Il n'y a pas d'appréhension à dire les choses comme ils les pensent, comme ils les ressentent ou à parler de ce qui se passe dans leur cerveau, des images qui sont là, de ce qu'ils ont vécu, je trouve que c'est... il y a une énorme barrière qui tombe et là on peut commencer à travailler. C'est là que le travail démarre. Sinon le reste c'est limite du politiquement »*

correct, c'est pas la bonne expression mais, on est toujours dans la désirabilité sociale, et à un certain moment y en a plus, c'est eux quoi. C'est eux avec qu'ils pensent eux, c'est eux plus brut » [C.L-EMDR ; MM].

- *« Pour moi là c'est fluide. Et cette fluidité est différente en fonction des patients, c'est ce que moi j'ai compris de leur rythme, j'essaie de trouver le bon rythme pour eux, pas le mien. Enfin si parce que c'est ce que je ressens aussi, mais en accordance avec eux » [C.L-EMDR ; MM].*

C'est grâce à ces différents « ingrédients » qu'il est alors possible de **saisir l'expérience du patient dans sa globalité**, qui est le gage d'une bonne alliance thérapeutique.

- *« T'essayes de comprendre le processus que le patient est en train de vivre, avec l'émotionnel, avec le cognitif. (...) C'est difficile à expliquer. Parce qu'on l'apprend pas dans des bouquins » [B.S-EMDR ; LF].*

Nous retrouvons ici des ingrédients de l'alliance thérapeutique déjà cités dans le Thème 1, notamment en ce qui concerne le besoin d'une communication fluide et d'une réciprocité émotionnelle, y compris dans le non-verbal.

⇒ **Idées-clés sur les réflexions générales quant à l'importance de l'alliance thérapeutique** : importance du non-verbal du patient et du thérapeute, importance de la valence émotionnelle de la discussion, feedback émotionnel chez le thérapeute, communication fluide, saisir l'expérience du patient dans sa globalité

7.2. REFLEXIONS GENERALES SUR LA PRATIQUE DE L'EMDR

Ce sous-thème fait référence à la manière dont le thérapeute conçoit la pratique de la psychothérapie EMDR de manière générale. Ce sous-thème est composé au total de 82 références d'encodage : 44 dans le groupe S-EMDR (65,89%) et 38 dans le groupe L-EMDR (34,11%).

La plupart des réflexions concernent les phases 3 et 4 de l'EMDR, phases les plus caractéristiques de cette psychothérapie. Premièrement, des réflexions sont relevées concernant **l'ordre des étapes en phase 3**, qui sont régulièrement faites dans le désordre.

- *« Je sais que je switche, que j'inverse mais je crois que c'est un défaut de moi-même. Je ne sais pas pourquoi je le fais dans ce sens-là. Mais faudrait que je réfléchisse, je demandais toujours le SUD en dernier, maintenant que j'y repense » [D.L-EMDR ; AH].*

- « Parce que des fois je demande l'émotion en premier quand je vois que c'est un peu dur » [D.L-EMDR ; BB].
- « Je suis en train de me dire que je fais tout le temps ça. Je trouve que c'est peut-être un peu plus logique de faire d'abord le corps. Tu vois une fois qu'on a connecté aux émotions, de voir où elles sont. Et maintenant que tu me le dis, je pense que je le fais tout le temps. Je demande le SUD en dernier. Je me dis une fois que tu as demandé les émotions, au moins tu les situes quoi. Mais je pense qu'en connaissant le vrai sens des choses, pourquoi on fait le SUD avant le corps, etc. Ils devraient plus nous expliquer ce sens. Pourquoi dans cet ordre-là. Ça vaudrait le coup d'y réfléchir » [D.L-EMDR ; LL].

Deuxièmement, une réflexion est proposée quant à l'étape de recherche de **l'image la plus difficile associée à la cible traumatique et son énoncé** (phase 3) :

- « Tu vois, là, on est toujours sur le même, le même truc que la dernière fois quand tu poses la question image, y'a des fois des gens qui ne captent pas ce qu'ils veulent dire par image. Je pense que le mot image il est pas adapté dans le protocole. je crois que j'utilise jamais en thérapie le mot image à ce moment-là. Je dis plutôt moment ou... En fait je transforme la phrase en disant 'si vous deviez prendre une photo ou un enregistrement du moment qui était le plus difficile, ça serait quoi ? Ça serait une photo d'un moment donné, un bout de film, un bout de son ?' Voilà, c'est juste ça. (...) Quand ils entendent le mot image ils percutent pas tout de suite, je dis pas que ça pose problème. Je dis juste que c'est peut-être pas adapté. Je sais pas si c'est une erreur de traduction. Je sais pas comment... Mais c'est mon impression que j'ai avec ça » [A.S-EMDR ; MN].

Troisièmement, dans la suite logique des étapes, ce sont celles sur la **recherche des cognitions négatives (CN) et positives (CP)** qui suscitent réflexion dans leur formulation : la CP obligatoirement formulée à l'affirmative, les registres pouvant être différents d'une cible à l'autre, pourrait-il y en avoir plusieurs, sont-elles si nécessaires...

- « Et ça c'est, c'est mon truc, j'ai jamais compris pourquoi on pouvait pas mettre de négation dans la cognition positive. Je comprends plus ou moins théoriquement. Voilà, on essaie toujours de tourner sur une forme affirmative, etc. Je pense que j'ai déjà travaillé avec des cognitions positives tournées à la forme négative. Et après, quand t'arrive à 'est-ce que c'est toujours les mots que vous voulez... est-ce que ça convient toujours', les gens disent 'bah non, je vais pas dire que c'est pas de ma faute, je vais dire j'y suis pour rien'. Ils le tournent eux-mêmes. (...) peut-être que le cerveau il va retenir la négation. Et ça pourrait faire conflit avec une cognition positive. Je peux l'entendre. Mais... Je sais pas en fait si, et c'est peut-être mon esprit cartésien à ce moment-là qui se réveille, enfin cartésien c'est pas le bon mot, scientifique qui se réveille. Est-ce que y a eu des études qui montraient que euh, quand on garde une forme négative pour une cognition positive, est-ce que ça fonctionne moins bien ? Est-ce que c'est pas bon ? Est-ce que... Et du coup je... J'ai pas réussi à le voir sur le terrain à un

moment donné, dans ma pratique clinique, que vraiment il fallait une forme affirmative sinon ça pose problème » [A.S-EMDR ; MN].

- *« Et j'ai beaucoup de patients qui me font deux phrases. Et au début j'en prenais qu'une. Et puis après je me suis dit ben t'es nulle, prends les deux. Parce que les deux c'est eux. Et souvent après, au fur et à mesure du retraitement, ben c'est la phrase 'je suis quelque chose' qui marche » [C.L-EMDR ; AB].*
- *« Les premières cibles elles peuvent être sur un registre différent, et après quand on travaille des cibles avec certains patients plus actuelles, là je pense que je dois les amener plus sur le registre de l'estime de soi » [C.L-EMDR ; AB].*
- *« Alors ça c'est une question que je me pose depuis un certain temps. Parce qu'à la limite on pourrait y aller comme ça, la cognition négative on s'en fout. Je veux dire on a ce qu'il faut. On pourrait. Quelque part je me dis la CN la verbaliser est-ce que c'est vraiment très important, puisqu'il faut rappeler. Souvent ils s'en souviennent pas mais ils connaissent le registre. Donc plutôt que de faire une phrase, être dans le registre tu vois sécurité ou autre chose, un mot clé ça suffit largement » [C.L-EMDR ; MM].*

Suivant la chronologie des étapes de la phase 3, d'autres réflexions sont proposées sur les **indicateurs quantitatifs que sont le SUD et la VOC.**

- *« Puis ils ont du mal en plus à mettre un chiffre. De temps en temps je le fais quand j'ai un doute, parce que ça m'est déjà arrivé de...de penser que c'était bon et ça l'est pas. Parce que quand je demande, moi je me fais une idée, ça colle ou ça colle pas, et quand ça colle pas ça arrive qu'il y ait un truc que j'ai raté, et je me dis mince si je l'ai raté pour tel patient je peux l'avoir raté pour tel autre patient donc, quand même demander globalement plutôt qu'un résultat chiffré » [C.L-EMDR ; MM].*
- *« Il y a des patients à qui je demande plus du tout parce que de toute façon je le vois mais en milieu de traitement, je fais une vérif' 'comment vous allez, comment vous vous sentez, si vous essayez d'évaluer le niveau de perturbation que vous ressentez, qu'est-ce que vous me diriez', voilà. Mais c'est vrai que de plus en plus au début je le demande pas. Parce que ça fait des séances qu'elle me dit que c'est ça qui la perturbe. Donc pourquoi j'ai encore besoin de lui demander une énième fois et puis de mettre un chiffre » [C.L-EMDR ; MM].*
- *« Et la VOC parce que ça la ramène sur autre chose. On n'en est pas là dans le protocole, c'est trop tôt. Et souvent j'ai des patients ils savent pas répondre et ça me plombe toute la séance, parce que j'étais, je veux dire tout était mis en place, ma recette était bonne, prête à cuire [rires] et là c'est foutu. C'est presque hors sujet de le demander maintenant. C'est pas le moment pour ça, vu que de toute façon on va pas le faire, on va y aller elle est pas prête » [C.L-EMDR ; MM].*

En phase 4 ensuite, des réflexions sont partagées **à propos des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) et sur ce qu'il se passe pendant cette étape de désensibilisation.** Cela peut concerner : le nombre de SBA à réaliser, la pensée du protocole qui s'éclipse pour permettre de

rester pleinement concentré sur le patient, ou encore la volonté de laisser parler les patients entre les sets.

- « *Je me rappelais même pas que dans le protocole c'était ça. Je sais juste que j'ai 24 en tête, c'est la première réponse qui m'est venue. Euh... Et après en fonction de ce qui se passe chez le patient. J'en rajoute ou pas. Je crois que j'en fais jamais moins de 24. C'est le nombre là qui me vient en tête maintenant, donc je pense que ça doit être 24* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Parce que je sais que c'est à ce moment-là que ça peut être le plus violent pour les gens. Et donc il faut être attentif à ce qui se passe. Enfin, t'imagines le patient il lève la main il dit stop, mais en fait moi je suis en train de, enfin je m'en fous ? Enfin voilà, je sais qu'il faut être présent pour le patient à ce moment-là et donc, je mets de côté mes pensées, et je sais que tant que je suis en train de stimuler, mes pensées ne sont pas importantes, ce qui est important c'est que le patient soit plus ou moins OK. Et... Alors je sais pas si c'est arrivé dans cette vidéo-là, mais dès que je vois quelque chose de négatif arriver, corps qui tremble, crispations, larmes, etc. je vais commencer à rassurer je vais dire : c'est normal que ça se passe comme ça, je rallonge les stimulations jusqu'à ce que ça se calme et, et... Et j'y vais. Mais tant que y a rien de négatif je suis juste présent, presque complètement présent, on va dire 95%, les 5% ils comptent derrière. Mais 95% présents sur le patient. Et au moment où je rebaisse le bras, où je dis au patient, et c'est pour ça que je respire souvent avec les patients à ce moment-là, déjà pour leur montrer ce que j'attends quand je dis prenez une respiration, c'est prenez le temps de respirer. Je refais revenir euh... la pensée qui me dit OK avant il y a eu quelque chose de négatif ou de neutre, donc là, voilà les différents scénarii qui sont possibles* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Ce qui est important c'est pas la théorie au moment de la désensibilisation, c'est pas la théorie ou le protocole, ce qui est important c'est que le patient en face de toi reste le plus stable possible. Et donc la pensée du protocole elle est pas importante à ce moment-là. Et donc je la switch, je la zappe plutôt* » [A.S-EMDR ; MV].
- « *Je pense qu'il y a vraiment de ça, je laisse les gens associer entre, sans sauter sur le premier truc qu'ils me disent. (...) je ne sais plus où on en est dans les associations neutres et positives, c'est vrai que moi j'ai tendance à attendre du positif. Forcément sur le neutre je m'arrête pas. Je fais encore associer. (...) j'écoute aussi ce que les patients ont besoin. S'il a besoin de mentaliser ben je laisse aussi mentaliser. Des fois hop, je remets un petit truc. Mais enfin je trouve que c'est important que j'impose pas quelque chose à la personne, et qu'on adapte la technique à lui. Donc finalement si lui a besoin de dérouler quelque chose, c'est de pouvoir le laisser aussi par rapport à ça* » [D.L-EMDR ; BB].
- « *y a des patients avec qui les SBA, enfin la désensibilisation, je mets cinq ou six séances. Et c'est pas grave quoi. Ça fait partie d'une préparation* » [C.L-EMDR ; AB].
- « *Pour moi c'est trop rapide comme les superviseurs font. Les patients ils arrivent pas suivre, t'as des patients qui finissent par loucher... Moi je trouve qu'en faisant des mouvements à cette vitesse là et plus longs, en général je suis entre 27 et 30, des fois je dépasse parce que je me trompe dans le comptage, ça n'a aucune importance vu que de*

toute façon tu le vois au niveau du patient quand il faut que t'arrêtes. (...) [Les saccades oculaires. Parce qu'à un moment quand ils sont en train de traiter une information, quelque chose, il y a un truc qui se passe au niveau des saccades oculaires, parce qu'ils suivent et à un moment il y a quelque chose. Ils ne suivent plus. Ils essayent de raccrocher. (...) quand tu es attentive à ce moment-là, je vois parce que je regarde beaucoup les yeux qu'à un moment ça... y a peut-être quelques millisecondes où ils sont bloqués. Ils traitent, ils traitent, et puis à un moment tu vois ils sont dans quelque chose. (...) s'ils décrochent quelques millisecondes c'est que c'est bon, le boulot est fait. Le cerveau a bossé [rires], on peut passer à autre chose. Quand ils commencent à cligner des yeux, c'est que... après je ne sais plus si c'est avec cette patiente ou pas, mais quand ils commencent à cligner des yeux, c'est que... Je me suis même posée la question si à partir d'un certain nombre de clignements il fallait pas arrêter. Parce qu'ils partent sur autre chose pour moi » [C.L-EMDR ; MM].

Dans cette continuité à propos de la phase 4, c'est cette fois **la posture du thérapeute durant l'étape de désensibilisation** qui est discutée. Il y est évoqué qu'on peut se sentir le moins thérapeute à ce stade du travail devant le recul qui est pris, la technique au premier plan et l'instinctif au dernier plan. Le focus est mis sur les patients bien que la part très importante de technique suppose d'être dans une posture pouvant être perçue comme plus haute par certains thérapeutes.

- *« Mais je crois pas, je crois pas qu'on réfléchit. En fait, je crois qu'on est formaté à ne pas réfléchir à ce moment-là. J'ai bien dit formater pas former. En même temps, si tu te rappelles bien au niveau 1, on dit surtout on parle pas, on fait rien entre les sets à part soutenir quand ça vient, vous accueillez ce que dit le patient et vous dites juste vous continuez avec ça quoi. On t'apprend pendant un an à utiliser l'EMDR en faisant que ça. Et la deuxième année, on te dit ah bah peut-être que là maintenant quand vous voyez qu'il y'a un truc qui bloque, bah vous pouvez rajouter une petite phrase pour faire un petit message cognitif pour essayer de restructurer machin... Euh mais en fait on n'autorise pas le thérapeute EMDR à parler pendant la phase 4 vraiment en fait. Et c'était d'ailleurs tout l'objet de la thèse d'une autre collègue, aussi. On était vraiment là-dedans et je pense que c'est pas... Je pense que le moment où on est le moins thérapeute en EMDR c'est à ce moment-là. (...) Même si on a des regards soutenant, on est là, on est quand même présent, etc. La phase 4, j'ai vraiment l'impression que c'est une phase de technicien. Et je me suis déjà fait cette réflexion plusieurs fois. En me disant alors oui, tu fais attention à ce qui se passe, donc on est un peu plus qu'un technicien parce que c'est quand même attention aux abréactions, aux choses qui pourraient se passer et on essaie de modifier un peu ce qu'on fait en fonction de ce que le patient présente à ce moment-là. Mais en fait, clairement, si tout va bien pour le patient, le thérapeute, son boulot, c'est de bouger des doigts et de dire continuer avec ça. Enfin, j'exagère un peu. Y a aussi analyser ce qui est dit, voir si c'est positif négatif, donc je suis un peu dans la, dans la caricature. Et on le voit d'ailleurs avec tous les dispositifs qui existent maintenant dans la phase 4, soit le bandeau lumineux, euh les*

casques, les boules vibrantes machin, euh... À ce moment-là, on peut se mettre à côté relax et on appuie sur le bouton pour animer la barre LED. Et quand c'est fini, on dit juste y a quelque chose qui vient. J'exagère hein, c'est pas exactement ça. Mais dans ce moment-là, je me sens un un peu moins thérapeute » [A.S-EMDR ; MN].

- *« Je dis juste ce que je suis en train d'appliquer quelque chose de technique (...). On se base un peu moins sur le vécu émotionnel et sur le côté « c'est instinctif » (...) on est moins concentré sur ces choses-là en phase 4. J'ai l'impression. Et en tout cas là, moi, comme je vois dans les 2 vidéos qu'on a vu, etc., j'ai l'impression que je suis moins dans l'intuition. Je suis plus dans l'application d'une technique, propre à la phase 4. C'est pour ça que moi je reprends toujours les patients qui me disent on fait pas de séances d'EMDR aujourd'hui, je dis si. On fait de l'EMDR mais on fera pas de désensibilisation, on n'est pas en train d'en faire. Voilà mais je... Cette partie, elle est vraiment technique » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« J'ai tellement le souci de mes patients que les stimulations se passent bien pour eux, que ce soit pas trop violents etc. que je mets directement... Que dès que je commence les stimulations le protocole je m'en fous, je regarde ce qui se passe pour le patient » [A.S-EMDR ; MV].*
- *« Je vais caricaturer, il [le patient] sait qu'on va faire bouger les yeux, le faire respirer. Mais il sait pas que quand y aura 2 trucs positifs qui vont sortir [ça va changer], tu vois ce que je veux dire ? Et en fait à ce moment-là, le patient il est, entre guillemets, je mets des gros guillemets, il est soumis au désir du thérapeute. Ou, du protocole, peu importe. Parce que si là il me sort que des trucs négatifs jusqu'à la fin, en vrai pendant une demi-heure, je vais lui faire bouger les yeux, enfin faire des stimulations ou faire autre chose mais on... le protocole veut ça. (...) et c'est peut-être en ça je dirais que je suis un peu moins thérapeute, (...) Je me sens un peu moins thérapeute parce que je deviens à un moment donné, objet sachant. Ou expert, je sais pas comment le dire. Et... et... je force le patient à suivre ce que ce que je veux pour lui. Ou ce que le protocole veut pour lui. Et c'est en ça que je crois déjà que pour la plupart des gens, euh, psychologues je veux dire, qui découvrent l'EMDR ou qui ont entendu vaguement parler l'EMDR ou qui se forment à l'EMDR, pour eux c'est perturbant cette phase-là ouais. Je pense que c'est une des raisons pour lesquelles c'est perturbant » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« Et en fait, je me dis que la particularité de cette phase 4, c'est vraiment la posture qu'on a en face du patient » [A.S-EMDR ; MN].*

Enfin, il est discuté des **situations cliniques où le protocole standard appliqué strictement n'apparaît pas adapté**, particulièrement en ce qui concerne les traumatismes complexes et troubles de l'attachement.

- *« Aujourd'hui, je n'utilise plus le protocole EMDR standard comme on nous l'a appris en formation et il m'arrive que oui pour certains trucs très précis, pour des traumatismes simples, accidents de voiture machin, là... Là, le protocole s'y prête totalement. Tu trouves forcément une image rapidement, une cognition négative rapidement etc. Là, on est sur un conflit humain. C'est un peu différent. Quand on travaille sur une cible, on dit toujours qu'on va chercher l'image la plus perturbante. Mais c'est compliqué*

dans une histoire de conflit entre deux personnes de trouver le point de rupture. Le moment exact le plus perturbant » [A.S-EMDR ; MV].

- *« C'est là que je me dis que le travail en EMDR c'est bien, mais c'est pas suffisant quand tu es dans du complexe. Là tu vois bien que ça associe, ça suit son chemin, c'est plus rapide qu'un autre truc en verbalisant, c'est très intéressant pour aller chercher tout ce qui est sensation, mais là ça fonctionne bien parce qu'on est dans quelque chose qui de base tenait la route » [D.L-EMDR ; AH].*

⇒ **Idées-clés sur les réflexions générales à propos de la pratique de l'EMDR :** les thérapeutes s'interrogent sur les différentes étapes de la phase 3, particulièrement sur la recherche de l'image, des cognitions positives et négatives, sur le SUD et la VOC. A propos de la phase 4, ce sont les SBA et la posture du thérapeute qui sont discutées. Enfin, sont abordés des situations cliniques où le protocole standard n'est pas adapté.

7.3. REFLEXIONS GENERALES SUR LA PSYCHOTHERAPIE

Ce sous-thème fait référence à la manière dont le thérapeute conçoit la pratique de la psychothérapie de manière générale, hors pratique de l'EMDR. Ce sous-thème est composé au total de 16 références d'encodage : 7 dans le groupe S-EMDR (58,07%) et 9 dans le groupe L-EMDR (41,93%). Rares sont les verbatims où le thérapeute évoque la psychothérapie de manière générale, sans préciser l'EMDR, ce qui explique la petite taille de corpus. Malgré tout, parce que les dimensions abordées sont recroisées avec des éléments déjà évoqués, il nous a semblé pertinent de le conserver.

La pratique de la psychothérapie, de manière générale, suppose avant toute chose d'**analyser le discours du patient.**

- *« J'analyse le discours du sujet, j'essaie de l'interpréter, j'essaie de le ren... peut-être que là je le renvoie pas. Peut-être que la différence [qu'en situation d'EMDR] c'est j'interprète ce qu'il me dit » [A.S-EMDR ; MN].*
- *« Je pense que c'est vraiment une combinaison de ce qu'on ressent, de ce qu'on entend dans la façon de parler, dans le mot. Je trouve que c'est hyper difficile parce que c'est tout ça » [D.L-EMDR ; LL].*

Une attention doit être apportée à **la voix et à la posture du thérapeute.**

- *« D'ailleurs même dans ma manière de consulter. Parfois, je peux parler comme ça aussi » [A.S-EMDR ; MV].*

- « *Je me suis dit bon de toute façon, j'ai dû mal à couper la parole, parce qu'ils sont là pour ça, je suis d'abord là pour écouter, pour soutenir* » [C.L-EMDR ; MM].
- « *C'est pas dans ma nature de couper [la parole]. Même si je coupe plus qu'avec les autres, c'est pas dans ma nature de couper* » [D.L-EMDR ; LL].

Enfin, est souligné à demi-mot le caractère parfois **intuitif** du métier.

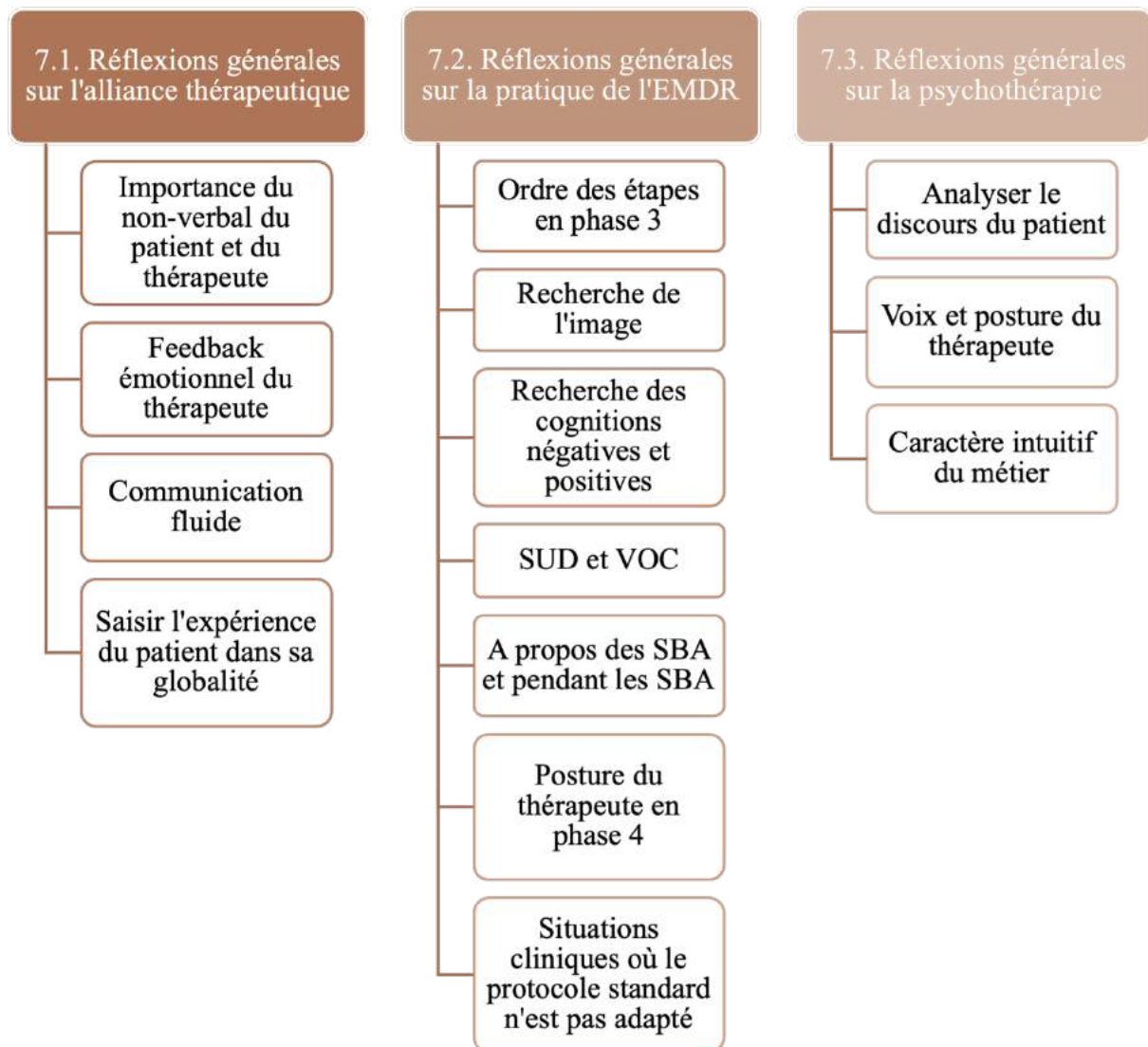
- « *Je trouve que c'est vraiment intéressant, à la fois de nous poser des questions sur ce qui se passe en nous, parce qu'on fait les choses un peu instinctivement et on se pose pas la question, et à la fois de pouvoir observer. Effectivement on voit plein plein de choses. Parce qu'en même temps c'est ce qu'on dit à nos patients, des fois on fait des trucs on dit que c'est naturel, mais en fait c'est construit* » [D.L-EMDR ; LL].

⇒ **Idées-clés sur les réflexions générales à propos de la psychothérapie :** Très sommairement, sont rappelés l'importance de l'analyse du discours du patient, l'importance de la posture et de la voix du thérapeute et le caractère parfois intuitif du métier.

THEME 7, en résumé... Les autoconfrontations ont donné lieu à des discussions d'une grande richesse, quoique plus éloignées de la situation concrète clinique que le thérapeute était en train de visionner et de commenter. Ces données ont toutefois été conservées et répertoriées sous ce thème. Les thérapeutes peuvent souligner de manière générale l'importance de l'alliance thérapeutique, celle-ci s'exprimant dans le non-verbal entre le patient et le thérapeute mais aussi grâce au feedback émotionnel que perçoit le thérapeute de la dynamique relationnelle. De plus, est rappelée l'importance de la valence émotionnelle de la discussion et d'une communication fluide. Ces ingrédients ont également été cités comme primordiaux pour se sentir connecté à son patient (voir Thème 1). C'est ainsi que l'expérience du patient peut être saisie et investiguée dans sa globalité, cognitivement, émotionnellement et sensoriellement. Les réflexions générales sur la psychothérapie rejoignent également ce qui fut évoquer dans le Thème 1, dans l'importance de la voix et de la posture du thérapeute et par le caractère parfois intuitif de ce métier.

D'autres réflexions ont été partagées sur la pratique de la psychothérapie EMDR, particulièrement des phases 3 et 4 qui sont les deux phases les plus caractéristiques et typiques. Sur la phase 3, l'ordre des étapes est questionné, ainsi que les consignes à propos de l'image, des cognitions négatives et positives, et des indicateurs quantitatifs (SUD, VOC). Sur la phase 4, la manière dont sont réalisées les SBA mais aussi ce qui peut se passer durant cette désensibilisation sont également discutés, ainsi que la posture du thérapeute toute particulière. Cette posture a parfois été évoquée très loin de la posture habituelle du thérapeute, puisque cette phase met la technique au-devant de la scène. Enfin, des discussions cliniques ont été partagées lorsque le protocole standard appliqué strictement n'apparaît pas adapté, particulièrement dans les cas de traumatismes complexes. Dans l'analyse de contenu, nous n'observons pas de différence entre les groupes de notre étude. Le [schéma 26](#) ci-dessous reprends les principaux éléments de ce thème.

Schéma 26 : Représentation du Thème 7 « Réflexions générales sur le métier »



VI. DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DES RESULTATS QUANTITATIFS

Cette partie propose une synthèse des résultats quantitatifs, c'est-à-dire des données issues des indicateurs de santé perçue, de l'alliance thérapeutique et du PQS, en fonction du type d'application du protocole standard (Strict-EMDR vs. Libre-EMDR).

- **Le niveau de symptomatologie des patients diminue dans le temps, avec une recrudescence des symptômes correspondant au temps de la désensibilisation, et ce, indépendamment du type d'application du protocole standard.**

En premier lieu, nous avons étudié l'évolution de la symptomatologie dans le temps des patients des groupes Strict et Libre. Nous avons observé leur évolution à trois temps : T_0 (avant que la thérapie ne commence et avant même que le thérapeute et le patient se rencontrent, c'est notre *baseline*), T_1 (administré dès lors que la cible à traiter a été identifiée avec le thérapeute) et T_2 (une fois la désensibilisation complète réalisée, soit une fois la phase 7 achevée). On observe dans notre étude une diminution très nette de la symptomatologie post-traumatiques et anxieuse-dépressive ainsi que du niveau de détresse subjective (SUD) des patients dans nos deux groupes. La santé mentale (sous-dimension de la qualité de vie) a tendance à s'améliorer dans le temps dans nos deux groupes, de même que la validité de la cognition positive (VOC). Seule la santé physique (autre sous-dimension de la qualité de vie) reste constante. On observe cependant que le niveau des symptômes a d'abord tendance à augmenter à T_1 . Ce constat est en total adéquation avec ce que nous observons dans la clinique. En effet, à ce stade du travail, le matériel négatif est activé par le thérapeute dans l'investigation de l'histoire de vie, en l'occurrence douloureuse du patient. A ce stade, les souvenirs sont évoqués mais ne sont pas encore traités, autrement dit totalement « digérés » par le corps et l'esprit du patient. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle aujourd'hui il est démontré que « parler de ce qui ne va pas » est insuffisant pour une résolution complète d'un psychotraumatisme, particulièrement lorsque des événements, porteurs d'une charge émotionnelle négative très active, s'observent dans un parcours de vie déjà tinté de difficultés et de souffrance (tableau clinique complexe comme ce fut le cas de nos patients, bien que plutôt stables). Des travaux comparant des interventions EMDR, y compris dans un contexte de prise en charge d'urgence, démontrent en effet une

efficience supérieure à des interventions de type débriefing psychologique, qui se centrent essentiellement sur un contenu verbal qui peuvent présenter un risque de retraumatisation (Rose et al., 2001, 2003; Scott et al., 2022; Tarquinio et al., 2016).

L'observation de ces indicateurs de santé perçue en fonction des phases du protocole standard suit ces mêmes tendances, avec une recrudescence des symptômes tels qu'ils sont rapportés en phase de désensibilisation (phase 4). Pendant cette phase, le patient explore en effet les associations reliées au souvenir douloureux en cours de traitement, ce qui peut le confronter à un matériel négatif susceptible d'augmenter sa détresse. Celle-ci, toutefois, tend à diminuer nettement à la fin du traitement. Aucune différence n'est constatée selon que le protocole soit appliqué strictement (S-EMDR) ou avec plus de souplesse (L-EMDR).

Ces indicateurs de santé perçue (symptômes post-traumatiques, symptômes anxieux et dépressifs, qualité de vie, niveaux de SUD et de VOC typiquement relevés en EMDR) sont ceux classiquement utilisés dans l'étude de l'efficacité de la psychothérapie EMDR, particulièrement dans les ECRs. C'est donc là un design classique de recherche suivant un premier mouvement de recherche Evidence Based Medicine. Dans ces ECRs, il est exigé que les thérapeutes suivent strictement le protocole standard, permettant d'homogénéiser autant que possible leurs pratiques. Or, bien que nous ne puissions pas généraliser nos résultats au vu de la faible taille de notre échantillon, notre étude démontre que quelle que soit le type de pratique (strict ou libre), les symptômes diminuent dans le temps et la qualité de vie augmente, avec un point de pivot dans le processus psychothérapeutique EMDR qui s'observerait au niveau de la phase 4. Ce ne serait donc pas seulement le protocole standard qui compte. *Quelque chose* d'autre semble être à l'œuvre. Nous y reviendrons.

- **L'alliance thérapeutique, bien que très élevée dans notre étude, peut présenter des fluctuations au cours de la thérapie, tant du côté du patient que du côté du thérapeute, avec un moment pivot correspondant à la phase de désensibilisation. Cette fluctuation est indépendante du type d'application du protocole standard.**

L'alliance thérapeutique, telle que nous l'avons étudiée dans cette recherche, se décline dans la dimension du lien de confiance, de l'accord sur les tâches à accomplir durant le travail ainsi que de l'accord sur les objectifs, ainsi que le propose la conception trans-théorique de Bordin (1979). Dans notre étude, elle fut étudiée au travers du *Working Alliance Inventory* ou WAI

(Horvarth & Greenberg, 1989) permettant de coter ces trois sous-dimensions tant du côté du thérapeute que du côté du patient. Ces scores furent relevés à T₁ et T₂, l'échelle ne pouvant pas être remplie avant que thérapeute et patient ne se soient rencontrés. Nous observons des scores très élevés tant chez le patient que chez le thérapeute ainsi qu'une évolution dans le temps, particulièrement en ce qui concerne la dimension des objectifs et du lien chez le patient. Tout se passe comme si, à mesure que la prise en charge avance, patients et thérapeutes étaient capables de s'accorder davantage, cet accordage étant particulièrement ressenti du côté du patient. Chez le thérapeute, une tendance à l'augmentation s'observe également concernant la dimension du lien, mais diffère significativement en diminuant au cours du temps concernant l'accord sur les tâches. Cette observation semble s'expliquer par le vécu du cadre de la recherche contraignant pour le thérapeute, même si ce vécu n'a pas été rapporté par les patients. Si on observe l'évolution de l'alliance thérapeutique selon les phases du protocole standard, on constate également une diminution au niveau de la phase 4, particulièrement en ce qui concerne l'accord sur les objectifs chez le patient. Sans doute que la phase 4 peut parfois apparaître confusionnante pour les patients au vu du matériel négatif qui s'active, parfois sans rapport direct avec le souvenir traité, et de l'aspect technique de la phase elle-même. Cependant, en fin de traitement, une augmentation très nette est ensuite observée. Le lien, en revanche, qui était la dimension qui pouvait augmenter dans le temps, reste inchangé au cours des phases. Cliniquement parlant, c'est sans doute le point le plus essentiel pour permettre au patient de traverser les associations potentiellement négatives qui s'imposent à lui pendant la désensibilisation. Des mêmes tendances sont observées chez le thérapeute : une diminution nette en cours de traitement est observée pour la dimension des tâches et des objectifs. Cette observation s'explique sans doute, comme dit précédemment par les contraintes de la recherche qui ont pu être parfois difficiles à vivre pour les thérapeutes, selon leurs retours, et les amener à ne plus se sentir en phase avec ce qu'ils auraient aimé faire (ces propos ont été rapportés quel que soit le groupe d'étude). Toutefois, la dimension du lien est préservée. Cette évolution est donc globalement similaire entre le thérapeute et le patient. Seule la fin de prise en charge diffère, avec une augmentation significative du score de l'accord sur les objectifs chez les thérapeutes comparativement à celui des patients. Cela s'explique certainement en raison d'une meilleure connaissance des objectifs du suivi psychothérapeutique par le thérapeute en lien avec le cadre de la recherche. Dit autrement, les objectifs pour le thérapeute peuvent être atteints dans le cadre de la recherche tandis que les objectifs de la prise en charge nécessitent de poursuivre le suivi hors recherche pour les patients.

Aussi, si on peut constater des fluctuations – bien que très légères – de l’alliance thérapeutique dans le temps, celles-ci ne s’expliquent pas par le type d’application du protocole standard (libre ou stricte), aucune différence n’étant observée entre nos deux groupes. L’application du protocole standard ne semble pas venir influencer sur la qualité de l’alliance thérapeutique, ni dans le sens d’une augmentation, ni dans le sens d’une diminution. Cette observation laisse présager que ce sont d’autres paramètres à l’œuvre que l’application de la technique qui permettent d’établir une alliance thérapeutique solide.

- **Sur le processus psychothérapeutique de l’EMDR : une inversion des dynamiques relationnelles en phase de désensibilisation**

Les suivis de Madame M. et Madame B. nous permettent d’observer plusieurs éléments quant à la part de l’application du protocole standard sur la pratique clinique du thérapeute. Rappelons que la présence de la caméra a pu insécuriser les thérapeutes (contrairement aux patientes qui n’ont rapporté aucune gêne), ce qui a nécessairement influé sur leur pratique. Plus encore, certaines observations doivent aussi s’entendre au regard des situations cliniques des deux patientes et non uniquement en raison du protocole standard. Par conséquent, il ne s’agit aucunement d’espérer une généralisation des résultats, ce n’est pas l’objectif de notre étude, mais plutôt d’entrevoir des points clés du processus psychothérapeutique EMDR qui pourraient être investigués plus en profondeur dans de futures recherches.

L’application stricte du protocole standard amène bien davantage de structure dans l’interaction entre la patiente et la thérapeute (S-EMDR), tant dans les explications détaillées des techniques et approches mobilisées que dans la posture même, très active et explicite dans les intentions et le soutien. En même temps, ce cadre, pouvant être de prime abord perçu comme rigide, est nuancé par une attitude empathique, réceptive et impliquée affectivement, ce qui permet à la patiente assurément de se sentir soutenue, aidée et en phase avec sa thérapeute. Cette dynamique change pourtant clairement au fur et à mesure de la prise en charge, particulièrement à partir de la phase 4, où la patiente apparaît plus réservée et la thérapeute moins réceptive émotionnellement. Rappelons qu’il s’agit bien de ce que les psychologues observateurs ont relevé d’un point de vue extérieur, et non d’une affirmation de l’intention de la thérapeute. Celle-ci, au contraire, lors des entretiens réalisés, explique dans le ressenti de sa relation thérapeutique qu’elle était fort contrainte par le cadre de la recherche, ce qui pouvait l’empêcher d’être dans une investigation émotionnelle plus profonde, tout en ayant une attention très

particulière à ne pas bousculer sa patiente émotionnellement, ayant tendance à être dans le « prendre soin ». Tel est le style de cette thérapeute. Ce retrait émotionnel n'a aucunement été vécu par la patiente qui se sent toujours très en lien avec sa thérapeute (en témoigne le score d'alliance thérapeutique). Quant à la réserve qu'émet la patiente, celle-ci peut également s'entendre au regard des mécanismes de défense identifiés chez elle qui s'activent au contact du matériel traumatique émergeant.

A l'inverse, dans le groupe Libre, la thérapeute inscrit la pratique de l'EMDR dans un cadre plus large de discussion, à la manière d'un débriefing psychologique. Tel est le style de cette thérapeute. Là où initialement la thérapeute pouvait être perçue comme assez formelle et détachée émotionnellement, faute de temps pour investiguer plus profondément la sphère émotionnelle, la patiente peut être en mesure d'être davantage dans une dynamique d'introspection au fur et à mesure de la prise en charge.

Cette inversion dans les dynamiques entre les deux groupes laisse à penser que, outre les situations cliniques des patientes, le temps de la prise en charge joue significativement sur ces aspects. En effet, la structure que propose le protocole standard apparaîtrait essentielle en début de prise en charge dans le but de sécuriser le patient et de clarifier les objectifs et intentions, dans un esprit très collaboratif, si tant est que cette structure soit accompagnée par une attitude empathique et sensible au monde interne du patient. Mais cette même structure peut apparaître rigide si elle demeure au devant de la scène, particulièrement lorsqu'on atteint la phase pivot de désensibilisation qui s'est, jusqu'à maintenant, toujours détachée comme un événement dans la thérapie EMDR entraînant des changements de dynamique (en témoignent les fluctuations dans les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique présentées précédemment).

- **Création d'un prototype : définition de la psychothérapie EMDR « idéale »**

Selon la sélection d'items au PQS de nos superviseurs EMDR, qui ont constitué notre panel d'experts, une psychothérapie EMDR « idéale » doit être définie par plusieurs points. Particulièrement en phase 3, le thérapeute doit avoir une compréhension très claire du processus psychothérapeutique à l'œuvre sur lequel il doit communiquer dans un style clair et cohérent. L'identification d'un thème récurrent dans l'expérience de vie du patient doit être centrale, bien que déjà investiguée dès l'anamnèse (phase 1), puisque c'est un souvenir précis, la plupart du temps jugé comme événement source de la problématique actuelle du patient, qui va faire

l'objet d'une évaluation précise pour être désensibilisé par la suite. En phase 4 ensuite, l'objectif est de susciter une nouvelle prise de conscience (insight) chez le patient, qui explore le contenu des associations libres liées au souvenir en cours de traitement, que le thérapeute accompagne sans jugement, dans une acceptation inconditionnelle de ce qui vient. Pour que le processus se fasse, le thérapeute doit veiller à ce que son patient soit engagé dans le travail de la thérapie. Ainsi, ce qui apparaît comme un processus de « laisser-faire » n'est en rien un processus passif. Durant ces deux phases particulièrement, il est essentiel que le thérapeute soit dans un souci de transparence avec son patient, en expliquant sur quoi repose sa technique et l'approche thérapeutique. Cela est d'autant plus important qu'il s'agit là des deux phases les plus caractéristiques mais aussi les plus techniques de l'EMDR. L'objectif de la thérapie doit être clairement identifié et discuté avec le patient et mis en perspective avec sa situation actuelle ou récente. Continuellement, le thérapeute doit être dans une attitude empathique, sensible, à l'écoute et capable de sentir le monde interne de son patient. En même temps, il doit afficher une posture soutenance explicite, en encourageant son patient. Plus largement à l'ensemble de la psychothérapie EMDR, le thérapeute doit être directement rassurant tout en invitant son patient à explorer des contenus émotionnels désagréables voire douloureux, en n'oubliant pas de mettre un accent particulier aux plaintes somatiques et aux sensations. Ces sentiments et sensations ainsi éprouvés par le patient doivent être mis en perspective avec son histoire passée afin d'aider le patient à tisser des liens. Par ailleurs, les interruptions et ruptures dans le traitement doivent faire, elles aussi, l'objet de discussion. Cela est particulièrement important lorsqu'une désensibilisation a été entamée mais non achevée. Le patient (et nous l'avons vu au travers de nos indicateurs de santé perçue) a souvent un niveau de symptomatologie et de détresse qui a augmenté, ce qui peut conduire à un risque d'abandon de la thérapie, croyant que cela « ne fonctionne pas » ou que cela empire son état. A ce stade, le risque de rupture dans le lien thérapeutique est élevé (Dworkin & Errebo, 2010). Or, il apparaît essentiel que le patient comprenne clairement la nature et les objectifs de la prise en charge et qu'il puisse formuler des attentes positives envers sa thérapie, malgré les moments de détresse accrue qu'il peut traverser. En permanence, il doit se sentir aidé par le thérapeute. L'EMDR, comme toute psychothérapie, est en effet un travail d'équipe, un tandem. Ce tandem est souvent décrit comme composé de celui qui a l'expertise du savoir (le thérapeute) et celui qui a l'expertise de vie (le patient). Mais c'est le thérapeute qui a la responsabilité de l'équilibre du tandem. A ce titre, il est aussi responsable de la relation thérapeutique et doit s'adapter si l'interaction avec le patient est difficile.

Dans notre étude, la moitié de ces éléments sus-cités ont été relevés par les psychologues observateurs en phase 3 ou 4. Les autres items jugés saillants de ces phases sont plutôt liés aux situations cliniques de Madame M. et de Madame B. et sont donc difficilement généralisables. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de conserver les 20 items prototypiques identifiés par les experts, car plus généralisables. Ces items ont été comparés avec les données de la littérature sur d'autres formes de psychothérapie, s'inscrivant ici dans le deuxième mouvement de recherche sur les facteurs communs et spécifiques en psychothérapie.

- **L'EMDR : Une psychothérapie assurément intégrative**

L'EMDR porte bien son nom de psychothérapie intégrative, tel que l'avait déjà défini Francine Shapiro (2007). Nous l'avions évoqué en introduction, elle emprunte bon nombre d'aspects à différentes approches (Blanchet, 2017), de la restructuration cognitive des TCC aux associations libres de la psychanalyse, en passant par l'importance du corps aux thérapies humanistes... Le croisement de notre prototype avec d'autres prototypes issues de la littérature le démontre. Pour ne citer que les TCC et la psychanalyse, en tant qu'approches les plus classiques et souvent présentées comme opposées en termes d'école de pensée, l'EMDR leur emprunte autant à l'une qu'à l'autre.

L'EMDR doit à la psychanalyse l'idée d'être sensible, empathique et à l'écoute du patient et dans un accueil inconditionnel tout en communiquant dans un style clair et cohérent pour favoriser les prises de conscience chez son patient. Le thérapeute doit aider son patient à identifier un thème récurrent dans son histoire de vie et à l'activation d'un matériel émotionnel négatif qu'il corrèle avec les événements passés du patient. Dit autrement, l'EMDR emprunte à la psychanalyse ce qui concerne la posture thérapeutique et l'investigation de la sphère psycho-affective, mise en lien avec l'histoire de vie du patient.

L'EMDR doit aux TCC l'idée de percevoir précisément le processus psychothérapeutique et d'expliquer sur quoi repose la technique. Le thérapeute doit se montrer explicitement soutenant dans la discussion à la fois des buts du traitement, afin que le patient puisse comprendre la nature de la thérapie et ce qui est attendu, mais également de la situation récente ou actuelle de la vie du patient. Celui-ci doit se sentir aidé et engagé dans son travail thérapeutique. Dit autrement, l'EMDR emprunte aux TCC ce qui concerne la dimension plus technique du travail, dans une attitude plus explicative et explicite envers le patient de ce qui se passe, ainsi que la

mise en lien avec le présent. De plus, elle emprunte ce qui concerne la posture à susciter et à favoriser chez le patient pour permettre une efficacité optimale de la thérapie.

Selon la cotation du PQS, l'EMDR garde de spécifique à son approche l'idée de devoir s'adapter au patient si l'interaction avec lui est difficile dans le but d'améliorer la relation, ainsi que l'idée d'attentes positives formulées par le patient vis-à-vis de sa thérapie. Dit autrement, le thérapeute EMDR doit être adaptatif quant à la relation thérapeutique et transmettre optimisme et espoir afin que le patient puisse croire en l'efficacité du traitement, de manière optimiste et réaliste. Cela est d'autant plus important que l'EMDR peut parfois souffrir d'un effet de mode comme une « technique magique » qui, d'un mouvement des yeux, viendrait chasser tous les soucis. Et à l'inverse, il est parfois nécessaire, surtout en début de thérapie avec des tableaux cliniques plus complexes, que le thérapeute doive y croire pour deux.

S'il fallait le démontrer encore, l'EMDR apparaît donc bien plus qu'une simple désensibilisation. Ce versant très technique, plutôt d'inspiration cognitiviste, doit s'équilibrer avec la posture du thérapeute, soutenante, accueillante inconditionnellement, plutôt d'inspiration analytique. Cette observation va dans le sens de ce que démontre la littérature scientifique. L'adaptation au patient est absolument nécessaire dans le but de créer une relation de collaboration, ce qui permettra que l'intervention soit efficace (Jaeken et al., 2015; Norcross & Lambert, 2011) grâce à un thérapeute flexible, certes compétent et efficace, mais en accord avec sa personnalité et son style relationnel (Boswell et al., 2010; Jaeken et al., 2015).

Mais alors, qu'est-ce que l'EMDR ? Nos résultats quantitatifs, tant ceux issus des indicateurs de santé perçue que ceux évaluant le processus psychothérapeutique, nous démontrent bien qu'elle est assurément plus que l'application de son protocole standard. Si les designs méthodologiques tels que les ECRs avaient tendance à lisser l'EMDR en la limitant à l'application stricte du protocole standard, notre étude démontre qu'il y a en réalité une grande hétérogénéité derrière la pratique de l'EMDR, en raison de tout ce que les thérapeutes mettent d'eux-mêmes. L'absence d'influence du type d'application du protocole standard (strict ou libre), bien que non généralisable en raison de notre faible taille d'échantillon, laisse sous-tendre qu'il y aurait *quelque chose* d'autre à l'œuvre. Ce *quelque chose* semble prendre racine dans la posture thérapeutique qui sous-tend l'application de cette technique. La structure du protocole standard en début de prise en charge apparaît particulièrement nécessaire, mais doit être capable de s'effacer pour ensuite laisser suffisamment de place au patient, au risque sinon de freiner l'introspection qui demeure le cœur du travail. Dans ce *quelque chose*, ce n'est plus

le protocole standard mais la pratique de l'EMDR qui s'exprime. Ce n'est plus la technique EMDR mais le métier du psychothérapeute, qui nous est explicité dans les résultats qualitatifs.

2. SYNTHÈSE DES RESULTATS QUALITATIFS

Le dispositif des autoconfrontations permet au thérapeute d'être confronté à sa pratique. En commentant et en décrivant minutieusement ce qu'il se voit faire, il fait émerger en creux ce qu'il croyait faire, ce qu'il aurait pu faire, ce qui serait à refaire...finalement toutes les dimensions de l'activité qui pré-existent à l'action et qui participent à sa définition, en l'occurrence l'action psychothérapeutique. Questionner le *comment* fait émerger en creux le *pourquoi*. Le *comment* offre un détour, questionne les processus et non les causes, bien que celles-ci les accompagnent. Car si les causes peuvent être multiples, les processus, eux, sont communs.

- **Le protocole standard : une contrainte quand il est exigé, un fil rouge quand il est mobilisé**

Tel que les thérapeutes le décrivent dans leurs discours, leur pratique a considérablement été impactée par le cadre de la recherche, particulièrement pour les thérapeutes du groupe Strict-EMDR qui vivaient la présence du protocole standard comme une contrainte, surtout en ce qui concerne l'ordre des étapes en phase 3 et les énoncés des consignes pouvant être « jargonneux ». Ce vécu de contrainte dans l'application technique s'est fait ressentir majoritairement en phases 3 et 4, là où la technique est la plus importante. Plus largement, le cadre de la recherche s'est également fait ressentir dans le nombre limité de séances (6 séances maximum par patient), entraînant un vécu d'urgence, ce qui a pu impacter, pour nos deux groupes, l'investigation et la stratégie thérapeutiques elles-mêmes, mais également la clarté du discours des thérapeutes, souvent due au stress ressenti face à ces contraintes. La contrainte s'est également traduite dans les attentes que les thérapeutes ont eu envers leurs patients, les amenant à être dans un mode en pilotage automatique et dans une posture plus directive, d'injonction de ce qui doit être fait, au nom du protocole, ce qui a été vécu douloureusement par les thérapeutes (stress, frustration, impatience, agacement, mal à l'aise). Cela a pu déclencher de vrais conflits intérieurs, entre la consigne d'appliquer le protocole strictement d'une part, et le besoin de s'en affranchir d'autre part. Ce style de pratique, strict et balisé, renvoie finalement à ce que les thérapeutes sont

contraints de faire dans les études d'efficacité de l'EMDR, puisque les séances sont toujours limitées dans le temps pour des raisons de faisabilité de l'étude et pour contrôler les conditions expérimentales (« le même traitement pour tous »). On note bien combien de telles contraintes rentrent en contraste avec ce que les thérapeutes ont l'habitude de faire. Ils le précisent d'ailleurs dans leurs discours où ils ont l'habitude, dans leur expérience clinique, de prendre des libertés avec le protocole, fort d'expériences de succès de suivis passés où ils ont pu pratiquer différemment, particulièrement avec des profils psychopathologiques plus complexes. Ces différences s'observent principalement dans l'ordre des étapes en phase 3 mais aussi dans la posture du thérapeute pendant la phase de désensibilisation pouvant être plus active. Leur pratique peut alors s'enrichir d'outils et de techniques supplémentaires, dans notre cas qui restent dans le champ de la psychotraumatologie.

En revanche, lorsque la contrainte du protocole n'est pas vécue (pour le groupe Libre-EMDR, bien que le cadre de la recherche les contraignait également en raison du nombre limité de séances ; ou pour le groupe Strict-EMDR lorsqu'ils décidaient de « lâcher l'idée » d'une application stricte), celui-ci apparaît comme un fil rouge qui structure la pratique. En le visualisant dans leurs têtes, les thérapeutes le vivent comme un automatisme, l'appliquant sans trop de réflexions ce qui permet de mobiliser l'essentiel de l'attention sur le patient. Le protocole est ainsi ancré comme un automatisme ce qui est bien différent d'un thérapeute qui serait, lui, en mode automatique, robotique. Ce fil rouge leur permet de vérifier parfois leur doute et d'anticiper aussi la suite du suivi, particulièrement grâce à l'enchaînement des phases de travail qu'il propose. Plus encore, le protocole standard offre un cadre de compréhension des éléments cliniques. D'une part, parce qu'il permet de réinterpréter les croyances que le patient émet sur lui, afin d'identifier la cognition négative en phase 3 ; d'autre part, parce qu'il permet d'interpréter le matériel négatif qui émerge en phase 4 et d'agir en conséquence. Il est ainsi intériorisé, comme toute technique se doit d'ailleurs de l'être pour espérer une bonne réalisation de l'activité, ici psychothérapeutique (Clot, 2008). Cette flexibilité observée dans le rapport à la technique va dans le sens de ce que la littérature dans le champ de la psychothérapie nous enseigne : il a en effet été démontré qu'un thérapeute ne peut être efficace s'il applique uniquement strictement le manuel auquel il est formé sans s'adapter à son patient, au risque sinon d'impacter la qualité d'alliance thérapeutique et par conséquent le changement psychothérapeutique (Ahn & Wampold, 2001). Ainsi, dans ce rapport plus flexible au protocole standard émerge une autre posture du thérapeute, posture qui se met au service de la technique pour en permettre une efficacité.

- **Derrière le protocole standard : la posture du thérapeute**

La posture du thérapeute, derrière le protocole standard, se veut moins directive et moins dans l'explication que ce que la technique pouvait les contraindre de faire. Cette posture des thérapeutes, telle qu'ils l'ont dans leur pratique courante, est animée par un respect absolu, y compris du patient respectueux envers lui-même, et dans une relation de collaboration, équilibrée (l'un ne prend pas le dessus sur l'autre) et sans jugement. Dans cette posture, il s'agit d'être au plus proche des ressentis des patients. Le versant émotionnel et sensoriel est en effet mis davantage au cœur de la pratique et doit être l'objet principal des discussions, dans un langage clair et fluide. Cette investigation oblige nécessairement à ralentir le rythme et à laisser le temps au patient d'explorer ce qu'il a besoin d'explorer, y compris si cela veut dire lui permettre de parler davantage durant la phase 4 entre les sets de SBA. L'expérience du patient peut ainsi être saisie et investiguée dans sa globalité, cognitivement, émotionnellement et sensoriellement.

L'émotion est donc mise au cœur des investigations cliniques, mais pas seulement. Elle est également un moteur pour l'action du thérapeute. Les pics de stress ou des éléments de surprise par rapport à ce qu'ils avaient anticipé peuvent les pousser à agir, mais c'est particulièrement dans les ressentis contre-transférentiels qu'on observe une motivation à l'action : lorsqu'ils peuvent sentir un changement de rythme dans l'interaction ou recevoir une émotion projetée par leur patient, comme la tristesse par exemple. Cette émotion peut parfois même les émouvoir et faire écho à quelque chose de leur propre histoire. Ces ressentis activent en général chez nos thérapeutes le système du prendre soin, dans une volonté de sécuriser et de rassurer leur patient. Parfois, il s'agit aussi de prendre soin d'eux-mêmes pour se rassurer dans une décision, pour balayer un doute ou pour se laisser le temps de se remettre en phase avec le processus. La plupart de ces émotions sont déclenchées par l'observation d'une information non-verbale, non congruente chez le patient qui entraîne une dissonance tant dans le discours que dans la posture. Elles sont en général croisées avec les connaissances que le thérapeute a de son patient et de la compréhension de son histoire.

L'émotion va ainsi dans les deux sens : elle peut motiver l'action et se vérifier ensuite dans le contenu thérapeutique. A plusieurs reprises, nos thérapeutes évoquent la nécessité d'une réciprocité émotionnelle afin de sentir le lien avec le patient, de se sentir connecté à lui. Cette connexion est ressentie et incarnée dans le corps et s'observe également dans le non-verbal

(fluidité de la communication, échange de regards, postures...). Grâce à cette connexion, il est alors possible d'investiguer plus loin le versant émotionnel, dans le but de soutenir l'introspection du patient mais également d'aider à l'élaboration en aidant le patient à être en contact avec le matériel traumatique. Le versant émotionnel prend ainsi davantage de place dans la thérapie, tant dans la manière dont il est ressenti par le patient qui s'autorise à aller plus loin dans son introspection, mais aussi du côté du thérapeute qui ressent plus intensément ses ressentis contre-transférentiels. En cas de dissonance ressentie, les thérapeutes sont amenés à tenter de renforcer ce lien. Ces tentatives s'observent majoritairement au travers des changements de posture ou d'attitude non-verbale, au travers des marques d'écoute et au travers d'une volonté de changer de focus en mettant davantage l'accent sur un versant émotionnel. Ces tentatives de créer ou renforcer le lien sont faites dans le but, soit de clarifier les intentions ou explications données, soit dans le but de rassurer le patient et de prendre soin de ses émotions. Autrement dit, l'émotion reste au cœur du travail. A demi-mot, il est parfois évoqué qu'elle est très intuitive. Nous y reviendrons.

La posture du thérapeute se met alors au service de la technique qui, lorsqu'elle est intériorisée comme un fil rouge, structure et sécurise la pratique, et est par conséquent efficace. D'une application de protocole standard, on passe alors à l'exercice du métier de psychothérapeute. La partie suivante détaille cette notion.

3. SYNTHÈSE CROISÉE DES RÉSULTATS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS : LE MÉTIER DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

La notion de métier renvoie à ce que la clinique de l'activité nomme le « réel de l'activité » (Clot, 2008). Le métier émerge dans l'interaction entre ce que nous sommes censés faire (la *tâche prescrite* qui préexiste à l'activité, soit la fiche de poste du travail ou le protocole standard dans notre cas) et l'activité telle que nous la réalisons dans les faits (*tâche réalisée* ou dans notre cas la psychothérapie telle qu'elle est pratiquée). En faisant dialoguer les deux ensemble, émerge cette troisième dimension, ce « difficile à dire » qui se révèle en creux de l'activité (Clot, 2011; Duboscq & Clot, 2010). Nos résultats quantitatifs nous ont permis d'apprécier que le protocole standard était finalement peu de choses par rapport à toute l'intelligence que le thérapeute met dans son application, celle-ci étant rendue explicite dans nos résultats qualitatifs grâce aux méthodes d'autoconfrontations. Plus encore, l'analyse du processus

psychothérapeutique en lui-même (par le PQS) a permis de confirmer certains aspects émergents de nos données et en a ouvert d'autres. Ces aspects, nous les considérons comme constituant la définition du métier de psychothérapeute dans la prise en charge EMDR. Nous les explicitons ci-dessous.

La psychothérapie EMDR stipule de penser chez le patient trois niveaux : le niveau cognitif (pensées, schémas cognitifs), le niveau émotionnel (émotions, patterns d'attachement) et le niveau sensoriel (sensations corporelles, non-verbal). Nous proposons de définir le métier du thérapeute également au travers de ces trois axes, puis nous proposerons des dimensions transversales à ces trois niveaux.

3.1. COGNITION : UN MEME MONDE DE REPRESENTATIONS ENTRE PATIENT ET THERAPEUTE

- **Compréhension mutuelle et transparence sur le processus psychothérapeutique, incluant les objectifs, intentions et attentes**

D'un point de vue cognitif, patient et thérapeute semblent unis dans un même monde de représentations. C'est en tout cas l'objectif, ceci afin de saisir l'expérience que le patient peut faire de sa propre histoire. Cela suppose une compréhension mutuelle. Le thérapeute doit comprendre les signes cliniques qu'il observe, qu'il décode et déchiffre pour les transcrire en un langage intelligible pour le patient. Des théories d'inspiration analytique ont conceptualisé ce mouvement de transcription en faisant référence à la mère qui traduit les éléments bruts d'expérience (appelés éléments *beta*) de son enfant pour les lui traduire en un langage qui sera assimilable pour lui. Cette capacité de transcription est nommée fonction Alpha (Bion, 1962). Le thérapeute, de manière similaire, lit, décode puis renvoie l'expérience brute du patient pour l'aider à poser du sens sur ce qu'il vit. Cette communication doit ainsi être fluide, claire, énoncée dans un langage cohérent et marquée par la fraîcheur du vocabulaire employé. Cela est particulièrement important en phase 3, qui a pour objectif de définir avec le patient la cible traumatique qui sera désensibilisée dans l'étape suivante. Durant cette phase, le langage est très technique et est souvent vécu comme jargonneux par les thérapeutes ce qui peut entraîner des difficultés de compréhension chez le patient, notamment lors de l'identification des croyances négatives et positives.

Par ailleurs, le thérapeute se doit d'être transparent envers son patient à la fois sur ses intentions, mais aussi sur la technique et l'approche mobilisées. Ainsi, il l'aide à définir et formuler des attentes positives envers sa thérapie, optimistes et réalistes. Un accord est ainsi trouvé au regard des attentes du patient en lien avec les objectifs de la thérapie qui doivent, eux aussi, être discutés. Rappelons que l'accord sur les objectifs fait partie intégrante de la définition de l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979). Ainsi, le patient peut comprendre la nature de la thérapie et avoir une vision très claire de ce qui en est attendu. Par cet effort de transparence, le thérapeute pose un cadre se voulant sécurisant où *tout peut être dit*, ce qui invite le patient à suivre cette dynamique. L'objectif de la psychothérapie (quelle que soit sa forme d'ailleurs) est de soutenir l'introspection et d'aider à l'élaboration chez le patient. La compréhension doit donc être tantôt suscitée, tantôt facilitée. En EMDR, il s'agit également d'aider le patient à être en contact avec le matériel traumatique tout en s'assurant de sa stabilité (*un pied dans le passé et un pied dans le présent*), guidé par le protocole standard.

- **Investigation et stratégie thérapeutique par le protocole standard**

La grande force de l'EMDR, au travers du protocole standard, est qu'elle propose un cadre de référence pour investiguer l'histoire de vie du patient et envisager une stratégie thérapeutique. Le protocole doit être un fil rouge ancré dans l'esprit du thérapeute qui aide non seulement à planifier le traitement, mais également à décoder les signes cliniques à la lumière de ce cadre de référence (ex : recherche du registre de vulnérabilité du patient au travers des cognitions négatives ou interprétation du matériel négatif émergeant en phase 4). Grâce à ce prisme, le thérapeute met en perspective les sentiments ou les perceptions du patient de son passé avec sa situation récente dans sa vie quotidienne. Dans les longs récits que les patients peuvent évoquer, le thérapeute EMDR apprend dans une première phase de travail à identifier un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient, contenu qu'il va ensuite « lâcher » pour s'occuper du processus en phase 4, processus qu'il doit percevoir avec la plus grande précision possible. Lorsque le protocole est intériorisé, tout se passe comme s'il pouvait fonctionner tout seul, *en coulisses* de l'esprit du thérapeute, lui permettant de mobiliser son attention alors pleinement sur le patient. Dit autrement, il n'y a plus besoin d'y réfléchir pour l'appliquer. Précisons qu'il s'agit plutôt de l'enchaînement des phases de travail tel que proposé par le protocole qui est intériorisé, avec une attention particulière au processus de désensibilisation à favoriser. En revanche, l'ordre des étapes de la phase 3, la neutralité du thérapeute en phase 4 ou encore les indicateurs quantitatifs (SUD, VOC) apparaissent plutôt au second plan. L'adaptation se fait

alors naturellement, guidée par la lecture du comportement verbal et non-verbal du patient et par la connaissance que le thérapeute a de son histoire. Se représenter mentalement l'univers du patient, à la manière de scènes de films, est un exemple de stratégie permettant au thérapeute d'avoir une compréhension globale de son patient mais aussi de repérer les potentielles zones d'ombre qu'il conviendrait d'investiguer, à la lumière des théories qu'il maîtrise et qui l'aident à penser sa clinique, dans notre cas le prisme de la psychotraumatologie principalement. C'est sans doute aussi dans cette dynamique de représentation de l'univers de son patient que le thérapeute EMDR peut alors faire le choix de mobiliser des techniques supplémentaires, particulièrement face à des situations psychopathologiques plus lourdes, le trauma complexe et les troubles dissociatifs demandant une représentation, elle aussi, beaucoup plus complexe puisque les traumatismes peuvent être imbriqués les uns dans les autres. De cette manière, le thérapeute pense l'univers de représentation du patient, mais le patient rejoint aussi l'univers de pensée du thérapeute (Steffens, 2017) en adhérant (parfois implicitement) à la proposition de lecture que le thérapeute lui propose de son histoire mais aussi sur l'approche thérapeutique qu'ils vont mobiliser ensemble. C'est ainsi qu'ils se forgent un univers de représentations commun. Cet univers va ensuite être porté par la sphère émotionnelle.

3.2. EMOTION : DE L'INSTINCT DE PRENDRE SOIN A L'INTENTION DE SOIGNER

- **L'émotionnel au cœur du travail psychothérapeutique**

Etymologiquement, l'émotion signifie « mouvement » ou « trouble, frisson (de fièvre) » (du latin *motio*). C'est un mouvement qui traverse le corps, à la manière d'un courant d'air, qui peut tantôt être agréable et réchauffant, tantôt se transformer en tempête glaciale. En psychothérapie, les émotions sont au cœur de la discussion. En EMDR, le thérapeute invite le patient à porter attention aux émotions désagréables voire douloureuses, tout en accompagnant cette exploration dans une attitude de soutien explicite, encourageante et directement rassurante. Il est essentiel qu'il se place dans une attitude d'accueil inconditionnel, sans jugement et dans le respect. Ces dispositions du thérapeute sont d'ailleurs des facteurs communs à toute forme de psychothérapie (Jaeken et al., 2015; Muran & Barber, 2010) et sont responsables de la plus grande part de variance expliquant l'efficacité du traitement (Lambert & Barley, 2001; Lambert & Ogles, 2004). Elles représentent les « conditions nécessaires et suffisantes pour le

changement du patient » qui doivent être présentes chez le thérapeute mais aussi perçues par le patient (Jaeken et al., 2015). Ainsi, le thérapeute se doit d'être dans cette prédisposition bienveillante, authentique et respectueuse pour inviter le patient à faire de même en tournant son regard vers lui-même. Il se montre sensible, à l'écoute et capable de sentir son monde interne. La sphère émotionnelle, en prenant davantage de place dans la thérapie, invite le patient à aller plus loin dans son introspection, mais aussi intensifie les émotions du thérapeute, tant dans son propre vécu émotionnel des choses que dans ses ressentis contre-transférentiels. Les analyses des autoconfrontations ont en effet permis d'apprécier la large palette d'émotions que le thérapeute traverse au cours de la prise en charge de son patient. Contrairement à la vie émotionnelle du patient, celle du thérapeute se doit, bien sûr, d'être régulée mais en aucun cas inhibée, au risque de voir la relation thérapeutique en pâtir. Les interventions du thérapeute doivent aller en ce sens, en accordant le plus de place possible au versant émotionnel, d'abord le sien pour être réceptif, et ensuite celui du patient pour être investigué. En ce sens, le thérapeute soutient l'exploration de son patient et agit comme un vrai tuteur d'attachement.

- **Le thérapeute, un caregiver**

Il est souvent dit, avec une pointe d'humour mal dissimulée, qu'on n'entre pas dans un métier comme celui de psychologue par hasard. La très grande majorité des thérapeutes arrivent avec leurs histoires de vie, pour la plupart avec leurs blessures, et leurs dynamiques d'attachement. Les théories de l'attachement nous enseignent que le système d'attachement est étroitement lié au système de caregiving (prendre soin) et au système d'exploration (Bowlby, 1969, 1973, 1982). En bref, le système d'attachement s'active lorsque nous sommes en situation de détresse nous amenant ainsi à rechercher réconfort, aide et proximité avec l'un de nos *caregivers* (donneur de soin, classiquement le parent pour un enfant). Le système d'exploration, à l'inverse, invite à être curieux et ouvert au monde qui nous entoure. C'est l'enfant qui quitte les bras de son parent pour jouer, apprendre, découvrir, tisser de nouveaux liens, etc. L'activation du système d'attachement inhibe l'activation du système d'exploration puisqu'il y a besoin d'un retour à une *base sûre* en raison d'un moment de détresse. Si la réponse reçue du caregiver a été suffisamment sécurisante, l'exploration peut alors reprendre. C'est dans ce mouvement relationnel qu'un enfant grandit.

L'activation du système d'attachement est indissociable de l'activation du système de *caregiving*. C'est « un système d'alerte aux besoins des autres, qui motive les gens à fournir réconfort et aide à ceux qui en ont besoin » (Guédeney et al., 2021). Ce caregiving comprend

de nombreux comportements qui ont deux fonctions principales : fournir une *base sûre* pour reconforter mais aussi soutenir l'exploration. Le parent ne fait pas seulement que reconforter son enfant, il l'encourage à recommencer, à poursuivre sa curiosité malgré le moment de détresse qu'il a vécu et à faire preuve d'autonomie. La transposition du caregiving d'un parent envers son enfant avec le caregiving d'un thérapeute envers son patient est alors tentante. Bien que ces deux situations sont bien différentes sur bon nombre d'aspects, l'activation du système de *caregiving* du thérapeute s'observe au travers de la volonté de prendre soin, de rassurer le patient, particulièrement lorsque celui-ci est dans une posture de vulnérabilité ou en état de détresse. En situation psychothérapeutique, le thérapeute prend ponctuellement ce rôle dans l'histoire de vie du patient en assurant à la fois le rôle de base de protection (il est le garant de la stabilité du patient et respecte son rythme) tout en soutenant son exploration (Smith, 2023), dans notre cas en soutenant son exploration des contenus associatifs traumatiques, particulièrement en phase 4, permettant au patient de se sentir aidé, accompagné. Ce parallèle a également été proposé par Nicolas et al. (2022) dans le champ de l'EMDR. Les auteurs stipulent que les SBA auraient la fonction d'équilibrer ces deux systèmes (attachement et exploration), permettant au patient d'osciller entre une zone de sécurité et des affects négatifs, selon leur seuil de tolérance.

Enfin, cette activation du prendre soin peut aussi concerner le thérapeute pour lui-même, dans un besoin de se rassurer et de sécuriser, soit sur la stratégie thérapeutique qu'il emploie, soit en cas de doute sur la stabilité émotionnelle de son patient. Le ressenti l'invite alors à ralentir pour vérifier ses informations (d'ordre cognitif donc). Nous pouvons constater un étonnant parallèle entre cette dernière observation et la recommandation faite au médecin de suivre son sentiment instinctif (*gut feeling*) pour, soit vérifier un diagnostic, soit vérifier un traitement (Stolper et al., 2009, 2011). A nouveau la vie émotionnelle et sensorielle apporte une information.

La vie émotionnelle prend alors beaucoup plus de profondeur. Elle n'est pas seulement une dimension parmi d'autres à creuser chez le patient, elle se manifeste autant chez le thérapeute en activant son système de caregiving. De l'activation d'un système très instinctif naît une intention d'aider, et dans notre cas, une intention de soigner. D'une certaine manière, l'émotion serait alors bien plus qu'un composant d'un souvenir à traiter (avec les cognitions et les sensations) mais bien le vecteur par lequel le soin *circule*. Après tout, elle porte en son étymologie l'idée de mouvement. Plus encore, ce mouvement circule entre patient et thérapeute et s'ancre dans le corps.

3.3. SENSATION : SENTIR LE LIEN THERAPEUTIQUE

- **Le feedback émotionnel et sensoriel du thérapeute pour se connecter au patient**

Partant du principe que l'émotion est un mouvement qui circule au sein du patient (sa vie émotionnelle) et au sein du thérapeute (sa vie émotionnelle), tout laisse à penser qu'elle circule également dans l'interaction entre les deux. Elle fait partie intégrante de la relation thérapeutique. En effet, la relation thérapeutique, en mobilisant la dynamique d'attachement des deux partenaires comme dit précédemment, est indéniablement teintée d'émotions. C'est une rencontre qui, nous l'avons vu, fait se croiser deux univers de représentations, deux vies émotionnelles et amène nécessairement une connexion toute spécifique. Cette connexion, pourtant abstraite et immatérielle, est apparue comme un indicateur éminemment sensoriel. Elle est ressentie et incarnée dans le corps et s'observe au travers de comportements non-verbaux (fluidité de la communication, échange de regards, postures qui s'ajustent, pouvant se répondre en miroir consciemment ou inconsciemment...). Cette connexion est absolument nécessaire pour investiguer plus loin le versant émotionnel sus-cité. C'est l'idée de *sentir le lien*, *sentir la connexion*. En l'absence de ces sensations, les thérapeutes sont amenés à changer de posture et à tenter de renforcer ce lien pour retrouver cette dynamique. Dans le discours des thérapeutes, c'est le champ lexical de la sensorialité qui domine. C'est un lien, nous l'avons dit, au travers duquel circule bon nombre d'émotions. Ces émotions peuvent motiver l'action du thérapeute et lui renvoient aussi ce que le patient peut éprouver, au travers des ressentis contre-transférentiels. Piedfort-Marin (2018, 2019) rappelle que ces ressentis transférentiels et contre-transférentiels, conscients comme inconscients, sont au cœur du processus EMDR et peuvent en affecter l'efficacité, remettant par-là la contribution essentielle des théories de l'attachement dans la compréhension de ce qui se joue durant toute psychothérapie, y compris dans des pratiques aussi protocolisées que l'EMDR.

De plus, soulignant encore l'impact de la sphère sensorielle sur le processus psychothérapeutique, il est rapporté l'importance du non-verbal, tant celui du patient que celui du thérapeute. D'une part, parce que le thérapeute est invité, y compris par le protocole EMDR standard, à discuter avec son patient des fonctions corporelles, des symptômes somatiques et de la santé physique du patient. Une phase complète du protocole (phase 6 : scanner corporel) est d'ailleurs consacrée à l'information pouvant perdurer dans le corps. D'autre part, parce que

le thérapeute va réagir aux signes cliniques du patient qu'il juge non congruents, c'est-à-dire en décalage entre ce que le patient dit et ce que son corps montre. Ce feedback, croisé avec les informations qu'il sait déjà de l'histoire de vie de son patient (informations cognitives), peut l'amener à adopter un tel comportement. Quant au thérapeute, sa congruence fait partie des dispositions nécessaires pour susciter le changement chez le patient (Jaeken et al., 2015; Muran & Barber, 2010). Il porte la responsabilité de la relation thérapeutique qu'il doit tenter d'améliorer si l'interaction avec le patient est difficile.

- **La sensorialité au service du processus psychothérapeutique : l'intuition clinique**

Dans notre étude, il a pu être mentionné à demi-mot le caractère parfois intuitif du métier de psychothérapeute. A titre d'exemple :

« Le protocole EMDR pour moi c'est pas le plaquer comme ça et hop rentre dans le moule. Là, il avait besoin de parler, on a parlé. Et finalement sur la fin je **sentais**, **j'entendais ses silences**, on **sent** bien qu'il travaille, c'est pas un silence où... Enfin il y a **quelque chose** qui se passe en lui, y a une vraie réflexion qui se met en place. Et je pense qu'il a besoin de ça aussi (...). Je le **sens** dans son attitude. Tu **sens** qu'il a le regard... Tu sais un peu... Il fixe sans regarder. Tu **sens** qu'il y a **quelque chose qui réfléchit** en lui. Et donc je laisse. Parce que des fois tu **sens** que y a des silences où c'est fini, et là je commence. Mais là tu **sens** que dans les silences il est en train de réfléchir, il a le regard fixe, et je pense que quand il regarde vers moi c'est plutôt qu'il a fini une idée, donc il regarde vers moi. Il me regarde en se disant 'bon allez, je suis arrivé au bout de mon idée, on y va ' » [L-EMDR].

Ce caractère intuitif du métier s'observait au travers de « points de patinage » dans le discours, là où la justification intellectuelle ne parvenait plus à suffire pour expliquer ce qui pouvait être en train de se passer ou ce qui avait motivé l'action du thérapeute. On se heurtait alors à un discours de type « *je le sentais comme ça* », dessinant par là un raisonnement semblant plus intuitif.

L'intuition, par définition, est une « connaissance directe et immédiate d'une vérité qui se présente à la pensée avec la clarté d'une évidence, qui servira de principe et de fondement au raisonnement discursif » (définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales). A première vue, elle semble être une pensée, donc d'ordre cognitif qui apparaît comme un Tout. Or, une étude (Petitmengin, 2001) a permis d'établir une description minutieuse du processus intuitif qui, non seulement présente des étapes successives, certes de l'ordre de microsecondes,

mais qui est en réalité une information purement sensorielle. Au travers de l'étude du discours des personnes relatant une expérience intuitive (intuition d'un soignant quant à son patient, pressentiment d'une personne qu'un événement va se produire, inspiration d'un artiste...), l'auteur reconstruit une véritable logique interne à l'expérience intuitive, qui se décomposerait en plusieurs étapes : (1) le *geste de lâcher-prise* ; (2) le *geste de connexion* ; (3) le *geste d'écoute* ; et (4) *l'intuition en elle-même*.

Ces résultats vont à l'encontre d'une conception qui opposait sur un même continuum le raisonnement intuitif d'une part et le raisonnement analytique d'autre part. Selon cette conception, devenir expert d'un domaine reviendrait à abandonner progressivement le raisonnement analytique (observé chez le débutant dans une application scolaire d'une technique par exemple) pour privilégier un raisonnement intuitif. C'est la raison pour laquelle il est souvent dit que les seniors transmettent un savoir-faire, de la main à la main, et non seulement un savoir théorique (analytique), sans être toujours capable de justifier ce qui guide leur pratique. C'est *par expérience*. La clinique de l'activité rejoint ce constat lorsqu'elle observe que plus un travailleur devient expert dans son domaine, plus il lui est difficile de parler de son travail (Clot, 2008). Or, ces résultats (Petitmengin, 2001) déconstruisent en tout point cette conception et suggèrent, au contraire, qu'il n'est pas question de multiplier les théories et techniques (autrement dit suffisamment de connaissances accumulées et ancrées) pour aller dans le raisonnement intuitif. C'est l'exact inverse : d'un « lâcher-prise » pour permettre une connexion à soi, à l'écoute de ce qui se passe en soi et autour de soi, pour qu'émerge *ce qui doit émerger*. Ce n'est pas l'extrémité d'un continuum mais un tout autre mode de pensée, dans un autre espace, et une autre temporalité. L'auteur l'explique en ces mots : « l'intuition se caractérise non par le mouvement de viser et de saisir un objet, mais de laisser advenir et d'accueillir ce qui vient (...) L'avènement d'une intuition n'est pas le résultat nécessaire d'une accumulation de connaissances, mais suppose un travail antérieur d'évacuation, d'élimination des connaissances, un désapprentissage, une mise en disponibilité. Et lorsque l'intuition apparaît, elle ne se hâte pas vers la mise en mots, mais s'accompagne d'un temps de silence et d'écoute (...). L'intuition nécessite donc une pratique de transformation intérieure. Plus qu'une manière de se rapporter au monde, elle apparaît comme un mode particulier d'être au monde » (Petitmengin, 2001, p.133).

Cette manière d'être au monde serait donc à comprendre comme un réel vecteur de soin (Edwards, 2013; Mlisa & Nel, 2013), amenant avec elle différentes sensations kinesthésiques ;

l'intuition serait en effet d'abord ressenti dans la kinesphère, ou zone entourant le corps, et se vivrait ensuite comme une véritable sensation de mouvement intérieur (Peña, 2019; Tania, 2014), qui pourrait s'exprimer au travers d'autres codes que notre raisonnement analytique, cette fois relégué au second plan, pour se rapprocher davantage de notre « conscience incarnée » [*embodied awareness*] dans le corps (Peña, 2019). C'est ainsi qu'un autre état de conscience semble à l'œuvre amenant avec lui une autre temporalité.

3.4. LA PSYCHOTHERAPIE : UN ESPACE-TEMPS

- **Le temps à structurer : anticipation, planification et adaptation du rythme**

Le temps de la thérapie est souvent décrit comme un espace en suspens, en dehors du temps de la vie quotidienne dans une société où la routine et la course contre la montre prennent souvent le pas. Les marqueurs temporels sont en effet importants dans le travail psychothérapeutique (S. Clark & Rendle-Short, 2016) et le protocole standard en EMDR en est teinté. Du côté du thérapeute, le temps fait partie du cadre thérapeutique dont il est le garant, les consultations ayant dans la plupart des cas une limite prédéfinie. Cette temporalité est nécessairement pensée par le praticien qui doit s'ajuster non seulement aux besoins de son patient mais aussi au temps, pouvant être vécu ici comme une contrainte. Cette temporalité s'est exprimée tout au long de notre étude. Elle s'est d'abord exprimée dans un contexte d'urgence et d'impatience dû aux contraintes de la recherche, particulièrement en raison du nombre limité de séances. Mais indépendamment de cette contrainte, le temps s'est d'abord exprimé du point de vue de la planification. Le protocole standard permet une structuration très claire des différentes étapes du travail : d'abord celles relatives à l'investigation de l'histoire de vie du patient, puis à sa préparation en vue de la désensibilisation. Il permet aussi une structuration des différents niveaux d'information (cognition, émotion, sensation), jusqu'à permettre au thérapeute, à la lumière de ces étapes, d'anticiper ce que le patient pourrait dire, non pas tant en termes de contenu mais plutôt en termes de valence émotionnelle. Par exemple, durant la phase de désensibilisation, le thérapeute peut anticiper comment se comporter en fonction des associations du patient, si elles sont négatives ou positives. Le protocole, par cette structure, lui indique comment se comporter selon les configurations.

La temporalité est ainsi au cœur de l'EMDR. Le thérapeute EMDR est invité à penser la temporalité de son patient passé – présent – futur non seulement en termes psychopathologiques (les symptômes actuels en tant que résultants d'un traumatisme passé) mais aussi en termes de plan de traitement. Au moment du retraitement (phase 4 de désensibilisation), le thérapeute invite ensuite son patient, un peu à la manière de l'hypnose, à se connecter à l'événement négatif, en prenant soin d'avoir « un pied dans le présent, et un pied dans le passé ». Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées. Des objectifs thérapeutiques sont convenus à plus ou moins courts termes (futur), des attentes et projections sont inévitablement formulées ou au moins espérées, chez le patient comme chez le thérapeute (futur) mais également des intentions (passé), en même temps qu'un travail d'investigation se met en place (passé, présent, futur). Le travail du psychotrauma en effet, et l'EMDR par extension, est indéniablement un travail de conjugaison.

Mais le temps est aussi un indicateur. Un changement de rythme dans l'interaction indique au thérapeute que *quelque chose* peut se passer au sein de la relation thérapeutique qui mériterait son attention. Un temps de réponse plus long chez le patient invite le thérapeute à se demander où se situe le patient dans sa temporalité (perdu dans ses souvenirs ? en pleine réflexion ? absent ? en contact avec le matériel négatif ?). La temporalité du patient se retrouve ainsi représentée mentalement par le thérapeute, jusqu'à être visualisée parfois pour imaginer la chronologie des événements, les personnages de l'histoire et le déroulé de scènes. La netteté de l'image sera alors un indicateur pour le thérapeute sur la clarté de l'information dont il dispose.

En fonction de ces indicateurs, le thérapeute adapte son rythme. Il accélère en phase de désensibilisation lorsque le patient traverse des contenus traumatiques douloureux dans lesquels il n'est pas possible de s'attarder, dynamise pour susciter l'élaboration ou le passage à une autre étape dans le travail, mais il peut aussi ralentir. Cette idée de ralentir est régulièrement revenue au travers de nos autoconfrontations. Il fallait alors davantage prendre le temps : laisser le temps au patient d'élaborer, de déplier sa pensée, de sentir les émotions et sensations qui l'accompagnent... Et particulièrement en phase 4, il fallait laisser-faire le processus.

- **Le temps à suspendre : laisser-faire le processus**

L'analyse des discours des thérapeutes a mis en évidence que des indicateurs précis (signes cliniques, ressentis, changements dans l'interaction...) amenaient les thérapeutes à agir.

L'absence de ces signes, à l'inverse, les amenait à *laisser-faire* le processus, particulièrement durant la phase de désensibilisation. Cette phase, en effet, suppose une temporalité très particulière face à un thérapeute dans une posture, elle aussi très particulière. Là où le traitement se déroule sans doute le plus en profondeur, le thérapeute se tait, répond (selon le protocole standard) uniquement « continuez avec ça ». Dans cette lignée, il ne participe à un échange, au sens d'une conversation qui serait alimentée en rebondissant sur les dires du patient. Mais son attitude n'a rien de neutre, bien qu'elle semble l'être verbalement. Il contraint le patient plus ou moins explicitement à rester dans un univers de pensées, en lien avec la cible travaillée (Steffens, 2017). La phase de désensibilisation invite le thérapeute à se défocaliser du contenu pour favoriser le processus. Il n'est ainsi pas étonnant de constater que certains thérapeutes, surtout lorsqu'ils étaient contraints de suivre strictement le protocole standard, énoncer que c'était dans cette phase qu'ils se sentaient le moins thérapeute, parce qu'ils abandonnaient un raisonnement plus intuitif pour un raisonnement technique. Et pourtant... Nous pensons que cet espace laissé par la désensibilisation est comparable à cet espace de « lâcher-prise » qui fait partie du premier geste à faire pour enclencher un processus intuitif (Petitmengin, 2001). En effet, lorsque le protocole standard était vécu comme un fil rouge, il permettait au thérapeute de libérer de l'espace mental pour se concentrer exclusivement sur le patient, et non plus la technique. On lâche la technique et on s'abandonne à *autre chose*. Dans cet espace, émergent des sensations, des ressentis qui guident l'activité du thérapeute. Le thérapeute est alors dans une posture de non-agir dans le but « d'aider ce qui vient tout seul » (Lê Quang, 2013). Cette idée de non-agir n'est en rien de l'inaction. Il s'agit d'être dans l'efficacité du moment, en créant le contexte pour laisser advenir ce qui vient *au moment opportun*. C'est veiller, dans une pleine disponibilité et réceptivité, y compris sensorielle. Bien que très actif avec les SBA, le thérapeute se retire pour laisser-faire le processus et mettre sa posture au service de la méthode. C'est ce que la littérature recommande pour des thérapies manualisées (Schulte & Eifert, 2002), c'est ce que les psychothérapeutes EMDR font dans leur clinique de tous les jours, mais ça n'a jamais été ce qui était évalué jusqu'alors. Nous reprendrons cette idée de non-agir dans notre ouverture pour oser pousser cette philosophie de pensée un peu plus loin. Enfin, chose sans doute plus étonnante encore, si cette phase est marquée par un « lâcher-prise » du thérapeute envers sa technique pour laisser-faire le processus, c'est aussi dans cette phase que le patient se libère de tout le poids psychotraumatique et réalise des nouvelles prises de conscience. Il semblerait alors qu'à ce stade « faire moins, c'est faire plus » (Steffens, 2017).

A la lumière de ces différents éléments, nous considérons que le protocole EMDR standard est à la fois un cadre d'intervention et une technique. En tant que cadre, il structure l'échange et sécurise la pratique du thérapeute, si tant est que sa posture soit optimale ; en tant que technique, il guide les débuts mais doit nécessairement se faire oublier ensuite, particulièrement à la phase de désensibilisation qui a émergé comme un *événement* dans la thérapie EMDR, un moment pivot où les dynamiques relationnelles s'inversent : la technique doit s'effacer pour libérer l'espace à l'introspection et à l'émergence de pensées, sensations et intuitions. Une telle construction par Francine Shapiro est absolument remarquable : une technique aussi pointue qu'est le protocole standard se retrouve au service d'un des processus les plus abstraits, un processus intuitif.

3.5. UN ENGAGEMENT SYMBOLIQUE : DEUX PARTENAIRES AU SERVICE D'UN TROISIEME

Le métier de psychothérapeute EMDR s'apparente alors à créer le contexte pour qu'advienne une rencontre. D'abord une rencontre entre deux univers de représentations qui vont s'accorder, créant un univers de représentations commun. Cet univers va permettre une circulation émotionnelle entre patient et thérapeute, permettant à chacun de vivre ses émotions, bien qu'elles ne visent pas le même objectif. Le patient doit poursuivre son travail introspectif ; le thérapeute, lui, met ses émotions à son service pour soutenir le processus. Dans cet espace ainsi créé, émergent des sensations, véritables sources d'inspiration pour le thérapeute. Cette rencontre entre ces deux univers de représentation devient alors le théâtre d'un engagement. Un engagement du thérapeute qui travaille *au service* du patient et un engagement du patient dans sa thérapie. Tout se passe comme si deux protagonistes s'engageaient en vue d'un troisième : le processus psychothérapeutique lui-même. Certes, il ne s'agit pas d'un interlocuteur physique mais d'un troisième partenaire dans une relation dialogique particulière. Nous devons cette distinction et ce terme de *dialogisme* à Bakhtine (1895-1975), un théoricien et un historien russe de la littérature, qui a proposé des analyses dites bakhtiniennes du discours qui ont pu entraîner de véritables ruptures épistémologiques dans le champ de la littérature et de la sociolinguistique (Privat, 2019). C'est également la pensée de Bakhtine qui pose le cadre théorique dans lequel s'inscrit la clinique de l'activité.

Ainsi que le rapportent Duboscq et Clot (2010), Bakhtine considère l'humain dans une conception qui peut sembler aux antipodes de ce que la psychologie postule. Pour lui, il n'est possible d'approcher l'humain que dans le dialogue, qui se révèle aux autres et surtout à lui-même, devient ce qu'il est vraiment, uniquement dans le dialogue (Bakhtine, 1970). Ainsi, l'humain est, s'accomplit, se révèle, dès lors qu'il s'inscrit dans un dialogue. Lorsqu'il se tait, il n'est plus. Bakhtine précise toutefois que ce dialogue n'est pas nécessairement une interaction avec autrui, il peut être un dialogue intérieur. Il distingue ainsi plusieurs positions :

- Le destinataire : C'est l'interlocuteur direct, une personne physique. C'est le dialogue apparent, extérieur.
- Le sub-destinataire : C'est la voix intérieure, le dialogue avec soi-même, qu'il nomme aussi le « petit dialogue ».
- Le sur-destinataire : Cette position est peut-être la plus curieuse sinon la plus importante. Le sur-destinataire renvoie à une troisième personne invisible, il incarne l'aspect « méta » du langage, nommé aussi « grand dialogue ». Lorsque nous parlons, nous nous adressons à un destinataire, mais également à ce sur-destinataire, situé « dans un lointain métaphysique (...) Dieu, la vérité absolue, le jugement de la conscience humaine impartiale, le peuple, le jugement de l'histoire, la science, etc. » (Bakhtine, 1984, p.337). Tout semble se passer comme s'il fallait que quelque chose reste. Duboscq et Clot (2010) ajoutent que c'est à ce niveau-ci, en psychologie du travail, que se situe le réel de l'activité, ou dans notre cas, le métier de psychothérapeute.

Le dialogue serait donc le conflit entre le dialogue intérieur (ma voix intérieure) et le dialogue extérieur (ce que l'autre me dit et ce que je lui répons) en quête du troisième (ce vers quoi je tends dans ma discussion, la trace que je souhaite laisser). Autrui devient l'intermédiaire du dialogue entre le sub-destinataire et le sur-destinataire. Au travers du discours, l'homme tente d'atteindre quelque chose de plus grand que lui (la Vérité principalement), comme si le mot venait finalement dépasser le cadre de la simple conversation, qu'il fallait lui conférer une existence supérieure à la nôtre.

Transposons cette pensée à l'étude de la psychothérapie. Le thérapeute se situe au niveau du destinataire. Il est l'interlocuteur physique à qui le patient s'adresse. Il se fait l'intermédiaire du dialogue entre la petite voix intérieure du patient (sub-destinataire), qui peut se déplier à l'oral sous l'impulsion du thérapeute, et cette quête du troisième (la résolution de la problématique, portée par le processus psychothérapeutique). Cette quête de sens est sans doute bien ce qui

différencie l'entretien psychothérapeutique d'une simple conversation : il y a un objectif plus grand qui dépasse le cadre de cet échange. C'est cette épaisseur possible, tout ce volume (appelé *hétérovocalisme* par Bakhtine), qui rend le dialogue si riche. Une trace demeure de ce qui s'est dit et a voulu être dit. Le PQS avait donc raison de distinguer les éléments reflétant le patient, ceux reflétant le thérapeute et ceux reflétant la nature elle-même de la dyade, comme si elle pouvait agir avec une certaine autonomie.

Cette quête de sens est observable lorsque le dialogue est authentique entre deux personnes (Duboscq & Clot, 2010), mesurable à l'intensité de la conversation, où l'on sent les deux personnes engagées dans ce qu'elles disent et veulent dire, comme il est attendu que cela soit le cas dans le cadre d'une psychothérapie. Les interlocuteurs sont impliqués émotionnellement, soucieux de trouver le juste mot pour exprimer leur idée, s'en approchent, tournent autour, renchérissent, réfléchissent...pour se rapprocher de ce que nous voulons exprimer. « Il n'y a pas là un manifeste et un caché, un signifiant et un signifié, plutôt un *difficile à dire* » (François, 1998, p.26). Cette position dialogique du sur-destinataire est ainsi primordiale, elle fait partie du processus en même temps qu'elle est une quête et inscrit le temps de l'échange dans une tout autre temporalité : pendant l'échange, résonnent en réalité aussi en nous-mêmes et en l'autre tous les discours passés, en quête de ce « difficile à dire », qui demeure en puissance. Et c'est bien derrière ce *difficile à dire* que s'est révélé le métier du psychothérapeute. Sans doute que le processus psychothérapeutique est plus grand encore que l'exercice du métier du psychothérapeute. Cependant, il est le garant de ce processus, le garant de la transformation qui s'opère par cette rencontre. Par conséquent, il est bien plus qu'une variable parmi d'autres influençant le processus psychothérapeutique, il est la porte d'entrée pour l'étudier. Ainsi, si un tel engagement est pris par deux partenaires au service d'un troisième, dans une quête de sens, la psychothérapie porte également en elle une dimension éminemment spirituelle, dans sa définition première³.

Le métier de psychothérapeute dans la pratique de l'EMDR est donc bien plus que l'application du protocole standard. Celui-ci agit comme un cadre de référence, qui structure l'interaction et sécurise la pratique du thérapeute. En même temps, il est aussi une technique, mobilisée particulièrement en phase 3 et 4. Pourtant, c'est aussi en phase 4 qu'il doit s'effacer pour laisser-

³ Spiritualité : « Qualité de ce qui est esprit ou âme, concerne sa vie, ses manifestations ou qui est du domaine des valeurs morales » (définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales).

faire le processus. Être psychothérapeute, c'est créer ce contexte de rencontre, une rencontre cognitive, émotionnelle et sensorielle, et mettre cette rencontre au service d'un troisième : le processus psychothérapeutique lui-même envers lequel patient et thérapeute s'engagent symboliquement. Il apparaît alors essentiel que le thérapeute puisse être dans une posture méta-réflexive (Lamboy et al., 2004; Schön, 1984), ceci afin de sentir les dynamiques émotionnelles et sensorielles à l'œuvre, qui sont à la fois des indicateurs cliniques et des sources d'inspiration. C'est par cette posture que le protocole EMDR standard peut espérer être une méthode efficace.

4. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

DETECT-EMDR est une recherche sur les processus à l'œuvre durant la psychothérapie EMDR, particulièrement ce que le psychothérapeute met de lui dans l'application du protocole standard, avec un design expérimental. S'agissant d'une recherche exploratoire ayant travaillé auprès d'un petit échantillon, nos résultats n'ont aucunement la prétention d'être généralisables mais se veulent interroger les processus, parfois micro-processus, à l'œuvre en invitant à les questionner davantage dans de futures recherches.

Le biais majeur de notre recherche est sans aucun doute un biais de désirabilité sociale observé chez les thérapeutes, due à la présence de la caméra. Le fait d'être filmé a considérablement influé sur la manière de pratiquer des thérapeutes et sur leur état émotionnel. Ce stress a même poussé des thérapeutes du groupe Libre-EMDR à appliqué plus strictement le protocole que ce qui ne font d'ordinaire. Bien que la présence de la caméra fasse partie de la « culture EMDR », nos thérapeutes ont pu signifier combien ils ne se sentaient pas naturels. Cependant, ce biais laisse finalement entrevoir ce qui est systématiquement imposé aux thérapeutes dans des conditions classiques de recherche, avec des mêmes contraintes. Des observations incognito ou des études réalisées en soins courants permettraient de contrôler ce paramètre, nous l'aborderons par la suite dans les perspectives de recherche.

Nécessairement, un biais de sélection est intervenu. Les thérapeutes ont été recrutés sur base du volontariat mais se connaissaient tous et connaissaient également l'équipe de recherche, l'étude s'étant déroulée au sein d'un même centre de psychothérapie. A nouveau, si DETECT-EMDR voulait observer l'activité *en situation*, ces éléments font partie de la réalité de terrain. Toutefois, des recherches ultérieures en travaillant avec d'autres thérapeutes, par exemple dans des réseaux de pratique, devraient contrer ce biais. Cela permettrait également d'avoir un échantillon plus représentatif. En effet, dans notre cas, nos thérapeutes avaient globalement le même profil avec en moyenne 4 ans d'expérience de la pratique EMDR. Comparer les pratiques de seniors et de juniors au regard de la clinique de l'activité est assurément un axe de recherche important qui, faute de faisabilité, n'a pas pu se faire dans DETECT-EMDR mais qui offre des axes prometteurs pour la suite de la recherche dans ce domaine.

Cependant, malgré ces limites, DETECT-EMDR a le mérite de proposer une méthodologie innovante permettant de saisir le cœur de l'activité psychothérapeutique, loin des designs épurés des ECRs. Cette méthodologie assume son incomplétude, qui est un axiome de la pensée complexe (Morin, 2014), parce qu'elle ne cherche pas à être exhaustive mais plutôt à saisir les

dynamiques, les mouvances. Ce fut possible dans cette recherche grâce à la captation vidéo et au dispositif des autoconfrontations, dont l'utilisation dans ce domaine est inédite. Grâce à ce dispositif méthodologique, il n'est plus question d'additionner les variables dans une volonté d'objectivité absolue mais plutôt de s'appuyer sur celle (le psychothérapeute) qui insuffle la transformation de tout le système et porte le processus de changement (processus psychothérapeutique). Ce n'est plus une variable, c'est un vecteur.

Cette recherche est la preuve qu'il est possible de répondre aux critères de scientificité tout en osant la bascule épistémologique. C'est abandonner un modèle Evidence Based Medicine pour revenir au cœur des processus, alliant recherche et clinique au même niveau, et particulièrement dans le champ de l'étude de l'EMDR : c'est remettre le psychothérapeute au centre du dispositif, celui qui était le grand oublié des designs de recherche. C'est faire le pari de la complexité pour observer un objet d'étude, lui aussi complexe. Ce fut notamment possible par l'emploi de méthodes mixtes qui feront encore l'objet de travaux par la suite pour affiner et croiser encore les mesures. Le Psychotherapy Process Q-Sort (PQS), dont l'utilisation dans le champ de la psychothérapie EMDR fut aussi inédite, a également soutenu cette intention. Un tel outil a permis de dessiner les contours de l'EMDR, de comprendre mieux la définition de ce qu'est cette psychothérapie et de la comparer avec d'autres prototypes issus de la littérature, démontrant bien le caractère intégratif de l'EMDR, qui emprunte autant à la psychanalyse qu'aux TCC.

Surtout, la grande force de DETECT-EMDR est d'avoir fait émerger des dimensions pré-réfléchies de l'activité du psychothérapeute, qui jusqu'alors, n'avait jamais été étudiée comme une situation professionnelle. L'EMDR, par son caractère manualisé, offre un cadre de comparaison idéal. Nos résultats le soulignent bien : le protocole standard est bien peu de choses face à tout ce que le thérapeute met de lui. Ce que chaque thérapeute EMDR pouvait penser très intuitivement, nos données aujourd'hui permettent de le montrer, et de futures recherches permettront de l'affirmer. De plus, DETECT-EMDR a permis de faire émerger des dimensions souvent écartées des designs de recherche mais qui, pourtant, se révèlent aussi en creux de l'activité, telles que l'intuition clinique ou la temporalité en thérapie. La subjectivité du thérapeute n'est plus un paramètre à contrôler dans un souci d'uniformité. Au contraire, penser complexe c'est se saisir de cette subjectivité pour pénétrer le cœur du métier. Chaque thérapeute a un style unique, mais des structures de l'activité peuvent émerger qui elles, sont

généralisables. Telle est la bascule épistémologie : construire des modèles par inférence des cas particuliers, la clinique comme point de départ et comme point d'arrivée (Fishman, 2000).

5. PERSPECTIVES DE L'ETUDE

- **Implications pour la recherche**

DETECT-EMDR a l'humble ambition de poser les jalons de futures recherches sur le processus psychothérapeutique EMDR. A partir de nos données, des analyses supplémentaires ultérieures seront réalisées sur différents points :

- (1) Les données quantitatives et qualitatives seront davantage mises en perspective, incluant les retranscriptions de tous les échanges entre psychologues observateurs lors des cotations du PQS qui, jusqu'alors, ont été utilisées uniquement à titre illustratif. Superposer le niveau des autoconfrontations et le niveau des échanges des psychologues observateurs amèneraient plus de profondeur encore dans la compréhension de la pratique du psychothérapeute EMDR.
- (2) Un troisième niveau de données pourra être ajouté à cette mise en perspective (autoconfrontations et échanges des psychologues observateurs) par la cotation des vidéos des séances de psychothérapie elles-mêmes, en considérant cette fois tous les comportements observables du côté du patient. Il serait alors envisageable de superposer l'autoconfrontation du thérapeute avec le moment précis de la vidéo qui le fait réagir, et croiser le dialogue des dimensions pré-réfléchies du métier aux comportements observables. DETECT-EMDR, pour l'instant, n'a relevé que les motivations du thérapeute suscitées par les signes cliniques, non les comportements du patient eux-mêmes.
- (3) Chaque suivi de patients pourra faire alors l'objet d'études de cas, comme ce fut le cas ici de Madame M. et Madame B., s'inscrivant toujours dans une volonté de recherche portée par une épistémologie pragmatique (Fishman, 2000), qui part de la clinique pour inférer des modèles d'expérience. Le modèle des études intensives de cas offre un cadre méthodologique d'une grande richesse (Thurin, 2009, 2017).
- (4) Enfin, il s'agira de poursuivre notre travail d'autoconfrontation, en intégrant cette fois la deuxième étape qui compose cette méthodologie : l'autoconfrontation croisée des données. Cette fois, le thérapeute visionne une vidéo de sa pratique, accompagné du

chercheur qui invite à commenter, mais également en présence d'un deuxième thérapeute. Les deux professionnels dialoguent entre eux, confrontent leurs habitudes et leurs styles respectifs de pratique. C'est ainsi que l'objet d'étude (le cœur du métier) émerge et, par le dialogue de plusieurs subjectivités, devient objectivable (Duboscq & Clot, 2010).

Dans la continuité de DETECT-EMDR, une investigation plus précise des « points de patinage », témoignant du caractère intuitif du métier, permettrait une compréhension bien plus fine encore des dimensions pré-réfléchies du métier de psychothérapeute. La micro-phénoménologie pourrait répondre à ce défi. Cette méthode, inspirée de la conception de la phénoménologie telle que définie par Husserl (1992), vise une étude des microprocessus, des éléments pré-réfléchis de l'expérience tels qu'ils se présentent dans l'expérience intérieure. Initialement, elle avait pour objectif de définir une méthode pour obtenir des descriptions très fines d'expériences singulières (ex : l'écoute d'un son, la visualisation d'un mot, l'émergence d'une idée...) basé sur des entretiens d'explicitations (Vermersch, 2019). Après quoi, en croisant les descriptions de différentes expériences, il fut possible ensuite de créer des structures génériques des expériences étudiées à partir des descriptions singulières (Petitmengin, 2001; Petitmengin et al., 2019). En effet, si chaque expérience est unique (par exemple, l'émergence d'une intuition ou l'écoute d'un son), la structure de cette expérience, elle, est commune à toutes, à la fois en termes de dimensions sensorielles mobilisées pendant l'expérience (nommée structure synchronique de l'expérience) mais également dans les différentes micro-étapes qui constituent la chronologie de cette expérience (nommée structure diachronique). De ce fait, si les structures sont génériques, elles deviennent comparables et par conséquent généralisables. L'investigation du cœur de processus est alors possible en répondant en même temps aux critères de scientificité. La micro-phénoménologie et les autoconfrontations partagent des outils communs en mobilisant toutes deux l'entretien d'explicitation tel qu'initialement défini par Pierre Vermersch (2019) qui consiste à ne pas questionner directement le *pourquoi* mais plutôt le *comment*, autrement dit questionner le processus et non l'intention, encore moins le résultat. Les mécanismes à l'œuvre sont alors rendus explicites et peuvent permettre de reconstruire la structure de l'expérience. La micro-phénoménologie apparaît être un enjeu méthodologique majeur dans l'évaluation des psychothérapies, et dans notre cas, de la psychothérapie EMDR.

DETECT-EMDR a volontairement souhaité provoquer un design expérimental pour se situer dans le paradoxe qui animait notre réflexion de départ : l'injonction de l'application d'un

protocole strict face à la réalité clinique de tous les jours. Il serait intéressant de reconduire ce genre d'études dans un contexte de soins courants. Cela permettrait en premier lieu de contrôler de nombreux biais, notamment ceux générés par la présence artificielle de la caméra, mais aussi de situer l'étude dans un réseau de recherche plus large que le cadre expérimental dans lequel elle a été pensée. On aurait alors une meilleure transférabilité des résultats. Par exemple, il s'agirait de se rapprocher de thérapeutes EMDR utilisant régulièrement la caméra dans leurs consultations et d'effectuer une répartition dans les deux groupes a posteriori sur visionnage des séances : celles respectant le protocole standard constitueraient le groupe Strict, celles pratiquant avec de la souplesse ou mobilisant d'autres techniques constitueraient le groupe Libre. Il n'y aurait alors plus de contrainte de consigne, uniquement des styles de pratique. De plus, situer la recherche en soins courants permet de se rapprocher au plus près de la réalité clinique, avec des patients dans toute leur complexité et sans contrainte de temps. Les temps de mesure seraient réalisés en fonction des phases du protocole standard. A ce titre, nous recommandons d'intégrer des mesures supplémentaires telles que les dynamiques d'attachement du patient mais aussi du thérapeute, s'agissant d'un paramètre majeur à l'œuvre dans la relation thérapeutique. Loin de vouloir résumer l'attachement à un questionnaire, un indicateur quantitatif permettrait de répondre au besoin de mesures standardisées tout en étant croisé avec la richesse de la réalité clinique. C'est ainsi que la complexité peut espérer être évaluée.

Toutefois, s'il fallait maintenir ce genre de recherche dans un design expérimental, celle-ci pourrait se dérouler dans le cadre d'observation incognito, comme cela est régulièrement fait en psychologie sociale. Patient et thérapeute sont informés qu'ils peuvent être filmés, ont donné leur accord, mais ne savent pas quand la caméra est déclenchée. Il serait alors possible d'attendre que celle-ci soit suffisamment « oubliée » par les patients et par les thérapeutes, intégrée dans les mœurs et dans les murs du cabinet.

Enfin, le PQS nous a permis de créer un prototype de l'EMDR, autrement dit de définir ce que serait une psychothérapie EMDR « idéale ». Le PQS est une grille d'observation plus qu'un questionnaire, mais par l'identification des dimensions essentielles en EMDR, tels que ce fut identifié par nos superviseurs EMDR, il serait alors possible de développer un outil de mesure permettant de quantifier la qualité du processus psychothérapeutique en EMDR qui répondrait aux critères statistiques de validité. Un tel outil serait d'une grande pertinence, d'abord pour le clinicien qui souhaiterait évaluer sa pratique. De plus, cet outil, pour le chercheur, pourrait être intégré dans des designs expérimentaux très rigoureux qui permettrait de quantifier le processus

psychothérapeutique EMDR et de l'intégrer dans des modélisations plus complexes. Il pourrait être coté par le clinicien lui-même mais aussi le patient, ou encore un observateur extérieur sur support vidéo ou en direct derrière une vitre sans tain. Enfin, cet outil serait d'un apport majeur pour la formation. Les futurs psychologues et futurs psychothérapeutes EMDR pourraient apprendre à repérer ce processus, à être particulièrement attentif aux dimensions qu'il convoque, ce qui contribuerait assurément à une meilleure efficacité des pratiques. Dit autrement, ce que les thérapeutes découvrent intuitivement à mesure qu'ils pratiquent serait transmis plus explicitement aux professionnels. Cette observation dessine également de nombreuses perspectives de formation, que nous allons proposer ci-dessous.

Les implications pour la recherche sont donc nombreuses et d'un enjeu majeur parce qu'elles osent se situer dans un nouveau paradigme épistémologique, en étudiant la complexité sans vouloir la réduire aux dimensions qui la composent. DETECT-EMDR, a son humble niveau, a prouvé que c'était possible.

- **Implications pour la formation**

DETECT-EMDR mobilise des dispositifs méthodologiques qui ont d'importantes implications pour la formation. L'autoconfrontation est un outil de recherche mais aussi et surtout de formation. Appliquée dans un contexte de formation initiale, pour les futurs psychologues, elle permet de remettre au cœur du travail les dimensions pré-réfléchies de l'expérience en amenant l'étudiant à en faire sa priorité. C'est former de manière efficace le futur psychologue sur la nécessité de placer la relation thérapeutique au cœur du processus, et plus encore, d'être capable « de sentir ce lien » pour mettre ensuite ce lien au service de la méthode thérapeutique, telle que l'EMDR. Dans le champ de l'EMDR, des recommandations ont déjà été faites en ce sens par Hase et Brisch (2022), en invitant à ne plus se centrer seulement sur les phases de traitement telles que définies par le protocole standard (phases 4 à 6 principalement). Ceci est d'autant plus important lorsqu'on considère la proportion de patients présentant un tableau clinique complexe avec troubles de l'attachement associés, mettant souvent en difficultés le thérapeute EMDR débutant, y compris pour le professionnel ayant plusieurs années de clinique derrière lui, se retrouvant souvent coincé entre ce que la technique lui impose et ce que son expérience le pousse à faire. Remettre l'attachement et la relation thérapeutique au centre de la formation des thérapeutes réduirait ce delta et permettrait de gagner en efficacité de prise en charge, particulièrement lorsqu'on considère le style d'attachement du thérapeute, qui lui aussi, vient

nécessairement s'activer durant les prises en charge et particulièrement dans les cas de traumatismes complexes (Piedfort-Marin, 2019). Plus encore, cette activation chez le thérapeute est absolument nécessaire pour accompagner le patient dans la résolution de ses troubles, auquel cas il ne pourrait entrer en relation. Si la relation thérapeutique demeure au cœur du métier, c'est celle-ci qu'il faut avant tout transmettre.

Cette nécessité pour le thérapeute d'être en contact avec ses ressentis va d'ailleurs plus loin que la formation en EMDR mais devrait être transmise dès la formation initiale à l'Université. En effet, si le cœur du métier se situe à un autre niveau que l'application de la technique, les étudiants doivent pouvoir être accompagnés à saisir autant ce savoir-être, si essentiel à ce métier, que le savoir-faire. L'instruction au sosie permettrait de répondre à ce besoin. Initialement, cette technique est née dans les années 1980 dans le secteur industriel afin d'identifier chez les ouvriers leurs stratégies et comportements individuels (Oddone et al., 1981) puis transformée ensuite plus tard par Yves Clot et ses collaborateurs dans un but d'analyse du travail et de formation aux « ficelles du métier » (Saujat, 2005). Le chercheur questionne l'interviewé (l'étudiant en l'occurrence) avec la consigne d'imaginer : « s'il devait prendre sa place (par exemple durant une séance de psychothérapie), qu'il devienne son sosie, que devrait-il faire de sorte que personne ne remarque la supercherie ? » De cette manière, l'étudiant est amené à élaborer sur sa pratique et sur ce qu'il fait. A l'inverse, un étudiant pourrait également interroger un clinicien senior suivant ce dispositif. Dans ce cas de figure, c'est l'explicitation du cœur du métier d'un senior qui serait transmis à l'étudiant. La glace sans tain, outil couramment utilisé en formation en systémie, alliée à ce genre d'exercice serait assurément formateur. L'instruction au sosie, enfin, peut également s'auto-appliquer individuellement à la manière d'une réflexion introspective sur sa pratique. Généralement, le contenu de la discussion est retranscrit et l'interviewé est invité à produire un écrit afin d'y développer ce que la lecture de cet échange avec son « sosie » a produit sur lui-même. Par ce genre d'outils, le futur thérapeute EMDR et plus largement le futur psychologue apprendraient à faire l'expérience de cette relation thérapeutique en développant sa sensibilité et sa posture méta-réflexive. Il apprendrait ainsi à *faire avec le cœur* davantage qu'avec sa tête. Et l'attachement serait alors remis au centre du paradigme psychotraumatologique.

- **Implications pour la clinique**

Les implications pour la clinique découlent de la recherche et de la formation : un thérapeute mieux formé est un thérapeute qui va mieux soigner ; et des recherches qui mettent au cœur du

design la complexité et la dynamique thérapeutique sont des recherches plus en lien avec la réalité clinique, qui amènent donc des résultats plus transférables, dont les cliniciens peuvent mieux se saisir. Les autoconfrontations, l'instruction au sosie ou la micro-phénoménologie partagent le même cadre de référence de l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2019) qui développe une posture méta-réflexive, dans notre cas celle du thérapeute. Cette posture méta est absolument essentielle dans l'exercice de ce métier, où le thérapeute doit être capable de regarder ce qui se passe chez le patient, mais également de regarder l'interaction et de regarder ce qui se passe en lui, ces trois regards opérants en même temps. Nos résultats qualitatifs ont démontré combien le thérapeute, en même temps qu'il observe et ressent la connexion à son patient, est en proie à de nombreux questionnements. Ces questionnements concernent pour une bonne part la stratégie qu'il convient d'avoir dans un souci de perpétuel ajustement. C'est ce que Schön (Schön, 1984) nomme « réflexion en acte » ou « réflexion *dans* l'action » (*reflection-in-action*) lorsqu'il observe des praticiens. En plus de connaissances en acte (*knowing-in-action*), il y a aussi une part de réflexion en acte par l'ajustement du praticien sans pouvoir expliquer ce qu'il fait pour réaliser cet ajustement ni comment il fait. Ce n'est pas seulement réfléchir sur l'action posée, mais bien réfléchir *en cours* d'action. C'est un processus d'autorégulation pendant l'échange avec le patient mais également de « régulation interactive » de la relation thérapeutique (Lecomte, 2009; Lecomte et al., 2004; Plantade-Gipch, 2017). A l'inverse, la « réflexion *sur* l'action » se déroule après-coup, à la manière de ce que le psychothérapeute peut faire en supervision (Saint-Arnaud, 2001). Dans ce cas de figure, le PQS peut être un outil très intéressant qui, rappelons-le, se veut être un outil avant tout mis à disposition des cliniciens pour évaluer leurs pratiques.

CONCLUSION

La recherche DETECT-EMDR aura permis de mettre en évidence que les thérapeutes EMDR font assurément bien plus qu'appliquer strictement le protocole standard. Ils y mettent de l'intelligence, de la créativité, les amenant à s'écarter du sillon que le protocole standard avait tracé, dans un souci d'ajustement et de permanence du lien thérapeutique. Les études d'efficacité en EMDR, inscrites dans un paradigme scientifique Evidence Based Medicine, n'ont pas eu d'autres choix que de réduire la complexité de la prise en charge à l'application de sa technique. Or, tout clinicien, justement dans un souci d'application appropriée de la technique, doit pouvoir l'intégrer et nécessairement s'en défaire. La clinique de l'activité, par les méthodologies dont elle dispose, a permis de se saisir de ce delta, ce qui a fait émerger des dimensions pré-réfléchies de l'expérience du métier de psychothérapeute. Ce métier consiste en créer un espace dans lequel le patient peut explorer son monde affectif, particulièrement ses affects et souvenirs traumatiques. Cet espace sécurise le patient pour soutenir une telle exploration mais sécurise aussi le thérapeute. Dans le cadre de l'EMDR, le protocole est le garant de cette sécurité. Il fixe d'une part un cadre d'intervention, structurant la temporalité, tant celle du patient que celle de la thérapie elle-même. D'autre part, il agit comme une technique, particulièrement en phase de désensibilisation (phase 4) et la phase d'évaluation qui l'accompagne (phase 3). Comme toute technique, il se doit à ce stade de s'effacer pour laisser faire le processus. La connexion au patient permet ce lâcher-prise, où la technique, lorsqu'elle est suffisamment ancrée, agit comme un automatisme pour permettre de ne se concentrer que sur le versant émotionnel et sensoriel, tant celui du patient que sur celui du thérapeute, qui devient alors son propre objet de réflexion mis au service du patient. Ce système psychothérapeutique agit comme un tout en perpétuel mouvance, mais l'étude du métier de psychothérapeute a permis une porte d'entrée sans être contraint, pour l'étudier, de freiner cette dynamique. Par là, DETECT-EMDR s'inscrit dans un nouveau champ paradigmatique, celui d'une pensée complexe qui fait le pari de penser les liens entre les entités étudiées, et non plus seulement les entités elles-mêmes. La subjectivité n'est plus un paramètre à contrôler mais une porte d'entrée pour se saisir de l'objectivité. Les implications pour la recherche, la formation et la clinique sont majeures grâce à l'emploi de dispositifs méthodologiques qui permettent d'explicitier ce lien, et plus encore, de le sentir. Un thérapeute capable de sentir davantage ce lien peut espérer ensuite aider son patient à faire l'expérience de cette sécurité dans le lien. Cela fait partie de la définition de toute psychothérapie, et l'EMDR n'y fait pas exception. Oublier cette expérience de sécurité dans le lien reviendrait à s'enfermer dans un carcan qui ne

considérerait que les symptômes et non l'inscription de ces derniers dans l'histoire des patients. Cela n'a jamais été l'ambition de l'EMDR. Francine Shapiro l'évoquait elle-même très clairement dans son manuel : « En tant que thérapeutes, nous devons être attentifs à percevoir nos patients comme des êtres complexes fonctionnant à tous les niveaux de sensations, pensées, sentiments, actions et croyances. Nous ne devons pas nous satisfaire de simplement enlever la souffrance manifeste. Nos patients méritent mieux que cela. Ils méritent la capacité d'aimer, de créer des liens, d'exceller et, s'ils le choisissent, de trouver le désir d'aider autrui » (2007). Francine Shapiro nous laisse là un héritage, à nous maintenant de ne pas l'oublier. Nous espérons, dans cette recherche, en avoir été digne.

UNE OUVERTURE ANTHROPOLOGIQUE

Cette recherche a souhaité oser la bascule épistémologique de sortir du paradigme duquel la psychothérapie EMDR était issue (un modèle Evidence Based Medicine) pour en épouser un nouveau : celui de la pensée complexe, capable de saisir un objet d'étude, certes de manière incomplète, mais dynamique, ramenant la clinique comme point de départ et comme ligne d'arrivée (Fishman, 2000; Morin, 2014). Nous proposons dans cette partie d'oser aller encore un peu plus loin. Si l'EMDR a traversé l'Atlantique, osons maintenant poursuivre le voyage et traverser l'Oural pour aller en Orient, là où il existe d'autres paradigmes pour penser la médecine.

1. HISTOIRE ET EPISTEMOLOGIE

L'un de ces paradigmes est celui de la Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC). Médecine millénaire, principalement définie par ses textes fondateurs encore d'actualités, elle dispose aujourd'hui d'un statut officiel et est considérée comme « médecine savante » (depuis 453-221 avant J.-C., époque où la plupart des théories ont été élaborées), tout comme l'est la médecine occidentale. Se dit d'une médecine savante un « système médical fondé sur un corpus écrit qui, dans le cas de la médecine chinoise, est particulièrement volumineux puisqu'on recense près de 10 000 ouvrages médicaux sur une période de plus de 2000 ans » (Marié, 2008). Les Européens la découvrent au XVI^e siècle, et les premiers traités publiés en langue occidentale paraissent à la fin du XVII^e siècle. On résume souvent cette médecine à l'acupuncture, mais elle dispose de nombreuses pratiques différentes, telles que la pharmacopée, la moxibustion, le massage tuina, la diététique, le Qi Gong et le Tai Chi Chuan.

La grande richesse de la MTC prend racine dans son histoire. Elle est autant alimentée par des traités médicaux, de pharmacopées, de plantes médicinales, d'anatomie, que par des textes anciens, des retranscriptions de faits rapportés de bouche-à-oreille, des correspondances, voire des légendes (Y.-W. Chen, 2013). La MTC n'a jamais souffert d'une rupture épistémologique comme nous avons pu avoir en France au XVII^e siècle. Le siècle des Lumières fut en effet le théâtre d'une volonté massive de se défaire du dogme religieux (telle qu'il était imposé par l'Église), pour favoriser une pensée scientifique, basée sur les faits observables et objectivables par des mesures quantifiables. Une telle conception, héritière de la pensée cartésienne, a permis

des avancées majeures dans bon nombre de disciplines scientifiques, mais a payé le prix de se dissocier de tout ce qui pouvait être immatériel, incluant la philosophie (Morin, 2014). A l'exact inverse, la MTC ne s'est jamais dissociée de la philosophie et de la spiritualité (principalement le taoïsme) qui sont ses fondements et font partie intégrante de la pensée médicale chinoise. Cette conception est un point de rupture majeur avec nos modèles médicaux occidentaux qui ont tendance à placer science et philosophie/spiritualité aux deux extrémités d'un continuum (exception faite peut-être pour la physique quantique mais qui suscite encore bien des débats au sein de sa discipline même). La MTC n'a jamais connu de révolution scientifique comme la médecine européenne a pu connaître, mais plutôt des apports et ajustements successifs d'une façon plus fluide, sans jamais chercher à annuler le précédent pour accueillir le nouveau. Enseignée de nos jours dans bon nombres d'écoles et d'Universités, il est fréquent de voir un professeur citer conjointement un traité antique et une publication contemporaine (Marié, 2008).

2. COMPRENDRE LA PENSEE CHINOISE : LE *QI* 氣, LE *YIN* 陰 ET LE *YANG* 陽

Pour comprendre cette ouverture anthropologique, il nous faut faire un détour pour comprendre comment la pensée chinoise voit le monde. Il est peu aisé de résumer le paradigme de la MTC tant il est complexe et minutieusement détaillé. C'est un système complet universel et non une simple technique médicale aux applications limitées. Non seulement ce paradigme conceptualise des objets d'étude de manière extrêmement détaillée, comme le fait la médecine occidentale, mais il conceptualise également leurs dynamiques, leurs interactions entre eux et avec tout système du vivant (organes, alimentation, émotions, pensées, saisons...), sans jamais dissocier l'esprit du corps, ni le corps de son environnement. Ainsi, la MTC superpose plusieurs plans de lecture à la fois, en s'intéressant à ce qui lie ces processus entre eux. Cette volonté de s'intéresser au lien plus qu'à l'objet lui-même n'est pas sans nous rappeler la pensée complexe telle que conceptualisée par Morin (2014) qui fut notre ancrage épistémologique. Dans DETECT-EMDR, nous avons souhaité interroger la dynamique du thérapeute en tant qu'elle insuffle une dynamique au processus psychothérapeutique lui-même, nous inscrivant par là dans cette pensée complexe. Mais la pensée chinoise va plus loin encore. Elle conceptualise le lien circulant entre toute chose, à la manière d'un processus du vivant, conceptualisé sous le terme de *Qi* 氣. Ce terme n'a pas d'équivalent en français et a de multiples significations (Marié, 2008). On le traduit classiquement par « souffle », en général en tant que souffle d'énergie ou de vie, qui relie et circule entre toute chose de l'univers, que ce soit dans la nature ou au sein

même du corps humain, la pensée chinoise ne distinguant pas les deux mais considère au contraire que Tout est Un. Ce « Un » qui fait le lien, c'est le *Qi*⁴ : il constitue tout ce qui existe dans l'univers et établit la connexion entre ses éléments ; il est une matière fondamentale invisible mais en mouvement perpétuel et en constante transformation. Le *Qi* circule dans le corps humain par des canaux privilégiés, nommés méridiens, et se concentre en des zones précises, nommées points d'acupuncture ou d'acupression. La MTC ne dénombre pas moins de 24 méridiens externes et 365 points d'acupuncture. 24 et 365... Un hasard des nombres sans doute ? L'existence des méridiens et des points d'acupuncture a aujourd'hui était confirmée par des milliers d'études aux technologies modernes, incluant des méthodes à infrarouge (I.-S. Lee & Chae, 2022; B. Zhang et al., 2022; J. Zhang et al., 2021). A ce titre, un rapport de l'INSERM sur l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture conclue que « l'acupuncture challenge la médecine scientifique occidentale. Elle la challenge par le caractère déstabilisant de la théorie qui la sous-tend. Elle la challenge également en l'invitant à remettre en question ses paradigmes » (Barry et al., 2014).

Il a donc fallu attendre notre époque moderne pour confirmer des éléments que les Chinois avaient déjà identifié de manière extrêmement précise et rigoureuse il y a plus de 2000 ans... C'est sans doute là tout le génie de la pensée chinoise et de cette médecine. Il faut comprendre que les Chinois ont conceptualisé leur médecine par l'observation minutieuse du vivant (le corps humain, les plantes, les saisons, les astres...), contrairement aux médecins européens qui ont pu conceptualiser leur connaissance du corps humain en étudiant les corps de défunts et par la dissection. Difficile, donc, de saisir ce qui circule... Dans la pensée chinoise, la santé humaine est donc à l'image des saisons et du temps qui passe : en recherche permanente d'équilibre sous la forme de différents processus qui s'équilibrent, se compensent, s'alternent, et est cyclique. De manière extrêmement simplifiée, on retient principalement deux mouvements (Marié, 2008) :

- Un mouvement qui descend et va faire le centre, qui est inactif, interne, froid, dense. Il est lié à la matière, est féminin et à droite. Il est à l'image de la nuit, de l'automne et de l'hiver. Il est lié à la rate, au poumon et aux reins : c'est le *Yin* 陰

⁴ C'est ce même terme de Qi que nous retrouvons dans nos pratiques d'arts martiaux tels que le Qi Gong, discipline plurimillénaire qui a pour but, au travers de mouvements très lents, d'harmoniser le corps et l'esprit. Le Qi Gong fait partie intégrante de la Médecine Traditionnelle Chinoise, avec des protocoles de soins tirés de traités de Qi Gong médical extrêmement rigoureux. A titre d'exemple, notons la collection extrêmement détaillée et rigoureuse du Pr. Jerry Alan Johnson (Johnson, 2009, 2013, 2015, 2017, 2018), une sommité à l'heure actuelle en matière de Qi Gong Médical, fondateur il y a 20 ans de l'International Institute of Medical Qigong en Californie, un organisme d'enseignements de Qi Gong Médical actif dans 8 pays et reconnu par le Ministère de la Santé de Chine.

- Un mouvement qui est ascendant, actif, externe, chaud, subtil. Il est lié à l'esprit, est masculin et à gauche. Il est à l'image du jour, du printemps et de l'été. Il est lié au foie et au cœur : c'est le *Yang* 陽

Le *Yin* et le *Yang* sont en général connus dans le langage courant mais peu compris pour tous les principes qu'ils véhiculent. Ce sont des aspects indissociables et mutuellement opposés qui se contrôlent et maintiennent l'équilibre (jour/nuit, froid/chaueur, nord/sud, mâle/femme). Ils sont par ailleurs indissociables car ils s'engendrent réciproquement : sans le *Yang*, le *Yin* ne peut être transformé ; sans le *Yin*, le *Yang* ne peut pas exister. Dit autrement, il ne peut y avoir d'esprit sans corps ; et il ne peut y avoir de corps animé sans esprit. Plus encore, le *Yin* et le *Yang* croissent et décroissent continuellement et « mutent en leur contraire » (Maciocia, 2018). On observe ce mouvement dans la nature : l'été, la chaleur augmente et le froid régresse ; l'hiver, c'est l'inverse. A midi, le soleil atteint son apogée et va nécessairement redescendre. A partir de minuit, la nuit s'efface doucement et le jour revient. Transposons cela à la psychologie (Deydier-Bastide, 2005) : toute attaque de panique, par exemple, lorsqu'elle atteint son apogée, finit nécessairement par redescendre.

Mais en cas de dysharmonie, une rupture apparaît selon quatre configurations possibles : (1) une croissance excessive de l'un induit un affaiblissement de l'autre ; (2) un affaiblissement de l'un induit la croissance excessive de l'autre ; (3) la croissance de l'un stimule la croissance de l'autre ; (4) la décroissance de l'un stimule la décroissance de l'autre. C'est l'apparition d'une pathologie (bien que ce terme est occidental et n'appartient pas au champ lexical de la MTC, qui ne distingue pas la santé versus la maladie, mais pense en termes d'équilibre et de déséquilibre).

3. L'ESPRIT ET LA SANTE MENTALE EN MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE

Bien qu'il existe des traités de psychologie traditionnelle chinoise, notre discipline fait partie intégrante de la MTC et n'est pas dissociée de la médecine comme dans notre conception occidentale. Il apparaît curieux d'espérer traiter la santé mentale par les moyens de la MTC, tels que l'acupuncture par exemple. En effet, comment traiter par un moyen physique (planter des aiguilles à des endroits spécifiques du corps) un trouble anxieux, un trauma ou une dépression qui sont des perturbations de l'esprit ? L'*esprit*, ou *mental*, ou *psychisme*, ou *pensée*

sont en effet des notions très abstraites, très *Yang*, que notre médecine comprend et définit mal... Les Chinois, eux, ont une réponse très précise. Pour eux, le mental est l'expression du corps. Il n'y a aucune frontière entre les deux car « l'énergie et le sang qui circulent dans la boîte crânienne sont les mêmes que ceux qui alimentent les pieds » (Deydier-Bastide, 2005). La pensée est considérée comme le résultat de processus de transformation et de distribution du *Qi*. Mais le niveau de détails va beaucoup plus loin encore. En embryologie par exemple, la MTC a conceptualisé de manière extrêmement précise les stades de développement de l'embryon en distinguant (Deydier-Bastide, 2005) : l'énergie issue de l'espèce (*Yuan Qi* 元氣), l'énergie de la lignée (*Zong Qi* 宗氣) et l'énergie des parents (*Jing Qi* 精氣). C'est tout notre capital inné, que nous étudions dans notre conception occidentale, soit sous le prisme de l'épigénétique, soit en psychologie avec l'investigation, par exemple dans notre cas, des traumatismes transgénérationnels. Les Chinois ne distinguent pas les deux mais considèrent leurs mouvements et leurs potentiels déséquilibres ou stagnations qu'il convient de rééquilibrer pour retrouver la santé (l'harmonie, l'équilibre).

Clarifions notre propos. La MTC n'est pas seulement une conceptualisation théorique et philosophique élégante. Elle est éminemment empirique, puisque conceptualisée à partir de l'observation du vivant, de la nature, des astres comme du corps humain. Tout correspond. C'est là deux principes essentiels (Maciocia, 2018) : (1) le principe de globalité : l'homme est à l'image de l'univers (« tout ce qui est en bas est comme ce qui est en haut ») ; (2) le principe énergétique : tout est énergie (*Qi*), en tant que principe de vie.

De nombreux travaux font état de l'efficacité de l'acupuncture pour le traitement de bon nombre de troubles psychiques (S.-R. Chen et al., 2022; Kwon et al., 2021; B. Lee et al., 2022; Li et al., 2020; L.-L. Lin et al., 2021; Yan et al., 2020; Yang et al., 2021; Ye et al., 2021), incluant le traumatisme psychique, y compris en laboratoire sur des sujets animaux (Kwon et al., 2021)⁵. La plupart de ces travaux souligne le besoin de poursuivre les recherches avec davantage de rigueur méthodologique en raison de faibles tailles d'échantillons mais souligne également l'intérêt évident pour la clinique, en traitement complémentaire ou en traitement principal. Tandis que la médecine occidentale est redoutablement efficace dans l'urgence, il apparaît de plus en plus nettement que la MTC aurait de meilleurs résultats sur le long terme, y compris

⁵ Pour une explication détaillée des troubles psychiques sous l'angle de la MTC, leurs prises en charge par acupuncture et pharmacopée chinoise ainsi que pour une synthèse détaillée des essais cliniques dans ce domaine, voir l'ouvrage *La psyché en médecine chinoise* de Giovanni Maciocia (2012).

lorsque notre médecine ne trouve pas d'issue (Marié, 2008). L'idéal serait, bien sûr, que les deux médecines puissent travailler de concert, ce qui en France en est encore à ses balbutiements.

Mais plus encore, cet examen de la littérature amène à étudier la psychotraumatologie sous le prisme de la MTC. A titre d'exemple, en traitant des sujets présentant un TSPT avec l'acupuncture, des chercheurs (Assouline et al., 2022) ont mis en évidence que l'acupuncture pourrait avoir des effets potentiellement positifs sur la restauration d'un équilibre entre l'activité neuronale sympathique et parasympathique et sur la réduction de l'activation dans le système limbique, induisant ainsi un effet calmant. Cette étude demeure clinique et nécessite d'être poursuivie par des études aux designs méthodologiques plus solides, mais ces résultats ne sont pas sans nous rappeler les mécanismes neurologiques observés durant la prise en charge EMDR. C'est ici que la MTC vient particulièrement ouvrir notre propos.

4. ÉTUDIER LA PSYCHOTHERAPIE EMDR SOUS L'ANGLE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE CHINOISE

La psychothérapie EMDR pose encore de sérieuses questions au monde scientifique quant aux mécanismes psychologiques et neurobiologiques qu'elle actionne. Si des travaux en neurologie peuvent évoquer les mécanismes cérébraux à l'œuvre, ceux-ci sont encore dissociés des autres paramètres du corps humain et surtout, de l'interaction entre tous ces paramètres pendant l'application des différentes phases du protocole standard, et pas seulement la désensibilisation. D'un autre côté, nous l'avons vu précédemment, la MTC offre un cadre conceptuel complexe, dynamique et complet sur les interactions au sein du corps humain et avec son environnement. Aussi, il serait particulièrement intéressant d'étudier la psychothérapie sous l'angle de cette médecine. Feinstein (2023) fait un état de la littérature. Il répertorie les types d'articles étudiant la psychothérapie en lien avec une pratique d'acupuncture/acupression. Il dénombre 28 revues systématiques ou méta-analyses, 125 essais cliniques, 24 études de cas, 26 rapports décrivant des observations systématiques, 17 essais cliniques à méthodes mixtes comprenant une composante de tapotement, et 88 articles traitant de procédures cliniques, de théories, de mécanismes ou de questions connexes. Il conclue que des recherches sont encore nécessaires mais de tels résultats sous-tendent de plus en plus la pertinence de croiser ces approches. L'EFT (*Emotional Freedom Techniques*) est un exemple de technique psychothérapeutique qui

s'appuie sur les points d'acupuncture. En revanche, à notre connaissance, aucune recherche publiée n'a étudié la psychothérapie EMDR sous l'angle de la MTC. Pourtant, elle propose une lecture précise des processus à l'œuvre, ceux-là mêmes que nous avons identifiés dans le cadre de DETECT-EMDR et particulièrement en ce qui concerne la phase pivot de désensibilisation.

- **La phase de désensibilisation ou de laisser-faire en EMDR : le non-agir (*Wu Wei* 無爲) en médecine traditionnelle chinoise**

Nous l'avons évoqué dans notre recherche, la phase de désensibilisation se caractérise par une nécessité d'abandonner la technique, ancrée comme un automatisme, pour laisser-faire le processus. Le thérapeute se met alors dans une posture d'accueil inconditionnel de ce qui vient. C'est dans cette posture qu'un processus intuitif peut s'enclencher dans un geste de lâcher-prise puis de connexion et d'écoute de ce qui vient (Petitmengin, 2001).

Cette notion de *laisser-faire* fait écho à la posture du non-agir (*Wu Wei* 無爲), tiré des enseignements du taoïsme et de la parole de Lao-Tseu, au cœur de la pratique de la MTC. Le non-agir n'est en rien de l'inaction, mais bien une posture visant à lâcher-prise pour qu'advienne ce qui doit advenir. Le *Wu Wei* est l'action dans la non-action, d'être actif à laisser faire, dans un principe d'harmonie avec ce qui nous entoure. C'est s'inscrire dans une autre temporalité, dans une pleine disposition d'accueil et sans attente. A notre connaissance, seul Masson (2021), lors d'une communication orale, a établi ce parallèle entre la nécessité de laisser faire le processus en phase de désensibilisation et la posture du *Wu Wei*. Nous rejoignons en tout point son propos. Il propose par ailleurs de mettre en perspective la phase de désensibilisation avec la pleine conscience focalisée : « Il s'agit d'être attentif à son expérience intérieure telle qu'elle se déploie dans l'instant présent et ce, sans jugement ou tentative de contrôle. On y retrouve deux dimensions : l'attention et l'acceptation » (Masson, 2021). C'est précisément ce qu'on attend du thérapeute durant la phase de désensibilisation, et ce que nous avons observé dans nos résultats, dans la définition même du métier de psychothérapeute : le thérapeute doit soutenir l'exploration, dans une posture d'accueil et bienveillante, et surtout, laisser-faire le processus. Cette idée de laisser-faire dans la non-action (et non la passivité), la MTC l'avait déjà conceptualisée. Quant aux abréactions régulièrement observables durant cette phase, la MTC les comprend par le mouvement du *Qi* : tout ce qui atteint son apogée mute invariablement en son inverse (Maciocia, 2018).

- **La phase de désensibilisation ou la création d'un espace-temps particulier par le thérapeute : la conception du temps en médecine traditionnelle chinoise**

La psychothérapie est un espace-temps particulier. Nous l'avons observé dans notre étude, le temps est une notion centrale, non seulement dans la planification nécessaire du traitement, mais aussi dans la nécessité de penser l'espace-temps dans lequel est le patient. Le thérapeute se doit alors de créer un contexte, autrement dit un espace et une temporalité, pour que le patient puisse être dans une démarche introspective en toute sécurité. C'est dans cet espace que, du côté du thérapeute, celui-ci peut se placer dans une posture de non-action ou de laisser-faire le processus (*Wu Wei*), particulièrement durant la phase de désensibilisation en EMDR. La conception du temps en MTC nous renseigne un peu plus encore sur la posture que le thérapeute se doit d'avoir, particulièrement durant cette phase.

Dans la pensée chinoise, le temps n'est pas linéaire (passé – présent – futur) mais cyclique, en lien avec les cycles de la nature. Cela s'observe dans la langue même qui ne se conjugue pas : les verbes s'expriment à l'infinitif et le verbe « être » est remplacé par « il y a » en chinois classique (Lê Quang, 2013). L'idéogramme du temps *shí* 時 en chinois traditionnel peut se traduire finalement par la notion de *moment*. Dans la pensée chinoise, le temps n'existe que par la présence de ce que contient l'espace. Sans matière, il n'y a pas de temps puisque celui-ci ne sert qu'à mesurer la matière. Par ailleurs, le temps n'existe que par la dynamique des choses : pour qu'on puisse le mesurer, il faut des événements qui s'y déroulent, qui bougent, sinon il n'existerait pas. Notre pensée occidentale s'intéresse à l'événement en tant que tel, mais la pensée chinoise insiste sur l'*avant*, ce signe avant-coureur quasi-imperceptible, l'*amorce*, qui renvoie en chinois à l'idée d'intention, essentielle à être claire pour que dans le *Wu Wei*, elle se réalise. Aussi, dans une pratique psychothérapeutique, il apparaît pertinent de repérer les premières amorces du changement (Lê Quang, 2013), particulièrement dans une posture où il convient de laisser faire. C'est d'ailleurs ce que les thérapeutes EMDR font : lorsqu'ils observent une information non-verbale non congruente ou qui entre en dissonance avec ce qu'ils pensaient, ils quittent leur posture non-active pour agir.

Dans une communication, Ludwig Cornil, formateur EMDR Europe, a proposé une réflexion sur l'EMDR et le pouvoir du moment présent (Cornil, 2022). Il rappelle que la conceptualisation du temps en 3 dimensions (passé, présent, futur) est artificielle, purement

théorique, puisque le temps passé n'est déjà plus et le futur n'est pas encore là. Seul le moment présent compte. Le trauma, c'est précisément le temps figé, il n'y a plus de mouvement, et l'énergie est utilisée pour maintenir ce figement, dû aux émotions douloureuses, dans l'incapacité de faire l'expérience du moment présent, puisqu'il n'y a plus de sécurité. Mais si on donne du temps à ce souvenir, si on l'invite à revenir progressivement dans le Maintenant, le mouvement va se remettre en place. Ce qui est dans le Maintenant ne peut pas ne pas bouger (Cornil, 2022), puisque la vie, c'est le mouvement. C'est précisément ce que nous faisons en EMDR : faire revenir ce qui a stagné (le trauma), lui redonner un espace (la psychothérapie) pour lui redonner du temps. C'est ainsi que ça bouge. C'est le principe du modèle du Traitement Adaptatif de l'Information. C'est toute l'importance de la seule et unique question que le thérapeute pose durant la phase 4 : « Qu'est-ce qui est là *maintenant* ? ». Selon Ludwig Cornil (2022), l'EMDR est la méthode à l'heure actuelle la plus centrée sur le patient, car le thérapeute, en phase 4, n'a rien d'autre à faire (ce qui n'est pas rien faire !) qu'à être témoin du changement de ce qui se passe sous ses yeux, en se plaçant dans une posture de non-savoir et de non-action. Dans cette posture, il dira que « le miracle qui se produit n'est finalement pas créé ou causé par la technique. La technique est le rituel qui se passe autour du miracle » (Cornil, 2022). Ainsi, nous entrevoyons comment penser cette temporalité en psychothérapie EMDR. Ces enseignements, d'une grande richesse, ont été conceptualisés par la MTC depuis longtemps. Plus encore, notons que la MTC lit chaque élément clinique à la lumière des cycles naturels : chaque heure d'une journée et chaque mois de l'année correspond à un organe, qui lui-même correspond à des émotions et à des comportements spécifiques. Ces éléments se vérifient en permanence dans la clinique : elle demeure le point de départ et la ligne d'arrivée.

- **Implications pour la recherche et la clinique**

La MTC offre une compréhension beaucoup plus fine de la clinique. Le *Qi*, le *Yin* et le *Yang* ne sont qu'une infime partie des mouvements conceptualisés qui nous éclairent sur la santé (l'équilibre) d'un patient. A titre informatif, en psychologie, l'esprit *Shen* 神 se décline en réalité au travers de « cinq aspects qui le spécialisent et l'orientent, chacun d'entre eux régissant une expérience particulière de l'esprit, avec un siège matériel dans chacun des cinq organes » (Marié, 2008). L'une de ces dimensions, le *Po* 魄, pour n'en citer qu'une, renvoie à l'attachement. Son mouvement est perceptible dans le corps, sa déficience fait directement écho

à nos troubles de l'attachement. Cela ne peut être un hasard. Nous proposons une présentation du *Shen* en annexes (voir annexe n°A24).

Ce paradigme permet de penser le psychisme avec un niveau de détails bien plus élevé que ce que notre conception occidentale considère. Considérant le paradigme éminemment riche que la MTC propose, validé par nos critères de scientificité qui plus est, étudier une psychothérapie aussi complexe que l'EMDR par son prisme permettrait la prise en compte de nouveaux indicateurs, tirés des méthodes de diagnostic de la MTC (couleur du visage, mesure des pouls...) et des méthodes de traitement (points d'acupuncture et vérification in situ avec la clinique du patient). Ces indicateurs sont empiriques mais aussi vérifiables, qui répondent aux critères de scientificité du paradigme EBM actuel et intègre celui de la pensée complexe.

Ce serait également permettre une meilleure compréhension du processus de traitement du psychotraumatisme qui viendrait compléter nos données neurobiologiques. En effet, là où un psychologue occidental verra un symptôme post-traumatique, un praticien en MTC y verra, par exemple, une stagnation du *Qi* du foie. La question n'est pas qui a raison, mais plutôt de croiser les différents regards afin de mieux comprendre nos pratiques. La MTC, enfin, est sans aucun doute le paradigme le plus riche à notre disposition pour penser la santé humaine et plus encore, il répond à la nécessité d'intégrer la pensée complexe. Ne pouvons-nous y voir une opportunité pour l'étude de la psychothérapie ? Ce serait s'approcher un peu plus encore d'une compréhension fine et juste des processus à l'œuvre, considérés dans leur globalité et dans leur mouvance. A oser la bascule épistémologique, à ramener de la philosophie et de la spiritualité dans la science, il nous faut oser aussi changer de regard et considérer d'autres indicateurs cliniques. La voie est ouverte.

Quant à la clinique, des cliniciens ont déjà pu pratiquer l'EMDR en collaboration avec des praticiens MTC, bien que cela ne fasse pas l'objet de publications. Masson (2021) a pu communiquer sur un exemple tiré de sa pratique clinique où les SBA sont réalisés sur des points d'acupuncture, choisis en lien avec la problématique traitée. Par exemple, le point *Shen Men* (7 Cœur) agit sur l'oppression thoracique, les palpitations, l'anxiété et favorise un profond calme mental. Puisque nous estimons que le point de départ et la ligne d'arrivée doivent demeurer la clinique, la MTC semble une alliée sûre. Médecine savante, par ailleurs classée au patrimoine mondial de l'UNESCO, elle répond au défi de l'intégration, puisqu'elle n'a jamais souffert de rupture épistémologique ; elle pense la complexité en considérant la mouvance ; elle intègre

médecine, histoire, sciences naturelles, philosophie et spiritualité ; elle propose non seulement une lecture de la santé, mais aussi un cadre d'intervention et une théorie du sujet. La richesse proposée est immense. A nous de nous en saisir.

« Tout le monde tient le beau pour le beau,
c'est en cela que réside sa laideur.
Tout le monde tient le bien pour le bien,
c'est en cela que réside son mal.

Car l'être et le néant s'engendrent.
Le facile et le difficile se parfont.
Le long et le court se forment l'un par l'autre.
Le haut et le bas se touchent.
La voix et le son s'harmonisent.
L'avant et l'après se suivent.

C'est pourquoi le saint adopte
la tactique du non-agir,
et pratique l'enseignement sans parole.
Toutes choses du monde surgissent
sans qu'il en soit l'auteur.

Il produit sans s'approprier,
il agit sans rien attendre,
son œuvre accomplie, il ne s'y attache pas,
et puisqu'il ne s'y attache pas,
son œuvre restera. »

Lao-Tseu, extrait du *Tao-Të-King*

BIBLIOGRAPHIE

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy : Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.775>
- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients ? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counselling Psychotherapy*, 48(3), 251-257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Alix, Y. (2015). *Traduction du Working Alliance Inventory (WAI) version thérapeute, d'anglais en français, à l'aide d'une traduction aller-retour et d'une méthode de consensus Delph* [Université de Brest - Bretagne Occidentale]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01251970>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1052>
- Association Française de Thérapie Interpersonnelle [AFTI]. (2016, août 30). Thérapie Interpersonnelle : Présentation. *Association Française de Thérapie interpersonnelle*. <http://www.aftip.fr/therapie-interpersonnelle/>
- Assouline, A., Mendelsohn, A., & Reshef, A. (2022). Memory-directed acupuncture as a neuromodulatory treatment for PTSD: Theory, clinical model and case studies. *Translational Psychiatry*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01876-3>
- Bakhtine, M. (1970). *La poétique de Dostoïevski*. Points Seuil.
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Gallimard.
- Balbo, M., Cavallo, F., & Fernandez, I. (2019). Integrating EMDR in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 23-31.
- Balkin, R. S., Lenz, A. S., Russo, G. M., Powell, B. W., & Gregory, H. M. (2022). Effectiveness of EMDR for decreasing symptoms of over-arousal: A meta-analysis. *Journal of Counseling & Development*, 100(2), 115-122. <https://doi.org/10.1002/jcad.12418>
- Barry, C., Seegers, V., Gueguen, J., Hassler, C., Ali, A., & Falissard, B. (2014). *Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture*. INSERM. <https://lishan.fr/wp-content/uploads/2016/09/Acupuncture.pdf>
- Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. PUF.
- Blanchet, A. (2016). *Les psychothérapies sont-elles rationnelles ? Dire, faire dire et guérir*. Presses Universitaires de Grenoble - PUG.
- Blanchet, A. (2017). Du guérisseur au psychothérapeute : Des dispositifs de soins par la parole. In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmerman (Éds.), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (Dunod, p. 3-10).

- Bocéréan, C., & Dupret, E. (2014). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large sample of French employees. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0354-0>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boswell, J. F., Nelson, D. L., Nordberg, S. S., McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2010). Competency in integrative psychotherapy : Perspectives on training and supervision. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 47(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/a0018848>
- Bove, S., & Rizzi, M. (2009). Listening to Intuition : Reflections on Unconscious Processes in the Therapeutic Relationship. *Transactional Analysis Journal*, 39(1), 39-45. <https://doi.org/10.1177/036215370903900105>
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte : L'attachement: Vol. Tome I* (3e édition). PUF.
- Bowlby, J. (1973). *La séparation, angoisse et colère: Vol. Tome II* (3e édition). PUF.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss : Retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Brennstuhl, M.-J., Tarquinio, C., & Bassan, F. (2016). Utilisation de la thérapie EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing - dans le cadre de la douleur chronique : Étude pilote. *Pratiques Psychologiques*, 22(1), 17-29. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.11.002>
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters : A meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, 47(11), 1893-1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 56-61.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ : British Medical Journal*, 321(7262), 694-696.
- Carletto, S., Malandrone, F., Berchialla, P., Oliva, F., Colombi, N., Hase, M., Hofmann, A., & Ostacoli, L. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing for depression : A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1894736. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894736>
- Carletto, S., Ostacoli, L., Colombi, N., Calorio, L., Oliva, F., Fernandez, I., & Hofmann, A. (2017). EMDR for depression : A systematic review of controlled studies. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 14(5), 306-312.
- Caron, L., Coppi, M., Théry, L., & Vasselin, A. (2011). Devant l'impossibilité de faire le travail prescrit. *Revue Projet*, 323, 53-60. <https://doi.org/10.3917/pro.323.0053>
- Carroll, L. (1869). *Les Aventures d'Alice au Pays des Merveilles* (H. Bué, Trad.). Macmillan and Co (Original work published 1865).

- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-a). *Epistémologie : Définition de Epistémologie*. Consulté 10 janvier 2024, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9pist%C3%A9mologie>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-b). *Intuition : Définition de Intuition*. Consulté 22 février 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/intuition>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-c). *Paradigme : Définition de Paradigme*. Consulté 12 août 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/paradigme>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.-d). *Spiritualité : Définition de Spiritualité*. Consulté 17 janvier 2024, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/spiritualit%C3%A9>
- Charles-Moore, F. (2019). Le jugement médical : Un compromis entre science et intuition. *Médecine Palliative*, 18(6), 318-321. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2019.07.002>
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Posttraumatic Stress Disorder Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 443-451. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306>
- Chen, R., Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y., & McLean, L. (2018). The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adults Who Have Experienced Complex Childhood Trauma: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychology*, 9, 534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00534>
- Chen, S.-R., Hou, W.-H., Lai, J.-N., Kwong, J. S. W., & Lin, P.-C. (2022). Effects of Acupressure on Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 28(1), 25-35. <https://doi.org/10.1089/jicm.2020.0256>
- Chen, Y.-R., Hung, K.-W., Tsai, J.-C., Chu, H., Chung, M.-H., Chen, S.-R., Liao, Y.-M., Ou, K.-L., Chang, Y.-C., & Chou, K.-R. (2014). Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder : A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*, 9(8), e103676. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>
- Chen, Y.-W. (2013). *Classique de l'Empereur Jaune Huang-Di Nei-Jing*. Editions You Feng.
- Clark, L., Fairhurst, C., & Torgerson, D. J. (2016). Allocation concealment in randomised controlled trials: Are we getting better? *BMJ*, 355, i5663. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5663>
- Clark, S., & Rendle-Short, J. (2016). Accomplishing a Continuing Relationship in Psychotherapy: Updates and the Role of Time References. *Australian Journal of Linguistics*, 36(2), 239-256. <https://doi.org/10.1080/07268602.2015.1121533>
- Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1(1), 165-177.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. PUF.

- Clot, Y. (2011). Théorie en clinique de l'activité. In *Interpréter l'agir : Un défi théorique* (p. 17-39). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.maggi.2011.01.0017>
- Clot, Y. (2015). *La fonction psychologique du travail* (6^e éd.). Presses Universitaires de France - PUF.
- Conching, A. K. S., & Thayer, Z. (2019). Biological pathways for historical trauma to affect health : A conceptual model focusing on epigenetic modifications. *Social Science & Medicine*, 230, 74-82. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.001>
- Cornil, L. (2017). Le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI). In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmerman (Éds.), *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Dunod.
- Cornil, L. (2022, novembre). *EMDR et le pouvoir du moment présent*. Communication présentée lors du congrès L'EMDR en héritage, Luxembourg.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions : The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587-592. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010>
- Craig, P., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions : Reflections on the 2008 MRC guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 585-587. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.009>
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) : A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305-316. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.69.2.305>
- de Jongh, A., Ernst, R., Marques, L., & Hornsveld, H. (2013). The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 477-483. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.07.002>
- Dellucci, H. (2017). Les techniques d'oscillation : Construire une attention double. In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmerman (Éds.), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p. 423-430). Dunod.
- de Roos, C., Veenstra, A., de Jongh, A., den Hollander-Gijsman, M., van der Wee, N., Zitman, F., & van Rood, Y. (2010). Treatment of Chronic Phantom Limb Pain Using a Trauma-Focused Psychological Approach. *Pain Research and Management*, 15(2), 65-71. <https://doi.org/10.1155/2010/981634>
- Desbiendras, N. (2017). Les mouvements oculaires seulement ? In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmerman (Éds.), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p. 157-164). Dunod.
- Deydier-Bastide, M. (2005). *Traité de psychologie traditionnelle chinoise*. DésIris.
- Dominguez, S. K., Matthijssen, S. J. M. A., & Lee, C. W. (2021). Trauma-focused treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 16(7), e0254778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254778>

- Duboscq, J., & Clot, Y. (2010). L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : Objets, adresses et gestes renouvelés. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 4(2), 255-286.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative. The therapeutic relationship in EMDR treatment*. Routledge.
- Dworkin, M., & Errebo, N. (2010). Rupture and Repair in the EMDR Client/Clinician Relationship : Now Moments and Moments of Meeting. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(3), 113-123. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.3.113>
- Edwards, S. D. (2013). Intuition as a Healing Modality : Historical and Contemporary Perspectives. *Journal of Psychology in Africa*, 23(4), 669-673. <https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820686>
- Feinstein, D. (2023). Integrating the manual stimulation of acupuncture points into psychotherapy : A systematic review with clinical recommendations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 33(1), 47-67. <https://doi.org/10.1037/int0000283>
- Fishman, D. B. (2000). Transcending the efficacy versus effectiveness research debate : Proposal for a new, electronic « journal of pragmatic case studies ». *Prevention & Treatment*, 3(8). <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030008a.html>
- François, F. (1998). *Le discours et ses entours*. L'Harmattan.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A., Prieto, L., & Sullivan, M. (1998). Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries : Results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1171-1178.
- Gauvain, C. (2021). Essais contrôlés randomisés : Quelques clés méthodologiques pour comprendre: Randomized controlled trials: some methodological keys to understand. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 13(2, Supplement 1), 2S55-2S62. [https://doi.org/10.1016/S1877-1203\(21\)00097-5](https://doi.org/10.1016/S1877-1203(21)00097-5)
- Gérin, P., & Dazord, A. (1992). *Recherches cliniques « planifiées » sur les psychothérapies. Méthodologie*. La Documentation Française.
- Gérin, P., Dazord, A., & Sali, A. M. (1991). *Psychothérapies et changements. Méthodologie de leur évaluation*. PUF.
- Glouberman, S., & Zimmerman, B. (2002). *Complicated and complex systems : What would successful reform of medicare look like?* Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Goodwin, B. (1994). *How the leopard changed its spots : The evolution of complexity*. Touchstone.
- Grand, D. (2011). Brainspotting a new brain-based psychotherapy approach. *Trauma and Gewalt*, 3, 276-285.
- Guédeney, N., Guédeney, A., & Tereno, S. (2021). *L'attachement : Approche clinique et thérapeutique* (5e édition). Elsevier Masson.
- Hagenaars, M. A., Holmes, E. A., Klaassen, F., & Elzinga, B. (2017). Tetris and Word games lead to fewer intrusive memories when applied several days after analogue trauma.

- European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup1), 1386959.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1386959>
- Hase, M. (2021). Instant resource installation and extensive resource installation—Two novel techniques for resource installation in EMDR therapy—Theory, description and case report. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100224.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100224>
- Hase, M., & Brisch, K. H. (2022). The Therapeutic Relationship in EMDR Therapy. *Frontiers in Psychology*, 13, 835470. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835470>
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves*.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Hoogsteder, L. M., Ten Thijs, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. M. (2022). A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6-7), 735-757.
<https://doi.org/10.1177/0306624X211010290>
- Horvarth, A., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 222-233.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., Miller, S. D., & Wampold, B. E. (2012). Introduction. In B. L. Duncan, M. A. Hubble, & S. Miller, *L'essence du changement. Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies* (p. 51-76). De Boeck.
- Husserl, E. (1992). *L'idée de la phénoménologie : Cinq leçons* (A. Lowit, Trad.). Presses Universitaires de France - PUF.
- INSERM. (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*.
- INSERM. (2015). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose*.
https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- Jaeken, M., Verhofstadt, L., & Vanbroeck, N. (2015). Qu'est-ce qui détermine l'efficacité d'une psychothérapie : Brève mise à jour scientifique. *Bulletin de Psychologie*, 68, 237-242.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologie*. Félix Alcan.
- Jeffries, F. W., & Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 290-300.
<https://doi.org/10.1017/S1352465812000793>
- John-Baptiste Bastien, R., Jongsma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(10), 1598-1612.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>

- Johnson, J. A. (2009). *Traité de Qi Gong médical : Anatomie et physiologie énergétiques* (Vol. 1). Chariot D'Or.
- Johnson, J. A. (2013). *Traité de Qi Gong médical : Alchimie énergétique* (Vol. 2). Chariot D'Or.
- Johnson, J. A. (2015). *Traité de Qi Gong médical : Diagnostic différentiel, principes de traitements et protocoles cliniques* (Vol. 3). Chariot D'Or.
- Johnson, J. A. (2017). *Traité de Qi Gong médical : Exercices et méditations pour le traitement des affections internes en pédiatrie, gériatrie, gynécologie, neurologie et psychologie énergétique* (Vol. 4). Chariot D'Or.
- Johnson, J. A. (2018). *Traité de Qi Gong médical : Une approche énergétique du traitement du cancer* (Vol. 5). Chariot d'Or.
- Jones, E. E. (1985). *Manual for the psychotherapy process Q-sort* (Unpublished manuscript).
- Jones, E. E., & Ablon, J. S. (2005). On Analytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568. <https://doi.org/10.1177/00030651050530020101>
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Josse, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. De Boeck Supérieur.
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A., & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms : Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(11), 1761-1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Khan, A. M., Dar, S., Ahmed, R., Bachu, R., Adnan, M., & Kotapati, V. P. (2018). Cognitive Behavioral Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Patients with Post-traumatic Stress Disorder : Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *Cureus*, 10(9), e3250. <https://doi.org/10.7759/cureus.3250>
- Kwon, C.-Y., Lee, B., & Kim, S.-H. (2021). Efficacy and Underlying Mechanism of Acupuncture in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder : A Systematic Review of Animal Studies. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), Article 8. <https://doi.org/10.3390/jcm10081575>
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy : Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects”. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855-869. <https://doi.org/10.1002/jclp.20130>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5e ed., p. 139-193). John Wiley & Sons.
- Lamboy, B., Blanchet, A., & Conrad-Lecomte. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute. *European Review of Applied Psychology*, 54(3), 189-205. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.04.001>

- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amann, B. L. (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. *Frontiers in Psychology*, 9, 1395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Lê Quang, D. (2013). Faire advenir l'effet : Le moment opportun en psychothérapie dans le miroir de la Chine. *Psychothérapies*, 33(4), 245. <https://doi.org/10.3917/psys.134.0245>
- Lecomte, C. (2009). La clé d'une thérapie réussie ? Le thérapeute ! *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, N°15(6), 14-14.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lee, B., Ko, M. M., Lee, S. H., & Chang, G. T. (2022). Acupuncture for the treatment of childhood anorexia : A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 71, 102893. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102893>
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013a). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001>
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013b). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001>
- Lee, C. W., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR : Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(2), 97-107. <https://doi.org/10.1002/cpp.479>
- Lee, I.-S., & Chae, Y. (2022). Exploring Acupuncture Actions in the Body and Brain. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 15(3), 157-162. <https://doi.org/10.51507/j.jams.2022.15.3.157>
- Leichsenring, F., Ablon, S., Barber, J. P., Beutel, M., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Klein, S., Leweke, F., Steinert, C., Wiltink, J., & Salzer, S. (2016). Developing a prototype for short-term psychodynamic (supportive-expressive) therapy : An empirical study with the psychotherapy process Q-set. *Psychotherapy Research*, 26(4), 500-510. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1051160>
- Leplat, J., & Hoc, J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3(1), 49-63.
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents : A Meta-Analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 457-472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>
- Li, M., Niu, J., Yan, P., Yao, L., He, W., Wang, M., Li, H., Cao, L., Li, X., Shi, X., Liu, X., & Yang, K. (2020). The effectiveness and safety of acupuncture for depression : An overview of meta-analyses. *Complementary Therapies in Medicine*, 50, 102202. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102202>
- Lin, H.-C., Yang, Y., Elliott, L., & Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic

- symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325>
- Lin, L.-L., Li, H.-P., Yang, J.-W., Hao, X.-W., Yan, S.-Y., Wang, L.-Q., Yu, F.-T., Shi, G.-X., & Liu, C.-Z. (2021). Acupuncture for Psychological Disorders Caused by Chronic Pain : A Review and Future Directions. *Frontiers in Neuroscience*, 14. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2020.626497>
- Luber, M. (2009). Interview with Francine Shapiro : Historical overview, present issues, and future directions of EMDR. *Journal of EMDR: Practice and Research*, 4, 217-231.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well—Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>
- Machado, J., Brennstuhl, M.-J., & Tarquinio, C. (2021, septembre). *Actualités du projet DETECT-EMDR [La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : La dimension oubliée ?] : Premiers résultats*. Communication présentée au 10th Metz Academic Meeting (MAM), Metz, France.
- Machado, J., Gendarme, S., Eby, E., Rotonda, C., & Tarquinio, C. (in press, corrected proof). La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma : La dimension oubliée ? Présentation d'un protocole de recherche. *Annales Médico-Psychologiques*.
- Machado, J., Rotonda, C., & Tarquinio, C. (soumis). L'EMDR dans l'oeil de la clinique de l'activité : Le métier de psychothérapeute. *L'Evolution Psychiatrique*.
- Maciocia, G. (2012). *La psyché en médecine chinoise*. Elsevier Masson.
- Maciocia, G. (2018). *Les principes fondamentaux de la médecine chinoise* (3e édition). Elsevier Masson.
- Mansournia, M. A., Higgins, J. P. T., Sterne, J. A. C., & Hernán, M. A. (2017). Biases in Randomized Trials: A Conversation Between Trialists and Epidemiologists. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 28(1), 54-59. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000564>
- Marié, E. (2008). *Précis de médecine chinoise*. Editions Dangles.
- Masson, J. (2021, septembre). *Prise en charge du traumatisme psychique et acupression chinoise*. Communication présentée au 10th Metz Academic Meeting (MAM), Metz, France.
- Matthijssen, S. J. M. A., Brouwers, T., Van Roozendaal, C., Vuister, T., & De Jongh, A. (2021). The effect of EMDR versus EMDR 2.0 on emotionality and vividness of aversive memories in a non-clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1956793. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1956793>
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020). Research Review : Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 61(1), 18-29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>

- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., Bhutani, G., Grey, N., Leach, J., Greenberg, N., Katona, C., El-Leithy, S., & Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults : A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(4), 542-555. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000070>
- McKeown, B., & Thomas, D. (1988). *Q-methodology*. Sage Publications.
- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115>
- Mlisa, L.-R. N., & Nel, P. (2013). Types of Umbilini (Intuition) in the “ukunyanga” (Xhosa Divination) Tradition. *Journal of Psychology in Africa*, 23(4), 609-614. <https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820674>
- Morin, E. (2014). *Introduction à la pensée complexe*. Points.
- Moskowitz, A. (2017). Quelle est la relation entre la dissociation et la psychose ? In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmerman (Éds.), *Pratique de la psychothérapie EMDR* (p. 261-267). Dunod.
- Moskowitz, A. (2015, novembre). *Toward a new paradigm of psychotherapy : The importance of trauma, dissociation and attachment*. EMDR & Dissociation, Metz.
- Moskowitz, A., Heinimaa, M., & van der Hart, O. (2018). Defining Psychosis, Trauma, and Dissociation : Historical and contemporary conceptions. In *Psychosis, Trauma and Dissociation* (p. 7-29). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118585948.ch1>
- Muran, C. J., & Barber, J. P. (Éds.). (2010). *The Therapeutic Alliance : An Evidence-Based Guide to Practice*. The Guilford Press.
- Nicolas, F., Delahaye, A., & Gheorghiev, C. (2022). Comprendre l’effet thérapeutique de l’EMDR à l’aune de la relation thérapeutique et des théories de l’attachement: *Psychothérapies*, Vol. 42(4), 227-240. <https://doi.org/10.3917/psys.224.0227>
- Nieuwenhuis, S., Elzinga, B. M., Ras, P. H., Berends, F., Duijs, P., Samara, Z., & Slagter, H. A. (2013). Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval. *Brain and Cognition*, 81(1), 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2012.10.003>
- Norcross, J. C. (2015). Psychotherapy integration. In J. D. Wright (Éd.), *Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (p. 509-514). Elsevier.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. <https://doi.org/10.1037/a0022180>
- Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., & Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) : The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental*, 11(2), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Oddone, I., Re, A., & Briante, G. (1981). *Redécouvrir l’expérience ouvrière : Vers une autre psychologie du travail ?* Éditions sociales.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes* (10^e éd.). Masson.
- Pagani, M., Högberg, G., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2014). Corrélats de la thérapie EMDR en neuroimagerie fonctionnelle et structurale : Un résumé critique des résultats récents. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(2), 29-40. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.2.E29>
- Peña, J. J. (2019). The embodied intersubjective space : The role of clinical intuition in somatic psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 14(2), 95-111. <https://doi.org/10.1080/17432979.2019.1606032>
- Petitmengin, C. (2001). *L'expérience intuitive*. L'Harmattan.
- Petitmengin, C., Baulac, M., & Navarro, V. (2006). Seizure anticipation : Are neurophenomenological approaches able to detect preictal symptoms? *Epilepsy & Behavior*, 9(2), 298-306. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2006.05.013>
- Petitmengin, C., Remillieux, A., & Valenzuela-Moguillansky, C. (2019). Discovering the structures of lived experience : Towards a micro-phenomenological analysis method. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 18(4), 691-730. <https://doi.org/10.1007/s11097-018-9597-4>
- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes : A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Piedfort-Marin, O. (2018). Transference and Countertransference in EMDR Therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(3), 158-172. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.3.158>
- Piedfort-Marin, O. (2019). Lorsque les traumatismes du thérapeute émergent en séance de psychothérapie : L'utilisation du contre-transfert lié à des traumatismes. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(3), 171-180. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.06.002>
- Pierrehumbert, B., Mühlemann, I., Antonietti, J.-P., Sieye, A., & Halfon, O. (1995). Etude de validation d'une version francophone du « Q-Sort » d'attachement de Waters et Deane. *Enfance*, 48(3), 293-315. <https://doi.org/10.3406/enfan.1995.2138>
- Pierrehumbert, B., Sieye, A., Zaltzman, V., & Halfon, O. (1995). Entre salon et laboratoire : L'utilisation du « Q-Sort » de Waters et Deane pour décrire la qualité de la relation d'attachement parent-enfant. *Enfance*, 48(3), 277-291. <https://doi.org/10.3406/enfan.1995.2137>
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale et la manie*. Brosson.
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(11), 769-787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Plantade-Gipch, A. (2017). Former les futurs psychothérapeutes à la relation : La réflexion-en-action dans l'alliance thérapeutique. *Pratiques Psychologiques*, 23(3), 217-231. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.05.001>
- Polanyi, M. (1974). *Personal Knowledge* (Corr. Ed). University of Chicago Press.

- Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change : A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 221-232. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.2.221>
- Privat, J.-M. (2019). *Bakhtine (Mikhaïl)*. Publicationnaire. Dictionnaire encyclopédique et critique des publics. <http://publicationnaire.huma-num.fr/notice/bakhtine-mikhail/>
- Rogers, S., & Silver, S. M. (2001). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 43-59. <https://doi.org/10.1002/jclp.1128>
- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2001). *A systematic review of brief psychological interventions (« debriefing ») for the treatment of immediate trauma-related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder : The Cochrane Collaboration*. Oxford University Press.
- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 176-184. <https://doi.org/10.1159/000070781>
- Rosenheim, M. (2004). La médecine fondée sur des preuves : Principes. *EMC - Médecine*, 1(6), 487-493. <https://doi.org/10.1016/j.emcmed.2004.07.001>
- Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 5-9.
- Rydberg, J. A. (2017). Protocoles EMDR spécialisés. In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J. A. Rydberg, M. Silvestre, & E. Zimmerman (Éds.), *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Dunod.
- Rydberg, J. A. (2019). Protocoles EMDR spécialisés. In C. Tarquinio, M.-J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane-Blanco, J. A. Rydberg, M. Silvestre, P. Tarquinio, & E. Zimmermann (Éds.), *Aide-mémoire de l'EMDR en 46 fiches* (p. 119-132). Dunod.
- Rydberg, J. A., & Machado, J. (2020). Integrative psychotherapy and psychotherapy integration : The case of EMDR. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(3), 100165. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100165>
- Saint-Arnaud, J. (2001). La réflexion-dans-l'action : Un changement de paradigme. *Recherche & formation*, 36(1), 17-27. <https://doi.org/10.3406/refor.2001.1688>
- Saujat, F. (2005). *Fonction et usage de l'instruction au sosie en formation initiale*. IUFM d'Aix-Marseille. http://www.cas-pf-hes-vd.ch/fileadmin/user_upload/docs/PF14_15_sosie.pdf
- Schiele, M. A., Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2020). The applied implications of epigenetics in anxiety, affective and stress-related disorders—A review and synthesis on psychosocial stress, psychotherapy and prevention. *Clinical Psychology Review*, 101830. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101830>
- Schön, D. A. (1984). *The Reflective Practitioner : How Professionals Think In Action*. Basic Books.
- Schubert, S., & Lee, C. W. (2009). Adult PTSD and Its Treatment With EMDR : A Review of Controversies, Evidence, and Theoretical Knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 117-132. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.117>

- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung [Treatment planning]*. Hogrefe Verlag.
- Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to Do When Manuals Fail? The Dual Model of Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 312-328. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.312>
- Scott, Z., O'Curry, S., & Mastroyannopoulou, K. (2022). The impact and experience of debriefing for clinical staff following traumatic events in clinical settings : A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 278-287. <https://doi.org/10.1002/jts.22736>
- Semerçi, M., & Uzun, S. (2023). The effectiveness of post-disaster psychotherapeutic interventions : A systematic review and meta-analysis study. *Asian Journal of Psychiatry*, 85, 103615. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103615>
- Sepehry, A. A., Lam, K., Sheppard, M., Guirguis-Younger, M., & Maglio, A.-S. (2021). EMDR for Depression : A Meta-Analysis and Systematic Review. *JOURNAL OF EMDR PRACTICE AND RESEARCH*, 15(1), 2-17. <https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00038>
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR (Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) : Principes, protocoles, procédures*. InterEditions.
- Shapiro, F. (2010). What is EMDR? Invited Reponse. *Journal of EMDR: Practice and Research*, 4(4), 174-179.
- Shiell, A., Hawe, P., & Gold, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ : British Medical Journal*, 336(7656), 1281-1283. <https://doi.org/10.1136/bmj.39569.510521.AD>
- Simmons, C., Meiser-Stedman, R., Baily, H., & Beazley, P. (2021). A meta-analysis of dropout from evidence-based psychological treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD) in children and young people. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1947570. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1947570>
- Smith, J. (2023). Pourquoi et comment être un thérapeute sécurisant ? In J. Smith (Éd.), *L'attachement en psychothérapie de l'adulte*. Dunod.
- Soma, C. S., Baucom, B. R. W., Xiao, B., Butner, J. E., Hilpert, P., Narayanan, S., Atkins, D. C., & Imel, Z. E. (2019). Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1661541>
- Steffens, N. (2017). *L'ajustement du thérapeute : Ce que nous apprend l'étude des objets discursifs dans les phases 3 et 4 du protocole de la psychothérapie EMDR*. Université de Lorraine.
- Stephenson, W. (1953). *The Study of Behavior : Q-technique and Its Methodology*. University of Chicago Press.
- Stolper, E., Van de Wiel, M., Van Royen, P., Van Bokhoven, M., Van der Weijden, T., & Dinant, G. J. (2011). Gut Feelings as a Third Track in General Practitioners' Diagnostic Reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 197-203. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1524-5>

- Stolper, E., Van Royen, P., Van de Wiel, M., Van Bokhoven, M., Houben, P., Van der Weijden, T., & Jan Dinant, G. (2009). Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Family Practice*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-66>
- Tantia, J. F. (2014). Is intuition embodied? A phenomenological study of clinical intuition in somatic psychotherapy practice. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 9(4), 211-223. <https://doi.org/10.1080/17432979.2014.931888>
- Tarquinio, C., Kivits, J., Minary, L., Coste, J., & Alla, F. (2015). Evaluating complex interventions : Perspectives and issues for health behaviour change interventions. *Psychology & Health*, 30(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.953530>
- Tarquinio, C., Rotonda, C., Houllé, W. A., Montel, S., Rydberg, J. A., Minary, L., Dellucci, H., Tarquinio, P., Fayard, A., & Alla, F. (2016). Early Psychological Preventive Intervention For Workplace Violence : A Randomized Controlled Explorative and Comparative Study Between EMDR-Recent Event and Critical Incident Stress Debriefing. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 787-799. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1224282>
- Tarquinio, C., & Tarquinio, P. (2015). *L'EMDR : Préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Elsevier Masson.
- Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 66-79. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.006>
- Thurin, J.-M. (2009). Évaluation du changement en psychothérapie. *Thérapie Familiale*, 30(2), 235-250. <https://doi.org/10.3917/tf.092.0235>
- Thurin, J.-M. (2016). Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? *PSN*, 14(1), 29-51. <https://doi.org/10.3917/psn.141.0029>
- Thurin, J.-M. (2017). *Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes*. Université Paris Descartes.
- Thurin, J.-M., & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *L'Encéphale*, 32(4), 402-412.
- Tschacher, W., & Meier, D. (2019). Physiological synchrony in psychotherapy sessions. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1-16. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1612114>
- Turrini, G., Tedeschi, F., Cuijpers, P., Del Giovane, C., Kip, A., Morina, N., Nosè, M., Ostuzzi, G., Purgato, M., Ricciardi, C., Sijbrandij, M., Tol, W., & Barbui, C. (2021). A network meta-analysis of psychosocial interventions for refugees and asylum seekers with PTSD. *BMJ Global Health*, 6(6), e005029. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005029>
- Valenzuela-Moguillansky, C. (2013). An Exploration of the Bodily Experience of Persons Suffering from Fibromyalgia. *Constructivist Foundations*, 8(3).
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M. B. J., & Akse, N. (2011). EMDR : Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.11.003>

- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2017). *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique* (2e édition). De Boeck Supérieur.
- Vermersch, P. (2019). *L'entretien d'explicitation (Originally published in 1994)* (9e édition). ESF.
- Verstrael, S., van der Wurff, P., & Vermetten, E. (2013). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as Treatment for Combat-Related PTSD : A Meta-Analysis. *Military Behavioral Health*, 1(2), 68-73. <https://doi.org/10.1080/21635781.2013.827088>
- Vygotski, L. (1927). *La signification historique de la crise en psychologie*. Delachaux et Niestlé.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., & Ahn, H. (1997). The flat earth as a metaphor for the evidence for uniform efficacy of bona fide psychotherapies : Reply to Crits-Christoph (1997) and Howard et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122(3), 226-230. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.226>
- Wittman, C. L. M., Spaanjaars, N. L., & Aarts, A. A. (2012). Clinical intuition in mental health care : A discussion and focus groups. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(1), 19-29. <https://doi.org/10.1080/09515070.2012.655419>
- Wolpe, J. (1991). *The Practice of Behavior Therapy* (4th edition). Allyn & Bacon.
- Yan, B., Zhu, S., Wang, Y., Da, G., & Tian, G. (2020). Effect of Acupuncture on Chronic Pain with Depression : A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020, e7479459. <https://doi.org/10.1155/2020/7479459>
- Yang, X., Yang, N., Huang, F., Ren, S., & Li, Z. (2021). Effectiveness of acupuncture on anxiety disorder : A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Annals of General Psychiatry*, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00327-5>
- Ye, J.-Y., He, Y.-J., Zhan, M.-J., & Qu, F. (2021). Effects of acupuncture on the relief of anxiety and/or depression during in vitro fertilization : A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Integrative Medicine*, 42, 101287. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2021.101287>
- Yunitri, N., Kao, C.-C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H.-L., Liu, D., Shen, S.-T. H., Chang, P.-C., Kang, X. L., & Chou, K.-R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder : A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.005>
- Zhang, B., Shi, H., Cao, S., Xie, L., Ren, P., Wang, J., & Shi, B. (2022). Revealing the magic of acupuncture based on biological mechanisms : A literature review. *BioScience Trends*, 16(1), 73-90. <https://doi.org/10.5582/bst.2022.01039>
- Zhang, J., Li, Z., Li, Z., Li, J., Hu, Q., Xu, J., & Yu, H. (2021). Progress of Acupuncture Therapy in Diseases Based on Magnetic Resonance Image Studies : A Literature Review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2021.694919>
- Zhang, Y., Meng, T., Hou, Y., Pan, Y., & Hu, Y. (2018). Interpersonal brain synchronization associated with working alliance during psychological counseling. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 282, 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.09.007>

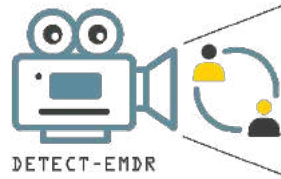
Zimmermann, G., & Pomini, V. (2013). Méta-analyse et efficacité des psychothérapies : Faits et fictions. *Psychologie Française*, 58(3), 167-175.
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2012.12.002>

ANNEXES

Liste des annexes

- A1 : Cahier d'observations du patient
- A2 : Cahier d'observations du thérapeute
- A3 : Fiche de consultation de DETECT-EMDR
- A4 : Lettre d'informations et formulaire d'adhésion au protocole de recherche pour le thérapeute
- A5 : Lettre d'informations et formulaire de consentement pour le patient
- A6 : Document d'adhésion au protocole de recherche pour le psychologue observateur
- A7 : Autorisation d'utilisation de l'image et du son, version patient
- A8 : Autorisation d'utilisation de l'image et du son, version thérapeute
- A9 : Document de cotation du PQS par le psychologue observateur
- A10 : Photo du cabinet recherche de DETECT-EMDR
- A11 : Avis favorable du Comité de Protection des Personnes
- A12 : Support de communication : Flyer de DETECT-EMDR en français
- A13 : Support de communication : Flyer de DETECT-EMDR en anglais
- Tableau A14 : Indicateurs de santé perçue et alliance thérapeutique chez le patient selon les groupes et en fonction du temps
- Tableau A15 : Indicateurs de santé perçue et alliance thérapeutique chez le patient selon les groupes et en fonction des phases du protocole EMDR standard
- Tableau A16 : Alliance thérapeutique chez le thérapeute selon les groupes et en fonction du temps
- Tableau A17 : Significativités associées aux corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique, aux deux temps confondus (schéma 9)
- Schéma A18 : Corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique au temps T₁
- Tableau A19 : Significativités associées aux corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique, au temps T₁ (schéma A18)
- Schéma A20 : Corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique au temps T₂
- Tableau A21 : Significativités associées aux corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique, au temps T₂ (schéma A20)
- Tableau A22 : Évolution des scores de PQS par phases selon les groupes L-EMDR et S-EMDR
- Tableau A23 : Degré de discordance des psychologues observateurs pour la cotation des phases 3 et 4 selon les groupes
- A24 : Les différents aspects de l'esprit *Shen* 神 en médecine traditionnelle chinoise

- A1 : Cahier d'observations du patient



Projet DETECT-EMDR

La **d**imension du **t**hérapeute dans l'**e**fficacité de la prise en charge EMDR du **t**rauma simple : La dimension oubliée ?

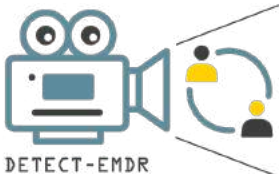
Questionnaire à remplir par le/la patient(e) Fin du traitement (T2)

Initiales du patient : |_|_|_|_|
(la 1^{ère} lettre du Prénom et la 1^{ère} lettre du Nom)

N° du patient : |_|_|_|_|
(N° ordre d'inclusion)

Date d'inclusion : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de remplissage : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(N° ordre d'inclusion)

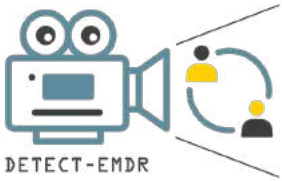
	IDENTIFICATION DU PATIENT Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom) Numéro DIAMM _ _ _	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
---	---	---

Projet DETECT-EMDR

Questionnaire de santé et état émotionnel spécifique

Vous allez trouver ci-dessous un questionnaire concernant votre santé psychologique relatif à votre état de santé général auquel nous vous demandons de bien vouloir y répondre. Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Questionnaire IES-R
Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours en ce qui concerne... (cible identifiée avec votre thérapeute). Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés ?
1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement
2. Je me réveillais la nuit.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement
3. Différentes choses m'y faisait penser.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement
4. Je me sentais irritable et en colère.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement
5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement
6. Sans le vouloir, j'y repensais.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement
7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement
8. Je me suis tenu loin de ce qui m'y faisait penser.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement
9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête.
☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

	IDENTIFICATION DU PATIENT Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom) Numéro DIAMM _ _ _	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /___/___/___/
---	---	--

10. J'étais nerveux (nerveuse) et je sursautais facilement.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

11. J'essayais de ne pas y penser.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

14. Je me sentais et je réagissais comme j'étais encore dans l'événement.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

15. J'avais du mal à dormir.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

18. J'avais du mal à me concentrer.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

20. J'ai rêvé de l'événement.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

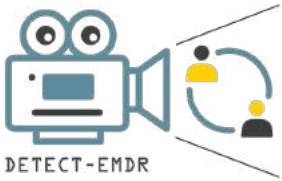
21. J'étais aux aguets et sur mes gardes.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

22. J'ai essayé de ne pas en parler.

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Passablement ☐ Extrêmement

Projet **DETECT-EMDR**

 DETECT-EMDR	IDENTIFICATION DU PATIENT Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom) Numéro DIAMM _ _ _	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /___/___/___/
--	---	--

Questionnaire de santé et état émotionnel spécifique

Questionnaire SF-12

Les questions, qui suivent, portent sur votre santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

☐ Excellente
 ☐ Très bonne
 ☐ Bonne
 ☐ Médiocre
 ☐ Mauvaise

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

a. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules :

☐ Oui, beaucoup limité
 ☐ Oui, un peu limité
 ☐ Non, pas du tout limité

b. Monter plusieurs étages par l'escalier :

☐ Oui, beaucoup limité
 ☐ Oui, un peu limité
 ☐ Non, pas du tout limité

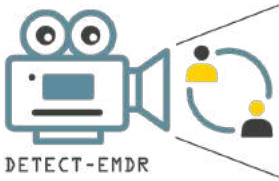
3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

a. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

☐ En permanence
 ☐ Une bonne partie du temps
 ☐ De temps en temps
☐ Rarement
 ☐ Jamais

b. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou tout autre activité (p.ex. cela vous a demandé un effort supplémentaire) ?

☐ En permanence
 ☐ Une bonne partie du temps
 ☐ De temps en temps
☐ Rarement
 ☐ Jamais

	IDENTIFICATION DU PATIENT Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom) Numéro DIAMM _ _ _	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
---	---	---

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :

a. Avez-vous accompli moins de chose que vous auriez souhaité ?

- ☐ En permanence
 ☐ Une bonne partie du temps
 ☐ De temps en temps
☐ Rarement
 ☐ Jamais

b. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

- ☐ En permanence
 ☐ Une bonne partie du temps
 ☐ De temps en temps
☐ Rarement
 ☐ Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- ☐ Pas du tout
 ☐ Un petit peu
 ☐ Moyennement
☐ Beaucoup
 ☐ Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

a. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?

- ☐ En permanence
 ☐ Une bonne partie du temps
 ☐ De temps en temps
☐ Rarement
 ☐ Jamais

b. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?

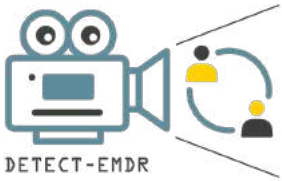
- ☐ En permanence
 ☐ Une bonne partie du temps
 ☐ De temps en temps
☐ Rarement
 ☐ Jamais

c. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?

- ☐ En permanence
 ☐ Une bonne partie du temps
 ☐ De temps en temps
☐ Rarement
 ☐ Jamais

7. Au cours de ces 4 dernière semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

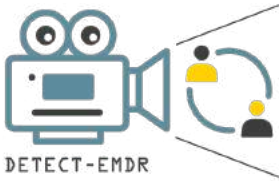
- ☐ En permanence
 ☐ Une bonne partie du temps
 ☐ De temps en temps
☐ Rarement
 ☐ Jamais

	IDENTIFICATION DU PATIENT Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom) Numéro DIAMM _ _ _	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
---	---	---

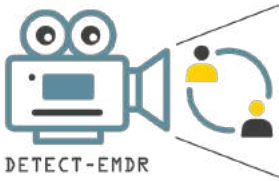
Projet **DETECT-EMDR**

Questionnaire de santé et état émotionnel spécifique

Questionnaire HADS	
Veuillez répondre à chaque question en cochant l'une des réponses proposée.	
Je me sens tendu(e) ou énervé(e) ☐ La plupart du temps ☐ Souvent ☐ De temps en temps ☐ Jamais	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois ☐ Oui tout autant ☐ Pas autant ☐ Un peu seulement ☐ Presque plus
J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver ☐ Oui très nettement ☐ Oui, mais ce n'est pas grave ☐ Un peu mais cela ne m'inquiète pas ☐ Pas du tout	Je ris facilement et vois le bon côté des choses ☐ Autant que par le passé ☐ Plus autant qu'avant ☐ Vraiment moins qu'avant ☐ Plus du tout
Je me fais du souci ☐ Très souvent ☐ Assez souvent ☐ Occasionnellement ☐ Très occasionnellement	Je suis de bonne humeur ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Assez souvent ☐ La plupart du temps
Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté(e) ☐ Oui quoi qu'il arrive ☐ Oui en général ☐ Rarement ☐ Jamais	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti ☐ Presque toujours ☐ Très souvent ☐ Parfois ☐ Jamais
J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Assez souvent ☐ Très souvent	Je ne m'intéresse plus à mon apparence ☐ Plus du tout ☐ Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais ☐ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

	IDENTIFICATION DU PATIENT Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom) Numéro DIAMM _ _ _	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
---	---	---

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place ☐ Oui c'est tout à fait le cas ☐ Un peu ☐ Pas tellement ☐ Pas du tout	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses ☐ Autant qu'auparavant ☐ Un peu moins qu'avant ☐ Bien moins qu'avant ☐ Presque jamais
J'éprouve des sensations soudaines de panique ☐ Vraiment très souvent ☐ Assez souvent ☐ Pas très souvent ☐ Jamais	Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de radio ou de télévision ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Très rarement

 DETECT-EMDR	IDENTIFICATION DU PATIENT Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom) Numéro DIAMM _ _ _	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
--	---	---

Projet **DETECT-EMDR**

Questionnaire de santé et état émotionnel spécifique (WAI-P)

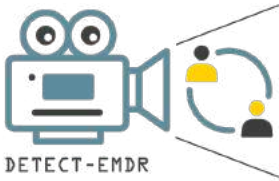
Vous trouverez ci-dessous 36 phrases concernant la relation que vous avez eue jusqu'à présent avec votre psychothérapeute au cours de votre suivi psychologique au Centre Pierre Janet.

Veuillez **cocher la case** avec laquelle vous êtes le plus en accord avec chacune des phrases à l'aide de l'échelle suivante :

1 = Jamais
2 = Rarement
3 = Occasionnellement
4 = Parfois

5 = Souvent
6 = Très souvent
7 = Toujours

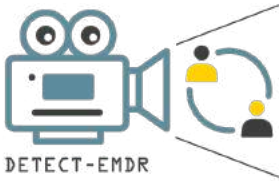
	1	2	3	4	5	6	7
1. Je me sentais inconfortable avec mon thérapeute.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mon thérapeute et moi étions en accord à propos des choses qu'il fallait faire en thérapie pour améliorer ma situation.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je m'inquiétais à propos des résultats de la thérapie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ce que j'ai fait en thérapie m'apportait une nouvelle façon de voir les problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Mon thérapeute et moi nous nous entendions bien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Mon thérapeute percevait bien quels étaient mes buts en thérapie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je trouvais que ce que je faisais en thérapie était mêlant.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. J'avais l'impression que mon thérapeute m'aimait bien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Le but de nos rencontres de thérapie m'apparaissait clair.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je n'étais pas en accord avec mon thérapeute à propos de ce qu'allait m'apporter la thérapie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je croyais que le temps que mon thérapeute et moi passions ensemble n'était pas utilisé efficacement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Mon thérapeute ne comprenait pas ce que j'essayais d'accomplir en thérapie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	IDENTIFICATION DU PATIENT	CONSULTATION
	Numéro _ _ _	Temps de mesure _ _
	<i>Ne pas compléter le numéro</i>	du /___/___/___/
	Initiales _ _ (prén. - nom)	
	Numéro DIAMM _ _ _	

Veillez **cocher la case** avec laquelle vous êtes le plus en accord avec chacune des phrases à l'aide de l'échelle suivante :

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| 1 = Jamais | 5 = Souvent |
| 2 = Rarement | 6 = Très souvent |
| 3 = Occasionnellement | 7 = Toujours |
| 4 = Parfois | |

	1	2	3	4	5	6	7
13. Je comprenais bien le rôle qui me revenait en thérapie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Les objectifs des rencontres de thérapie étaient importants pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je trouvais que ce que mon thérapeute et moi faisons en thérapie n'était pas pertinent pour mes problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je sentais que ce que je faisais en thérapie allait m'aider à accomplir les changements que je désirais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Je croyais que mon thérapeute était vraiment préoccupé par mon bien-être.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je comprenais bien ce que mon thérapeute voulait que je fasse lors de nos rencontres.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Mon thérapeute et moi nous nous respectons mutuellement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Je sentais que mon thérapeute n'était pas entièrement honnête à propos des sentiments envers moi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. J'avais confiance dans les capacités de mon thérapeute de m'aider.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Mon thérapeute et moi travaillions pour accomplir des objectifs que nous nous étions fixés mutuellement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Je sentais que mon thérapeute m'appréciait à ma juste valeur.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. On s'entendait sur ce que l'on devait travailler.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Suite aux rencontres de thérapie, ce que je devais faire pour changer était plus clair à mes yeux.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Mon thérapeute et moi nous nous faisons mutuellement confiance.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Mon thérapeute et moi ne nous entendions pas sur la nature des mes problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	IDENTIFICATION DU PATIENT	CONSULTATION
	Numéro _ _ _	Temps de mesure _ _
	<i>Ne pas compléter le numéro</i>	du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
	Initiales _ _ (prén. - nom)	
	Numéro DIAMM _ _ _	

Veillez **cocher la case** avec laquelle vous êtes le plus en accord avec chacune des phrases à l'aide de l'échelle suivante :

1 = Jamais

2 = Rarement

3 = Occasionnellement

4 = Parfois

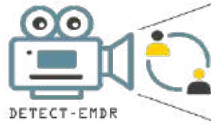
5 = Souvent

6 = Très souvent

7 = Toujours

	1	2	3	4	5	6	7
28. Ma relation avec mon thérapeute était très importante pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. J'avais l'impression que si je disais ou faisais quelque chose d'incorrect, mon thérapeute me laisserait tomber.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Mon thérapeute et moi collaborions afin d'établir les objectifs de ma thérapie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Les choses que je faisais en thérapie me déplaisaient.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Nous nous sommes bien entendus à propos du genre de changement qui étaient bons pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Les choses que mon thérapeute me demandait n'avaient pas de bon sens.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Je ne savais pas en quoi la thérapie allait m'être utile.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Je croyais que la façon dont nous travaillions sur mes problèmes était correcte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Je sentais que mon thérapeute s'intéressait à moi, même si je pouvais faire des choses qu'il n'approuvait pas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- A2 : Cahier d'observations du thérapeute



Projet DETECT-EMDR

La **d**imension du **t**hérapeute dans l'**e**fficacité de la prise en charge EMDR du **t**rauma simple : La dimension oubliée ?

Cahier d'observations du thérapeute

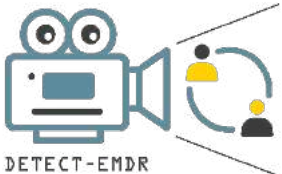
Fin de traitement du trauma simple (T₂)

Initiales du thérapeute : |_|_|_|

(la 1^{ère} lettre du Prénom et la 1^{ère} lettre du Nom)

N° du thérapeute : |_|_|_|_|

(N° ordre d'inclusion)

	IDENTIFICATION DU THERAPEUTE Numéro _ _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ _ /
---	---	---

Projet **DETECT-EMDR**

Questionnaire de santé et état émotionnel spécifique (WAI-T)

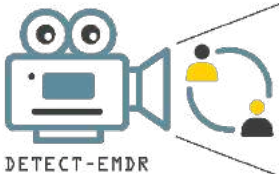
Dans les pages suivantes, se trouvent des phrases décrivant quelques-unes des différentes façons de penser ou de ressentir qu'une personne peut avoir avec son/sa patient(e). Pendant que vous les lisez, remplacez mentalement « _____ » par le nom de votre patient(e) dans le texte.

Ce questionnaire est confidentiel ; le patient ne verra pas vos réponses. Travaillez rapidement, vos premières impressions sont celles que nous voudrions obtenir.

Veillez **cocher la case** avec laquelle vous êtes le plus en accord avec chacune des phrases à l'aide de l'échelle suivante :

- | | |
|--|--|
| 1 = Jamais
2 = Rarement
3 = Occasionnellement
4 = Parfois | 5 = Souvent
6 = Très souvent
7 = Toujours |
|--|--|

	1	2	3	4	5	6	7
1. Je me sens mal à l'aise avec _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. _____ et moi sommes d'accord à propos des étapes à suivre pour améliorer sa situation.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai quelques inquiétudes quant au résultat de ces consultations.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mon patient et moi sommes tous deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement dans les soins.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. J'ai l'impression de réellement comprendre _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. _____ et moi avons une perception commune de ses objectifs.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. _____ trouve déroutant ce que nous faisons dans les soins.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je crois que _____ m'apprécie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je ressens un besoin d'éclaircir le but de nos consultations avec _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. J'ai quelques désaccords avec _____ à propos des objectifs de ces consultations.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

 DETECT-EMDR	IDENTIFICATION DU THERAPEUTE Numéro <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure du / / / /
--	--	---

Veillez **cocher la case** avec laquelle vous êtes le plus en accord avec chacune des phrases à l'aide de l'échelle suivante :

1 = Jamais

2 = Rarement

3 = Occasionnellement

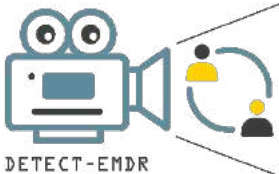
4 = Parfois

5 = Souvent

6 = Très souvent

7 = Toujours

	1	2	3	4	5	6	7
11. Je crois que le temps que _____ et moi passons ensemble n'est pas utilisé de manière efficace.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. J'ai des doutes concernant ce que nous essayons d'accomplir lors des soins.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je suis clair et explicite sur ce que sont les responsabilités de _____ dans les soins.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Les objectifs actuels de ces consultations sont importants pour _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je trouve que ce que _____ et moi faisons dans les soins est sans rapport avec ses préoccupations actuelles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je suis convaincu que ce que nous faisons dans les soins aidera _____ à accomplir les changements qu'il/elle désire.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je sais clairement quelle participation j'attends de _____ durant ces consultations.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. _____ et moi nous respectons mutuellement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. J'ai l'impression de ne pas être totalement honnête quant à mes sentiments envers _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. J'ai confiance en ma capacité à aider _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Nous nous efforçons d'atteindre les objectifs convenus ensemble.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. J'apprécie _____ en tant que personne.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Nous sommes d'accord sur ce qu'il y a d'important pour _____ à travailler.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Suite à ces consultations, _____ perçoit plus clairement comment il/elle pourrait être capable de changer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	IDENTIFICATION DU THERAPEUTE Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
---	---	---

Veillez **cocher la case** avec laquelle vous êtes le plus en accord avec chacune des phrases à l'aide de l'échelle suivante :

1 = Jamais

2 = Rarement

3 = Occasionnellement

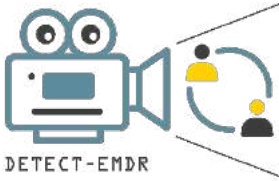
4 = Parfois

5 = Souvent

6 = Très souvent

7 = Toujours

	1	2	3	4	5	6	7
26. _____ et moi avons construit une confiance mutuelle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. _____ et moi ne sommes pas d'accord sur la nature de ses problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Notre relation est importante pour _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. _____ craint que s'il/elle dit ou fait des erreurs, j'arrêterais de travailler avec lui/elle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. _____ et moi avons collaboré à établir des objectifs à ces consultations.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. _____ est contrarié(e) par ce que je lui demande de faire pour se soigner.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Nous avons développé une bonne compréhension commune du type de changements qui seraient bénéfiques à _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Ce que nous faisons au cours des soins n'a pas beaucoup de sens pour _____.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. _____ ne sait pas quel résultat atteindre des soins.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. _____ estime que la manière dont nous nous occupons de son problème est satisfaisante.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Je respecte _____ même quand il/elle fait des choses que je désapprouve.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

 DETECT-EMDR	IDENTIFICATION DU THERAPEUTE Numéro <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure du / / / /
--	--	--

Projet **DETECT-EMDR**

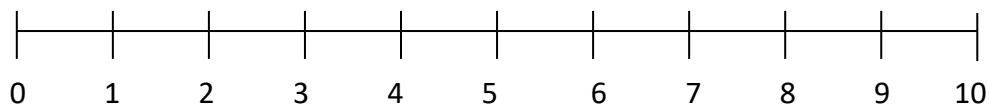
Respect du protocole standard EMDR

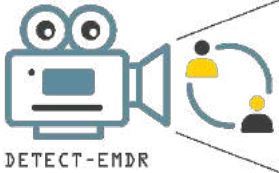
Durant toute votre prise en charge avec votre patient...

Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous avoir respecté le protocole EMDR standard ?

0 : Pas du tout respecté

10 : Totalement respecté



	IDENTIFICATION DU THERAPEUTE Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du / _/ _/ _/ _/
---	---	---

Projet DETECT-EMDR

Fiche de consultation à compléter à chaque séance

Au cours de la séance que vous venez d'avoir avec votre patient...

Initiales du patient : |_|_| (la 1^{ère} lettre du Prénom et la 1^{ère} lettre du Nom)

N° du patient : |_|_|_| (N° ordre d'inclusion)

N° Séance : |_|_| / 6

Date de la consultation : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Durant votre séance, avez-vous désensibilisé une cible traumatique ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ Séance complète ☐ Séance inachevée

Cible traitée (décrivez en quelques mots la cible traitée) :

.....

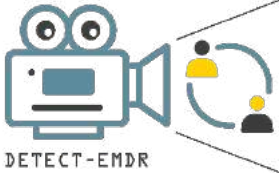
.....

SUD évalué : ☐ Oui ☐ Non

Valeur : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VOC évaluée : ☐ Oui ☐ Non

Valeur : 1 2 3 4 5 6 7

	IDENTIFICATION DU THERAPEUTE Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ / _ _ / _ _ /
---	---	---

A quelle phase du protocole standard vous situez-vous ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Phase 1 : Histoire du patient | ☐ Phase 5 : Installation |
| ☐ Phase 2 : Préparation | ☐ Phase 6 : Scanner corporel |
| ☐ Phase 3 : Evaluation | ☐ Phase 7 : Clôture |
| ☐ Phase 4 : Désensibilisation | ☐ Phase 8 : Réévaluation |

Y a-t-il eu une sortie d'étude ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi ?

- ☐ Refus de poursuivre
- ☐ Retrait du consentement du patient
- ☐ Patient perdu de vue - préciser :
 Date des dernières nouvelles : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
- ☐ Trauma complexe
- ☐ Violation du protocole - préciser :
- ☐ Décès
- ☐ Autre - préciser :

Remarques particulières sur la séance (*facultatif*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- A4 : Lettre d'informations et formulaire d'adhésion au protocole de recherche pour le thérapeute



Lettre d'information aux thérapeutes

PROJET DETECT-EMDR

La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : La dimension oubliée ?

Merci de lire attentivement cette notice et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles. Vous pourrez alors décider de participer ou non à cette recherche.

Madame, Monsieur,

La recherche qui vous est proposée ici souhaite étudier de manière clinique et qualitative comment les interactions entre le thérapeute et le patient contribuent à la potentialisation des effets de la psychothérapie EMDR. Un tel projet de recherche vient compléter l'arsenal des travaux scientifiques réalisés depuis plusieurs années autour de la psychothérapie EMDR. A cet égard, on peut regretter que la typologie des études les plus publiées s'intéressent soit à l'efficacité du protocole à partir de mesures avant/après intervention, soit à l'identification des aires cérébrales activées ou non pendant la mise en place du protocole en 8 phases.

On peut considérer, en tant que clinicien, que la recherche scientifique s'est un peu éloignée de la pratique clinique en privilégiant les données de la recherche fondamentale. Notre souhait est donc de pénétrer le paradigme psychothérapeutique de l'EMDR et de comprendre en quels termes les interventions du psychothérapeute peuvent influencer le déroulé de la thérapie alors même que cette dernière est structurée autour de 8 phases, qu'il conviendrait de respecter au plus près des consignes. Or, nous le savons bien, la plupart des thérapeutes adaptent le protocole à la réalité des patients qu'ils accueillent et mobilisent ainsi une intelligence professionnelle dont il convient d'identifier les leviers. C'est l'objectif de cette recherche qui consistera à analyser les situations de prises en charge de patients victimes de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) avec la psychothérapie EMDR à partir de méthodes d'autoconfrontations utilisées en analyse des situations de travail. Ces approches combinent une analyse des vidéos, réalisées durant les prises en charge de patients, avec des entretiens, réalisés avec les psychothérapeutes, afin de leur demander d'explicitier au mieux le spectre des interactions qu'ils initient vis-à-vis de leurs patients, en particulier lorsque celles-ci sortent du cadre prescrit de la thérapie.

Si vous acceptez de participer à cette recherche particulièrement originale, vous pourrez alors faire partie du groupe Strict-EMDR où l'exigence sera un respect exhaustif du protocole EMDR en 8 phases ou au groupe Libre-EMDR qui à l'inverse, vous permettra de fonctionner avec vos patients comme vous le faites habituellement. C'est bien la confrontation de ces 2 conditions de recherche qui permettra de comprendre en quoi une certaine plus-value de l'intervention serait ou non à même d'influencer l'évolution du patient.

Quel que soit votre groupe d'intervention (S-EMDR ou L-EMDR), nous souhaitons filmer vos séances de psychothérapie. Nous savons par ailleurs qu'en tant que thérapeute EMDR, vous êtes familiers de ce type d'évaluation et que de ce fait, rendre compte des séances réalisées avec les patients est une pratique pour vous assez commune. Ce travail se fera bien évidemment en toute confidentialité et en accord avec les principes réglementaires propres au développement de la recherche en Sciences Humaines.

Les vidéos feront ensuite l'objet d'analyses supplémentaires. Nous souhaiterons alors recueillir votre expertise en **vous demandant d'explicitier au mieux les choix thérapeutiques qui auront été les vôtres**. Le traitement vidéo s'effectuera en deux étapes :

- Autoconfrontation simple : Accompagné du doctorant du projet, vous visionnerez la vidéo d'une de vos séances en décrivant le plus minutieusement possible votre pratique (1^{er} temps de visionnage).
- Autoconfrontation croisée : La même session vidéo sera une seconde fois visionnée par vous-même et par le chercheur, accompagné par un thérapeute EMDR, étranger à la situation clinique. L'interaction entre ces 3 professionnels et le support vidéo devra permettre l'émergence de données complémentaires susceptibles d'affiner encore notre compréhension de ce qui se passe pendant la thérapie (2^e temps de visionnage).

De plus, nous serions heureux de vous solliciter pour que vous-même puissiez porter un regard clinique sur la vidéo d'un confrère afin de l'interroger sur sa pratique et de comprendre la nature et le motif des interventions qu'il aura déployé dans le cadre de ses séances.

Les consultations réalisées avec les patients dans le cadre du traitement du trauma simple seront prises en charge par le Centre Pierre Janet à hauteur de 6 séances par patient. Vous serez ainsi rémunéré comme habituellement, suivant le tarif des consultations. Le temps ensuite alloué au visionnage des vidéos (étape des autoconfrontations) vous sera également rémunéré.

Vos droits :

Votre participation à cette recherche est totalement **volontaire** : vous êtes libre d'accepter ou de refuser le protocole qui vous est proposé. En cas d'acceptation, vous êtes libre de changer d'avis en cours d'étude sans que votre responsabilité ne soit engagée, et sans que cela nuise en aucun point à votre exercice.

Si vous acceptez de participer à cette étude, les notes que vous pouvez prendre sur ce qui peut se dérouler pendant les séances de psychothérapies avec vos patients demeureront confidentielles, et ne pourront en aucun cas être consultées. **Toutes les informations vous concernant resteront strictement confidentielles et anonymes.** En dehors de l'autre thérapeute ayant pris part à la discussion sur votre pratique, les vidéos de vos prises en charge ne seront visionnées que par le doctorant en charge de l'étude, et d'un superviseur EMDR si cela s'avère nécessaire. Les données enregistrées à l'occasion de cette étude soumise à la Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à laquelle le Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre afin d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs de cette dernière, pourront faire l'objet d'un traitement informatisé,

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016), les données de santé seront traitées à des fins de recherche scientifique dans le respect des droits fondamentaux et des intérêts de la personne se prêtant à la recherche (Article 9, alinéa i et j).

Conformément à la loi française, le Promoteur a souscrit une police d'assurance Responsabilité Civile couvrant la réalisation de cette étude auprès de la compagnie

Cette étude est réalisée conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique relatives aux recherches biomédicales. Elle a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes – EST III à la date du et l'autorisation des autorités de santé (DGS) au

Si vous souhaitez plus d'informations sur cette étude ou pour tout autre élément, vous pouvez également contacter le Pôle Recherche du Centre Pierre Janet à l'adresse **cpj-recherche@univ-lorraine.fr**.

Nous vous remercions pour votre collaboration !

Document d'adhésion des psychothérapeutes au protocole de recherche

PROJET DETECT-EMDR

La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : La dimension oubliée ?

Conformément au protocole référencé et aux obligations des Bonnes Pratiques Cliniques et Epidémiologiques, je soussigné(e) :

.....(Nom – Prénom)

Accepte les conditions suivantes :

- Avoir entièrement et scrupuleusement lu la lettre d'information sur le projet.
- Suivre le protocole sans le modifier sauf en cas d'amendement communiqué par le promoteur ou son représentant.
- S'engager à ne pas divulguer les informations transmises dans le cadre de cette recherche.
- S'engager à ne pas diffuser les vidéos mises à disposition pour l'analyse, dans un souci de respect de la confidentialité et du code de déontologie des psychologues.
- Mettre tout en œuvre pour permettre au Pôle Recherche du Centre Pierre Janet de répondre à ses missions (si applicable) :
 - se rendre disponible,
 - et tenir à disposition tout document utile à la mise en œuvre du projet et nécessaire au Pôle Recherche du Centre Pierre Janet

Date :

Nom :

Signature :

- A5 : Lettre d'informations et formulaire de consentement pour le patient



Lettre d'information aux patients

PROJET DETECT-EMDR

La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : La dimension oubliée ?

Merci de lire attentivement cette notice et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles et nécessaires. Vous pourrez alors décider de participer ou non à cette recherche.

Madame, Monsieur,

Engagé dans le développement de la recherche dans le domaine de la prise en charge psychothérapeutique, nous sommes heureux de solliciter votre participation au projet DETECT-EMDR : « La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge du trauma simple : la dimension oubliée ? ».

L'objectif de ce projet est de mettre en évidence l'importance des interventions du thérapeute (parfois minimales) comme clés de l'efficacité de la prise en charge dans le cadre de psychothérapies dites « protocolisées » telle que la psychothérapie EMDR¹. Si cette approche est aujourd'hui reconnue comme une thérapie de choix dans la prise en charge de certains troubles (post-traumatiques par exemple), il est néanmoins encore difficile de comprendre les raisons de cette efficacité. Votre contribution permettra dans le cadre d'une étude qualitative, centrée sur l'analyse des interactions entre patient et thérapeute, d'apporter des éléments de réponses pouvant expliquer les modalités d'actions de la thérapie EMDR.

Il s'agit d'une étude intégrée à votre suivi, et vous serez pris en charge par votre thérapeute de manière classique et habituelle, au sein du Centre Pierre Janet. Si vous acceptez de participer à ce projet, vous vous verrez attribuer aléatoirement un des deux groupes suivants :

- Groupe « Strict-EMDR » : il sera demandé au thérapeute de vous prendre en charge en suivant strictement le protocole standard utilisé en EMDR. C'est là une condition classique de recherche, l'application de ce protocole étant validée comme efficace par la littérature scientifique.
- Groupe « Libre-EMDR » : il sera permis au thérapeute de vous prendre en charge en prenant des libertés avec le protocole standard EMDR, ainsi que le font déjà la plupart des thérapeutes au sein de leurs cabinets dans leurs pratiques de tous les jours, sans altérer la qualité de la prise en charge.

Quel que soit le groupe, 6 séances de psychothérapie, d'une durée d'environ 45 minutes et espacées d'environ 15 jours, seront prises en charge financièrement par le Centre Pierre

¹ La psychothérapie EMDR suit un protocole strict, dit « protocole standard », composé de 8 phases identifiables.

Janet. Au-delà, il vous est bien entendu possible de poursuivre le suivi avec votre thérapeute, et les séances seront à votre charge.

Dans le cadre de cette recherche, les 6 premières séances feront l'objet d'un enregistrement vidéo qui respectera un cadre de confidentialité strict. Vous devrez également compléter quelques questionnaires en début, au cours et en fin de psychothérapie.

Le numéro de téléphone du psychologue référent sera à votre disposition pour toute demande ou question pendant le suivi.

Toutes les données qualitatives et quantitatives recueillies dans le cadre de cette étude seront rendues anonymes, conformément à la réglementation de la recherche en vigueur.

Vos droits :

Votre participation à cette étude de recherche est totalement **volontaire** : vous êtes libre d'accepter ou de refuser le protocole qui vous est proposé. En cas d'acceptation, vous êtes libre de changer d'avis en cours d'étude sans que votre responsabilité ne soit engagée et sans que la qualité de votre prise en charge ne soit altérée.

Toutes les informations vous concernant resteront strictement confidentielles et anonymes. Les vidéos de vos prises en charge ne seront visionnées que par les personnes collaborant à cette recherche, ce qui inclut votre thérapeute.

Dans le cadre de cette recherche, soumise à la Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, à laquelle le Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre afin d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs de cette dernière. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016), les données de santé seront traitées à des fins de recherche scientifique dans le respect des droits fondamentaux et des intérêts de la personne se prêtant à la recherche (Article 9, alinéa i et j).

Vous avez néanmoins le droit de vous opposer à ce que les données vous concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé. Si vous acceptez, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant, afin d'en vérifier l'exactitude et, le cas échéant, afin de les rectifier, de les compléter, de les mettre à jour, d'un droit de s'opposer à leur utilisation, et d'un droit d'effacement de ces données. Vous pouvez exercer ce droit ou pour toute question relative à la protection des données, en vous adressant un courriel à l'adresse suivante à

██████████ - Délégué à la protection des données – Université de Lorraine, mail :
██████████

Toutes les données et informations vous concernant resteront strictement confidentielles. Elles ne seront accessibles qu'aux personnes participant à cette recherche. Ces données seront identifiées par un numéro de code comportant un numéro d'inclusion (correspondant à l'ordre chronologique de leur inclusion) ainsi que la 1ère lettre du nom et la 1ère lettre du prénom. Dans tous les cas, elles seront exploitées dans les conditions garantissant leur confidentialité.

Ce traitement des données entre dans le cadre de la méthodologie de référence MR001 pour laquelle l'Université de Lorraine a signé un engagement de conformité le XXXXX (n°XXXXX). Vous disposez également d'un droit de réclamation auprès de l'autorité de contrôle en France à savoir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez également accéder directement, ou par l'intermédiaire de votre thérapeute à l'ensemble de vos données en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du thérapeute qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Une description de cette étude sera disponible sur <http://www.ClinicalTrial.gov>. Ce site ne contiendra aucune information permettant de vous identifier.

Conformément à la loi française, le Promoteur a souscrit une police d'assurance Responsabilité Civile couvrant la réalisation de cette étude auprès de la compagnie

Cette étude est réalisée conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique relatives aux recherches biomédicales. Elle a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes – XXXX à la date du

Durée de conservation des données : l'Université de Lorraine conservera les données de l'étude vous concernant pendant 15 ans, après la fin de l'étude, conformément aux règles d'archivage des études cliniques.

Nous vous remercions pour votre collaboration !

Formulaire de consentement de participation

PROJET DETECT-EMDR

La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : La dimension oubliée ?

Les détails concernant cette étude sont fournis dans la lettre d'information spécifique qui vous a été remis.

Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.

Si vous acceptez de participer à cette étude, veuillez compléter le formulaire ci-dessous.

Titre de l'étude : **La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : La dimension oubliée ?**

Nom du Promoteur : **Université de Lorraine**

Adresse du promoteur :

Université de Lorraine, site de Metz

UFR Sciences Humaines et Sociales, département de Psychologie

Ile du Saulcy, BP 30309

57 006 Metz Cedex 1

Je soussigné (e), (*nom complet en lettres capitales*) déclare avoir compris le but et les modalités de cette étude, qui m'ont été pleinement expliqués par

J'ai reçu la lettre d'information spécifique à cette étude, que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention.

Des réponses ont été apportées à toutes mes questions.

J'ai disposé d'un délai de réflexion avant de prendre ma décision.

J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans le formulaire d'information ci-joint. Je demeure libre de quitter l'étude à tout moment sans que cela n'affecte en quoi que ce soit mon activité ultérieure.

J'ai été informé(e) que conformément à la réglementation sur les études cliniques, le Comité de Protection des Personnes XXX a rendu un avis favorable pour la réalisation de cette étude en date du

J'ai également été informé que conformément à la loi en vigueur, un contrat d'assurance a été souscrit par le promoteur de la recherche.

Toutes les données me concernant resteront confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les personnes qui collaborent à la recherche.

J'accepte que les données nécessaires à la recherche soient recueillies durant ma participation à l'étude et fassent l'objet d'un traitement informatisé autorisé par la Commission Nationale Informatique et Liberté.

J'ai bien été informé de la finalité du traitement (on m'a expliqué à quoi serviraient ces données) ainsi que des destinataires de ces données.

J'ai bien noté qu'en application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès aux données me concernant ainsi qu'un droit de rectification. Je peux exercer ces droits à tout moment auprès de du responsable de la recherche :

Professeur Cyril Tarquinio
Directeur Centre Pierre Janet,
EA 4360 APEMAC, Université de Lorraine
UFR SHS-BP 60228
Ile du Saulcy
57045 METZ Cedex 1

Je donne mon consentement pour participer à cette recherche.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire en m'adressant au **Pôle Recherche** du Centre Pierre Janet : **cpj-recherche@univ-lorraine.fr**

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

A l'issue de la recherche, je serai informé(e) des résultats globaux de cette recherche.

A REMPLIR PAR LE(LA) PATIENT(E)
Date :
Signature du/de la patient(e)

A REMPLIR PAR LE PSYCHOLOGUE - DOCTORANT DE L'ETUDE qui réalise l'inclusion du patient	
Je soussigné M./Mme (nom en lettres capitales) confirme avoir pleinement expliqué au/à la patient(e) le but et les modalités de cette étude ainsi que ses risques potentiels. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique. N° de téléphone du Pôle Consultation : [REDACTED]	
Signature du psychologue - doctorant	Date :

Fait en deux exemplaires dont l'un sera conservé par l'investigateur et l'autre remis au patient.

- A6 : Document d'adhésion au protocole de recherche pour le psychologue observateur



Document d'adhésion des psychologues observateurs au protocole de recherche

PROJET DETECT-EMDR

La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : La dimension oubliée ?

Conformément au protocole référencé et aux obligations des Bonnes Pratiques Cliniques et Epidémiologiques, je soussigné(e) :

.....(Nom – Prénom)

Accepte les conditions suivantes :

- Avoir entièrement et scrupuleusement lu la lettre d'information sur le projet.
- Suivre le protocole sans le modifier sauf en cas d'amendement communiqué par le promoteur ou son représentant.
- S'engager à ne pas divulguer les informations transmises dans le cadre de cette recherche.
- S'engager à ne pas diffuser les vidéos mises à disposition pour l'analyse, dans un souci de respect de la confidentialité et du code de déontologie des psychologues.
- Mettre tout en œuvre pour permettre au Pôle Recherche du Centre Pierre Janet de répondre à ses missions (si applicable) :
 - se rendre disponible,
 - et tenir à disposition tout document utile à la mise en œuvre du projet et nécessaire au Pôle Recherche du Centre Pierre Janet

Date :

Nom :

Signature :

- A7 : Autorisation d'utilisation de l'image et du son, version patient



AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE ET DE SON

Version patient

Ref : article 9 du Code civil ; articles 226-1, 226-2 et 226-8 du Code pénal

OBJET : Consultation filmée dans le cadre du projet DETECT-EMDR

Madame, Monsieur, (*rayez la mention inutile*)

Nom :

Prénom :

En tant que patient,

Et dans le cadre unique du projet DETECT-EMDR,

■ autorise le Centre Pierre Janet :

- à filmer et à enregistrer, une ou plusieurs consultations dans le cadre de ma prise en charge psychothérapeutique au Centre Pierre Janet, ci-après désigné par la « Captation »,
- à conserver et à analyser les images et les sons, dans le respect de mon image et de ma vie privée.

Je suis informé(e) et accepte que la Captation enregistre l'image de ma personne et mon discours de quelque manière que ce soit et à tout moment de la ou les consultation(s) concernée(s).

■ autorise le Centre Pierre Janet à **filmer l'ensemble de mes consultations** avec mon psychothérapeute afin d'identifier les interactions mises en jeu lors du suivi.

L'image de ma personne ainsi que toute donnée pouvant m'identifier de façon directe ou indirecte contenue dans les supports vidéo et audio relèvent des données à caractère personnel me concernant.

■ à ce titre, suis informé(e) que, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données à caractère personnel qui me concernent.

Ce droit peut être exercé auprès du responsable du projet DETECT-EMDR :

Professeur Cyril Tarquinio
Directeur Centre Pierre Janet,
EA 4360 APEMAC, Université de Lorraine
UFR SHS-BP 60228
Ile du Saulcy
57045 METZ Cedex 1

La présente autorisation est consentie à titre gratuit au Centre Pierre Janet. Je renonce donc à réclamer au Centre Pierre Janet toute forme de rétribution, ou indemnité quelconque et notamment en contrepartie de l'utilisation envisagée dans la présente autorisation, de mon image et de mon discours enregistrés dans la Captation.

NOM Prénom :

Date :

Bon pour accord

Signature :

- A8 : Autorisation d'utilisation de l'image et du son, version thérapeute



AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE ET DE SON

Version psychothérapeute

Ref : article 9 du Code civil ; articles 226-1, 226-2 et 226-8 du Code pénal

OBJET : Consultation filmée dans le cadre du projet DETECT-EMDR

Madame, Monsieur, *(rayer la mention inutile)*

Nom :

Prénom :

En tant que psychothérapeute,

Et dans le cadre unique du projet DETECT-EMDR,

- autorise le Centre Pierre Janet, après accord obtenu des patients concernés,
 - à filmer et à enregistrer, des consultations dans le cadre de la prise en charge psychothérapeutique de mes patients au Centre Pierre Janet, ci-après désigné par la « Captation »,
 - à conserver et à analyser les images et les sons, dans le respect de mon image, celle de mes patients et du secret professionnel.

Je suis informé(e) et accepte que la Captation enregistre l'image de ma personne et mon discours de quelque manière que ce soit et à tout moment de la ou les consultation(s) concernée(s).

- autorise le Centre Pierre Janet, après accord obtenu des patients concernés, **à filmer l'ensemble des consultations d'un même patient**, par patient volontaire, afin d'identifier les interactions mises en jeu lors du suivi.

L'image de ma personne ainsi que toute donnée pouvant m'identifier de façon directe ou indirecte contenue dans les supports vidéo et audio relèvent des données à caractère personnel me concernant.

- à ce titre, suis informé(e) que, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données à caractère personnel qui me concernent.

Ce droit peut être exercé auprès du responsable du projet DETECT-EMDR :

Professeur Cyril Tarquinio
Directeur du Centre Pierre Janet,
EA 4360 APEMAC, Université de Lorraine
UFR SHS-BP 60228
Ile du Saulcy
57045 METZ Cedex 1

La présente autorisation est consentie à titre gratuit au Centre Pierre Janet. Je renonce donc à réclamer au Centre Pierre Janet toute forme de rétribution, ou indemnité quelconque et notamment en contrepartie de l'utilisation envisagée dans la présente autorisation, de mon image et de mon discours enregistrés dans la Captation.

NOM Prénom :

Date :

Bon pour accord

Signature :

- A9 : Document de cotation du PQS par le psychologue observateur



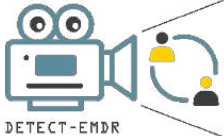
Projet DETECT-EMDR

PQS – Cotation individuelle – Version Observateur

Initiales du cotateur-psychologue observateur : |__|__|
(la 1^{ère} lettre du Prénom et la 1^{ère} lettre du Nom)

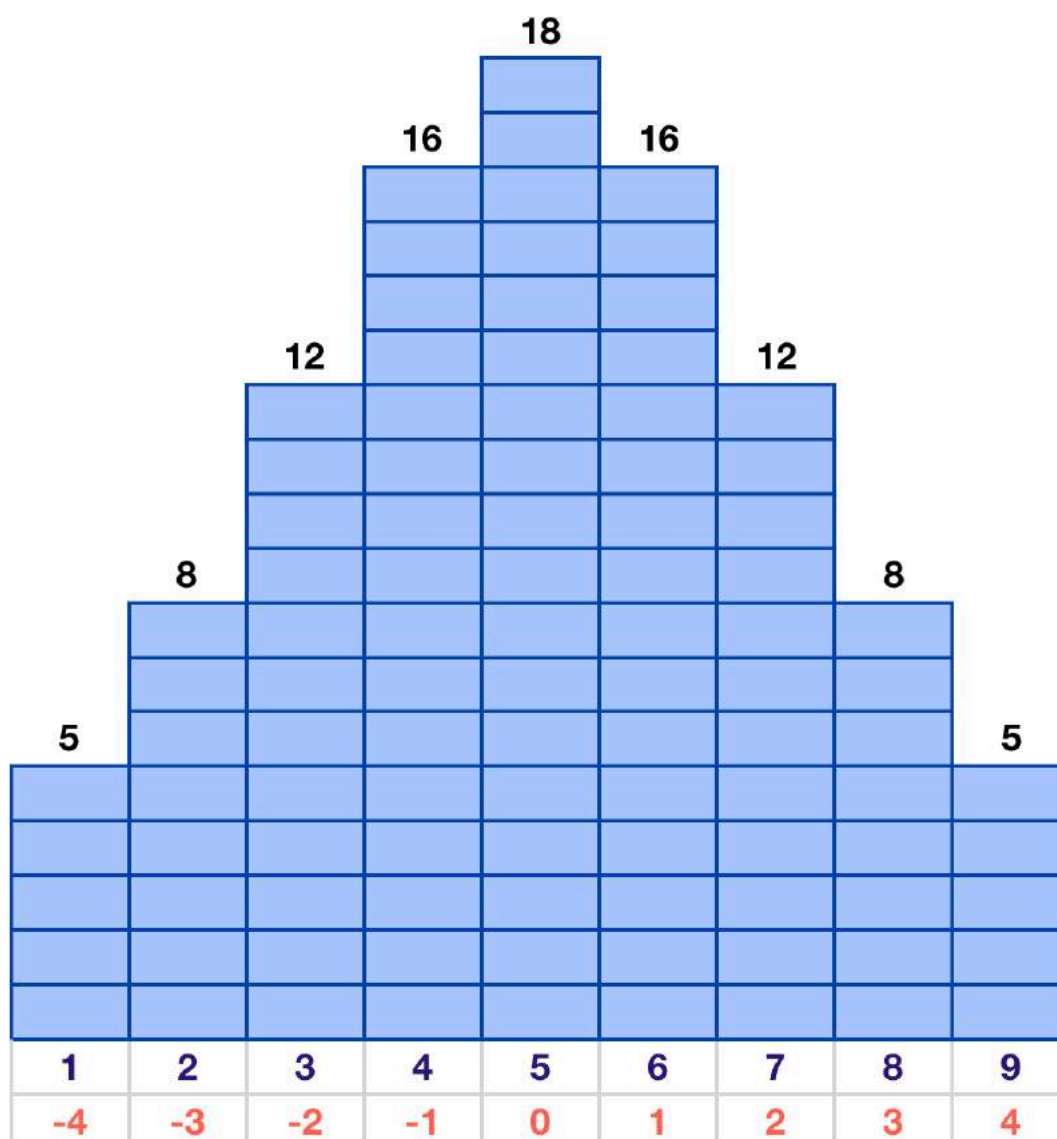
Initiales du patient concerné : |__|__|
(la 1^{ère} lettre du Prénom et la 1^{ère} lettre du Nom)

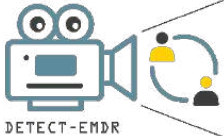
N° de la vidéo : |__|__|__|
(Initiales du patient suivies du N° de la séance, de 1 à 6)

 DETECT-EMDR	IDENTIFICATION DE L'OBSERVATEUR Numéro <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure du / / /
--	--	--

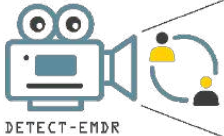
COTATION DU PQS

La cotation du PQS utilisant la Q Méthodologie nécessite qu'à chaque cotation d'une séance de psychothérapie, un nombre défini d'items se trouvent classés dans chacune des 9 catégories allant du **-4 « Non caractéristique »** au **+4 « Caractéristique »**, où **0** est « Neutre ». En dehors de la cotation en ligne, il est possible d'utiliser le diagramme suivant. Noter le numéro d'item pour la cotation et reporter ensuite la cotation dans le tableau des pages suivantes avec leur descriptif. Utiliser également le manuel pour vous aider à bien comprendre les items.

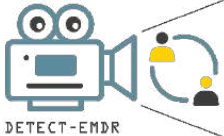


	IDENTIFICATION DE L'OBSERVATEUR Numéro <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure du / / / /
---	--	---

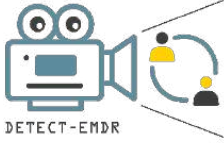
	Cotation d'une séance pour le PQS	Cotation
1	Le patient verbalise des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e. critique, hostilité, vs. fait des commentaires d'approbation ou d'admiration).	
2	Le thérapeute attire l'attention sur le comportement non verbal du patient, par exemple sa posture corporelle, ses gestes.	
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient.	
4	Les buts du traitement du patient sont discutés.	
5	Le patient a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute.	
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute ; empathique.	
7	Le patient est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).	
8	Le patient est préoccupé ou en conflit à propos de sa dépendance à l'égard de son thérapeute (vs à l'aise avec la dépendance ou voulant une dépendance).	
9	Le thérapeute est distant, lointain (vs sensible et impliqué affectivement).	
10	Le patient cherche une plus grande intimité avec le thérapeute.	
11	Les sentiments et les expériences sexuels sont discutés.	
12	Des silences surviennent durant la séance.	
13	Le patient est animé ou en éveil.	
14	Le patient ne se sent pas compris par le thérapeute.	
15	Le patient n'amorce pas de thème durant la séance, se montre passif.	
16	Il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de la santé.	
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	
18	Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement. (NB Le placement vers non caractéristique indique une désapprobation, un manque d'acceptation)	
19	La relation thérapeutique présente une qualité érotique.	

	IDENTIFICATION DE L'OBSERVATEUR Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
---	--	---

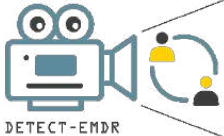
20	Le patient est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique. (NB un placement vers une extrémité non caractéristique implique que le patient se comporte de manière docile)	
21	Le thérapeute parle de ou révèle quelque chose de personnel (se dévoile).	
22	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient.	
23	Le dialogue porte sur un thème spécifique.	
24	Les propres conflits émotionnels du thérapeute s'imposent dans la relation thérapeutique.	
25	Le patient a des difficultés à commencer la séance.	
26	Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).	
27	Le thérapeute donne un avis et des conseils explicites (vs s'abstient de le faire même s'il y est poussé).	
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	
29	Le patient parle de vouloir être séparé ou à distance.	
30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des d'idées ou des systèmes de croyances.	
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	
32	Le patient réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.	
33	Le patient parle de sentiments concernant le fait d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	
34	Le patient reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés.	
35	L'image de soi est un point central de discussion.	
36	Le thérapeute pointe au patient qu'il utilise des mécanismes de défense (p.e. annulation, dénégation).	
37	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique).	
38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	
39	Il existe une dimension de compétitivité dans la relation.	

 DETECT-EMDR	IDENTIFICATION DE L'OBSERVATEUR Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
--	--	---

40	Le thérapeute formule des interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient (<i>NB le placement vers non caractéristique indique que le thérapeute fait des interprétations générales ou non personnalisées</i>).	
41	Les aspirations ou les ambitions du patient sont des sujets de discussion.	
42	Le patient rejette (vs accepte) les commentaires et les observations du thérapeute.	
43	Le thérapeute suggère le sens du comportement des autres.	
44	Le patient se sent sur ses gardes ou soupçonneux (vs confiant et en sécurité).	
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien.	
46	Le thérapeute communique avec le patient dans un style clair et cohérent.	
47	Quand l'interaction avec le patient est difficile, le thérapeute s'adapte en essayant d'améliorer les relations.	
48	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient.	
49	Le patient éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute.	
50	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par le patient comme inconfortables (colère, envie, excitation).	
51	Le thérapeute est hautain ou traite son patient avec condescendance.	
52	Le patient se repose sur le thérapeute pour résoudre ses problèmes.	
53	Le patient se soucie de ce que son thérapeute pense de lui.	
54	Le patient est clair et organisé dans son expression.	
55	Le patient exprime des attentes positives au sujet de sa thérapie.	
56	Le patient parle de ses expériences comme si elles étaient distantes de ses sentiments (coter comme neutre si l'affect et sa signification sont évidents mais modulés).	
57	Le thérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	
58	Le patient résiste à l'examen des pensées, réactions ou motivations associées à ses problèmes.	
59	Le patient se sent insuffisant et inférieur (vs efficace et supérieur).	

	IDENTIFICATION DE L'OBSERVATEUR Numéro <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure du / / / /
---	--	---

60	Le patient vit une expérience cathartique. (NB. Coter non caractéristique si l'expression émotionnelle n'est pas suivie d'un sentiment de soulagement)	
61	Le patient se sent timide et embarrassé (vs désinvolte et assuré).	
62	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient.	
63	Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central.	
64	L'amour ou les relations sentimentales sont un sujet de discussion.	
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	
66	Le thérapeute est directement rassurant. (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	
67	Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées refoulés ou inconscients.	
68	Les significations réelles vs fantasmées de l'expérience sont activement différenciées.	
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion.	
70	Le patient lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions.	
71	Le patient s'auto-accuse, exprime de la honte ou de la culpabilité.	
72	Le patient comprend la nature de la thérapie et ce qui est attendu.	
73	Le patient est engagé dans le travail de la thérapie.	
74	L'humour est utilisé.	
75	Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées.	
76	Le thérapeute suggère que le patient accepte la responsabilité de ses problèmes.	
77	Le thérapeute manque de tact.	
78	Le patient recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute.	
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	
80	Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente.	

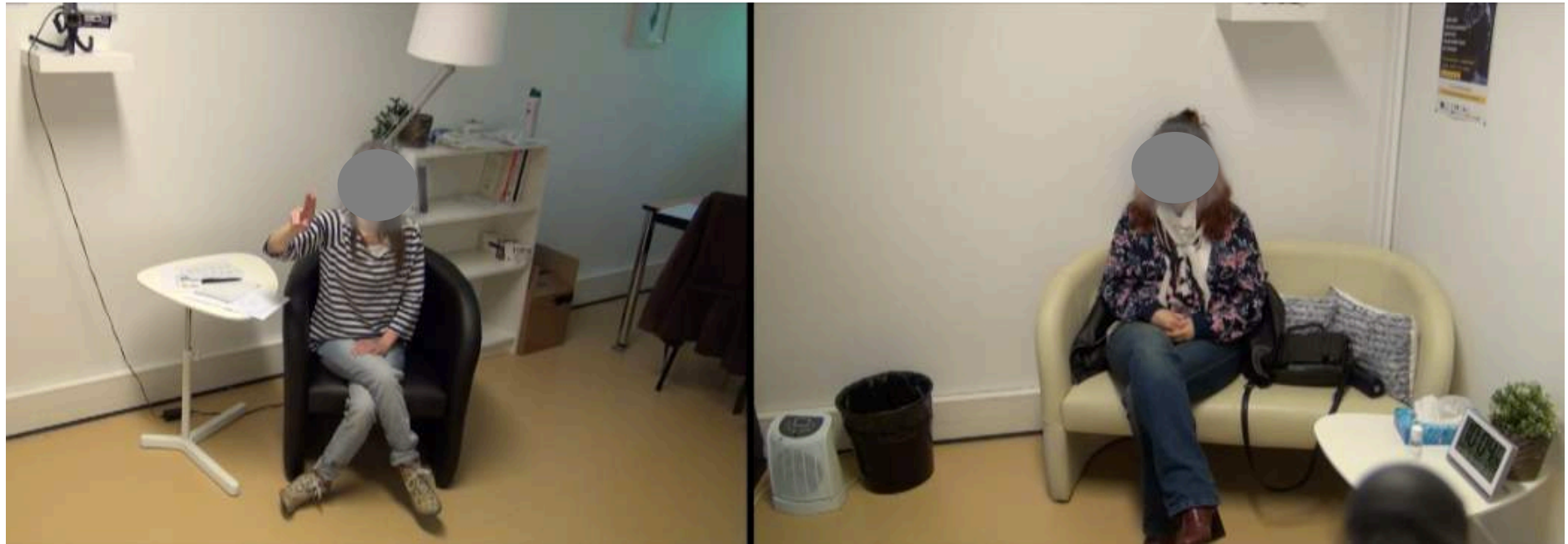
	IDENTIFICATION DE L'OBSERVATEUR Numéro _ _ _ <i>Ne pas compléter le numéro</i> Initiales _ _ (prén. - nom)	CONSULTATION Temps de mesure _ _ du /_ _ /_ _ /_ _ _ /
---	--	---

81	Le thérapeute insiste sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément.	
82	Le comportement du patient pendant la séance est reformulé par le thérapeute sur un mode qui n'était pas explicitement appréhendé auparavant.	
83	Le patient est exigeant.	
84	Le patient exprime des sentiments de colère ou agressifs.	
85	Le thérapeute encourage le patient à essayer de nouvelles façons de se comporter avec les autres.	
86	Le thérapeute a confiance en lui ou est plein d'assurance (vs incertain ou sur la défensive).	
87	Le patient exerce un contrôle [sur le déroulement de la séance].	
88	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs.	
89	Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.	
90	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	
91	Les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion.	
92	Les sentiments ou les perceptions du patient sont corrélés à des situations ou des comportements du passé.	
93	Le thérapeute est neutre.	
94	Le patient se sent triste ou déprimé (vs. joyeux ou gai).	
95	Le patient se sent aidé.	
96	Il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires.	
97	Le patient est dans l'introspection, explore aisément des pensées et des sentiments internes.	
98	La relation thérapeutique est un thème central de discussion.	
99	Le thérapeute conteste le point de vue du patient (vs valide la façon de voir du patient).	
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.	

A10 : Images : cabinet recherche DETECT-EMDR et exemple de vidéo pour support des autoconfrontations et du PQS



Suite A10 : Images : exemple de vidéo pour support des autoconfrontations et du PQS



COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES EST I

CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE
1 BOULEVARD CHANOINE KIR – BP 23314
21033 DIJON CEDEX

EXTRAIT DU PROCÈS VERBAL

RÉUNION DU JEUDI 13 FEVRIER 2020

PERSONNES PRESENTES :

Médecins ou personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale (Catégorie I):
Dr QUENOT (Titulaire) ; M. WHITE (Titulaire) ; Mme SOUDRY-FAURE (Suppléante)
Médecins généralistes (Catégorie II) : Dr MAIZIERES (Suppléant)
Pharmaciens Hospitalier (Catégorie III) : M. BOULIN (Titulaire)
Infirmiers et Infirmières (Catégorie IV) : Mme PERROT (Suppléante)
Personnes qualifiées en raison de leur compétence à l'égard des questions d'éthique (Catégorie V):
Mme POURREZ (Titulaire) ; Dr BOGGIO (Suppléant)
Psychologue (Catégorie VI) : Mme BALAS (Titulaire)
Travailleur social (Catégorie VII) : Mme GONNEAUD (Titulaire)
Personnes qualifiées en raison de leur compétence en matière juridique (Catégorie VIII):
Mme TABUTIAUX (Titulaire)
Représentants des associations agréées de malades et d'usagers du système de santé (Catégorie IX):
M. LECOMTE (Titulaire) ; Mme BONNOT (Suppléante)

Au cours de cette réunion a été étudiée la modification substantielle au dossier :

N° SI 20.01.20.51809 – ID RCB 2019-A02879-48

«**PROJET DETECT-EMDR : La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : La dimension oubliée ?**»

Promoteur : Université de Lorraine

Investigateur principal: Pr Cyril TARQUINIO

Avis du Comité : FAVORABLE

Documents examinés par le Comité :

- Lettre de demande de saisine au CPP – signé et daté du 13/01/2020
- Formulaire de demande d'autorisation auprès de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou de demande d'avis au comité de protection des personnes pour une recherche mentionnée au 1° ou au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique – signé et daté du 27/01/2020
- Protocole de recherche projet DETECT-EMDR – version 2 du 09/01/2020
- Résumé protocole – version 2 du 09/01/2020
- Calendrier prévisionnel de l'étude – version 2 du 09/01/2020
- Trame du protocole EMDR standard
- Lettre d'Information et Consentement patients – version 2 du 09/01/2020
- Lettre d'information et d'adhésion thérapeutes – version 2 du 09/01/2020
- Document d'adhésion au protocole de recherche des psychothérapeutes – version 2 du 09/01/2020
- Document autorisation captation image pour les patients – version 2 du 09/01/2020
- Document autorisation captation image pour les praticiens – version 2 du 09/01/2020
- Origine et nature des données – version 1.0 du 01/10/2019
- Cadre d'accréditation du praticien EMDR Europe – version du 03/11/2013

.../...

Président : Mr le Dr QUENOT – Centre Hospitalier La Chartreuse – 1 Boulevard Chanoine Kir – BP 23314 – 21033 DIJON CEDEX Tél : 03 80 42 54 85 Fax : 03 80 42 54 86 mail : cppest1@chlcdijon.fr
Vice-président : M. Yann LECOMTE – CISS BOURGOGNE – 21000 DIJON
Secrétaire : M. Mathieu BOULIN – CHU Dijon – Rue Gaffarel – 21000 DIJON

CPP EST I

- *Module de la MINI pour inclusion des patients – version 1 du 01/10/2019*
- *Questionnaire sociodémographique psychothérapeutes et es observateurs – version 1 du 01/10/2019*
- *Grille d'entretiens semi-directifs psychothérapeutes et observateurs – version 1 du 01/10/2019*
- *Instrument PQS - Cotation individuelle – version 1 du 01/10/2019*
- *Cahier d'observations du psychologue observateur (CRF) – version 1 du 01/10/2019*
- *Cahier d'observations du psychothérapeute au temps de mesure T1 – version 1 du 01/10/2019*
- *Cahier d'observations du psychothérapeute au temps de mesure T2 – version 1 du 01/10/2019*
- *Fiche de consultation du psychothérapeute – version 1 du 01/10/2019*
- *Cahier d'observations du patient à temps de mesure T0 – version 1 du 01/10/2019*
- *Cahier d'observations du patient à temps de mesure T1 – version 1 du 01/10/2019*
- *Cahier d'observations du patient à temps de mesure T2 – version 1 du 01/10/2019*
- *Attestation assurance SMACL Assurances n° 86335/S – signée et datée du 17/01/2020*
- *Références bibliographiques – version 2 du 09/01/2020*
- *Récépissé de déclaration conformité MR001 n°2009452 v 0 – signé et daté du 22/11/2016*
- *Document additionnel à la demande d'avis au Comité de Protection des Personnes sur un projet de recherche mentionnée au 2° de l'article l. 1121-1 du code de la santé publique ne portant pas sur un produit mentionné à l'article l. 5311-1 du même code – signé et daté du 27/01/2020*
- *Justification de l'adéquation des moyens humains, matériels et techniques – signée et datée du 24/01/2020*
- *Liste des intervenants à l'étude – version 1 du 01/10/2019*
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]
- CV [REDACTED]

Fait à Dijon, le 18 février 2020


Le Président
Dr Jean-Pierre QUENOT

ENJEUX

L'enjeu majeur de ce projet est épistémologique. Si les études en neurologie sont nécessaires, la thérapie EMDR a besoin de plus de théories psychologiques pour comprendre ses mécanismes d'action.

La rigueur scientifique est importante dans l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies, mais le protocole ne peut être pensé, dans la réalité clinique, sans le thérapeute. Il s'ajuste à ses patients en prenant plus ou moins de liberté d'avec le protocole, grâce à leur créativité et à leur intelligence clinique.

Ainsi, en comparant la condition où les thérapeutes suivent strictement le protocole (et s'assurent qu'il est respecté) et la condition où il leur est demandé de prendre en charge leurs patients comme ils font habituellement, l'objectif est de conscientiser les pratiques, d'explicitier le réel du travail du thérapeute, de comprendre les stratégies et choix qu'ils font, en somme toute l'intelligence clinique des thérapeutes, ce que la clinique de l'activité considère comme étant le cœur du métier, souvent nié dans les designs de recherche.

CENTRE PIERRE JANET

Organisé autour de la recherche académique, de la formation et de la réalisation de consultations psychothérapeutiques, le Centre Pierre Janet est un espace d'échanges, stimulant la réflexion théorique et pratique sur les psychothérapies. En effet, il est le premier centre de psychothérapie universitaire en France et se structure en 3 Pôles : Recherche, Formation et Consultation.



www.centrepierrejanet.univ-lorraine.fr

EQUIPE DE RECHERCHE



Porteur du projet, coordinateur scientifique et directeur de thèse

Pr. Cyril TARQUINIO

Directeur du Centre Pierre Janet

Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC

Université de Lorraine, Metz | France



Doctorant de l'étude

Mme Juliette MACHADO

Psychologue clinicienne, psychothérapeute

Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC

Université de Lorraine, Metz | France

Méthodologiste

Dr. Christine ROTONDA

Cheffe du Pôle Recherche

Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC

Université de Lorraine, Metz | France

Chef de projet

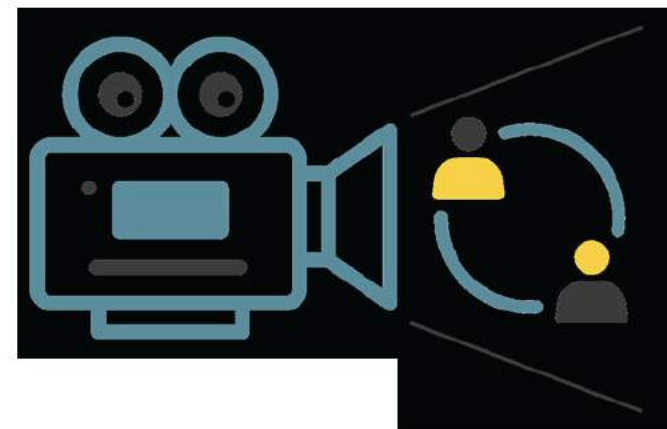
Mme Sophie GENDARME

Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC

Université de Lorraine, Metz | France

Promoteur de l'étude

Université de Lorraine, Metz, France



DETECT-EMDR

La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma simple : la dimension oubliée ?

Correspondant - Centre Pierre Janet

Mme Juliette MACHADO

Doctorante de l'étude **DETECT-EMDR**

Psychologue clinicienne, psychothérapeute

✉ juliette.machado@univ-lorraine.fr



Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC
Ile du Saulcy - 57000 Metz | France

Avec le financement du FEDER*



*Fond Européen de Développement Régional

CONTEXTE SCIENTIFIQUE DE L'ETUDE

- L'efficacité de l'EMDR n'est plus à démontrer, mais la méthodologie des études d'efficacité est discutable : c'est généralement l'application stricte du protocole standard qui est évaluée au travers des Essais Contrôlés Randomisés.
- La clinique de l'activité, une branche de la psychologie du travail, a l'habitude d'étudier ce que le travailleur est supposé faire (la fiche de poste, ou dans notre cas le protocole standard) et ce qu'il fait réellement (soit la psychothérapie telle qu'elle est réalisée).
- Mais dans la réalité clinique de tous les jours, peu de thérapeutes suivent strictement le protocole. C'est dans ce paradoxe que le projet **DETECT-EMDR** se situe.
- De ce fait, il s'agit dans cette étude de considérer la psychothérapie comme une situation professionnelle et de l'étudier en tant que telle, avec des techniques empruntées à la clinique de l'activité.

OBJECTIF PRINCIPAL

En filmant chaque séance de psychothérapie, il s'agira de comparer deux conditions d'application du protocole standard dans la prise en charge de patients avec un TSPT simple :

Groupe « Strict-EMDR » (S-EMDR) : 3 thérapeutes EMDR prendront en charge leurs patients en suivant strictement le protocole standard (n=10 patients)

Groupe « Libre-EMDR » (L-EMDR) : 3 thérapeutes EMDR prendront en charge leurs patients comme ils font habituellement (n =10 patients)

“Au lieu d'isoler des éléments de l'activité dont le chercheur aurait à recomposer la logique, le sujet défait et refait les liens entre ce qu'il se voit faire, ce qu'il y a à faire, ce qu'il voudrait faire, ce qu'il aurait pu faire ou encore ce qui serait à refaire”

(Duboscq & Clot, 2010).

Premier recrutement téléphonique par la psy-coordinatrice lorsque le patient appelle pour une prise en charge au Centre Pierre Janet.

INCLUSION : patients adultes avec un TSPT* simple. Administration de la MINI & Randomisation par téléphone par le doctorant de l'étude.

Strict-EMDR
(n=10)

Libre-EMDR
(n=10)

AVANT LA 1^{ère} SEANCE – T₀
passation des questionnaires
(IES-R, HADS, SF-12, données sociodémographiques)



Début de la psychothérapie
de la captation vidéo

p
s
y
c
h
o
t
h
é
r
a
p
i
e



APRES IDENTIFICATION DE LA CIBLE
A TRAITER – T₁
passation des questionnaires
(IES-R, HADS, SF-12, WAI-P / WAI-T)

Fin de la désensibilisation de la cible
(phases 3 à 7 achevées).

Autoconfrontation simple des données

FIN DU TRAITEMENT DU TSPT SIMPLE – T₂
passation des questionnaires
(IES-R, HADS, SF-12, WAI-P / WAI-T)

Fin de la psychothérapie
(six sessions max. par patient),
& fin de la captation vidéo.

Autoconfrontation croisée des données

Le patient peut continuer sa psychothérapie
en-dehors de l'étude.

*Les patients avec un parcours de vie complexe peuvent être inclus s'ils sont suffisamment stables pour traiter le TSPT en priorité

METHODOLOGIE

- Evaluation des scores entre les 2 groupes : symptômes post-traumatiques (*Impact Event Scale-Revised*), symptômes anxieux-dépressifs (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), qualité de vie (*Short Form 12 Health Survey*), indicateurs standards en EMDR (VOC et SUD), alliance thérapeutique (*Working Alliance Inventory*).
- Analyse des vidéos de désensibilisation (phases 3 à 7 achevées) par les thérapeutes:

Objectif : conscientiser les pratiques, expliciter le réel du travail du thérapeute, comprendre les stratégies mises en oeuvre.

— Etape #1 - Autoconfrontation simple des données:
Le thérapeute commente la vidéo de sa pratique en présence du doctorant de l'étude.

— Step #2 - Autoconfrontation croisée des données:
Le thérapeute commente la même vidéo de sa pratique en présence du doctorant de l'étude et d'un autre thérapeute EMDR de l'étude.

- Analyse des vidéos du suivi psychothérapeutique de 2 patients par des psychologues extérieurs sur la base du PQS (*Psychotherapy Process Q-Sort**, Jones, 1985).

Objectif : Analyse descriptive du processus interne des séances de psychothérapie EMDR et dégager les traits saillants.

*Le PQS est une échelle en 100 items qui fournit une description et une classification exhaustive des processus à l'œuvre dans une psychothérapie, indépendamment de l'obédience théorique des thérapeutes : éléments décrivant l'attitude du patient, l'attitude du thérapeute et la nature de l'interaction.

ISSUES

The major issue of this project is epistemological. Although neurology studies are very important, EMDR therapy needs more psychological theories to understand its mechanisms of action.

While scientific rigor is important in assessing the effectiveness of psychotherapy, the protocol cannot be thought of, in clinical reality, without the therapists' own thinking. They adjust to their patients by taking more or less freedom from the protocol, thanks to their creativity and clinical intelligence.

Thus, by comparing the condition through which the therapists strictly follow the protocol (and make sure that it is respected) and the condition where the therapists are asked to take care of their patients as they usually do, the objective is to raise awareness of the practices, explain the reality of the therapists' work, understand the strategies and the choices they make, that is to say all the clinical intelligence of the therapists, what the clinic of the activity considers to be the core of the profession, which is often denied in research designs.

CENTRE PIERRE JANET

Organised around academic research, training and practical and psychotherapeutic consultations, Centre Pierre Janet is a venue for exchange, stimulating theoretical and practical reflection on psychotherapies. Indeed, it is the first university psychotherapy center in France structured around 3 departments: Research, Training and Consultation.



www.centrepierrejanet.univ-lorraine.fr

RESEARCH TEAM



Project main initiator scientific coordinator
& thesis director

Pr. Cyril TARQUINIO

Director of the Pierre Janet Center
Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC
University of Lorraine, Metz | France



PhD student

Mrs. Juliette MACHADO

Clinical Psychologist, Psychotherapist
Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC
University of Lorraine, Metz | France

Methodological manager

Dr. Christine ROTONDA

Head of the Research Department
Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC
University of Lorraine, Metz | France

Project manager

Mrs. Sophie GENDARME

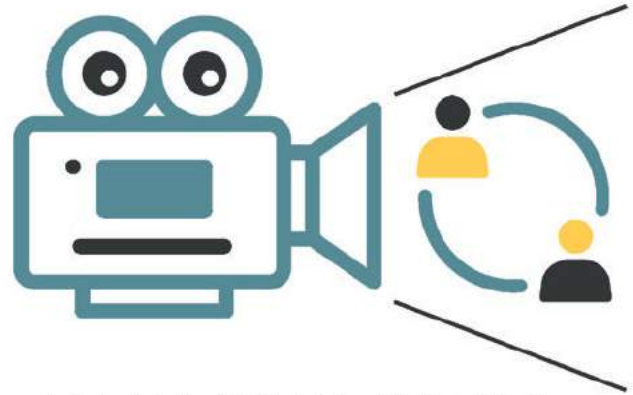
Centre Pierre Janet
University of Lorraine, Metz | France

Study promoter

University of Lorraine, Metz, FRANCE



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



DETECT-EMDR
Project

The therapist factor in the effectiveness of the EMDR psychotherapeutic care of simple trauma : the forgotten factor ?

Corresponding – Pierre Janet Center

Mrs. Juliette MACHADO

DETECT-EMDR PhD Student
Clinical Psychologist, Psychotherapist

✉ juliette.machado@univ-lorraine.fr



Centre Pierre Janet – EA 4360 APEMAC
Ile du Saulcy - 57000 Metz | France

With funding from FEDER*



*European Regional Development Funds

SCIENTIFIC CONTEXT OF THE STUDY

- The effectiveness of EMDR is no longer to be demonstrated, but the methodology of efficacy studies is questionable: it is generally the strict application of the standard protocol that is evaluated through Randomized Controlled Trial.
- The clinic of the activity, a division of work psychology, is used to studying what the worker is supposed to do (the job description or in that case rather the standard protocol) and what he really does - i.e. psychotherapy as it is.
- But in daily clinical practice, few are the therapists strictly following the protocol. This is exactly the **DETECT-EMDR** project falls into place.
- And so, the subject is considering psychotherapy as a professional situation and studying it with techniques from the clinic of the activity.

PRIMARY OBJECTIVE

The aim, through filming each psychotherapy session, is to compare two ways of using the EMDR standard protocol in the care of patients with simple PTSD:

Group “Strict-EMDR” (S-EMDR): 3 EMDR therapists will be asked to take care of patients strictly according to the standard protocol (n=10 patients).

Group “Free-EMDR” (F-EMDR): 3 EMDR therapists will be asked to take care of patients in the way they usually do (n=10 patients).

“Instead of isolating items from the activity, the logic of which the researcher would have to rebuild, the subject unmakes and remakes the links between what he sees himself do, what there is to do, what he would like to do, what he could have done or what would have to be done again”

(Duboscq & Clot, 2010).



**Patients with a complex life course can be included if they are stable enough to treat PTSD as a priority.*

METHODOLOGY

- Evaluation of the scores between the 2 groups: post-traumatic symptoms (*Impact Event Scale-Revised*), anxious and depressive symptoms (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), quality of life (*Short Form 12 Health Survey*), standard indicators in EMDR (*VOC and SUD*), therapeutic alliance (*Working Alliance Inventory*).
- Analysis of the videos of desensitization videos (phases 3 to 7 completed) by the therapists:

Objective: raise awareness of practices, explain the real work of the therapist, understand the strategies implemented.

— Step #1 - Self-confrontation data: The therapist comments the video of their practice in the presence of the PhD student.

— Step #2 - Cross-confrontation data: The therapist comments the same video of their practice in the presence of the PhD student and of another EMDR study therapist.

- Analysis of the videos featuring the psychotherapies of 2 patients by external psychologists on the basis of the PQS (Psychotherapy Process Q-Sort*, Jones, 1985).

Objective: Descriptive analysis of the internal process of EMDR psychotherapy sessions and identification of salient features

**PQS is a 100-item scale that provides an exhaustive description and classification of psychotherapy processes, regardless of the therapists' obediences: elements describing patient's attitude, therapist's attitude and the nature of the interaction.*

Tableau A14 : Indicateurs de santé perçue et alliance thérapeutique chez le patient selon les groupes et en fonction du temps

Caractéristiques	L-EMDR				S-EMDR			
	T ₀ ¹ (n=10)	T ₁ ² (n=6)	T ₂ ³ (n=6)	p-value ⁴	T ₀ ¹ (n=5)	T ₁ ² (n=4)	T ₂ ³ (n=3)	p-value ⁴
IESR score⁶				0,066				0,15
Moyenne (σ)	44,4 (18,1)	44,0 (18,9)	20,7 (13,7)		56,4 (12,6)	57,0 (12,4)	18,0 (26,0)	
Médiane (IRQ ⁵)	42,0 (16,2)	48,0 (14,0)	16,0 (11,3)		56,0 (22,0)	56,0 (10,6)	4,0 (23,0)	
HADS score total⁷				0,4				0,10
Moyenne (σ)	19,1 (7,1)	18,7 (9,2)	13,7 (7,7)		21,2 (3,8)	21,8 (3,8)	11,0 (8,2)	
Médiane (IRQ)	18,0 (12,5)	16,0 (7,2)	13,0 (10,6)		22,0 (1,0)	21,0 (2,3)	9,0 (8,0)	
HADS score anxiété⁷				0,3				0,3
Moyenne (σ)	12,1 (4,4)	11,2 (6,3)	8,0 (4,7)		13,6 (2,3)	13,5 (3,0)	7,7 (5,0)	
Médiane (IRQ)	12,5 (4,5)	11,5 (11,3)	9,0 (7,8)		13,0 (4,0)	12,0 (1,5)	7,0 (5,0)	
HADS score dépression⁷				0,8				0,11
Moyenne (σ)	7,0 (4,7)	7,5 (5,5)	5,7 (4,7)		7,6 (3,0)	8,2 (1,5)	3,3 (3,2)	
Médiane (IRQ)	6,5 (5,8)	6,0 (3,6)	5,5 (6,6)		8,0 (2,0)	9,0 (0,8)	2,0 (3,0)	
SF12 santé physique⁸				>0,9				0,8
Moyenne (σ)	49,3 (7,9)	50,5 (6,6)	52,0 (5,6)		54,8 (8,0)	49,7 (15,6)	51,0 (12,4)	
Médiane (IRQ)	50,6 (4,7)	51,2 (9,6)	51,4 (5,6)		53,1 (5,8)	49,5 (20,9)	49,8 (12,3)	
SF12 santé mentale⁸				0,5				0,2
Moyenne (σ)	41,3 (4,4)	38,7 (5,7)	44,8 (9,5)		36,3 (2,9)	38,8 (7,4)	47,3 (7,4)	
Médiane (IRQ)	42,2 (6,6)	38,4 (6,0)	45,2 (13,7)		35,6 (3,5)	37,4 (8,6)	51,0 (6,7)	
WAI total⁹				0,4				0,077
Moyenne (σ)	NA ¹⁰	215,7 (20,0)	223,8 (15,4)		NA ¹⁰	218,0 (12,6)	233,0 (6,1)	
Médiane (IRQ)		219,5 (25,3)	225,0 (24,7)			214,5 (15,0)	236,0 (5,5)	
WAI tâches⁹				0,5				0,3
Moyenne (σ)	NA ¹⁰	71,0 (10,7)	74,5 (6,7)		NA ¹⁰	73,5 (7,9)	77,3 (2,3)	
Médiane (IRQ)		74,0 (6,2)	76,0 (4,4)			73,5 (7,0)	76,0 (2,0)	
WAI lien⁹				0,3				0,11
Moyenne (σ)	NA ¹⁰	75,8 (5,7)	78,0 (8,2)		NA ¹⁰	72,8 (4,1)	79,3 (4,2)	
Médiane (IRQ)		76,5 (7,4)	80,5 (7,8)			72,5 (3,2)	78,0 (4,0)	
WAI objectifs⁹				0,3				0,050
Moyenne (σ)	NA ¹⁰	68,8 (7,2)	71,3 (6,7)		NA ¹⁰	71,8 (2,2)	76,3 (2,1)	
Médiane (IRQ)		71,0 (11,0)	73,5 (9,6)			72,0 (2,7)	77,0 (2,0)	

¹ T₀ : mesure réalisée avant le début de la psychothérapie (patients et thérapeutes ne se sont pas encore rencontrés)

² T₁ : mesure réalisée après identification de la cible traumatique à traiter en EMDR

³ T₂ : après désensibilisation complète en EMDR (phase 7 achevée) de la cible traumatique

⁴Kruskal-Wallis rank sum test

⁵ IRQ : Indice Inter-Quartile

⁶ L'IES-R (*Impact Event Scale-Revised*) admet un score allant de 0 à 88. Plus le score est élevé, plus il indique un haut niveau d'intensité des symptômes post-traumatiques.

⁷ L'HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) admet un score global allant de 0 à 42. Les sous-dimensions anxiété et dépression admettent respectivement un score allant de 0 à 21. Plus le score est élevé, plus il indique une intensité des symptômes.

⁸ Conformément au développement de l'échelle, les scores des deux dimensions santé mentale et santé physique de la SF-12 (*Short-Form 12 Health Survey*) ont été normalisés. On admet alors un score allant de 0 à 100, où un score élevé indique une meilleure qualité de vie.

⁹ Chacune des trois sous-échelles de la WAI (*Working Alliance Inventory*) a un score total allant de 12 à 84. Ces sous-scores peuvent être additionnés pour obtenir un score global allant de 36 à 252. Un score élevé indique un niveau d'alliance thérapeutique élevé.

¹⁰ NA : Non Applicable

Tableau A15 : Indicateurs de santé perçue et alliance thérapeutique chez le patient selon les groupes et en fonction des phases du protocole EMDR standard

Caractéristiques	L-EMDR					S-EMDR				
	Phase 1 (n=10)	Phase 2 (n=2)	Phase 4 (n=4)	Phase 7 (n=2)	p- value ¹	Phase 1 (n=4)	Phase 2 (n=3)	Phase 4 (n=1)	Phase 7 (n=3)	p- value ¹
IESR score²					0,058					0,2
Moyenne (σ)	44,4 (18,1)	24,0 (17,0)	47,8 (4,9)	10,0 (8,5)		56,5 (14,5)	62,3 (9,3)	54,0 (NA)	18,0 (26,0)	
Médiane (IRQ)	42,0 (16,2)	24,0 (12,0)	48,0 (8,2)	10,0 (6,0)		57,0 (23,5)	58,0 (8,5)	54,0 (NA)	4,0 (23,0)	
HADS score total³					0,11					0,2
Moyenne (σ)	19,1 (7,1)	14,0 (4,2)	21,0 (10,7)	6,5 (4,9)		20,8 (4,2)	20,7 (2,5)	21,0 (NA)	11,0 (8,2)	
Médiane (IRQ)	18,0 (12,5)	14,0 (3,0)	18,0 (10,6)	6,5 (4,8)		21,5 (3,3)	21,0 (2,5)	21,0 (NA)	9,0 (8,0)	
HADS score anxiété³					0,12					0,6
Moyenne (σ)	12,1 (4,4)	8,5 (6,4)	11,0 (5,8)	2,5 (0,7)		13,0 (2,2)	13,3 (2,3)	12,0 (NA)	7,7 (5,0)	
Médiane (IRQ)	12,5 (4,5)	8,5 (4,6)	11,0 (5,0)	2,5 (0,6)		12,5 (2,0)	12,0 (2,0)	12,0 (NA)	7,0 (5,0)	
HADS score dépression³					0,5					0,2
Moyenne (σ)	7,0 (4,7)	5,5 (2,1)	10,0 (5,6)	4,0 (5,7)		7,8 (3,4)	7,3 (1,5)	9,0 (NA)	3,3 (3,2)	
Médiane (IRQ)	6,5 (5,8)	5,5 (1,4)	8,5 (4,0)	4,0 (4,0)		8,5 (2,7)	7,0 (1,5)	9,0 (NA)	2,0 (3,0)	
SF12 santé physique⁴					0,2					0,4
Moyenne (σ)	49,3 (7,9)	57,4 (0,9)	49,9 (6,3)	47,1 (4,5)		57,4 (7,4)	45,8 (12,7)	41,2 (NA)	51,0 (12,4)	
Médiane (IRQ)	50,6 (5,3)	57,4 (0,6)	51,2 (5,3)	47,1 (3,2)		53,9 (6,8)	47,0 (12,6)	41,2 (NA)	49,8 (12,3)	
SF12 santé mentale⁴					0,066					0,2
Moyenne (σ)	41,3 (4,4)	36,6 (0,0)	37,1 (6,0)	55,0 (3,0)		36,1 (3,5)	39,9 (7,5)	40,4 (NA)	47,3 (7,4)	
Médiane (IRQ)	42,2 (6,6)	36,6 (0,0)	37,7 (7,1)	56,1 (2,2)		34,3 (3,2)	36,8 (7,0)	40,4 (NA)	51,0 (6,7)	
WAI total⁵					0,2					0,3
Moyenne (σ)	NA ⁶	220,5 (13,4)	206,2 (17,9)	228,5 (17,7)		NA ⁶	221,5 (19,1)	209,0 (NA)	233,0 (6,1)	
Médiane (IRQ)		220,5 (9,4)	206,0 (16,7)	228,5 (12,6)			221,5 (13,4)	209,0 (NA)	236,0 (5,5)	
WAI tâches⁵					0,2					0,6
Moyenne (σ)	NA ⁶	74,0 (2,8)	67,2 (11,2)	78,5 (3,5)		NA ⁶	73,5 (13,4)	72,0 (NA)	77,3 (2,3)	
Médiane (IRQ)		74,0 (2,0)	71,0 (9,3)	78,5 (2,6)			73,5 (9,4)	72,0 (NA)	76,0 (2,0)	
WAI lien⁵					>0,9					0,3
Moyenne (σ)	NA ⁶	72,5 (7,8)	76,2 (4,2)	73,5 (14,8)		NA ⁶	75,5 (3,5)	68,0 (NA)	79,3 (4,2)	
Médiane (IRQ)		72,5 (5,4)	75,5 (3,3)	73,5 (10,6)			75,5 (2,6)	68,0 (NA)	78,0 (4,0)	
WAI objectifs⁵					0,054					0,2
Moyenne (σ)	NA ⁶	74,0 (2,8)	62,8 (4,9)	76,5 (0,7)		NA ⁶	72,5 (2,1)	69,0 (NA)	76,3 (2,1)	
Médiane (IRQ)		74,0 (2,0)	61,0 (2,7)	76,5 (0,6)			72,5 (1,4)	69,0 (NA)	77,0 (2,0)	

¹ Kruskal-Wallis rank sum test

² L'IES-R (*Impact Event Scale-Revised*) admet un score allant de 0 à 88. Plus le score est élevé, plus il indique un haut niveau d'intensité des symptômes post-traumatiques.

³ L'HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) admet un score global allant de 0 à 42. Les sous-dimensions anxiété et dépression admettent respectivement un score allant de 0 à 21. Plus le score est élevé, plus il indique une intensité des symptômes.

⁴ Conformément au développement de l'échelle, les scores des deux dimensions santé mentale et santé physique de la SF-12 (*Short-Form 12 Health Survey*) ont été normalisés. On admet alors un score allant de 0 à 100, où un score élevé indique une meilleure qualité de vie.

⁵ Chacune des trois sous-échelles de la WAI (*Working Alliance Inventory*) a un score total allant de 12 à 84. Ces sous-scores peuvent être additionnés pour obtenir un score global allant de 36 à 252. Un score élevé indique un niveau d'alliance thérapeutique élevé.

⁶ Non Applicable

Tableau A16 : Alliance thérapeutique chez le thérapeute selon les groupes et en fonction du temps

Caractéristiques	L-EMDR			S-EMDR		
	T ₁ ¹ (n=6)	T ₂ ² (n=6)	p-value ³	T ₁ ¹ (n=2)	T ₂ ² (n=2)	p-value ³
WAI total ⁴			0,3			0,3
Moyenne (σ)	224,3 (20,3)	233,2 (20,0)		236,0 (12,7)	248,0 (1,4)	
Médiane (IRQ)	227,5 (21,4)	237,0 (13,5)		236,0 (9,0)	248,0 (1,0)	
WAI tâches ⁴			0,6			0,2
Moyenne (σ)	76,7 (4,4)	77,3 (6,5)		81,0 (0,0)	84,0 (0,0)	
Médiane (IRQ)	77,0 (3,7)	78,0 (6,0)		81,0 (0,0)	84,0 (0,0)	
WAI lien ⁴			0,3			0,2
Moyenne (σ)	76,0 (6,1)	79,2 (4,8)		75,5 (6,4)	81,0 (0,0)	
Médiane (IRQ)	78,0 (3,0)	80,0 (5,0)		75,5 (4,6)	81,0 (0,0)	
WAI tâches ⁴			0,6			>0,9
Moyenne (σ)	71,7 (11,6)	76,7 (9,5)		79,5 (6,4)	83,0 (1,4)	
Médiane (IRQ)	75,0 (18,3)	79,0 (5,0)		79,5 (4,6)	83,0 (1,0)	

¹ T₁ : mesure réalisée après identification de la cible traumatique à traiter en EMDR

² T₂ : après désensibilisation complète en EMDR (phase 7 achevée) de la cible traumatique

³ Wilcoxon rank sum test

⁴ Chacune des trois sous-échelles de la WAI (*Working Alliance Inventory*) a un score total allant de 12 à 84. Ces sous-scores peuvent être additionnés pour obtenir un score global allant de 36 à 252. Un score élevé indique un niveau d'alliance thérapeutique élevé.

Tableau A17 : Significativités associées aux corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l’alliance thérapeutique, aux deux temps confondus (schéma 9)

P value	IESR score	HADS total	HADS anxiété	HADS dépression	SF12 santé physique	SF12 santé mentale	WAI total	WAI tâches	WAI lien	WAI objectifs
IESR score	NA ¹	<0,001	<0,001	0,082	0,062	0,082	0,352	0,484	0,815	0,206
HADS global	<0,001	NA	<0,001	<0,001	0,376	<0,001	0,006	0,002	0,514	0,018
HADS anxiété	<0,001	<0,001	NA	0,009	0,996	0,001	0,326	0,167	0,686	0,257
HADS dépression	0,082	<0,001	0,009	NA	0,113	<0,001	0,000	<0,001	0,080	0,002
SF12 santé physique	0,062	0,376	0,996	0,113	NA	0,047	0,173	0,113	0,307	0,614
SF12 santé mentale	0,082	<0,001	0,001	<0,001	0,047	NA	0,015	0,034	0,443	0,007
WAI total	0,352	0,006	0,326	<0,001	0,173	0,015	NA	<0,001	<0,001	<0,001
WAI tâches	0,484	0,002	0,167	<0,001	0,113	0,034	<0,001	NA	0,054	<0,001
WAI lien	0,815	0,514	0,686	0,080	0,307	0,443	<0,001	0,054	NA	0,002
WAI objectifs	0,206	0,018	0,257	0,002	0,614	0,007	<0,001	<0,001	0,002	NA

¹ NA : Non applicable

Schéma A18 : Corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l'alliance thérapeutique au temps T₁

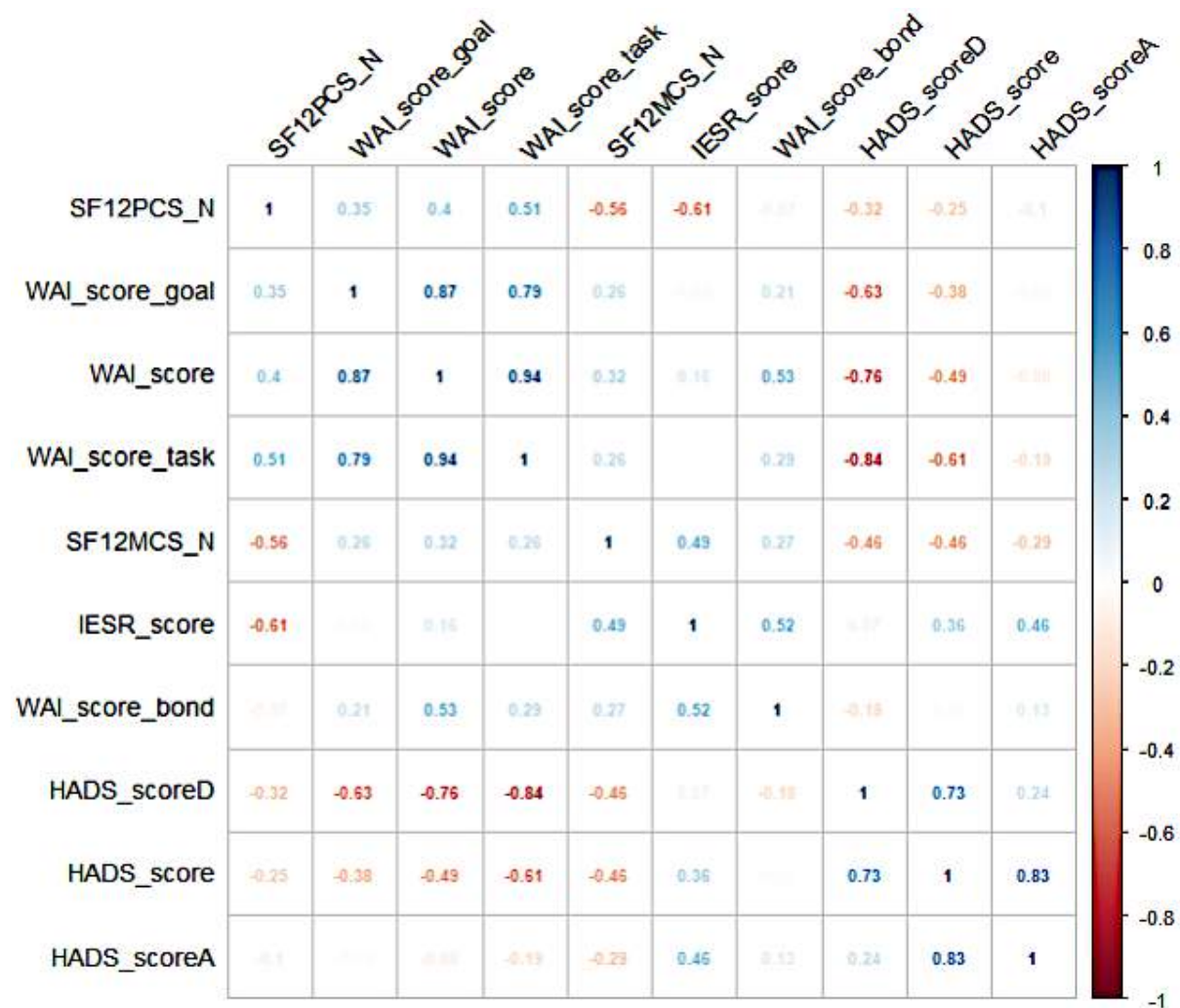


Tableau A19 : Significativités associées aux corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l’alliance thérapeutique, au temps T₁ (schéma A18)

P value	IESR score	HADS total	HADS anxiété	HADS dépression	SF12 santé physique	SF12 santé mentale	WAI total	WAI tâches	WAI lien	WAI objectifs
IESR score	NA ¹	0,310	0,186	0,851	0,062	0,146	0,669	0,989	0,125	0,945
HADS global	0,310	NA	0,003	0,016	0,484	0,178	0,154	0,062	0,975	0,285
HADS anxiété	0,186	0,003	NA	0,510	0,788	0,423	0,826	0,604	0,715	0,938
HADS dépression	0,851	0,016	0,510	NA	0,364	0,177	0,011	0,002	0,612	0,052
SF12 santé physique	0,062	0,484	0,788	0,364	NA	0,092	0,252	0,132	0,857	0,318
SF12 santé mentale	0,146	0,178	0,423	0,177	0,092	NA	0,371	0,469	0,453	0,476
WAI total	0,669	0,154	0,826	0,011	0,252	0,371	NA	<0,001	0,002	0,000
WAI tâches	0,989	0,062	0,604	0,002	0,132	0,469	<0,001	NA	0,136	0,003
WAI lien	0,125	0,975	0,715	0,612	0,857	0,453	0,002	0,136	NA	0,028
WAI objectifs	0,945	0,285	0,938	0,052	0,318	0,476	<0,001	0,003	0,028	NA

¹ NA : Non applicable

Schéma A20 : Corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l’alliance thérapeutique au temps T₂

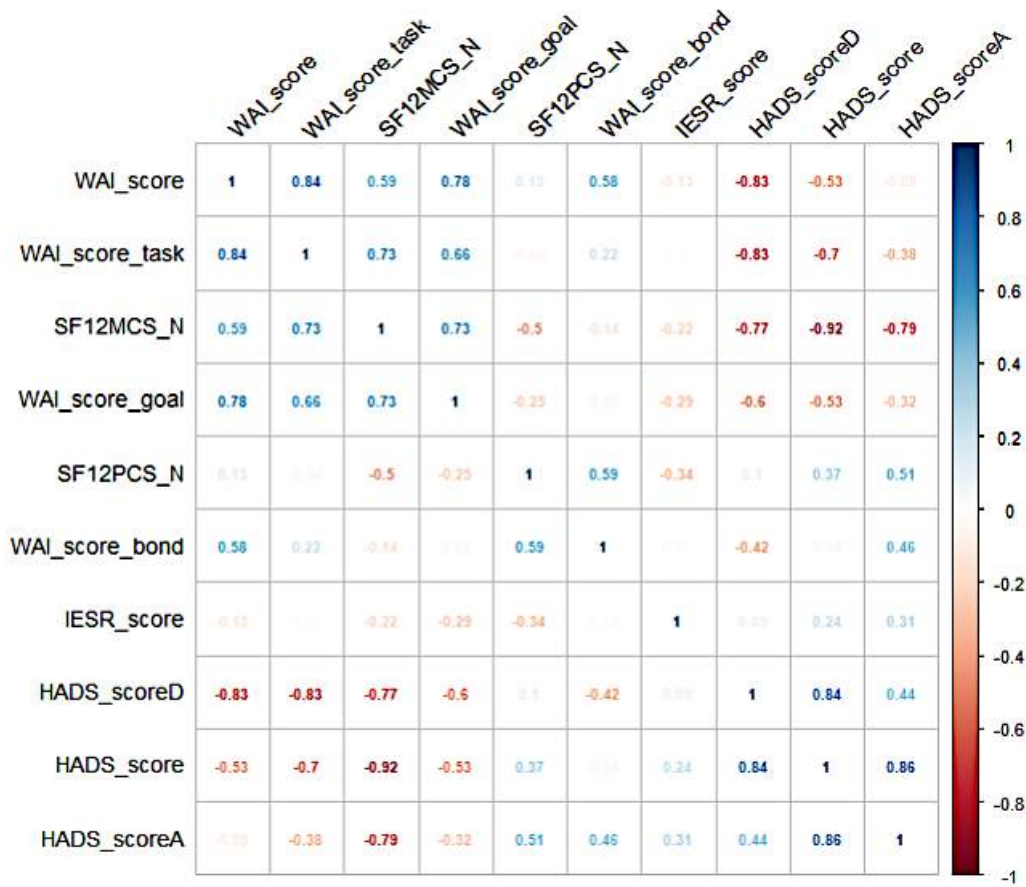


Tableau A21 : Significativités associées aux corrélations entre les indicateurs de santé perçue et l’alliance thérapeutique, au temps T₂ (schéma A20)

P value	IESR score	HADS total	HADS anxiété	HADS dépression	SF12 santé physique	SF12 santé mentale	WAI total	WAI tâches	WAI lien	WAI objectifs
IESR score	NA ¹	0,510	0,390	0,805	0,341	0,544	0,726	0,973	0,963	0,417
HADS global	0,510	NA	0,001	0,002	0,296	<0,001	0,115	0,024	0,908	0,113
HADS anxiété	0,390	0,001	NA	0,201	0,133	0,007	0,796	0,283	0,179	0,372
HADS dépression	0,805	0,002	0,201	NA	0,776	0,009	0,003	0,003	0,228	0,069
SF12 santé physique	0,341	0,296	0,133	0,776	NA	0,141	0,710	0,910	0,075	0,484
SF12 santé mentale	0,544	<0,001	0,007	0,009	0,141	NA	0,075	0,017	0,690	0,018
WAI total	0,726	0,115	0,796	0,003	0,710	0,075	NA	<0,001	0,002	<0,001
WAI tâches	0,973	0,024	0,283	0,003	0,910	0,017	<0,001	NA	0,135	0,017
WAI lien	0,963	0,908	0,179	0,228	0,075	0,690	0,002	0,135	NA	0,118
WAI objectifs	0,417	0,113	0,372	0,069	0,484	0,018	<0,001	0,017	0,118	NA

¹ NA : Non applicable

Tableau A22 : Évolution des scores de PQS par phases selon les groupes L-EMDR et S-EMDR

N° d'item	Groupe L-EMDR (score consensus ¹)					Groupe S-EMDR (score consensus ¹)				
	Phase 1 (séance n°1)	Phase 3 (séance n°3)	Phase 4 (séance n°4)	Évolution Phases 1 vs 3	Évolution Phases 1 vs 4	Phase 1 (séance n°1)	Phase 3 (séance n°2)	Phase 4 (séance n°3)	Évolution Phases 1 vs 3	Évolution Phases 1 vs 4
1	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	1
2	-1	-4	-3	3	2	-4	-1	0	3	4
3	3	0	-2	3	5	2	4	4	2	2
4	-2	4	-2	6	0	2	3	2	1	0
5	-3	1	2	4	5	0	-3	-1	3	1
6	2	-2	-3	4	5	3	3	2	0	1
7	1	-1	2	2	1	2	1	2	1	0
8	0	0	0	0	0	0	-1	-2	1	2
9	-2	4	4	6	6	-2	-3	-3	1	1
10	-2	0	0	2	2	0	0	-1	0	1
11	-4	0	0	4	4	0	0	0	0	0
12	0	-2	1	2	1	-3	-3	-3	0	0
13	1	4	2	3	1	0	0	1	0	1
14	-1	0	1	1	2	0	-2	-1	2	1
15	-1	-1	-1	0	0	-3	-2	-2	1	1
16	-3	-1	-2	2	1	1	0	-1	1	2
17	0	-4	-3	4	3	4	2	2	2	2
18	4	2	3	2	1	3	1	2	2	1
19	-1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
20	-2	-1	-2	1	0	0	-1	-3	1	3
21	-4	0	-1	4	3	1	2	1	1	0
22	1	0	4	1	3	-3	-1	0	2	3
23	3	4	4	1	1	2	3	3	1	1

24	-2	0	-1	2	1	-2	-2	0	0	2
25	-2	-2	-1	0	1	1	0	0	1	1
26	0	2	2	2	2	2	1	2	1	0
27	0	-1	0	1	0	4	3	2	1	2
28	1	-2	-3	3	4	2	2	0	0	2
29	0	-1	2	1	2	0	0	0	0	0
30	-2	-2	2	0	4	-1	-2	-3	1	2
31	4	-4	3	8	1	2	4	4	2	2
32	-3	-1	3	2	6	1	-1	-4	2	5
33	-2	3	2	5	4	-1	-1	-2	0	1
34	0	0	1	0	1	-2	-3	-2	1	0
35	0	-1	-2	1	2	-1	3	-2	4	1
36	-1	-2	-1	1	0	4	0	-1	4	5
37	0	-2	-3	2	3	-2	2	3	4	5
38	1	-3	-3	4	4	3	3	4	0	1
39	-3	0	1	3	4	-4	-3	0	1	4
40	-4	1	-1	5	3	1	-2	0	3	1
41	-1	2	2	3	3	0	0	0	0	0
42	-2	1	-2	3	0	1	-4	-2	5	3
43	1	-2	-1	3	2	0	1	0	1	0
44	-4	-1	-4	3	0	-3	-4	-4	1	1
45	1	-2	-4	3	5	3	4	3	1	0
46	2	3	0	1	2	2	-2	1	4	1
47	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
48	2	-1	-1	3	3	-1	-1	2	0	3
49	-2	-1	-2	1	0	-2	-1	-3	1	1
50	-1	1	-2	2	1	1	-1	1	2	0

51	-3	-1	1	2	4	-4	-4	-4	0	0
52	2	1	3	1	1	-1	-2	-1	1	0
53	-1	1	-1	2	0	0	1	1	1	1
54	3	3	4	0	1	1	1	-1	0	2
55	4	3	3	1	1	3	0	1	3	2
56	4	3	-1	1	5	-1	-1	1	0	2
57	0	3	-4	3	4	3	4	4	1	1
58	-1	-3	-2	2	1	-2	-1	-2	1	0
59	1	2	1	1	0	-1	1	1	2	2
60	0	-2	0	2	0	-1	0	1	1	2
61	1	-1	-1	2	2	1	0	0	1	1
62	-3	-2	2	1	5	-1	2	-1	3	0
63	3	2	1	1	2	1	1	-1	0	2
64	-3	3	1	6	4	0	-1	-1	1	1
65	2	-3	-2	5	4	-1	2	3	3	4
66	1	1	0	0	1	2	2	1	0	1
67	-1	-3	-1	2	0	-2	-2	-2	0	0
68	0	-1	0	1	0	0	-1	-1	1	1
69	2	2	2	0	0	4	2	2	2	2
70	1	-3	-2	4	3	-1	-1	-2	0	1
71	3	2	1	1	2	-2	1	0	3	2
72	0	1	1	1	1	4	2	3	2	1
73	3	2	3	1	0	1	1	2	0	1
74	-1	2	1	3	2	2	1	3	1	1
75	2	0	0	2	2	0	0	-1	0	1
76	-2	1	-1	3	1	-1	-2	-1	1	0
77	-1	-1	1	0	2	-4	-3	-3	1	1

78	-2	-1	1	1	3	-1	-2	1	1	2
79	-1	-4	-4	3	3	-2	0	1	2	3
80	-1	-2	-3	1	2	-2	-3	1	1	3
81	1	-3	-4	4	5	1	3	-3	2	4
82	1	-3	-1	4	2	-1	-1	-1	0	0
83	0	0	0	0	0	-1	0	-4	1	3
84	0	1	-1	1	1	-3	-2	-1	1	2
85	-1	0	0	1	1	-3	-1	-2	2	1
86	1	1	-2	0	3	1	2	1	1	0
87	0	2	1	2	1	-4	-3	3	1	7
88	3	4	3	1	0	3	4	3	1	0
89	3	1	0	2	3	0	2	4	2	4
90	-1	0	0	1	1	-1	0	0	1	1
91	1	0	0	1	1	-2	1	-2	3	0
92	1	1	1	0	0	2	3	1	1	1
93	4	3	4	1	0	1	1	-4	0	5
94	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1
95	2	1	3	1	1	2	2	0	0	2
96	2	2	2	0	0	1	1	2	0	1
97	1	2	2	1	1	1	1	-3	0	4
98	-4	-4	-3	0	1	-1	-4	-2	3	1
99	1	1	-1	0	2	-2	-2	1	0	3
100	-3	-3	0	0	3	-3	-4	0	1	3
	Total d'items évoluant selon les phases² :			16	19	Total d'items évoluant selon les phases² :			5	11

¹ cotations obtenues par consensus après discussion des cotations individuelles de chaque psychologue observateur

² On admet un seuil supérieur ou égal à 4 pour considérer un score évolutif (score en rouge dans le tableau)

Tableau A23 : Degré de discordance¹ des psychologues observateurs pour la cotation des phases 3 et 4 selon les groupes

Items	PHASE 3				PHASE 4			
	L-EMDR (MM03) ²		S-EMDR (MB02) ³		L-EMDR (MM04) ²		S-EMDR (MB03) ³	
	Cotation collective	Degré de discordance	Cotation collective	Degré de discordance	Cotation collective	Degré de discordance	Cotation collective	Degré de discordance
1	0	2	0	2	0	0	-1	0
2	-4	8	-1	4	-3	4	0	6
3	0	12	4	0	-2	12	4	2
4	4	12	3	8	-2	10	2	2
5	1	8	-3	4	2	8	-1	4
6	-2	10	3	4	-3	12	2	2
7	-1	10	1	4	2	4	2	4
8	0	2	-1	4	0	0	-2	4
9	4	10	-3	2	4	4	-3	6
10	0	4	0	2	0	4	-1	2
11	0	0	0	8	0	2	0	2
12	-2	2	-3	10	1	10	-3	10
13	4	2	0	8	2	4	1	8
14	0	0	-2	8	1	6	-1	6
15	-1	10	-2	4	-1	14	-2	8
16	-1	2	0	8	-2	6	-1	8
17	-4	10	2	2	-3	12	2	10
18	2	6	1	6	3	2	2	2
19	0	2	0	0	0	2	0	0
20	-1	4	-1	4	-2	0	-3	4
21	0	4	2	2	-1	4	1	2
22	0	10	-1	2	4	2	0	4
23	4	2	3	8	4	2	3	4
24	0	10	-2	4	-1	10	0	2
25	-2	4	0	6	-1	6	0	4
26	2	10	1	6	2	4	2	2
27	-1	4	3	2	0	6	2	4
28	-2	8	2	2	-3	12	0	8
29	-1	4	0	4	2	2	0	2
30	-2	10	-2	10	2	10	-3	0
31	-4	14	4	4	3	4	4	4
32	-1	6	-1	4	3	10	-4	14
33	3	6	-1	0	2	4	-2	8
34	0	2	-3	6	1	6	-2	6
35	-1	2	3	4	-2	10	-2	12

36	-2	4	0	8	-1	4	-1	2
37	-2	6	2	6	-3	8	3	4
38	-3	6	3	2	-3	8	4	6
39	0	4	-3	8	1	8	0	2
40	1	6	-2	4	-1	6	0	2
41	2	6	0	2	2	4	0	2
42	1	4	-4	4	-2	8	-2	2
43	-2	4	1	8	-1	0	0	2
44	-1	4	-4	4	-4	12	-4	6
45	-2	10	4	8	-4	12	3	4
46	3	14	-2	10	0	10	1	10
47	0	2	0	4	0	2	2	4
48	-1	2	-1	6	-1	6	2	4
49	-1	2	-1	8	-2	8	-3	6
50	1	6	-1	6	-2	8	1	6
51	-1	2	-4	4	1	10	-4	6
52	1	10	-2	2	3	8	-1	4
53	1	6	1	6	-1	6	1	10
54	3	2	1	8	4	4	-1	10
55	3	2	0	2	3	6	1	4
56	3	4	-1	4	-1	12	1	8
57	3	6	4	2	-4	8	4	2
58	-3	6	-1	2	-2	8	-2	6
59	2	10	1	4	1	2	1	2
60	-2	6	0	0	0	8	1	6
61	-1	4	0	4	-1	4	0	8
62	-2	6	2	2	2	2	-1	2
63	2	8	1	2	1	8	-1	6
64	3	2	-1	2	1	4	-1	4
65	-3	12	2	4	-2	8	3	4
66	1	4	2	4	0	8	1	10
67	-3	4	-2	2	-1	4	-2	4
68	-1	4	-1	2	0	2	-1	12
69	2	12	2	6	2	4	2	4
70	-3	12	-1	4	-2	8	-2	10
71	2	6	1	4	1	8	0	4
72	1	2	2	2	1	6	3	6
73	2	4	1	2	3	2	2	6
74	2	4	1	0	1	4	3	6
75	0	0	0	0	0	0	-1	8
76	1	4	-2	6	-1	8	-1	2
77	-1	6	-3	2	1	16	-3	2

78	-1	0	-2	2	1	4	1	8
79	-4	10	0	4	-4	4	1	6
80	-2	8	-3	2	-3	4	1	10
81	-3	2	3	12	-4	8	-3	8
82	-3	6	-1	2	-1	2	-1	0
83	0	0	0	0	0	2	-4	8
84	1	8	-2	4	-1	2	-1	6
85	0	2	-1	4	0	2	-2	6
86	1	8	2	4	-2	0	1	4
87	2	10	-3	4	1	6	3	14
88	4	12	4	12	3	2	3	14
89	1	4	2	4	0	16	4	12
90	0	2	0	8	0	0	0	2
91	0	6	1	10	0	0	-2	0
92	1	6	3	4	1	4	1	10
93	3	8	1	10	4	10	-4	6
94	1	4	1	2	1	2	0	4
95	1	4	2	6	3	4	0	6
96	2	4	1	2	2	4	2	2
97	2	12	1	6	2	6	-3	6
98	-4	10	-4	4	-3	6	-2	6
99	1	10	-2	6	-1	4	1	6
100	-3	12	-4	10	0	14	0	2

¹ La discordance est obtenue par le calcul en valeur absolue des différences entre les scores des trois psychologues observateurs de chaque groupe.

² Il s'agit des séances n°3 (MM03) et n°4 (MM04) pour la patiente MM. Cette patiente fait partie du groupe Libre-EMDR.

³ Il s'agit des séances n°2 (MB02) et n°3 (MB03) pour la patiente MB. Cette patiente fait partie du groupe Strict-EMDR.

A24 : Les différents aspects de l'esprit *Shen* 神 en médecine traditionnelle chinoise

Marié (2008) rappelle qu'il s'agit là d'un très bref résumé mais ces différents aspects sont présentés ainsi dans un contexte médical. Il s'agit là d'un extrait de son ouvrage *Précis de médecine chinoise* :

- « Le *Shen* 神 dans son sens spécifique, en relation avec le Cœur, coordonne le psychisme humain et configure (comme on configure un ordinateur) l'être humain. Il est responsable de la cohérence de la personnalité et s'exprime dans les aspects les plus élevés de l'intelligence, particulièrement dans la capacité à gérer les situations et à s'adapter, dans les meilleures conditions, au milieu environnant, en tirant parti des énergies extérieures et intérieures à l'organisme. Lorsqu'il fonctionne correctement, l'esprit est clair, le discours intelligible, le cœur serein. Sa déficience entraîne un état dépressif, de la timidité, une incapacité à avoir une perception juste des situations provoquant une tendance à se plaindre sans cesse et, dans les cas sévères, une déstructuration de la personnalité. Lorsque le *Shen* est perturbé, il y a euphorie, incohérence, confusion...
- Le *Hun* 魂, en relation avec le Foie, génère les projets et donne toute sa richesse à l'inconscient (rêves, désirs...). Il est une force dynamique qui déclenche les impulsions nécessaires pour entreprendre une action. Il est en relation avec l'atavisme, l'instinct héréditaire, la force de la parole, les pulsions, les passions. Comme il contrôle l'imagination, il joue un rôle essentiel dans toute acte de création, en permettant l'élaboration d'une stratégie. Sa déficience réduit les impulsions, les désirs, l'enthousiasme, entraîne un appauvrissement de l'imaginaire et une incapacité à concevoir le plan d'une action future. Lorsque le *Hun* est perturbé, le sommeil est agité, avec des rêves violents ou des cauchemars, les projets sont excessifs et incohérents, l'imagination débridée et les pulsions incontrôlables.
- Le *Po* 魄, en relation avec le Poumon, est la partie de la conscience la plus corporelle déterminant certaines actions et réactions de l'organisme destinées à lui permettre de choisir, sans intervention mentale, ce qui est utile à sa survie et à repousser ce qui lui est nuisible. Il s'exprime dans les instincts primaires (suction, déglutition...) et plus particulièrement dans l'instinct de conservation, lié à l'attachement inconscient du corps. Il est symboliquement très proche du Sang, comme le *Hun* l'est du *Qi*. Sa déficience entraîne une perte de l'instinct de conservation, de la vulnérabilité, du désintérêt. Lorsque le *Po* est perturbé, on observe un état émotionnel, avec une crainte de l'avenir.
- Le *Yi* 意, en relation avec la Rate, est la partie de notre mental responsable de l'enregistrement des expériences, de leur classification, de leur conservation, de leur compilation et de leur reformulation. Directement relié à la mémoire, il gère la capacité d'intégrer et de reproduire des informations, ces deux phases étant complémentaires, dans l'apprentissage notamment. Lorsque le *Yi* fonctionne, on comprend aisément, on retient facilement, on conçoit bien et on énonce clairement. En cas de déficience, la mémoire est faible, la conceptualisation confuse. Lorsque le *Yi* est perturbé, la mémoire devient obsessionnelle, il est impossible de se détacher des expériences passées, des idées fixes encombrant le mental.

- Le *Zhi* 志, en relation avec les Reins, correspond à la volonté, à la détermination, à la capacité de réaliser une intention. Il est indissociable pour mener à terme une action sans se laisser détourner par les obstacles. Il apporte autorité et affirmation de soi. Sa déficience produit de la peur, un caractère indécis et changeant, le découragement et la soumission à l'adversité. Lorsque le *Zhi* s'exprime trop, on observe témérité, tyrannie, autoritarisme, entêtement » (Marié, 2008, p.87-88).

Le schéma ci-dessous (Marié, 2008, p.89) les récapitule :

