



La réactivation du trauma à l'occasion d'un accouchement

Apports et limites de la psychothérapie EMDR

Dominique MERG ESSADI

Psychologue clinicienne, praticienne EMDR Europe certifiée
Chercheure associée PSInstitut Strasbourg & SuLiSoM (UR 3071 Université de Strasbourg)

dominique.essadi@gmail.com

Résumé

L'accouchement est un phénomène physique et psychique bouleversant, qui peut constituer par lui-même un traumatisme. Cependant, malgré l'intensité de ce vécu, la plupart des accouchements ne sont pas traumatiques. Et même dans les cas qui présentent des troubles de stress post-traumatique (TSPT), ce n'est pas toujours l'accouchement lui-même qui constitue le traumatisme. Le propos de cet article est de souligner, à partir d'une étude de cas, que le vécu de l'accouchement ne fait souvent que réactiver un traumatisme antérieur, plus ancien. Si l'on suit cette piste, on doit alors également interroger les démarches psychothérapeutiques qui permettent de traiter les TSPT consécutifs à un accouchement difficile : leur apport est de permettre un soulagement des troubles, mais on observe parfois que les intéressées reviennent par la suite consulter, comme si la cause profonde n'avait pas été traitée.

Abstract: Reactivation of Trauma during Childbirth. Benefits and Limitations of EMDR Psychotherapy

Childbirth is a physically and psychologically shattering experience that can be traumatic in itself. However, despite the intensity of the experience, most births are not traumatic. And even in cases of post-traumatic stress disorder (PTSD), it is not always birth itself that constitutes the trauma. The aim of this article is to highlight, on the basis of a case study, that the experience of childbirth often simply reactivates an earlier, more ancient trauma. If we follow this line of thought, we must also question the psychotherapeutic approaches used to treat PTSD following a difficult birth: their contribution is to relieve the disorders, but we sometimes observe that the women concerned come back to consult us afterwards, as if the underlying cause had not been treated.

Mots-clés

Effraction – Trauma – TSPT – Accouchement – Psychothérapie EMDR

Keywords

Break-in – Trauma – PTSD – Childbirth – EMDR Psychotherapy

INTRODUCTION¹

L'accouchement est un phénomène physique et psychique bouleversant. Il mobilise, dans un temps relativement court, des processus physiologiques de grande ampleur, qui submergent la parturiente. La douleur est intense, même si elle est vécue différemment selon les personnes. Et le débouché n'est pas sans risque pour la vie, tant de l'enfant que de la mère.

1. Je remercie Véronique Resch (www.clairementdit.fr) et Patrick Schmoll pour leur relecture attentive de ce texte.

Par lui-même, l'accouchement peut donc constituer un traumatisme, dans tous les sens du terme, physiquement et psychologiquement, et la figure de l'effraction est à cet égard parlante sur les deux plans : il s'agit d'une effraction psychique dans la mesure où le moi est débordé par un vécu auquel, surtout la première fois, il n'est pas vraiment préparé (malgré les séances de préparation à l'accouchement) ; et physiquement, c'est en toute rigueur aussi d'une effraction objective qu'il s'agit, puisque le corps doit s'ouvrir pour laisser s'échapper vers l'extérieur une vie qui attendait ce moment. Certains accouchements difficiles donnent ainsi lieu à des troubles de stress post-traumatique (TSPT) qui sont bien documentés dans la littérature scientifique (Desforges & al. 2020, Bodin 2021, Sulimovic & al. 2021, Taylor & al. 2021).

Malgré l'intensité de ce vécu, la plupart des accouchements ne sont pas traumatiques, ce qui indique déjà que l'accouchement, malgré son cortège de modifications physiologiques impressionnantes, n'est pas à considérer comme un traumatisme en soi. En fait, même dans les cas de TSPT, il convient d'interroger l'idée que c'est l'accouchement lui-même qui constituerait le traumatisme. Le propos du présent article est de souligner que le vécu de l'accouchement ne fait souvent que réactiver un traumatisme antérieur, plus ancien.

Si l'on suit cette piste, on doit alors également interroger les démarches psychothérapeutiques qui permettent de traiter les TSPT consécutifs à un accouchement difficile : si leur apport est de permettre un soulagement des troubles, souvent spectaculaire comme on le verra plus loin, on observe parfois que les intéressées reviennent par la suite consulter, comme si la cause profonde n'avait pas été traitée. Comme si, pour le formuler plus directement, le trauma était encore là.

C'est ce que je propose d'explorer à partir du cas d'Océane, que j'ai reçue dans le cadre d'une recherche dont l'objet était de mesurer les effets à court et moyen termes de la thérapie EMDR dans le cas des accouchements dits traumatiques.

1. CADRAGE THÉORIQUE

1.1. Le traitement des TSPT par EMDR

La thérapie EMDR, d'après l'anglais *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, est un type d'intervention mis au point par Francine Shapiro à partir de 1987 (Shapiro 1989a & b), qui repose sur la stimulation sensorielle généralement appliquée sous une forme bilatérale alternée et le plus souvent par le biais des mouvements oculaires. Elle est utilisée aujourd'hui assez largement comme un des traitements pour la prise en charge des TSPT.

Cette thérapie repose sur le modèle du traitement adaptatif de l'information. Selon ce modèle, le cerveau est capable de traiter les informations stressantes et de les intégrer en temps normal. En revanche, en cas de stress intense, notre cerveau n'arrive plus à gérer le souvenir et celui-ci ne peut être « digéré » pour être intégré dans notre mémoire autobiographique. Le souvenir est alors stocké de manière dysfonctionnelle dans notre mémoire, sous forme brute et non adaptée, rendant impossible la connexion de ce souvenir aux réseaux de mémoire adaptative. Les souvenirs enregistrés de manière dysfonctionnelle seraient à l'origine de la psychopathologie. L'EMDR permettrait d'activer le système de traitement de l'information, ce qui engendrerait un « retraitement » du souvenir qui était jusque-là impossible. Le souvenir dysfonctionnel est alors intégré dans un réseau de mémoire adaptative, ce qui induit la disparition des symptômes.

La stimulation bilatérale alternée (SBA) active les deux hémisphères cérébraux afin de stimuler la mémoire de travail. Cette stimulation permet de favoriser le traitement adaptatif de l'information traumatique en facilitant la réactivation des réseaux neuronaux associés à la mémoire traumatique. L'EMDR vise à désensibiliser les émotions négatives liées au traumatisme. L'objectif est que les images, pensées ou émotions liées à l'événement perturbant cessent de provoquer une réponse émotionnelle intense et soient réintégrées de manière plus neutre et moins intrusive. En parallèle de la désensibilisation, l'EMDR permet une reconstruction cognitive au cours de laquelle le patient laisse émerger les associations liées au traumatisme.

Le protocole se décline en huit phases qui ont été décrites par Francine Shapiro (2001).

Francine Shapiro a mené les premiers essais cliniques pour déterminer l'efficacité de l'EMDR dans le traitement d'un syndrome de stress post-traumatique (Shapiro 1989a & b). Son étude a porté sur 22 participants comprenant des personnes qui avaient subi un viol et des vétérans de la guerre du Vietnam. Une réduction significative de la détresse et de l'anxiété des patients a été observée sur l'échelle utilisée, l'échelle subjective de détresse SUD.

À la suite de cette étude, de nombreux chercheurs en ont mené d'autres sur l'EMDR et son efficacité dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles psychologiques. En 2014, Y.R. Chen & *al.* ont conduit une méta-analyse d'études cliniques qui investigate les effets de l'EMDR sur la réduction des symptômes de stress post-traumatique, l'anxiété, le stress, la dépression et la détresse subjective, méta-analyse qui confirme l'efficacité de cette thérapie dans ces situations, en mettant de surcroît en évidence un résultat accru dans les cas où la séance dure plus de 60 minutes, ainsi qu'en fonction de l'expérience du thérapeute dans la pratique de l'EMDR.

1.2. Le cas des accouchements traumatiques

Les études sur l'effet de l'EMDR dans le cas des accouchements traumatiques sont plus récentes. En 2008, M. Sandström & *al.* ont réalisé une étude pilote auprès de quatre femmes pour déterminer l'efficacité de l'EMDR sur un syndrome de stress post-traumatique suite à l'accouchement. En 2012, une étude similaire de Claire Stramrod & *al.* a cherché à déterminer l'efficacité de l'EMDR sur un TSPT suite à un accouchement traumatique. L'étude a cette fois été menée uniquement sur des femmes enceintes de leur second enfant. Dans toutes ces études, les femmes se sont senties plus confiantes vis-à-vis de leur grossesse et d'un accouchement à venir.

Selon une étude de C. Deforges & *al.* (2020), 30 à 45% des femmes considèrent que leur accouchement a été un événement traumatique. Et entre 3% et 6% d'entre elles seraient touchées par un TSPT consécutif à l'accouchement. Ce chiffre monte à 18-19% chez les femmes considérées comme à haut risque. Le TSPT ne touche pas uniquement la mère mais également tout l'entourage. Il va influencer la vie de couple, les futures grossesses ainsi que la mise en place du lien mère-enfant.

Ces études tendent à démontrer que l'EMDR est efficace dans le soulagement des suites traumatiques d'un accouchement, comme elle l'est d'une façon générale dans le traitement des TSPT. Le programme de recherche ACTES que nous avons porté dans le cadre conjoint de P.S.Institut et de l'UR SuLiSoM de l'Université de Strasbourg part cependant de la question de la conservation des bénéfices à moyen et long terme. Il amène, comme on le verra à propos du cas d'Océane, à se poser la question de ce qui constitue vraiment le traumatisme.

1.3. Le concept de trauma

Dans la première conception des psychonévroses qu'il élabore en 1894, Freud place le trauma au cœur de leur explication. Il évoque déjà la notion d'*effraction psychique*, désignant la douleur qui s'impose dans le psychisme avec force, sans crier gare et pour longtemps. Cette conception reste très prégnante encore aujourd'hui dans la définition du traumatisme psychique comme un « *phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur* » (Crocq 2014). Le traumatisme psychique résulte ainsi d'une rencontre avec le « réel » de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas (Freud 1915). Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant ?

Cette conception reste sans doute pertinente dans le cas de traumatismes tels que le vécu des guerres, les viols, les accidents graves, les catastrophes, qui constituent des effractions psychiques en elles-mêmes en raison de l'épreuve conjointe de la brutalité violente, de la douleur et de la surprise. Mais dans le cas des accouchements dits traumatiques, l'observation conduit à remarquer que tous les accouchements ne sont pas traumatiques, tant s'en faut. D'une part, l'expérience n'est pas à proprement parler une surprise : elle est préparée par les discours et récits de l'entourage et l'entraînement par des spécialistes, au cours des neuf mois que dure la grossesse. D'autre part, il peut arriver qu'une même personne ait accouché sans problème antérieurement et vivent pourtant mal un accouchement ultérieur.

Plusieurs auteurs ont identifié que l'accouchement a un potentiel traumatisant, non pas par lui-même, mais parce qu'il rappelle une expérience antérieure. « *Si l'accouchement peut constituer un événement traumatisant, il peut aussi donner lieu à une retraumatisation chez les femmes victimes d'un traumatisme antérieur* » (Vadeboncoeur 2006). Cette retraumatisation au cours d'un accouchement a été explorée plus récemment par B. Bayle & J.-J. Chavagnat (2021) : « *la grossesse et l'accouchement peuvent réveiller un traumatisme ancien* ».

Richard Hellbrunn revient dans ce même numéro sur l'évolution de la pensée de Freud concernant le trauma (Hellbrunn 2025). Dès le départ, ce dernier considère que le traumatisme objectif qu'il repère dans l'enfance de ses patients (une agression sexuelle) n'est pas par lui-même de nature à déborder les défenses du psychisme, parce qu'il n'a pas de sens pour le sujet prépubère, qui ne peut pas intégrer l'évènement comme ayant une signification. Ce n'est que plus tard, lorsque la puberté éveille la sexualité, que celle-ci rappelle le souvenir tout-à-coup déplaisant de l'évènement premier, resté enkysté silencieusement. Par la suite, revenant sur sa première conception du trauma, Freud abandonne la théorie de la séduction au bénéfice d'une théorisation du fantasme, ce qui conduit à distinguer les registres de l'effroi (*Schreck*), caractéristique d'un épisode traumatique en soi parce que surprenant, et de l'angoisse (*Angst*) qui est en fait un signal qui permet au psychisme de prévenir et de se prémunir contre le trauma.

Appliqué au cas des accouchements, on peut donc faire l'hypothèse que des manifestations d'angoisse préalables à un accouchement signalent peut-être un risque, mais sont en même temps un mécanisme de défense utile au psychisme et qu'il faut donc considérer positivement.

Dans les exemples qu'il donne de sa propre clinique, Richard Hellbrunn décrit le cas d'une personne ayant vécu un enlèvement sous la menace d'une arme. Le traumatisme n'est pas constitué par l'épisode lui-même, pourtant violent, il se construit dans l'après-coup, sous l'effet des remarques désobligeantes des membres de son entourage qui pensent qu'elle *devrait* être traumatisée.

C'est cette idée d'un traumatisme qui se « construit » à partir d'une expérience traumatique antérieure que je propose d'explorer à propos du cas d'Océane.

1.4. Le cadre de la rencontre avec Océane

Préalablement à l'exposé de ma rencontre avec Océane, il me faut préciser les conditions de celle-ci, dans la mesure où le cadre a associé une perspective de recherche et une intervention thérapeutique.

L'étude ACTES (pour Accouchement et Choc Traumatique Élaboration Subjective), démarrée en 2021 aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, s'est intéressée aux possibilités de traitement par EMDR des TSPT associés à un accouchement. L'étude est basée sur un protocole d'étude observationnelle dans le cadre d'une recherche en psychologie, dans la perspective de prévenir d'éventuelles séquelles psychiques d'un accouchement vécu comme un traumatisme. Dans le cadre de cette étude, un traitement par EMDR est proposé aux patientes présentant des signes de stress post traumatique repérés par les soignants en maternité. Les participantes sont évaluées pendant dix-huit mois après la psychothérapie à partir d'entretiens semi-directifs et par la passation d'échelles de mesure du stress (SUD, PCL5, EPDS). L'analyse des résultats est réalisée par des chercheuses d'orientation analytique.

Je renvoie pour le détail du dispositif de recherche à notre présentation du protocole de recherche (Merg Essadi & al. 2025) et à l'exposé de nos premières observations sur neuf patientes (Merg Essadi & al. 2023).

Mon intervention se situe au moment de la prise en charge par psychothérapie EMDR proposée à des personnes qui ont été identifiées par des soignants à partir des critères de TSPT, soit des personnes qui vont mal, même à distance de l'accouchement, et quel que soit l'état de santé du nouveau-né : je ne participe pas à cette sélection, qui est à l'appréciation des soignants, mais je m'assure qu'elles sont d'accord, tout en bénéficiant de la thérapie, de participer à la recherche, dont les étapes leur sont détaillées, et qu'elles sont libres d'interrompre quand elles veulent. Les participantes au protocole de recherche sont reçues par la suite, à quatre reprises, entre le premier et le 18^e mois à l'issue de la psychothérapie pour des entretiens d'évaluation et des passations d'échelles (SUD, PCL5, EPDS) par une psychologue clinicienne autre que moi-même.

Ce protocole, qui a obtenu une certification du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Strasbourg, vise aussi bien à préserver le travail thérapeutique – dont le déroulement n'est pas communiqué aux psychologues

chercheur(e)s – qu'à contourner le problème classique du « paradoxe de l'observateur » inhérent à une pratique où le clinicien est en observation de sa propre subjectivité, ainsi que des liens de transfert et contretransfert dans le maniement de la psychothérapie (Merg Essadi & Bacqué 2022).

Le cas d'Océane, on va le voir, subvertit ce cadre (comme c'est souvent le cas dans la clinique réelle), dans la mesure où elle va me recontacter en dehors de ce qui est prévu par le protocole de recherche, pour reprendre des séances de psychothérapie.

2. LE CAS D'OCÉANE

2.1. La rencontre avec Océane et la première séance

Océane est une patiente de 37 ans au moment de son accouchement, infirmière de formation, mariée et déjà mère de deux enfants. Il s'agit de sa sixième grossesse, elle a vécu trois fausses couches. La naissance de ses deux premiers enfants s'est faite par voie basse. Pour ce troisième accouchement, Océane a subi une version pour repositionner le fœtus qui était en siège. Son dossier médical indique une demande de césarienne lors d'une consultation pendant la grossesse. Elle était également sous traitement anticoagulant du fait d'antécédents médicaux.

On peut donc déjà souligner qu'Océane a vécu deux accouchements antérieurement qui n'ont pas été traumatisants. Sur le plan psychologique, elle redoutait ce troisième accouchement et présentait un état d'anxiété antérieur à la grossesse, datant selon elle de la période où elle a fait une embolie. Après plus de huit heures de travail, une péridurale et des tentatives de flexions manuelles de la tête fœtale à dilatation complète, elle ne pouvait plus respirer, elle a cru qu'elle allait mourir. Une césarienne « code rouge » a été réalisée en urgence. Une fois dans sa chambre, Océane était au plus mal, sous le choc, elle avait des flash-backs et ne cessait de pleurer.

Mes collègues sage-femmes me demandent de rencontrer Océane au lendemain de sa césarienne. Elle va très mal, est en hyperventilation, crispée, inquiète. Le médecin l'a vue pour lui expliquer l'enchaînement des événements : la péridurale qui n'a pas fonctionné, la tentative de flexion de la tête du fœtus, la césarienne « code rouge » et la nécessité d'une hémostase en urgence, intervention destinée à interrompre une hémorragie massive. Elle a tout compris, mais a la sensation qu'elle est en danger, elle n'est pas apaisée par les explications, ni par la stabilisation physique de son état. Son conjoint est calme et s'occupe de la petite fille, Lola, qui est réveillée.

Je me présente au couple et propose la possibilité d'un travail en EMDR le jour même. Océane en a déjà entendu parler, elle est partante. Je m'adresse à la petite fille nouvelle-née, qui est réveillée, je lui parle aussi, et je demande aux parents ce qui pourrait le mieux la mettre en sécurité : rester dans la pièce ou sortir de la pièce avec le papa. Le papa se propose de rester dans la pièce, un peu à l'écart, et de veiller sur Lola. Lui aussi accorde sa confiance à l'intervention proposée. Je m'assure ainsi qu'Océane se sente sécurisée depuis son lit d'hôpital avec à sa gauche son conjoint qui s'occupe de Lola, et à sa droite moi-même, pour l'aider face à l'état émotionnel qui la déborde.

Étant donné que nous sommes seulement au lendemain de la situation « choc », je vais procéder selon le protocole R-TEP (*Recent Traumatic Episode Protocol*). Nous installons ensemble mentalement un lieu calme, avec la progression prévue par ce protocole, dans un objectif d'ancrage. Océane étant très coopérative et déjà entraînée, je repère qu'elle a une bonne capacité à se stabiliser. Les explications du principe des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA), du signal d'arrêt et la recherche de la bonne distance sont quasi évidents pour elle sur le plan cognitif, malgré son état physique de tremblements et d'hyperventilation.

Je propose alors à Océane d'entamer un survol de l'événement et de faire des pauses dès que l'émotion s'intensifie. Nous prenons le temps de faire des stimulations visant à l'apaisement. J'effectue un toucher appuyé bienveillant sur son épaule après lui avoir demandé l'autorisation de toucher si nécessaire ses épaules ou ses genoux en complément des SBA visuelles.

Aussitôt elle décrit la sensation soudaine de perdre conscience, de manquer d'air et commence à suffoquer : « *c'était tellement rapide, j'ai complètement perdu le contrôle* ». Je commence les SBA. Je parle doucement, cal-

moment, je lui rappelle qu'elle est en sécurité ici dans la chambre d'hôpital auprès de moi et je maintiens cette connexion au présent. Je l'invite à prendre conscience du poids de son corps, de sa respiration, à faire remonter de la salive dans sa bouche et à confirmer sa volonté de dépasser cet état qui est encore en lien avec les sensations de la veille.

Elle répond bien aux exercices de stabilisation, et reste ancrée dans le présent. Je l'invite à laisser venir un souvenir visuel de l'accouchement. Il lui vient l'image du médecin anesthésiste, dont elle se souvient qu'il avait « *un regard de désarroi* ». Cette vision la confirme dans la croyance qu'elle est en danger de mort imminente. La cognition négative qui lui vient est sans ambiguïté : « *je vais mourir* ». Posant sa main sur son plexus, elle se fige, écarquille les yeux et revit l'effroi. Je maintiens alors une attention duelle entre notre contact ici et maintenant, en sécurité, et les émotions qu'elle ressent en lien avec la situation éprouvée la veille, juste après l'accouchement.

Je lui propose de poursuivre. À chaque pause correspond une intervention par SBA. Elle associe librement, sans commentaire ni interprétation de ma part. Entre chaque association exprimée, je refais une séquence de SBA et lui demande : « *Et qu'est-ce qui est là maintenant ?* ». L'évocation de son accouchement fait visualiser à Océane les blouses de médecins autour d'elle, tandis qu'elle est couchée à plat sur le dos, qu'un médecin l'examine et qu'elle commence à ne plus pouvoir respirer.

Les images mentales évoquées entre chaque séquence de SBA suite à ma demande « *Qu'est-ce qui est là maintenant ?* » renvoient à un événement qu'elle a vécu quand elle avait dix-neuf ans, un épisode d'embolie pulmonaire au cours d'une sortie à la plage : « *pas de mots, une ambiance effrayante* », « *je vais mourir* », « *personne ne me prend au sérieux* », « *je suis sur la plage, j'ai la respiration bloquée, je me sens très mal* », « *je vois bien que mes amis ne prennent pas au sérieux ce que ressens* », « *je demande à mes amis d'appeler les secours* », « *les secours arrivent, se veulent rassurants, ne mesurent pas la gravité* », « *moi, élève infirmière j'insiste, je dis que je pense à une embolie* », « *je suis emmenée aux urgences* », « *je m'effondre* », « *je suis prise en charge par une équipe médicale* », « *le diagnostic d'embolie a été posé, un traitement entrepris* », « *je me sens enfin plus tranquille* ».

Après deux séries de SBA suivies d'un sentiment d'apaisement, je dis : « *Ce sont des mémoires du passé, nous sommes ici et maintenant au présent, et ces informations peuvent être traitées, analysées et archivées dans le contexte de l'événement. Au moment de l'intervention pour l'accident embolique, vous avez été sidérée, en mode survie et les données n'ont pas pu être traitées par votre cerveau* ». Cette intervention vise à garder son attention duelle et à expliquer le processus du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI), qui est une base de la pratique de l'EMDR.

La suite de la séance permet à Océane de mobiliser de nouvelles images mentales : « *cette expérience est passée* », « *c'est le vide* », « *rien* », « *je suis quand même fière de moi* », « *j'ai confiance en moi* », « *je sais que je peux me faire confiance quand je m'occupe de mes patients en tant qu'infirmière* ». Je poursuis alors, « *Et lorsque vous revenez au moment de l'accouchement, qu'est-ce qui est là maintenant ?* » : « *le médecin qui m'avait semblé affolé lors de ma réaction à l'accouchement a été attentif* », « *mon conjoint est toujours resté calme* », « *je me sens rassurée* », « *il y a mon bébé qui va bien* », « *il y a toute l'équipe médicale qui est là, calme* ».

À la fin de cette première séance, Océane est apaisée, se tourne vers son conjoint et la petite Lola, elle sourit. Elle est épuisée. Les images de l'épisode d'embolie ont ressurgi de manière claire par association libre au moment de la phase de désensibilisation, comme un trauma source. C'est lorsque le médecin lui a demandé de rester sur le dos pour tenter de défléchir la tête du fœtus, qu'Océane a fait un malaise vagal avec sensation de souffle coupé. C'est ce qu'elle a ressenti dans son corps qui lui a fait revivre son expérience d'embolie pulmonaire lorsqu'elle avait dix-neuf ans ; elle a vraiment cru qu'elle allait mourir à ce moment-là.

2.2. Le déroulement du traitement et l'évaluation par l'équipe de recherche

Nous avons pu intervenir dans les 24 premières heures. La phase de désensibilisation a entraîné un apaisement rapide du cortège de symptômes de stress. La séance de R-TEP a été suivie d'une psychothérapie EMDR en trois séances : deux au cours de son hospitalisation et une en ambulatoire.

L'échelle SUD (Subjective Units of Disturbance), également appelée Unité d'échelle Subjective de Perturbation, permet de constater la quantité de la perturbation liée à l'accouchement traumatique. Pendant la psychothérapie,

la mesure du SUD est pratiquée avant chaque séance de désensibilisation par EMDR. Océane débute sur une intensité du ressenti de perturbation maximale de 10/10 à la première rencontre. Le lendemain, nous avons pu tester à nouveau le SUD, encore élevé en début de séance (5/10). L'apaisement est constaté à la séance suivante, la dernière avant sa sortie (3/10). L'évaluation du TSPT par l'échelle PCL5 montre un score très élevé avant le traitement (47/80) et une diminution significative des symptômes de TSPT après le traitement (6/80).

J'ai notamment l'occasion de revenir sur une image visuelle associée, celle du « regard de désarroi » de l'anesthésiste. Nous avons pratiqué le protocole EMDR complet, et en fin de séance Océane était totalement apaisée en laissant revenir l'image du regard de l'anesthésiste, qu'elle ressent comme plutôt surpris qu'effaré. L'image est fondue dans un climat soutenant de l'équipe médicale. Nous avons pu aboutir à une séance complète avec intégration d'une cognition positive, où Océane se sent en sécurité. Nous avons utilisé l'échelle de Validity of the Positive Cognition (VOC) : la cognition négative de départ « *je vais mourir* » a été remplacée par une cognition positive « *je suis en sécurité* ».

Océane peut rentrer au domicile après six journées d'hospitalisation, puis elle revient dix jours après son accouchement, pour la séance prévue en ambulatoire, tandis que le papa garde la petite. Nous refaisons une séance complète ; le score de l'échelle SUD est à zéro à l'issue de la séance. L'accouchement en lui-même n'est plus associé à une peur de mourir. Elle nous dit qu'elle était comme sortie d'elle-même tant elle a eu peur au moment de l'accouchement. C'était un « état de terreur ». On reconnaît là l'effroi caractéristique d'une effraction psychique.

À la suite du traitement, Océane garde une cognition positive liée à l'accouchement, associée à une confiance en elle. Lorsqu'elle repense à l'accouchement, elle se sent fière d'elle et réalise qu'elle a été bien accompagnée, tant en salle de naissance, qu'ensuite au service. Elle est reconnaissante envers la sage-femme qui a repéré son haut niveau de stress, et qui a pensé à proposer l'intervention en EMDR. Océane est parvenue à nourrir sa fille au sein. Rassurée, elle a pu investir sa relation à Lola et aux proches.

Le protocole de l'étude ACTES prévoit, comme dit, une évaluation par des psychologues chercheur(e)s des effets de l'intervention de la praticienne EMDR entre un mois et 18 mois après la psychothérapie. Cette évaluation a permis de confirmer un abaissement des symptômes, une absence de dépression et une capacité de réalisation de projets personnels. L'épisode d'effroi a pu être élaboré, Océane peut en parler dans l'après coup.

L'évaluation du TSPT par l'échelle PCL5 montre un score compris entre 1 et 2 (sur 80) jusqu'à 18 mois après le traitement. L'échelle SUD permettant de constater la perturbation liée à l'accouchement traumatique est à zéro 18 mois après l'accouchement. Le score relevé à partir de l'échelle de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) n'a jamais indiqué de symptôme de dépression post-partum.

Lors des entretiens qui ont lieu avec les psychologues un mois après la fin du traitement par EMDR, Océane témoigne du vécu traumatique au cours de cet accouchement. À la question posée par la psychologue clinicienne « *Qu'est-ce qui était difficile pour vous lors de cet accouchement ?* », Océane répond :

« Ben, le côté très médicalisé, parce que du coup en deux secondes c'était sonde urinaire, avec quelqu'un d'étudiant donc pas du tout expérimenté. Ça a été complètement traumatique en fait. Et du coup c'est vrai qu'il y a eu des séquelles encore beaucoup après l'accouchement. Donc tout ça : vite perfusion, vite machin, vite voilà ! Déjà ça pour moi en tant que patiente qui a déjà vécu beaucoup de choses compliquées au niveau santé. Bon c'est vrai que moi je m'attendais à prendre mon bébé, j'en avais déjà eu deux avant et là je n'imaginai même pas que ça puisse se passer comme ça. Donc le choc de la rapidité et puis voilà. J'ai vraiment eu l'impression d'avoir accouché quand je suis remontée en chambre, mon mari m'a donné ma fille, je l'ai vue et je me suis dit « ah bah oui ! » et en fait les deux heures j'avais l'impression que j'étais là pour une vésicule biliaire ou complètement autre chose ! Qu'on m'avait opérée, mais que ce n'était pas du tout un accouchement quoi. Je me surveillais moi en fait : mes paramètres, etc. mais je faisais complètement abstraction du fait que j'étais venue pour accoucher. C'est marquant parce que, en venant j'avais des contractions j'étais en travail et tout puis d'un coup ça a switché et j'étais là pour moi. Mais plus du tout pour la naissance ».

Même à distance, Océane décrit donc très bien ce moment dissociatif lors de l'accouchement. Or « *l'effraction traumatique commence souvent là où les capacités de liaison de l'appareil psychique sont débordées, laissant ce dernier dans un état de sidération, d'effroi, de grande détresse, circuit psyché et soma sont effractés, désunifiés,*

désintriqués... De la brèche à l'invasion débordante, de l'effraction du pare-excitation à sa mise hors-circuit, psyché et soma sont effractés, désunifiés, désintriqués » (Cliniques 2011).

2.3. Reprise de contact par Océane : la question du « reste »

Océane a donc participé à l'ensemble du protocole de recherche et bénéficié d'une intervention EMDR comprenant une séance dans le cadre du protocole R-TEP et trois séances de traitement (deux pendant son hospitalisation, une en ambulatoire après un mois). Au bout de 18 mois, l'évaluation par les chercheur(e)s permet d'établir que le TSPT a été soulagé, avec un bon maintien des résultats dans la durée. Son cas illustre bien l'efficacité de l'EMDR telle qu'elle est démontrée par d'autres études, celle du programme ACTES y ajoutant une validation du maintien des résultats à moyen terme.

Pourtant, Océane va reprendre contact avec nous par la suite, à deux reprises.

La première sollicitation intervient un an après la fin de l'étude, lors d'une réactivation liée à une hospitalisation en urgence pour une infection à clostridium. Elle ne peut plus s'alimenter. Elle fait d'emblée le lien entre son expérience de réactivation traumatique au cours du troisième accouchement et les symptômes qu'elle ressent à l'occasion de cette pathologie somatique. Je reprends donc avec elle une thérapie EMDR, en six séances, jusqu'à l'apaisement de ce qui se présente comme un TSPT.

Nous recherchons ensemble une source traumatique antérieure, ce qui permet d'ouvrir une autre piste, au-delà ou en-deçà de l'épisode d'étouffement vécu sur la plage dix-huit ans plus tôt, une piste plus profondément liée à l'oralité : il s'agit de l'expérience, dans l'enfance, d'un étouffement au moment d'avalier un fruit (une mirabelle). Au cours du retraitement sont évoquées d'autres associations : la hantise d'avalier, la culpabilité liée au fait de fumer une cigarette par jour alors que son grand-père est décédé des suites d'un cancer du poumon quand elle était enfant, la peur de se sevrer du traitement curatif pour un traitement préventif consécutif à l'embolie. Elle se rend compte que ces expériences l'ont freinée dans ses projets professionnels. La désensibilisation lui permet non seulement de mettre à distance l'expérience traumatisante initiale, mais de ressentir une motivation à reprendre des études.

La psychothérapie EMDR est suivie en ambulatoire. Une fois ces cibles traitées, Océane peut se réalimenter et démarrer un projet de reconversion professionnelle.

La seconde sollicitation intervient deux ans plus tard, à la suite d'une nouvelle réactivation : elle est prise de panique devant un exercice scolaire au cours de son nouveau cursus de formation. Un examen de mathématiques a réactivé une humiliation subie à l'époque où elle était au collège. J'aborde avec elle le traitement du syndrome de la page blanche et le blocage est levé par EMDR en quatre séances.

À ce jour Océane va bien, elle a intégré une méthode de cohérence cardiaque pour s'apaiser si besoin, et mène de front sa vie familiale et ses études. Son conjoint la soutient et l'encourage dans ses choix.

3. DISCUSSION

3.1. Sur l'essence du trauma

L'expérience traumatique vécue par Océane, infirmière en couple avec un médecin, lors de son troisième accouchement, illustre l'impact d'un traumatisme psychique déclenché par un événement qui, bien qu'évoluant dans un contexte médical maîtrisé, a profondément perturbé son intégrité psychologique.

Le cas d'Océane, comme d'une grande partie des personnes que nous avons suivies dans le cadre de l'étude ACTES, montre que l'accouchement n'est pas en soi une expérience traumatique. Il ne devient traumatique que parce qu'il réactive un traumatisme antérieur, et opère de ce fait comme un déclencheur de cette réactivation. D'ailleurs Océane n'a pas eu de problème avec ses deux premiers accouchements, il n'y avait pas de raison objective qu'un troisième accouchement, préparé par l'expérience des deux précédents, constitue un traumatisme en lui-même. Ce qui devient donc intéressant, c'est de savoir ce qui opère comme déclencheur.

Le traitement par EMDR dans le cadre du programme ACTES a permis de mettre au jour un traumatisme antérieur, intervenu dix-huit ans plus tôt, une embolie pulmonaire avec un vécu d'étouffement. Ce sont les messages corporels d'anoxie lors du décubitus dorsal, tandis que le médecin tentait une déflexion de la tête par voie vaginale, qui ont provoqué la crise. La sensation de souffle coupé lors de son malaise vagal et la crise de panique qui a suivi ont généré un état de stress post-traumatique qui a bouleversé son vécu, la poussant à se sentir en danger de mort, dans un état de détresse où rien ne semblait pouvoir l'apaiser. Ce déclencheur soudain a eu pour effet de créer une effraction psychique, perturbant profondément ses repères internes et bloquant le processus normal de traitement de l'information liée à l'événement.

L'intervention en EMDR a constitué une réponse thérapeutique adaptée et efficace. En suivant le protocole R-TEP dans les 24 heures suivant l'accouchement, puis une psychothérapie EMDR, Océane a pu réintégrer les informations, transformant ainsi une expérience perçue comme terrifiante, ne pouvant pas être intégrée, en un souvenir moins intrusif et mieux intégré dans son histoire de vie. L'EMDR, en tant qu'approche intégrative et non simplement comme un outil, a permis un traitement adaptatif de l'information et un accès à l'élaboration de l'événement traumatique, en rendant possible une prise de distance par rapport à l'effroi initialement ressenti.

Cette situation aurait pu être classifiée comme définitivement résolue dans une recherche limitée à la durée du traitement. Or, nous observons là des possibilités de réactivations d'un traumatisme bien au-delà de cette temporalité. En effet, à la suite du traitement, l'accouchement par césarienne est intégré, accepté, en revanche la situation apparue comme situation source, une embolie méconnue, avec retard de prise en charge, a été réactivée au cours d'une hospitalisation pour une infection à clostridium.

De plus, en explorant les traumatismes antérieurs, une situation de l'enfance, elle aussi banalisée, cette fois par les parents, avait déjà donné à Océane la sensation d'étouffer. À 8 ans ne plus pouvoir respirer avec un objet dans sa gorge, dans son corps a pu également déclencher une représentation de mort, une effraction du réel de l'objet empêchant la respiration. En repérant cet épisode, on ne peut s'empêcher de penser qu'Océane n'a pas choisi par hasard de faire un métier d'infirmière. De plus, pour sa reprise d'études, elle entreprend une spécialisation pour devenir puéricultrice, pour prendre soin des enfants !

On voit que chacune des interventions EMDR rappelle au jour un traumatisme antérieur ou autre que celui qui avait été traité la fois précédente, comme si l'apaisement qu'apporte la thérapie laissait un « reste » susceptible de se maintenir dans une vie dormante, prêt à se réactiver. Le processus se présente comme une boucle réursive, chaque intervention, parfois à plusieurs années de distance, permettant de revenir vers des couches plus profondes, mais dont on peut se demander si elles ont un fond, une sorte de roche-mère dont l'atteinte permettrait enfin de se dire que le trauma est solutionné.

Ce processus illustre tout-à-fait ce qui a conduit Freud à abandonner sa première conception du déclenchement des psychonévroses, selon laquelle il existerait un événement traumatique précis dans l'enfance qui serait réactivé des années plus tard. La théorisation du fantasme le conduit à constater que tout traitement laisse une sorte de reste inanalysable qui fait partie de la structure du sujet : un peu comme s'il était dans l'essence de l'humain de se construire autour d'une béance qui se réactive dans les expériences traumatisantes.

À cet égard, on peut revenir sur le souvenir qu'a Océane du regard de détresse de l'anesthésiste. Cette expérience est remarquable, car le traumatisme réside dans ce que ce regard lui renvoie d'elle-même, comme en miroir : si elle lit de l'inquiétude dans le regard de l'autre, c'est qu'il y a des raisons pour elle de s'inquiéter aussi. Mais en même temps, ce souvenir est celui de sa propre interprétation de ce regard, puisque la thérapie aura pour résultat de l'assurer que tel n'était pas le cas, que l'équipe médicale était attentive, etc. Le processus incalculable des miroirs renvoyant à d'autres miroirs une image qui se perd dans l'abysse est sans doute ce qui définit le mieux le trauma : où est le traumatisme, si ce n'est que dans les yeux de l'autre que je lis (que je crois lire) que je devrais être traumatisé ?

3.2. La question du déclencheur

Océane a connu deux accouchements et trois fausses couches sans problème. Pourquoi ce troisième accouchement est-il celui qui déclenche le TSPT ?

3.2.1. Mise en jeu du corps

L'expérience corporelle est une première piste. L'accouchement est un moment de vécu corporel intense, même pour la parturiente qui en a déjà fait l'expérience. Il mobilise simultanément et assez indistinctement un fonctionnement exceptionnel de l'organisme et des affects intenses.

Quel que soit le degré de civilisation, l'humain n'échappe pas, tant que la technologie biomédicale ne permet pas de l'en abstraire, au fait que sa reproduction doit transiter par cette expérience mammifère étonnante, parce qu'à la fois merveilleusement efficace et cependant déchirante et sanglante, qui est la production de corps par un autre corps. L'accouchement, comme la naissance, la maladie, la mort, est une étape de la vie qui rappelle à la femme, mais aussi à l'homme qui l'assiste, qu'il n'est pas une intelligence artificielle, un pur esprit. Les formes élaborées de la vie humaine, le langage, la culture sont ainsi étroitement imbriquées aux fonctions organiques qui les supportent et qu'elles servent et expriment d'une manière ou d'une autre. Comme le faisait remarquer Yuval Noah Harari dans un récent entretien sur Arte², Freud aurait eu à traiter de mythes fondateurs et de problèmes psychiques et relationnels bien différents si notre espèce avait évolué comme les tortues qui pondent une cinquantaine d'œufs sur une plage et les abandonnent à leur destin.

Ce temps de l'accouchement qui manifeste intensément l'intrication des fonctions organiques, psychiques et sociales l'a fait désigner par Georg Groddeck, un des pères fondateurs de l'approche psychosomatique, comme le phénomène psychosomatique par excellence (Schmoll 1981). C'est donc assez logiquement que, dans des moments de débordement du moi, certaines zones du corps, certains groupes d'organes ou certaines fonctions soient sollicitées dans un processus qui engage en même temps des fonctions psychiques archaïques : mimétisme, oralité, analité... Dans le cas d'Océane, on le repère dans la mise en jeu manifeste de la fonction respiratoire.

La première évocation d'un traumatisme ancien est celle des signes physiques d'une embolie pulmonaire à l'âge de 19 ans. Ensuite, 16 années plus tard, bien qu'ayant vécu entre-temps deux accouchements et trois fausses-couches, ce trauma est à nouveau activé par les messages corporels d'anoxie lors du décubitus dorsal, tandis que le médecin tentait une déflexion de la tête par voie vaginale.

Lorsqu'Océane a repris contact un an après sa sortie du programme de recherche, elle a identifié le même type d'activation des symptômes, et nous avons exploré d'autres sources éventuelles, qui seraient non identifiées. C'est là qu'Océane s'est souvenu de l'épisode encore plus ancien d'étouffement avec une mirabelle. Toutefois cette expérience ne suffisait pas à expliquer une autre préoccupation dont Océane a pu nous faire part : son médecin traitant lui proposait depuis quelques années de passer d'un traitement curatif à un traitement préventif des risques d'embolie, or cette perspective l'effrayait et elle se sentait toujours en danger.

Enfin, lors du retraitement adaptatif des informations par EMDR, a émergé sa culpabilité de continuer à fumer une cigarette plaisir par jour, tandis que son grand-père était décédé d'un cancer du poumon.

À ces évocations qui mettent en jeu la fonction respiratoire, et l'oralité d'une manière générale, est aussi associée la répétition du sentiment d'être seule à percevoir les signaux avant-coureurs d'un danger vital : elle se sent incomprise par son entourage sur la plage et par le corps médical ensuite, alors qu'infirmière elle connaît les symptômes et tente de les prévenir.

3.2.2. Effraction dans la parentalité : une piste de recherche

Les associations d'idées d'Océane font émerger, à travers l'insistance sur la fonction respiratoire, une figure, celle du grand-père maternel, décédé d'un cancer du poumon. Bien qu'à ce stade, puisque mon cheminement avec la jeune femme est a priori terminé, on ne puisse pas en dire grand-chose de bien étayé cliniquement, je ne peux éviter d'au moins relever ce point sur lequel Patrick Schmoll a attiré mon attention.

Océane fait l'expérience d'une embolie pulmonaire à 19 ans, or les embolies chez des sujets jeunes sont un phénomène assez rare. Le rapprochement que l'on peut faire entre Océane et son grand-père, via un organe et une fonction du corps (ici les poumons et la fonction respiratoire) évoque les travaux déjà anciens de Jean Guir en

2. *Un livre pour ma vie* : Yuval Noah Harari, 2024. En ligne : <https://www.arte.tv/fr/videos/118865-008-A/un-livre-pour-ma-vie-yuval-noah-harari/>

psychanalyse et d'Anne Ancelin-Schutzenberger dans son approche psychogénéalogique, travaux repris dans une perspective anthropologique par Patrick Schmoll (2024).

Là encore, l'accouchement se présente comme un moment qui impacte fortement la subjectivité en faisant pivoter les places que le sujet occupe dans la généalogie : tout en ne cessant pas d'être la fille de sa mère, la parturiente devient mère d'un enfant à son tour. La superposition des identités (être fille, petite-fille, mère, grand-mère, etc.) est organisée, pour la construction du sujet, par les systèmes de parenté qui préviennent les confusions et gèrent les paradoxes. Le complexe d'Œdipe est le parangon des structures qui assurent cette construction du soi à la fois par identification mais aussi par différenciation d'avec les parents. Une faille dans la transmission des places organisée par le récit généalogique peut conduire à un phénomène de « parentification » (Böszörményi-Nagy & Spark 1973) : l'inversion des « loyautés » (ce que l'on doit à ses parents, nous le restituons en principe à nos enfants) peut conduire à ce que le sujet ait à enfanter imaginativement ses propres parents, et donc à prendre topologiquement la place de ses grands-parents. Ce qui se traduit parfois par des somatisations remarquables renvoyant mimétiquement au corps de l'aïeul impliqué.

Sans pouvoir en dire davantage, on ne peut ici qu'ouvrir cette piste de recherche, car elle amène elle aussi à reconsidérer l'essence profonde du trauma en quelque sorte originaire, qui peut se trouver assez logiquement réactivé par un événement tel que l'accouchement. Ce trauma n'est pas forcément un épisode précis de l'histoire du sujet lui-même, qui se caractériserait par sa brutalité et l'effet de surprise. Il peut être une sorte de « trou » dans la construction du sujet, renvoyant même au-delà de lui, à une faille dans la structure de la parentalité (Bapst & al. 2025).

3.3. Indications thérapeutiques

3.3.1. Efficacité de l'EMDR en première ligne

L'intervention en EMDR a constitué une réponse thérapeutique adaptée et efficace. En suivant le protocole R-TEP dans les 24 heures suivant l'accouchement, puis une psychothérapie EMDR, Océane a pu réintégrer les informations, transformant ainsi une expérience perçue comme terrifiante, ne pouvant pas être intégrée, en un souvenir moins intrusif et mieux intégré dans son histoire de vie. L'EMDR, en tant qu'approche intégrative et non simplement comme un outil, a permis un traitement adaptatif de l'information et un accès à l'élaboration de l'événement traumatique, en rendant possible une prise de distance par rapport à l'effroi initialement ressenti.

Nous pouvons considérer que les résultats avérés dans cette situation sont liés à la prise en charge par EMDR. Seul l'EMDR a été appliqué dans les quinze jours suivant l'état de panique de la patiente. L'identification rapide d'un souvenir source, la compréhension du phénomène par la patiente, infirmière, et par son conjoint, médecin, ont permis d'affirmer le lien entre l'application de l'EMDR et l'apaisement de la patiente.

L'effraction psychique, dans le contexte de l'accouchement traumatique, met en évidence les mécanismes de sauvegarde psychique qui peuvent se déclencher lorsque la réalité vécue entre en conflit avec les capacités internes de traitement de l'information, et que l'événement dépasse les ressources de régulation émotionnelle de la patiente. Ce processus de « brèche effractante » dans l'intégrité psychique se manifeste par une perturbation du vécu. Ce phénomène crée une situation où la mémoire de l'événement ne peut pas être intégrée, d'où l'apparition de symptômes post-traumatiques.

3.3.2. Importance d'une intervention précoce

Une méta-analyse adossée à une revue systématique de littérature de P.G. Taylor Miller & al. (2021) explore l'efficacité d'interventions psychologiques précoces dans la réduction ou la prévention des TSPT chez des femmes dans les douze semaines qui suivent un accouchement traumatique. Les publications tendent à démontrer que les interventions effectuées dans les 72 heures qui suivent un accouchement traumatique ont plus d'effets que les soins habituellement prodigués dans les 4 à 6 semaines à des femmes présentant un TSPT. La revue de littérature invite à davantage d'études incluant un suivi à plus long terme, 6 à 12 mois après l'accouchement. C'est l'objet de l'étude ACTES dont les premiers résultats sont en cours de publication.

3.3.3. Prendre en compte l'angoisse comme signal

Je rappellerai la conception freudienne de l'angoisse qui fonctionne comme un mécanisme de défense et de prévention contre l'effraction psychique, d'où l'idée qu'elle doit servir de signal aux soignants.

Océane a vécu la répétition du sentiment d'être la seule à percevoir les signaux avant-coureurs d'un danger vital (corps médical démuni, absence de réassurance, incompréhension de la panique exprimée). La demande de césarienne lors d'une consultation pendant la grossesse n'a pas été suivie, alors que les fausses couches répétées s'ajoutent aux facteurs de risque de développer un vécu traumatique.

Le cas d'Océane nous enseigne que, même si l'état de santé est mesuré comme rassurant par l'équipe médicale, l'inquiétude et l'état psychique de la patiente doivent être pris en considération. Il était clair pour Océane, que ce stress était lié à des réactivations d'expériences antérieures, associées à un danger vital qui aurait été mésestimé. L'application du R-TEP a apporté un abaissement immédiat du stress identifié et a révélé le trauma initial.

3.3.4. La question du transfert et le rôle du/de la psychologue

Il n'est pas tout-à-fait établi à ce jour que l'efficacité de l'EMDR s'explique entièrement par la théorie neurobiologique qui lui sert de référence. Plusieurs revues de littérature montrent que d'autres pratiques telles que l'hypnose, l'écriture thérapeutique, etc. ont la même efficacité (Van Etten & Taylor 1998, Davidson & Parker 2001, Bradley & al. 2005). Même la stimulation bilatérale alternée (SBA) pratiquée sans recourir aux mouvements oculaires a des effets (Davidson & Parker 2001). Sans donc contester l'efficacité de la technique, qui est avérée, on peut faire l'hypothèse qu'elle repose sur une caractéristique générale des médiations thérapeutiques, qui est, d'une part, de permettre au sujet de s'extraire de l'immédiateté des représentations traumatisantes qui le submergent, en faisant en quelque sorte un pas de côté pour retrouver l'expérience ordinaire du corps qui est à la fois celle d'un vécu et d'une mise à distance de ce vécu (Bichet & al. 2024) ; et d'autre part, pour permettre précisément cette distanciation, d'instaurer un cadre protégé et une relation de confiance avec le thérapeute.

On retrouve cet effet général de la relation de réassurance par le cadre et le thérapeute dans d'autres approches sur d'autres cas de TSPT, par exemple dans la pratique de la psychoboxe avec des personnes ayant subi un viol (F. Schmoll 2025 dans ce même numéro). Cette observation souligne l'importance de la gestion du transfert et du contre-transfert en thérapie EMDR comme dans d'autres pratiques, et donc de la compétence du thérapeute.

La relation transférentielle a d'autant plus d'importance dans une psychothérapie que la personne est dans une situation de vulnérabilité. C'est de notre propre sensibilité, notre vulnérabilité qu'il s'agit ici. L'effraction initiale ou le « trauma source » ont pu être activés. Cette activation accompagnée d'une attention soutenante a favorisé la réorganisation des éléments effractés. La naissance dans un cadre sécuritaire a également permis de contenir l'effraction psychique de la réactivation traumatique.

S'agissant de la poursuite de séances d'EMDR à l'issue du protocole de recherche, la question est alors celle de la place de la relation thérapeutique dans l'efficacité de la psychothérapie. *“La présence de la psychothérapeute, avec ses capacités de contact et de confrontation aux contraintes existentielles, va en elle-même avoir un potentiel soignant. Il s'agit de remettre de l'humain à un endroit où celui-ci a fait défaut, en particulier en permettant à la personne de retraverser l'endroit du trauma avec toutes les ressources qu'elle aura pu développer par ailleurs, dans la sécurité du lien thérapeutique, de manière à intégrer définitivement l'expérience et à retrouver la continuité et l'unité de son psychisme”* (Six 2016).

Références :

- Bapst M., Druzhinenko-Silhan D. & Schmoll P. (2025). Penser l'effraction en approche systémique, *Cahiers de systémique*, 6, p. 5-12. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.16033499>.
- Bayle B. & Chavagnat J.-J. (2021). Les traumatismes psychiques en périnatalité, in B. Bayle, *Traumatismes psychiques à l'aube de la vie*. Toulouse, Érès, p. 25-42.
- Bichet L., Hertzog S. & Schmoll P. (2024). Le corps, lieu d'une expérience paradoxale, *Cahiers de systémique*, 5, p. 5-12. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.14198472>.
- Binet E. (2021). Des traumatismes à l'accouchement aux traumatismes postnataux archaïques des mères : L'apport de l'EMDR, in B. Bayle, *Traumatismes psychiques à l'aube de la vie*. Toulouse, Érès, p. 235-242.

- Bodin E. (2021). *Impact psychotraumatique des césariennes « code rouge » et facteurs de risque impliqués dans le trouble de stress post-traumatique des parturientes*, thèse pour le DE de Docteur en médecine, Université de la Réunion. En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03472466>
- Böszörményi-Nagy I. & Spark G.M. (1973). *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*, New York, Harper & Row.
- Bradley R. & al. (2005). A multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD, *American Journal of Psychiatry*, 162, p. 214–227. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>.
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>.
- Cliniques (2011). *De l'effraction au traumatisme*. Dossier de la revue *Cliniques*, 2. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-cliniques-2011-2>.
- Crocq L. (ed.) (2014). *Traumatismes psychiques : Prise en charge psychologique des victimes* (2e éd), Paris, Elsevier-Masson.
- 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), p. 305–316. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.305>
- Deforges C., Sandoz V., Horsch A. (2020). Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. *Périnatalité*, 12(4), p. 192-200. DOI : <https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0101>.
- Demiche T. (2021). in B. Bayle, *Traumatismes psychiques à l'aube de la vie*. Toulouse, Érès, p. 243-252.
- Freud S. (1915). *Zeitgemässes über Krieg und Tod*. T. fr. (1927). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot.
- Hellbrunn R. (2025), Effraction et trauma dans la théorie freudienne, *Cahiers de systémique*, 6, p. 13-21. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.16035195>.
- Merg Essadi D. & Bacqué M.-F. (2022). Paradoxes de la position du/de la psychothérapeute entre pratique et recherche, *Cahiers de systémique*, 1, p. 39-50. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.7447808>.
- Merg Essadi D., Druzhinenko-Silhan D., Resch V., Revert M., Pavan D., & Bacqué M.-F. (2023). Expérience traumatique de l'accouchement de la maternité et EMDR précoce : Étude observationnelle et suivi de 9 patientes. *Conférence sur la recherche et la pratique d'EMDR Europe*, Bologne, 23-25 juin 2023.
- Merg Essadi D., Druzhinenko-Silhan D., Resch V., Revert M., Pavan D., & Bacqué M.-F. (2025), Accouchement, Choc Traumatique et Élaboration Subjective (ACTES) : Présentation de la méthodologie de recherche d'une étude longitudinale mixte sur les effets de la psychothérapie EMDR, *Cahiers de systémique*, 7, sous presse.
- Sandström M., Wiberg B., Wikman M., Willman A.K., Högberg U. (2008). A pilot study of eye movement desensitization and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, 24(1), p. 62–73. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.07.008>.
- Schmoll F. (2025), Prendre des gants avec les victimes de viols : répondre à l'effraction psychique par la douceur, *Cahiers de systémique*, 6, p. 45-56. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.16037780>.
- Schmoll P. (1981). Le langage ou l'enfantement comme alternatives à la maladie organique chez Georg Groddeck, *Bulletin de Psychologie*, 34(351), p. 737-744. DOI : <https://doi.org/10.3406/buppsy.1981.11887>.
- Schmoll P. (2024). La question de la structure en psychosomatique. 1. L'entrée en crise : effets d'anniversaire et figure de « l'enfant-temps », *Cahiers de systémique*, 5, p. 51-63. DOI : <https://doi.org/10.5281/zenodo.14192424>
- Shapiro F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories, *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), p. 199-223. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>.
- Shapiro F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), p. 211-7. DOI : [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6).
- Shapiro F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New York, Guilford Press. Trad. fr. (2007), *Manuel d'EMDR : Principes, protocoles, procédures*, Paris, Interéditions.
- Shapiro F. & Forrest M.S. (2004). *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma*, New York, Basic books. Tr. fr. (2005), *Des yeux pour guérir. EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes*, Paris, Seuil.
- Six C. (2016). Traumatisme, rupture de lien et recomposition psychique, *Gestalt*, 48-49(1), p. 125-139. DOI : <https://doi.org/10.3917/gest.048.0125>.
- Stramrood C.A.I., van der Velde J., Doornbos B., Marieke Paarlberg K., Weijmar Schultz W.C.M., van Pampus M.G. (2012). The patient observer: eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth, *Birth-Issues in perinatal care*, 39(1) p. 70-76. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00517.x>.

D. Merg Essadi : La réactivation du trauma à l'occasion d'un accouchement

- Sulimovic L. & Gressier F. (2021). De la notion de risque à celle de vulnérabilité dans l'état de stress post-traumatique du post-partum : Questionnements à partir d'une revue de la littérature in B. Bayle, *Traumatismes psychiques à l'aube de la vie*. Toulouse, Érès, p. 57-69.
- Taylor Miller P.G., Sinclair M., Gillen P., McCullough J.E.M., Miller P.W., Farrell D.P., Slater P.F., Shapiro E., Klaus P. (2021). Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis, *PLOS One*, 16(11), e0258170. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170>.
- Vadeboncoeur H. (2006). *Accouchement et traumatisme psychologique. Revue de littérature sur accouchement et traumatisme*, s.d. En ligne : <https://ciane.net/biblio/public/3048.pdf>.
- Van Etten M.L. & Taylor S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5(3), p. 126-144. DOI : [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199809\)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H)