

# L'apport d'un traitement du trauma à composants multiples, fondé sur l'EMDR, à des enfants victimes de traumas interpersonnels graves

Ignacio Jarero

Susana Roque-López

Julio Gomez

*Fondation latino-américaine et caribéenne pour la recherche sur les psychotraumatismes,*

*Ville de Mexico, Mexique*

*Innocence en Danger Colombie*

Cette étude a évalué une approche thérapeutique du trauma, orientée par phases et à composants multiples, auprès de 34 enfants victimes de traumas interpersonnels graves (e.g., viols, abus sexuels, violences physiques et émotionnelles, négligences, abandon). Les enfants ont participé à un camp résidentiel de rétablissement psychologique d'une semaine, apportant des expériences de développement de ressources, le protocole EMDR de traitement intégratif de groupe EMDR (PTIG-EMDR), et une intervention EMDR individualisée pour la résolution de souvenirs traumatiques. Les séances EMDR individuelles ont été réalisées avec 26 enfants qui éprouvaient toujours une certaine détresse en lien avec leur souvenir ciblé après le PTIG-EMDR. Les résultats ont montré une amélioration significative pour tous les participants sur l'Echelle de la réaction de l'enfant à des événements traumatiques (*Child's Reaction to Traumatic Events Scale* [CRTES]) et l'Entretien court d'évaluation de l'ESPT (*Short PTSD Rating Interview* [SPRINT]), avec des résultats thérapeutiques maintenus lors du suivi. D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer les effets du PTIG-EMDR et des interventions EMDR individuelles en tant que composants d'une approche multimodale auprès d'enfants qui ont souffert de traumas interpersonnels graves.

**Mots-clés :** Protocole de traitement intégratif de groupe EMDR ; EMDR avec les enfants ; trauma complexe ; traumas interpersonnels chez les enfants ; thérapie orientée par phases à composants multiples

Les violences contre les enfants sont multidimensionnelles et nécessitent une réponse plurielle. La protection des enfants contre les violences est une question urgente. Les enfants subissent la violence des adultes depuis des siècles, sans être vus ni entendus. Ils doivent bénéficier de la prévention et de la protection efficaces qui constituent pour eux un droit absolu (Nations Unies, 2006).

Les violences interpersonnelles, directes ou indirectes, particulièrement celles subies dans l'enfance, peuvent soit précipiter le déclenchement d'un état de stress post-traumatique (ESPT) soit agir en tant que facteur de risque, augmentant le risque de

développement d'un ESPT après des traumas subséquents (Brewing, Andrews & Valentine, 2000).

Les enfants dont les traumatismes se produisent au sein de relations interpersonnelles peuvent développer les symptômes associés à l'ESPT (American Psychiatric Association [APA], 2000). Il s'agit de difficultés au niveau de la confiance, de la régulation des affects, du contrôle de l'impulsivité et identitaires, ainsi que de problèmes somatiques. Les enfants qui ont été maltraités développent souvent des symptômes additionnels en lien avec l'auto-efficacité et la sexualité (van der Kolk, 2002).

Les maltraitements graves dans l'enfance sont associées à divers effets biologiques qui altèrent le développement

This article originally appeared as Jarero, I., Roque-Lopez, S., & Gomez, J. (2013). The Provision of an EMDR-Based Multicomponent Trauma Treatment With Child Victims of Severe Interpersonal Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(1), 17–28. Translated by Jenny Ann Rydberg.

neurologique (De Bellis & Van Dillen, 2005). Ces diathèses biologiques préparent le terrain pour des déficits sur le plan du traitement émotionnel et du fonctionnement exécutif qui conduisent à une autorégulation altérée et à des troubles psychiatriques ultérieurs tels que l'ESPT, la dépression et d'autres problèmes émotionnels (van der Kolk, 2005). La recherche sur l'ESPT chez les jeunes ayant subi des maltraitements s'est beaucoup développée en raison de la prévalence considérable de ce trouble dans ce groupe (Pecora, White, Jackson & Wiggins, 2009).

## Le traitement d'enfants maltraités

Une approche thérapeutique du trauma, orientée par phases et à composants multiples, est fortement recommandée (e.g., Courtois & Ford, 2009). La première phase du traitement se centre sur la sécurité du patient, la stabilisation des symptômes et l'amélioration des compétences de vie fondamentales. La deuxième phase comprend l'exploration des souvenirs traumatiques en réduisant d'abord la détresse émotionnelle aiguë résultant de ces souvenirs et en réévaluant ensuite leur sens et en les intégrant dans une identité cohérente et positive.

La Société internationale pour les études sur le stress traumatique (International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS]) a effectué une enquête auprès de cliniciens experts sur les meilleures pratiques pour le traitement de l'ESPT complexe (Cloitre et al., 2011). Pour les approches de la première phase, les stratégies centrées sur les émotions et de régulation émotionnelle ont obtenu les meilleurs scores d'efficacité, tandis que les informations sur le trauma et sur la pleine conscience étaient en deuxième place. Pour les approches de la deuxième phase, la thérapie individuelle était identifiée comme le premier choix pour le traitement des souvenirs traumatiques, et le travail de groupe combiné à la thérapie individuelle était le deuxième choix.

## EMDR

L'EMDR est recommandé pour le traitement de l'ESPT chez les adultes et chez les enfants par de nombreuses directives internationales telles que Cochrane Review (Bisson & Andrew, 2007) et le National Collaborating Centre for Mental Health (centre national de santé mentale) (2005). Il existe également des preuves préliminaires en faveur de son application dans le traitement d'autres troubles psychiatriques, de divers problèmes de santé mentale et de symptômes somatiques.

Le cadre théorique sur lequel se fonde l'EMDR est le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI).

Shapiro (2001) formule l'hypothèse selon laquelle de nombreuses psychopathologies sont causées par l'encodage inadapté du traitement incomplet d'expériences défavorables, traumatiques et/ou perturbantes. Ceci altérerait la capacité de l'individu à intégrer ces expériences de manière adaptative. Le processus de l'EMDR en huit phases et à trois volets faciliterait la reprise du traitement normal et de l'intégration de l'information. Cette approche thérapeutique qui cible les expériences passées, les déclencheurs présents et les difficultés futures potentielles peut souvent résulter en l'allègement des symptômes initiaux avec une diminution ou l'élimination de la détresse en lien avec le souvenir perturbant, une image de soi améliorée, un soulagement de la perturbation corporelle et la résolution des déclencheurs présents et anticipés futurs. L'évolution et l'élucidation tant des mécanismes neurobiologiques (inconnus pour toute forme de psychothérapie) que des modèles théoriques se poursuivent à travers la recherche et le développement théorique (EMDR International Association [EMDRIA], 2011).

Il existe un corpus de recherches évaluant le traitement EMDR de traumas de type 1 (incident isolé) chez les enfants : les catastrophes naturelles (Chemtob, Nakashima & Carlson, 2002 ; Fernandez, 2007 ; Greenwald, 1994), les cambriolages (Cocco & Sharpe, 1993) et les accidents de la route (Kemp, Drummond & McDermott, 2010 ; Ribchester, Yule & Duncan, 2010). L'EMDR individuel avec les enfants traumatisés s'est avéré très efficace pour réduire les symptômes de stress post-traumatique. Voir Adler-Tapia et Settle (2008) et Fleming (2012) pour des résumés.

Il n'existe que quelques études qui ont spécifiquement investigué le traitement EMDR de traumas de type 2 (expériences durables tels que les abus sexuels ou la guerre) chez les enfants (Fleming, 2012). Un essai contrôlé randomisé de Jabberghaderi, Greenwald, Rubin, Zands et Dolatabadi (2004) a évalué l'apport d'EMDR ou de thérapie cognitive comportementale (TCC) auprès de filles iraniennes âgées de 12 à 13 ans qui avaient été sexuellement abusées. Même si les filles rapportaient des symptômes de trauma et que les enseignants décrivaient des comportements problématiques, il n'y a pas eu d'évaluation diagnostique. Les participants pouvaient bénéficier de 12 séances de thérapie au plus ; il y avait au moins 10 séances de TCC mais pas de minimum pour l'EMDR, et l'EMDR était significativement plus efficace que la TCC. Les autodescriptions, les descriptions des parents et des enseignants ont été recueillies lors du prétraitement et deux semaines après le traitement. Il n'y avait pas de différence significative entre les traitements, et

à la fois l'EMDR et la TCC produisaient des effets de taille importants sur les résultats des symptômes post-traumatiques et des effets de taille moyens pour la diminution des problèmes comportementaux en classe.

Wadda, Zaharim et Alqashan (2010) ont évalué la prévalence de l'ESPT chez des enfants qui ont immigré en Malaisie pour s'échapper de la guerre en Iraq et ils ont trouvé que 68,5% présentaient des symptômes d'ESPT. Les parents des 12 enfants (âgés entre 7 et 12 ans) ont donné leur accord pour que leurs enfants bénéficient de 12 séances d'EMDR. Il n'y avait pas de différence statistique lors du prétraitement quant aux scores sur la mesure ESPT entre les deux groupes d'enfants, mais lors du post-traitement, les scores du groupe EMDR avaient diminué considérablement.

### **Le Protocole EMDR de traitement intégratif de groupe**

Le Protocole EMDR de traitement intégratif de groupe (*EMDR Integrative Group Treatment Protocol [EMDR-IGTP]*) a été développé par les membres de l'association mexicaine du soutien en santé mentale en temps de crise (AMAMECRISIS) lorsqu'ils étaient débordés par les besoins considérables de services de santé mentale après que l'ouragan Pauline ait ravagé la côte ouest du Mexique en 1997. Ce protocole est également connu en tant que Protocole de groupe du papillon, Protocole EMDR de groupe, et Protocole EMDR de groupe d'enfants. Pour des instructions détaillées et la version sous forme de scripts, voir Artigas, Jarero, Alcalá & López Cano (2009). Le PTIG-EMDR a été utilisé dans son format original, ou avec des adaptations, pour répondre aux circonstances dans divers contextes à travers le monde (Gelbach & Davis, 2007 ; Maxfield, 2008). Des études de cas et des études de terrain ont documenté son efficacité auprès d'enfants et d'adultes après des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, au cours de traumatismes continus en temps de guerre et lors de crises géopolitiques continues (Adúriz, Knopfler & Bluthgen, 2009 ; Jarero & Artigas 2009 ; Jarero & Artigas, 2010 ; Jarero, Artigas & Hartung, 2006 ; Jarero, Artigas, Mauer, López Cano & Alcalá, 1999 ; Jarero, Artigas, Montero, 2008 ; Zaghrou-Hodali, Alissa & Dodgson, 2008). Une nouvelle application pour le trauma interpersonnel a été testée dans la République Dominicaine du Congo où une étude de terrain a montré qu'après deux séances du protocole EMDR de groupe, les 50 adultes victimes de viols ont décrit la cessation des symptômes d'ESPT et des douleurs dans le bas du dos (Allon, cité par Shapiro, 2011).

### **L'organisation Innocence en danger**

Innocence en danger (IED ; 2011) est un mouvement mondial de protection des enfants contre les violences et l'exploitation sexuelles. Il s'agit d'une organisation internationale sans but lucratif non gouvernementale créée par un groupe de citoyens le 15 avril 1999. Son but est de mettre en œuvre le plan d'action des experts de l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, les sciences et la culture) réunis en janvier 1999 au sujet des maltraitances sexuelles envers les enfants, la pornographie infantile et la pédophilie sur internet. Les commissions de l'IED se concentrent sur la sensibilisation du public, à travers les médias, aux problèmes croissants de pédocriminalité et sur le soutien direct apporté aux enfants abusés entre 0 et 18 ans, par des procédures thérapeutiques et juridiques (IED, 2011).

IED est actif dans 29 pays à travers le monde en collaboration avec des partenaires qui partagent les mêmes objectifs. IED rassemble ainsi des militants, des spécialistes d'internet, des juristes, des responsables politiques, des hommes et des femmes d'affaires, les médias et des groupes d'action nationaux. IED possède des bureaux en France, en Suisse, en Allemagne, aux Etats-Unis et en Colombie. Chaque bureau fonctionne en tant qu'association dans son pays et est économiquement indépendant des autres.

Depuis 2008, IED Colombie opère à Cali, une ville du sud-ouest du pays. La mission humanitaire d'IED Colombie est de fournir un soutien psychologique et un traitement aux enfants victimes de violence et de plaider en faveur de la protection de tous les enfants en éduquant la société colombienne à propos de la maltraitance infantile sous toutes ses formes. IED Colombie a l'ambition d'être une organisation spécialisée au niveau de l'attention portée à et à la prévention des traumatismes et du stress post-traumatique engendrés par les violences, particulièrement les violences sexuelles, envers les enfants et les adolescents.

Avant cette étude, IED Colombie avait réalisé trois camps de rétablissement psychologique depuis sa création. Chaque camp durait 7 jours, les enfants étant hébergés dans des dortoirs dans la ville de Cali. Les camps offraient une thérapie de groupe à environ 35 enfants, âgés de 9 à 14 ans, ayant subi diverses formes de maltraitances. Le traitement incluait des activités de groupe et de l'EMDR. Au cours des trois premiers camps, des procédures ont été mises en place et testées, donnant lieu à des modifications afin d'optimiser l'expérience des enfants. Les résultats prometteurs ont encouragé les auteurs à organiser un quatrième camp en vue de mener une étude.

Chaque camp durait 7 jours, les enfants étant hébergés soit dans des dortoirs de la ville de Cali soit par leurs familles dans différentes villes de la région. Soixante-dix enfants au total ont été traités dans les trois camps (14 lors du premier, 24 lors du deuxième, 32 lors du troisième). Le traitement comprenait des activités de groupe et de l'EMDR. Ces activités se concentraient principalement sur les expressions corporelles et langagières, sur l'expérience de ses propres émotions et sur le potentiel créatif à travers l'art. Au cours de ces trois camps, des procédures ont été élaborées et testées avec des modifications. Les résultats prometteurs de ces camps ont encouragé les auteurs à organiser un quatrième camp afin de réaliser une étude.

## Méthode

### Participants

Trente-quatre enfants (18 garçons, 16 filles) âgés entre 9 et 14 ans ont participé au camp. Tous avaient subi des violences interpersonnelles graves (e.g., viols, abus sexuels, violences physiques et émotionnelles, négligences, abandons) ; la plupart ( $n = 32$ ) étaient victimes de viols ou d'abus sexuels. Un groupe d'enfants ( $n = 19$  ; 11 garçons, 8 filles) provenait d'une institution accréditée par l'Institut colombien du bien-être familial (ICBF) ; ces enfants avaient vécu dans la rue ou avaient été enlevés de leur famille à cause de leurs propres comportements problématiques. Dans l'autre groupe ( $n = 15$  ; 7 garçons, 8 filles), les enfants vivaient avec leurs familles et étaient victimes de viols, d'abus sexuels et de violences physiques et émotionnelles. Aucun enfant n'avait bénéficié de traitement psychologique spécialisé du trauma.

### Procédure

Le camp a été réalisé du 1er au 7 décembre 2011. La recherche a été menée en huit étapes.

Etape 1 : avant le début du camp, le psychologue de l'agence a rencontré individuellement les enfants ainsi qu'un membre de leur famille ou de l'agence afin d'établir l'histoire clinique de chaque enfant et de choisir avec lui le souvenir traumatique qui serait retraité au cours du camp.

Etape 2 : avant le début du camp, les auteurs ont organisé une retraite d'un jour pour toute l'équipe adulte (psychologues, assistants sociaux et éducateurs) afin de les préparer au travail auprès des enfants au cours du camp.

Etape 3 : au cours du camp (1-7 décembre 2011), les enfants ont bénéficié d'une approche thérapeutique

du trauma orientée par phases et à composants multiples. L'évaluation pré-EMDR a eu lieu le 5 décembre 2011 et la thérapie EMDR de groupe s'est déroulée les 5 et 6 décembre 2011. Il était prévu d'offrir de l'EMDR individuel aux 26 enfants dont les unités subjectives de perturbation (SUD) pour le trauma choisi n'avait pas atteint 0 au cours de l'intervention de groupe.

Etape 4 : de l'EMDR individuel a été offert dans ce camp les 6 et 7 décembre 2011 à six enfants (sur les 11 qui vivaient dans des institutions situées à l'extérieur de la ville de Cali) dont l'évaluation du SUD pour le trauma ciblé n'avait pas atteint 0 au cours de l'intervention de groupe. Deux enfants ont bénéficié d'une séance EMDR individuelle et quatre enfants ont bénéficié de deux séances individuelles.

Etape 5 : de l'EMDR individuel a été offert après le camp entre les 12 et 16 décembre 2011 aux 20 enfants dont l'évaluation du SUD pour le trauma ciblé n'avait pas atteint 0 au cours de l'intervention de groupe et qui vivaient à Cali. La plupart des enfants ( $n = 18$ ) ont nécessité une séance et seulement deux enfants ont eu besoin de deux séances individuelles. Pendant cette étape, l'intervention de psychoéducation familiale était réalisée pour 7 des 15 enfants qui vivaient en famille plutôt qu'en institution.

Etape 6 : (19-23 décembre 2011) réalisation de l'évaluation post-traitement.

Etape 7 : (27 janvier et 3 février 2012) les enfants ont participé aux "Voyages d'art et de paix intérieure". Les enfants vivant à Cali ( $n = 23$ , des enfants en institution et des enfants vivant en famille) ont participé à la première journée tandis que les enfants vivant dans des institutions extérieures à Cali ( $n = 11$ ) ont participé à la seconde journée. Ces voyages consistaient en une journée de loisirs, d'art et d'activités de pleine conscience. L'objectif était de permettre aux enfants de poursuivre le processus de guérison intérieure et de rétablissement psychologique qui avait commencé lors du camp : la pratique de la communication interne, l'ouverture aux autres et la socialisation empathique.

Etape 8 : (8-10 février 2012) réalisation de l'évaluation de suivi.

## Mesures

### Administration de tests

L'Entretien court d'évaluation de l'ESPT (Short PTSD Rating Interview [SPRINT] ; Connor & Davidson, 2001 ; Vaishnavi, Payne, Connor & Davidson, 2006) et l'Echelle de la réaction de l'enfant à des événements

traumatiques (Child's Reaction to Traumatic Events Scale [CRTES] ; Jones, 1997) ont été administrés aux enfants (Etape 3) au cours du camp avant l'apport du PTIG-EMDR et de l'EMDR individuel. Ces mesures ont également été administrées lors du post-traitement (Etape 6) et lors du suivi (Etape 8). Les tests ont été effectués par un psychologue clinique expérimenté au niveau du PTIG-EMDR. Les évaluations du SUD (Shapiro, 2001) ont été réalisées lors du PTIG-EMDR et de l'EMDR, selon la description dans le texte ci-dessous, afin de contrôler la progression du traitement au cours de la séance.

### Entretien court d'évaluation de l'ESPT (SPRINT)

Le SPRINT (Connor & Davidson, 2001 ; Vaishnavi et al., 2006) est un entretien ou questionnaire d'autoévaluation en huit items possédant des propriétés psychométriques solides qui peut servir de mesure fiable, valide et homogène de la sévérité de l'ESPT et de l'amélioration globale mais aussi de mesure de la détresse somatique, du coping face au stress, des difficultés professionnelles, familiales et sociales. Chaque item est évalué sur une échelle en 5 points : 0 (pas du tout), 1 (un peu), 2 (modérément), 3 (beaucoup) et 4 (énormément). Des scores entre 18 et 32 indiquent des symptômes ESPT marqués ou sévères, entre 11 et 17 des symptômes modérés, entre 7 et 10 des symptômes légers et des scores égaux ou inférieurs à 6 peu ou pas de symptômes. Le SPRINT contient aussi deux items additionnels permettant de mesurer l'amélioration globale selon le changement de pourcentage et l'évaluation de la sévérité. Ce questionnaire a été traduit de l'anglais en espagnol et de l'espagnol en anglais, corrigé et autorisé par l'un de ses auteurs, et adapté au langage des enfants. Le SPRINT a un niveau de performance similaire à l'Echelle d'ESPT administrée par un clinicien (Clinician-Administered PTSD Scale [CAPS]) dans l'évaluation des groupes de symptômes ESPT et des scores totaux et il peut être utilisé comme instrument diagnostique (Vaishnavi et al., 2006). Dans le SPRINT, un score limite de 14 ou plus possède une sensibilité de 95% dans la détection de l'ESPT et une spécificité de 96% dans l'exclusion du diagnostic, avec une précision globale d'attribution correcte de 96% (Connor & Davidson, 2001).

### Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRTES)

Le CRTES (Jones, 1997) est dérivé de l'Echelle d'impact des événements (Impact of Events Scale [IES], Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Il s'agit

d'une mesure d'autoévaluation de 15 items, conçue pour évaluer les réponses psychologiques à des événements de vie stressants. Les réponses sont cotées sur une échelle de type likert, où 0 signifie pas du tout, 1 rarement, 3 parfois et 5 souvent. En plus du score total, le CRTES propose des scores pour deux sous-échelles : les intrusions et l'évitement. Les scores inférieurs à 9 sont considérés comme indiquant une détresse faible ; entre 9 et 18, une détresse moyenne ; supérieurs à 19, une détresse élevée. Bien qu'il s'agisse d'un outil d'autoévaluation, les questions étaient lues à voix haute aux enfants plus jeunes par les membres de l'Equipe de protection émotionnelle (EPE). Leurs réponses étaient enregistrées par l'EPE. Cette mesure fut administrée aux enfants lors du prétraitement, une semaine après le traitement, et lors du suivi après 3 mois.

### Echelle des unités subjectives de perturbation

Une version modifiée du SUD (Shapiro, 2001 ; Wolpe, 1958) fut employée. Plutôt que de demander aux enfants de simplement évaluer leur niveau de perturbation, on leur montrait un diagramme constitué de visages reflétant différents niveaux d'émotion négative (entre 0 et 10, où 0 indique pas de perturbation et 10 une perturbation sévère) et on leur demandait de choisir le visage qui représentait le mieux leur émotion et d'écrire le numéro correspondant sur leur dessin. Les enfants étaient aidés dans ce processus par les membres de l'équipe du camp de rétablissement psychologique.

Les scores SUD font partie intégrante de la thérapie EMDR (Shapiro, 2001) et leur utilisation a été démontrée dans des études EMDR sur des adultes traumatisés. Par exemple, il a été montré que l'échelle SUD possédait une bonne concordance avec les mesures physiologiques autonomes de l'anxiété (e.g., Wilson, Silver, Covi & Foster, 1996). La désactivation physiologique et la relaxation étaient liées à une diminution du score SUD à la fin d'une séance (Sack, Lempa, Steinmetz, Lamprecht & Hofmann, 2008) et le SUD était significativement corrélé avec l'amélioration post-traitement évaluée par le thérapeute (Kim, Bae, & Park, 2008).

### Traitement thérapeutique

#### Atelier de préparation avant le camp pour les professionnels encadrants

Avant le début du quatrième camp – et de l'étude – les auteurs ont animé une retraite destinée à apporter des informations sur la thérapie du trauma ainsi que sur

le traitement et la théorie de l'EMDR à toute l'équipe adulte (psychologues, assistants sociaux, artistes et éducateurs) qui allait participer au camp. C'était l'occasion d'expliquer que lors du traitement de souvenirs traumatiques complexes, l'EMDR est conçu comme un composant d'un plan de traitement intégré (Tinker & Wilson, 1999).

Un accent particulier était également placé sur l'importance de réduire l'hyperactivation du système nerveux sympathique. Les activités étaient présentées comme permettant de favoriser les expériences essentielles de sécurité et de stabilité (Courtois & Ford, 2009). Une attention particulière était demandée aux membres de l'équipe afin que leur présence lors des moments émotionnellement difficiles soient toujours profondément aimante et respectueuse (Jarero et al., 2008), en expliquant que cette présence adulte pouvait augmenter les réseaux mnésiques d'informations positives chez les enfants et constituer une ressource à l'avenir. Cet atelier apporta également des informations sur l'impact et le traitement du trauma ; il proposa des stratégies centrées sur les émotions et de régulation émotionnelle ainsi que de la pleine conscience (Servan-Schreiber, 2003).

## Résumé du traitement

Une approche thérapeutique du trauma orientée par phases et à composants multiples était utilisée au cours de ce camp. Cette approche du stress traumatique complexe a été préconisée par Courtois et Ford (2009). La première phase thérapeutique est centrée sur la sécurité du patient, la stabilisation des symptômes et l'amélioration des compétences de vie fondamentales. La deuxième phase inclut l'exploration des souvenirs traumatiques en réduisant d'abord la détresse émotionnelle aiguë résultant des souvenirs puis en réévaluant leur sens et en les intégrant dans une identité cohérente et positive.

Des études empiriques qui n'ont inclus que des personnes possédant des histoires traumatiques complexes ont montré que le retraitement des souvenirs est raisonnablement bien toléré et bénéfique lorsqu'il est réalisé avec une approche à composants multiples (e.g., Chard, 2005). Il peut être avantageux d'intégrer l'EMDR avec d'autres approches lorsque des troubles comorbides ou des problématiques sociales doivent également être ciblées et sont susceptibles d'influencer la réponse au traitement (Fleming, 2012). Tufnell (2005) a conclu que l'EMDR est adapté aux enfants et adolescents présentant des problèmes de santé mentale comorbides lorsqu'il est utilisé conjointement avec d'autres approches thérapeutiques.

Dans cette étude, la première phase de la thérapie du trauma apportait diverses activités dans le contexte d'un camp thérapeutique destiné à développer la stabilisation et les compétences. Cette recherche a étudié l'efficacité de la seconde phase de la thérapie du trauma en utilisant une combinaison d'interventions de groupe, le PTIG-EMDR et l'EMDR individuel.

## Première phase du traitement du trauma

Il est à noter que la première phase de la thérapie du trauma correspond aux Phases 1 et 2 de la procédure standard de l'EMDR et du PTIG-EMDR. Cette phase incluait donc le recueil de l'histoire de l'enfant par un psychologue de l'agence, avant le camp, ainsi que toutes les expériences dans le camp depuis l'arrivée des enfants le 1<sup>er</sup> décembre jusqu'à leur départ le 7 décembre.

Les activités du camp incluaient les éléments suivants : le réveil des enfants tôt le matin, de la gymnastique douce et le hatha yoga. Le but était de soutenir les processus de guérison mentale (Patanjali, 1991). La pratique du yoga est utilisée pour résoudre le stress traumatique car elle favorise une humeur positive, l'acceptation et une posture paisible à travers les soins apportés au corps et le contrôle de la respiration (van der Kolk, 2012). Chaque jour, les enfants participaient à divers ateliers et activités. Par exemple, un jour, ils ont visité le Musée de l'or à Cali, en Colombie, en tant qu'expérience de participation à la vie urbaine et d'exposition à la culture. Chaque soir, avant de se coucher, une fête était organisée pour les enfants avec la lecture d'histoires, de la relaxation, des sons lents et doux ainsi que de la musique pour enfants. Les activités comprenaient les éléments suivants :

### 1. L'art dans ses diverses expressions

Plusieurs ateliers artistiques étaient animés par des artistes afin d'aider les enfants à contacter leur potentiel créatif. (a) Dans l'atelier peinture "Retrouver l'enfant que je suis", l'objectif pour les enfants consistait à trouver leur "enfant intérieur" qui est au-delà de la douleur et de la souffrance, pour éprouver ainsi la sécurité et la confiance en soi (Tafurt, communication personnelle, 3 juillet 2011). (b) Deux ateliers musicaux ont été réalisés. Dans "approche de la musique en saisissant le rythme", les enfants étaient répartis en groupes afin de découvrir le concept du rythme et de créer une allure collective. Dans "la musique et mes sensations, je crée une histoire", chaque enfant rédigeait une histoire inspirée par son expérience de la musique (bonheur, tristesse, tendresse, mystère, etc.). (c) Dans l'atelier sculpture, les enfants

découvraient la terre glaise en tant que matériau, et après avoir écouté une histoire, chacun sculptait des figurines/ formes des animaux qu'il aimait, puis les peignait et décorait. (d) Dans l'atelier théâtre, les enfants assistaient à la présentation théâtrale de l'histoire *L'EMDR de Bouba le chien* (Meignant, 2007) afin de leur faire comprendre l'utilité des stimulations alternées. Cet atelier avait lieu le même jour que le PTIG-EMDR, mais avant lui.

## 2. Activités physiques

Les enfants ont pratiqué divers sports et loisirs. Les objectifs thérapeutiques correspondaient aux bénéfices connus de l'activité physique, à l'amélioration des compétences sociales, et à la réconciliation des enfants avec leur corps et leur monde (Binswanger, 1971).

## 3. Pratique de la régulation émotionnelle et de l'harmonisation

Le but de ces pratiques était de permettre aux enfants de réguler leurs perceptions, leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements pour générer une harmonie intérieure. Ces pratiques étaient choisies parmi les activités suivantes : (a) Histoires et relaxation suivies des recommandations de Lovett (1999) selon lesquelles l'histoire présente initialement quelque chose de positif qui attire l'attention de l'enfant, puis décrit un événement traumatique et les symptômes associés, et se termine par la résolution du trauma et des croyances positives. (b) Les enfants ont appris la pratique de la "pleine conscience" (Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007) pour augmenter leur expérience directe du corps et développer une attitude de compassion envers soi (Nhat Hanh, 1974) ainsi que l'exercice de la cohérence cardiaque (Deglon, 2006). (c) Dans l'atelier des valeurs humaines, les enfants utilisaient l'imagerie et les cognitions pour visualiser un avenir plein de possibilités, exprimant profondément des valeurs humaines intégrées. (d) L'orientation spirituelle était enseignée non à partir d'une orientation religieuse mais avec un encouragement auprès de chaque enfant à prendre soin de lui et des autres. (e) Des massages biodynamiques psychothérapeutiques étaient offerts aux enfants afin d'améliorer la relaxation et de contribuer au sentiment de sécurité des enfants dans leur corps (Boyesen, 1985).

## 4. Préparation spécifique à l'EMDR

En guise de préparation à l'EMDR, les enfants ont participé à une activité théâtrale, "le dauphin et la poupée Lupita", et ont appris la technique de la respiration abdominale (TRA) – deux activités décrites dans le PTIG-EMDR pour enfants (Jarero

et al., 2008). Les activités consistant à créer leur "lieu sûr" et à "normaliser les signes et les symptômes du stress post-traumatique" ont été effectuées telles que décrites dans le PTIG-EMDR pour enfants. Les enfants étaient accompagnés par l'équipe thérapeutique dans l'apprentissage et la pratique du câlin du papillon (Artigas, 2011) et ont réalisé l'exercice des "petits visages" – un outil utilisé dans le PTIG-EMDR pour enfants pour leur apprendre une manière de communiquer leur niveau de perturbation émotionnelle et le SUD.

## Seconde phase de traitement du trauma

Il est à noter que la seconde phase du traitement du trauma correspond aux Phases 3-7 de la thérapie EMDR (Shapiro, 2001). Dans cette étude, nous avons proposé le PTIG-EMDR aux 26 participants. Le PTIG-EMDR était inscrit parmi les activités du camp. Les séances individuelles d'EMDR ont été offertes à 7 participants résidant à l'extérieur de la ville lors de la dernière journée du camp, et à 20 autres enfants après la fin des activités du camp. Ces thérapies ont été appliquées selon les protocoles standard (Artigas et al., 2009 ; Shapiro, 2001) par trois thérapeutes qui étaient tous des thérapeutes certifiés en EMDR et qui possédaient une formation et de l'expérience de travail auprès des enfants et des populations vulnérables.

**PTIG-EMDR.** La thérapie de groupe était administrée aux 34 enfants au sein d'un groupe et elle a duré 6 heures. Elle était offerte à tous les enfants dans un seul groupe à trois occasions au cours d'une période de trois jours. Le premier jour, les enfants ont effectué la phase de préparation du PTIG-EMDR ; le deuxième jour, ils ont effectué les Phases 3-7 (première mesure SUD) ; le troisième jour, ils ont répété les Phases 3-7 (deuxième et dernière mesure SUD).

Le traitement était administré de la manière suivante : chaque enfant recevait des crayons de couleur et une feuille de papier qu'ils ont pliée afin d'obtenir quatre sections. Les enfants étaient invités à se rappeler l'événement traumatique qu'ils avaient choisi lorsqu'ils ont rencontré le psychologue avant le début du camp et à réaliser un dessin représentant l'incident traumatique dans le quart supérieur gauche de la page. Ils étaient invités à attribuer une évaluation du SUD à cet incident et à noter le chiffre sur le dessin. On leur demandait ensuite de regarder leur dessin tout en effectuant le câlin du papillon. Après 3 minutes, les enfants étaient invités à observer ce qu'ils ressentaient et à dessiner ce qu'ils voulaient en lien avec l'événement dans le quart suivant. Cette procédure était répétée pour les quatre quarts. Ensuite, les

enfants étaient invités à regarder le dessin le plus perturbant et à noter le SUD au verso de leur feuille. Puis les enfants étaient invités à dessiner la manière dont ils se voyaient à l'avenir et à écrire un ou quelques mots ou une phrase expliquant ce qu'ils avaient dessiné. Après cela, on a demandé aux enfants de se rappeler l'événement, de fermer les yeux, de scanner leur corps, puis de faire le câlin du papillon pendant 3 minutes. Dans la dernière étape, les enfants étaient invités à aller dans leur lieu sûr et après 1 minute à respirer profondément et à ouvrir les yeux.

**EMDR individuel.** Les séances individuelles de thérapie duraient chacune 60 minutes. La cible de la séance était le même incident que celui sur lequel s'était centrée la thérapie de groupe. Les dessins étaient utilisés. A cette occasion, les enfants étaient également invités à identifier une cognition négative. La séance se déroulait selon les procédures EMDR standard.

## Résultats

Les effets prononcés du traitement PTIG-EMDR sont évidents au niveau des scores SUD réduits (voir Figure 1). Les évaluations de perturbation subjective des enfants ont baissé au cours de la première séance, avec des résultats maintenus et une diminution supplémentaire au cours de la deuxième séance.

Les effets du programme entier ont été mesurés à l'aide du CRTES et du SPRINT (Connor & Davidson, 2001 ; Vaishnavi et al., 2006) administrés lors des

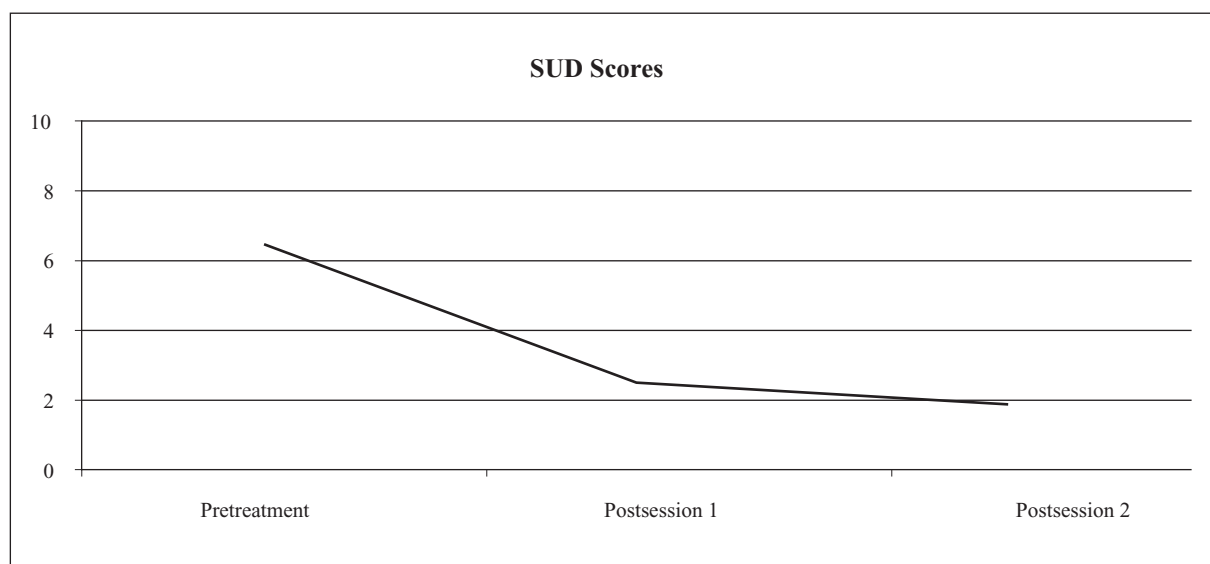
évaluations de prétraitement, de post-traitement et de suivi dans les deux groupes d'enfants (institution et famille). Le Tableau 1 montre les scores moyens et les écart-types obtenus dans les deux groupes pour chaque instrument appliqué au cours du temps.

## Comparaison de l'effet du traitement dans deux groupes différents

Dans le but de déterminer si des différences existent en fonction de la condition (famille ou institution), un modèle linéaire a été développé. Les scores des deux instruments (CRTES et SPRINT) étaient comparés pour les mesures répétées (prétraitement, post-traitement et suivi) pour chacun des groupes (institution et famille). Les résultats n'ont pas montré d'effet significatif pour l'interaction entre les scores des instruments et le type de groupe. Ces résultats montraient un pattern similaire pour les deux groupes (institution et famille).

L'analyse de la variance (ANOVA) a montré un effet significatif du temps pour les deux instruments, tous les participants ( $n = 34$ ) montrant une amélioration sur le CRTES ( $F[1,33] = 520,26, p < 0,001$ ) et sur le SPRINT ( $F[1,33] = 259,27, p < 0,001$ ). Tous les scores SPRINT lors du suivi indiquaient des symptômes ESPT légers ou minimes (Figure 2). Aussi, tous les scores CRTES lors du suivi indiquaient une détresse faible (Figure 3).

Des tests  $t$  post-hoc planifiés ont été effectués afin d'évaluer le changement pour le groupe total et



**FIGURE 1.** Changements des scores d'unités subjectives de perturbation (SUD) au cours de séances du protocole de traitement intégratif de groupe EMDR (PTIG-EMDR).

Note: SUD Scores = scores SUD ; Pretreatment = prétraitement ; Postsession = post-séance.



**TABLEAU 1. Scores des enfants sur le SPRINT et le CRTES.**

Groupe	n	Prétraitement		Post-traitement		Suivi	
		m	$\sigma$	m	$\sigma$	m	$\sigma$
<b>SPRINT</b>							
Institution	19	18,95	6,786	4,53	3,657	2,11	2,726
Famille	15	16,73	5,824	4,73	2,963	1,00	1,254
Total	34	17,97	6,384	4,62	3,321	1,62	2,243
<b>CRTES</b>							
Institution	19	35,79	9,157	9,84	6,283	4,42	3,641
Famille	15	35,13	7,945	5,80	3,489	2,33	2,289
Total	34	35,50	8,522	8,06	5,554	3,50	3,250

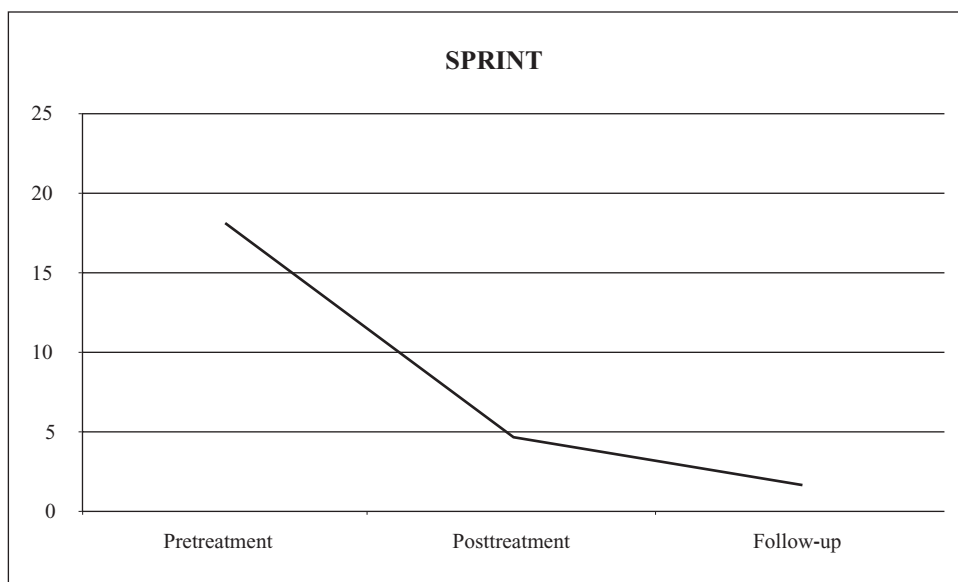
Note : SPRINT = Short PTSD Rating Interview (Entretien court d'évaluation de l'ESPT) ; CRTES = Child's Reaction to Traumatic Events Scale (Echelle de la réaction de l'enfant aux événements traumatiques)

pour chaque groupe distinct. Une diminution significative des symptômes a été montrée pour le CRTES ( $t[33] = 15,49, p < 0,001$ ) et pour le SPRINT ( $t[33] = 19,87, p < 0,001$  ; voir Tableau 1 et Figures 2 et 3). Ces résultats confirment l'effet du programme et son maintien au cours du temps. Enfin, la modification rapide des évaluations du SUD pendant les séances de retraitement (Figure 1) est cohérente avec ce qui a été rapporté lors d'études antérieures.

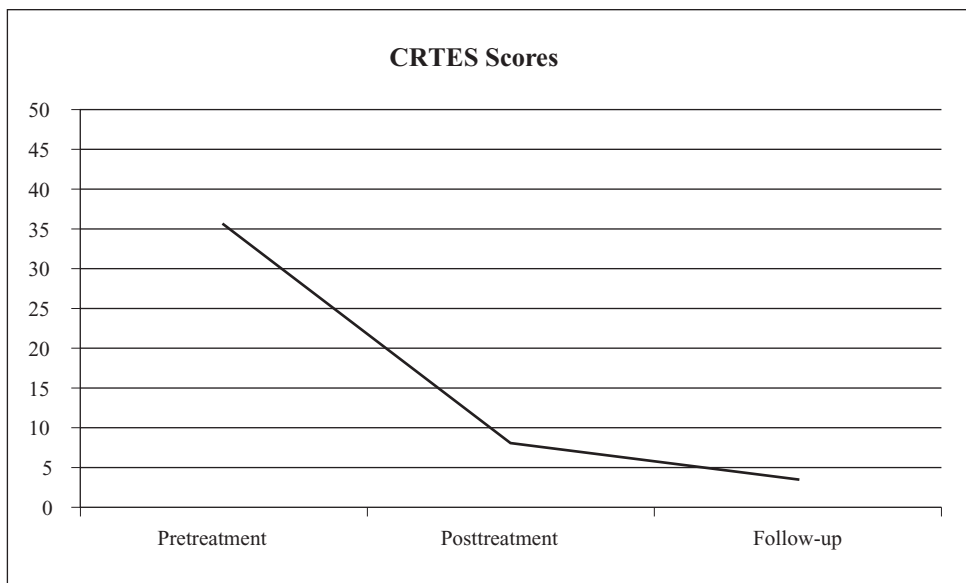
**Amélioration globale.** Le SPRINT comporte deux items destinés à mesurer l'amélioration globale, l'un évaluant le pourcentage de changement et l'autre la

sévérité. Item 1 : "Dans quelle mesure vous sentez-vous mieux depuis le début du traitement ? Sous forme de pourcentage entre 0 et 100 ?" Item 2 : "Dans quelle mesure les symptômes ci-dessus se sont-ils améliorés depuis le début du traitement ?" 1 (*pire*), 2 (*pas de changement*), 3 (*minimalement*), 4 (*beaucoup*), 5 (*vraiment beaucoup*)." Pour l'Item 1, la réponse moyenne lors du suivi pour le groupe de participants est de 95% et pour l'Item 2, la réponse moyenne lors du suivi était "vraiment beaucoup".

**Voyages d'art et de paix intérieure (suivi).** Différents enfants avaient exprimé leur envie de se retrouver tous

**FIGURE 2.** Changements des scores du SPRINT après le traitement.

Note. Pretreatment = prétraitement ; Posttreatment = post-traitement ; Follow-up = suivi.



**FIGURE 3.** Changements des scores du CRTES après le traitement.

*Note.* CRTES Scores = scores CRTES; Pretreatment = prétraitement ; Posttreatment = post-traitement ; Follow-up = suivi.

ensemble pour les séances de groupe de suivi appelées “Voyages d’art et de paix intérieure”. Au cours des voyages (27 janvier et 3 février 2012), les observations cliniques des auteurs étaient que les enfants avaient un nouveau sentiment de plaisir et une meilleure capacité de s’amuser et d’apprécier leurs expériences.

## Discussion

Les résultats obtenus ont montré des effets significatifs du traitement EMDR chez les enfants quel que soit leur cadre de vie (familial ou institutionnel). Les effets du traitement ont été maintenus au cours du temps tels que montrés par les mesures de suivi.

### Traitement multimodal

Un traitement multimodal a été apporté aux enfants, la première phase de la thérapie se produisant dans le contexte d’un camp psychologique. Comme déjà décrit, les activités étaient destinées à augmenter la conscience de soi et l’acceptation de soi. Les enfants ont appris des stratégies centrées sur les émotions et de régulation émotionnelle ainsi que la pleine conscience. Ces pratiques ont été évaluées par des experts en trauma comme des traitements de phase 1 de première et seconde ligne (Cloitre et al., 2011). La thérapie multimodale proposée dans cette étude répondait à plusieurs besoins thérapeutiques différents des enfants. Ce programme d’une semaine semblait suffisant pour permettre à des enfants préadolescents souffrant de trauma complexe de connaître un changement

important afin qu’ils puissent poursuivre leurs vies avec un nouveau sentiment de force et de joie.

Dans une perspective théorique de traitement de l’information (Shapiro, 2001), les auteurs considèrent que l’un des bénéfices principaux des diverses activités était la création et le renforcement de réseaux mnésiques positifs. Ces réseaux étaient alors disponibles pour que les enfants puissent y accéder pendant le retraitement EMDR de leurs souvenirs traumatiques. L’hypothèse est formulée selon laquelle ceci a permis aux enfants de se centrer sur le souvenir sans être submergés par des perturbations émotionnelles.

Cette étude a montré les résultats positifs d’une semaine de thérapie multimodale incluant le PTIG-EMDR et (pour la plupart des enfants) une ou deux séances individuelles d’EMDR. Ceci a constitué un traitement très efficace et limité dans le temps. De plus, le fait de traiter un nombre important d’enfants en une semaine constitue un avantage en termes de coûts.

Ceci semble constituer une alternative efficace au type de traitement typiquement offert aux enfants, impliquant des séances de groupe ou individuelles sur une période de 2 ou 3 mois. Le recherche a montré que les enfants atteints d’un ESPT s’améliorent de manière conséquente lors de thérapies durant entre 9 et 12 semaines, et les réponses à l’enquête de l’ISTSS (Cloitre et al., 2011) suggèrent même une thérapie plus longue pour l’ESPT complexe. Nous recommandons le traitement multimodal avec le PTIG-EMDR et l’EMDR individuel en tant qu’alternative puissante aux approches traditionnelles.

Les résultats de cette étude démontrent l'efficacité d'une combinaison du PTIG-EMDR et de l'EMDR individuel dans la résolution des symptômes ESPT chez les enfants qui ont vécu un trauma interpersonnel. Ces résultats sont compatibles avec ceux d'autres études qui ont investigué l'utilisation de ces approches avec les enfants traumatisés. Cependant, l'emploi de l'EMDR et du PTIG-EMDR dans cette étude est unique à plusieurs points de vue.

Les autres études portant sur le PTIG-EMDR ont montré qu'il s'agit d'un traitement efficace et efficient pour des groupes d'individus qui ont vécu ensemble une catastrophe donnée. Dans cette étude, les événements traumatiques ciblés par les enfants dans leur traitement EMDR étaient des événements individuels. Néanmoins le protocole de groupe était approprié et efficace. Il a été utilisé à trois occasions avec ces participants ayant un trauma complexe, plutôt qu'une seule fois comme c'est plus souvent le cas dans d'autres études (voir Figure 1).

Ceci est également la première étude qui mesure les effets de la combinaison du PTIG-EMDR et de l'EMDR individuel. Il a été observé que les trois séances de PTIG-EMDR avaient pour effet de réduire les scores SUD associés avec le souvenir traumatique et d'augmenter le sentiment de maîtrise de l'enfant et sa confiance qu'il pouvait faire face aux souvenirs terrifiants. Seules une ou deux séances individuelles d'EMDR étaient nécessaires pour ces enfants qui avaient vécu divers traumas interpersonnels sévères. Il faut noter que bien qu'un seul souvenir ait été ciblé, les effets se sont généralisés à tout le groupe mnésique d'incidents similaires (e.g., viols, abuse sexuels, violences physiques et émotionnelles, négligences, abandon). Shapiro (2001) a mentionné que lorsque le patient choisit pour le retraitement un incident qui représente un groupe donné, "les rapports cliniques ont vérifié que la généralisation se produira généralement, entraînant un effet de retraitement à travers tout le groupe d'incidents" (p. 207).

Les résultats de cette étude suggèrent que la combinaison du PTIG-EMDR et de l'EMDR peut constituer une approche thérapeutique puissante – une approche susceptible d'être utilisée dans divers contextes.

## Recommandations

Ce programme est approprié pour des contextes tels que celui de la Colombie actuelle. La fin des conflits et la construction d'une paix durable offrent une opportunité de rétablir une santé mentale chez toutes les victimes individuelles de conflits. Les auteurs

proposent que ce programme soit mis en place pour tous les enfants colombiens qui ont été victimes de traumas interpersonnels sévères.

A ce jour, peu d'études existent explorant les adaptations de ou des alternatives au traitement établi de l'ESPT développé spécifiquement pour des individus possédant des histoires de trauma complexe (Cloitre et al., 2011). Les auteurs recommandent des recherches futures sur l'utilisation de l'EMDR en tant qu'élément d'une approche thérapeutique orientée par phases à composants multiples.

## Références

- Adler-Tapia, R. L., & Settle, C. S. (2008). *EMDR and the art of psychotherapy with children*. New York, NY: Springer.
- Adúriz, M. E., Knopfler, C., & Bluthgen, C. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 138–153.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., texte révisé). Washington, DC: Auteur.
- Artigas, L. (2011). Escenas detrás de las alas del abrazo de la mariposa [Derrière les scènes du câlin du papillon]. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 1(1), 1–10. Téléchargé depuis <http://revibapst.com/ARTIC-ULO%20LUCY%202011.pdf>
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., & López Cano, T. (2009). The EMDR integrative group treatment protocol (IGTP). In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and special situations* (pp. 279–288). New York, NY: Springer.
- Binswanger, L. (1971). *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris, France: Editions de Minuit.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003388. Téléchargé depuis <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003388.html>
- Boyesen, G. (1985). *Entre psyché et soma*. Paris, France: Payot.
- Brewing, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965–971.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 99–112.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician

- survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627.
- Cocco, N., & Sharpe, L. (1993). An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(4), 373–377.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2001). SPRINT: A brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 279–284.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York, NY: Guilford Press.
- De Bellis, M., & Van Dillen, T. (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: An overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 745–772.
- Deglon, C. (2006). *Les premiers pas avec la Cohérence Cardiaque*. Paris, France: P. I. Conseil.
- EMDR International Association. (septembre 2011). Update EMDRIA definition of EMDR. *EMDRIA Newsletter*. Téléchargé depuis <http://www.emdria.org/associations/12049/files/SeptemberNewsletter2011.pdf>
- Fernandez, I. (2007). EMDR as treatment of post-traumatic reactions: A field study on child victims of an earthquake. *Educational and Child Psychology*, 24(1), 65–72.
- Fleming, J. (2012). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of traumatized children and youth. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(1), 16–26.
- Gelbach, R., & Davis, K. (2007). Disaster response: EMDR and family systems therapy under communitywide stress. In F. Shapiro, F. W. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 387–406). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Greenwald, R. (1994). Applying eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to the treatment of traumatized children: Five case studies. *Anxiety Disorders Practice Journal*, 1, 83–97.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Innocence in Danger. (2011). *Connaitre IID*. Téléchargé depuis <http://innocenceendanger.org/innocence-en-danger/organisation>
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zands, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(5), 358–368.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2009). EMDR integrative group treatment protocol. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3(4), 287–288.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2010). EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148–155.
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children & adults. *Traumatology*, 12, 121–129.
- Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (1999, November). *Children's post-traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol*. Poster présenté lors de la rencontre annuelle de l'International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, Floride.
- Jarero, I., Artigas, L., & Montero, M. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 97–105.
- Jones, R. (1997). Child's reaction to traumatic events scale (CRTES). In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Kemp, M., Drummond, P., & McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 5–25.
- Kim, E., Bae, H., & Park, Y. C. (2008). Validity of the subjective units of disturbance scale (SUDS) in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 57–62.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders, healing childhood trauma with EMDR*. New York, NY: The Free Press.
- Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 74–78.
- Meignant, I. (2007). *L'EMDR de Bouba le chien*. Paris, France: Editions Meignant.
- Nhat Hanh, T. (1974). *The miracle of being awake*. Boston, MA: Beacon Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National clinical practice guideline number 26*. Wiltshire, United Kingdom: Cromwell Press Limited.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of adults abused as children*. New York, NY: W. W. Norton.
- Patanjali, S. (1991). Yoga sutras. In J. H. Woods (Ed.), *Yoga sutras de Patanjali* (p. 29). Paris, France: Albin Michel.
- Pecora, P. J., White, C. R., Jackson, L. J., & Wiggins, T. (2009). Mental health of current and former recipients of foster care: A review of recent studies in the USA. *Child and Family Social Work*, 14, 132–146.
- Ribchester, T., Yule, W., & Duncan, A. (2010). EMDR for childhood PTSD after road traffic accidents: Attentional, memory, and attributional processes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 138–147.
- Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hoffmann, A. (2008). Alteration in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) - results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1264–1271.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir, le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris, France: Editions Robert Laffont.

- Shapiro, F. (2001). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (2e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (septembre 2011). *EMDR therapy update: Theory, research and practice*. Présentation lors du congrès de l'EMDR International Association à Anaheim, Californie.
- Tinker, R. H., & Wilson, S. (1999). *Through the eyes of a child, EMDR with children*. New York, NY: W. W. Norton.
- Tufnell, G. (2005). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(4), 587–600.
- United Nations. (2006). *Report of the independent expert Paulo Sérgio Pinheiro for the United Nations study on violence against children*. Téléchargé depuis <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/491/05/PDF/N0649105.pdf?OpenElement>
- Van der Kolk, B. A. (2002). Assessment and treatment of complex PTSD. In R. Yehuda (Ed.), *Treating trauma survivors with PTSD* (pp. 127–153). Washington, DC: American Psychiatric.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 401–408.
- Van der Kolk, B. A. (2012, June). *Trauma in different mental disorders*. Présentation lors du 13e congrès EMDR Europe, Madrid, Espagne.
- Vaishnavi, S., Payne, V., Connor, K. & Davidson, J. R. (2006). A comparison of the SPRINT and CAPS assessment scales for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 23(7), 437–440.
- Wadda, N. N., Zaharim, N. M., & Alqashan, H. F. (2010). The use of EMDR in treatment of traumatized Iraqi children. *Digest of Middle East Studies*, 19(1), 26–36.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *Méditer pour ne pas déprimer*. Paris, France: Editions Odile Jacob.
- Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 219–229.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F. & Dodgson, P. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 106–113.

**Remerciements.** Les auteurs tiennent à remercier Dr. Martha Givaudan pour sa contribution à l'analyse des données.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Ignacio Jarero, PhD, Ed, D. Boulevard de la Luz 771, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, México City 01900, Mexique. Courriel : [nacho@amamecrisis.com.mx](mailto:nacho@amamecrisis.com.mx)