

Psychologie clinique

Utilisation de la thérapie EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing - dans le cadre de la douleur chronique : étude pilote

Use of an Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy in chronic pain management: A pilot study

M.-J. Brennstuhl^{a,*}, C. Tarquinio^b, F. Bassan^c

^a Cabinet de psychologie, 57000 Metz, France

^b Laboratoire APEMAC EA 4360, université de Lorraine, île du Saulcy, 57000 Metz, France

^c Cabinet de psychologie, 57100 Thionville, France

Reçu le 24 juin 2015 ; accepté le 11 novembre 2015

Résumé

L'utilisation de la thérapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) étant novatrice dans le domaine de la douleur chronique, l'objectif principal de ce travail s'est alors attaché à comparer l'utilisation de la thérapie EMDR vs. une prise en charge éclectique, dans une unité de prise en charge de la douleur chronique, à l'hôpital. Quarante-cinq patients, répartis en trois groupes, ont alors bénéficié d'une prise en charge avec la thérapie EMDR (protocole standard), avec la thérapie EMDR (protocole douleur), ainsi qu'en thérapie éclectique. Les résultats mettent en évidence l'efficacité de la thérapie EMDR sur les composantes sensibles, cognitives, comportementales, émotionnelles mais aussi traumatiques de la douleur, avec une plus grande efficacité du protocole standard EMDR après 5 séances, et une diminution de la douleur qui se prolonge un mois après la fin du traitement.

Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Douleur chronique ; ESPT ; Psychothérapie ; EMDR

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mjo.b@live.fr (M.-J. Brennstuhl).

Abstract

Introduction. – Chronic pain is a major healthcare issue. Additional costs involved in pain management each year in France amount to more than one billion euros. While painkillers have been proven effective in treating acute pain, their long-term use has negative side effects reducing their effectiveness. Psychotherapeutic schemes like hypnosis and cognitive-behavioural therapies also seem to show mixed results.

Objective. – Considering that the use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy is an innovative approach in chronic pain management, the main focus of this research was to compare the use of EMDR therapy versus eclectic healthcare in a hospital unit specialized in the management of chronic pain.

Method. – Forty-five patients divided into three groups were treated by standard protocol of EMDR therapy, pain protocol of EMDR therapy and eclectic therapy.

Results. – Results show the effectiveness of EMDR therapy on sensory, cognitive, behavioural and emotional but also traumatic components of pain, EMDR standard protocol being most efficient after five sessions, and a reduction of pain extending one month after therapy has been discontinued.

Conclusion. – The interest in the of EMDR in chronic pain management then lies partly in its effectiveness in a few sessions, but also in clinical fast emergence and awareness that it allows to obtain from these patients. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Chronic pain; PTSD; Psychotherapy; EMDR

1. Introduction

Face aux difficultés de prise en charge de la douleur chronique, de nouvelles psychothérapies prennent leur essor. Parmi elles, les thérapies cognitivo-comportementales (Eccleston, Williams, & Morley, 2009), la relaxation (Cottraux, 2011 ; Schütze, Rees, Preece, & Schütze, 2010 ; Turner, Mancl, & Aaron, 2006), ou encore l'hypnose (Castel, Cascon, Padrol, Sala, & Rull, 2012 ; Jensen, Barber, Hanley, Engel, Romano, Cardenas, Kraft, Hoffman, & Patterson, 2008 ; Violon, 2011) sont privilégiées. Dans ce domaine, si la thérapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro, 1989) s'est positionnée comme une thérapie de choix dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), son développement plus récent montre qu'elle présente des intérêts indéniables dans la prise en charge du symptôme douloureux.

Dès les années 2000, les premières recherches apparaissent en la matière. Grant & Threlfo (2002) nous présentent des cas cliniques préliminaires, mettant en évidence l'intérêt et le potentiel de la thérapie EMDR dans le cadre de la douleur chronique. Très récemment, Mazzola, Calcagno, Goicochea, Pueyrredon, Leston, & Savat (2009) démontrent que 12 sessions de thérapie EMDR chez le patient douloureux chronique apportent une efficacité significative sur le ressenti douloureux, ainsi que sur les troubles comorbides à la pathologie douloureuse telles que la dépression et l'anxiété.

Le champ du psychotraumatisme s'élargit pourtant à d'autres expériences de vie stressantes telles que la maladie chronique, le deuil, le microtraumatisme, ou encore la douleur. Dans leur revue de 2001, Sharp & Harvey ont été les premiers à s'intéresser aux publications concernant la comorbidité de l'ESPT et de la douleur chronique et constate un réel manque. Ils montrent que chez les gens manifestant un ESPT, 20 à 80 % d'entre eux présentent un syndrome douloureux. En effet, en termes de prévalence, ils notent une fréquence de 20 à 80 % de douleur chronique dans les cas de traumatismes, et 10 à 50 % d'ESPT dans les cas de douleur chronique. Ces premiers résultats

fournissent la preuve d'un lien de comorbidité entre ces deux syndromes, sans en préciser les modalités d'apparition. Cependant, des auteurs nous guident à travers l'imbrication complexe de ces symptomatologies, nous permettant de comprendre alors l'amplitude de ces prévalences.

La revue d'Asmundson, Coons, Taylor, & Klatz (2002) propose un modèle de vulnérabilité à travers le rôle de l'anxiété dans la compréhension du lien entre ESPT et douleur. Une revue de littérature plus récente (Beck & Clapp, 2011) confirme ce lien. L'idée est alors soit de considérer ces troubles dans un lien de comorbidité (Beck & Clapp, 2011), soit en termes de facteurs de causalité. En effet, les auteurs montrent que, bien qu'il ne fasse nul doute désormais qu'il existe un lien entre ESPT et douleur chronique, leur imbrication reste complexe. Il apparaît difficile de définir une ligne fixe de cause à effet entre l'apparition d'un trouble ou de l'autre. En fonction de la population sélectionnée, ou du trouble initialement évalué, la douleur peut être à la fois un facteur participant à l'installation de l'ESPT, et un facteur de maintien. Il en est de même pour l'ESPT, qui se trouve à la fois en position de facteur déclenchant, et facteur de maintien de la douleur chronique.

Par ailleurs, les auteurs ont également pu mettre en évidence le rôle fondamental des troubles anxio-dépressifs, agissant en qualité de médiateur de cette comorbidité (Gerrits, Vogelzangs, van Oppen, van Marwijk, van der Horst, & Penninx, 2012 ; Otis, Gregor, Hardway, Morrison, Scioli, & Sanderson ; 2010). En lien direct, médiatisé par d'autres troubles comorbides, ou en réaction à des maltraitements durant l'enfance, la comorbidité entre ESPT et douleur chronique semble trouver sa place dans la clinique presque comme une entité à part entière. En cela, la douleur chronique serait envisagée comme une réponse réactionnelle de même nature que l'ESPT mais sur un mode de réponse différent : corporel, somatique. Sur le même modèle de développement de l'ESPT suite à un événement traumatique, la douleur chronique serait une autre réponse possible au trauma. D'autres auteurs montrent, par ailleurs, que toute sensation douloureuse est emmagasinée mais peut être inhibée sur le moment et ressortir plus tard suite à un choc ou un événement stressant (Lamm, Decety, & Singer, 2011).

La prise en charge de la pathologie douloureuse à l'aide de la thérapie EMDR semble alors être une piste de recherche intéressante. En effet, le postulat de base de la thérapie EMDR est de pouvoir agir sur les réseaux dysfonctionnels de mémoire afin de retraiter la charge émotionnelle liée à un événement traumatique (Shapiro & Forrest, 1997). Les composantes cognitives, comportementales, sensibles, émotionnelles et traumatiques de la douleur chronique (Merskey & Bogduk, 1994) ne sont alors pas sans rappeler les processus actifs de l'EMDR qui se focalisent sur l'information cognitive, comportementale, émotionnelle et sensible de l'évènement traumatique. Dans cette idée, la douleur serait appréhendée comme une mémoire dysfonctionnelle en lien avec un ou plusieurs événements traumatiques.

L'objectif de cette recherche est alors de mettre à l'épreuve l'utilisation de la thérapie EMDR appliquée au traitement de la douleur chronique, en comparant l'efficacité de deux protocoles EMDR – standard ou douleur – face à une prise en charge classique, mais également de tester le lien complexe existant entre douleur et ESPT. En effet, il s'agit d'une part de tester l'efficacité de différentes thérapies, mais ces thérapies ont été choisies et ciblées dans le but d'appréhender la genèse des troubles. En abordant la douleur chronique comme une réaction potentielle à un événement, de même niveau que le développement d'un ESPT, la prise en charge de l'évènement ou de la douleur (protocole standard EMDR ou protocole douleur EMDR) devrait avoir un retentissement particulier sur les différents troubles.

L'utilisation du protocole standard EMDR permettrait alors de retraiter en profondeur ce qui semble être un des causes de la douleur chronique (l'ESPT), tandis que le protocole douleur EMDR n'en traiterait que le symptôme : la sensation douloureuse. Nous pourrions alors moduler dans le

choix de nos protocoles, le degré de retraitement que nous souhaitons effectuer. En effet, nous pourrions choisir de laisser associer le patient et remonter les chaînes mnésiques dysfonctionnelles, comme le ferait le protocole standard EMDR, soit recentrer le patient sur l'évènement récent et ne désensibiliser que cet évènement.

Dans le cadre de la douleur chronique, le choix du protocole – standard ou douleur – entre en résonance avec cette réflexion : choisir de traiter le symptôme que le patient donne à voir (la douleur), ou le laisser associer jusqu'à en retrouver la base traumatique.

2. Méthodologie

Au sein d'une unité de traitement de la douleur d'un centre hospitalier de la région Lorraine (France), nous avons choisi de tester l'efficacité de la thérapie EMDR sur la pathologie douloureuse chronique. Dans le cadre de notre étude, nous avons souhaité nous intéresser aux patients hospitalisés au sein de l'unité douleur pour qui la prise en charge médicamenteuse externe est insuffisante, et pour qui la problématique est naturellement plus importante.

Les patients hospitalisés au sein de l'unité douleur ont été orientés par leur médecin généraliste dans le cadre d'une douleur chronique suffisamment importante et résistante aux analgésiques classiques, nécessitant une prise en charge hospitalière. La durée d'hospitalisation est en moyenne de deux semaines, plafonnée à trois semaines maximum.

2.1. Participants

Quarante-cinq sujets ont participé à cette recherche. Parmi eux, 22 hommes et 23 femmes, d'une moyenne d'âge de 49 ans ($e.t = 8,65$), avec une majorité d'ouvriers ($n = 16$) et de personnes sans activité professionnelle ($n = 14$), mais aussi des employés ($n = 8$) et des retraités ($n = 7$). Dix-neuf d'entre eux souffrent de lombalgie, 11 de fibromyalgies, 10 de douleurs diffuses (situées sur plusieurs zones différentes du corps) et enfin 5 de douleurs neuropathiques (Tableau 1).

2.2. Procédure et matériel

Tous souffrent de douleur chronique depuis plus de six mois, et viennent pour la première fois en hospitalisation au sein de l'unité douleur. À chaque nouvelle hospitalisation, les patients étaient rencontrés lors de la visite d'admission, afin de leur expliciter le protocole de recherche et de prise en charge, de vérifier si les patients répondaient aux critères d'inclusion dans l'étude, et d'obtenir leur consentement éclairé.

Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient répondre à certains critères. Nous avons sélectionnés des sujets âgés de 18 à 65 ans (*a*), acceptant d'être inclus dans une recherche pendant la durée de leur hospitalisation jusqu'à la consultation post-hospitalisation. Ils devaient être hospitalisés pour la première fois en unité douleur (*b*), souffrir de douleur depuis plus de six mois (*c*), la douleur ne devait pas être expliquée par une affection maligne (*d*). Afin d'éviter certains biais, nous avons défini des critères d'exclusion, les patients ne devaient pas avoir d'autre suivi psychologique en externe (*a*), ou participer aux groupes TCC effectués dans le service (*b*).

Nous faisons alors l'hypothèse que la thérapie EMDR serait plus efficace dans le traitement de la douleur chronique qu'une thérapie de soutien classique. Par ailleurs, nous estimons que la comorbidité importante entre ESPT et douleur amènerait à davantage de résultat avec l'utilisation du protocole EMDR standard, plutôt que le protocole EMDR douleur.

Tableau 1
Caractéristiques des participants.

Variables/sujets	Groupe thérapie classique (n = 15)	Groupe EMDR standard (n = 15)	Groupe EMDR douleur (n = 15)	
Âge	47,87 (10,12)	47,53 (7,09)	52,87 (7,96)	F(2,42) = 1,85 ; ns
Genre				X ² (2, N = 45) = 0,17 ; ns
Homme	8	7	7	
Femme	7	8	8	
Catégorie socioprofessionnelle				X ² = (2, N = 45) 2,08 ; ns
Employés	3	2	3	
Ouvriers	5	6	5	
Retraités	3	1	3	
Sans activité professionnelle	4	6	4	
Lombalgie	7	6	6	X ² (2, N = 45) = 1,48 ; ns
Fybromyalgie	4	3	4	
Douleurs diffuses	2	4	4	
Douleurs neuropathiques	2	2	1	

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

Après inclusion dans l'étude et obtention de leur consentement, chaque patient a donc été soumis de manière aléatoire à une des trois prises en charge possible.

Nous avons ainsi défini 3 groupes de thérapie différents :

- groupe 1 (groupe contrôle) : thérapie de soutien ;
- groupe 2 (groupe EMDR standard) : thérapie EMDR protocole standard ;
- groupe 3 (groupe EMDR douleur) : thérapie EMDR protocole douleur.

Le groupe 1 est soumis à une psychothérapie de soutien, réalisée par une psychologue formée à la prise en charge de la douleur chronique travaillant habituellement dans ce type de structure. Les séances correspondent à ce qui est communément pratiqué dans ce type de pathologie, suivant les recommandations nationales et internationales, il s'agit donc d'un accompagnement de soutien à travers des entretiens cliniques classiques – pouvant être réalisés par tout psychologue, psychothérapeute –, couplés à l'éducation thérapeutique sur la douleur chronique.

Le groupe 2 est soumis à la thérapie EMDR, suivant le protocole standard. Ce protocole a été spécialement élaboré pour le retraitement des souvenirs traumatiques et a prouvé son efficacité en la matière (Shapiro, 2001), ce sont donc les éléments spécifiques d'un ou plusieurs événements traumatiques qui vont être ciblés par le protocole EMDR et soumis à désensibilisation à l'aide des stimulations bilatérales alternées (SBA).

Le groupe 3 est soumis également à la thérapie EMDR, mais suivant le protocole douleur spécifique. Ce protocole a été élaboré par Grant (2009) et n'a été testé que dans l'étude de Mazzola et al. (2009). Il s'agit dans ce cas précis de cibler la douleur en tant que sensation et de construire une image mentale de cette perception, pour ensuite les soumettre à désensibilisation à l'aide des SBA.

Lors des phases de pré-test, post-test et lors de la consultation post-hospitalisation à un mois, nous leur proposons de répondre à plusieurs échelles. Il s'agissait de pouvoir évaluer autant la présence éventuelle d'un ESPT, que les différentes composantes de la douleur chronique, afin de mesurer l'effet sur les symptômes traumatiques éventuels mais également le ressenti, les

croyances et les cognitions liées à la douleur. Il nous paraissait également primordial d'évaluer spécifiquement l'impact de chaque protocole thérapeutique en fonction de son effet supposé à travers la diminution de la douleur et/ou des symptômes traumatiques. Trois échelles ont alors été sélectionnées afin de répondre à nos objectifs de recherche, ainsi qu'en fonction de leurs critères de validité scientifique.

L'échelle Post-Traumatic CheckList Scale (PCL-S) (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993 ; validation française : Yao, Cottraux, Note, De mey-Guillard, Mollard, & Ventureyra, 2003) permet d'évaluer la sévérité des symptômes d'ESPT. Elle est composée de 17 items, 5 évaluant la fréquence des symptômes d'intrusion, 7 portant sur les symptômes d'évitement et 5 sur l'hyperactivité neurovégétative. Les 17 items sont cotés de 1 (pas du tout) à 5 (très souvent). Le score de 44 ou plus constitue pour les auteurs un indicateur clinique significatif de traumatisme.

L'échelle Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBPI) (Williams & Thorn, 1989 ; validation française : Dany, Roussel, Carayon, Blois, & Apostolidis, 2009) permet d'évaluer les croyances et les perceptions liées à la douleur. Elle est composée de 16 items, évaluant 4 dimensions :

- la dimension « mystère » (4 items) reflétant le caractère mystérieux de la douleur et le fait qu'il s'agisse d'une expérience difficilement compréhensible ;
- la dimension « pérennité » (5 items) qui rend compte de l'aspect temporel de l'expérience douloureuse en terme de développement à long terme et de chronicité ;
- la dimension « constance » (4 items) qui reflète aussi bien l'aspect temporel dans un versant intermittent/continuité ;
- la dimension « culpabilité » (3 items) qui reflète le sentiment de responsabilité face à la douleur.

Nous avons également évalué le ressenti douloureux grâce à l'échelle visuelle analogique (EVA), mesurant la douleur ressentie par le patient sur une échelle de 0 à 10.

Des mesures ont été effectuées à l'entrée en hospitalisation (t0), après les 5 sessions de thérapie (t1) en sortie d'hospitalisation, et en suivi post-hospitalisation un mois après la sortie (t2), en suivant le protocole de l'étude (Tableau 2).

3. Résultats

En ce qui concerne le score global obtenu à la Posttraumatic stress disorder Check List Scale (PCLS), nous pouvons observer un effet significatif de la phase d'évaluation ($p < ,001$), de l'interaction des deux variables ($p < ,001$), mais pas du type de groupe (ns).

Les comparaisons deux à deux entre les phases pour les patients pris en charge avec la thérapie EMDR standard montrent une réduction significative du score entre le pré-test et les deux phases de post-test après 5 séances ($p < ,001$) et un mois après ($p < ,001$). Une différence existe également si l'on compare les résultats obtenus après les 5 séances et un mois après ($p < ,001$).

Pour le groupe EMDR douleur, nous observons également une réduction significative du score global entre le pré-test et les deux phases de post-test, après 5 séances ($p < ,05$) et un mois après ($p < ,001$). Une différence existe aussi entre les résultats obtenus après les 5 séances et un mois après ($p < ,01$).

Par contre, pour le groupe témoin, nous pouvons observer une augmentation du score global entre le pré-test et après 5 séances ($p < ,05$) et un mois après ($p < ,05$). Aucune différence n'existe cependant entre les résultats obtenus après les 5 séances et un mois après (ns).

Tableau 2

Moyenne et écart-type des scores à l'échelle PCLS en pré-test, post-test et suivi ($n = 45$).

	Pré-test	Post-test	Suivi à un mois
	Moyenne (E-Type)	Moyenne (E-Type)	Moyenne (E-Type)
<i>PCLS global^d</i>			
Groupe témoin	37,53 ^a ₁ (12,82)	44,40 ^b (12,77)	42,93 ^b (13,39)
Groupe EMDR standard	64,87 ^a ₂ (13,95)	48,27 ^b (15,89)	32,87 ^c (16,06)
Groupe EMDR douleur	46,53 ^a ₁ (15,15)	41,40 ^b (14,95)	36,93 ^b (11,19)
<i>PCLS répétition</i>			
Groupe témoin	10,20 ^a ₁ (3,59)	12,27 ^b (4,26)	12,20 ^b (4,37)
Groupe EMDR Standard	19,00 ^a ₂ (3,60)	13,13 ^b (4,56)	9,07 ^c (4,38)
Groupe EMDR douleur	11,73 ^a ₁ (5,18)	10,00 ^b (5,18)	8,87 ^c (4,51)
<i>PCLS évitement</i>			
Groupe témoin	15,20 ^a ₁ (5,77)	17,47 ^b (5,26)	16,87 (5,51)
Groupe EMDR standard	24,93 ^a ₂ (7,13)	18,60 ^b (6,83)	12,27 ^c (6,10)
Groupe EMDR douleur	17,93 ^a ₁ (6,27)	16,20 (5,80)	15,07 ^b (4,30)
<i>PCLS hyperactivité</i>			
Groupe témoin	12,13 ^a ₁ (4,50)	14,67 ^b (4,60)	13,87 ^a (4,62)
Groupe EMDR standard	20,93 ^a ₂ (4,57)	16,53 ^b (5,96)	11,53 ^c (6,19)
Groupe EMDR douleur	16,87 ^a ₃ (5,64)	15,20 ^b (6,16)	13,00 ^c (5,04)

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; les moyennes accompagnées de lettres différentes en ligne différent significativement au seuil $p < ,05$ pour l'Anova. Les moyennes accompagnées de chiffres différents en colonne différent significativement au seuil $p < ,05$ pour l'Anova.

^d α de Cronbach = ,950.

En ce qui concerne le score global obtenu à la PBPI, nous pouvons observer un effet significatif de phase d'évaluation ($p < ,001$), du type de groupe ($p < ,001$), et de l'interaction entre ces deux variables ($p < ,01$).

Les comparaisons deux à deux entre les phases pour les patients pris en charge avec la thérapie EMDR standard montrent entre le pré-test et les deux phases de post-test aucune différence après 5 séances (ns) mais une réduction significative du score un mois après ($p < ,001$). Une différence existe également si l'on compare les résultats obtenus après les 5 séances et un mois après ($p < ,001$).

Pour le groupe EMDR douleur, nous n'observons également aucune réduction significative du score global entre le pré-test et les deux phases de post-test, après 5 séances (ns) mais un mois après ($p < ,01$). Une différence existe aussi entre les résultats obtenus après les 5 séances et un mois après ($p < ,05$).

De même, pour le groupe témoin, nous n'observons aucune diminution du score global entre le pré-test et après 5 séances (ns) mais un mois après ($p < ,01$). Aucune différence n'existe entre les résultats obtenus après les 5 séances et un mois après (ns) (Tableau 3).

En ce qui concerne le score global de l'EVA, nous pouvons observer un effet significatif de phase d'évaluation ($p < ,001$), du type de groupe ($p < ,05$) et de l'interaction entre ces deux variables ($p < ,01$).

Les comparaisons deux à deux entre les phases pour les patients pris en charge avec la thérapie EMDR standard ne montrent aucune réduction significative entre le pré-test et les deux phases de post-test après 5 séances (ns) mais un mois après ($p < ,001$). Une différence existe également si l'on compare les résultats obtenus après les 5 séances et un mois après ($p < ,001$).

Tableau 3

Moyenne et écart-type des scores à l'échelle PBPI en pré-test, post-test et suivi ($n = 45$).

	Pré-Test	Post-Test	Suivi à un mois
	Moyenne (E-Type)	Moyenne (E-Type)	Moyenne (E-Type)
<i>PBPI global^c</i>			
Groupe témoin	57,20 ^a ₁ (4,19)	51,60 (7,51)	50,40 ^b ₁ (6,36)
Groupe EMDR standard	51,40 ^a ₂ (6,71)	43,53 ^a (5,30)	34,47 ^b ₂ (8,62)
Groupe EMDR douleur	48,73 ^a ₂ (8,22)	44,60 ^a (10,26)	40,73 ^b ₂ (8,45)
<i>PBPI « mystère »</i>			
Groupe témoin	19,20 (3,42)	17,931 (4,52)	16,201 (3,70)
Groupe EMDR standard	16,93 (4,68)	13,072 (3,80)	10,472 (4,08)
Groupe EMDR douleur	15,93 (4,71)	13,272 (3,67)	12,802 (3,78)
<i>PBPI « constance »</i>			
Groupe témoin	16,20 ^a (2,33)	14,73 (2,18)	14,40 ^b ₁ (2,13)
Groupe EMDR standard	15,13 ^a (1,72)	12,20 ^a (2,54)	9,27 ^b ₂ (2,93)
Groupe EMDR douleur	15,20 ^a (3,18)	13,00 ^a (3,66)	11,00 ^b ₂ (2,80)
<i>PBPI « pérennité »</i>			
Groupe témoin	13,73 (2,60)	11,87 ^a (2,64)	12,33 ^b (2,61)
Groupe EMDR standard	12,07 (4,06)	11,93 ^a (2,40)	9,53 ^b (3,31)
Groupe EMDR douleur	11,73 (3,57)	12,20 (4,58)	10,47 (4,22)
<i>PBPI « culpabilité »</i>			
Groupe témoin	8,07 (2,40)	7,07 (2,37)	7,47 ¹ (2,10)
Groupe EMDR standard	7,27 ^a (3,10)	6,33 (2,92)	5,20 ^b ₂ (1,74)
Groupe EMDR douleur	5,87 (2,97)	6,13 (1,99)	6,47 (2,13)

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; les moyennes accompagnées de lettres différentes en ligne diffèrent significativement au seuil $p < ,05$ pour l'Anova. Les moyennes accompagnées de chiffres différents en colonne diffèrent significativement au seuil $p < ,05$ pour l'Anova.

^c α de Cronbach = ,839.

Tableau 4

Moyenne et écart-type des scores à l'échelle EVA en pré-test, post-test et suivi ($n = 45$).

	Pré-test	Post-test	Suivi à un mois
	Moyenne (E-Type)	Moyenne (E-Type)	Moyenne (E-Type)
<i>EVA global</i>			
Groupe témoin	7,53 ^a (1,12)	4,80 (1,89)	5,33 ^b ₁ (1,98)
Groupe EMDR Standard	6,60 ^a (2,58)	4,13 ^a (2,72)	1,87 ^b ₂ (1,72)
Groupe EMDR Douleur	7,93 ^a (1,38)	3,80 (1,52)	3,33 ^b ₃ (1,58)

Les moyennes accompagnées de lettres différentes en ligne diffèrent significativement au seuil $p < ,05$ pour l'Anova. Les moyennes accompagnées de chiffres différents en colonne diffèrent significativement au seuil $p < ,05$ pour l'Anova.

Pour le groupe EMDR douleur et le groupe témoin, nous n'observons également aucune réduction significative du score global entre le pré-test et les deux phases de post-test, après 5 séances (ns) mais un mois après (respectivement $p < ,001$; $p < ,01$). Aucune différence n'existe entre les résultats obtenus après les 5 séances et un mois après (ns) (Tableau 4).

4. Discussion

La part traumatique de la douleur a été mesurée grâce au questionnaire PCLS (Yao et al., 2003), spécifique à la mesure des symptômes d'ESPT. Son utilisation n'est donc pas spécifique à

la douleur mais nous permet d'aborder les événements de vie marquant de nos patients. À l'entrée en hospitalisation, les scores de symptômes traumatiques sont significativement différents d'un groupe à l'autre. Malgré la randomisation aléatoire, le groupe EMDR standard obtient la moyenne la plus élevée ($m = 64,87$), dénotant un signe clinique significatif de traumatisme, significativement plus important que le groupe EMDR douleur ou le groupe témoin. Ces groupes EMDR douleur et témoin ne sont, quant à eux pas significativement différents. Néanmoins, les scores globaux à l'entrée, de ces trois groupes, nous interpellent. Les auteurs définissent qu'un score de 44 ou plus constitue un indicateur clinique de traumatisme. Dans ce sens, notre groupe EMDR standard ($m = 64,87$) et notre groupe EMDR douleur ($m = 46,53$) seraient cliniquement «traumatisés», suivi de près par notre groupe témoin ($m = 37,53$). Bien que ces résultats corroborent les données épidémiologiques mettant en lien la pathologie douloureuse et l'ESPT, ces résultats restent élevés.

À la sortie d'hospitalisation, après les 5 séances de thérapie, les scores à l'échelle PCLS ont significativement diminués pour les groupes EMDR standard et douleur, alors qu'ils ont significativement augmentés pour le groupe témoin. Nous n'observons alors plus de différence significative entre les trois groupes à la sortie. De ce fait, la prise en charge avec la thérapie EMDR standard apparaît comme la plus efficace des trois, ayant permis la plus grande diminution des symptômes.

Ces résultats se maintiennent lors de la consultation post-hospitalisation, un mois après la prise en charge thérapeutique. En effet, les scores globaux de la PCLS sont toujours significativement plus élevés qu'à l'entrée en hospitalisation pour le groupe témoin, tandis qu'ils ont continués à diminuer pour les groupes EMDR standard et EMDR douleur, le score EMDR standard obtenant alors le score le plus bas des trois groupes.

Ces résultats corroborent les données de la littérature sur la part importante d'ESPT chez les patients douloureux chroniques, où la moyenne globale de tous nos patients montre des symptômes traumatiques cliniquement identifiés comme dénotant la présence d'un ESPT. L'efficacité du protocole EMDR standard sur les symptômes de l'ESPT n'est en soi, pas étonnante. L'utilisation de la thérapie EMDR est largement reconnue dans le traitement du traumatisme.

Il semble que le phénomène de désensibilisation et de traitement de l'information propre aux mouvements oculaires ait des effets au-delà du symptôme douloureux. La métaphore du modèle du traitement adaptatif de l'information (Shapiro & Forrest, 1997) nous permet alors de comprendre ce phénomène. En effet, en agissant sur la face immergée de l'iceberg, sur ce symptôme écran qu'est la douleur, nous sommes à la sortie de la chaîne associative, qui va nous amener à remonter les événements de vie en lien avec cette douleur. En agissant sur ce dernier maillon de la chaîne, nous impulsions quelque chose à ce schéma cognitif, de l'ordre la modification et de la prise de conscience. Nous agissons alors en surface du problème, mais malgré tout sur une partie du problème.

La composante cognitive et émotionnelle de la douleur a été évaluée grâce à l'échelle PBPI (Dany et al., 2009), spécifiquement élaborée pour aborder les croyances et perceptions liées à la douleur. Encore une fois, à l'entrée en hospitalisation, les scores globaux diffèrent en fonction des différents groupes, mais avec cette fois des scores plus élevés dans le groupe témoin, comparativement aux groupes EMDR. À l'inverse de l'échelle PCLS, les perceptions et les croyances liées à la douleur sont donc plus négatives dans notre groupe témoin, qui avait les scores les plus bas de trauma. L'impact de la douleur apparaît alors comme plus prégnant dans ce groupe.

Néanmoins, à la sortie d'hospitalisation, donc après les 5 séances de prise en charge thérapeutique, nous n'observons plus de différence entre les trois groupes. Cette fois, les scores globaux ont diminués chez tous les patients, sans effet d'interaction significatif indiquant qu'un mode de prise en charge aurait été plus efficace qu'un autre.

Les résultats obtenus entre l'entrée en hospitalisation et le suivi à un mois, en consultation post-hospitalisation montrent des effets significatifs. En effet, l'écart entre (t0) et (t2) montre une diminution significative des scores globaux de la PBPI pour les trois groupes d'intervention, avec un effet d'interaction significatif.

Les scores de suivi nous indiquent alors que la diminution la plus importante est à imputer au groupe EMDR, qui diffère significativement du score du groupe témoin, sans que nous observions de différence entre les protocoles standard ou douleur.

La prise en charge avec la thérapie EMDR apparaît alors plus efficace que la prise en charge classique, sur le long terme, avec des effets différés un mois plus tard. Le protocole standard spécifiquement apparaît comme efficace uniquement sur la dimension « culpabilité ». Il est alors intéressant de noter que le score à l'échelle PBPI était le plus élevé chez le groupe témoin à l'entrée en hospitalisation, alors que c'était l'inverse pour l'échelle PCLS, comme si les symptômes traumatiques ressortaient davantage sous forme de plainte douloureuse que pour les autres patients. Pourtant, là encore, retravailler les cognitions et les perceptions liées à la douleur grâce à la thérapie EMDR apparaît comme plus efficace qu'une prise en charge classique.

À la lumière de nos résultats, il apparaît que la thérapie EMDR dénote son efficacité en 5 séances sur toutes les composantes de la douleur chronique, que ce soit la composante traumatique, cognitive, comportementale ou émotionnelle. Plus spécifiquement, le protocole standard EMDR apparaît comme plus efficace que le protocole douleur sur les différentes composantes de la douleur.

La douleur se présente comme un symptôme écran, comme un élément réactionnel faisant suite à un évènement traumatique. Elle ne masque pas pour autant tous les symptômes de l'ESPT, mais les relègue au second plan, ou les impute à une cause médicale. Tous les patients douloureux chroniques ne présentent pas pour autant tous les critères d'un ESPT et nous ne souhaitons pas faire de généralisation abusive. Néanmoins, derrière chaque douleur nous retrouvons des éléments de vie traumatiques, associés à des cognitions et des émotions négatives. Sans définir strictement un lien de cause à effet, l'imbrication est suffisamment importante pour qu'il nous paraisse impossible de prendre en charge la douleur, sans traiter également de ces différentes composantes et comorbidités.

L'intérêt clinique de l'usage de la thérapie EMDR avec les patients douloureux chronique permet de potentialiser les prises en charge psychologiques classiques. En effet, il est de rigueur face à cette pathologie, d'essayer de comprendre les déterminants qui ont permis l'apparition ainsi que l'installation de la douleur, pour pouvoir y remédier. Cependant, il apparaît comme très difficile d'essayer de trouver des déterminants environnementaux ou psychologiques, à une affection localisée dans le corps par les patients. Nous avons pu voir dans nos résultats que les boucliers défensifs se levaient de toute part quand un intervenant extérieur essayait d'établir ces liens. Pourtant ces liens sont faits par le patient lui-même lors des séances d'EMDR. En effet, les processus d'association libre permis et impulsés par les stimulations bilatérales alternées sont guidés par le patient, sans intervention du thérapeute. Le patient remonte des chaînes associatives où s'emmêlent ressenti physique, cognitions, émotions, et évènements de vie. Le patient reprend alors le contrôle sur sa pathologie, mais surtout, il y met un sens. Nous savons combien le manque de sens et l'impuissance sont des facteurs importants dans l'installation de symptômes traumatiques, et combien ils concourent aussi à l'installation de la douleur chronique.

Au vue des différents résultats, il nous paraît pertinent de privilégier l'utilisation de la thérapie EMDR avec le protocole standard dans le cadre de la pathologie douloureuse, afin d'obtenir une meilleure efficacité, en retraçant le fond du problème et non simplement le symptôme. Néanmoins, dans la clinique, cibler des évènements de vie, alors que le patient vient consulter pour

une douleur physique, n'est pas toujours chose aisée. L'utilisation du protocole EMDR douleur pourrait alors intervenir en ce sens, en commençant par intervenir sur une désensibilisation du symptôme douloureux, et en laissant les associations suivre leur cours, jusqu'à retrouver les souvenirs traumatiques qu'il faudra ensuite retraiter à l'aide d'un protocole standard. L'utilisation des différents protocoles est alors importante et doit se faire en fonction du niveau de progression et de compréhension du patient de sa pathologie et de son évolution au fur et à mesure des séances.

La combinaison des ces deux protocoles apparaît comme un élément clé d'une prise en charge efficace de la pathologie douloureuse chronique. Par ailleurs, l'efficacité de 5 séances de thérapie EMDR a été mise en avant, alors que [Mazzola et al. \(2009\)](#) faisaient état de 12 séances en protocole douleur. Pourtant, nous ne pensons pas que ces 5 séances soient en elles-mêmes suffisantes au traitement de la complexité de la pathologie douloureuse chronique. Dans l'idéal, et comme pour toute prise en charge psychothérapeutique, un suivi s'avère nécessaire. En effet, si les contraintes de la recherche nous amènent à réaliser des prises en charge similaires et encadrées par des protocoles précis, il ne faut pas faire l'impasse sur l'application clinique de ces recherches. La thérapie EMDR est un outil qui se doit d'être utilisé dans une prise en charge globale du patient. Ces séances ont d'ailleurs été réalisées dans le cadre d'une prise en charge hospitalière et pluridisciplinaire, qui sans aucun doute, a également participé à l'amélioration de la douleur chez tous nos patients.

5. Conclusion

À travers cette recherche, nous avons souhaité rendre compte de l'efficacité de la thérapie EMDR chez les patients douloureux chroniques, dont le degré de douleur et son retentissement sur la qualité de vie étaient suffisamment important pour nécessiter une hospitalisation. Ces patients, souvent enclins à un nomadisme médical important, arrivent dans cette unité comme un dernier recours, la dernière voie de traitement de leur douleur. En effet, ils ont parcouru les spécialistes, réalisé un nombre d'examen parfois dérisoire, pris des traitements innombrables, cherché des solutions dans toutes les thérapies alternatives possibles, pour quoi ? Pour comprendre. Pour trouver un sens à leur douleur. Mettre des mots sur leurs maux. Souvent, en vain.

Leur arrivée en unité hospitalière de prise en charge de la douleur chronique est porteuse d'espoir pour qu'on trouve la cause de leur douleur et qu'on puisse alors la guérir. « Cause » et « guérison », les maîtres mots du patient douloureux chronique qui souhaite toujours « redevenir comme avant ».

Malheureusement, le traitement magique n'existe pas. Aucun examen médical, aussi précis soit-il, ne nous permettra de dire « *c'est ici la cause de la douleur précisément, nous pouvons donc l'éliminer* ». Nous l'avons vu, la douleur chronique est un phénomène complexe dont la sensation douloureuse, le rapport au corps, n'est que la partie immergée de l'iceberg.

Dans nos prises en charge habituelles, lorsque nous commençons à aborder les autres composantes de la douleur chronique, les réactions sont quasi unanimes : « *ce n'est pas dans la tête, j'ai vraiment mal !* ». Commence alors un bras de fer du corps médical avec le patient pour l'ouvrir à une autre compréhension de sa pathologie, pour qu'ils comprennent et qu'ils entendent que sans travailler sur les cognitions, les comportements et les émotions, la douleur ne pourra disparaître. Une éducation thérapeutique est alors primordiale. Lorsque les patients accrochent, les résultats sont visibles mais loin d'être pérennes.

Souvent, les plaintes du corps cachent des histoires de vie difficiles qui sont soit inabordables dans le cadre hospitalier, soit déversées rapidement comme un trop plein. Dans tous les cas, il est souvent impossible pour les patients d'y réfléchir comme pouvant être en lien avec l'apparition ou

l'installation des douleurs. La distinction corps-esprit a été bien trop longtemps le maître mot de la médecine, engageant les patients à chercher une solution médicale à toutes les problématiques. Chez le patient douloureux chronique, cette distinction corps-esprit est aussi et surtout un rempart défensif bien installé.

La littérature nous montre que la part traumatique sous-jacente à la douleur est importante. En ce sens, la prise en charge thérapeutique de cette part traumatique montre des effets sur la pathologie douloureuse. En considérant alors la douleur comme un symptôme écran donnant à voir une douleur « physique » plutôt qu'une douleur « psychologique » – si vraiment la distinction doit être faite, ce dont nous doutons – la thérapie EMDR semble être une piste de travail intéressante.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Klatz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: Research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 903–907.
- Beck, J. G., & Clapp, J. (2011). A different kind of comorbidity: Understanding Posttraumatic stress disorder and chronic pain. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 3(2), 101–108.
- Castel, A., Cascon, R., Padrol, A., Sala, J., & Rull, M. (2012). Multicomponent Cognitive Behavior Group Therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long term outcome. *The Journal of Pain*, 13.
- Cottraux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Dany, L., Roussel, P., Carayon, S., Blois, S., & Apostolidis, T. (2009). French adaptation and validation of the pain beliefs and perceptions inventory (PBPI). *Pratiques Psychologiques*, 15, 387–404.
- Eccleston, C., Williams, A. C. D. C., & Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, 2.
- Gerrits, M. M. J. G., Volgelzangs, N., van Oppen, P., van Marwijk, H. W. J., van der Horst, H., & Penninx, B. W. J. H. (2012). Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders. *Pain*, 153, 429–436.
- Grant, M. (2009). *Change your brain, change your pain, based on EMDR*. Sydney, Australia. (Retrieved from www.overcomingpain.com)
- Grant, M., & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1505–1520.
- Jensen, M. P., Barber, J., Hanley, M. A., Engel, J. M., Romano, J. M., Cardenas, D. D., Kraft, G. H., Hoffman, A. J., & Patterson, D. R. (2008). Longterm outcome of hypnotic analgesia treatment for chronic pain in persons with disabilities. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 156–169.
- Lamm, C., Decety, J., & Singer, T. (2011). Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *NeuroImage*, 54(3), 2492–2502.
- Mazzola, A., Calcagno, M. L., Goicochea, M. T., Pueyrredon, H., Leston, J., & Salvat, F. (2009). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 66–79.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In *Force on taxonomy of the international association for the study of pain*. Seattle: IASP.
- Otis, J. D., Gregor, K., Hardway, C., Morrison, J., Scioli, E., & Sanderson, E. (2010). An examination of the co-morbidity between chronic pain and posttraumatic stress disorder on U.S. Veterans. *Psychological Services*, 7(3), 126–135.
- Shapiro, F., & Forrest, M. (1997). *EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basics books.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21, 857–877.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148, 120–127.

- Turner, J. A., Mancl, L., & Aaron, L. A. (2006). Short and long term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized controlled trial. *Pain, 121*, 181–194.
- Violon, A. (2011). Including hypnosis among psychotherapies for chronic pain. *Douleur et Analgésie, 24*, 28–37.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, J. A., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist: Reliability, validity and diagnostic utility*. San Antonio, TX: The 9th Annual Conference of the ISTSS.
- Williams, D. A., & Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain, 36*, 351–358.
- Yao, S. N., Cottraux, J., Note, I., De Mey-Guillard, C., Mollard, E., & Ventureyra, V. (2003). Évaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *L'Encéphale, 29*, 232–238.