

Journal International De Victimologie International Journal Of Victimology

JIDV n°20, Tome 7, No. 2

Intérêt de l'EMDR dans la prise en charge des traumatismes psychiques

COTTENCIN, OLIVIER (1), DOUTRELUGNE, YVES (2)

Auteurs

(1) (MD, PhD) Docteur en Neurosciences

(2) Médecin et psychothérapeute

Résumé

L'EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) est aujourd'hui de plus en plus inscrite dans le traitement psychothérapeutique de l'état de stress post traumatique (ESPT) et le monde anglo-saxon nous donne à lire de nombreuses études contrôlées qui montrent la preuve de son efficacité même en comparaison d'autres types d'intervention (psychothérapeutiques ou médicamenteuses).

Nous présentons ici les résultats d'une étude Cochrane au sujet de l'efficacité de cette thérapie. Puis nous exposons l'EMDR tant sur un plan théorique que pratique et ses parentés avec l'hypnothérapie au regard de son histoire au sein de l'école de Palo Alto et des liens cliniques et historiques de l'hypnose avec le traumatisme psychique.

Mots-clés

EMDR ; ESPT ; psychothérapie ; Internet ; traumatisme psychique

Introduction

La thérapie EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) que l'on pourrait traduire par « désensibilisation et retraitement de l'information au moyen d'un mouvement alternatif des yeux » a été développée par Francine SHAPIRO psychologue américaine du Mental Research Institute de Palo Alto (Shapiro, 1995). Elle raconte que, dans les années 80, alors qu'elle se promenait dans un parc tourmentée par des pensées négatives, elle

découvrait l'effet thérapeutique d'un mouvement alternatif des yeux sur la qualité affective de ses pensées. Fort de cette expérience elle décidait alors de vérifier son hypothèse d'une possible voie thérapeutique en testant les mouvements alternatifs des yeux chez 70 volontaires et retrouvait les mêmes effets. Au cours de son Doctorat, elle étudiait ces mouvements oculaires chez 22 victimes (de viols, d'abus sexuels dans l'enfance, de vétérans de la guerre du Viet Nam) qui présentaient des souvenirs envahissants liés à un état de stress

post traumatique. Elle démontrait non seulement l'efficacité de l'EMDR mais encore le maintien de l'amélioration clinique sur trois ans de suivi.

Aujourd'hui après la publication de deux livres, la création d'un institut, d'une association internationale, le dépôt d'un copyright et malgré une controverse importante en France sur cette méthode thérapeutique, force est de constater que cette technique a aujourd'hui la reconnaissance de la recherche internationale en matière de traitement des états de stress post traumatiques.

Qu'est-ce que l'EMDR ?

L'EMDR est considéré par son auteur comme une thérapie cognitive et comportementale dont le principe est une exposition à l'imagination de tout ou partie du trauma pendant laquelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va et vient de la main du thérapeute qui sera répétée jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété du sujet sur un thème choisi de son trauma.

Sur un plan plus technique l'EMDR est une séance assez longue au cours de laquelle plusieurs étapes sont indispensables et nous détaillerons ici celles qui nous ont été enseignées par Bill O'Hanlon (Doutrelugne & Cottencin, 2008).

Après une anamnèse (générale et spécifique) le patient est informé de la procédure, de ses résultats, de ses limites et de ses risques. Comme en hypnothérapie, le thérapeute recherche avec le patient un endroit de sécurité connu et installe un signal de pause pour prévenir tout état anxieux incontrôlable. Au cours des séances cinq paramètres vont être utilisés :

- une cible (c'est à dire une sorte de cliché instantané choisi dans l'expérience traumatique)
- une cognition négative
- une cognition positive
- une échelle de cognition positive appelé V.O.C.
- une échelle d'inconfort émotionnel et physique appelée S.U.D.

Au cours de la séance proprement dite, le thérapeute demandera au patient de se concentrer sur la cible qu'il s'est choisi tout en suivant des stimuli monotones alternativement gauche-droite-gauche, créés par le passage de la main du thérapeute devant les yeux du patient. D'autres stimuli tels que le tapotement des genoux (gauche-droite-gauche) ou des sons alternativement (gauche-droite-gauche) sont également utilisés. Après cette série de stimuli, le patient sera invité à verbaliser ce qui lui vient à l'esprit (sans qu'aucune consigne spécifique ne soit donnée). Le thérapeute reformule alors cette verbalisation et invite le patient à rester absorbé par les idées qu'il vient d'exprimer pendant qu'il recommence une série de stimuli ... Et ainsi de suite pendant une dizaine de séries. A la fin de cette série de 10, le thérapeute propose une évaluation par les deux échelles (cognition positive = VOC et inconfort physique et émotionnel = SUD). Après cette évaluation, le thérapeute reprend avec le patient une série de stimuli alternés. Après chaque série il y aura à nouveau une verbalisation et après chaque série de dix, il y aura à nouveau une évaluation par les échelles VOC et SUD.

Pour conclure la séance, thérapeute et patient reprennent ensemble le vécu de la séance et les tensions corporelles résiduelles. Les

phases de verbalisation du vécu peuvent être très diverses.

- Parfois elles reprennent simplement le déroulement de la scène traumatique dans les minutes qui ont suivi l'instantané choisi comme « cible » par le patient.
- Dans d'autres séances, plus riches, le patient trouve un autre comportement, un autre point de vue, un autre ressenti de la scène traumatique qui lui procurent une issue plus favorable. Des phénomènes de dissociation, des associations libres peuvent l'y amener ou lui permettre d'associer à d'autres événements de sa vie

Enfin, thérapeute et patient concluent avec un débriefing (au sens d'un débriefing professionnel) de cette séance de travail et le patient donne un « feed back » au thérapeute (mieux, moins bien, pareil, on continue, on arrête, ...) puis ils définissent ensemble les objectifs à poursuivre ou non.

Quel substratum théorique ?

Comme l'ensemble des psychothérapies focalisées sur le traumatisme, l'EMDR part d'un constat partagé par tous : l'évocation simple du trauma qui se répète à chaque consultation est insuffisante voire dangereuse en ce qu'elle peut entraîner une survictimisation par un renforcement mnésique de la scène et ainsi aggraver la symptomatologie du patient. L'EMDR est donc proposée comme un protocole sécurisant pour accompagner le patient lorsqu'il se rappelle le noyau traumatique. Car en effet, ce rappel sollicite non seulement l'intellect et le verbal mais encore tous les canaux sensoriels, les émotions, les cognitions. Nous passerons rapidement sur la théorisation de

l'intérêt de l'EMDR comme analogie aux mouvements rapides oculaires du sommeil (REM) pour ne retenir que les hypothèses cognitivistes les plus récentes qui considèrent finalement l'état de stress post traumatique comme une maladie de la mémoire (McNally, 2003). En effet, au cours de l'état de stress post traumatique, la mémoire autobiographique semble bloquée et le sujet ne peut dépasser l'évènement traumatique (McNally, 1997). Ainsi l'EMDR permettrait d'adjoindre une stimulation sensorielle autorisant au souvenir traumatique d'être réinséré dans le processus de mémoire avec un statut de souvenir révolu.

Internet de l'EMDR dans le PTSD

Nous avons voulu (avant d'exposer une vision plus personnelle de cette technique) rechercher dans la littérature internationale et dans le monde de l'Evidence Base Medicine en quoi l'EMDR avait montré son intérêt dans le traitement de l'état de stress post traumatique voire dans le Psychotraumatisme au sens large. Car en fait si l'EMDR reste contestée en France par de nombreux thérapeutes reconnus spécialistes du traitement du traumatisme psychique, force est de constater qu'elle est recommandée par les plus grands instituts tels le National Institute for Clinical Excellence, l'INSERM, l'American Psychiatric Association, l'American Psychological Association, l'United Kingdom Department of Health ... puisqu'ils concluent tous que l'EMDR est aussi efficace que les thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement de l'état de stress post traumatique (aigu ou chronique).

Alors que nous nous penchions sur l'ensemble de la littérature des cinq dernières années, nous avons

constaté tout d'abord que si les études étaient de plus en plus nombreuses, elles n'en restaient pas moins disparates, mal calibrées dans leurs objectifs et peu comparables sur le plan méthodologique. C'est pour cette raison que nous avons choisi de nous appuyer sur l'excellente analyse Cochrane de Bisson et Andrew récemment publiée (Bisson & Andrew, 2007) qui ont étudié les études contrôlées et randomisées des psychothérapies de l'état de stress post traumatique.

Nous rapportons ici l'essentiel de leurs conclusions concernant l'efficacité de l'EMDR et des thérapies aujourd'hui considérées comme efficaces. Tout d'abord et ainsi que nous l'avons constaté en regardant la littérature, la sélection sur la méthodologie était fondamentale. En effet, sur les 122 études recensées, les auteurs en ont sélectionné 49 et retenu 33 sur les critères suivants :

- la méthodologie : études contrôlées et randomisées
- la sélection des patients : diagnostics homogènes d'état de stress post traumatique de plus de trois mois selon le Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux.
- la sélection d'interventions thérapeutiques validées :
 - thérapies cognitives et comportementales focalisées sur le trauma (22 études)
 - stress management (7 études)
 - thérapies cognitives et comportementales de groupe (4 études)
 - l'EMDR (12 études)

- autres thérapies : soutien, counseling, thérapie psychodynamique et hypnose (4 études).
- la qualité du suivi.

Les auteurs ont comparé la qualité des mesures des symptômes d'état de stress post traumatique, de l'autoévaluation de symptômes de PTSD, de dépression, d'anxiété, d'effets secondaires et enfin les perdus de vue.

Résultats spécifiques de l'intérêt de l'EMDR.

Le premier résultat d'importance était que l'EMDR était plus efficace qu'une liste d'attente. Ce résultat est un fondamental qu'il fallait énoncer en ce qu'il montre qu'au moins l'EMDR n'est pas nocive. Ainsi, les études comparant l'EMDR à une liste d'attente constatent une diminution des symptômes de PTSD et des troubles dépressifs et anxieux associés. Mais la critique des auteurs est que les études avaient de faibles échantillons, des défauts de randomisation, des risques de surévaluation des résultats parce que les contrôles sont des listes d'attente et enfin une surévaluation des thérapeutes.

D'autre part, ils rapportent que l'EMDR était aussi efficace que les thérapies cognitives et comportementales focalisées sur le trauma lorsqu'elles sont comparées directement. Enfin, l'EMDR était plus efficace que le stress management, les thérapies de soutien, le counseling, la thérapie psychodynamique et l'hypnose.

En reprenant la conclusion des auteurs, il apparaît clairement que les thérapies les plus efficaces dans le

traitement de l'état de stress post traumatique constitué étaient les thérapies cognitives et comportementales focalisées sur le trauma, l'EMDR, le stress management et les thérapies cognitives et comportementales de groupe. D'un point de vue plus spécifique, les auteurs confirment aux vues de leur analyse que les thérapies cognitives et comportementales focalisées sur le trauma et l'EMDR sont à ce jour les meilleurs thérapies évaluées dans des groupes contrôlés et randomisés avec des patients présentant un état de stress post traumatique de plus de trois mois.

Par ailleurs, ils rappellent trois points fondamentaux :

- les thérapies qui ne sont pas focalisées sur le traumatisme n'améliorent pas l'état de stress post traumatique.
- à ce jour nous n'avons pas assez d'éléments pour prouver qu'une thérapie puisse être dangereuse.
- enfin plus un traitement est actif, plus il y a de perdu de vu ce qu'ils considèrent comme un biais à toute conclusion définitive.

D'ailleurs, ils rapportent les nombreux biais des études concernant l'EMDR. En effet, ils constatent qu'il est difficile de comparer des scores d'amélioration aussi disparates qui peuvent aller de 18 à 32, que les échantillons étudiés sont faibles (n maximum = 109), que les études évaluent correctement la fidélité inter juge de l'EMDR mais mal la fidélité inter juge des autres traitements et enfin ils constatent une très grande disparité du nombre de session d'EMDR allant de 1 à 12.

Mais d'une façon générale, nous souhaitons nous attarder à titre personnel sur quelques biais importants dans l'évaluation des psychothérapies directement inspirés des travaux de Jean Noel Despland (Despland, 2006). Tout d'abord le fait de comparer une thérapie à un placebo est délétère en ce que la thérapie fera toujours mieux qu'une liste d'attente. Ensuite, il est fréquent que dans la plupart des études il n'y a pas de mesure de suivi à long terme suffisant. Enfin l'étude des psychothérapies entraînent souvent un effet d'allégeance, un phénomène très commun qui consiste en ce que de façon artificielle (et souvent involontaire) l'investigateur augmente les symptômes à la visite d'inclusion facilitant l'entrée du patient dans l'étude et constate tout naturellement une plus grande amélioration dès la première visite. Cet effet d'allégeance nous montre bien que le risque de la recherche est aussi de ne trouver que ce que l'on cherche. Sans compter qu'il n'est pas rare de ne publier finalement que les études positives. Enfin, nous posons la question de savoir si l'hétérogénéité des populations atteintes d'état de stress post traumatique n'est pas à la fois un avantage et un inconvénient. En effet, si l'hétérogénéité des traumatiques confère finalement à l'état de stress post traumatique une véritable existence qu'en est-il de la comparabilité de sujets d'âge différents et de traumatismes différents. De telles disparités autorisent elles des conclusions définitives ou bien doivent elles plutôt nous inciter à la prudence dans l'interprétation des résultats.

Internet de l'EMDR : sa parente avec l'hypnose ?

« Sans doute à cause de l'utilisation très inhabituelle des mouvements oculaires, la thérapie EMDR a été associée au mesmérisme (Mc Nally) où à l'hypnose (Cottencin & Doutrélugne). Les assimilations et les raccourcis théoriques ne peuvent plus suffire pour présenter et comprendre non seulement l'indiscutable efficacité de l'EMDR mais également ce qui se passe pendant le processus thérapeutique même si une littérature trop vulgarisée et jamais universitaire dans sa présentation l'a en France beaucoup desservie » (Tarquinio, 2007).

Malgré cette remarque dont on comprend bien qu'elle est une volonté de purisme dans la technique de thérapie EMDR, les psychothérapeutes habitués à l'hypnothérapie ne peuvent que remarquer certaines parentés avec les techniques hypnotiques d'un tel procédé. En effet, à bien y regarder, ce n'est pas l'utilisation des mains du thérapeute n'est pas à elle seule une technique apparentée à l'hypnose, mais au contraire elle utilise de très vieilles méthodes d'induction hypnotique qui ont été décrites par de nombreux auteurs dont les plus illustres (Janet, Freud, Erickson, Haley...). Par exemple, l'utilisation de la fixation de l'attention sur la scène traumatique est un moyen qui permet au patient de se remémorer l'expérience traumatique dans l'état de conscience modifiée initial dans lequel il a vécu le trauma. Il s'agit en quelque sorte d'un flash back expérimental qui permet de retrouver les sensations dans tous les canaux sensoriels moyens de l'état de conscience modifié bien connu du patient. Ensuite, l'utilisation de stimuli monotones répétitifs ne peuvent que nous faire penser à l'antique pendule, aux métronomes et autres objets qui furent utilisés par les anciens et qui sont

encore dans tous les esprits mais également le fait d'avoir une voix monotone, de ne pas interpréter, et de ne pas être interactif pour permettre l'auto concentration du patient qui favorise cet état d'auto hypnose légère, moyenne ou profonde. Enfin proposer à un patient de faire deux activités simultanément n'est autre qu'une technique de confusion. En effet, lorsque l'on demande au patient de rester dans le souvenir traumatique et en même temps de suivre des stimuli alternés, il est évident que faire deux choses en même temps entraîne une perturbation de la relation, une augmentation de la confusion, ce qui facilite le lâcher prise et donc le passage à un état de conscience modifiée.

De même, on retrouve à nouveau comme le disait Paul Watzlavick l'idée qu'on ne peut pas ne pas communiquer. En effet la suggestion semble bien au cœur du processus de cette technique EMDR et permet l'élaboration du patient. En effet le thérapeute suggère que la technique va se dérouler d'une certaine manière. Il évoque avec le patient non pas le rappel des faits mais des élaborations et il suggère au patient en lui demandant d'élaborer par ce recadrage thérapeutique ses émotions. Comme le disait Freud en son temps, ce n'est pas le trauma en soit qui est traumatique mais belle est bien le vécu de ce traumatisme. Ainsi l'utilisation spontanée par les patients de techniques hypnotiques le démontre, lorsqu'ils rapportent des phénomènes de travelling ou de projection dans le futur et que la suggestion inévitable d'idées leur offre un champ inestimable d'ouverture : c'est aussi ça le « reprocessing ».

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons affirmer aujourd'hui que l'EMDR n'est pas un gadget même si son fondement théorique a pu prêter à sourire. Le monde de la médecine fondée sur les preuves l'a bel et bien démontré : l'EMDR est efficace mais les études doivent être poursuivies à condition de faire attention aux pièges méthodologiques que sont l'enthousiasme et l'allégeance des chercheurs, mais également le nombre de patients inclus, l'homogénéité des groupes étudiés, le temps d'étude du devenir (toujours trop court), le score d'efficacité à unifier et également les techniques thérapeutiques examinées à homogénéiser.

Mais nous ne pouvons pas nous empêcher de constater que les liens entre l'hypnose et l'EMDR sont forts, autant que les liens entre l'hypnose et l'état de conscience modifiée du psychotraumatisme le sont. C'est pour ces raisons que nous pensons que l'EMDR, à défaut d'être une thérapie, est une technique de choix dans l'abord du traumatisme psychique pour un trouble dans lequel l'hypnose a été non seulement historiquement impliquée (avec Janet et Freud) mais également cliniquement impliquée comme chacun d'entre nous peut le constater par les phénomènes de sidération, par l'atteinte de la mémoire autobiographique (sémantique et épisodique) et part l'atteinte de tous les canaux sensoriels.

Alors à ceux qui sont sceptiques, l'académie Royale de Médecine nous a déjà répondu en 1784 en condamnant Franz Anton Mesmer : « *Si l'imagination et son magnétisme produit des convulsions, le magnétisme sans l'imagination ne produit rien !* »

Références

- Bisson, J. & M. Andrew (2007). "Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD)." *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD003388.
- Despland, J. N. (2006). "[Evaluation of psychotherapy treatments]." *Encephale* 32 Pt 2: S1037-46.
- Doutrelugne, Y. & O. Cottencin (2008). *Thérapies Brèves. Principes et Outils Pratiques*. 2ème édition. Paris, Elsevier Masson: 216
- McNally, R. J. (1997). "Implicit and explicit memory for trauma-related information in PTSD." *Ann N Y Acad Sci* 821: 219-24.
- McNally, R. J. (2003). "Psychological mechanisms in acute response to trauma." *Biol Psychiatry* 53(9): 779-88.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. New York: The Guilford Press.
- Tarquinio, C. (2007). "La thérapie EMDR : Dans la prise en charge du traumatisme psychique. The EMDR method : A psychotherapeutic treatment for PTSD." *Revue francophone du stress et du trauma* 7(2): 107-120.