



CONSULTANT EMDR EUROPE
RÉFÉRENTIEL AXÉ SUR LES COMPÉTENCES
COMITÉ DE FORMATION EMDR EUROPE - OCTOBRE 2016
(VERSION RATIFIÉE AVEC SUPPLÉMENT POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS)

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE À REMPLIR, À IMPRIMER, À SIGNER, À SCANNER
ET À ENVOYER EN PIÈCE JOINTE À L'ADRESSE MAIL SUIVANTE :**
contact@emdr-france.org

MERCI DE NOTER QUE SEULS SERONT PRIS EN COMPTE LES DOCUMENTS ENVOYÉS PAR VOIE ÉLECTRONIQUE. POUR QUE VOTRE CANDIDATURE SOIT PLEINEMENT PRISE EN COMPTE, ASSUREZ-VOUS D'AVOIR FOURNI TOUTES LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES.

Section I : Informations concernant le/la candidat(e)

Nom :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Code postal :

Ville :

Tél. fixe :

Tél. mobile :

Qualifications :

Profession :

Je pose ma candidature à l'accréditation en tant que (cocher la ou les cases appropriées) :

Consultant EMDR Europe

Consultant EMDR Europe enfants et adolescent

Les deux

Nom du superviseur clinique ou du consultant agréé EMDR Europe qui soutient cette candidature :

Son adresse mail :

RÉFÉRENTIEL AXÉ SUR LES COMPÉTENCES
COMITÉ DE FORMATION EMDR EUROPE - OCTOBRE 2016
(VERSION RATIFIÉE AVEC SUPPLÉMENT POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS)

Liste de contrôle des preuves du consultant EMDR Europe :		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partie A : Exigences minimales d'EMDR Europe et enregistrement de contacts cliniques ▪ Partie B : Pratique clinique de l'EMDR ▪ Partie C : Supervision EMDR et consultation sur la consultation (20 heures) 		
Liste de contrôle de preuves du superviseur/consultant EMDR Europe :	Merci d'entourer la case appropriée	
PARTIE A : EXIGENCES MINIMALES D'EMDR EUROPE		
Le candidat appartient à son association EMDR nationale.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
À votre connaissance, le candidat adhère aux normes professionnelles et éthiques définies tant par son organisme professionnel que par son association nationale EMDR, et encourage constamment l'intégrité dans les sciences, et dans l'enseignement et la pratique clinique de la psychothérapie et en particulier de l'EMDR.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le candidat consacre au moins 16 heures par semaine à la pratique de la psychothérapie (y compris la supervision).	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
En tant que superviseur clinique/consultant, vous avez vu des copies des certificats d'enregistrement professionnel du candidat et, le cas échéant, des preuves de son assurance-responsabilité civile.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le candidat a un minimum de 3 ans d'expérience en tant que praticien EMDR Europe. Veuillez noter que les candidats à la certification de consultant EMDR Europe enfants et adolescents doivent avoir un minimum de 3 ans d'expérience en tant que praticien enfants et adolescents. Le candidat joindra une copie de son certificat d'accréditation de praticien enfants et adolescents.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le candidat a traité une large variété de patients avec des diagnostics et des degrés de difficulté divers.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le candidat a mené un minimum de 400 séances EMDR depuis son accréditation de praticien EMDR Europe.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le candidat a traité un minimum de 75 patients en utilisant l'EMDR depuis son accréditation comme praticien EMDR Europe. S'il postule pour être consultant pour enfants et adolescents, 25 de ces 75 patients devront avoir été des enfants ou des adolescents.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le candidat a démontré sa compétence à la fois dans l'exercice de la supervision/ consultation clinique et dans son travail clinique et a participé à un minimum de 20 heures de supervision/ consultation clinique avec un consultant accrédité EMDR Europe.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous avez vu la deuxième référence à l'appui de la demande du requérant.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous avez vu le certificat de compétence délivré lors de la formation EMDR Europe Consultants et obtenu un retour d'un consultant formateur sur le candidat. Veuillez joindre à votre demande ce certificat de compétence.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

RÉFÉRENTIEL AXÉ SUR LES COMPÉTENCES
COMITÉ DE FORMATION EMDR EUROPE - OCTOBRE 2016
 (VERSION RATIFIÉE AVEC ADDENDUM POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS)

Vous pouvez confirmer que, depuis qu'il est devenu praticien accrédité EMDR Europe, le candidat a entrepris un minimum de 30 heures de développement professionnel continu (DPC) en rapport avec l'EMDR et est au courant des travaux actuels de recherche sur l'EMDR.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vous avez assisté à un minimum de trois vidéos, ou de trois séances en présentiel, répondant aux normes requises pour la pratique professionnelle du candidat, l'une étant clinique, la seconde dans laquelle il donne une supervision clinique EMDR individuelle, et dans la troisième une supervision clinique EMDR de groupe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

DOSSIER DE CONTACTS CLINIQUES

[Formulaire à utiliser à la fois pour les praticiens et pour les consultants EMDR Europe]

NUMÉRO & INITIALES DU PATIENT	PROBLÈME À TRAITER	DATE PREMIÈRE RENCONTRE	NOMBRE DE SÉANCES	CADRE DE LA SÉANCE
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				

37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				
46.				
47.				
48.				
49.				
50.				
51.				
52.				
53.				
54.				
55.				
56.				
57.				
58.				

59.				
60.				
61.				
62.				
63.				
64.				
65.				
66.				
67.				
68.				
69.				
70.				
71.				
72.				
73.				
74.				
75.				
Total de patients vus :				

<p>Nom et signature du superviseur clinique EMDR Europe :</p> <p>Nom :</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>	<p>Nom et signature du/de la candidat(e) :</p> <p>Nom :</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>
---	--

PARTIE B : PRATIQUE CLINIQUE DE L'EMDR

MERCİ DE FOURNİR DES COMMENTAIRES DÉTAILLÉS À L'APPUI DE CHAQUE COMPÉTENCE

Section A :

Protocole et procédure standard de l'EMDR :

1. Recueil antécédents – passé, présent & futur, conceptualisation du cas par rapport au TAI, et planification du traitement
2. Préparation
3. Évaluation
 - Image
 - Cognition négative
 - Cognition positive
 - Validité de la cognition (VoC)
 - Émotions
 - SUD
 - Localisation physique
4. Retraitement (désensibilisation)
 - Stratégies face à un retraitement bloqué/ à des croyances bloquantes
 - Accélération/ décélération
 - Croyances bloquantes
 - Tissages cognitifs
5. Installation de la cognition positive
 - Incluant les croyances bloquantes
6. Scanner corporel
7. Techniques de clôture
 - Séance complète
 - Séance incomplète
8. Réévaluation

Section B :

Preuves que le/la candidat(e) connaît et sait mettre en œuvre les protocoles scriptés pour des populations cliniques particulières, et se tient au courant des travaux de recherche.

1. EMDR, dissociation et états de stress post-traumatique complexes (ESPT-C)
2. L'EMDR pour les phobies
3. L'EMDR pour les patients ayant des comportements d'addiction
4. L'EMDR pour les douleurs
5. Protocoles EMDR pour les traumatismes aigus (protocoles pour les événements récents)
6. L'EMDR & deuil traumatique
7. L'EMDR pour les dépressions
8. L'EMDR pour les psychoses

PARTIE C : SUPERVISION DE THERAPIE EMDR ET CONSULTATION DE CONSULTATION (20 heures)

MERCI DE FOURNIR DES COMMENTAIRES DÉTAILLÉS À L'APPUI DE CHAQUE COMPÉTENCE

Approche et attitude de base envers les supervisés, devoirs et responsabilités :

- Développement d'une alliance coopérative de supervision clinique avec les supervisés
- Démonstration d'une attitude et d'une compétence professionnelles de haut niveau

Construction de la relation avec les supervisés :

- Créer une atmosphère sûre au sein de la supervision clinique
- Apporter un feedback adéquat et constructif aux supervisés
- Développer un style efficace d'accordage émotionnel et de coaching adapté.

Capacité à transférer efficacement les connaissances vers le cadre théorique du traitement adaptatif de l'information (TAI).

Se concentre en consultation sur les questions suivantes :

- Pratique du protocole EMDR Standard
- Application correcte du protocole
- Reconnaître la prise en compte d'autres approches, plans de traitement et interventions.
- Démontrer une capacité à répondre efficacement aux questions des supervisés, en fonction des éléments suivants :
 - a. Explorer et clarifier la question
 - b. Répondre à partir d'un contexte théorique
 - c. Répondre sur un plan pratique
 - d. Donner des conseils et des suggestions spécifiques pour un cas précis
 - e. Enseigner autour du diagnostic différentiel et/ou de traitements alternatifs.

Sait identifier et gérer efficacement les processus groupaux

RÉFÉRENTIEL AXÉ SUR LES COMPÉTENCES
COMITÉ DE FORMATION EMDR EUROPE - OCTOBRE 2016
(VERSION RATIFIÉE AVEC ADDENDUM POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS)

CONSULTANT CLINIQUE ACCRÉDITÉ EMDR EUROPE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS
RÉFÉRENTIEL AXÉ SUR LES COMPÉTENCES – Addendum

Le/la candidat(e) a un minimum de 3 ans d'expérience en tant que praticien EMDR Europe E&A, son activité clinique principale est la thérapie EMDR avec des enfants et des adolescents.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<p>Section A :</p> <p>Protocole et procédure standard EMDR :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Phase 1 & 2 : Anamnèse - passé, présent et futur, protocole développemental, attachement et aspects systémiques (y compris les violences domestiques). b. Phase 3 : Évaluation (conformément au protocole développemental) c. Phase 4 : Retraitement (désensibilisation) adapté à l'âge du patient. 	<p>VEUILLEZ FOURNIR DES COMMENTAIRES DÉTAILLÉS À L'APPUI DE CHAQUE COMPÉTENCE</p>	
<p>Section B :</p> <p>Preuve de ses connaissances et de son expérience auprès de populations spécifiques, et de sa connaissance des travaux de recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. EMDR, dissociation et état de stress post-traumatique complexe, trouble traumatique développemental 2. Troubles de l'attachement et EMDR 3. EMDR narrative, narration d'un récit 4. <i>Integrative Group Treatment Protocol (IGTP)</i> 5. EMDR pour les troubles émotionnels et développementaux 		

RÉFÉRENTIEL AXÉ SUR LES COMPÉTENCES
COMITÉ DE FORMATION EMDR EUROPE - OCTOBRE 2016
(VERSION RATIFIÉE AVEC ADDENDUM POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS)

Je confirme que le candidat à l'accréditation en tant que consultant agréé EMDR Europe **et/ou** consultant pour enfants et adolescents a effectué un minimum de 20 heures de supervision/ consultation clinique.

Je confirme que j'ai personnellement supervisé le travail de _____
comme indiqué dans :

1. la référence ci-jointe
2. le document ci-joint portant sur le cadre de compétences.

Je confirme qu'il/elle a satisfait aux exigences de compétence énoncées et fixées par l'Association.

J'atteste qu'il s'agit d'une évaluation honnête et valide des compétences de la personne supervisée. Je comprends que si, pour quelque raison que ce soit, des informations donnaient à penser que les conditions ci-dessus n'étaient pas remplies, le consultant **et/ou** la personne supervisée pourraient perdre leur accréditation et éventuellement leur qualité de membre de l'Association.

Merci d'indiquer la période pendant laquelle vous avez supervisé cette personne :

Date de début :

Date de fin :

(Indiquez si c'est toujours en cours) :

Signature du superviseur/consultant clinique EMDR :

Nom (en majuscules) :

Date :

Signature du supervisé :

Date :

Deuxième référence à l'appui de la demande d'accréditation EMDR Europe

Cette référence fait partie de la procédure de demande d'accréditation en tant que consultant EMDR Europe **et/ou** consultant enfants et adolescents.

Je soutiens cette demande d'accréditation d'EMDR Europe en tant que consultant EMDR Europe **et/ou** consultant enfants et adolescents pour :

Nom du/de la candidat(e) : _____

J'ai connu le/la candidat(e) dans le contexte suivant (cochez la case correspondante) :

<input type="checkbox"/>	Chef de service/ Responsable clinique
<input type="checkbox"/>	Collègue
<input type="checkbox"/>	Collègue universitaire
<input type="checkbox"/>	Membre d'un groupe de supervision clinique

RÉFÉRENTIEL AXÉ SUR LES COMPÉTENCES
COMITÉ DE FORMATION EMDR EUROPE - OCTOBRE 2016
(VERSION RATIFIÉE AVEC ADDENDUM POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS)

Je peux confirmer que le candidat est expérimenté dans la pratique de la thérapie EMDR, et que sa pratique professionnelle est conforme aux directives éthiques de son organisation professionnelle :

Nom (en majuscules) :

Signature :

Date :