

ARTICLE CLINIQUE

Soins infirmiers en santé mentale – Pratique intégrative

Les pensées traumatiques dans les moments de calme :

comprendre et traiter le paradoxe du réseau en mode par défaut

Yannick Gautier

ASCES – Académie Suisse de Coaching en Santé, 2025

Résumé

Les personnes ayant vécu un trauma rapportent fréquemment que les pensées intrusives ou les réminiscences surviennent non pas dans les situations de stress manifeste, mais précisément lors de moments de détente ordinaire : boire son café, conduire sur un trajet habituel, effectuer ses soins d'hygiène. Ce phénomène, souvent vécu avec incompréhension et culpabilité, constitue pourtant un mécanisme neurobiologique cohérent lié à l'activation du réseau en mode par défaut (Default Mode Network, DMN). Cet article propose une lecture clinique intégrative de ce paradoxe, en articulant les neurosciences du trauma, les approches somatiques, la PNL et la méthode TRTD, afin d'outiller les soignants et les thérapeutes dans leur accompagnement.

Mots-clés : trauma, pensées intrusives, Default Mode Network, PNL, TRTD, régulation émotionnelle, soins infirmiers en santé mentale

1. Introduction

Il est une plainte récurrente dans mon cabinet de soins en santé mentale : « *Je ne comprends pas, au travail ça va, c'est quand je suis seul(e) que ça revient.* » Les patients traumatisés décrivent, souvent avec une gêne mêlée d'incompréhension, ces instants de quotidien ordinaire transformés en déferlement de mémoires, d'images, de sensations. Le café du matin qui refroidit pendant qu'une scène se rejoue. Le trajet en voiture pendant lequel un visage réapparaît. La douche où les larmes se mêlent à l'eau.

Cette configuration clinique n'est pas anecdotique. Elle signale un fonctionnement neurobiologique spécifique que toute approche thérapeutique du trauma se doit d'intégrer. Elle illustre ce que nous pouvons appeler le paradoxe du calme traumatique : la sécurité perçue par le corps active précisément les traces que la vigilance avait maintenues sous contrôle.

Dans cet article, nous en explorons les mécanismes, les implications cliniques et les stratégies d'intervention, tant en régulation immédiate qu'en retraitement de fond, au croisement des

neurosciences, de la PNL, de l'approche somatique et de la méthode TRTD (Transformation Rapide des Traumatismes et des Deuils).

2. Le paradoxe du calme traumatique

2.1 Le rôle du réseau en mode par défaut (DMN)

Le Default Mode Network (DMN) est un ensemble de régions cérébrales (cortex préfrontal médian, cortex cingulaire postérieur, cortex temporal médian) qui s'activent en l'absence de tâche cognitive dirigée. Loin d'être un état de repos passif, le DMN est le siège de la rumination, de la construction narrative de soi, de l'imagerie mentale et du traitement de la mémoire autobiographique (Raichle et al., 2001 ; Buckner et al., 2008).

Chez la personne traumatisée, le DMN présente une organisation perturbée : les traces mnésiques non intégrées — dites « *non consolidées* » — restent disponibles à l'activation dès que le contrôle attentionnel se relâche. En d'autres termes, dès que le cerveau cesse d'être « occupé » par une tâche externe, il revient traiter ce qu'il n'a pas encore digéré.

C'est précisément ce que font les activités automatisées : elles libèrent la conscience dirigée tout en engageant le corps, créant ainsi une fenêtre d'activation du DMN dans un contexte somatique non menaçant, ce que le cerveau traumatisé interprète comme une opportunité de traitement.

2.2 La désactivation du contrôle préfrontal

En situation de stress ou de vigilance, le cortex préfrontal ventrolatéral exerce une inhibition active sur l'amygdale, limitant la remontée des contenus traumatiques. Lors des moments de calme, cette inhibition descendante se relâche naturellement. L'amygdale, et avec elle les traces de mémoire implicite et émotionnelle, retrouve son seuil d'activation abaissé.

Ce mécanisme est amplifié le matin au réveil (période de transition entre hypnos et veille), dans les tâches motrices habituées (conduite), et lors de l'exposition corporelle liée à l'hygiène (où le toucher réveille la mémoire somatique). Ce n'est donc pas un hasard si ces trois contextes reviennent systématiquement dans les témoignages cliniques.

2.3 Tableau de synthèse neurobiologique

Contexte	Mécanisme neurobiologique	Cible thérapeutique
Café du matin	Éveil cortical progressif, amygdale encore hyperréactive	Ancrage sensoriel, rituel de transition
Conduite automobile	Tâche motrice automatisée → libère le réseau DMN	Respiration cohérente, ancrage vocal
Soins d'hygiène	Corps exposé, stimulations tactiles → activation somatosensorielle	Protocole corps-présent, EFT préventif
Endormissement	Baisse du contrôle préfrontal, montée du limbique	Rendez-vous programmé avec le trauma

3. Implications cliniques

3.1 La dimension diagnostique

Ces remontées spontanées constituent un signal clinique de premier plan. Leur contenu, leur intensité, leur caractère intrusif ou dissociatif orientent le clinicien dans l'évaluation de la charge traumatique résiduelle et dans le choix des modalités de retraitement.

La question d'anamnèse suivante est particulièrement féconde en consultation :

« Y a-t-il des moments de votre journée où, sans raison apparente, des pensées ou des images difficiles vous reviennent ? Dans quelles situations cela se produit-il ? »

La réponse à cette question permet non seulement d'identifier les contextes de vulnérabilité, mais aussi de nommer et de normaliser le phénomène pour le patient — ce qui en soi constitue un premier acte thérapeutique.

3.2 La psychoéducation comme premier soin

Nommer le mécanisme neurobiologique est indispensable avant toute intervention technique. La plupart des patients traumatisés interprètent ces remontées comme une régression, un signe de fragilité, voire comme la preuve qu'ils « ne s'en sortiront jamais ». Ce vécu culpabilisant génère une anxiété secondaire qui aggrave l'expérience.

La psychoéducation adaptatrice consiste à reframe l'expérience :

Message-clé à transmettre au patient :

« Ce que vous vivez n'est pas un signe de rechute ni de faiblesse. C'est votre cerveau qui tente, dans le seul espace tranquille qu'il trouve, de digérer ce qu'il n'a pas encore intégré. Ces remontées sont un signe de travail neurologique, pas d'échec. »

4. Stratégies d'intervention

4.1 Régulation dans l'instant — techniques de premier niveau

A. L'ancrage sensoriel 5-4-3-2-1

Cette technique de mobilisation attentionnelle exploite la compétition entre les réseaux neuronaux : l'activation délibérée de la perception sensorielle présente inhibe partiellement le DMN en réorientant le traitement vers le cortex sensoriel primaire.

Elle est particulièrement adaptée sous la douche (stimuli tactiles et auditifs disponibles) et en voiture (stimuli visuels, proprioceptifs). Le soignant peut l'enseigner au patient sous une forme simple :

- 5 choses que je vois
- 4 choses que je touche ou sens sur mon corps
- 3 sons que j'entends
- 2 odeurs que je perçois
- 1 chose que je goûte ou que je ressens à l'intérieur

Le mouvement attentionnel lui-même, le fait de chercher activement, est déjà thérapeutique, car il réengage le cortex préfrontal dans une tâche orientée vers le présent.

B. La cohérence cardiaque

La respiration à rythme fixe (5 secondes d'inspiration / 5 secondes d'expiration) active le baroréflexe et module la variabilité de la fréquence cardiaque, exerçant un effet inhibiteur sur l'hyperactivité amygdalienne. Elle est praticable dans tous les contextes (café, voiture, toilettes) sans attirer l'attention ni requérir de matériel.

En conduisant, une variante peut être proposée : inspirer pendant 4 temps et expirer pendant 6, sans compter mentalement mais en suivant le rythme de la route. L'expiration longue est le facteur-clé de l'activation parasympathique (le nerf vague est frein neurologique).

C. L'ancrage corporel verbal

Une formulation intérieure courte, répétée mentalement ou à voix basse, peut servir d'ancre de présence :

« Je sens l'eau sur ma peau. Je suis dans ma salle de bain. Je suis en sécurité maintenant. »

Cette technique s'apparente à un ancrage de ressource en PNL, combiné à un ancrage spatial. Elle agit à deux niveaux : réorientation vers le présent et activation de la mémoire de sécurité (état ressource).

4.2 Techniques comportementales de moyen niveau

Le rendez-vous programmé avec le trauma

La lutte contre les pensées intrusives produit classiquement un effet de rebond (Wegner, 1994) : l'effort de suppression augmente la fréquence de l'intrusion. Une stratégie comportementale contre-intuitive mais efficace consiste à ne pas combattre la pensée, mais à la différer.

Le principe est simple : le patient s'accorde un moment quotidien délimité (15 à 20 minutes, à heure fixe, dans un espace choisi) pour « recevoir » ses pensées difficiles. Quand une pensée survient au mauvais moment, il lui répond intérieurement :

« Je t'entends. Je ne t'ignore pas. On se voit ce soir à 18h. »

Cette technique restaure un sentiment de contrôle interne, réduit la charge anxieuse liée à l'irruption imprévisible, et structure le rapport du patient à son matériel traumatique. Elle peut être associée à un journal thérapeutique.

Le travail sur les sous-modalités (Programmation Neuro Linguistique)

Lorsqu'une image mentale traumatique remonte, les sous-modalités de cette image — sa taille, sa proximité, son cadre, ses couleurs, sa dimension sonore — amplifient ou atténuent son impact émotionnel. Le praticien PNL peut apprendre au patient à modifier ces paramètres :

- Éloigner l'image (la « pousser » mentalement à distance)
- La décolorer progressivement jusqu'au noir et blanc
- La réduire jusqu'à ce qu'elle devienne minuscule
- Y ajouter un cadre, comme une photo dans un album

Ces techniques, enseignées lors des séances, deviennent des ressources autonomes que le patient peut activer seul lors des remontées quotidiennes. Dans le cadre de la méthode TRTD, elles peuvent être couplées à un ancrage sur mots ou gestes établi pendant le travail de retraitement.

4.3 Retraitement de fond — le niveau thérapeutique profond

Les techniques de régulation immédiate sont indispensables, mais insuffisantes si elles restent le seul outil. Quand les remontées sont fréquentes, intenses ou organisées autour d'un contenu récurrent, elles signalent un nœud traumatique non retraité qui nécessite un travail de fond en séance.

La méthode TRTD — Transformation Rapide des Traumatismes et des Deuils — offre dans ce cadre un protocole structuré permettant l'intégration complète de la mémoire traumatique, en travaillant sur la dissociation, le recadrage temporel, les ancrages de ressource et la reconstruction d'un récit cohérent. L'EMDR et le tapping (EFT) constituent des alternatives validées pour le retraitement de ces contenus.

Un point clinique important : les contextes de remontée spontanée (café, voiture, douche) peuvent être utilisés comme points d'entrée thérapeutiques. Inviter le patient, en séance sécurisée, à fermer les yeux et à retrouver mentalement ce contexte-déclencheur, permet d'accéder directement au matériel actif sans avoir à le chercher :

« Fermez les yeux. Imaginez-vous dans votre cuisine, ce matin, devant votre café. Laissez venir ce qui vient... Qu'est-ce qui apparaît ? »

Les moments de calme deviennent ainsi non seulement des indicateurs cliniques précieux, mais des leviers thérapeutiques actifs.

5. Posture clinique du soignant

Face à ces remontées, la posture du soignant est déterminante. Plusieurs orientations méritent d'être soulignées :

- Valider sans amplifier : reconnaître l'expérience du patient sans en surestimer le danger. « *C'est inconfortable, et vous n'êtes pas en danger.* »
- Nommer sans pathologiser : utiliser un langage accessible et dédramatisé. Parler de « *traces* » plutôt que de « *symptômes* », de « *digestion* » plutôt que de « *rechute* ».
- Outiller avant d'explorer : ne jamais ouvrir du matériel traumatique sans avoir préalablement enseigné des techniques de régulation. Le patient doit avoir les moyens de fermer ce qui a été ouvert.
- Individualiser les ancres : les techniques de régulation sont plus efficaces quand elles exploitent les ressources sensorielles du patient (ses odeurs préférées, sa musique de régulation, ses mots-ancres).
- Superviser sa propre résonance : les récits traumatiques activent parfois le propre DMN du soignant. Une pratique régulière de supervision et d'hygiène psychique est indispensable.

6. Protocole clinique proposé

Protocole en 4 temps — Gestion des remontées traumatiques dans les moments de calme

1. Psychoéducation : expliquer le DMN, normaliser le phénomène, lever la culpabilité.
2. Outillage de régulation immédiate : enseigner 1 à 2 techniques adaptées au contexte du patient (ancrage sensoriel, cohérence cardiaque, formule d'ancrage verbal).
3. Structuration comportementale : proposer le rendez-vous programmé avec le trauma, associé si approprié à un journal thérapeutique.
4. Retraitement de fond en séance : utiliser les contextes de remontée comme points d'entrée thérapeutiques, via TRTD, EMDR ou EFT selon le cadre.

7. Conclusion

Les pensées traumatiques qui surviennent dans les moments de calme ne sont pas une anomalie clinique, elles sont la manifestation d'un cerveau qui cherche, dans le seul espace de respiration que lui offre le quotidien, à accomplir le travail que l'urgence de vivre ne lui permet pas toujours de mener à bien.

Comprendre ce phénomène à travers le prisme neurobiologique du DMN permet au clinicien d'en changer radicalement le sens : non plus une menace, mais une information. Non plus un échec, mais une fenêtre. Ce déplacement de sens, central dans l'approche PNL et dans la méthode TRTD, est souvent, à lui seul, thérapeutiquement puissant.

Doter les patients de stratégies de régulation adaptées à leur quotidien, tout en maintenant un cap de retraitement profond en séance, constitue l'articulation fondamentale d'une prise en soin intégrative du trauma. Le café du matin peut redevenir ce qu'il est : un moment de paix.

Références

- Buckner, R.L., Andrews-Hanna, J.R., & Schacter, D.L. (2008). The brain's default network: Anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 1–38.
- Raichle, M.E., MacLeod, A.M., Snyder, A.Z., Powers, W.J., Gusnard, D.A., & Shulman, G.L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98(2), 676–682.
- van der Kolk, B. (2014). *Le corps n'oublie rien*. Albin Michel.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52.
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3e éd.). Guilford Press.
- Gautier, Y. (2023). *TRTD – Transformation Rapide des Traumatismes et des Deuils : Fondements théoriques et protocoles cliniques*. ASCES, Lausanne. / Yannick Gautier.