

Jean-Charles CLÉMENT

**PETIT GUIDE POUR DÉBUTER
DANS LE TRAITEMENT
DE L'AMAXOPHOBIE
PAR LA TERV**

Manuel à l'usage du Thérapeute

ISBN : 979-10-978224-0-8

© Jean-Charles CLÉMENT, 2025
Tous droits de reproduction réservés.

Cet ouvrage est destiné aux psychologues et psychothérapeutes qui souhaitent offrir une aide à leurs patients dans le champ du traitement de l'amaxophobie et qui n'ont pas nécessairement d'expérience ou de formation spécifique dans ce domaine.

Peut-être possédez-vous déjà le matériel, et avez contracté une offre clé en mains sans guide pour traiter ce type de patient ? Ou bien envisagez de vous lancer dans le traitement de l'amaxophobie par vos propres moyens ?

Ce manuel vous permettra de débiter rapidement dans l'accompagnement des patients affectés par la peur de conduire, que vous soyez équipé ou non d'un dispositif de Thérapie par Exposition à la Réalité Virtuelle, à savoir un casque de réalité virtuelle.

Pour le cas où vous êtes une personne souffrant d'amaxophobie, vous trouverez dans cet ouvrage des outils pratiques contre l'angoisse ainsi que des pistes pour concevoir un dispositif informatique afin de vous entraîner à la conduite en réalité virtuelle.

D'un point de vue pratique, vous retrouverez la définition des termes en gras dans le lexique placé en fin d'ouvrage. Les fiches pratiques placées en annexe peuvent être téléchargées dans la partie privée de mon site internet. Vous pourrez les imprimer au format adapté pour les utiliser en séance, et vous y trouverez également les liens vers les références numériques entre autres choses.

Et parce que le savoir inscrit au sein de cet ouvrage est mobile dans le temps du fait même que cette pratique s'appuie sur un objet informatique, vous trouverez sur ma chaîne *YouTube* des tutoriels d'installation et de paramétrage des jeux.

Dans sa version française, cet ouvrage a été rédigé sans l'aide de l'intelligence artificielle générative.



TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
LES DIFFERENTES THEORIES LIEES A L'AMAXOPHOBIE	15
PHOBIE ET TRAUMATISME PSYCHIQUE	16
<i>Les Troubles de Stress Post-Traumatique.....</i>	<i>16</i>
<i>Le Pare-Excitation.....</i>	<i>19</i>
<i>La Théorie de l'Après-Coup.....</i>	<i>20</i>
L'APPROCHE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE	21
<i>Vision et Conduite en réalité virtuelle</i>	<i>22</i>
<i>Vision et Acrophobie</i>	<i>24</i>
<i>Syndrôme de l'Autoroute</i>	<i>26</i>
<i>La Question du Symptôme</i>	<i>29</i>
LES CARACTERISTIQUES DU MATERIEL INFORMATIQUE	33
LE MATERIEL ET L'INTERFACE VR	33
LE VOLANT.....	36
LE CASQUE DE REALITE VIRTUELLE	39
L'EFFET DE GRILLE.....	43
LE CAS PARTICULIER DU TRAITEMENT DE L'AMAXOPHOBIE.....	46
EN CONCLUSION	50
LES DIFFERENTES MODALITES D'IMMERSION.....	53
LA THERAPIE PAR EXPOSITION A LA REALITE VIRTUELLE.....	53
UTILISATION D'UN CASQUE DE REALITE VIRTUELLE.....	56
UTILISATION D'UN ECRAN	61
<i>Ecran incurvé.....</i>	<i>63</i>
<i>Dispositif à triple-écran</i>	<i>67</i>
IMMERSION SANS CASQUE DE REALITE VIRTUELLE.....	70

PRATIQUE DE LA TERV EN TOUTE AUTONOMIE.....	75
PAR LE RECOURS AUX JEUX VIDEO	75
PAR L'UTILISATION D'ENREGISTREMENTS VIDEO.....	77
PAR LE RECOURS A DES ENVIRONNEMENTS CONCUS PAR DES CREATEURS DE CONTENUS DIGITAUX	80
LE CASQUE META QUEST 3	82
AMAXOPHOBIE : QUELQUES JEUX VIDEO CONSEILLES	89
PROJECT CARS 2 : LE PLUS SIMPLE D'UTILISATION	92
CITY CAR DRIVING : LE PLUS REALISTE DANS SON APPROCHE GENERALE	96
ASSETTO CORSA : LE MEILLEUR ACTUELLEMENT (ET POUR LONGTEMPS ?) ..	102
BEAM NG DRIVE : LE PLUS PROMETTEUR	112
EURO TRUCK SIMULATOR 2.....	130
GRAN THEFT AUTO V	134
EN RESUME.....	136
AUTRES PHOBIES : QUELQUES EXEMPLES DE JEUX.....	139
ACROPHOBIE	139
ANXIETE SOCIALE / PARLER EN PUBLIC	143
ARACHNOPHOBIE	144
CLAUSTROPHOBIE	145
PEUR D'ALLER SOUS L'EAU	145
PEUR DE L'AVION	146
PHOBIES DES ANIMAUX ET DES GRANDS ESPACES	147
RELAXATION.....	147
CAS PARTICULIER : LES JEUX EN MONDE OUVERT.....	148
EN RESUME.....	152
QUELQUES OUTILS POUR ACCOMPAGNER LE PATIENT VERS L'AUTONOMIE.....	155
LA RESPIRATION.....	156
LA COHERENCE CARDIAQUE	157

LA METHODE ACARA.	160
LES AUTO-INSTRUCTIONS POSITIVES	164
LA VISION DECENTREE	166
LE PETRISSAGE.....	170
COMPTER A L'ENVERS	172
UN EXEMPLE DE RELAXATION : LE TRAINING AUTOGENE DE SCHULTZ.....	173
LE CARNET DE BORD	175
EN PRATIQUE – LES SEANCES	179
L'APPEL TELEPHONIQUE, PREMIER CONTACT	179
LE DEROULEMENT DES SEANCES.....	180
<i>Première Séance / Séance d'évaluation</i>	<i>180</i>
<i>Séance de T.E.R.V. de suivi</i>	<i>183</i>
CONCLUSION.....	191
BIBLIOGRAPHIE	193
LUDOGRAPHIE - LISTE DES JEUX MENTIONNES.....	195
LEXIQUE	197
REFERENCES NUMERIQUES	209
FICHES PRATIQUES	215
PREMIERE CONSULTATION	216
FICHE PATIENT	222
FICHE D'ENTRETIEN DE SUIVI D'AMAXOPHOBIE.....	224
FICHE D'ENTRETIEN TERV GENERALE.....	226
LISTE DES AUTO-INSTRUCTIONS POSITIVES	228
SEANCE DE CONDUITE - DETAILS DU PARCOURS	230

AVANT-PROPOS

Psychologue diplômé depuis un certain nombre d'années, j'ai pu observer dans ma pratique en cabinet que les troubles associés à la conduite automobile étaient assez fréquents chez les patients qui me consultaient, même si leur demande initiale était d'une autre nature.

Ce pouvaient être des patients possédant le permis depuis longtemps, ou bien des personnes qui échouaient systématiquement à l'examen. Fréquemment, celles qui possédaient le permis avaient recours à des stratégies diverses d'évitement des situations anxiogènes au volant, quand elles n'avaient pas, tout simplement, renoncé à conduire.

Pendant longtemps, j'ai conseillé à ces patients de suivre des cours à l'auto-école ou bien de conduire avec des proches, ou même de s'entraîner avec des jeux vidéo, faisant l'hypothèse que ces exercices hors du cabinet pouvaient être soutenus par des entretiens ciblés afin de les aider à (re)trouver une forme de confiance au volant.

La plupart du temps, il leur était difficile d'entamer une démarche auprès de l'auto-école ou bien de demander à des proches de les accompagner sur les routes pendant des heures. Et concernant l'aspect jeux vidéo, je n'ai jamais constaté de mise en acte, que cela se concrétise par l'achat d'un équipement informatique ou bien dans une forme d'entraînement pour ceux qui possédaient déjà un ordinateur ou une console de jeux à la maison.

Inscrit dans une perspective psychanalytique du symptôme, j'ai pris le parti qu'il y avait quelque chose de l'ordre du déplacement dans ces troubles et j'ai tenté de travailler cette question au sein du dispositif de psychothérapie qui était déjà amorcé.

Malgré tout, cette approche par la parole montrait rapidement ses limites principalement pour une raison : les patients ne parvenaient pas, ou ne souhaitaient pas, dégager un temps supplémentaire pour des entretiens ciblés en direction de ce symptôme parce que celui-ci n'en était pas la demande initiale. Il y avait de fortes résistances à l'œuvre qui empêchaient de traiter cette question.

Il m'a alors semblé qu'il serait opportun de pouvoir proposer un espace spécifique au sein duquel les patients pourraient interroger ce symptôme et expérimenter la situation de conduite.

J'ai donc entrepris de me renseigner sur le traitement de l'amaxophobie car je savais qu'il existait des pistes de traitement du côté des Thérapies Comportementale et Cognitives (T.C.C.).

De ce que j'ai pu en lire, il s'agissait d'un accompagnement réel dans une situation de conduite comme cela peut se pratiquer en T.C.C. pour d'autres phobies, à savoir que le patient et le thérapeute parcouraient les routes dans une voiture afin de voir ce qu'il se passait lors de la conduite.

Nous étions vers la fin des années 2010 et je savais que les performances en termes de casques VR ¹ et d'environnements proposant une réalité virtuelle commençaient à être suffisantes pour avoir le sentiment d'être en situation de conduite sans se déplacer.

Je me suis donc mis en quête d'une solution et je me suis équipé d'un dispositif de Thérapie par Exposition à la Réalité Virtuelle (TERV), faisant le pari qu'il était possible de lier à la fois l'aspect psychanalytique et l'aspect comportemental et cognitif pour

¹ On peut désigner indifféremment « casque de réalité virtuelle » et « casque VR ».

accompagner les patients vers davantage de liberté et d'autonomie au volant.

Dans ce dispositif composé d'un casque de réalité virtuelle, d'un ordinateur performant (pour l'époque¹) et d'un volant, j'ai acquis une licence de logiciels fournis par une entreprise, clé en mains, et j'ai pu débiter dans l'accompagnement de patients souffrant de diverses phobies².

A l'époque, un seul ouvrage traitant de la TERV³ était paru et j'ai dû me former moi-même tout en m'appuyant sur ce peu de ressources bibliographiques disponibles pour choisir une méthode de travail et élaborer des outils utilisables en séance.

Aujourd'hui, il m'a semblé opportun de constituer un *manuel pratique autour du traitement de l'amaxophobie*, un trouble qui constitue la plupart des demandes de consultation de TERV.

J'ai réuni ici ce que j'ai pu recueillir de mon expérience auprès des patients, dans une démarche de recherche-action, afin d'aider les thérapeutes qui voudraient se lancer dans ce type de travail, rapidement, sans avoir à passer par ce temps relativement long d'élaboration d'un dispositif conçu au décours des séances.

Je pars ici du principe que le thérapeute s'est équipé d'un casque de réalité virtuelle, ou à minima, possède un équipement informatique. Je dirai que le cas le plus probable d'intérêt pour ce manuel

¹ En 2019 : un i7-700 couplé à une GTX1070 et un casque HTC Vive1.

² Ce pack recouvrait de nombreux domaines différents, notamment claustrophobie, acrophobie, amaxophobie et peur de l'avion.

³ Malbos E., Oppenheimer R., Lancon C., 2017.

concernera les thérapeutes qui ont contracté un leasing pour acquérir matériel et suite logicielle auprès d'une entreprise.

Ce mode de contractualisation qu'est le leasing est désormais quasiment incontournable, et ce manuel vous permettra de démarrer rapidement avec des fiches pratiques placées en annexe et des idées pour venir compléter votre offre de départ.

En ce qui concerne les thérapeutes qui songent à acquérir un matériel pour traiter l'amaxophobie, je vais essayer ici de vous donner des solutions concrètes en matière de logiciels pour vous permettre d'aider vos patients en toute autonomie, c'est-à-dire en vous affranchissant du lien à un fournisseur de services.

Voici donc le fruit de ce travail, centré sur l'Amaxophobie, dans ce que l'on nomme la Thérapie par Exposition à la Réalité Virtuelle. Vous pouvez toutefois adapter les différents outils présentés ici à des environnements conçus pour d'autres catégories de phobies.



LES DIFFERENTES THEORIES LIEES A L'AMAXOPHOBIE

Cet ouvrage n'a pas pour objet d'être exhaustif sur le plan théorique à propos du traumatisme psychique et de la phobie de la conduite. Il a davantage été conçu comme un manuel pratique pour accompagner rapidement des patients dans leur demande de traitement de l'amaxophobie, notamment par le biais de la TERV.

Je serai donc assez concis sur cette partie théorique. La présence d'un certain nombre de références citées en bibliographie vous permettra d'aller plus avant sur cette question, si vous le souhaitez.

Généralement, l'amaxophobie survient consécutivement à un accident de la route ou bien suite à un choc émotionnel vécu en voiture, une angoisse ou bien une attaque de panique qui n'a pas été traitée à ce moment-là.

Il est fréquent que les patients évoquent des troubles qui durent depuis plusieurs années. Dans un premier temps, les personnes mettent en place différents types de comportements défensifs que sont les stratégies d'évitement ou bien le recours à des objets contraphobiques : elles ressentent le besoin d'être accompagnées lors des déplacements, ou bien modifient leurs trajets en fonction de la présence ou non de tunnels et d'autoroutes par exemple.

Ce type de comportement permet de résoudre le problème temporairement, mais, en réalité, il ne fait que renforcer le trouble. A un certain moment, l'espace et la liberté de déplacement sont devenus si minces que la personne ne peut presque plus conduire, ou bien uniquement dans des situations bien particulières.

La consultation vers un thérapeute ou un médecin devient alors une option envisageable : prise de médicaments, relaxation, EMDR et

tant d'autres techniques et méthodes ; plus rarement des psychothérapies basées sur la parole de type psychanalyse.

PHOBIE ET TRAUMATISME PSYCHIQUE

La question du traumatisme psychique est complexe car elle implique de nombreux mécanismes et facteurs différents. Dans un souci de concision, je me suis ici focalisé sur trois d'entre eux.

Ainsi, quelle que soit la référence théorique, on considère que le traumatisme psychique relève de l'impossibilité de l'intégration d'un événement par le Sujet.

Les symptômes, c'est-à-dire la manière dont le Sujet va exprimer ce traumatisme, sont variés d'un individu à l'autre : troubles de l'humeur, troubles de l'alimentation, comportements addictifs, retrait affectif, troubles anxieux et phobies diverses en sont les principales manifestations.

Tout ce qui viendra modifier le comportement du Sujet consécutivement à l'événement pourra être le possible symptôme d'un traumatisme, avec plus ou moins de répercussions sur l'existence de l'individu.

LES TROUBLES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

De fait, à la suite d'une exposition à une situation potentiellement traumatique, plusieurs scénarios sont possibles. Ceux-ci sont classés dans la catégorie des **Troubles de Stress Post-Traumatique (T.S.P.T.)**¹ avec une appellation variable en fonction de leur sévérité :

¹ Site internet du Service de Santé des Armées : *Dossier ESPT*.

- Le **Stress Aigu**, qui dure généralement moins d'un mois avec des troubles légers.
- L'**Etat de Stress Post-Traumatique aigu (E.S.P.T.)**, qui s'étend sur une durée plus grande, soit moins de trois mois environ.
- L'Etat de Stress Post-Traumatique chronique, qui débute en cas de persistance des troubles au-delà de six mois. Nommé **Post-Traumatic Stress Disorder (P.T.S.D.)** dans sa version anglophone, avec des symptômes qui sont répertoriés et décrits dans le **DSM**, il s'apparente dans la nosographie française à ce qui relève de la **névrose traumatique**.

Ces différentes notions liées au traumatisme sont affinées par François LEBIGOT, psychiatre des armées, dans son livre *Le traumatisme psychique*¹ dont je recommande vivement la lecture si vous souhaitez approfondir le sujet.

Il y traite de cette question de manière détaillée et le contenu de son ouvrage vous aidera à mieux accompagner vos patients sur ce thème, notamment dans une perspective de diagnostic différentiel.

Concernant le *Stress Aigu*, celui-ci renvoie principalement à une réaction normale du système nerveux et peut se traiter par une simple thérapie de soutien ou bien des exercices de relaxation.

Le praticien en amaxophobie se doit de distinguer stress de trauma afin de proposer une prise en charge adéquate, même si les deux phénomènes peuvent co-exister.

En ce qui concerne les états plus sévères, il existe des conditions particulières qui tendent à forger la naissance d'un traumatisme psychique de type névrose traumatique :

¹ Lebigot F., 2011.

- Une situation d'impuissance dans un vécu de mort imminente ou horrible.
- La soudaineté de l'évènement qui vient faire effraction et confronter le sujet avec le *Réel* de la mort (au sens lacanien du terme).
- Une sensation physique liée à l'évènement, comme une odeur ou un son par exemple.

En ce qui concerne ces états sévères, il est à noter que le syndrome de répétition est « **pathognomonique** de la névrose traumatique »¹ : le sujet va revivre la scène dans les rêves ou avoir des reviviscences sous formes de flashes qui vont l'envahir lorsqu'il est conscient.

Ces trois éléments signant l'E.S.P.T. sont à investiguer au cours des entretiens dans les récits qui sont amenés par les patients lorsqu'ils décrivent le moment initial qui expliquerait leur phobie.

Il convient de ce fait d'analyser si le discours se fonde sur un vécu réel de l'évènement, ou bien s'il s'agit du récit d'un évènement qui leur aurait rapporté par un tiers ou d'une scène vue à la télévision par exemple. Pour ces derniers, ces cas de « traumatisme par procuration »², ce sont d'autres mécanismes psychiques que l'E.S.P.T. qui sont en jeu, même si les symptômes présentés par le patient peuvent laisser évoquer la présence d'une névrose traumatique.

Également, au cours de ces entretiens, il convient d'interroger le patient sur une possible période de latence entre l'évènement et l'apparition des troubles. Paradoxalement, il n'est pas péjoratif qu'un individu revive l'évènement au travers de ses rêves. Cela est généralement le signe d'une défense qui se met en place chez le Sujet

¹ Lebigot F., 2011, p.26

² Lebigot F., 2011, p.9

dans une tentative d'élaborer le traumatisme. En revanche, l'absence de symptômes suite à un événement peut être plus inquiétant en termes de gravité, un trouble sévère pouvant apparaître par la suite alors que rien ne présageait d'un problème sous-jacent.

LE PARE-EXCITATION

Car l'événement stressant, potentiellement traumatique, n'aura pas le même effet selon la personne, son âge, la période de la vie où il se situe, ou même la nature de l'événement.

Cela tient notamment à ce que Sigmund FREUD nomme le **pare-excitation**, une instance qui va venir envelopper l'appareil psychique pour le protéger des agressions extérieures : cet espace interne possède son propre équilibre et va venir contrer les agressions extérieures.

Ainsi, face à un événement, et dans un fonctionnement normal de cette instance, le sujet pourra se trouver affecté de manière plus ou moins durable mais la dynamique interne fera que la psyché pourra retrouver sa *bonne forme*¹. Cela pourra être vécu comme un simple stress, et éventuellement servir d'enseignement pour l'individu.

Dans une perspective psychanalytique, on va considérer que ce pare-excitation fonctionne comme une grille et que celle-ci est constituée des différentes représentations propres au Sujet. Le franchissement de cette grille va s'opérer via un point faible du réseau pour venir faire *effraction* et créer un traumatisme.

On considère alors qu'un *objet* métaphorique va venir s'inscrire au plus profond du sujet, créant ainsi un déséquilibre à l'intérieur de

¹ A l'instar de ce qui est au fondement théorique de la Gestalt-thérapie ou du concept de résilience, notamment.

l'appareil psychique et entraînant par ce fait tout un lot de conséquences.

Parmi ces conséquences, il va notamment se produire une sidération puis une dissociation qui vont tenir le sujet hors du langage. Cet effet s'observe fréquemment chez les victimes qui sont alors dans l'impossibilité de se représenter l'événement traumatique.

Nous voyons ici une première explication au fait que les patients qui ont une demande de TERV ont généralement essayé différentes approches thérapeutiques mais assez rarement des thérapies par la parole : ils n'ont pas les mots, le chaîne des signifiants est brisée.

Dès le départ, en convoquant l'utilisation de la TERV en tant que médiation, j'ai émis l'hypothèse que par ce moyen le patient pourrait retrouver le langage et faire revivre les représentations qui ont été endommagées, ou mises à l'écart.

LA THEORIE DE L'APRES-COUP

Présente dès les premiers temps de la psychanalyse, cette notion a évolué en fonction des époques et des auteurs. Chez Sigmund Freud, elle se voit illustrée par la vignette clinique connue en tant que *Cas Emma*.

« Avant son émergence en tant que « concept » dans l'histoire de la théorie psychanalytique, la notion d'après-coup chez Freud a été mise en relation sur le plan clinique avec celle du « traumatisme en deux temps » [...] Le cas expose une « phobie » anxieuse d'entrer dans les magasins. Adolescente, Emma avait été traumatisée par le rire de deux jeunes hommes dans un magasin, dont l'un lui plaisait. En poursuivant l'association d'idées, on tombe sur un deuxième traumatisme : un abus d'un marchand alors qu'elle avait huit ans »¹.

¹ Article Wikipedia « Après-coup », consulté le 26/01/2025.