

Voici le texte complet de l'article:

Regarder l'horreur depuis le lieu sûr : Pourquoi l'EMDR désamorce le trauma chez l'enfant

Par le Pr. André Quaderi — Haute École de Psychothérapie (HEP)

Dans la formation en psychothérapie, les manuels abondent pour expliquer, coder et classer la souffrance. Pourtant, la vérité brute de la clinique se niche ailleurs : dans le silence habité d'un cabinet, dans la respiration coupée d'un sujet, ou dans le regard hypervigilant d'un enfant. Face au Trouble du Stress Post-Traumatique (TSPT), la foi traditionnelle dans le seul pouvoir des mots se heurte fréquemment à une impasse. C'est là que la thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) impose sa radicalité, non pas en s'opposant à la parole, mais en agissant en deçà, directement à la source perceptive et somatique du traumatisme.

L'archaïsme du trauma : le système limbique contre le système linguistique

L'efficacité de l'EMDR chez l'enfant déroute souvent les héritiers du *logos* qui considèrent le langage comme l'unique vecteur de la guérison psychique. Pour comprendre pourquoi cette méthode fonctionne avec tant de force et de rapidité chez les plus jeunes, il faut détacher nos regards du cortex préfrontal gauche — siège de la mise en récit et de la rationalisation — pour les porter sur le système limbique et la mémoire implicite. Le trauma n'est pas une histoire mal comprise ; c'est une perception figée, un éclat sensoriel (visuel, acoustique, olfactif ou corporel) encodé sous l'effet de l'effroi, qui tourne en boucle dans le cerveau archaïque sans avoir pu être intégré par le néocortex.

Chez l'enfant, dont les structures verbales et les capacités de métacognition sont encore en plein développement, la mise en récit descriptive de l'horreur est non seulement difficile, mais elle s'avère souvent re-traumatisante. Répéter l'histoire sans la désactiver émotionnellement ne fait que creuser l'ornière de la peur.

L'EMDR court-circuite ce filtre discursif. En s'appuyant sur les Stimulations Bilatérales Alternées (SBA), qu'elles soient visuelles ou tactiles, cette approche active le traitement perceptif profond et renforce la connexion thalamo-corticale. Elle s'adresse directement au corps, là où le danger s'est imprimé sous forme de frissons, de nœuds gastriques ou de suffocations, permettant un traitement neurobiologique que la parole seule est impuissante à accomplir.

La dyade protectrice : l'exemple clinique de Flora

Cette réalité neuro-clinique prend corps à travers les rencontres réelles, dépouillées de toute fioriture théorique. L'histoire de la petite Flora, venue s'installer dans mon cabinet, en est l'illustration parfaite.

Lors de l'attentat du 14 juillet 2016 sur la Promenade des Anglais, son père, un ancien militaire, avait intuitivement analysé le danger, s'était jeté sur les galets avec elle pour éviter le camion, puis l'avait hissée dans ses bras, lui cachant les yeux, pour traverser en courant une scène de désolation jonchée de débris et de cadavres afin de rejoindre leur véhicule.

À la rentrée scolaire, Flora a développé les signes classiques du TSPT : insomnies sévères, terreurs à la tombée de la nuit, angoisses massives et une impossibilité douloureuse de se séparer de son père. Le bruit des valises tombant sur un rail à l'aéroport suffisait à déclencher ses hurlements : « *C'est comme les morts* ». Lors de notre première rencontre, Flora était blottie dans les bras de son papa, me fixant avec cette hypervigilance caractéristique des enfants dont l'insouciance a été volée par l'effroi.

Pour cette prise en charge, la thérapie a exigé un aménagement fondamental, dicté par l'éthique de la douceur et de la relation d'aide : Flora est restée sur les genoux de son père pendant toute la durée des séances. C'est sur ce duo fusionnel, cette dyade blessée mais solidement unie, que le travail s'est focalisé. Le père tenait dans ses propres mains les stimulateurs tactiles alternés, disposés en diagonale sur le corps de sa fille, transformant son propre corps en un résonateur et un bouclier affectif.

Le "Lieu Sûr" incarné : pourquoi l'environnement doit être réel

Les recherches en neurobiologie du trauma rappellent qu'un système nerveux suractivé ne peut réorganiser ses réseaux mnésiques sans une *neuroception de sécurité*, c'est-à-dire la perception inconsciente et absolue d'une absence de danger. Chez l'adulte, le « lieu sûr » est souvent une construction mentale, une imagerie guidée évoquant un espace de paix. Chez l'enfant, et singulièrement chez Flora, le lieu sûr n'avait pas besoin d'être imaginé : il était tangible, charnel, incarné par les bras de son père.

« Comment pourrais-je demander à une enfant de me décrire ces horreurs ? Alors c'est moi qui le fais, j'énonce le mien, de 14 juillet... D'une voix calme, je lui dis : "Flora, tu as peur la nuit car le soir te fait penser à cette soirée de juillet... alors on va revoir tout cela comme un film, tu sais, comme les résumés des épisodes précédents dans une série Netflix ? Tu vois ?" Elle acquiesce en me souriant... Le père met instinctivement sa main sur le visage de sa fille. »

C'est l'adossement à ce lieu sûr vivant qui a permis d'ouvrir la porte de la mémoire traumatique. En combinant les stimulations tactiles à un récit distancié énoncé par le clinicien, l'émotion a pu se réguler à travers le nerf vague et la désactivation progressive de l'amygdale. L'enfant, d'abord crispée par une douleur logée dans son

ventre, s'est détendue au fil des séries de stimulations, jusqu'à s'asseoir confortablement, libérée du poids somatique du souvenir.

La levée progressive de l'amnésie et la réintégration sensorielle

L'intégration du trauma chez l'enfant suit le rythme de son développement cognitif et somatique. Lors des premières séances, les symptômes aigus (cauchemars et insomnies) ont immédiatement cédé. Mais la vérité sensorielle s'est dépliée par étapes. À la troisième séance, l'enfant verbalise un souvenir visuel précis, filtré par sa promesse de garder les yeux fermés : « *J'ai vu quelque chose que j'ai cru être de l'eau, mais j'ai compris la dernière fois que ce n'était pas de l'eau, mais du sang...* ». Saisie à nouveau dans l'espace contenant des bras paternels et accompagnée par les mouvements alternés, cette image a perdu sa charge terrifiante.

Une année plus tard, alors âgée de 8 ans, Flora est revenue. La mémoire interprète plus tardivement, à la manière d'une leçon qu'on ne comprend que bien après le cours. Cette fois, c'était l'odeur du sang qui remontait. Avec une gravité désarmante, elle m'a dit : « *D'accord, comme je grandis, je comprends mieux ce qui m'est arrivé, c'est cela ?* ». Le protocole s'est réengagé, non pour interpréter, mais pour ranger la mémoire sensorielle à sa juste place.

Trois ans plus tard, devenue une pré-adolescente svelte, elle franchissait une dernière fois le seuil du cabinet pour déposer le reliquat de sa culpabilité, ayant enfin compris que la dame qu'elle croyait voir « dormir » sur un banc ce soir-là était morte. Chez Flora, le changement ne s'est pas joué dans l'interprétation intellectuelle, mais dans l'autorisation à réinvestir la perception en toute sécurité.

Conclusion : Une éthique du lien et du silence actif

L'EMDR ne fonctionne pas par une opération magique ou purement mécanique des mouvements alternés ; elle fonctionne parce que le protocole s'inscrit dans une relation d'aide rigoureuse et profondément humaine, héritière de l'acceptation inconditionnelle de Carl Rogers et de la co-sensibilité de Sándor Ferenczi.

Face aux horreurs de ce monde, l'enfant n'a pas besoin qu'on lui impose une grille de lecture ou qu'on exige d'elle une catharsis verbale. Elle a besoin d'un cadre où le thérapeute sait se taire pour laisser agir le traitement adaptatif de l'information, et d'un environnement protecteur — comme les bras de ce père imperturbable — pour oser regarder le passé sans y sombrer. C'est dans cette alliance fine entre la rigueur neuro-clinique et la présence incarnée que l'EMDR puise sa puissance, permettant aux enfants de ranger le désordre du monde et de poursuivre sereinement leur trajectoire de vie.

Références et Sources Cliniques (intégrées au PDF)

- **Source Principale** : Récits cliniques et notes de terrain issus du document de présentation et de l'E-book de la Haute École de Psychothérapie (HEP), Chapitre "Flora — Je regardais le ciel".
- **Shapiro, F. (2017)**. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3rd ed.).
- **Rogers, C. (1957)**. *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*.
- **Ferenczi, S. (1932)**. *Journal clinique* (Éd. Payot, 1985). Réflexions sur le traumatisme précoce et le principe de sympathie active (*Mitgefühl*).