

La thérapie EMDR est-elle intégrative ?

Martine Iracane-Blanco nous explique d'abord la thérapie EMDR et son efficacité pour les au carrefour de plusieurs courants psychothérapeutiques, pour terminer par nous décrire son



Alain Gourhant : Pour commencer, pouvez-vous vous présenter aux lecteurs de *Santé Intégrative* ?

Martine Iracane : Je suis psychologue clinicienne dans le service public, où j'exerce à l'hôpital psychiatrique, en secteur de psychiatrie adulte à Aix en Provence et essentiellement au Centre Medico-Psychologique de Vitrolles, structure extra-hospitalière du dispositif de soin. Ma pratique professionnelle de terrain m'a peu à peu conduite à me spécialiser en victimologie clinique et je suis membre de la Cellule d'Urgence Medico-Psychologique des Bouches du Rhône. Depuis une dizaine d'années, j'y ai diminué mon temps de travail pour exercer des fonctions de formatrice dans le cadre du département de formation continue de l'Université de Brest. J'anime également dans d'autres régions des formations occasionnelles en collaboration avec d'autres intervenants, au sein de l'organisme de formation associatif *Synchronie* et j'interviens assez régulièrement dans l'enseignement de Diplômes Universitaires. Au cours de ces actions, je rencontre des professionnels : psychologues, médecins, travailleurs sociaux, équipes paramédicales et pénitentiaires, souvent confrontés dans leur pratique à des situations difficiles avec les usagers et leur famille, aux différentes expressions de la violence en milieu institutionnel, à des situations traumatiques et de stress. Les missions proposent de répondre et de les soutenir dans l'analyse, la gestion, la prévention de ces problématiques de terrain, au plus près de leurs pratiques. Depuis 1998, je fais partie de l'équipe pédagogique de la formation à la thérapie EMDR, dans le cadre de l'Institut Français d'EMDR dirigé par David Servan-Schreiber et suis superviseuse EMDR Europe.

Qu'est-ce qui vous a amenée à cette pratique de l'EMDR ?

Ce fut un moment pivot de ma vie

professionnelle. Dans le cadre de la consultation du secteur psychiatrique, j'étais déjà amenée à recevoir de plus en plus souvent des patients victimes de violences : violences urbaines, agressions, mais aussi violences familiales (femmes battues, séquelles de maltraitances infantiles), accidents du travail ou violences subies par l'impact d'événements de vie brutaux, tels la survenue d'un deuil soudain ou d'un accident de voiture...



Martine Iracane-Blanco

Ces personnes présentaient des tableaux cliniques spécifiques, nommés Etat de Stress Post-traumatiques. Ce sont donc mes patients qui m'ont amenée à me pencher sur des outils thérapeutiques mieux adaptés, à mon sens, que ceux utilisés jusque-là dans ma pratique de psychothérapie individuelle d'inspiration psychanalytique. Le cadre théorique qu'offre cependant la psychanalyse reste pour moi la référence essentielle. À l'époque, encouragée par une demande de partenariat adressée au CMP et émanant du Bureau d'Aide aux Victimes de la commune, et soutenue par le médecin responsable du service, j'ai consolidé mon projet de formation spécialisée dans le traitement des séquelles traumatiques. L'apprentissage des techniques de "debriefing"⁽²⁾ enseignées par les psychiatres militaires, puis l'approche en hypnose éricksonienne, en ont été les premières étapes.

En tant que musicothérapeute, j'utilisais déjà les approches psychocorporelles de relaxation sous induction musicale, pour aider les patients à

gérer les états anxieux. La médiation corporelle et musicale venait faciliter la verbalisation des ressentis, puis l'intégration des émotions et du vécu déstabilisant. Souvent associés à une prescription médicamenteuse, tous ces outils constituaient une palette soutenant efficacement les patients, mais ils s'avéraient souvent insuffisants pour traiter profondément ceux qui présentaient des tableaux post-traumatiques sévères et parfois chroniques. La thérapie EMDR me fut présentée au cours d'une conférence à l'hôpital. Un peu dubitative j'ai eu envie de découvrir cette pratique qui semblait répondre très spécifiquement aux problématiques de certains patients débordés par l'angoisse, la reviviscence et la répétition d'un vécu et d'une expérience psychologiquement ingérables. En m'inscrivant à cette formation, je pensais aux personnes prises en otage par leur traumatisme, aux caissières braquées dans l'incapacité de faire leurs courses dans un quelconque magasin, aux victimes de violences physiques qui n'osaient plus franchir le seuil de leur maison, aux accidentés de la route développant une phobie de la conduite, etc. J'ai participé à un premier volet de formation, dispensée par des psychologues cliniciens américains en 96 et je n'ai pas été déçue ! Depuis, sur fond de tissage d'expériences antérieures, l'EMDR n'a jamais plus quitté ma pratique, car les thématiques telles que trauma, violences et stress constituent une part essentielle des psychothérapies et consultations au CMP. La démarche est parfois initiée par le patient lui-même mais très souvent encouragée par des intervenants divers du réseau social, médical et hospitalier, sollicités en première instance.

Pouvez-vous nous présenter cette technique de l'EMDR ?

Plus qu'une technique – définition trop réductrice – l'EMDR est une méthode thérapeutique. Le sigle EMDR signifie : "**Eyes Movement Desensitization and Reprocessing**":

stress post-traumatiques. Elle nous montre ensuite le caractère intégratif de cette méthode engagement social dans l'association HAP.

Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires. Cette méthode nommée également thérapie neuro-émotionnelle a été proposée et validée en 89 par Francine Shapiro, une psychologue clinicienne de Californie. Les premières études cliniques portaient sur les traitements de vétérans du Vietnam hautement traumatisés. Depuis cette période pionnière, le nombre d'études, d'analyses et de méta analyses n'a cessé d'augmenter et de démontrer l'efficacité pour le traitement des ESPT (États de Stress Post-Traumatiques) décrits dans le DSMIV⁽¹⁾. Elle est reconnue notamment par l'INSERM en France et par l'APA (American Psychiatric Association) depuis 2004. Pour comprendre la finalité et les modalités d'action de l'approche EMDR, il faut dire quelques mots sur la traumatisation et ses déclinaisons symptomatiques. Lorsqu'une personne est confrontée à un événement qui menace son intégrité physique et psychique, ou lorsqu'elle est témoin d'un tel événement, elle peut être hautement perturbée et déstructurée au plan psychique. La surcharge émotionnelle de l'effraction traumatique génère un véritable état de commotion psychique. Les perceptions de l'environnement peuvent être alors "engrammées" telles quelles, (odeurs, sons, images etc.) sous une forme brute ; les pensées et les émotions se figent. Ce blocage entraîne dans les semaines qui suivent l'exposition à la situation, des symptômes d'intrusion tels que les flashbacks, des phénomènes de reviviscence de l'expérience traumatique, des peurs intenses, des réactions de sursaut, des désordres neurovégétatifs, des phobies d'évitement... En fait, naturellement toute personne dispose des outils nécessaires pour digérer les expériences difficiles : elle les partage par le récit, elle y pense, en rêve et le processus naturel de guérison se met en place avec une mobilisation de ses ressources et expériences positives antérieures. Dans le cas de la traumatisation psychique, le patient

se trouve dans l'incapacité d'activer ces mécanismes naturels d'autogénération. Il va avoir besoin d'une aide pour intégrer cette expérience douloureuse hors du commun. C'est là qu'intervient **la fonction principale de la méthode EMDR : l'activation d'un processus de digestion bloqué.** Francine Shapiro elle-même utilise la métaphore de la digestion. Cette métabolisation va peu à peu évacuer les contenus perturbants (les déchets de la digestion) pour ne retenir que les contenus "utiles" aux apprentissages et à la consolidation du moi (les substances fortifiantes). Sans rentrer dans le détail du processus et plan de traitement très protocolisé et structuré, je voudrais faire référence à quelques axes explicatifs. Le protocole de traitement articule le passé et le présent, de manière simultanée. C'est l'alliance thérapeutique qui crée un véritable filet de sécurité qui permet au patient de plonger dans le souvenir, tout en vivant la sécurité dans l'ici et maintenant et en régulant son stress. Si le patient doit revisiter son traumatisme par l'exposition, il ne doit pas pour autant se recontaminer. Quelle est la place des mouvements oculaires et autre forme de stimulation alternée ? Ils vont activer à partir de la focalisation initiale, le processus de retraitement par l'association libre. Celui-ci va s'opérer par étapes, en déchargeant de manière "cathartique"⁽³⁾ le matériel perturbant. Par exemple, l'information dysfonctionnelle « je vais mourir... Je suis en danger » restée coincée dans le cerveau du salarié braqué, avec les émotions négatives associées (terreur, sentiment d'impuissance) et les sensations corporelles (douleurs, crispations), les perceptions (le visage cagoulé, les coups de feu), toutes ces traces mnésiques, éparses et dissociées vont se remettre en lien. L'expérience se restructure, se métabolise et s'intègre autour d'une information plus

adéquate et plus appropriée (l'information dite adaptative). Pour reprendre l'exemple du salarié braqué, l'information adaptative est « j'ai survécu... Je suis en sécurité maintenant ». Dans l'appareil neurophysiologique, des fragments de contenus de l'expérience vécue restent bloqués dans certaines parties de notre système nerveux central : le cerveau limbique, la zone amygdalienne notamment. Aussi, les stimulations bilatérales alternées favoriseraient la fluidification des échanges entre les trois étages de notre cerveau (reptilien, limbique, néocortex), ce processus permettant la métabolisation et l'intégration de l'expérience traumatique. Des recherches actuelles portent sur les mécanismes neurophysiologiques et biochimiques concomitants de cette



M. I.

Martine Iracane en séance d'EMDR

métabolisation. L'EMDR est également utilisée pour traiter les petits "t" qui participent à entraver le développement harmonieux de la personnalité et sont constitutifs de l'identité. Ainsi les troubles de l'estime de soi, le manque d'assertivité et de confiance en soi, l'anxiété, peuvent prendre leur source dans des expériences infantiles d'atteinte à la sécurité (peurs) ou à l'image de soi et au narcissisme (l'humiliation à l'école, par exemple). Ces souvenirs peuvent faire l'objet de "cibles" et permettre un plan de traitement en profondeur, pour améliorer l'équilibre global de la personne. Pour conclure, ➔

La thérapie EMDR est-elle intégrative ?

la méthode EMDR est loin de représenter uniquement une gymnastique oculaire, elle s'appuie sur un protocole qui s'intègre dans une approche clinique et psychopathologique globale de la personnalité du patient.

Vous venez d'employer un mot important dans ce journal, le mot "intégration", et nous venons de voir la première forme d'intégration de l'EMDR, sa capacité de favoriser la digestion au niveau psychique des expériences traumatiques. Pouvez-vous nous parler maintenant d'une autre forme d'intégration : comment l'EMDR intègre en elle-même, différentes techniques ou courants psychothérapeutiques ?

L'EMDR est effectivement une méthode qui fait converger plusieurs courants de la psychothérapie en les assimilant, les combinant et les intégrant. **La thérapie cognitive et comportementale (TCC)** apparaît au 1^{er} plan, de par la structuration du protocole de base, la notion d'exposition en imaginaire et in vivo, les liens entre sensations physiques et cognitions, la restructuration cognitive à partir des pensées auto-bloquantes.



Martine Iracane en mission HAP en Algérie

La théorie EMDR fait aussi largement référence à la psychanalyse, d'abord parce que le symptôme est perçu comme la conséquence actuelle d'un trauma ou d'un conflit du passé, parfois refoulé. Elle reprend également les concepts de dissociation et de fragmentation du matériel psychique, décrits par Freud et Janet. La "désagrégation psychique" survient

lors de l'effraction psychique : émotions, pensées, sensations corporelles, éléments sensoriels sont en rupture de liaison et sont "parsemés" dans le psychisme sans être rattachés aux autres représentations mentales. Ce sont ces éléments épars qui génèrent les symptômes de reviviscence, d'intrusion, d'évitement et d'angoisse. La stimulation bilatérale alternée, pratiquée en EMDR favorise aussi l'accélération de la libre association et l'intégration de l'expérience traumatique par la réassociation de ces éléments. Elle mobilise le matériel du préconscient et favorise l'élaboration.

Quelquefois la catharsis⁽³⁾ émotionnelle, nommée "abréaction" en EMDR, peut participer à la "désinfection psychique" dont parle Janet. **La thérapie EMDR a aussi puisé dans la clinique du courant thérapeutique de la Gestalt.** Le centrage sur le matériel présent, ici et maintenant, dans le lien thérapeutique, la réactualisation du vécu émotionnel inscrit et perçu dans le corps, l'encouragement au dialogue avec "l'enfant intérieur", en sont les principaux exemples. L'EMDR se focalise sur "le présent du passé", sur la mémoire actuelle du patient.

Nous donnons également une place importante au corps ; le lien avec **les thérapies psychocorporelles** est très soutenu. La mémoire corporelle est mobilisée, accueillie, et de nombreux exercices de relaxation et d'ancrage participent à la nécessaire préparation du patient en amont de la désensibilisation. Même si l'EMDR ne doit pas être assimilée à **l'hypnose éricksonienne**, le sujet peut se retrouver en état modifié de conscience, dans un état de seuil de réceptivité différente. Nous pouvons aussi avoir largement recours à des métaphores comme en hypnose pour débloquer le travail thérapeutique à certains moments du traitement. Mais ce n'est pas une méthode comme l'hypnose utilisant la suggestion.

Enfin, **le modèle EMDR comporte une approche neuro-émotionnelle.** On parle beaucoup dans l'EMDR du système nerveux central et le mouvement oculaire viendrait s'apparen-

ter à la phase de sommeil paradoxal, (Rapid Eye Mouvement REM), facilitant les échanges entre cerveau limbique et cortex.

J'ai entendu dire que l'EMDR avait un lien avec la thérapie par la pleine conscience ou "mindfulness" ?

Oui, je pense que la similitude vient du fait que dans l'EMDR et dans la "mindfulness", le sujet se trouve exposé à des contenus de conscience réactualisés dans l'ici et maintenant et, en même temps, se trouve en situation d'auto-observation de ces contenus ; on appelle cela l'attention duelle ou la double attention : le sujet revit une expérience, mais il est aussi observateur de ce revécu, en situation thérapeutique. En thérapie EMDR pour simplifier, on répète souvent la phrase mnémotechnique « un pied dans le passé, un pied dans le présent » ; c'est bien ce double appui "présent/passé" qui permettrait de traverser l'expérience douloureuse. Je dirai pour conclure ce chapitre sur l'aspect intégratif de l'EMDR, que Francine Shapiro elle-même a proposé le néologisme de "synclétisme" qui évoque la condensation entre l'aspect synthétique de l'EMDR et son éclectisme au niveau des différentes approches combinées utilisées.

Vous avez aussi un rôle important dans une association à caractère humanitaire et social, l'association HAP, pouvez-vous nous en parler maintenant ?

HAP signifie "Humanitarian Assistance Program" : Programme d'Assistance Humanitaire. C'est une association qui a été créée en France en 2004, mais qui s'est appuyée sur un réseau existant déjà au niveau européen et international. Le premier réseau HAP a été créé en 1995 aux Etats-Unis, en réponse à l'attentat de la tour d'Oklahoma city. La vocation d'HAP n'est pas d'assister les victimes de manière directe, mais de soutenir des actions de formation, de transmettre des compétences et des connaissances en psycho-traumatologie aux professionnels de santé, qui eux-mêmes accompagnent les victimes. Les pays destinataires de ces forma-

(suite)

tions sont des pays confrontés à des cumuls de situations traumatiques, des pays tourmentés par la guerre ou un climat terroriste, des pays touchés par des catastrophes naturelles (tremblement de terre, tsunami) récurrentes...

La formulation qui figure sur la brochure et le site internet de présentation de HAP me paraît très bien éclairer le sens de la mission HAP : « la philosophie sous-tendant cette mission consiste à rompre le cercle vicieux de la violence par le soulagement de la souffrance psychique, afin qu'un cycle de guérison individuel puis collectif puisse être initié ».

Cela me permet de souligner l'aspect préventif du traitement des traumatismes : un traumatisme non traité peut être générateur d'une nouvelle forme de violence retournée contre soi ou contre l'autre, ou de violences quotidiennes par des actes de transgression, d'opposition, de revendication, de colère, etc. Les thérapeutes exposés à ces situations de cumul traumatique peuvent se sentir particulièrement démunis au niveau économique, social et individuel, et ils ont besoin d'être eux-mêmes soutenus. Ainsi, nous sommes allés en Algérie, superviser des thérapeutes algériens. Nous avons aussi soutenu financièrement des thérapeutes du Sri Lanka. Nous avons participé avec les Etats-Unis à la formation de thérapeutes libanais et je me suis rendue en 2007 au Liban pour leur supervision. Nous avons le projet d'organiser en mai 2009 une formation en Roumanie et depuis 3 ans nous travaillons à la formation de thérapeutes algériens. Comme il était difficile d'organiser ce séminaire en Algérie, nous avons opté pour un module de formation en France, à Aix en Provence au Centre Hospitalier Psychiatrique de Montpellier. La formation sera animée en mai 09 par une thérapeute américaine bénévole, Peggy Moore et je suis chargée d'organiser l'enseignement de la psychotraumatologie. Cette association opère uniquement de manière bénévole mais nous avons besoin de moyens financiers pour assurer les déplacements des formateurs. Les dons, la



A. Gourhant

Un lieu sûr pour stabiliser le stress : le phare de la Vierge à Lilia-Plouguernew

vente de petit matériel pédagogique lors des sessions de formation EMDR en France, et surtout des séminaires sous forme de retraites destinées à des thérapeutes déjà formés, sont les uniques sources de financement.

Auriez-vous un témoignage particulièrement intéressant à nous confier au sujet de ces missions ?

J'ai envie d'évoquer le tout premier voyage en 2004, où le climat politique était encore très tendu. J'ai été frappée par l'atmosphère inquiétante régnant à Alger, lors de la traversée de la ville. J'ai été accueillie au sein de l'unité psychiatrique de l'hôpital de Blida par le chef de service et là, j'ai approché d'un peu plus près les pratiques professionnelles quotidiennes de terrain de mes collègues et je les ai sentis débordés par la charge de travail des consultations hospitalières et extra-hospitalières, motivées par des faits de violences. Mais la chaleur, la solidarité et la convivialité des liens entre professionnels semblaient créer un climat de sécurité, une enveloppe très rassurante et contenante pour chacun, qu'ils soient soignant ou patient. Les supervisions de traitements EMDR effectuées directement auprès des patients traumatisés furent des moments chargés d'émotions. Notre démarche fut perçue comme extrêmement soutenable. Nos collègues algériens attendent beaucoup de l'apprentissage de la thérapie EMDR : elle répond selon

eux à un réel problème de santé publique, de par l'ampleur des pathologies liées aux psychotraumatismes.

Dans quelle mesure cette expérience de HAP a enrichi votre travail de psychologue clinicienne ou l'a orienté dans une direction nouvelle ?

Cela m'a renforcée dans la conviction de la stabilisation nécessaire du thérapeute, pour étayer sa fonction contenante. Il doit être lui-même régulièrement soutenu, décontaminé même, en situation duelle mais aussi dans un cadre groupal. Le deuxième point qui a mûri autour de l'expérience de HAP, c'est la notion de "postvention" : comment la reprise thérapeutique d'événements traumatiques peut servir de prévention de la répétition de la violence ? Je fais référence au niveau individuel à la réparation de la victime, mais aussi au niveau collectif, où la survenue de violences subies pourrait participer au repli d'une équipe, au refoulement des affects et des violences subies et du coup, générer encore plus d'agressivité ou de violences sous forme de passage à l'acte dans l'institution. C'est parce qu'il y a "postvention", c'est-à-dire reprise des événements dans une institution, un collectif, un groupe, que nous pouvons espérer la prévention de la répétition de la violence réactionnelle brute. HAP pour moi a renforcé cette réflexion et cet engagement. →

La thérapie EMDR est-elle intégrative ? (fin)

Est-ce que cet engagement dans des pratiques sociales à visée thérapeutique, est une dimension importante, voire nécessaire du travail psychothérapeutique habituellement confiné dans la sphère individuelle ?

Travailler dans le service public et dans cette spécialisation, conduit de fait à s'ouvrir à la question du social et plus particulièrement aux notions de réseau et de partenariat entre référents des personnes victimes de violences. La restauration psychologique de la victime me semble aussi corrélée à la solidarisation des liens qui assurent la continuité et la cohérence de l'accompagnement au sens le plus global du terme, intégrant les soins somatiques, psychologiques, la prise en charge sociale et judiciaire parfois. Ces points de convergence mobilisent la question du lien social et renforcent le sentiment de sécurisation indispensable au rétablissement des victimes de violences. La violence subie ou émise, c'est la rupture du lien.

Traiter la violence, c'est avant tout remobiliser les liens et la parole : les liens intra psychiques bien sûr dans le travail au plus près de l'intime du sujet, de son histoire, et des remaniements profonds que peut actualiser le traumatisme, mais également les liens psycho-sociaux contribuant à la reconnaissance et à la réparation des victimes d'événements ou de faits de violence. Conjuguer une approche très respectueuse de la personne et de la confidentialité inhérente à l'ac-

compagnement thérapeutique individuel, avec un renforcement du lien social des partenaires susceptibles de participer à la réparation de la victime, me semble réalisable. Dans un registre similaire, nous avons proposé et obtenu la concrétisation dans la commune de Vitrolles, d'actions de formation destinées à des professionnels accueillant des victimes ou des auteurs de violences : des policiers municipaux ou nationaux et des travailleurs sociaux. L'objectif visé est double : utiliser ces rencontres pour informer et sensibiliser les professionnels à la psycho-traumatologie (éviter les sur-traumatisations) et créer des espaces de parole favorisant la distanciation émotionnelle et donc la prévention des effets délétères du stress.

Je crois que vous avez beaucoup de projets en perspective ?

Concernant l'EMDR, je vais continuer à animer les supervisions, qui sont des espaces de partages d'expériences entre professionnels, ponctuant les étapes successives de la formation pour accéder à la certification EMDR. Ces supervisions s'adressent également à des thérapeutes confirmés qui vont ainsi prendre la mesure de la dimension intégrative de l'EMDR – chaque professionnel venant à cette méthode avec un bagage et une orientation spécifiques. Je prépare actuellement un séminaire spécialisé EMDR, adapté aux urgences et au "debriefing"⁽²⁾ et un autre sur l'aménagement du plan de

traitement EMDR pour les patients présentant des troubles dissociatifs de la personnalité dans le cadre de l'organisme de formation de l'Association *Synchronie*. Je projette aussi d'entreprendre un travail de recherche sur l'articulation "debriefing EMDR", dans le domaine des accidents du travail.

Bravo Martine de pouvoir intégrer autant d'activités différentes et merci de nous avoir fait découvrir toute la richesse intégrative de la thérapie EMDR qui est sûrement une des plus belles approches psychothérapeutiques de ces dernières années, tant pour son efficacité reconnue internationalement pour certaines pathologies post-traumatiques, que pour l'élégance intégrative de son protocole. Quant à cette intégration supplémentaire dans la dimension sociale par votre engagement à HAP, je trouve qu'elle est exemplaire, car notre profession souffre souvent d'un confinement dans la sphère individuelle et intra-subjective.

■ PROPOS RECUEILLIS PAR **A. GOURHANT**

(1) DSM IV : descriptif des critères diagnostiques des principaux symptômes psychiatriques paru en 1994 aux Etats-Unis.

(2) debriefing : intervention psychologique précoce, individuelle ou groupale, à la suite d'un événement traumatisant.

(3) catharsis : expression des émotions, sensations, pensées refoulées.

Synchronie : organisme de formation agréée par la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle : synchroniesvtp@hotmail.com

Exposition Giorgio de Chirico

Préparez-vous à un no man's land dans votre espace temps. Bienvenue dans l'univers de Giorgio de Chirico. Ce créateur prolifique nous offre le "silence", dans un monde actuel qui peut être très bruyant. Le mystère nous est servi sur un plateau d'une théâtralité aux couleurs hautement contrastées. Les repères et perspectives sont bouleversés, le ciel en devient vert et jaune ! Les trains vous posent la question de la destination... La métaphysique s'exprime par la mythologie, les mesures et démesures géométriques, les arts antiques et classiques revisités... Mieux connaître les bases pour mieux les démonter puis ensuite les reconstruire avec une étrangeté non gratuite, pourrait être l'adage de cet artiste. Les acteurs, femmes et hommes, chevaux parmi les statues, minotaures, mannequins articulés à la mécanique corporelle interne, exposée avec des visages sans yeux, nez et oreilles, font se lever le rideau sur la perception de l'invisible. Allez vous emplier de ce vide nourrissant, remercions Giorgio de Chirico de nous faire passer de l'autre côté du miroir. Musée d'Art moderne de la Ville de Paris du 13 février au 24 mai 2009.



■ LAURENCE DUC <http://laurence-duc.com>