
POSITIONNEMENT DE LA
THÉRAPIE EMDR
DANS LE CHAMPS
DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE

**Enseignements préalables
à maîtriser pour suivre
la formation initiale en EMDR Niveau 1**

Institut français d'EMDR

30-32, Place Saint Georges
75009 Paris - France
Tél. : 00 33 (0)1 83 62 77 71
Mail : formation@essentia.fr
site : www.ifemdr.fr



INTEGRATIVA

Processieweg 7
9620 St-Maria-Oudenhove - Belgique
Site: www.integrativa.be
Mail: integrativa@telenet.be
Tél: 00(32)486/627793

COPYRIGHT

Version 2019

© **Francine SHAPIRO, Ph. D.**

© **Institut Français d'EMDR - Integrativa - Ludwig CORNIL**

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'Institut Français d'EMDR, est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'oeuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

AVERTISSEMENT

Nous vous demandons de ne pas enseigner la thérapie EMDR, dont vous ne maîtrisez pas encore toutes les complexités.

Bien qu'il soit tentant de partager votre expérience de la formation avec des amis et des collègues, essayer d'enseigner la thérapie EMDR vous-même ne leur rend pas service.

Si vous avez des collègues qui sont intéressés par la thérapie EMDR, s'il vous plait, dites leur de se former officiellement. Nous pourrions ainsi nous assurer qu'ils ont reçus la meilleure formation et pourront contribuer à la base de connaissance de ce nouveau domaine de la psychologie

Cette formation, conçue par l'Institut EMDR Inc, l'institut français d'EMDR et Integrativa, est accréditée par l'association EMDR Europe, et par conséquent par les associations EMDR France, EMDR Belgique et EMDR Suisse.

Chers participants,

Nous sommes ravis de vous accueillir dans quelques semaines pour la formation initiale en EMDR niveau 1.

Votre formation commence dès maintenant !

Votre trouvez dans les pages suivantes **un ensemble de connaissances théoriques** sur le positionnement de la thérapie EMDR dans le champs de la psychotraumatologie, **indispensables à acquérir avant de commencer votre formation en EMDR.**

Les informations synthétiques présentées dans ce support pédagogique suffisent pour suivre la formation initiale en EMDR.

Si l'un ou l'autre des points abordés vous intéresse tout particulièrement, des encarts ' en savoir plus ' vous donnent accès à des articles détaillés, des bibliographies et/ou aux recherches citées.

Votre formateur considérera ces enseignements comme acquis et ne reviendra pas en détails dessus pendant votre formation initiale en EMDR.

Un moment d'échanges est prévu au début de la formation initiale en EMDR niveau 1 afin de répondre à vos questions éventuelles.

Bonne lecture et à très bientôt

TABLE DES MATIÈRES

Cursus de formation.....	3
Table des matières	4
Cursus de formation.....	5
POSITIONNEMENT DE LA THÉRAPIE EMDR DANS LE CHAMP DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE.....	7
Indications	8
Introduction	8
Différentes présentations cliniques	11
Troubles d'adaptation	13
Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT)	14
Trouble de Stress Post Traumatique Complexe (TSPT-C).....	18
Troubles dissociatifs (TD) et Troubles Dissociatifs de l'Identité (TDI).....	21
Pathologies et Populations traitées avec succès par la thérapie EMDR.....	26
Neuro-psycho-physiologie du trauma.....	28
Système nerveux	28
Axes de stress	30
Réactions adaptatives du cerveau	31
Effets du trauma sur le cerveau	32
Mémoires et psychotrauma	34
Effets du traitement sur le cerveau.....	34
Les fondamentaux de la thérapie du psychotrauma.....	37
Sécurité.....	37
Relation thérapeutique	37
Psycho-éducation	38
Contrôle	38
Fenêtre de tolérance	39
Techniques de régulation émotionnelle	41
Modèle du traitement de Pierre Janet du psycho-trauma.....	41
Recherches sur les approches thérapeutiques pour le psychotrauma...	42
Recommandations internationales de traitement.....	46
Annexes.....	48
Questionnaire sur les expériences négatives pendant l'enfance.....	49

CURSUS DE FORMATION

Ce cursus de formation initiale est une formation à deux niveaux qui doit s'accompagner de 20 heures de supervision, à savoir :

- Formation à la thérapie EMDR niveau 1
- 1er cycle de 10 heures de supervision
- Formation à la thérapie EMDR niveau 2
- 2nd cycle de 10 heures de supervision

Les niveaux 1 et 2 consistent pour moitié de cours théoriques et pour moitié d'exercices pratiques. Au cours des exercices, les étudiants s'entraînent les uns avec les autres sous la supervision de facilitateurs EMDR agréés.

La supervision est un processus d'accompagnement qui permet au futur praticien de la thérapie EMDR d'être soutenu dans ses premiers pas et conseillé par rapport aux difficultés qu'il peut rencontrer.

Le cursus de formation initiale remplit les critères demandés par l'association EMDR Europe, l'association EMDR France, l'association EMDR Belgium, l'association EMDRIA et l'Institut américain de Francine SHAPIRO.

Il participe au cursus global d'accréditation pour devenir « Praticien de la thérapie EMDR ».

Dans le cadre de la collaboration entre Le centre Pierre Janet – Université de Lorraine et l'Institut Français d'EMDR, vous avez la possibilité de valider la formation EMDR initiale que vous avez suivie chez nous à l'Université et d'obtenir un diplôme universitaire. Il vous suffit pour cela de compléter votre formation (2 fois 30 heures) et de réussir l'examen pour prétendre à l'obtention du DU : « Psychothérapie EMDR, psychotraumatologie et compléments psychopathologiques ».

En savoir plus : <http://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/>

POSITIONNEMENT DE LA THÉRAPIE EMDR DANS LE CHAMP DE LA PSYCHOTRAUMATOLOGIE

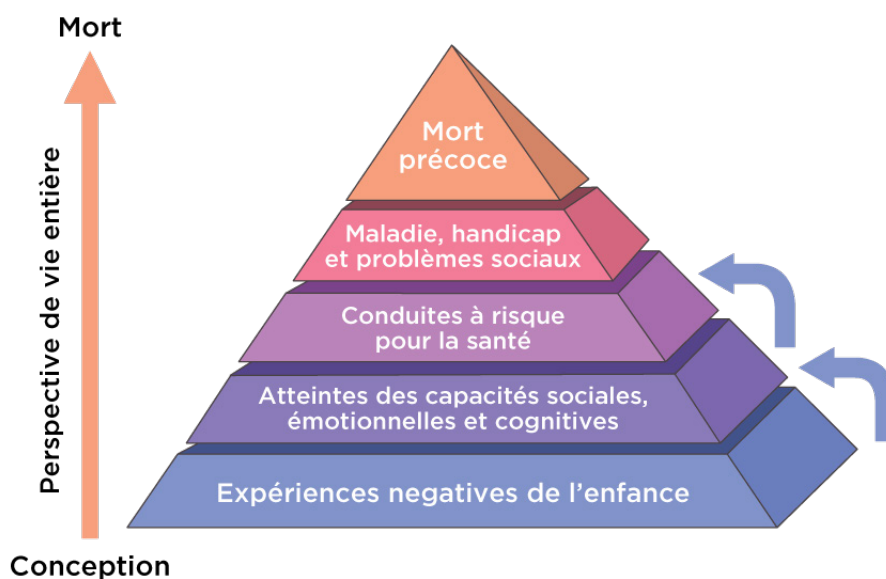
INDICATIONS

INTRODUCTION

- L'étude de Felitti et al (1998) sur les expériences négatives de l'enfance a porté sur plus de 17 000 patients adultes dans le centre du Kaiser Permanente.

Elle a trouvé une forte corrélation (dose-réponse) entre l'étendue de l'exposition aux maltraitances et au dysfonctionnement familial pendant l'enfance et les multiples facteurs de risques pour plusieurs des principales causes de décès chez les adultes.

Les conditions comprennent : l'alcoolisme, la toxicomanie, l'obésité sévère, la dépression, les tentatives de suicide, les maladies cardiaques, le cancer, la maladie pulmonaire chronique, les fractures osseuses, les maladies du foie. (Voir l'annexe pour le questionnaire auto-administré ACE).



Les chercheurs de l'étude ACE ont modélisé leurs découvertes sous la forme d'une pyramide qui décrit les mécanismes à l'œuvre de la conception de l'enfant jusqu'au décès prématuré de celui-ci quand il a été exposé aux violences, négligences et dysfonctionnements familiaux.

En savoir plus :

[Article sur l' Etude de Felitti sur les expériences négatives de l'enfance](#)

Annexe avec le questionnaire auto-administré ACE

- L'étude de Afifi sur **la punition corporelle et les troubles mentaux** montre que, dans la population générale, la punition corporelle sévère (comme pousser, saisir, gifler, frapper), en l'absence de maltraitance plus sévère de l'enfant, est associée avec des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des dépendances et des troubles de la personnalité.

En savoir plus :

[Article sur l'Etude de Afifi sur la punition corporelle et les troubles mentaux](#)

- L'étude de Mol, Metsemakers, Dinant, Vilters-Van Montfort (2005) montrent que les scores du TSPT sont plus élevés après des **expériences de vie perturbantes** qu'après des événements traumatiques.

Etude sur 832 personnes portant sur les expériences remontant aux 30 dernières années.

En savoir plus :

Mol, S., Arntz, A., Metsemakers, J., Dinant, G., Vilters-van Montfort, P., & Kottnerus, J. (2005). [Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study](#). British Journal of Psychiatry, 186(6), 494-499. doi:10.1192/bjp.186.6.494

- Dans l'ensemble, les exemples d'expériences de vie perturbantes durant l'enfance **contribuent aux pathologies** comprenant :
- Événements de critère « A »

- Conflits conjugaux, problèmes familiaux et relationnels
 - Négativité / colère
 - Dépression Post partum
 - Éducation sévère, critique et restrictive
 - Humiliation scolaire / des pairs
 - Échec scolaire
 - Séparation, blessures graves, décès d'un être cher.
- L'étude de Francine Shapiro, F. (2014), sur le rôle de la thérapie EMDR en médecine, désensibilisation par les mouvements oculaires et retraitement : Aborder les symptômes psychologiques et physiques provenant d'expériences de vie perturbantes.

En savoir plus :

Shapiro F. (2014). [The role of eye movement desensitization and reprocessing \(EMDR\) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences.](#)
The Permanente journal, 18(1), 71-7.

DIFFÉRENTES PRÉSENTATIONS CLINIQUES

INDICATIONS DE LA THÉRAPIE EMDR

- Stresseurs douloureux qui font partie des événements normaux de la vie comme le divorce, des échecs, le rejet, des déceptions financières...



Trouble de l'adaptation

- Stresseur catastrophique qui sort du domaine des expériences humaines normales.



Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT)

- Stresseurs extrêmes et cumulatifs mettant gravement en péril la construction identitaire de la victime :
 - Cas de violences répétées émises volontairement par un alter ego, guidé par l'intention de détruire (tortures, prises d'otages, emprisonnements accompagnés de sévices physiques et psychiques)
 - Cas de différentes formes de violences (maltraitance et négligences) subies par les enfants et les personnes dites vulnérables entraînant des altérations de la croissance psycho développementale et des troubles sévères de l'attachement



Trouble de Stress Post Traumatique Complexe (TSPT-C)

- Parmi les événements traumatiques pré-cités occasionnant des TSPT-C, certains peuvent générer, sur certaines personnalités, des troubles dissociatifs (TD) et des troubles dissociatifs de l'identité (TDI).

Les TD et les TDI se développent dans un spectre de gravité croissante, avec le trouble dissociatif de l'identité comme trouble le plus marqué.

Les contextes de survenue, les auteurs impliqués (souvent les figures d'attachement) la sévérité des traumatismes, leur précocité et leur répétition apparaissent comme des éléments étiologiques des TD et des TDI.

La dissociation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et une altération de la capacité à exercer un contrôle et une régulation de ses actes.

Troubles dissociatifs (TD) et Troubles Dissociatifs de l'Identité (TDI)

TROUBLES D'ADAPTATION

- Certains événements de vie, inscrits dans une certaine « normalité », peuvent cependant entraîner une rupture de l'équilibre psychologique antérieur (problèmes relationnels, professionnels, familiaux, séparations...). La personne ne dispose pas des ressources suffisantes (ou ne les perçoit pas) pour faire face et s'adapter au changement survenu dans la réalité. Le stress perçu, ressenti et manifesté occasionne le trouble de l'adaptation.
- Le DSM-5 définit globalement les troubles de l'adaptation comme **un ensemble de symptômes émotionnels, cognitifs ou comportementaux** perturbant l'équilibre habituel de la personne, apparaissant en réaction à l'exposition à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables par le sujet, dans les mois qui suivent cette exposition.
- La **souffrance** ainsi manifestée est souvent disproportionnée par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress compte-tenu du contexte externe et culturel.
- Les troubles de l'adaptation peuvent se manifester par d'importantes dérégulations neuro émotionnelles (troubles anxieux) parfois associées à des altérations de l'humeur (troubles anxio-dépressifs) et à des altérations psychophysiologiques voire des déséquilibres immunitaires (voir les axes de stress, page 30)

En savoir plus :

Article [Les critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de l'adaptation](#)

TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE (TSPT)

SYMPTÔMES CENTRAUX DU TSPT selon le DSM-5 (APA 2013)

Les critères de diagnostique du TSPT selon le DSM-5 sont les suivants :

Critère A — Exposition à la mort effective ou à une menace de mort ,... à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. Directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques
2. Témoin direct... Survenus à d'autres personnes
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Exposé de manière répété ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenant de 1ère ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants)

Critère B — Symptômes envahissants

Au moins 1 manifestation (/5)

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement
3. Réactions dissociatives (p. ex., flashbacks) où l'individu se sent/agit comme si l'événement allait se reproduire

(continuum de dissociation)

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer l'événement traumatique.

Critère C — Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques

Au moins 1 manifestation (/2) :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse;
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations) qui réveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Critère D — Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques commencées ou aggravées après l'événement

Au moins 2 manifestations (/7) :

1. Incapacité à se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées de soi-même, d'autres personnes, ou le monde
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes;
4. État émotionnel négatif persistant(p. ex., crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte);
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex., bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

Critère E — Altérations persistantes d'activation neurovégétative (commencées ou aggravées après l'événement)

Au moins 2 manifestations (/6) :

1. Comportement irritable, accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes/objets
2. Comportement irréfléchi ou auto-destructeur (conduite, consommation, automutilation)
3. Hypervigilance
4. Réaction de sursaut exagérée
5. Problèmes de concentration
6. Perturbation du sommeil

Critère F — La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.

Critère G — La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

Critère H — La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Ces critères s'appliquent aux enfants plus vieux que 6 ans, aux adolescents et aux adultes. Le manuel décrit des critères spécifiques pour les enfants plus jeunes.

SPÉCIFICATEURS

Le diagnostic est généralement accompagné des spécificateurs de sévérité et d'évolution suivants :

• Avec symptômes dissociatifs

Les symptômes rencontrent les critères d'un trouble de stress post-traumatique, et en plus, en réponse au stress, la personne vit des symptômes persistants et récurrents tels que l'une des manifestations suivantes :

1. Dépersonnalisation :

expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).

2. Déréalisation :

expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé).

Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, intoxication alcoolique) ou à une autre condition médicale (par exemple, crises épileptiques partielles).

- **Avec expression retardée**

Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).

TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE COMPLEXE (TSPT-C)

TSPT COMPLEXE

Le CIM-11 qui sera publié en 2019 propose actuellement dans sa version bêta le Trouble de Stress Post-Traumatique complexe.

Critères diagnostiques du TSPT complexe (TSPT-C) selon la classification de l'OMS (CIM-11) :

Le TSPT complexe peut se développer « après l'exposition à un événement ou une série d'événements de nature extrême et prolongée ou répétitive, vécue comme extrêmement menaçante ou terrifiante, et pour lequel s'échapper est difficile ou impossible ».

La CIM-11 donne des exemples concrets de ce genre de situations : torture, esclavage, campagne génocidaire, violence domestique prolongée, violence sexuelle ou physique répétée pendant l'enfance.

Le sujet doit avoir présenté les symptômes du TSPT (simple) « à un moment ou à un autre du développement du trouble », mais il n'est pas précisé de limite temporelle. Une personne peut avoir présenté un TSPT complet quand il était enfant, et en tant qu'adulte seulement quelques symptômes insuffisants pour diagnostiquer un TSPT. Le psychothérapeute doit donc pouvoir reconnaître dans l'anamnèse de possibles symptômes d'état de stress post-traumatique pendant l'enfance. En complément aux symptômes du TSPT, pour le diagnostic du TSPT-C, la CIM-11 propose les symptômes suivants :

1. Problèmes sévères et persistant dans la régulation des affects,
2. Croyances persistantes que l'on est diminué, en

échec, sans valeur, accompagnées par des sentiments profonds et persistants de honte, culpabilité ou d'échec en lien avec le stresser,

3. Difficultés persistantes à développer des relations et à se sentir proche d'autrui.

1. Problèmes sévères et persistants dans la régulation des affects

- Dérégulation chronique des affects
- Sentiments incontrôlables de rage, de colère ou de tristesse
- Méthodes destructives de régulation des affects : auto-mutilation, alimentation compulsive, drogues et abus d'alcool
- Préoccupation suicidaire
- Difficulté à moduler l'engagement sexuel
- Prise de risque exagérée

Les patients traumatisés vivent les stressers actuels liés au traumatisme avec une intensité émotionnelle qui appartient au trauma d'origine

Retraumatisation continue dans la vie courante

Pour tenter de compenser leur hyper-sensibilité et réactivité, les patients évitent les stimuli de manière comportementale ou en gelant leurs émotions

2. Croyances persistantes que l'on est diminué, en échec, sans valeur, accompagnées par des sentiments profonds et persistants de honte, culpabilité ou d'échec en lien avec le stresser

- Sentiment d'inefficacité et d'impuissance
- Sentiment chronique de culpabilité
- Sentiment de honte
- Sentiment d'être incompris
- Minimisation
- Désespoir et impuissance
- Perte de croyance antérieurement aidantes qui soutenaient l'individu

3. Difficultés persistantes à développer des relations et à se sentir proche d'autrui

- Incapacité de faire confiance
- Revictimisation
- Victimisation d'autrui

Et donc souvent : Altération dans la perception de l'agresseur

On peut également coter si le TSPT complexe se présente avec une modification durable de la personnalité dans les suites de l'événement, comme mentionné dans le texte original, après des expériences vécues de camp de concentration, de torture, de terrorisme, d'abus sexuels et des situations de violence prolongées.

Par ces trois points (1-3), la CIM-11 reprend le principal des propositions de Bessel van der Kolk et collègues qui proposaient le diagnostic de TSPT complexe pour le DSM-5, mais qui n'a pas été retenu par les experts du DSM-5. Les symptômes dissociatifs ont été exclus par la CIM-11, ce qui permet de mieux distinguer le TSPT-C du trouble dissociatif de l'identité et du trouble dissociatif non spécifié.

(Les symptômes somatoformes ont aussi été exclus. Il est dommage que la victimisation et la difficulté à faire confiance de manière adaptée n'aient pas été incluses ou précisées dans le point 3.)

REMARQUE :

Beaucoup de ces critères laissent penser au Trouble de Personnalité Borderline (TPB). Selon les études, 56% des personnes ayant le diagnostic de TP Borderline ont un TSPT, et 70% des TP Borderline ont vécu des abus pendant l'enfance.

Cela pose la question de la pertinence du diagnostic de TP Borderline.

L'important est, pour définir le traitement adéquat, de bien analyser le cas du patient, au-delà de critères diagnostics DSM-5 faits pour la facilitation d'études statistiques.

Compulsion de répétition du trauma :

Par re-victimisation (sans doute par des liens puissants avec les persécuteurs)

Par victimisation des autres (identification à l'agresseur comme mécanisme permettant de maîtriser ses propres sentiments d'impuissance)

TROUBLES DISSOCIATIFS (TD) ET TROUBLES DISSOCIATIFS DE L'IDENTITÉ (TDI)

QU'EST-CE QUE LA DISSOCIATION ?

- La coupure du sujet de ses émotions
- La coupure du sujet de ses sensations corporelles
- Hypoactivation neurophysiologique (vagal dorsal)
- Le rétrécissement du champ de conscience
- Le contact avec une mémoire traumatique, de telle sorte que le sujet est coupé de la réalité actuelle
- La division du sujet en plusieurs parties

LA DISSOCIATION DANS LA CIM-11

- Amnésie dissociative
 - Fugue dissociative
 - Stupeur dissociative
 - États de transe et de possession
 - Troubles moteurs dissociatifs
 - Convulsions dissociatives
 - Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
 - Trouble dissociatif (de conversion) mixte
 - Autres troubles dissociatifs (de conversion) (dont pers. multiple)
 - Trouble dissociatifs (de conversion), sans précision
 - (Syndrome de dépersonnalisation/ déréalisation)
- > autres Troubles névrotiques

- **Troubles dissociatif de l'identité**

Le TDI est caractérisé par une perturbation de l'identité lors de laquelle il y a deux ou plus de deux états de personnalité distincts (identités dissociatives) associés à

une discontinuité marquée du sens du soi et de l'agentivité. Chaque état de personnalité a son propre schéma de faire l'expérience, percevoir, concevoir et être en relation avec le soi, le corps et l'environnement.

Au moins deux états de personnalité distincts prennent le contrôle exécutif de la conscience et du fonctionnement de l'individu en interagissant avec autrui ou l'environnement, comme dans la réalisation de certains aspects de la vie quotidienne comme le rôle de parent, le travail, ou en réponse à des situations spécifiques (perçues comme menaçantes).

Les changements des états de personnalité sont accompagnés d'altérations des sensations, perceptions, affects, cognitions, mémoire, contrôle moteur et comportement. Il y a habituellement des épisodes d'amnésie qui peuvent être sévères.

LA DISSOCIATION DANS LE DSM-5

« ... une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement. Les symptômes dissociatifs peuvent perturber tous les domaines du fonctionnement psychologique »

VUE D'ENSEMBLE

- Troubles dissociatif de l'identité (personnalité multiple)
- Amnésie dissociative / spécifier si :
 - avec ou sans fugue dissociative
- Trouble de dépersonnalisation/ déréalisation
- Autre trouble dissociatif spécifié
- Trouble dissociatif non spécifié
- Trouble de conversion (dans troubles somatoformes)
- Trouble de somatisation (anciennement hystérie)
- Trouble somatoforme indifférencié

VUE DÉTAILLÉE

Trouble dissociatif de l'identité

A. Perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs identités ou états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi, de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur.

B. Fréquents trous de mémoires dans le rappel d'événements quotidiens, d'informations personnelles importantes et/ou d'événements traumatiques, qui ne peuvent pas être des oublis ordinaires

C. Détresse cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel, etc.

D. Ne fait pas partie d'une pratique culturelle ou religieuse largement admise

E. Pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale (par exemple les crises comitiales partielles complexes).

N.B. : Chez l'enfant, les symptômes ne peuvent être attribués à des jeux d'imagination ou à l'évocation de camarades imaginaires.

Amnésie dissociative

Incapacité à se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement traumatiques ou stressantes, qui ne peut pas être un oubli banal.

- Amnésie localisée ou sélective
- Amnésie globale de son identité et de son histoire

Amnésie dissociative avec fugue

Voyage apparemment intentionnel ou errance en état de perplexité associés à une amnésie de son identité ou d'autres informations autobiographiques importantes.

Trouble de dépersonnalisation

Expérience d'irréalité, de détachement, ou bien d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes (par exemples altérations perceptives, déformation

de la perception du temps, impression d'un soi irréel ou absent, indifférence émotionnelle et/ou engourdissement physique).

L'appréciation de la réalité demeure intacte.

Trouble de déréalisation

Expériences d'irréalité ou de détachement du monde extérieur (par exemples les personnes ou les objets sont ressentis comme étant irréels, perçus comme dans un rêve, dans un brouillard, sans vie ou bien visuellement déformés). L'appréciation de la réalité demeure intacte.

Autre Trouble Dissociatif Spécifié Type 1 (ATDS-Type 1)

ATDS-1 « Syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes : Cette catégorie inclut des perturbations de l'identité associées à des failles non graves dans le sens du soi et de l'agentivité, ou à des altérations de l'identité ou à des épisodes de possession chez une personne qui ne rapporte pas une amnésie dissociative. »

Autres Troubles Dissociatifs :

- ATDS Type 2 : perturbations de l'identité dues à des environnements de persuasion coercitive intense et prolongée.
- ATDS Type 3 : Réactions dissociatives aiguës à des événements stressants.
- ATDS Type 4 : Transe dissociative

Trouble dissociatif non spécifié

Cette catégorie s'applique aux tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dissociatif, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, sans toutefois remplir complètement les critères de l'un des troubles du chapitre des troubles dissociatifs.

Les troubles de conversion

(ne font plus partie du diagnostic des troubles dissociatifs).

- Un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles.
- Les données cliniques démontrent l'incompatibilité entre les symptômes et une affection neurologique ou médicale reconnue.
- Avec faiblesse ou paralysie
- Avec mouvements anormaux

- Avec des symptômes de déglutition
- Avec des troubles de l'élocution
- Avec attaques ou crises épileptiformes
- Avec anesthésie ou perte sensorielle
- Avec symptôme sensoriel spécifique
- Trouble de somatisation (anciennement hystérie)
- Trouble somatoforme indifférencié

ATDS-1 VERSUS TSPT-C

- Difficile de différencier l'ADTS-1 et le TSPT-C / DESNOS
- L'ATDS-1 est défini en quelques lignes dans le DSM-5
- Le TSPT-C / DESNOS n'est pas dans le DSM-5
- Les chercheurs ne sont pas arrivés à distinguer clairement ces deux troubles, et s'ils sont réellement différents.
- Le TSPT-C proposé dans la CIM-11 clarifie les choses.

PATHOLOGIES ET POPULATIONS TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR LA THÉRAPIE EMDR

Depuis les premières études publiées par Francine Shapiro en 1989, l'EMDR est devenu au fil des années un traitement psychothérapeutique de choix de l'ESPT.

La thérapie EMDR s'est également développée, au delà du traumatisme, dans le traitement de diverses pathologies et populations et peut être proposée aux patients concernés par :

- **Phobies**

(de Jongh et al., 2002, 1999 ; de Roos & de Jongh, 2008 ; Lohr et al., 1996)

- **Trouble Panique**

(Fernandez & Faretta, 2007 ; Feske & Goldstein, 1997)

- **Trouble de l'anxiété généralisée**

(Gauvreau & Bouchard, 2008)

- **Dépression**

(Hofmann, 2015 ; Hofmann et al., 2014 ; Hase et al., 2015)

- **Trouble de l'attachement**

(Zaccagnino & Cussino, 2013)

- **Troubles des conduites et estime de soi**

(Soberman et al, 2002)

- **Trouble dysmorphique**

(Brown, et al, 1997)

- **Pédophilie**

(Ricci et al., 2006)

- **Migraines / maux de têtes**

(Marcus, 2008)

- **Symptômes physiques médicalement inexpliqués**

(van Rood & de Roos, 2009)

- **Addictions**

(Hase et al., 2008 ; Popky, A.J., 2005)

- **Troubles obsessionnels compulsifs**

(Marr, 2012 ; Böhm & Voderholzer, 2010)

- **Deuil**

(Spang, 2001 ; Salomon & Rando, 2007 ; Tarquinio et al., 2009)

- **Dysfonctionnement sexuel**

(Wernik, 1993 ; Tarquinio et al., 2012)

- **Troubles psychotiques**

(Van den Berg et al., 2015 ; de Bont et al., 2013)

- **Douleur chronique**

(Grant & Threlfo, 2002 ; Brennstuhl, 2013)

- **Douleur des membres fantômes**

(De Roos et al., 2010 ; Schneider et al., 2008 ; Brennstuhl et al., 2015)

- **Trauma récent chez les enfants**

(Jarero, I & Uribe, S , 2011 ; Zagrou-Hodall, Alyssa & Dodgson, 2008 ; De Roos, Carlijn et al, 2017)

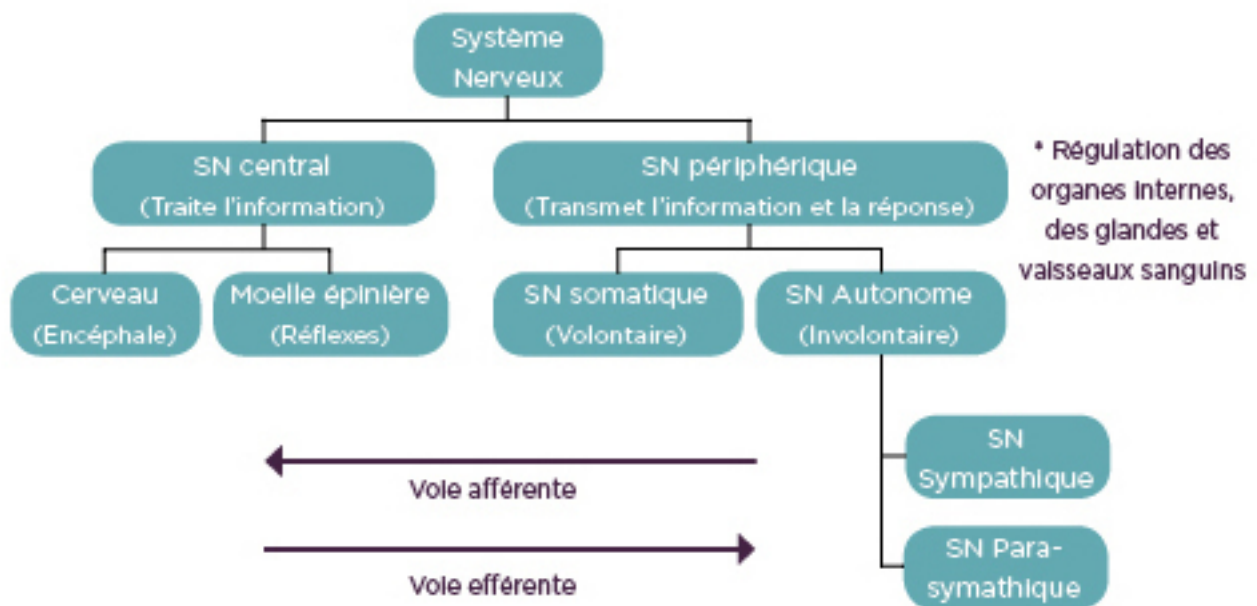
En savoir plus :

Article [Recherches sur les populations traitées avec succès par la thérapie EMDR](#)

NEURO-PSYCHO- PHYSIOLOGIE DU TRAUMA

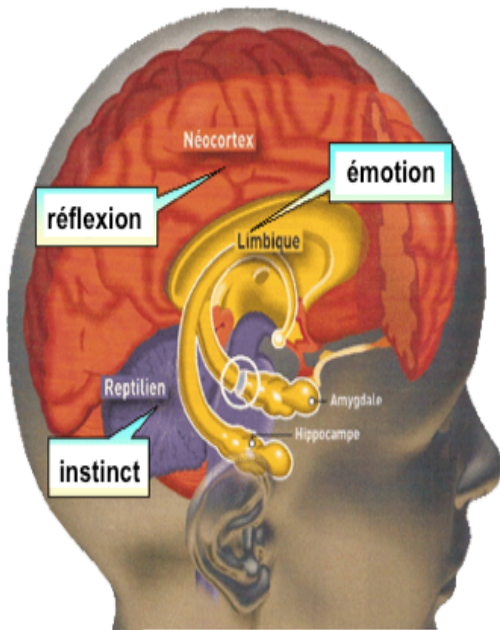
SYSTÈME NERVEUX

ORGANISATION DU SYSTÈME NERVEUX



LE CERVEAU

Nos comportements, émotions, réflexions, correspondent à des zones spécifiques de notre cerveau



Le cerveau « triunique »
Paul Mac Lean

● Le Néocortex :

4 millions d'années

siège de la réflexion

- Raisonnement, expérimentation
- Langage
- Conscience de soi
- Adaptation
- Mémoire associative & comparative

● Le cerveau Limbique :

65 millions d'années

siège de l'affectivité

- Pulsions
- Emotions
- Relations sociales
- Plaisirs
- Mémoire émotionnelle à long terme

● Le cerveau reptilien :

400 millions d'années

siège de l'instinct de survie

- Réflexes innés
- Comportements primitifs
- Mémoire mécanique inconsciente

● L'hippocampe

Contributeur de :

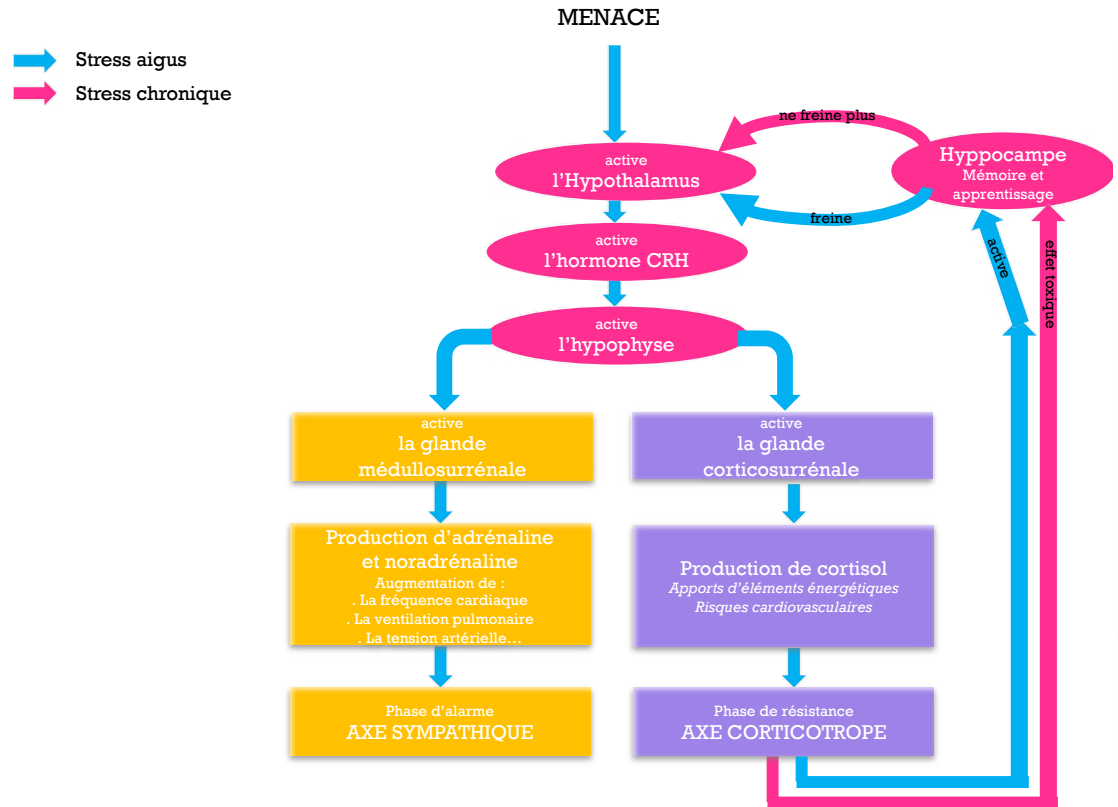
- Régulation de l'humeur
- Mémoire consciente
- Apprentissage

● L'amygdale

Lieu de formation

- Des émotions

AXES DE STRESS

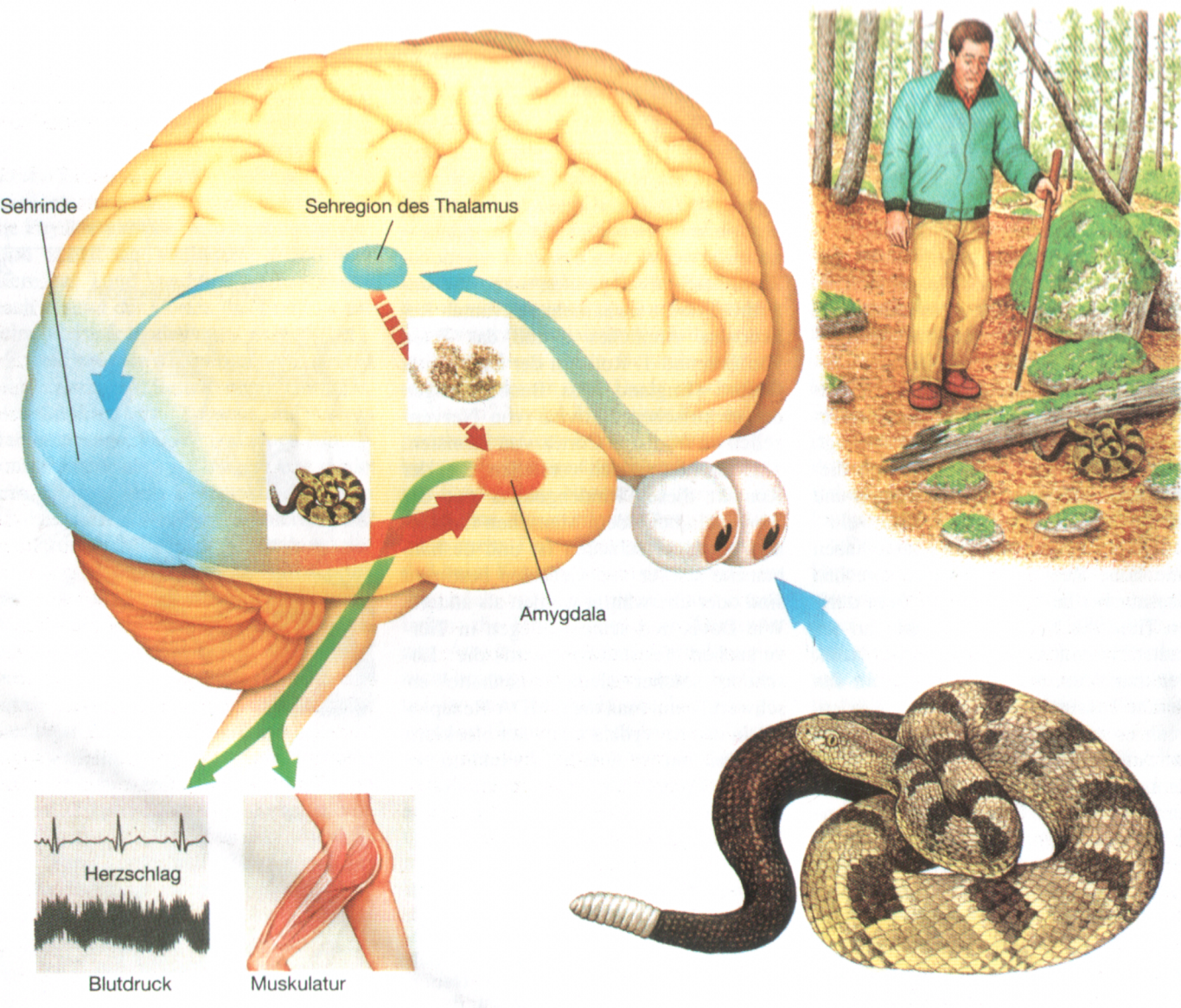


2 axes du stress :

- L'axe sympathique
- L'axe corticotrope

Le courant de la neuro psycho immunologie étudie les effets du stress sur la santé et la maladie

RÉACTIONS ADAPTATIVES DU CERVEAU

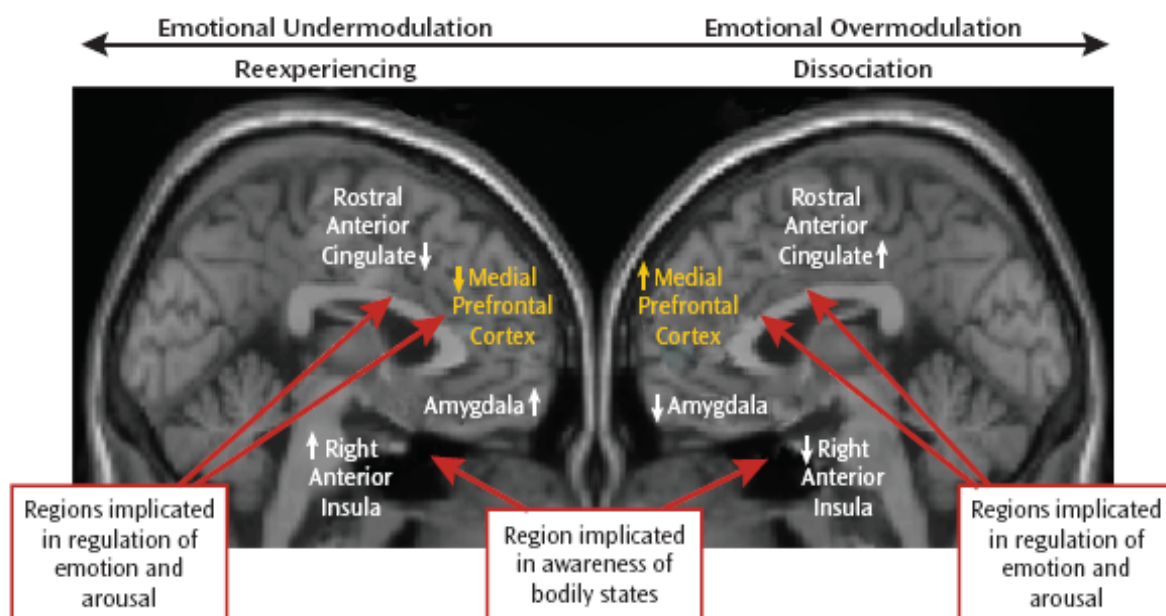


EFFETS DU TRAUMA SUR LE CERVEAU

TROUBLES ET RÉGULATION DE L'AFFECT

Le modèle de la modulation émotionnelle au TSPT, de Lanius & all (2010) :

FIGURE 1. A Model of Emotional Under- and Overmodulation in PTSD^a



^a In this model, reexperiencing/hyperarousal reactivity to traumatic reminders is viewed as a form of emotion dysregulation that involves emotional *undermodulation*, mediated by failure of prefrontal inhibition of limbic regions. In contrast, the dissociative reactions to traumatic reminders are described as a form of emotion dysregulation that involves emotional *overmodulation*, mediated by midline prefrontal inhibition of limbic regions.

a = Régions impliquées dans la régulation d'émotions et d'activation

b = Régions impliquées dans la conscience d'états corporels

Dans ce modèle, la reviviscence/ réaction

d'hyperactivation à des souvenirs traumatiques est considéré comme une forme de dysrégulation émotionnelle incluant la sous-modulation émotionnelle, médiée par

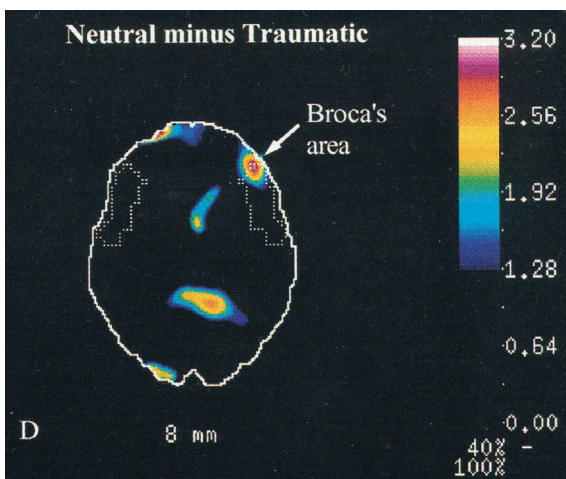
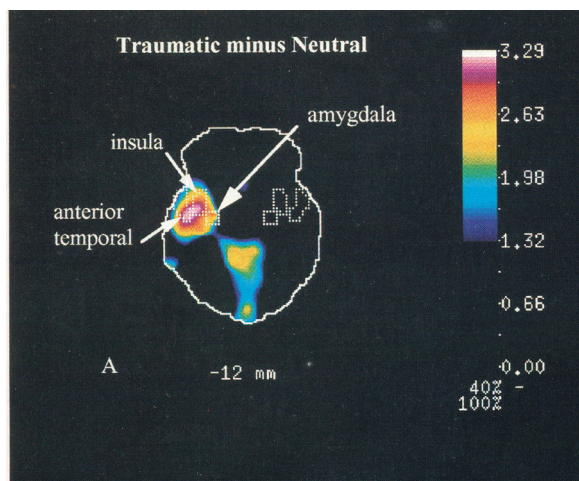
une incapacité du cortex préfrontal d'inhiber les régions limbiques.

En contraste, les réactions dissociatives à des souvenirs traumatiques sont décrites comme une forme de dysrégulation émotionnelle incluant la sur-modulation émotionnelle, médiée par l'inhibition préfrontale médiane de ces mêmes régions limbiques.

En savoir plus :

Article [La gestion des émotions dans le TSPT - Lanius](#)

ZONES DU CERVEAU ACTIVÉES OU DÉSACTIVÉES LORS D'UN SOUVENIR TRAUMATIQUE



En savoir plus :

Rauch SL, van der Kolk BA, Fisler RE, et al. (1996)
A Symptom Provocation Study of Posttraumatic
Stress Disorder Using Positron Emission
Tomography and Script-Driven Imagery. Arch
Gen Psychiatry. 1996;53(5):380-387. doi:10.1001/
archpsyc.1996.01830050014003

MÉMOIRES ET PSYCHOTRAUMA

Explicite

- Raconter l'histoire du trauma

Implicite

- Fragments du trauma sont chargés d'affect
- Difficulté pour raconter l'histoire
- Déroulement de la « scène » après des déclencheurs, évitement

EFFETS DU TRAITEMENT SUR LE CERVEAU

L'étude de Pagani (2012) investigate par EEG la réponse fonctionnelle avant, pendant et après la thérapie EMDR.

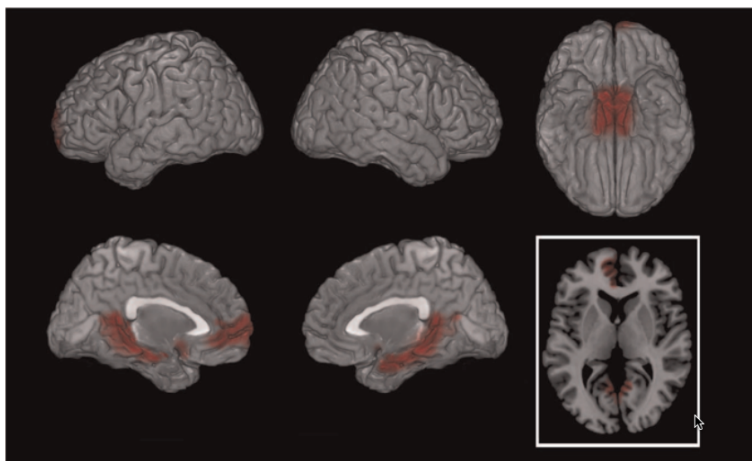


Figure 2 : Script : Patients - Control

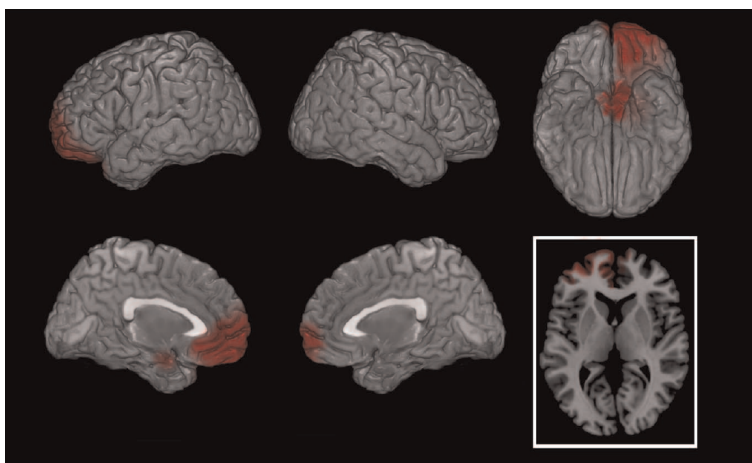


Figure 3 : EMDR : Patients - Control

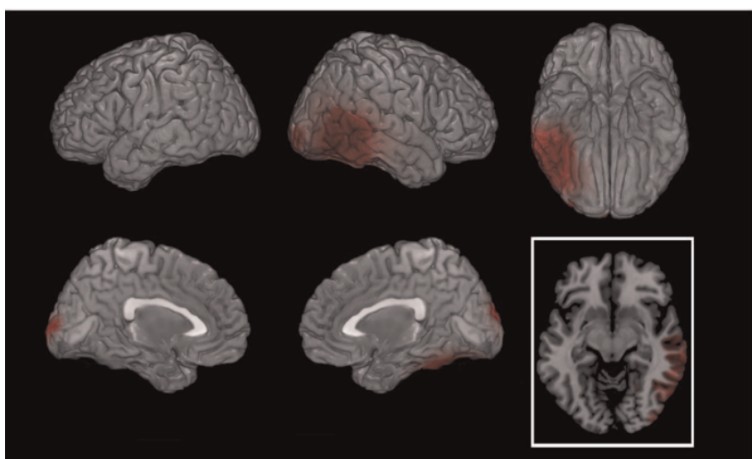


Figure 4 : Patients T1 - Patients T0

En savoir plus :

Article [Corrélat neurobiologiques de la thérapie EMDR](#)

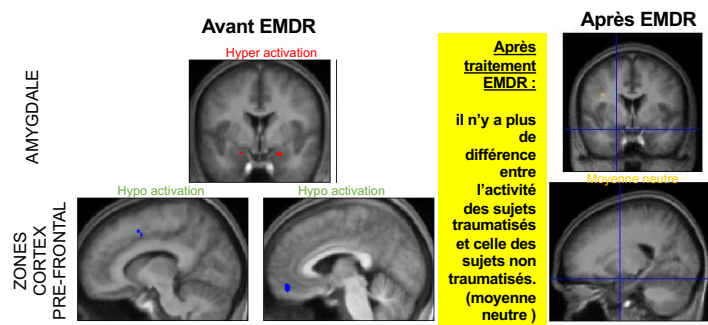
Pagani, M., DiLorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., Russo, R., Niolu, C., Ammaniti, M. Fernandez, I., & Siracusano, A. (2012). [Neurobiological correlates of EMDR monitoring – an EEG study](#). PLoS ONE, 7(9), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0045753

Schéma de Khalfa et El Khoury

Neuroimagerie statistique EL KHOURY, KHALFA & al
CNRS - INCM, CHU Marseille (2010)

Réponses à une tâche de reconnaissance d'expressions faciales négatives (colère, tristesse, peur)

Moyenne des activations avant et après traitement EMDR
(groupes tests : 25 patients traumatisés et 25 sujets non traumatisés)



LES FONDAMENTAUX DE LA THÉRAPIE DU PSYCHOTRAUMA

SÉCURITÉ

Le principe de l'attention duelle « un pied dans le passé et un pied dans le présent » est une condition essentielle à l'activation du traitement et à l'intégration de l'expérience traumatique.

Pour exposer le sujet traumatisé à son expérience douloureuse il est indispensable de le maintenir dans la sécurité du présent, ici et maintenant, et de s'assurer qu'il se sente en sécurité dans l'espace thérapeutique et dans le lien.

RELATION THÉRAPEUTIQUE

L'expérience du trauma est corrélée à un vécu de solitude et d'abandon

Surtout quand le trauma est provoqué par un autre, surtout quand cet autre est un proche

La relation thérapeutique installe un attachement sécurisé.

Le thérapeute représente la figure d'attachement protectrice, constante, présente, prévisible qui va activer un

levier fondamental de la réparation lors de l'exposition au trauma pour en favoriser l'intégration.

PSYCHO-ÉDUCATION

Donner des informations sur l'expérience traumatique, sur le processus neuro émotionnel de la traumatisation et sur les manifestations symptomatiques a pour effet de :

- Normaliser les effets du trauma
- Aider le patient traumatisé à donner du sens à l'expérience subjective traversée face à l'événement traumatique restée hors de portée de toute compréhension

CONTRÔLE

L'expérience traumatique a entraîné une perte totale de contrôle de la personne impactée.

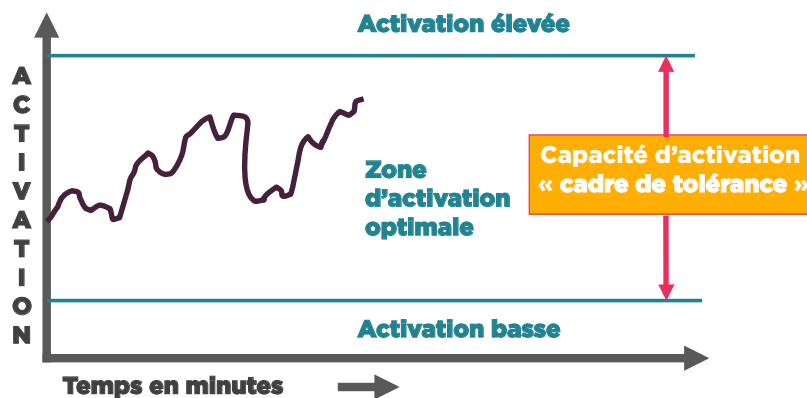
Le traitement du psycho trauma passe impérativement par la reprise du contrôle subjectif du vécu du sujet au cours du traitement du trauma.

Différentes techniques seront proposées au patient pour renforcer le sentiment de reprise de contrôle et pour l'aider à construire une distance par rapport au souvenir traumatisant

FENÊTRE DE TOLÉRANCE

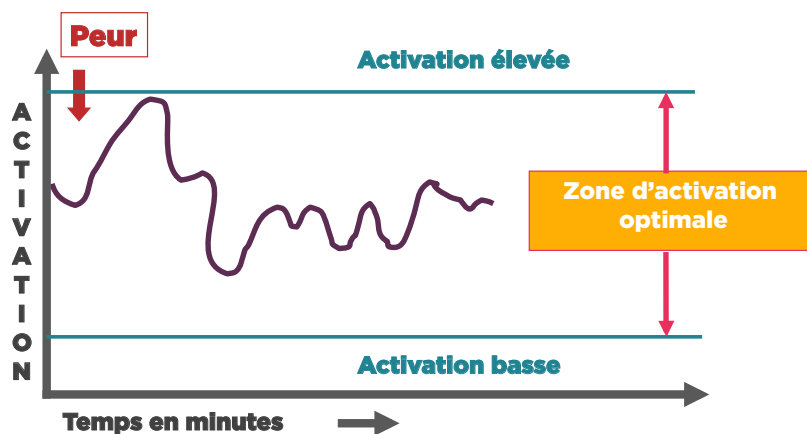
Modèle de la modulation de l'activation

Modèle 1 (Siegel, 1999; Odgen & Minton 2000)

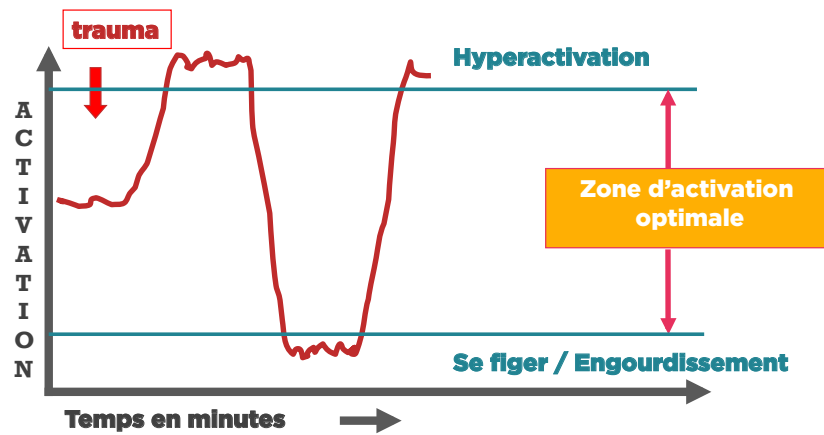


Modèle de la modulation de l'activation

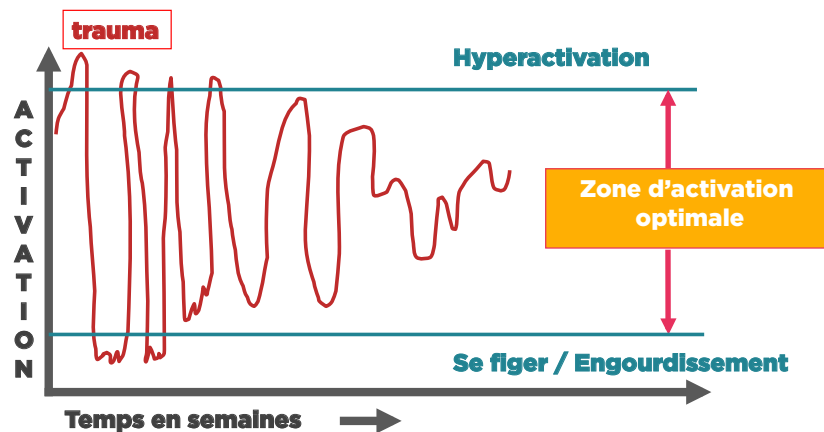
Modèle 2 (Siegel, 1999; Odgen & Minton 2000)



Modèle de la modulation de l'activation Modèle 3 (Siegel, 1999; Odgen & Minton 2000)



Modèle de la modulation de l'activation Modèle 4 (Siegel, 1999; Odgen & Minton 2000)



TECHNIQUES DE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

Aider le patient à revenir ou à se maintenir dans la fenêtre de tolérance (Siegel, Odgen).

Plusieurs techniques peuvent permettre d'aider le patient :

- Techniques d'ancrage et de présentification
- Techniques de distanciation
- Techniques de contenance
- Techniques de contrôle
- Techniques d'apaisement

MODÈLE DU TRAITEMENT DE PIERRE JANET DU PSYCHO- TRAUMA

1. Stabilisation
 - Dans la relation thérapeutique
 - Sociale
 - Psychique
 - Physique
2. Exposition au Trauma
3. Deuil, donner un sens, intégration et réorientation

RECHERCHES SUR LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES POUR LE PSYCHOTRAUMA

MÉTA-ANALYSES

[Lee & Cuijpers, \(2013\)](#)

Une méta-analyse (Lee & Cuijpers, 2013) a évalué 26 ECR (Études Contrôlées Randomisées) dans lesquelles les effets, sur un souvenir perturbant, des mouvements oculaires de la thérapie EMDR et des conditions d'exposition ont été comparés.

Les mouvements oculaires ont produit un effet significativement supérieur dans la réduction des émotions négatives et de la vivacité de l'image.

[Bisson & al. \(2007\)](#)

- 38 études contrôlées, randomisées
 - TPST au moins depuis 1 mois
 - au moins 3 mois après le trauma
 - Toutes sortes de traumatismes
 - Adultes
- Méthodes évaluées :
 - Thérapie cognitive comportementale centrée sur le trauma et (TCCCT)
 - EMDR
 - Groupe de thérapie cognitive et comportementale (TCC - non focalisé sur le trauma)
 - Management du stress
 - Thérapie non-directive
 - Thérapie psychodynamique
 - Hypnothérapie
- Conclusions :
 - Thérapie cognitive comportementale centrée sur le trauma et (TCCCT) et EMDR très efficaces

Formation à la thérapie EMDR niveau 1 - édition 2019

- Thérapie cognitive comportementale centrée sur le trauma et (TCCCT) et EMDR mieux que la thérapie non-directive
- Efficacité limitée des groupes de thérapie cognitive et comportementale (TCC - non focalisé sur le trauma) et du management du stress
- Pas d'effet pour les trois autres

En savoir plus :

[Présentation de la recherche de Bisson](#)

Bradley & al. (2005)

- Méthodes évaluées :
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Exposition
 - Restructuration cognitive
 - Gestion de l'anxiété
 - EMDR
- Etudes de cas : psychodynamique, humaniste / expérientielle
- Expositions, autres techniques cognitivo-comportementales et EMDR sont très efficaces pour diminuer les symptômes du TSPT
- Pas de différence au niveau de l'efficacité des différentes approches thérapeutiques
- Puisque la majorité des patients est guérie ou améliorée, les méthodes psychothérapeutiques font partie des approches psychosociales les plus efficaces développées jusqu'à maintenant.
- Question : sont-elles aussi les modes de traitement les plus efficaces pour traiter les patients polytraumatisés, qui ont vécu plusieurs traumas dans l'enfance ?
 - Résultats moins clairs
 - Impact plus profond sur la personnalité
- Critères d'exclusion : 30%
 - Généralisation

- TSPT en rapport avec traumas de guerre : moindre efficacité

Explications :

- La psychopathologie est plus sérieuse
- Moins de révélations au moment du retour
- Bénéfices secondaires
- Les critères et le seuil du TSPT
- Manque de suivi de longue durée
- Durée des séances en réalité

En savoir plus :

[Présentation des méta-analyses sur l'EMDR](#)

ETUDES COMPARATIVES

La thérapie EMDR comparée au Prozac montre que la thérapie EMDR donne de meilleurs résultats. Après la fin de la thérapie, les patients traités avec l'EMDR continuent de s'améliorer, alors que la plupart de ceux traités avec le Prozac manifestent à nouveau des symptômes (Van der Kolk et.al., 2007).

En savoir plus :

[Présentation de la recherche de Van der Kolk](#)

Bisson, J., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.

ETUDES CONTRÔLÉES

Plus de 30 études contrôlées randomisées (ECR) soutiennent l'utilisation de la thérapie EMDR pour traiter une large gamme de situations traumatiques.

En règle générale, l'équivalent de trois séances de 90

minutes produit une rémission de 85 à 100% dans le cas d'un TSPT avec trauma simple (e.g. Wilson, Becker, Tinker, 1995, 1997).

Douze séances ou plus sont généralement nécessaires dans le cas de victimes de traumas multiples comme pour les vétérans de guerre (Carlson et al., 1998).

Bien que l'on recommande habituellement des séances de 90 minutes, il est également possible de prévoir des séances de 50-60 minutes (Marcus et al., 1997, 2004).

L'assiduité aux séances et une fréquence adaptée du traitement sont nécessaires pour obtenir des résultats positifs.

Une méta-analyse (Maxfield & Hyer, 2002) indique que la rigueur du traitement influe directement sur les résultats obtenus.

En savoir plus :

[Présentation de la recherche en EMDR](#)

SYNCLECTISME DE LA THÉRAPIE EMDR

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DE TRAITEMENT

- La thérapie EMDR est considérée comme un traitement de niveau « A » pour les traumatismes et est recommandée par l'**Organisation Mondiale de la Santé - OMS** (2013) pour les enfants, les adolescents et les adultes « Comme la TCC orientée sur le trauma, la thérapie EMDR vise à réduire le mal-être subjectif et renforce les cognitions adaptatives en lien avec le trauma. Contrairement à la TCC orientée sur les traumas, la thérapie EMDR n'a pas besoin a) des descriptions détaillées de l'événement, b) d'un questionnement direct des croyances, c) d'une exposition de longue durée, ou d) des devoirs

- **Bleich, Kutz & Shalev** (Israeli National Council for Mental Health, 2002).

La thérapie EMDR est l'une des 3 méthodes recommandées pour le traitement des victimes d'actes de terrorisme

- **Department of Veterans Affairs & Department of Defense** (2010).

La thérapie EMDR a été placée dans la catégorie « A » pour le traitement du traumatisme.

- **National Institute for Clinical Excellence** (2005).

La TCC orientée sur les traumatismes et la thérapie EMDR ont été considérées comme des traitements de choix empiriquement choisis pour le traitement du TSPT chez l'adulte.

- **American Psychiatric Association** (2004).

La thérapie EMDR est classée au même rang que la thérapie cognitivo-comportementale comme traitement efficace des syndromes de stress post-traumatiques, qu'ils soient aigus ou chroniques

- **INSERM** (2004, 2015).

Parmi les trois formes de psychothérapies étudiées, la thérapie EMDR et la TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale) sont considérées comme des traitements de choix pour des victimes de traumatisme.

- **HAS** (2007).

L'EMDR est préconisé par la Haute Autorité de Santé pour traiter les traumatismes psychiques.

En savoir plus :

[Présentation des recommandations internationales de traitement pour l'EMDR](#)

[Présentation de la recherche en EMDR](#)

ANNEXES

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES NÉGATIVES PENDANT L'ENFANCE

(Adverse Childhood Experience -ACE- Questionnaire) Trouver votre Score ACE

Pendant votre enfance, durant vos premières 18 années de vie :

1. Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il **souvent...** injurié, insulté, rabaissé ou humilié ? **ou** agi d'une manière qui vous faisait craindre d'être blessé physiquement ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

2. Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il **souvent...** poussé, empoigné, giflé ou jeté des objets ? **ou** frappé si fort que vous en avez eu des marques sur le corps ou avez été blessé ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

3. Un adulte ou une personne d'au moins 5 ans de plus que vous a-t-il touché ou caressé ou fait toucher son corps d'une façon sexuelle ? ou tenté d'avoir, ou a effectivement eu, des rapports sexuels oraux, anaux, ou vaginaux avec vous ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

4. Avez-vous **souvent** senti que ... personne dans votre famille ne vous aimait ou pensait que vous étiez important ou unique ? **ou** dans votre famille on ne faisait pas attention les uns aux autres, on ne se sentait pas proche les uns des autres et on ne se soutenait pas les uns les autres ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

5. Avez-vous **souvent** senti que ... vous n'aviez pas assez à manger, vous deviez porter des habits sales, et que personne n'était là pour vous protéger ? **ou** vos parents étaient-ils trop sous l'effet de l'alcool ou de la drogue pour prendre soin de vous ou vous emmener chez le docteur si vous en aviez besoin ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

6. Vos parents, se sont-ils séparés ou ont-ils divorcés ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

7. Votre mère ou belle-mère a-t-elle **souvent** été poussée, empoignée, giflée ou lui a-t-on jeté des objets ? **ou parfois ou souvent** reçu des coups de pieds, des coups de poings ou été mordue, ou frappée violemment avec quelque chose ? **ou** été frappée à plusieurs reprises pendant au moins quelques minutes ou menacée avec une arme à feu ou un couteau ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

8. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui était alcoolique ou avait un problème de boisson, ou consommait de la drogue ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

9. Un membre du foyer était-il déprimé ou souffrait de maladie mentale, un membre du foyer a-t-il fait une tentative de suicide ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

10. Un membre du foyer est-il allé en prison ?

Oui Non Si oui, notez 1 _____

Maintenant additionnez le nombre de réponse « oui » : _____ Ceci est votre Score ACE (>3 significatif ; au plus le score est élevé, au plus l'impact des expériences de vie est important.)