
Comprendre le psychotraumatisme

Quand le passé s'invite dans le présent

Un éclairage scientifique et des solutions
fondées sur les neurosciences

Florent Santamaria

Psychopraticien | Méthode MOSAIC®

Spécialiste en psychotraumatisme

50+ avis Google | 5,0/5

www.florent-santamaria.fr

Et si ce que vous vivez aujourd'hui venait de quelque chose qui n'est pas encore passé ?

Vous avez vécu quelque chose d'intense. Et pourtant, ce n'est pas censé être encore là — et pourtant, ça revient. Une odeur, un bruit, un regard, et tout remonte : les images, les sensations, la peur. Comme si votre corps n'avait pas compris que c'était fini.

Ce n'est pas de la faiblesse. Ce n'est pas « dans votre tête ». Ce que vous vivez s'appelle un psychotraumatisme, et il s'explique par des mécanismes neurologiques précis : votre cerveau a encodé un événement d'une manière particulière, et il continue de réagir comme si le danger était toujours là.

Le trauma n'est pas l'événement lui-même. C'est la trace qu'il a laissée dans votre système nerveux — une trace qui peut être traitée, transformée, intégrée. Vous n'avez pas à revivre pour guérir.

Ce guide a été conçu pour vous donner un éclairage complet, honnête, fondé sur les données scientifiques actuelles. Il ne remplace pas un avis clinique individualisé, mais peut vous aider à mettre des mots sur ce que vous vivez.

Note préalable

Ce guide évoque les mécanismes du psychotraumatisme et peut résonner fortement pour certaines personnes. Si vous sentez une tension qui monte en le lisant, vous pouvez faire une pause, respirer lentement, et y revenir à votre rythme. Il n'y a aucune urgence.

01

Ce qui se passe dans le cerveau

Pour comprendre le psychotraumatisme, il faut d'abord comprendre comment le cerveau traite un événement menaçant. En situation de danger, trois structures clés réagissent en cascade :

- L'amygdale (centre d'alerte) s'hyperactive et déclenche la réponse de survie — combat, fuite ou sidération. Elle réagit en millisecondes, avant même que vous n'ayez le temps de réfléchir.
- L'hippocampe (centre de la mémoire contextuelle) devient dysfonctionnel : il ne parvient plus à encoder l'événement avec une chronologie, un contexte, un début et une fin. Le souvenir reste fragmenté, sans repère temporel.
- Le cortex préfrontal (centre du raisonnement et de la régulation émotionnelle) est inhibé. La capacité d'analyse, de recul et de parole est temporairement court-circuitée.

Mémoire normale vs mémoire traumatique

Un souvenir ordinaire est stocké avec une chronologie (« c'était il y a deux ans »), un contexte (« j'étais à tel endroit ») et une distance émotionnelle (« c'était difficile, mais c'est du passé »). Il est intégré dans votre histoire personnelle.

Une mémoire traumatique, elle, est stockée différemment : sans chronologie, sans contexte, comme si l'événement était encore présent. C'est pourquoi un flash-back n'est pas un simple « mauvais souvenir » : c'est une réactivation sensorielle et émotionnelle qui envahit le présent.

Structures cérébrales impliquées dans le trauma :

- Amygdale : détection des menaces, déclenchement de la réponse de survie
- Hippocampe : mémoire contextuelle, repères spatio-temporels
- Cortex préfrontal : régulation émotionnelle, raisonnement, langage
- Insula : intéroception, conscience corporelle

02

TSPT simple vs TSPT complexe

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) peut prendre deux formes distinctes, selon la nature et la répétition des événements vécus.

Le TSPT « simple » (DSM-5)

Il survient après un événement unique : accident, agression, catastrophe naturelle, attentat. Le DSM-5 définit le TSPT par la présence, après exposition à une menace de mort, blessure grave ou agression sexuelle (en tant qu'acteur, témoin direct ou proche), de quatre groupes de symptômes durant plus d'un mois :¹

- Reviviscence : mémoires intrusives, flash-backs, cauchemars, détresse intense face aux rappels de l'événement
- Évitement : évitement des stimuli, personnes, lieux associés au trauma
- Altérations cognitives et de l'humeur : amnésie partielle, croyances négatives, état émotionnel négatif, détachement, perte d'intérêt
- Hyperactivation neurovégétative : hypervigilance, irritabilité, troubles du sommeil, difficultés de concentration

Le TSPT peut s'accompagner de symptômes dissociatifs : dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi) et déréalisation (sentiment d'irréalité de l'environnement).¹

Le TSPT complexe (CIM-11 / ICD-11)

Le TSPT complexe survient après des traumas répétés, prolongés, souvent dans un contexte où la fuite est impossible : abus sexuels dans l'enfance, violences domestiques, enfants soldats, génocide, esclavage.² Reconnu dans la CIM-11, il ajoute aux symptômes du TSPT trois perturbations supplémentaires de l'auto-organisation :

- Dérégulation affective : difficulté à gérer ses émotions, réactions disproportionnées, engourdissement émotionnel
- Image négative de soi : honte profonde, sentiment d'être brisé, croyance d'être fondamentalement défaillant
- Perturbations relationnelles : difficultés à maintenir des relations stables, méfiance, attachement insécuré

Ces perturbations entraînent une perte des ressources émotionnelles, psychologiques et sociales, avec souvent davantage de dissociation, de dépression, et de troubles de la personnalité.²

03

Le cycle de reviviscence

Le psychotraumatisme ne reste pas figé. Il s'entretient selon un cycle auto-renforçant qui explique pourquoi, même des années après l'événement, les symptômes persistent ou s'aggravent.

1. Déclencheur : une odeur, un son, un lieu, une sensation corporelle réactive la mémoire traumatique
2. Mémoires intrusives / flash-backs : images, émotions et sensations surgissent comme si l'événement se produisait à nouveau
3. Évitement : pour échapper à la souffrance, la personne évite les lieux, les personnes, les situations liées au trauma
4. Hypervigilance : le système nerveux reste en alerte permanente, comme si le danger pouvait surgir à tout moment
5. Isolement : l'évitement et l'hypervigilance réduisent progressivement le cercle social et les activités
6. Renforcement : l'isolement et l'évitement empêchent le cerveau de retraiter le souvenir — la réponse traumatique se maintient

Pourquoi l'évitement maintient le TSPT

L'évitement procure un soulagement immédiat, mais il empêche le cerveau de retraiter et d'intégrer le souvenir traumatique. La mémoire reste fragmentée, hors du temps, et continue de se réactiver au moindre déclencheur. C'est le paradoxe central du trauma : ce qui protège à court terme entretient la souffrance à long terme.

Dans le cas du TSPT complexe, ce cycle est enrichi par des mécanismes supplémentaires : croyances négatives sur soi et le monde, attachement insécure, dissociation, et souvent des stratégies d'apaisement qui deviennent elles-mêmes problématiques (addiction, prise de risques, retraumatisation).²

L'évitement, dans le TSPT, n'est pas un choix. C'est le symptôme d'un cerveau qui a appris à se protéger... et qui ne sait plus comment s'arrêter.

04

Pourquoi les approches classiques ont leurs limites

Les recommandations internationales (OMS, HAS, APA, INSERM) identifient plusieurs thérapies comme efficaces pour le TSPT, notamment les thérapies centrées sur le souvenir traumatique : TCC centrée sur le trauma, thérapie d'exposition prolongée, et EMDR.³

Cependant, selon l'IFEMDR (2025), 44 % des patients souffrant de TSPT restent symptomatiques après un traitement de première ligne,⁶ ce qui souligne la nécessité de développer des approches alternatives et complémentaires.

Ces approches ont fait leurs preuves en termes d'efficacité. Mais elles partagent un problème structurel : elles nécessitent souvent que le patient revive en détail l'événement traumatique, le raconte, s'y confronte à nouveau. Et pour beaucoup de personnes, cette confrontation est trop douloureuse.

Le problème du taux d'abandon

Les études montrent que les thérapies centrées sur le souvenir traumatique (EMDR, TCC d'exposition) présentent un taux d'abandon d'environ 30 % (Foa et coll., 2009 ; Hembree, 2003). Ce n'est pas un échec du patient : c'est une limite de l'approche elle-même, qui demande de traverser la douleur pour la résoudre.³

À l'inverse, les approches non centrées sur le souvenir traumatique (relaxation, pleine conscience, hypnose classique) sont mieux tolérées — mais leur efficacité spécifique sur le TSPT est moins bien établie.³

Le défi est donc de trouver une approche qui combine bonne efficacité et bonne acceptabilité — c'est-à-dire qui traite véritablement le trauma sans exiger de le revivre dans la douleur.

05

MOSAIC® : traiter sans revivre

MOSAIC® (Mouvements Oculaires et Stimulations Alternées pour l'Intégration Cérébrale) est une méthode développée en 2019 par le Dr Stéphanie Khalfa, docteure en neurosciences. Elle s'inscrit dans un cadre multi-référentiel — humaniste-existential, systémique-stratégique, solutionniste, cognitivo-comportemental — enrichi par un modèle neuronal de synchronisation stochastique.⁴

Son principe fondamental : le cerveau possède déjà toutes les ressources nécessaires au changement. Il ne s'agit pas d'effacer un problème, mais de réactiver ce qui est déjà présent — forces, compétences, solutions — et de créer les conditions pour que le patient vive la réalité souhaitée.⁴

Comment ça fonctionne ?

MOSAIC® utilise les SBA (Stimulations Bilatérales Alternées), fondées sur le principe de la résonance stochastique : de petites quantités de « bruit » ajoutées à des signaux neuronaux faibles augmentent leur détectabilité et favorisent la synchronisation entre régions cérébrales (perception, cognition, action).⁵

Concrètement : le cerveau retraite naturellement les informations associées au trauma, sans que le patient ait besoin de raconter en détail ce qui s'est passé. Ce n'est pas une méthode d'exposition. C'est une méthode du déploiement et de la réactivation de ce qui est déjà là.⁴

L'avantage clé de MOSAIC®

- Présente, dans les premières données disponibles, une efficacité comparable à l'EMDR pour la réduction des symptômes de TSPT, en nécessitant moins de séances et avec un meilleur confort patient — des résultats qui doivent être confirmés dans un essai clinique randomisé de plus grande envergure
- Plus confortable : pas de reviviscences douloureuses, pas de récit détaillé exigé
- Bonne efficacité + bonne acceptabilité : les deux à la fois^{3,4}

L'efficacité de MOSAIC® dans le cadre du TSPT a fait l'objet de publications scientifiques (Khalifa & Poupard, 2021 ; Flatot-Blin et al., 2023). Par ailleurs, un essai clinique contrôlé randomisé multicentrique est actuellement en cours en France, impliquant les universités d'Aix-Marseille, Paris-Saclay, Côte d'Azur et Savoie Mont Blanc.⁴

Ces travaux s'inscrivent dans un contexte scientifique plus large : une méta-analyse récente (Hu et al., 2025), portant sur 27 essais cliniques randomisés, confirme que les psychothérapies réduisent significativement les symptômes du TSPT complexe.⁷

06

Pour qui, et comment se passe une séance ?

Pour qui ?

L'accompagnement en thérapie MOSAIC® s'adresse à toute personne qui reconnaît les signes décrits dans ce guide :

- TSPT suite à un événement unique (accident, agression, catastrophe)
- TSPT complexe lié à des traumatismes répétés (violences domestiques, abus dans l'enfance, négligences)
- Symptômes post-traumatiques sans diagnostic formel : flash-backs, cauchemars, évitement, hypervigilance, difficultés relationnelles
- Adultes et adolescents

Comment se passe une séance ?

La thérapie MOSAIC® est structurée en 4 grandes étapes, guidées par un protocole précis. Chaque séance comprend :

- Un temps d'alliance thérapeutique : écoute active, empathie, reformulation — vous êtes accueilli tel que vous êtes
- Un travail sur les sensations internes désirées (SID) : identifier ce que vous souhaitez vivre, plutôt que de fouiller dans ce qui fait mal
- Des stimulations bilatérales alternées (SBA) : elles permettent au cerveau de retraiter naturellement, sans douleur
- Des recadrages stratégiques : pour faire bouger les croyances limitantes liées au trauma

Combien de séances ?

Le nombre de séances varie selon chaque situation. Une thérapie MOSAIC® est généralement brève — les changements sont souvent perceptibles dès les premières séances. Le rythme et la durée sont ajustés à votre situation, en toute transparence.

Modalités pratiques

- En présentiel au cabinet de Montivilliers (Le Havre)
- En visio pour les personnes éloignées ou à mobilité réduite
- Pas besoin de tout raconter dès la première séance — vous allez à votre rythme

À propos de l'auteur

Florent Santamaria

Psychopraticien spécialisé en psychotraumatisme. Formé à la méthode MOSAIC® (Dr Stéphanie Khalfa), à la photothérapie et en psychopathologie (EFPP, 2 ans). Supervisé. Ancien enfant placé ASE, 4 ans de thérapie personnelle.

Cabinet à Montivilliers (Le Havre). Consultations en présentiel et en visio.

50+ personnes ont pris le temps de partager leur expérience après leur accompagnement — toutes avec la note maximale. Ces retours témoignent d'un travail perçu comme profond, respectueux et efficace.

50+ avis Google — 5,0 / 5

« Après des années à porter ce poids, j'ai enfin compris que je n'avais pas à tout raconter pour aller mieux. L'approche MOSAIC® m'a permis de retrouver une sécurité intérieure que je ne pensais plus possible. »

— Avis Google vérifié

Votre passé ne vous définit pas. Il raconte simplement ce que votre cerveau a appris à faire pour se protéger — et cela peut changer.

Si vous souhaitez faire ce premier pas, je vous accueille en cabinet à Montivilliers (Le Havre) ou en visio.

Prendre rendez-vous : www.florent-santamaria.fr

Tapez sur Google : Florent Santamaria psychopraticien Montivilliers

Mentions importantes

Ce guide est une ressource d'information générale sur le psychotraumatisme. Il ne remplace pas un avis médical, psychiatrique ou psychologique individualisé, ni un diagnostic clinique.

En cas d'urgence, d'idées suicidaires ou de risque de passage à l'acte, contactez immédiatement les services d'urgence (15). Prévention du suicide : 3114 (24h/24).

Références

1. DSM-5 / American Psychiatric Association — Critères diagnostiques du TSPT. Cf. aussi : Foa et coll. (2009), OMS (2013), APA (depuis 2000), INSERM (2004), HAS (2007).
2. ICD-11 / CIM-11 — Critères du TSPT complexe. Karatzias & Levendosky (2019). Hyland et al. (2018). Courtois (2008). Peraud et al. (2022) — Échelle ITQ.
3. Hembree E.A. et al. (2003) — Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? Journal of Traumatic Stress. Foa et coll. (2009). Cité dans le cours MOSAIC, Dr S. Khalfa.
4. Khalfa S. & Poupard G. (2021) — MOSAIC: A New Pain-Free Psychotherapy for Psychological Trauma. Flatot-Blin et al. (2023) — Clinical Efficiency and Acceptability of EMDR and MOSAIC Therapy for PTSD. Healthcare/MDPI. www.therapiemosaic.com
5. Ward L.M. et al. (2010) — Stochastic resonance modulates neural synchronization within and between cortical sources. PLoS ONE. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20657769
6. IFEMDR (2025) — 44 % des patients souffrant de TSPT restent symptomatiques après un traitement de première ligne. Données présentées dans le cadre des recommandations IFEMDR 2025.
7. Hu J. et al. (2025) — Méta-analyse de 27 essais cliniques randomisés confirmant l'efficacité des psychothérapies dans la réduction des symptômes du TSPT complexe.