

Contribution De La Psychotherapie Emdr (Eye Movement Desensitization And Reprocessing) A L'attenuation De Tspt (Trouble Du Stress Post-Traumatique) Aux Victimes De Violence. Étude De Cas.

The Contribution Of The Psychotherapy Emdr (Eye Movement Desensitization And Reprocessing) In Mitigating Ptsd (Post-Stress Traumatique Disorder) In Violence Victims. A Case Study.

مساهمة علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لضحايا العنف. دراسة حالة.

MEDJAHDI Oussama^{* 1} ; Pr. MOUTASSEM-MIMOUNI Badra²

Date :20/02/2019

Date d'acceptation : 30/06/2020 Date d'édition : 01/07/2020

ملخص: الهدف من هذه الدراسة هو اختبار فعالية علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين (EMDR - الأمدر) في علاج اضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقات اللاتي تعرضن للعنف الأسري أو العنف الزوجي، حيث تم استهداف العناصر الأساسية للاضطراب ما بعد الصدمة (إعادة إحياء الأحداث الصادمة، التجنب، الحالة السلبية للمزاج، اليقظة الزائدة)، وتم استخدام مقياس دافيدسون (Davidson) لقياس اضطراب ما بعد الصدمة في قياسين (قبلي وبعدي)، كما اعتمدنا أثناء الحصة العلاجية على مقياس الـ (SUD) للتأكد من مدى تلاشي الشعور بالاضطراب لدى حالات الدراسة. وبعد انتهاء العلاج خلصت الدراسة إلى أنه لم تعد الحالات تشخص باضطراب ما بعد الصدمة، وهذا يوضح أن العلاج بـ (الأمدر) يساهم في التخفيف من حدة اضطراب ما بعد الصدمة الناتج عن التعرض للعنف الأسري/الزوجي لدى الحالات الأربع. **الكلمات المفتاحية:** إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين، اضطراب ما بعد الصدمة، العنف الأسري/الزوجي، ضحايا العنف، المراهقة.

Abstract:

The aim of the study is to test the efficacy EMDR psychotherapy to treat post-traumatic stress disorder (PTSD) in female Adolescents who were victims of domestic or conjugal violence. We have targeted the criteria of PTSD (Revival, avoidance, persistent and negative alterations in cognitions and mood, hyper vigilance). Hence, the distribution of the Davidson scale regarding post-traumatic stress and its criteria was applied in two phases (pre-test, post-test). SUD has also been applied during the sessions and as we progressed in the treatment in order to evaluate the psychological distress during these sessions. As a result, we could confirm the progressive disappearance of TSPT disorder that we targeted in the four women chosen for the study for were victims of conjugal / domestic violence.

Keywords: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), post-traumatic stress disorder (TSPT), domestic/conjugal violence, victim of violence, female adolescent.

Résumer :

Le but de ce travail est de tester l'efficacité de la psychothérapie par EMDR dans le traitement du Trouble stress post-traumatique (TSPT) chez des adolescentes victimes de violence familiale ou de violence conjugale. Nous avons ciblé les critères de TSPT (Reviviscence, Evitement, Altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, Hyper vigilance). Ainsi, la passation de l'échelle de Davidson, dans la mesure du trouble de stress post-traumatique et ses critères, a été appliquée dans deux phases (pré-test/ post-test). Et on a également utilisée l'échelle (SUD) au fur et à mesure des séances pour évaluer le niveau de détresse psychologique au cours de ces séances. Nous avons pu confirmer la disparation progressive des troubles de TSPT que nous avons ciblés chez les quatre femmes prises en charge et qui ont subi des violences familiale / conjugale.

Mots clés : Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Trouble du stress post-traumatique (TSPT), Violence familiale/conjugale, Victime de violence, Adolescente.

* Auteur correspondant

¹ University of Mohamed Ben Ahmed Oran2, Labo-PECS: Algeria, medjahdi.oussama@univ-oran2.dz,

²University of Mohamed Ben Ahmed Oran2, Labo-PECS: Algeria, mimbadri2013@gmail.com,

INTRODUCTION: Aujourd'hui, la violence conjugale et familiale est reconnue comme un véritable fléau social. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on estime qu'entre 16 et 52 % des femmes à travers le monde ont déjà été agressées par leur conjoint ou petit ami (Tarquinio & al, 2012, p 98). L'enquête nationale réalisée en 2006 par une équipe du CRASC (Moutassem-Mimouni s/dir. 2009) a montré des taux élevés de violences contre les femmes par le conjoint petit ami/fiancé, mais aussi par les membres de la famille (père, mère, fratrie et proches). En 2017, il y a eu en Algérie 7586 cas de violence envers les femmes et « **7061 cas lors des neuf premiers mois de l'année 2018** », a annoncé la représentante de la direction Générale de la sûreté Nationale (DGSN), lors du Forum de la Sûreté nationale à l'occasion de la célébration de la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes (25 novembre 2018). Ces agressions provoquent des traumatismes physiques et psychiques qui risquent de laisser des traces pouvant perturber la santé et le bien-être des personnes violentées.

Sur le plan méthodologique, après la clarification des notions de traumatisme et d'EMDR¹, notre objectif est d'appliquer l'EMDR* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), ou méthode des Mouvements Oculaires de Désensibilisation et de Retraitement (Shapiro, 2002, p 40) à des personnes souffrant de TSPT suite à ce type de violences et d'en tester l'efficacité.

1- Concepts et notions : PTSD et EMDR

1-1 Approche historique de la notion de traumatismes

Notre réflexion s'inscrit en droite ligne des travaux portant sur le TSPT (troubles du stress post-traumatique, pour les francophones) ou PTSD (post-traumatique stress disorder) dans les travaux anglo-saxons.

L'histoire des réflexions sur le psycho-trauma ne date pas d'hier, la notion de traumatisme est issue de la chirurgie et existe depuis toujours, mais le traumatisme psychologique n'acquiert de statut nosologique qu'en 1884 sous le nom de « névrose traumatique » (Oppenheim 1888, cité par Lefebvre, 1980, pp 292-332)

Selon P. Lefebvre (1980) ce sont les guerres qui vont permettre d'observer les troubles traumatiques de façon expérimentale, ainsi durant la première guerre mondiale bon nombre de psychiatres ont rapporté des faits très précis des symptômes manifestés par les soldats mais aussi par les populations : stupeur, confusion mentale, mutismes, troubles psychosomatiques, etc. Ces études cliniques vont permettre de dégager la notion de névrose de guerre et de pathologie psychosomatique. Est également apparue la notion de « prédisposition » qui va mener au développement des techniques de sélection dans l'armée*. (Lefebvre, P., 1980, p 332)

Très tôt, S. Freud, dans les « Etudes sur l'hystérie » (1898), aborde la question du traumatisme à l'origine de cette pathologie, ensuite dans « Au-delà du principe de plaisir » (1920), il analyse les effets de l'événement traumatique sur le psychisme. Le trouble est ramené à la rupture du « pare-excitation », sorte de « membrane » isolant le psychisme des

¹ Il faut rappeler qu'en Algérie, depuis 2002, de nombreuses formations en EMDR ont été organisées par l'équipe de l'Institut Français d'EMDR. L'EMDR est actuellement utilisée dans la prise en charge d'une grande variété de désordres psychologiques, et tout particulièrement dans le trouble de stress post-traumatique, ou PTSD (Post-traumatique Stress Disorder).

* L'auteur a suivi une formation en EMDR,

* Ces études ont donné naissance à la sélection des soldats avant leur affectation sur le front ou dans les arrières du front.

chocs externes ou internes et préservant leur élaboration et leur mentalisation dirait Marty (1991). L'état traumatique survient quand les mécanismes de défenses sont débordés, et Freud constate les symptômes principaux de la névrose traumatique dont : *la compulsion de répétition* qui est une tentative avortée pour maîtriser l'intrusion de l'événement stressant. Comme si le psychisme, ne pouvant élaborer « digérer » pourrait-on dire l'événement traumatique, va bloquer comme un disque rayé qui empêche l'énergie de circuler librement.

Par la suite tous les travaux sur les victimes de traumatismes (Barois, Moutassem-Mimouni, 2018) relèvent cette compulsion qui va répéter les sensations et émotions vécues lors de l'événement traumatique et empêcher la poursuite de la vie ordinaire en suscitant de nombreux symptômes : troubles du sommeil, de l'alimentation, du temps, de la pensée et de la socialité, les troubles psychosomatiques, l'irritabilité et l'isolement.

La deuxième guerre mondiale va constituer une deuxième étape dans l'évolution des réflexions sur les effets de la guerre, les mêmes syndromes psychiatriques sont rapportés par les observateurs, on note deux types de troubles :

- aigus se déclenchant immédiatement après l'événement
- différés et qui sont les accidents psychosomatiques, les troubles psychotiques et les névroses de guerre.

Depuis les années cinquante du vingtième siècle, de nombreuses guerres en particulier celles de décolonisation (Indochine, Algérie, Vietnam, israélo-palestinienne, etc.) constituent la troisième période où les troubles liés à la guerre sont indéniables et sont de plus en plus étudiés, répertoriés.

En fait ces manifestations pathologiques se retrouvent dans d'autres situations similaires où les personnes sont soumises à de très fortes pressions qu'elles ont du mal à gérer ; ainsi les populations touchées par d'autres formes de catastrophes naturelles (inondations, tremblements de terre, ouragans etc.) ou humaines (guerres, déportations, attentats terroristes, etc.)

Tous ces travaux vont permettre de préciser les notions, de décrire la symptomatologie de façon précise et surtout de déterminer des modes d'interventions rapides de manière à réduire l'impact des événements traumatiques de toutes sortes. La notion de « débriefing » qui est une intervention rapide auprès des populations touchées vise à réduire l'impact du stress subi en faisant parler les personnes sur l'événement, leur vécu, leurs sentiments. Ces réunions permettent une forme de catharsis qui les aide à verbaliser, nommer, exprimer plutôt que subir dans la solitude. On s'est également rendu compte que les intervenants qui sont face à une telle détresse (B. Amirouche, 2010) vont être contaminés d'une certaine manière et nécessitent eux aussi des débriefings.

L'effroi noté par Freud et souligné par Barois est l'expression d'un dépassement des limites de l'individu, du pare-excitation comme dit Freud. La difficulté à penser l'événement, à comprendre et digérer l'événement crée un état de stress violent et répétitif au sens de Seleye (1925), qui met d'abord l'accent sur le stress physique (bruits, pollution, etc.). Plus tard seront admis des facteurs psychologiques (Seleye, 1970). Ce stress a une répercussion physiologique entraînant une réaction en chaîne où l'organisme tente de faire face ou de fuir. Le système nerveux sympathique va activer les hormones nécessaires au combat, et le parasympathique va rétablir l'équilibre de l'organisme. Le stress chronique ne laisse pas le temps à l'organisme de retrouver l'homéostasie si chère à S. Freud. Des hormones du stress, en particulier le

cortisol, va s'accumuler et attaquer progressivement le système immunitaire, les cellules nerveuses et osseuses et perturber le fonctionnement du cerveau frontal (Rajita Sinha, 2012).

Dès sa création en 1952 le DSM 1 présente le PTSD et donne, dans la lignés des prédécesseurs (Freud, Ferenczi, des psychiatres de guerre, etc.), le principal symptôme « la compulsion de répétition » et ses effets sur la santé physique et psychologique. Le DSM 5 (paru en 2013 et traduit en français en 2015) classe le TSPT dans les « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » causant un ensemble de symptômes suite à « l'exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles effectives ou potentielles... ». Toujours selon les critères diagnostiques du DSM-5, ces symptômes sont de quatre types: La reviviscence, l'évitement, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, l'hyper-vigilance. Le diagnostic de Trouble stress post-traumatique ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s) durant six mois successifs (DSM 5, 2013, pp 350-355). L'action de notre travail portera justement sur ces symptômes.

1-2 Brève présentation de l'EMDR

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est un type d'intervention à visée psychothérapeutique mise au point par Francine Shapiro à partir de 1987. Cette méthode recueille de plus en plus de suffrage et a fait l'objet d'application dans différents pays et sur des populations diverses. A titre d'exemple, on peut citer deux études en Algérie qui ont obtenu des résultats satisfaisants avec les cas étudiés. L'étude de Nadji. Y. (2015) à Biskra/Algérie, sur l'effet de l'EMDR sur les troubles en lien avec des traumatismes psychologiques, l'a appliquée à deux personnes : un homme et une femme et a démontré l'efficacité de l'EMDR dans ces troubles.

-Une autre étude de Chakali (2006) Blida/Algérie (citée par –Ateeq, 2013), sur «l'EMDR et les victimes de la violence et des traumatismes en Algérie » dans le cadre d'une conférence scientifique internationale à Paris, et réalisée au niveau de la cellule de traumatisme, montre les effets bénéfiques de l'EMDR appliquée à un échantillon de 25 cas, âgés de 30 à 60 ans, répartis entre 14 hommes et 11 femmes de diverses professions, qui ont souffert de différents traumatismes, durant la période de 1993 à 2005 (appelée décennie noire en Algérie où le terrorisme avait atteint des sommets dans la barbarie). Les séances de traitement étaient de 2 à 5 séances et ont montré l'efficacité de la technique (Ateeq N, 2013).

Des recherches dans d'autres pays ont également montré cette efficacité, ainsi :

- L'étude de Brennstuhl & Bassan (2015) sur des enfants impactés par les attentats de Paris. L'étude expose brièvement les modalités organisationnelles de ce type de prise en charge, mais fait surtout état des techniques et modalités cliniques de la prise en charge d'urgence. L'étude a été appliquée à des enfants de 10 à 13ans. « *Le caractère intégratif de ce protocole d'urgence en EMDR est également une approche innovante qui nous permet de potentialiser les bénéfices et résultats positifs de plusieurs approches pour obtenir une prise en charge claire, abordable par le plus grand nombre, efficace et qui amène des perspectives intéressantes dans la prise en charge précoce en groupe de victimes* » nous disent les auteurs.(Brennstuhl & Bassan, 2015, pp 118-119).

- L'étude de Tarquinio & autres (2012) visait à déterminer l'efficacité de l'EMDR dans la réduction de TSPT, tels que l'anxiété et la dépression en comparant trois groupes : 12 cas traités par EMDR, 12 par une thérapie intégrative et 12 autres constituaient l'échantillon

témoin. Les résultats ont montré que les femmes qui ont reçu EMDR ont montré une diminution de TSPT et en particulier de l'anxiété par rapport à la psychothérapie intégrative. Les deux approches de traitement ont montré une diminution de la dépression et de l'anxiété après le traitement par rapport à l'échantillon témoin (Tarquinio & autres, 2012, pp 205-212)

- L'étude de Carletto & autres (2016) a impliqué 42 personnes atteintes de TSPT, dont 20 ont été traitées par l'EMDR et 22 ont été traitées par la relaxation. Les tests appliqués avant et après le traitement montrent que la plupart des cas étaient capables de surmonter le TSPT après 10 séances de traitement. L'EMDR a montré une grande efficacité par rapport à la relaxation pour réduire la souffrance de TSPT (Carletto & autres, 2016)

- L'étude de Jarero. (2018) a appliqué le protocole EMDR intégratif de traitement de groupe à des patients atteints de cancer. Les auteurs ont constaté une diminution significative des symptômes d'TSPT liés au diagnostic et au traitement de différents types de cancer chez des femmes adultes.

Commentaire général sur les recherches similaires :

Ces études ont permis de donner consistance et place à la thérapie EMDR dans différents troubles en lien avec des traumatismes quelle que soit leur origine. Les résultats des études internationales et nationales (en Algérie) confirment que cette technique est efficace dans le traitement de TSPT. À notre connaissance, les recherches nationales sont rares et nécessitent un approfondissement auprès de plus de personnes souffrant de TSPT, ce constat nous a amenés à élaborer notre étude pour mieux approfondir les recherches concernant l'efficacité de la thérapie EMDR en Algérie et d'apporter notre contribution à la connaissance et à la prise en charge par EMDR d'adolescentes souffrant de TSPT suite à des violences familiales.

2- Procédures méthodologiques

Cette thérapie est notamment utilisée dans le traitement de Troubles du 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* » (Shapiro.F, 2001, p 12)

Nous nous appuyons sur la revue de l'EMDR qui explique les fondements de cette technique qui « *mobilise un processus naturel de guérison psychique analogue à ceux qui, par exemple, permettent la cicatrisation de l'organisme après une blessure. Et remet en route des processus bloqués, émotions et représentations se séparent* » ce qui fait que la personne ne souffre plus quand elle repense à l'événement traumatisant. L'EMDR n'efface pas le passé, mais ce dernier « *ne fait plus mal. L'estime de soi remonte* ».

Comme nous l'avons vu plus haut dans les études similaires, cette thérapie est efficace dans le traitement des symptomatologies anxieuses, phobique ou dépressives qui sont considérablement réduites.

2-1 Etapes d'application de l'EMDR

La pratique d'une thérapie EMDR se base sur un Protocol en huit phases, dont voici un résumé (à partir de Wikipédia)

1. Histoire du patient et planification : La première phase de la thérapie consiste à établir une alliance thérapeutique, de s'assurer que l'EMDR est un traitement adapté au patient et d'évaluer la capacité de la personne à faire face aux souvenirs de l'événement traumatique qui seront ravivés pendant la thérapie.

Le thérapeute formule et prépare alors avec le patient un plan de traitement.

2. Préparation: Le thérapeute doit ensuite préparer son patient à l'EMDR en lui expliquant le déroulement des séances. Apprendre au patient quelques techniques de relaxation pour maîtriser et lui permettre de contrôler les émotions succédant à une expérience désagréable.

3. Évaluation : détermine 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 (VOC). Il associe également l'image anxiogène et l'idée négative et évalue l'ampleur de sa détresse sur une échelle numérique (SUD). Cette détresse émotionnelle se traduit par un malaise physique qu'il est invité à localiser sur son corps* ».

4. Désensibilisation : Le patient continue à penser à l'image traumatisante et à l'idée négative alors que le thérapeute lui demande de suivre avec les yeux un point lumineux qu'il déplace dans l'espace. 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 durant l'exercice 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 (00) sur l'échelle (SUD). On n'utilise des interventions supplémentaires qu'en cas de blocage manifeste du retraitement.

5. Installation : Installation de 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'expérience ciblée en début de séance. Les mouvements oculaires continuent jusqu'à ce que le patient évalue la validité de la cognition positive (VOC) 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. Scanner corporel : 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) corporelles qui subsisteraient et d'aider à les dissiper toujours à l'aide de séries de mouvements oculaires.

7. Clôture : A 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 achevé ou non. Il prépare également son patient à réagir correctement au cas où le souvenir de l'expérience traumatisante surgirait à la maison. Et utiliser les techniques enseignées en phase 2 au besoin.

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 (Tarquinio, 2017, 77-78)

Nous avons traduit les items du protocole EMDR en langue Arabe (langue que les patients parlent et comprennent), ce qui nous a permis de bien comprendre les vécus des patientes au cours des séances thérapeutiques. (مجاهدي ومعتصم-ميموني، 2018، ص ص 209-219)

La violence est un acte brutal, qui s'exerce contre des personnes en état de faiblesse comme les violences contre les enfants, les femmes (Moutassem-Mimouni et al. 2009) et les personnes en état de dépendance ou d'infériorisation (prisonniers, etc.). Depuis toujours les effets négatifs de la violence sont reconnus que cette violence soit physique, psychique ou sociale.

La violence a inévitablement des conséquences préjudiciables pour la santé physique et surement psychologiques (Melville, J. D., & McDowell, J. D, 2018, pp 120-140).

La violence conjugale et familiale est la plus courante et se définit comme «un processus au cours duquel une personne exerce à l'encontre de son (sa) partenaire, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée, des comportements agressifs et destructeurs» (Baccino 2014, pp 51-60).

Quant à la violence familiale, elle constitue une forme particulière de violence personnelle, que Welzer Lang (1992) décrit de la façon suivante : «la violence domestique, c'est se croire autorisé à utiliser sa force pour imposer ses désirs et sa volonté... La violence domestique est, la plupart du temps, la forme individualisée que prend dans chaque maison la domination collective des hommes sur les femmes ou des adultes sur les enfants». Si la violence conjugale est essentiellement le fait des hommes contre leur épouse, fiancée, ou petite amie, les violences familiales sont exercées par tous les membres masculins ou féminins, comme l'a montré l'enquête nationale faite par le CRASC (Moutassem-Mimouni et al, 2009). Les violences sont exercées autant contre les filles que contre les garçons.

2-2 Hypothèses de recherche:

Durant notre pratique et nos stages, nous avons constaté que de nombreux adolescents et adolescentes viennent consulter pour des troubles en lien avec des violences subies. Ces adolescents sont en pleine croissance et ces troubles perturbent leur adaptation et leur bien-être et celui de leur entourage. A cet âge, toute intervention sera bénéfique et améliorera leur qualité de vie. La thérapie EMDR a été choisie pour la relative facilité de son application (nous avons suivi une formation à l'EMDR) et en particulier pour la rapidité de ses effets sur la plupart des patients qui en ont bénéficiés.

La plupart des chercheurs et praticiens s'accordent à dire que les patients souffrants du traumatisme ont besoin d'une prise en charge multidisciplinaire et les recherches citées plus haut montrent l'efficacité de la méthode de traitement par l'EMDR.

A travers cette recherche, nous voulons clarifier l'efficacité de cette méthode en traitant la question de recherche suivante :

* Dans quelle mesure l'EMDR contribue-t-elle au traitement de TSPT et comment y contribue-t-elle ?

1- Existe-t-il des différences dans l'échelle de (SUD) entre la phase pré-test et la phase post-test du traitement ?

2- Existe-t-il des différences entre la phase pré-test et la phase post-test, avant et après l'application de l'EMDR dans les scores des symptômes de TSPT (Reviviscence, Evitement, Altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, Hyper vigilance) ?

2-3 Démarche et outils méthodologiques : Pour répondre à ces questions, nous avons suivi la démarche suivante :

- La population de l'étude est constituée d'un groupe de 04 adolescentes, âgées entre 15 et 19ans, qui ont subi une violence conjugale ou familiale, souffrant du Trouble de stress post-traumatique et répondant aux critères suivants:

- Elles ont subi un traumatisme suite à des actes de violence(s).
- Elles ont accepté de venir pour le suivi durant les six mois ou plus suivant l'importance des effets des actes de violence.
- Elles ont accepté l'inclusion des résultats dans la recherche tout en respectant leur anonymat.
- Elles résident en Algérie et n'ont pas besoin d'interprète pour parler et comprendre la langue arabe.
- Pour le diagnostic préliminaire (d'inclusion), elles doivent répondre aux critères du DSM-V concernant le TSPT.
- L'exposition à la violence est arrêtée soit par : la justice, la séparation ou la protection de la famille.
- Ne souffrent pas de troubles mentaux.
- Ne consomment pas de drogues, psychotropes 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...).

Le tableau suivant présente les principales caractéristiques des cas suivis :

Tableau -1- **Caractéristiques des participantes et déroulement du traitement.**

Variables	Description			
Noms*	Fatiha	Khaoula	Nadia	Karima
Âge (en années)	16	16	18	19
Domicile	Tlemcen	Tlemcen	Tlemcen	Tlemcen
Catégorie socioprofessionnelle	Etudiante	Sans emploi	Etudiante	Secrétaire
Niveau d'étude	Secondaire	B.E.F	B.A.C	B.A.C
Statut marital	non marié	Séparée	non mariée	Divorcée
Genre de violences subies	V. Familiale	V.conjugale	V. Familiale	V.conjugale
Agresseur	Frère	Conjoint	Père	Conjoint
Type de violence	Violence physique, psychologique et verbale			
Localisation physique	Cicatrices « dos, bras, jambes, visage »	Cicatrices « bras, visage »	Cicatrices « dos, bras, jambes, visage »	Cicatrices« bras, poignets, dos, jambes, visage» ...
Nombre de cibles à traiter	2	2	3	2
Durée des séances	Entre 40 et 60 minutes			
Nombre de séances d'EMDR	4	5	7	6
Prise de traitement chimique psychiatrique	Non	Non	Non	Non

* Il s'agit bien sûr de prénoms fictifs pour respecter l'anonymat

2-4 Limites spatiales outils de l'étude :

Nous utilisons l'approche clinique à travers l'entretien, l'observation et l'application de la thérapie EMDR basée sur le courant éclectique et intégratif.

Après l'achèvement de la formation de l'EMDR par des experts de l'association internationale de l'EMDR « EMDR-IA » nous avons commencé à appliquer la technique à divers cas et nous avons obtenu des résultats positifs. Par la suite, nous avons trouvé ces jeunes femmes souffrant de troubles suite à des violences conjugales ou familiales. Les quatre ont subi des violences physiques et verbales, mais c'est Karima qui a en plus subi des violences psychologique, agression par un groupe. Après le diagnostic de TSPT, nous avons décidé de leur appliquer la thérapie EMDR.

Les patientes sont orientées par des médecins psychiatres ou autres psychologues vers le service psychiatrie et psychologie ou vers le cabinet privé pour une psychothérapie EMDR car « elles souffrent d'un psycho-trauma ». Nous avons fait un premier entretien pour leur expliquer les grandes lignes de la thérapie, l'importance du secret professionnel et l'anonymat et pour obtenir leur consentement à participer à 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 violences conjugales/familiales.

Le premier entretien et la réalisation de l'anamnèse ont permis aux patientes d'établir avec le psychothérapeute-chercheur un lien de confiance suffisamment structurant et encadrant. Pour être sûrs qu'elles répondaient aux critères de l'étude, nous leur avons passé le test de Davidson pour déterminer la présence des symptômes de l'TSPT (version arabe) (première passation). Cette même évaluation est ensuite répétée après cinq séances d'environ 60 minutes chacune (2^{ème} passation de test).

Une autre évaluation a été faite à l'aide de l'échelle SUD pour mesurer l'intensité de la souffrance vécue par les patientes. Cette passation de l'échelle SUD sera répétée tout au long des séances : au fur et à mesure que l'intensité de la sensibilité à l'événement réduit, pouvant aller de dix à zéro quand le traitement a réussi.

Brève présentation des outils d'évaluation :

- **l'échelle de Davidson** : permet l'évaluation de TSPT, (version arabe) avant et après la prise en charge. L'échelle Davidson est un outil conçu par Jonathan R.T Davidson et ses assistants en 1997 dans l'édition anglaise originale de l'échelle de traumatologie Davidson, basée sur diverses expériences traumatiques.

Le but de cette échelle est de mesurer le degré de : Reviviscence, Evitement, Altérations négatives persistantes, Hyper vigilance. L'échelle a été traduite et codifiée par le Dr Abdel Aziz Thabet sur l'environnement arabe. Il consiste en 17 items/dimensions, mesurant chaque aspect de l'impact d'expériences traumatiques (2018, عبد العزيز ثابت).

- **L'échelle de Subjective Unit of Discomfort ou (SUD)** : échelle de Likert « cotée de zéro à dix (00 à 10), 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 subjective du ressenti négatif du patient lors du traitement, qui fait partie intégrante du protocole standard de l'EMDR » (Trarquinio.C & al, 2012, p 101)

Nous faisons l'hypothèse générale suivante : l'application de l'EMDR peut réduire les symptômes de TSPT, ce qui sera mesuré par les scores obtenus à l'échelle de Davidson(entre

la première passation et la deuxième passation), avant et après les séances EMDR. Enfin, nous supposons que le score de détresse perçue par le patient à l'échelle de SUD propre à la thérapie EMDR baissera significativement au fil des séances thérapeutiques.

Nous faisons également deux autres hypothèses complémentaires à hypothèse générale : la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie EMDR devrait conduire à une diminution du nombre de symptômes liés au diagnostic de TSPT. La diminution sera homogène pour les critères de DSM5 pris en compte : Reviviscence, Evitement, Altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, Hyper vigilance. Nous supposons que l'intensité des symptômes baissera entre les phases de pré-test/post-test et que ce traitement permet d'intégrer l'événement traumatique dans le souvenir et non dans le vécu réactivé. Ces évaluations psychométriques seront complétées par des évaluations cliniques.

3- Résultats et discussion de l'étude

Pour ne pas alourdir le texte, nous présenterons les résultats relatifs à l'ensemble des participantes de cette étude.

Les résultats montrent des différences à l'échelle de SUD entre la phase pré-test et la phase post-test du traitement pour les quatre cas pris en charge :

Tableau -2- **l'échelle SUD entre la phase pré-test et la phase de post-test du traitement.**

Méthodes statistiques	L'échelle SUD phases pré-test		L'échelle SUD phase post-test		Valeur Sig.	Valeur « T »
	moyenne arithmétique	écart type	moyenne arithmétique	écart type		
Analyse statistique du TSPT	9,02	0,988	0,25	0,42	0,000	25,087

Le tableau 2 montre les différences significatives au niveau de 0,01 dans l'échelle SUD entre la phase pré-test et la phase de post-test du traitement avec EMDR.

Les résultats quantitatifs principaux (H1) relatifs à la (P1) ont été reportés dans le Tableau 2 qui montre les résultats obtenus à l'échelle SUD « la mesure subjective de la perturbation ressentie à l'évocation d'une cible ou d'une cognition négative (note de 0 à 10) ». Globalement, l'échelle montre une baisse entre les deux phases de l'étude (pré-test / post-test), les scores diminuent significativement.

Notre 2^{ème} hypothèse s'interroge sur les différences entre la phase pré-test et la phase post-test, avant et après l'application de l'EMDR dans les scores des symptômes de TSPT à l'échelle de Davidson :

Tableau -3- **changement des scores à l'échelle Davidson en pré et post-test.**

Méthodes statistiques	L'échelle (Davidson) phases de pré-test		L'échelle (Davidson) phase de post-test		Valeur Sig.	Valeur « T »
	moyenne arithmétique	écart type	moyenne arithmétique	écart type		
Analyse statistique du TSPT	56,20	5,18	11,20	2,087	0,00	26,549

Les résultats quantitatifs principaux (H2) relatifs à la (P2) ont été reportés dans le Tableau 03, là également, les résultats obtenus à l'échelle Davidson, donnant la mesure globale des critères de TSPT (Reviviscence, Evitement, Altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, Hyper vigilance) entre les phases (pré-test / post-test), montrent une baisse significative des scores. Ce résultat implique que les symptômes ont fortement diminué.

Discussion des résultats :

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge psychothérapeutique d'adolescentes ayant subi des violences familiales et conjugales à partir de la psychothérapie EMDR, afin de parvenir à une diminution des symptômes de Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de la souffrance perçue à l'évocation des souvenirs traumatiques, au fur et à mesure des séances. Ainsi, à l'instar de la littérature dont nous avons présenté un échantillon dans la partie théorique, notre étude montre que le traitement EMDR aide les patientes à surmonter leurs difficultés et à apprivoiser leur souffrance au fur et à mesure que la psychothérapie EMDR progresse.

Avant d'aller plus avant, il est nécessaire de rappeler que nous avons pris les mesures dans deux phases (pré-test/post-test) avec la passation de l'échelle de Davidson pour évaluer le (TSPT) et leurs critères, comme il apparaît au Tableau 3, ainsi que l'échelle de SUD qui est une évaluation individuelle par le patient du niveau perçu de détresse psychologique au cours des séances (Tableau 2).

Les résultats obtenus sont encourageants et concordent avec les études précédentes présentées plus haut. Autrement dit nos quatre patientes ont pris de la distance par rapport à l'événement traumatique. La psychothérapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) représente une avancée majeure dans la prise en charge des troubles psycho-traumatiques (Amara. P, 2017, pp 1-12)

Conformément à nos hypothèses, lors de la phase du pré-test et la phase de post-test, les participantes prises en charge avec la thérapie EMDR ont présenté des scores à l'échelle de Davidson qui baissent significativement (Tableau 3).

Ainsi, l'application d'une psychothérapie EMDR sur de jeunes femmes encore adolescentes, victimes de violences familiales ou conjugales, permet de réduire les symptômes de TSPT (Reviviscence, Evitement, Altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, Hyper vigilance).

En ce qui concerne le SUD, nous avons pu observer une baisse importante au fur et à mesure des séances et entre les deux phases pré-test et post-test, baisse qui se stabilise et se maintient avec le temps.

La psychothérapie EMDR a conduit à une diminution notable du nombre de symptômes liés au diagnostic TSPT. Cette diminution s'est révélée homogène pour les critères pris en compte (Reviviscence, Evitement, Altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, Hyper vigilance).

Les processus de traitement adaptatif de l'information ont bien été intégrés par les patientes de cette étude qui ont pu digérer et métaboliser les effets des événements traumatiques. C'est ce que d'autres chercheurs ont atteint que ce soit avec des patientes Algériennes (Nadji Y, 2015), (Chakali, 2006) (Ateeq, 2013) ou étrangères (Brennstuhl & Bassan, 2015, pp 118-119) (Tarquinio & autres, 2012, pp 205-212) (Carletto & autres, 2016), etc.

La vignette clinique suivante donne une idée des violences subies par celle que nous avons appelée 'Karima'

Vignette clinique

Karima âgée de 19 ans, issue d'une famille pauvre, le père malade ne travaille pas, la mère fait de menus travaux et a du mal à nourrir ses quatre enfants. Ce qui amène Karima à accepter la première demande en mariage pour échapper à sa condition. Le lendemain de la nuit de noce, le nouveau marié exerce des pressions sur elle pour qu'elle lui donne l'argent (cadeaux) recueilli lors du mariage. Il la frappe devant sa famille, téléphone et drague des femmes devant elle. Plus tard elle a compris qu'il était toxicomane. Voulant sauver son mariage, elle va tenir six mois jusqu'au jour où, il l'emmène dans une habitation isolée et la martyrise avec ses comparses : il lui attache mains et jambes, la bat et verse sur elle de l'eau froide alors qu'on est en plein hiver dans une région très froide (Tlemcen). Elle finit par s'enfuir et est ramenée chez elle. Sa mère l'emmène à l'hôpital et dépose plainte. Elle présentait des symptômes qui ont permis au psychiatre de diagnostiquer un stress post traumatique et de lui donner un traitement, mais elle continuait à souffrir de réminiscences, angoisses, manque de sommeil, peur de sortir seule... Le psychiatre va l'orienter vers le psychologue pour une EMDR. Elle a bien répondu à la thérapie, mais il lui a fallu six séances pour arriver à se remettre et se rassurer. Des séances, de renforcement des résultats, sont maintenues ; elle a repris goût à la vie et fait des projets d'avenir.

Les cas que nous avons étudiés ont été soutenus par leur entourage, les deux cas de violences conjugales ont quitté leur partenaire ce qui constitue en soi un soulagement et peut étayer la thérapie. D'autre part, nous avons constaté que les réactions diffèrent selon chacune et exige du thérapeute beaucoup de vigilance et d'attention pour répondre au plus près à chaque cas.

Conclusion :

Nous n'avons pas trouvé d'études sur l'application de l'EMDR à des adolescentes présentant des troubles du TSPT liés à des violences conjugales ou familiales car ce type de violence est souvent minimisé, comme si le fait que cela se passe dans l'espace intime et qu'il soit souvent considéré comme « normal », le rend « anodin » sans effets nécessitant une prise en charge. Notre constat est tout autre et comme l'a démontré l'équipe du CRASC en 2008, les violences contre les femmes peuvent avoir des effets préjudiciables sur la victime au niveau de sa santé physique, mentale et sociale. L'application de l'EMDR à ces victimes peut réduire leur souffrance, booster leur résilience et les amener à être plus réactives et plus sereines pour gérer et affronter les difficultés qu'elles ne manqueront pas de rencontrer plus tard. L'intérêt de l'EMDR réside également dans le nombre de séances ce qui peut encourager les victimes à les suivre. La psychothérapie à elle seule ne suffit pas, il est primordial que la victime s'éloigne de l'auteur des violences, qu'elle soit soutenue par un entourage compréhensif qui lui apporte le soutien et l'aide dont elle a besoin et que des dispositifs soient mis en place pour les aider à reprendre le cours de leur vie et à construire leur avenir. Toute psychothérapie menée dans de bonnes conditions, est bénéfique, comme le constate (Sherman, 1998, p 413). Les violences contre les femmes constituent des situations traumatisantes, d'autant plus que les femmes ne s'y attendent pas comme dans le cas des deux femmes agressées, torturées et blessées par leur conjoint. Ces femmes sont marquées dans leur corps (cicatrices) mais aussi dans leur âme, Karima par exemple n'osait plus sortir qu'en compagnie de sa mère. L'EMDR permet de restaurer le narcissisme malmené par l'agression et la confiance en soi et les aiderait à affronter le monde. Cette thérapie a prouvé son efficacité pour ces quatre cas, il serait donc productif de l'appliquer, en plus de l'intervention familiale et juridique, à tous les cas qui ont subi des violences qu'elles soient familiales ou autre.

-BIBLIOGRAPHIE :

1. ناجي يسمينة. (2015). مساهمة تقنية ال EMDR في التحفيف من حدة الصدمات النفسية. مذكرة ماستر. جامعة محمد خيذر. بسكرة: الجزائر.
2. عتيق نبيلة. (2013). واقع علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بتقنية إزالة الحساسية وإعادة المعالجة بحركات العين بالجزائر. مذكرة ماجستير. جامعة فرحات عباس سطيف: الجزائر.
3. مجاهدي أسامة، معتصم_ميموني بدر. (2018). تكييف بروتوكول لإبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين الموجهة لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية. العدد الثالث. المركز الديمقراطي العربي. برلين: ألمانيا، عدد 03، ص ص 209-219.
4. Amara, P. (2017). La thérapie EMDR en contexte interculturel. *European Journal of Trauma & Dissociation*. pp 1-12. France.
5. Baccino, É. (2014). *Violences conjugales Médecine Légale Clinique*. Elsevier Masson SAS. pp 51-60. France.
6. Bokanowski, Th. (2015). « Le concept de traumatisme en psychanalyse », *Sillages critiques* [En ligne], 19 | 2015. consulté le 27 novembre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sillagescritiques/4153>
7. Brennstul, M-J. Bassan, F. (2017). Mieux comprendre la thérapie EMDR 13 études de cas. DUNOD, pp 118-119.
8. Carletto, S. Borghi, M. Bertino, G. Oliva, F. Cavallo, M. Hofmann, A. Zemaro, A. Maluchi, S. & Ostacoli, L. (2016). Treating post-traumatic stress disorder in patients with multiple sclerosis : A randomized controlled trial comparing the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing and relaxation therapy. *Frontiers in psychology*. p 13.
9. Clackson, M. (1994). *La violence familiale une approche systémique*,. collection des études et analyses. Québec.
10. Crocq, M-Z. Gueli, J.D. (2013). *A.P.A, Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux DSM-5*. Elsevier Maison. pp 350-355. France.
11. Jarero, I. (2018). Le protocole EMDR intégratif de traitement de groupe pour les patients atteints de cancer? *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 12, Number 2, 2018, pp. 31E-40E (10). [En ligne], consulté le 12.12.2018 URL : <https://www.ifemdr.fr/le-protocole-emdr-integratif-de-traitement-de-groupe-pour-les-patients-atteints-de-cancer/>
12. Lefebvre, P. (1980). La guerre, in encyclopédie de psychologie « univers de la psychologie ». Lidis. pp 292-332.
13. Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Collection : Les empêcheurs de penser en rond [En ligne], *Revue française de psychosomatique*. p 01. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2001-1-page-89.htm#>.
14. Melville, J.D. McDowell, J.D. (2018). *Domestic Violence. Forensic Odontology, Principles and Practice*. Elsevier. pp 120-140.
15. Moris-Smith, J. Silvestre, M. (2015). *L'EMDR avec l'enfant et sa famille*. DUNOD. France.
16. Moutassem-Mimouni, B. (2018). *La kafala au Maghreb et en contextes migratoires*. OPU Alger.

17. Moutassem-Mimouni, B. (coordinatrice) & Sebaa FZ. & Benghabrit-Remaoun N. (2009). « Les violences à l'égard des femmes en Algérie », MDCCF/CRASC.
 18. Rajita, Sinha. (2012). Le cerveau stressé, POUR LA SCIENCE N° 418, 25 juillet 2012.
 19. Seleye, H. (1970). The evolution of the stress concept. Stress and cardiovascular disease. Am J Cardiol 1970. pp 26 : 289-299.
 20. Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) Basic Principles, Protocols, and Procedures. 2nd éd. The Guilford Press New York/ London. p 12.
 21. Shapiro, F. (2002). EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach Experts Of Diverse Orientations Explore The Paradigm Prism. American Psychological Association Washingt, Dc. p 40.
 22. Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD : a meta-analysis of controlled clinical trials. Journal Traum Stress. p 413.
 23. Tarquinio C, Schmitt A, & Tarquinio P. (2012). Violences conjugales et psychothérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) : études de cas. l'évolution psychiatrique. p 101. France.
 24. Tarquinio, C. Brenstul, M-J. Dellucci, H. Iracane, M. Rydberg, J. Silvestre, M. & Zimmerman, E. (2017). Pratique de la psychothérapie EMDR. DUNOD, p 77-78. Paris.
 25. Tarquinio, C. Brennstuhl, M-J. Rydberga, J.A. Schmitt, A. Mouda, F. Lourel, M. & Tarquinio, P. (2012). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: A pilot study. European Review of Applied Psychology. pp 205-212. France.
- 26. Site internet :**
27. -<https://amthabetnet.wordpress.com> 2018.10.21، مقاييس-نفسية-عربية، عبد العزيز ثابت، استرجع يوم: