



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

L'évolution psychiatrique 77 (2012) 97–108

**L'ÉVOLUTION
PSYCHIATRIQUE**

www.em-consulte.com

Article original

Violences conjugales et psychothérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) : études de cas

Conjugal violence and Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) psychotherapy: Case studies

Cyril Tarquinio ^{a,*}, Alicia Schmitt ^b, Pascale Tarquinio ^c

^a Praticien EMDR, accrédité par EMDR Europe, niveau 1 & 2, professeur des universités, UFR SHA, APEMAC EA 4360, EPSaM, équipe de psychologie de la santé de Metz, université Paul-Verlaine de Metz, Île-du-Saulcy, 57000 Metz, France

^b Praticienne EMDR, accréditée par EMDR Europe, niveau 1 & 2, doctorante, UFR SHA, APEMAC EA 4360, EPSaM, équipe de psychologie de la santé de Metz, université Paul-Verlaine de Metz, Île-du-Saulcy, 57000 Metz, France

^c Praticienne EMDR, accréditée par EMDR Europe, niveau 1 & 2, psychologue, UFR SHA, APEMAC EA 4360, EPSaM, équipe de psychologie de la santé de Metz, université Paul-Verlaine de Metz, Île-du-Saulcy, 57000 Metz, France

Reçu le 16 mai 2010

Résumé

Cet article décrit les effets d'une prise en charge de femmes victimes de violences conjugales par la thérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR). L'objectif était de mettre en évidence les effets curatifs de la thérapie EMDR en ce qui concerne la réduction des symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT), d'anxiété et de dépression. La population était constituée de cinq femmes ayant suivi entre trois et neuf sessions de 60 minutes d'EMDR. Les femmes prises en charge grâce à la thérapie EMDR, voient l'ESPT et l'anxiété dont elles souffraient accuser une baisse significative et durable (maintenue à la réévaluation, six mois après la prise en charge). Les résultats obtenus vont dans le sens d'une efficacité de la thérapie EMDR auprès de ce public particulier. Ces études de cas permettent de se pencher sur la façon dont se résorbent les symptômes d'ESPT (vitesse de diminution rapide mais non homogène entre les différents symptômes). Malgré l'absence de groupe contrôle constituant une limite, ces études de cas laissent entrevoir des résultats encourageants et dégagent des pistes de réflexion en vue de nouvelles études.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Violence conjugale ; Thérapie cognitive ; EMDR ; Syndrome post-traumatique ; Dépression ; Anxiété ; Symptôme ; Cas clinique ; Bilan psychologique ; Questionnaire

^{*} Toute référence à cet article doit porter mention: Tarquinio C, Schmitt A, Tarquinio P. Violences conjugales et psychothérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) : études de cas. *Evol psychiatr* 2012; 77.

* Auteur correspondant. M. le Pr Cyril Tarquinio.

Adresse e-mail : CTarquinio@aol.com (C. Tarquinio).

0014-3855/\$ – see front matter © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.evopsy.2011.11.002

Abstract

The objective of this article is to investigate the effects of Eye Movement Desensitization Reprocessing treatment for victims of domestic violence. Five women were offered treatment with between three and nine 60-minute EMDR sessions. Assessments were completed at pre-treatment, post-treatment, and at the 6-month follow-up, with the purpose of demonstrating the ability of EMDR psychotherapy to reduce Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), anxiety, and depressive symptoms. Results showed a significant reduction in PTSD scores (intrusion, avoidance symptoms), anxiety, and depression, and were maintained after 6 months. This study opens up original perspectives for the treatment of domestic violence victims. The question of EMDR therapy's adequacy and pertinence for the treatment of domestic violence will be discussed. In any case, EMDR therapy seems to offer a promising therapeutic, social, and clinical response for this population, which is often difficult to treat.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Domestic violence; Cognitive therapy; EMDR; PTSD; Depression; Anxiety; Symptom; Case study; Psychological assessment; Questionnaire

1. Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'entre 16 et 52 % des femmes à travers le monde ont déjà été agressées par leur conjoint, petit ami ou mari [1]. Plus précisément, des études ont montré que, en moyenne, 33 % des femmes à travers le monde entier souffrent de violences perpétrées par leur partenaire [2]. Les violences conjugales sont constituées par les agressions, même d'apparence minime qui sont commises par un intime dans un contexte de contrôle et de contrainte. Selon la loi, les violences conjugales entrent dans le cadre des violences volontaires, commises par un proche, ce qui constitue une circonstance aggravante [3]. Les actes de violence commis à l'égard des femmes peuvent être de plusieurs types et ne se cantonnent pas aux agressions physiques. Il peut, en effet, également s'agir d'agressions verbales ou de pressions psychologiques. Dans les cas les plus graves, ces violences peuvent se solder par des passages à l'acte hétéro- ou auto-agressifs tels que le suicide ou l'homicide. 76,5 % des meurtres commis par l'un ou l'autre des partenaires sont précédés de violences répétées. La répétition est une caractéristique du phénomène de violence conjugale qui s'exprime souvent de façon stéréotypée (explosion de violence, demande de réparation, justifications de la part de l'agresseur, culpabilisation de la victime, « lune de miel », espoir de la victime, élément déclencheur, tensions, nouvelle explosion de violence).

Les violences conjugales sont la cause d'un tiers des blessures faites aux femmes si l'on exclut les blessures consécutives aux accidents de voiture [2]. Ces violences répétées laissent des séquelles physiques chez ces femmes victimes de leur partenaire. Les études sur la question montrent dans de nombreux cas la prégnance de l'état de stress post-traumatique (ESPT). West et al. [3] ont mis en évidence par une combinaison d'entretiens et de questionnaires, une prévalence de 47 % d'ESPT en lien avec des agressions domestiques. Mertin et Mohr [4] ont montré sur une population de 100 femmes, un lien majeur entre la violence du concubin et les conséquences en termes d'ESPT, de dépression et d'anxiété. Cette prévalence se retrouve chez Marais et al. [5] qui notent 35,3 % d'ESPT et 48,2 % d'épisodes dépressifs majeurs dans une population de femmes victimes de violences conjugales contre respectivement 2,6 et 11,4 % dans le groupe contrôle. Les cas d'ESPT imputables aux abus perpétrés à l'égard des femmes représentent une part importante de la population souffrant d'ESPT [6]. Trente-trois à 83 % des femmes victimes de violences conjugales souffriraient d'ESPT [7]. La thérapie *Eye Movement Desensitization Reprocessing*

(EMDR)¹, particulièrement identifiée dans la littérature internationale par son efficacité dans la prise en charge des ESPT, pourrait à n'en pas douter constituer une réponse thérapeutique efficace et pertinente dans la prise en charge de ces phénomènes de violences conjugales [8–10]. L'EMDR est une technique psychothérapeutique assez récente [10–12]. Initialement destinée à traiter des sujets ayant vécu des expériences traumatisantes, elle s'est orientée peu à peu vers le traitement de plusieurs troubles psychopathologiques [10,11,13]. La recherche sur la thérapie EMDR s'est surtout penchée sur les mouvements oculaires (et d'autres formes de stimulation bilatérale) susceptibles de constituer l'un des principes actifs de la démarche. Un parallèle est à faire avec ce qui se passe dans le sommeil à mouvements oculaires rapides (*Rapid Eye Movement* [REM]). En effet, les mouvements oculaires rapides surviennent au cours des états de rêve et il existe de plus en plus de preuves montrant le rôle des rêves dans l'élaboration psychique des vécus de la vie courante. Un tel processus trouve chez certains auteurs une explication neurophysiologique de plus en plus étayée et encourageante pour mener de nouvelles études [14]. Il semble que lorsque des souvenirs pénibles apparaissent dans les rêves, les mouvements oculaires rapides induisent un effet de détente qui permet le traitement psychique de ces expériences. Un parallèle a été fait avec la théorie de « l'inhibition réciproque » de Wolpe [15,16], que ce dernier considérait comme responsable du soulagement de l'anxiété dans son traitement systématique de désensibilisation. Quelques théories psychologiques et neuropsychologiques émergent peu à peu et sont de plus en plus à même de rendre compte des effets de la thérapie EMDR sur les patients [17].

Depuis 1989, de nombreuses publications ont mis en évidence l'efficacité de la méthode EMDR et en moins de dix ans elle est devenue un mode de traitement psychothérapeutique de l'ESPT, ayant donné lieu à un grand nombre d'études. Il y a en effet aujourd'hui plus de publications d'études contrôlées sur le traitement de l'ESPT par la thérapie EMDR que par tout autre type d'interventions cliniques, y compris les traitements médicamenteux (cf. *National-Center-for-PTSD*). Les recommandations pour l'usage de cette approche thérapeutique ne manquent pas [18,19] et proviennent des plus éminentes sociétés savantes reconnues sur le plan international quant à leurs compétences en ce qui concerne le syndrome de stress post-traumatique.

L'objectif de cette contribution sera de mettre en évidence, à partir du suivi de cinq sujets sur une période de six mois, des effets curatifs de la thérapie EMDR dans la prise en charge de femmes victimes de violences conjugales notamment en ce qui concerne la réduction des symptômes d'ESPT, d'anxiété et de dépression.

2. Méthode

2.1. Participants

Cinq femmes ont participé à cette étude rétrospective. Les participantes étaient directement adressées vers les cabinets des psychologues impliqués dans l'étude, par les associations d'aide aux victimes ou par les médecins qui pouvaient en avoir la charge.

Pour être incluses dans l'étude, les participantes devaient répondre à certains critères (Tableau 1) :

- avoir été victime de violences physiques par le conjoint ;
- consulter au plus tard dans les trois mois qui suivaient la dernière agression du conjoint ;

¹ Tarquinio C, Schmitt A, Houbre B, Rydberg JA, Mouda F, Lourel M, et al. EMDR therapy in the treatment of victims of domestic violence. *Violence Against Women* 2010 [soumis].

Tableau 1
Caractéristiques des participantes.

Variables	Anne	Céline	Pascale	Bénédictine	Catherine
Âge (en années)	35	36	37	26	42
Catégorie socioprofessionnelle	Employée	Employée	Employée	Employée	Employée
Niveau d'étude	BEPC	BEPC	BEPC	BAC+	BAC
Statut marital	Concubinage	Mariée	Mariée	Concubinage	Mariée
Nombre d'enfants	2	1	2	3	1
Nombre d'agressions subies	1	2	1	2	3
Nombre de séances d'EMDR nécessaires	3	6	4	9	5
Nombre de cibles ^a traitées	2	3	2	3	2
Prise d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques	Non	Non	Non	Non	Non

^a La cible est l'objet, l'image, le sentiment (...) que l'on décide de traiter durant la séance et sur lequel le patient et le thérapeute vont décider de travailler conjointement. En thérapie EMDR, la cible est le souvenir sur lequel se focalisent les phases d'évaluation et de désensibilisation.

- avoir déposé une plainte auprès des services de police ;
- ne pas avoir vécu plus de trois événements potentiellement traumatiques dans les 24 mois précédant la date de dépôt de la plainte, y compris d'autres violences conjugales ;
- accepter le cadre et la procédure de déroulement de l'étude par une présentation orale et précise de ses objectifs et de ses phases ;
- répondre aux critères du DSM-IV [20] concernant l'ESPT ;
- résider en France et ne pas avoir besoin d'un interprète pour parler et comprendre la langue française ;
- avoir entre 18 et 60 ans ;
- ne pas présenter d'addiction, d'abus de drogues ou d'alcool ;
- ne pas présenter de contre-indication avec la psychothérapie EMDR (état de santé, troubles neurologiques, troubles et/ou douleurs oculaires, état dissociatifs...).

3. Matériel et procédure

Après deux entretiens préalables et la réalisation de l'anamnèse, ayant permis aux patientes d'établir avec l'un des deux psychothérapeute/chercheur un lien de confiance suffisamment structurant et encadrant, nous leur proposons une prise en charge EMDR. L'anamnèse permettait de déterminer la possibilité pour les participantes d'être incluses dans l'étude. Cette dernière était présentée comme une démarche d'évaluation de leur prise en charge et comme une contribution au développement de méthodes psychothérapeutiques pour la prise en charge des femmes victimes de violence conjugale. Avant le début de la thérapie (phase de pré-test), nous leur proposons de répondre aux questions de plusieurs échelles. Cette même phase d'évaluation était ensuite répétée après cinq séances de 60 minutes (phase de post-test), puis six mois après la prise en charge (phase après six mois). Lors de ces trois phases, deux types de mesures quantitatives d'une part et qualitatives de l'autre ont été réalisés.

3.1. Matériel

3.1.1. Mesures quantitatives

Pour les mesures quantitatives, nous avons remis à toutes les participantes un document composé d'une fiche signalétique (âge, sexe, nombre d'enfants, niveau scolaire, statut

professionnel), de trois échelles (*Impact Event Scale* [IES], la *State Trait Anxiety Inventory* [STAI] et la *Center for Epidemiologic Studies-Depression scale* [CES-D]) et d'un indicateur propre à la thérapie EMDR (le *Subjective Unit of Distress* [SUD]). Ce document était distribué avant le début de la première phase.

L'échelle IES [21,22] permettait d'évaluer la sévérité des symptômes liés au traumatisme. Composé de 15 items, ce questionnaire mesure deux dimensions de l'état de stress post-traumatique : l'intrusion et l'évitement [23]. Les 15 items étaient cotés de « jamais » (zéro) à « souvent » (cinq). Un score de 26 constitue pour les auteurs un indicateur clinique significatif de traumatisation [24].

L'échelle STAI de Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vaag et Jacobs [25], adaptée et validée sur une population française par Bruchon-Schweitzer et Paulhan [26], est constituée de deux échelles distinctes pour évaluer l'Anxiété-État et l'Anxiété-Trait. Nous avons uniquement utilisé l'échelle d'Anxiété-État comprenant 20 items (score variant de 20 à 80) et permettant de savoir ce que les sujets ressentent sur le moment. Elle permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude. Ce score est censé s'élever face à un danger physique ou un stress psychologique.

L'échelle CES-D est l'échelle de dépression du centre d'études épidémiologiques [27]. Développée par le *Center for Epidemiologic Studies, National Institute of Mental Health*, la CES-D est un auto-questionnaire de 20 items évaluant l'humeur, les symptômes somatiques, les problèmes interpersonnels, le sentiment d'infériorité et le fonctionnement psychomoteur. Les participants devaient indiquer la fréquence des différents symptômes en utilisant une échelle de zéro (moins d'un jour), un (un-deux jours), deux (trois-quatre jours) et trois (cinq-sept jours) en référence à la semaine écoulée. La CES-D a été traduite et validée en français par Führer et Rouillon [28].

Le SUD [15,16] est une mesure sur une échelle de Likert cotée de zéro à dix, permettant de donner une indication du degré plus ou moins élevé de détresse causée par l'image mentale ou la cible activée et traitée pendant le processus psychothérapeutique. Il s'agit d'une évaluation très subjective du ressenti négatif du patient lors du traitement, qui fait partie intégrante du protocole EMDR.

3.1.2. Mesures qualitatives

En ce qui concerne les mesures qualitatives, nous proposons à chaque participant d'être interviewé dans le cadre de trois entretiens d'une heure environ, dont le but était lors des trois phases (pré-test, de post-test et à six mois) d'évaluer de façon plus qualitative et binaire (symptômes présent versus absent), la présence des symptômes sur la base des indications fournies par le DSM-IV [20].

Critères B, C, D du DSM-IV [20]. Nous avons pris comme grille de lecture et donc grille d'entretien, les cinq symptômes du critère B (l'événement traumatique est constamment revécu. . .), les sept symptômes du critère C (évitement persistant des stimuli associés au traumatisme, émoussement de la réactivité générale. . .), les cinq symptômes du critère D (présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative. . .). Nous avons questionné et noté, dans chacun des suivis, l'absence ou la présence des différentes manifestations symptomatiques des différents critères. Ainsi, pour les critères B et D, le score pouvait varier de zéro à cinq, tandis que pour le critère C, il pouvait varier de zéro à sept.

3.2. Procédure

Deux psychologues extérieurs ont contribué au codage des entretiens qui étaient enregistrés. Le codage des entretiens était validé dès lors qu'il y avait consensus entre les spécialistes.

Deux thérapeutes ayant suivi les enseignements de niveau un et deux, organisés par l'institut français d'EMDR, ont assuré la prise en charge de l'ensemble des participantes. Tous ont suivi le protocole EMDR standard de prise en charge qui se décline en huit phases distinctes : histoire du patient, préparation, évaluation, désensibilisation, installation, clôture et réévaluation. Les patientes devaient se centrer sur une cible en lien avec l'agression dont elles avaient été les victimes. Pour certaines participantes, il était nécessaire de traiter plusieurs cibles en lien avec le phénomène de violence (une participante a traité une cible, deux participantes ont traité deux cibles et deux ont traité trois cibles).

Elles devaient alors suivre des yeux le déplacement bilatéral de la main du thérapeute, qui alternait de la gauche vers la droite et de la droite vers la gauche. Ces séries de mouvements latéraux durent en moyenne de 20 secondes à quelques minutes, en fonction de la réaction émotionnelle du patient. Lors de cette phase plusieurs types de réactions peuvent apparaître (souvenirs, prises de conscience, associations diverses, sensations corporelles, émotions. . .). Entre chaque série de mouvements bilatéraux, il y a une pause où le patient rapporte « ce qui lui vient » pendant la période d'attention flottante qui accompagne les mouvements oculaires. Le patient porte alors son attention sur la nouvelle information, sensation ou prise de conscience et le thérapeute recommence une autre série de mouvements. Dans un tel protocole, le thérapeute se retient de demander des clarifications ou des précisions sur ce que le patient rapporte. De même, il n'en donne aucune interprétation. Il continue simplement de ramener l'attention du patient sur le matériel révélé par la stimulation et amorce une nouvelle série de mouvements jusqu'à ce que les associations ne suscitent plus de changements ou jusqu'à ce que seulement des associations et sensations positives soient rapportées. Entre les séries de mouvements oculaires, le patient parle normalement au thérapeute, décrivant généralement ce qui s'est passé pour lui pendant la stimulation. Il décrit ce qu'il a vu ou ressenti un peu comme s'il s'agissait d'une rêverie concentrée. Le travail est amorcé par un événement précis ou un affect particulier, mais au fur et à mesure des mouvements oculaires, d'autres associations à d'autres événements surgissent, des pensées sur soi ou même des scénarii imaginaires. L'état émotionnel se modifie rapidement, au rythme des changements d'associations cognitives. C'est entre autres choses, en fonction de l'évolution du niveau de *SUD* (de 0 à 10) que le thérapeute peut ensuite décider de pousser plus loin le traitement de l'événement initial, y mettre fin ou commencer à traiter d'autres cibles [11,12].

Nous faisons l'hypothèse (H1) que la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie EMDR devrait conduire à une diminution significative des scores de l'IES (score total, intrusion et évitement), de la STAI et de la CES-D entre le pré-test et le post-test, ainsi qu'entre le post-test et après six mois. Enfin, nous supposons que le score de détresse perçue (*SUD*) propre à la thérapie EMDR baissera significativement entre les phases de pré-test et de post-test et que cette réduction va se maintenir dans le temps, à six mois.

Nous faisons également l'hypothèse (H2) que la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie EMDR devrait conduire à une diminution du nombre de symptômes liés au diagnostic d'ESPT. La diminution sera homogène pour les trois critères pris en compte (critère B : pensées intrusives, critère C : évitement, critère D : hyperactivité neurovégétative). Nous supposons que le nombre de symptômes baissera entre les phases de pré-test et de post-test et que cette réduction va se maintenir dans le temps à six mois.

4. Résultats

Deux types d'analyses différentes ont été réalisées. D'une part, des analyses quantitatives, relatives à l'hypothèse H1 et, d'autre part, des analyses qualitatives, relatives à l'hypothèse H2.

Tableau 2

Moyenne, écart-type, minimum et maximum selon les phases de l'étude.

	Pré-test		Post-test		Après 6 mois	
	Moyenne (É-Type)	Min-max	Moyenne (É-Type)	Min-max	Moyenne (É-Type)	Min-max
IES Total (0–75)	52,2 _a (8,87)	45–67	16,8 _b (4,02)	12–21	12,8 _c (3,11)	10–17
IES Intrusion	25,2 _a (1,9)	22–27	8,7 _b (1,14)	7–10	5,8 _c (1,09)	4–7
IES Évitement	27 _a (8,1)	20–40	8,4 _b (2,9)	5–12	7 _c (2,6)	4–11
CESD (0–60)	26 _a (3,6)	21–31	16,4 _b (5,3)	11–23	10,8 _c (1,3)	9–12
STAI (20–80)	56,2 _a (10,9)	45–70	41 _b (7,64)	34–53	28,4 _c (7,05)	22–37
SUD (0–10)	8,2 _a (1,3)	7–10	0 _b (0)	0–0	0 _b (0)	0–0

Les moyennes accompagnées de lettre différentes diffèrent significativement au seuil $p < 0,05$ pour le Wilcoxon.

IES : Impact Event Scale ; CESD : Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale ; STAI : State Trait Anxiety Inventory ; SUD : Subjective Unit of Distress.

Les résultats quantitatifs principaux (H1) ont été reportés dans le [Tableau 2](#) et nous avons procédé à une analyse statistique en utilisant le test non paramétrique pour groupes appariés de Wilcoxon.

On observe que la moyenne obtenue aux différents tests utilisés baisse globalement entre les différentes phases de l'étude. Entre le pré-test et le post-test, il apparaît que les scores d'anxiété (STAI), de dépression (CES-D) et d'ESPT (IES) diminuent significativement. Cette diminution est également observée entre le post-test et l'évaluation à six mois. L'échelle IES évaluant l'ESPT comprend deux sous-échelles mesurant l'intrusion et l'évitement. Un phénomène similaire est observé pour les scores des deux sous-échelles. Enfin, en ce qui concerne le SUD², sa mesure baisse significativement entre la phase de pré-test et la phase de post-test, passant de 8,2 (en moyenne) à 0. La moyenne est stabilisée à 0, six mois après la prise en charge.

Les résultats principaux, relatifs aux analyses qualitatives des résultats, ont été reportés dans les [Tableaux 3–6](#) et la [Fig. 1](#).

Le total de tous les symptômes de tous les critères baisse entre les différentes phases de l'étude. Cette diminution semble cohérente et harmonieuse. Elle semble être de même intensité si l'on compare les différents critères entre les différentes participantes.

La baisse du nombre de manifestations par critère peut être représentée sur la [Fig. 1](#). Celle-ci compare la baisse du nombre de manifestations par critères et ce, en pourcentage. Ce pourcentage correspond au ratio entre le nombre de manifestations observées et le nombre de manifestations maximum possibles sur un critère. Par exemple, pour le critère B, cinq sujets peuvent présenter cinq manifestations différentes. Il existe donc 25 manifestations possibles pour ce critère. Dans la phase de pré-test, on note la présence de 16 manifestations sur 25 possibles. Ce qui nous permet de reporter la présence de 64 % de symptômes présents en pré-test pour ce critère.

On observe 16 symptômes sur 25 possibles pour le critère B lors du pré-test. C'est-à-dire que 64 % des symptômes sont présents en pré-test pour ce critère. Ce chiffre passe à 12 % (en post-test) puis à 4 % (six mois après). Les symptômes observés pour le critère C passent de 63 % (pré-test) à 20 % (post-test) puis à 11 % six mois après. Les symptômes observés pour le critère D passent de 80 % (pré-test) à 40 % puis à 14 % six mois après.

Le DSM-IV [20] nous indique que le diagnostic d'ESPT se pose si on observe un nombre prédéfini de manifestations par critère. Pour satisfaire un tableau clinique d'ESPT, on doit pouvoir

² Rappelons que le SUD est une mesure subjective de la perturbation ressentie à l'évocation d'une cible ou d'une cognition négative (note de 0 à 10).

Tableau 3

Nombre de symptômes (sur 5 possibles) mesurant la présence de pensées intrusives (Critère B).

	Anne	Céline	Pascale	Bénédicte	Catherine	Total
Phase de pré-test	3	4	2	4	3	16
Phase de post-test	0	2	0	0	1	3
Phase après 6 mois	0	0	1	0	0	1

Tableau 4

Nombre de symptômes (sur 7 possibles) évitement persistant (Critère C).

	Anne	Céline	Pascale	Bénédicte	Catherine	Total
Phase de pré-test	4	5	2	6	5	22
Phase de post-test	2	1	0	2	2	7
Phase après 6 mois	1	1	0	1	1	4

Tableau 5

Nombre de symptômes (sur 5 possibles) mesurant la présence d'activation neurovégétative (Critère D).

	Anne	Céline	Pascale	Bénédicte	Catherine	Total
Phase de pré-test	4	3	4	5	4	20
Phase de post-test	2	1	1	1	2	10
Phase après 6 mois	1	1	1	1	1	5

Tableau 6

Nombre de participantes présentant le nombre de manifestations nécessaires à l'établissement d'un diagnostic d'ESPT, selon les critères du DSM IV.

	Critère B	Critère C	Critère D	Tous critères
	Sujets présentant au moins 1 manifestation, <i>n</i> (%)	Sujets présentant au moins 3 manifestations, <i>n</i> (%)	Sujets présentant au moins 2 manifestations, <i>n</i> (%)	Sujets présentant un diagnostic d'ESPT, <i>n</i> (%)
Pré-test	5 (100)	4 (80)	5 (100)	4 (80)
Post-test	2 (40)	0 (0)	2 (40)	0 (0)
À 6 mois	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

ESPT : état de stress post-traumatique.

observer une manifestation du critère B (Intrusion), trois manifestations du critère C (Évitement) et deux manifestations du critère D (Activation neurovégétative). Durant cette étude, on observe une baisse du pourcentage de sujets présentant le nombre de manifestations suffisantes par critère, selon le seuil fixé par le DSM-IV [20].

Si l'on pouvait poser le diagnostic d'ESPT pour 80 % des participantes au démarrage de cette étude, en post-test et à six mois, ce n'est plus le cas pour aucune d'entre elles. En post-test, deux participantes présentent encore des manifestations liées au critère B (Pensées intrusives) et au critère D (Activation neurovégétative) mais les manifestations liées au critère C (Évitement persistant) ont disparu. Pour une seule participante, les pensées intrusives (critère B) sont encore présentes à six mois alors que toutes les autres manifestations sont absentes. Tous ces éléments rendent impossible l'établissement d'un diagnostic d'ESPT en post-test et à six mois.

De manière plus spécifique, lors du pré-test, pour le critère B (Pensées intrusives), toutes les participantes présentaient le nombre de manifestations nécessaires selon le DSM-IV [20]. Elles

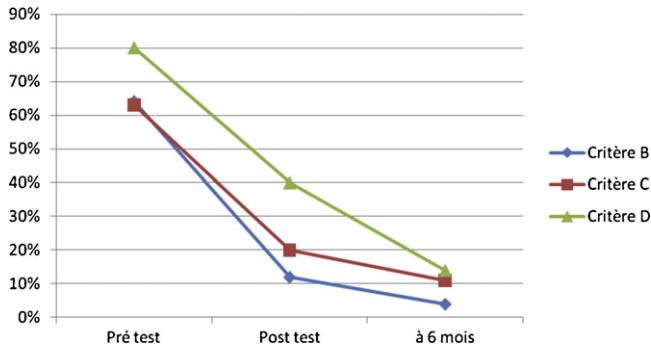


Fig. 1. Pourcentage de présence des différents symptômes par critères et par phase de test.

ne sont plus que deux en post-test. À six mois, une seule participante présente encore au moins une manifestation du critère B.

Pour le critère C (Évitement persistant), lors du pré-test, quatre personnes sur cinq (80 % des participantes) présentaient le nombre de manifestations nécessaires. En post-test et à six mois, le nombre de symptômes présents est en baisse, si bien que plus aucune des participantes ne présente le nombre de manifestations nécessaires selon les critères du DSM-IV [20].

Concernant le critère D (Activation neurovégétative), lors du pré-test, toutes les participantes présentaient le nombre de manifestations nécessaires. Elles ne sont plus que deux en post-test. À six mois, plus aucune participante n'atteint le nombre-seuil de manifestations, selon les critères du DSM-IV [20].

5. Conclusion

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge psychothérapeutique de femmes ayant été victimes de violences conjugales à partir de la thérapie EMDR, afin de parvenir à une réduction de l'intensité des symptômes d'état de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression, ainsi que du SUD qui est une évaluation du niveau de détresse psychologique. Les résultats obtenus sont encourageants et pour une part plutôt conformes à nos attentes.

Conformément à notre hypothèse quantitative, lors du pré-test, lors des phases de post-test et à six mois, les participantes prises en charge avec la thérapie EMDR ont présenté des scores à l'IES et à la STAI qui baissent significativement. Ce qui est également le cas pour le score de dépression obtenu avec la CES-D. Cela nous permet de valider totalement notre hypothèse. La prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie EMDR a conduit à une diminution significative des scores de l'IES et de la STAI, entre la phase pré-test et le post-test, ainsi qu'entre le post-test et après six mois. Ainsi, l'application d'une thérapie EMDR sur un public de femmes victimes de violences conjugales permet de réduire les symptômes névrotiques de type anxiodépressifs. La thérapie EMDR semble aller plus loin que la résolution de l'ESPT seul. Les comorbidités liées à celui-ci sont également prises en charge de manière efficiente.

En ce qui concerne le SUD qui évalue le niveau de perturbation des patients, nous avons pu observer une baisse importante entre le pré-test et le post-test, baisse qui se stabilise et se maintient avec le temps.

Comme on le rencontre classiquement dans la littérature sur le domaine, le traitement EMDR conduit les sujets à s'auto-évaluer comme moins perturbés après la prise en charge, effet qui se

maintient six mois après. Il est important à cet égard de noter que l'ensemble des effets sont stables dans le temps, ce qui confère à cette approche une fiabilité non négligeable.

Conformément à notre seconde hypothèse (hypothèse qualitative), la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie EMDR a conduit à une diminution du nombre de symptômes liés au diagnostic d'ESPT. La diminution est visiblement homogène pour les trois critères pris en compte (critère B : Pensées intrusives, critère C : Évitement, critère D : Activation neurovégétative). Nos observations n'ont pas pu donner lieu à un traitement permettant de tester statistiquement nos observations. Si quatre personnes sur cinq présentaient un diagnostic complet d'ESPT, plus aucune participante ne présente ce tableau complet, lors du post-test et à six mois. Le critère C, lié à l'évitement, semble être celui qui présente une résolution plus rapide que les autres. Peut-être que « l'exposition » et la confrontation aux images traumatiques lors de la thérapie permettent aux patientes d'être suffisamment désensibilisées. Elles pourraient ainsi mieux supporter les situations/images/lieux..., en lien avec le traumatisme subi.

La thérapie EMDR est reconnue comme étant efficace dans la prise en charge des ESPT. Celle-ci n'avait jamais, à notre connaissance, été appliquée à une population de victimes de violences conjugales. Il s'avère que dans cette problématique complexe, l'EMDR peut être envisagé comme une réponse thérapeutique rapide et adaptée. Rapide, parce qu'après cinq séances il a été possible d'obtenir une réduction des symptômes anxieux, de l'ESPT et du SUD, ce qui est un résultat remarquable au regard de la littérature dans le domaine. Adaptée, parce que ce type de population considéré souvent comme « volatile » ne dispose pas toujours d'un temps important pour s'engager dans une thérapie longue. Le passage de structure en structure, les difficultés d'hébergement, la nécessité de rebondir socialement, familialement et professionnellement, ainsi que le manque de moyens rendent difficile le suivi d'une psychothérapie, souvent considérée dans ces moments là comme secondaire. Ces populations socialement fragilisées sont souvent dans l'impossibilité de se soigner. Leur proposer une thérapie courte et efficace susceptible de les soulager de leurs symptômes les plus aigus pourrait être une première étape importante. La thérapie EMDR se démarque des thérapies cognitivocomportementales, également bien documentées pour ce type de population [29–31]. Ces dernières nécessitent généralement entre huit à 11 sessions de 90 minutes [29,31], ce qui est plutôt long au regard de la situation de ces femmes, sans compter la nécessité de s'entraîner en dehors du cabinet (nécessité d'une observance rigoureuse), ce qui n'est souvent pas la préoccupation principale.

Bien entendu, il serait grave de réduire la problématique de ces victimes à une simple composante symptomatique. L'emprise, le sentiment de culpabilité, l'altération de l'image de soi ou les conséquences de la violence psychologique dont elles sont aussi souvent les victimes sont autant de paramètres sur lesquels il convient d'intervenir dans le cadre d'une psychothérapie et pour lesquels la thérapie EMDR (tout comme les autres formes de thérapies) doit encore apporter des preuves d'efficacité. Le fait de pouvoir aider durablement les victimes à résorber les divers symptômes liés aux violences conjugales vécues leur permettrait éventuellement d'avancer plus sereinement et ainsi faire face plus efficacement aux diverses exigences de leur reconstruction.

En moyenne, les femmes prises en charge dans cette étude ont subi 1,8 agressions physiques. Les violences physiques ne représentent qu'une partie de la problématique des violences conjugales. Les violences psychologiques ne sont pas prises en compte dans cette étude. Il serait intéressant d'explorer également les conséquences de ce type de violences. De plus, on peut supposer que le nombre de séances nécessaires varierait également en fonction du type d'agression vécue et du vécu des victimes. Même si ce n'était pas le cas dans cette étude, on observe régulièrement un lien entre violences vécues dans l'enfance et violences conjugales. La prise

en charge EMDR, dans le cas de violences dans l'enfance surajoutées à un vécu de violences conjugales, n'engendre pas le même travail clinique.

Les symptômes absents en post-test le sont également à six mois. Les symptômes d'ESPT, d'anxiété et de dépression baissent encore après la fin de la thérapie. Tout se passe comme si la thérapie avait enclenché un processus de résorption, le temps de la thérapie dépasse le temps du cabinet. L'EMDR fournirait peut-être des « clefs d'auto-guérison » aux patients. On peut supposer que les éléments traumatiques sont classés dans la mémoire épisodique de manière stable à la suite d'une thérapie EMDR. Cela est corroboré par la mesure du SUD, indiquant une absence de perturbation à l'évocation des images traumatiques lors du post-test et à six mois. En effet, le SUD est de zéro, même six mois après la prise en charge.

Bien que les résultats soient intéressants, cette étude souffre de plusieurs limites qui réduisent quelque peu la portée des résultats obtenus. Il s'agit ici d'études de cas ne permettant que très peu d'interprétations quantitatives.

Dans l'ensemble et malgré sa difficulté de mise en œuvre, cette étude a répondu à nos aspirations en montrant, s'il le fallait encore, l'intérêt de la thérapie EMDR. Les situations complexes nécessitent une approche intégrative, articulante différentes formes de psychothérapies, mobilisables en fonction de l'évolution de la thérapie et du patient lors de celle-ci. Se pose alors la question de la complexité à laquelle la thérapie EMDR seule ne peut pas toujours forcément répondre.

Si des preuves ont déjà été apportées en ce qui concerne la réduction des symptômes d'ESPT, des avancées doivent être faites afin d'évaluer la capacité de cette thérapie non seulement à réduire d'autres manifestations comme les symptômes dépressifs, le stress ou l'anxiété, mais également à potentialiser les capacités d'adaptation, le sentiment d'efficacité, la qualité de vie ou encore l'estime de soi. Des études contrôlées pourraient s'axer sur l'impact de la thérapie EMDR sur d'autres indicateurs tels que la qualité de vie, le lieu de contrôle, l'image de soi. . . Les enjeux à venir se situent sans aucun doute dans la capacité des recherches futures à ouvrir le spectre à l'intérieur duquel et pour lequel cette nouvelle approche thérapeutique pourra se révéler efficace.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Amoakohene M. Violence against women in Ghana: a look at women's perceptions and review of policy and social responses. *Soc Sci Med* 2004;59:2373–85.
- [2] West CG, Fernandez A, Hillard JR, Schoof M, Parks J. Psychiatric disorders of abused women at a shelter. *Psychiatr Q* 1990;61:295–301.
- [3] Pan A, Daley S, Rivera L, Williams K, Lingle D, Reznik V. Understanding the role of culture in domestic violence: the Ashima project for safe families. *J Immigr Minor Health* 2006;8:35–43.
- [4] Mertin P, Mohr P. A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence Vict* 2001;16:645–54.
- [5] Marais A, De Villiers PJ, Möller AT, Stein DJ. Domestic violence in patients visiting general practitioners—prevalence, phenomenology, and association with psychopathology. *S Afr Med J* 1999;89:635–40.
- [6] Fischbach R, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Soc Sci Med* 1997;45:1161–76.
- [7] Bargai N, Ben-Shakhar G, Shalev A. Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: the mediating role of learned helplessness. *J Fam Violence* 2007;22:267–75.

- [8] Rothbaum BO. Controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bull Menninger Clin* 1997;61:317–34.
- [9] Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure vs eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress* 2005;18:607–16.
- [10] Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress* 1989;2:199–223.
- [11] Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
- [12] Shapiro F, Forrester M. EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma. New York: Basics Books; 1997.
- [13] De Jongh A, Ten Broeke E, Renssen MR. Treatment of specific phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-protocol, empirical status, and conceptual issues. *J Anxiety Disord* 1999;13:69–85.
- [14] Stickold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol* 2002;58:61–75.
- [15] Wolpe J. The practice of behavior therapy. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1990.
- [16] Wolpe J, Abrams J. Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: a case report. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991;22:39–43.
- [17] Berghmans C, Tarquinio C. Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies. Paris: Interéditions; 2009.
- [18] American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines; 2004.
- [19] Inserm. Psychothérapie : trois approches évaluées. Paris; Inserm; 2004. Available from: <http://www.inserm.fr/content/download/./psychotherapie%5B1%5D.pdf>.
- [20] American Psychiatric Association. Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques. Paris: Masson; 2004.
- [21] Horowitz M, Wilmer N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41:209–18.
- [22] Zilberg NJ, Weiss DS, Horowitz MJ. Impact of event scale: a cross validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *J Consult Clin Psychol* 1982;50:407–14.
- [23] Joseph S. Psychometric evaluation of Horowitz's impact of event scale: a review. *J Trauma Stress* 2000;13:101–13.
- [24] Kieber RJ, Brom D, Defares PB. Coping with trauma. Theory, prevention and treatment. Lisse: Swets and Zeitlinger; 1999.
- [25] Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
- [26] Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. Inventaire d'anxiété état-trait, Forme Y (STAI-Y): traduction et validation française. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée; 1993.
- [27] Radloff L. The CES-D Scale. *Appl Psychol Meas* 1977;1:385–401.
- [28] Fuhrer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation [The French version of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)]. *Eur Psychiatry* 1989;4:163–6.
- [29] Kubany E, Hill E, Owens J. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *J Consult Clin Psychol* 2004;72:3–18.
- [30] Johnson D, Zlotnick C. A cognitive behavioral treatment for battered women with PTSD in shelters: findings from a pilot study. *J Trauma Stress* 2006;19:559–64.
- [31] Kim S, Kim J. The effects of group intervention for battered women in Korea. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15:257–64.