

Eye movement desensitization and reprocessing

L'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), ou **désensibilisation et reprogrammation par mouvement des yeux** est un type d'intervention à visée psychothérapeutique mise au point par Francine Shapiro après 1987. Cette thérapie est notamment utilisée dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique. La particularité de l'EMDR réside dans la stimulation sensorielle généralement appliquée sous une forme bilatérale alternée et le plus souvent par le biais des mouvements oculaires.

Cette méthode encore mal définie et évaluée demeure sujette à de nombreuses controverses dans le milieu médical, ainsi qu'à un suivi de ses dérives potentielles par les autorités publiques^[1].

1 Origine

La thérapie EMDR a été mise au point à la fin des années 1980 par une Américaine, Francine Shapiro. Titulaire d'un doctorat de littérature anglaise à l'Université de New-York en 1979, elle s'intéresse en même temps à la thérapie comportementale. Mais en 1987 l'annonce d'un cancer bouleverse sa vie. Sa curiosité l'amène à découvrir les travaux de Norman Cousins (en) et d'autres dans le domaine de la psycho-neuro-immunologie qui commencent à émerger.

Elle raconte comment elle découvre l'effet bénéfique des mouvements oculaires au cours d'une promenade dans un parc en 1987. Ainsi elle va retenir ce sujet pour son doctorat en psychologie comportementale. Deux ans après, elle publie la première description de l'EMDR. Depuis elle consacre sa carrière à la promotion et à la diffusion de cette thérapie.

En 1994 Francine Shapiro reçoit l'un des plus grands prix scientifiques des États-Unis : l'*Award for Distinguished Scientific Achievement in Psychology*^[réf. nécessaire]. En 2002 elle se voit décerner le prix *Sigmund Freud* par l'Association mondiale de psychothérapie et par la ville de Vienne^[réf. nécessaire].

Cette thérapie poursuit son développement. Elle fait l'objet de nombreuses études cliniques aléatoires. La thérapie EMDR est maintenant reconnue comme efficace pour le traitement des syndromes post-traumatiques par l'INSERM depuis 2004^[2].

Le nom *EMDR* est une marque déposée par *EMDR In-*

stitute, Inc. créée par Francine Shapiro. Cette entreprise commerciale est chargée d'assurer la diffusion de cette thérapie dans la communauté clinique.

2 Principes de la thérapie

La thérapie EMDR repose sur un constat : le simple fait de parler d'un traumatisme ne serait pas suffisant. Une personne traumatisée ne souhaiterait d'ailleurs pas évoquer le cœur de la scène traumatique dans la crainte d'être sur-traumatisée. L'EMDR créerait donc un protocole sécurisant pour accompagner la personne dans son rappel du noyau traumatique. Ce rappel ne solliciterait pas seulement le registre verbal mais tous les registres représentatifs : perceptions, cognitions, émotions, sensations corporelles.

Selon une hypothèse, en effectuant des associations libres, dans des séquences d'attention duelle, à partir de tous ces registres du noyau traumatique, des connexions mnésiques (mémoire implicite/explicite, procédurale/déclarative) et informationnelles auraient lieu et la personne pourrait dépasser l'événement traumatique.

Mais selon une autre hypothèse, l'association libre est insuffisante et de plus ne se manifeste pas régulièrement au cours des traitements des traumatismes psychiques par l'EMDR. Pour arriver à mettre en place des reconnections susceptibles de modifier la nature du noyau traumatique, il serait utile d'y adjoindre une stimulation sensorielle, comme les mouvements oculaires par exemple.

Cette méthode permettrait au souvenir traumatique d'être réinséré dans le processus de synthèse de la mémoire épisodique avec le statut de souvenir *révolu*.

La croyance dans l'efficacité des mouvements oculaires ou des stimulations sensorielles bilatérales alternées repose sur un modèle neurologique où l'activation alternée des hémisphères cérébraux faciliterait un travail de reconnexion de modules de traitement de l'information (émotionnels, mnésiques, comportementaux) dissociés par le trauma. D'autres modèles sont en discussion, amenant d'autres explications possibles à l'efficacité de l'EMDR.

3 Étapes de la pratique de la thérapie EMDR

La thérapie EMDR se pratique en huit étapes successives :

1. *Diagnostic et planification* : la première phase de la thérapie consiste à s'assurer que l'EMDR est un traitement adapté au patient. Un aspect de cette évaluation concerne la capacité de la personne à faire face aux souvenirs de l'événement traumatisant qui seront ravivés pendant la thérapie. Le thérapeute prépare alors avec le patient un plan de traitement.
2. *Préparation et relaxation* : le thérapeute doit ensuite préparer son patient à l'EMDR en lui expliquant le déroulement de la thérapie. Il s'assure que le patient maîtrise quelques techniques de relaxation et est capable de contrôler les émotions succédant à une expérience désagréable.
3. *Évaluation* : la phase suivante permet de déterminer les souvenirs qui feront l'objet du traitement. Pour chaque événement traumatisant conscient ou chaque situation anxiogène dans le présent, liée à un événement traumatisant, conscient ou non, le patient doit choisir une image qui représente l'événement ou la situation, une idée négative associée à l'événement (« cognition négative ») et une idée susceptible d'élever l'estime de soi (« cognition positive »). Le patient évalue alors la validité de l'idée positive sur une échelle numérique. Il associe également l'image anxiogène et l'idée négative et évalue l'ampleur de sa détresse sur une échelle numérique (de 0 - tout va bien à 10 - détresse intense). Cette détresse émotionnelle se traduit par un malaise physique qu'il est invité à localiser sur son corps.
4. *Désensibilisation* : le patient se fixe sur l'image traumatisante, l'idée négative et le ressenti corporel. Le thérapeute lui demande de suivre en même temps avec les yeux ses doigts ou un point lumineux qu'il déplace dans l'espace alternativement d'un côté à un autre. D'autres stimuli (bruits successifs à gauche et à droite, claquement des doigts, stimulation tactile, etc.) peuvent être également utilisés lors de cette phase. Le patient est encouragé à suivre les associations mentales qui se font naturellement pendant cet exercice et ce sont ces associations progressives qui sont censées être au cœur du traitement, par exemple en ramenant à la conscience des événements oubliés. Cette phase du traitement continue jusqu'à ce que le patient évalue sa détresse à 0 ou à 1 sur l'échelle introduite lors de la phase précédente.
5. *Ancrage* : la phase suivante vise à associer l'idée positive à ce qu'il reste du souvenir de l'événement traumatisant. Quand l'évaluation de la détresse atteint 1 ou 0, le thérapeute demande au patient de

penser à l'objectif fixé en début de séance. Les mouvements oculaires continuent jusqu'à ce que le patient évalue la validité de la cognition positive à 6 ou à 7 sur la première échelle utilisée durant la phase 3. Les étapes 3 à 5 recommencent à chaque séance pour une nouvelle image traumatisante.

6. *Bilan corporel (body-scan)* : le patient garde à l'esprit l'événement traumatisant et l'idée positive à laquelle il a été associé durant la phase précédente et passe en revue systématiquement ses sensations corporelles. Le but de cette phase est de repérer des « tensions » ou des « sensations négatives » qui subsisteraient et d'aider à les dissiper toujours à l'aide de séries de mouvements oculaires.
7. *Conclusion* : à la fin d'une séance, le thérapeute doit faire en sorte que son patient se trouve dans un état émotionnel stable, que le traitement soit terminé ou non. Il prépare également son patient à réagir correctement (relaxation, etc.), au cas où le souvenir de l'expérience traumatisante surgirait entre les séances.
8. *Réévaluation* : au début de la séance suivante le thérapeute demande au patient de repenser au but fixé lors de la séance précédente. En fonction des réactions du patient, il évalue l'effet de la thérapie et adapte son déroulement en conséquence. Vers la fin de la thérapie, le patient est invité à tenir un journal concernant les souvenirs travaillés pendant les séances et les associations qui lui viennent à l'esprit en dehors des séances.

4 Efficacité de la thérapie EMDR

La thérapie EMDR a été développée principalement comme une thérapie du syndrome de stress post-traumatique. Les études publiées (études de cas et essais cliniques) concernent donc principalement des patients souffrant de certaines formes d'anxiété à la suite d'un événement traumatisant. Deux populations sont particulièrement étudiées par les chercheurs : les femmes victimes de viol et les vétérans, essentiellement de la guerre du Viêt Nam.

La thérapie EMDR s'est avérée efficace selon certaines études ponctuelles dans le traitement d'autres troubles psychologiques qui se sont développés dans le contexte d'événements de vie douloureux, comme le traitement des états de deuil à la suite de la perte d'un être cher^[3], les troubles de la conduite avec agressivité des adolescents^[4], ou les phobies dentaires^[5].

La complexité de ce type d'évaluation et différentes limites des procédures employées ne permettent cependant pas de se prononcer d'une manière absolue pour ce qui est de l'efficacité de l'EMDR ou sur la disparition complète

des symptômes à long terme. Mais selon Francine Shapiro les résultats seraient bons à court et moyen terme sur une échelle de « détresse subjective » liée à une image particulière^[Quoi ?] (*subjective unit of disturbance*)^[6].

Inventée par une personne sans la moindre formation médicale, méthode sans réelle définition institutionnelle ni preuve empirique consensuelle de son efficacité, mais présentant en revanche de réels risques de dérives vers l'abus de faiblesse (notamment du fait du public visé), cette méthode est considérée par les autorités médicales comme potentiellement suspecte et régulièrement citée par la commission de l'Assemblée Nationale sur les dérives sectaires (MIVILUDES)^[11]. L'EMDR n'est encadrée par aucune autorité en France, et demeure « mise en œuvre par des non-médecins hors de tout protocole de soins scientifiquement validé », avec tous les risques que cela présente^[1].

Les détracteurs de l'EMDR estiment que nombre d'aspects de la thérapie EMDR comme l'exposition au stimulus traumatisant, la relaxation et l'association sont empruntés à d'autres méthodes classiques utilisées pour traiter les effets du stress post-traumatique. Ces emprunts expliqueraient l'efficacité du traitement. Mc Nally^[7] montre par exemple que les fameux mouvements oculaires n'ont aucun effet spécifique, et que la thérapie ne doit rien à ces mouvements, ce qu'il résume par la phrase : « Ce qui est efficace dans l'EMDR n'est pas nouveau, et ce qui est nouveau n'est pas efficace. » Le psychologue Van Rillaer affirme que l'EMDR est une pseudo-science^[8]. Quant au mathématicien et psychologue sceptique Gauvrit, il considère que l'EMDR est une « bulle », impressionnante mais creuse, qui ne fait que donner une allure surnaturelle à une thérapie cognitivo-comportementale cachée^[9].

Toutefois certaines études concluent à l'efficacité de la thérapie EMDR. Aussi celle-ci est actuellement reconnue de par le monde par certaines instances, à commencer par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis août 2013^[10], l'*American Psychiatric Association* (2004)^[11], le Département de la défense et les hôpitaux des vétérans aux États-Unis (2004)^[12]. En France son utilisation est recommandée pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique par la Haute Autorité de la Santé (HAS - juin 2007 - page 18 - prise en charge de l'ESPT - chapitre psychothérapies structurées), après l'étude comparative primordiale de l'INSERM (2004)^[13].

La comparaison avec l'efficacité d'autres thérapies d'orientation cognitivo-comportementale montre des effets comparables immédiatement après la période de traitement et sur le long terme (jusqu'à 15 mois de suivi)^[14]^[réf. insuffisante]. Dans le cadre du traitement par l'EMDR d'un traumatisme psychique simple, le taux de guérison serait de l'ordre de 80 %^[15]^[réf. insuffisante].

Les partisans de l'EMDR avancent que l'exposition au stimulus traumatisant est de courte durée contrairement à celle qui est requise au cours des thérapies cognitives et comportementales. Selon eux, la mise en relaxation

du patient n'est pas une caractéristique intrinsèque de la méthode de désensibilisation et de retraitement de l'information, pas plus que l'association libre ne s'observe systématiquement. D'après eux, l'aspect original de la technique tient dans l'utilisation de mouvements oculaires ou d'autres stimulations sensorielles agissant sur le fonctionnement neuronal^[16]. Cependant, cet aspect de la thérapie continue à faire l'objet de recherches.

Selon ses partisans, il semblerait que le fait d'amener au cours de la séance d'EMDR le patient à conserver un état d'attention double — à la fois sur le souvenir traumatique (pareillement donc aux thérapies comportementales) et sur une stimulation sensorielle bilatérale alternée (visuelle, tactile, ou auditive) — ait pour effet d'envoyer en direction des centres de la peur (notamment l'amygdale) des informations progressivement apaisantes. En effet il a été prouvé que les mouvements oculaires s'accompagnent d'une activité cholinergique^[17]^[réf. insuffisante], c'est-à-dire de relâchement. Un lien s'établirait donc entre l'état de mal-être revécu par la personne centrée sur son souvenir et l'état de bien-être apporté par les mouvements oculaires dans un contexte de sécurité. Ce lien expliquerait le retraitement de l'information dysfonctionnelle propre aux traumatismes psychiques. Comme il existe une constante relation entre les cerveaux limbique et cognitif, une baisse de la tension émotionnelle génère une plus grande possibilité d'associer. Progressivement la même représentation perturbante sera reliée à un ensemble de pensées non génératrices d'émotions et le patient pourra considérer autrement ce qui jadis était à l'origine de son ESPT (État de Stress Post Traumatique)^[18].

5 Sommeil paradoxal et théories alternatives

Francine Shapiro s'appuyant sur les travaux de Bessel A. van der Kolk M.D^[19], pense que les mouvements oculaires permettent une remise en condition du sommeil paradoxal, période de rêve aussi appelée REM (*Rapid Eye Movement* : mouvement oculaire rapide) où le dormeur agite frénétiquement les yeux^[20]. Il existe une controverse sur l'origine des effets de l'EMDR, en particulier sur le rôle des mouvements oculaires.

Selon ses partisans, l'originalité de l'EMDR est l'utilisation de mouvements oculaires rapides durant la phase d'exposition imaginaire à la situation traumatisante. Ces mouvements oculaires rappelleraient ceux que l'on enregistre durant le sommeil^[21]. Le rôle des mouvements oculaires est prépondérant dans le processus de désensibilisation et de préférence conduit d'une manière saccadée, comme le soulignait encore en 2005 Francine Shapiro au cours du 6^e congrès européen de l'EMDR.

Certains détracteurs^[Qui ?] avancent que l'EMDR ne résulte que d'un effet placebo ou de la thérapie d'exposition

et pas des mouvements oculaires ou de toute autre forme de stimulation kinesthésique.

Le rôle des mouvements oculaires n'est pas établi dans tous les cas, puisqu'on peut obtenir des résultats thérapeutiques comparables avec des stimulations tactiles ou auditives^[22]. L'observation clinique dans le traitement des ESPT (États de Stress Post Traumatique) et certaines études indiquent qu'une stimulation sensorielle est nécessaire pour obtenir une désensibilisation et un retraitement des informations dysfonctionnelles. Cette stimulation peut être selon les cas visuelle, auditive, tactile. Selon l'étude faite sous la direction de David Servan-Schreiber (2006)^[réf. nécessaire], la réponse serait optimum avec la stimulation bilatérale intermittente alternée.

La recherche s'est donc intéressée aux composants de l'EMDR pour en expliquer les résultats, mais ces recherches sont difficiles à mettre en œuvre. Francine Shapiro (1996, 2001) reconnaît elle-même que celles qui ont été faites « ont souffert de conditions de contrôle inadaptées, de populations de sujets inappropriées et d'un nombre de sujets inadéquat ».

Il est probable que d'autres facteurs que les mouvements oculaires concourent à la réussite du traitement.

6 Notes et références

- [1] « Les dérives sectaires dans le domaine de la santé », sur *derives-sectes.gouv.fr*.
- [2] « Synthèse des travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre aux questions posées par la Direction générale de la santé (DGS) concernant l'évaluation des psychothérapies », sur *INSERM*, 2004, p. 29
- [3] Sprang *et al.* 2001
- [4] Soberman, 2002
- [5] de Jongh, 2002 - étude de cas, sans groupe contrôle.
- [6] "Manuel d'EMDR, Francine Shapiro, InterEditions, Paris 2007"
- [7] (en) Mc Nally, R. J. (1999) « On eye movements and animal magnetism : A reply to Greenwald's defense of EMDR » *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 617-620.
- [8] Van Rillaer, J. (2005) « Science et pseudoscience en psychothérapie » *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 10(3) :25-34.
- [9] Gauvrit N. (2008) « L'EMDR : ça marche ! » *Science... et pseudo-sciences*, 281, 33-36.
- [10] « L'OMS publie des orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme », sur *OMS*, 2013
- [11] (en) American Psychiatric Association (2004) *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington,

VA : American Psychiatric Association Practice Guidelines.

- [12] (en) Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2004). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress*. Washington, DC. http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm
- [13] (en) INSERM (2004), *Psychotherapy : An evaluation of three approaches*. French National Institute of Health and Medical Research, Paris, France.
- [14] Ironson *et al.* 200^[Quand ?] ; Lee *et al.* 2002 ; Power *et al.* 2003 ; Taylor *et al.* 2004 ; Rothbaum *et al.* 2005
- [15] David Servan-Schreiber, *Guérir*, 2003 ; Wilson, S., Becker, L.A., & Tinker, R.H., 1995 ; Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C., 1997 *et al.* ; Rothbaum, B., 1997
- [16] Stickgold, 2002
- [17] Hobson 1988
- [18] Roques EMDR une révolution thérapeutique 2004, Guérir avec l'EMDR 2007, Essai d'Anatomie Psychique 2015
- [19] Manuel d'EMDR – InterEditions, mai 2007, 567 p. ISBN 9782100501366 (OCLC 239691445)
- [20] Journal de la Santé France 5, le 20/12/2007
- [21] Le rapport entre le sommeil (REM et non-REM) et l'EMDR est étudié en détail par R. Stickgold (2002).
- [22] Une étude pilote (sujets inférieurs à 20) animée par David Servan-Schreiber (2006) a montré que l'on obtenait d'aussi bons résultats en utilisant des stimulations (tactiles et sonores) non alternées. Pour cette étude pilote, l'alternance pourrait éventuellement montrer un léger gain (ce qui élimine la nature cruciale et spécifique de ce paramètre) pour des traumatismes répondant à une séance EMDR unique - une situation qui ne correspond pas du tout aux conditions-type d'une thérapie post-traumatique.

7 Annexes

7.1 Bibliographie

- Benault, M., & Larivée, S. (2005). Guérir avec l'EMDR : preuves et controverses. *Revue de Psychoéducation*, 34(2) :355-396.
- Gauvrit, N. (2008). L'EMDR : ça marche !, *Science... et pseudo-sciences*, 281 :33-36.
- Roques, J., « *EMDR- Une révolution thérapeutique* », La méridienne, Desclée Debrouwer, parution septembre 2004.
- Roques, J., *Guérir avec l'EMDR - Traitements - Théorie - Témoignages*, le Seuil, janvier 2007.
- Roques, J., *Découvrir l'EMDR*, InterEditions mai 2008.

- Roques, J., *Essai d'anatomie psychique basé sur les neurosciences* tome 1 de *Psychoneurobiologie - Fondement et prolongements de l'EMDR*, BoD janvier 2015.
- Shapiro, Francine, *Des yeux pour guérir*, Éditions du Seuil, 2005.
- Servan-Schreiber, David, *Guérir*. Robert Laffont - 2003.
- (en) D. Servan-Schreiber & J Schooler, M.A. Dew, C. Carter et P. Bartone « EMDR for Posttraumatic Stress Disorder : a pilot, blinded, randomized study of stimulation types », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006 ;75 :290-297.
- Shapiro, Francine, *Manuel d'EMDR*, InterEditions - mai 2007.
- (en) Shapiro, Francine, *EMDR as an integrative Psychotherapy approach, Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism*, American Psychological Association, Washington, 2002.
- Van Rillaer, J. (2005). Science et pseudoscience en psychothérapie, *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 10(3), 25-34.

7.2 Articles connexes

- Syndrome de stress post-traumatique

7.3 Liens externes

- Association EMDR-Europe Site de l'association EMDR-Europe qui coordonne les organisations professionnelles nationales de thérapie EMDR.
- L'EMDR expliqué par David Servan-Schreiber, président d'honneur de l'association EMDR-France
- Revue officielle de l'EMDR en langue française.
- Article EMDR sur le site Charlatans.info.
- La page EMDR sur le site « Skeptic dictionary ».
-  Portail de la psychologie
-  Portail de l'œil et de la vue

8 Sources, contributeurs et licences du texte et de l'image

8.1 Texte

- **Eye movement desensitization and reprocessing** *Source* : https://fr.wikipedia.org/wiki/Eye_movement_desensitization_and_reprocessing?oldid=121704116 *Contributeurs* : Lionel Allorge, Dirac, Greudin, Kndiaye, Koyuki, LT-P, Fmgagnon, Tieum, Phe, MedBot, Phe-bot, Hada de la Luna, GL, Jef-Infojef, Pabix, Baboline, DocteurCosmos, Ethernaute, Lmaltier, Zwobot, Clement b, FlaBot, EDUCA33E, YurikBot, Sand, Teugueur, Ofix, Dadu, Yugiz, Pautard, Ben Siesta, 307sw136, DavidServan-Schreiber, Liquid-aim-bot, Bbruet, Jmfayard-fauxnez, Léon66, Thijs !bot, StéphaneBarbery, FredD, BOT-Superzerocool, MirgolthBot, Ouicoude, Akeron, Isaac Sanolnacov, Chandres, Rochmaster, Clook~frwiki, Chicobot, Pierre-Alain Gouanvic, Pbotgourou, Joseph.valet, Alecs.bot, Gwelan, Dhatier, SerSpock, Ir4ubot, DragonBot, Lucadeparis, HerculeBot, ZetudBot, Bub's wikibot, Herr Satz, K90, GrouchoBot, In08, Xqbot, Coyote du 57, RedBot, Éric Messel, BonifaceFR, Obry, Maxtor09, Addbot, ZorroMetSonMasque, ROJAROJAROJA et Anonyme : 34

8.2 Images

- **Fichier:Icon_psycho.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/f/f7/Icon_psycho.svg *Licence* : CC BY-SA 3.0 *Contributeurs* : File:Icon psycho.png and File:Biohazard template.svg *Artiste d'origine* : Reubot
- **Fichier:OkuloFronte.svg** *Source* : <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/bc/OkuloFronte.svg> *Licence* : GFDL *Contributeurs* : Travail personnel *Artiste d'origine* : Yanpetro
- **Fichier:Question_book-4.svg** *Source* : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/6/64/Question_book-4.svg *Licence* : CC-BY-SA-3.0 *Contributeurs* : Created from scratch in Adobe Illustrator. Originally based on Image:Question book.png created by User:Equazcion. *Artiste d'origine* : Tkgd2007

8.3 Licence du contenu

- Creative Commons Attribution-Share Alike 3.0