




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Intérêt de la psychothérapie « eye movement desensitization reprocessing » dans le cadre de la prise en charge de femmes victimes de viols conjugaux[☆]

C. Tarquinio^{*}, A. Schmitt, P. Tarquinio, J.-A. Rydberg, E. Spitz

Équipe psychologie de la santé, Unité de recherche APEMAC UE 4360, approches psychologiques et épidémiologiques des maladies chroniques, université Paul-Verlaine, Île-du-Saulcy, BP 80, 794 Metz cedex 1, France

Disponible sur Internet le 12 juin 2011

MOTS CLÉS

Viol conjugal ;
ESPT ;
EMDR ;
Anxiété ;
Dépression

Résumé L'objectif de cette étude est de mettre en évidence à partir du suivi de six femmes victimes de viols par leur conjoint, les effets de la thérapie « eye movement desensitization reprocessing », notamment en ce qui concerne la réduction des symptômes d'état de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression. Toutes ces femmes ont, en outre, fait l'objet d'une évaluation quantitative à partir d'échelles de mesure proposées avant la prise en charge ainsi qu'à l'issue de chacune des séances. Les échelles utilisées sont l'Hospital Anxiety and Depression scale, l'Impact Event Scale et un indicateur propre à la thérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing, le Subject Unit of Distress. Les victimes ont également participé à deux entretiens plus qualitatifs avant et après la prise en charge, afin d'évaluer plus précisément la présence ou non de symptômes d'état de stress post-traumatique sur la base des indications fournies par le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux ([American Psychiatric Association \[APA\], 2004](#)). Les résultats obtenus sont conformes à nos attentes et montrent une diminution significative et progressive des scores aux différentes échelles au fur et à mesure des séances. Ainsi, comme on le rencontre classiquement dans la littérature, une prise en charge par la thérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing conduit les sujets à s'auto-évaluer comme étant de moins en moins perturbés au fur et à mesure que la psychothérapie progresse. Nous avons

DOI de l'article original : [10.1016/j.sexol.2011.05.002](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2011.05.002).

[☆] This issue also include an English version: Tarquinio C, Schmitt A, Tarquinio P, Rydberg J A, Spitz E, Benefits of eye movement desensitization and reprocessing psychotherapy in the treatment of female victims of intimate partner rape.

^{*} Auteur correspondant.

Adresses e-mail : CTarquinio@aol.com (C. Tarquinio), alischmitt@yahoo.fr (A. Schmitt), pascaletarquinio@aol.com (P. Tarquinio), jarydberg@gmail.com (J.-A. Rydberg), elisabeth.spitz@wanadoo.fr (E. Spitz).

également pu observer une réduction importante des scores aux différentes échelles à l'issue des deux premières séances. Enfin, la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie « eye movement desensitization reprocessing » a conduit à une diminution notable du nombre de symptômes liés au diagnostic d'état de stress post-traumatique. Cette diminution s'est révélée homogène pour les trois critères pris en compte (critère B, C et D du [American Psychiatric Association \[APA\], 2004](#)).

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'OMS estime qu'entre 16 et 52 % des femmes à travers le monde ont déjà été agressées par leur conjoint, petit ami ou mari ([Amoakohene, 2004](#)). Plus précisément, des études ont montré que, en moyenne, 33 % des femmes à travers le monde entier souffraient de violences perpétrées par leur partenaire (mari, petit ami, concubin...) ([Pan et al., 2006](#)). Les actes de violence commis à l'égard des femmes et comptabilisés ici peuvent être de plusieurs types et ne se cantonnent pas aux agressions physiques, car il peut également s'agir de pressions psychologiques, d'agressions verbales, voire aussi (et cela est moins connu) de viols qui alors, se déroulent au sein du couple. Dans les cas les plus graves, ces violences peuvent se solder par des passages à l'acte hétéro- ou auto-agressifs tels que l'homicide ou le suicide. Un taux de 76,5 % des meurtres commis par l'un ou l'autre des partenaires sont précédés de violences répétées. On estime qu'environ 30 % des viols que subissent les femmes est le fait de leur conjoint ([Basile, 1999](#) ; [Basile et al., 2004](#)). Selon une étude de [Martin et al. \(2007\)](#), les femmes victimes de viols à l'intérieur du couple reportent cinq fois plus de menace ou de tentatives de suicide que les femmes victimes d'autres formes de violences à l'intérieur du couple.

La définition que nous retiendrons pour qualifier le viol est issue de l'article L.222-23 du Code pénal qui précise que : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise, est un viol » ([Code pénal, 2009](#)). L'étude de l'Observatoire national de la délinquance compte 890 000 victimes de ce type de violences, soit 2,5 % des 18 à 60. Ces chiffres sont issus d'une enquête directe auprès de 11 200 victimes de 18 à 60 ans interrogées au cours du premier trimestre 2007 ([Soullez et Rizk, 2008](#)).

Être en couple ne signifie en rien, disposer du corps de l'autre et ne pas tenir compte de son désir ou de son refus. La première étude importante sur le sujet fut celle de [Russell \(1990\)](#) réalisée à partir d'un échantillon aléatoire de 930 femmes âgées de 18 ans et plus. Les résultats ont ainsi mis en évidence que 14 % des 644 femmes ayant vécu une relation maritale ont révélé avoir été victimes d'un viol ou d'une tentative de viol par leur mari ou leur ex-mari. Le taux de prévalence du viol conjugal pour les femmes victimes serait de 7,7 % aux États-Unis ([Tjaden et Thoennes, 1998](#)) et de 6,8 % au Québec ([Rinfret-Raynor et al., 2004](#)). En France, [Jaspard et al. \(2003\)](#) ont mené une étude auprès de 5908 femmes adultes qui révèle qu'au cours des 12 mois précédant l'enquête, 0,9 % d'entre elles disent avoir été contraintes d'une manière ou d'une autre à avoir

des relations sexuelles avec leur partenaire (soit environ 200 000 femmes chaque année). Ces viols répétés peuvent laisser des séquelles physiques et psychologiques chez ces femmes victimes de leur partenaire ([Boucher et al., 2009](#)). Les séquelles physiques mises en évidence par ces auteurs peuvent prendre la forme de lésions anales et vaginales, de cystites, de fausses couches, de grossesses non-désirées, d'infections sexuellement transmissibles, de dysfonctions sexuelles ainsi que de douleurs génitales chroniques. Les séquelles psychologiques peuvent prendre la forme d'un état de stress post-traumatique (ESPT) se traduisant par l'intrusion d'éléments appartenant au traumatisme (souvenirs, rêves répétitifs, flash back...), un évitement persistant des stimuli associés à l'évènement, une hyperactivité neurovégétative (difficultés de concentration, irritabilité ou accès de colère, hypervigilance, réaction de sursaut exagéré...). L'ESPT engendrant une souffrance significative et une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ([American Psychiatric Association \[APA\], 2004](#)). [West et al. \(1990\)](#) ont mis en évidence par une combinaison d'entretiens et de questionnaires, une prévalence de 47 % d'ESPT en lien avec des agressions domestiques de quelque nature que ce soit. [Mertin et Mohr \(2002\)](#) ont montré sur une population de 100 femmes, un lien très important entre la prévalence d'un ESPT, la dépression, l'anxiété et l'exposition à la violence du concubin. Les cas d'ESPT imputables aux abus perpétrés à l'égard des femmes représentent une part importante de la population souffrant d'ESPT ([Fischbach et Herbert, 1997](#)), car 33 à 83 % des femmes victimes de violences conjugales (toutes formes confondues) souffriraient d'ESPT ([Bargai et al., 2007](#)). Il semble que les femmes qui subissent spécifiquement des violences sexuelles dans le couple manifestent des symptômes de stress post-traumatique plus graves et plus durables ([Basile et al., 2004](#) ; [McFarlane et al., 2005](#)). Le viol conjugal est une forme de violence engendrant significativement plus d'ESPT et de symptômes dépressifs que toute autre forme de violence à l'intérieur du couple ([Martin et al., 2007](#)). En conséquence de ce type de traumatismes, on retrouve donc des manifestations courantes telles que l'ESPT, la dépression ([Campbell et Soeken, 1999](#)), les troubles anxieux et les idées suicidaires ([Weaver et al., 2007](#)), mais bien souvent aggravés, en comparaison à d'autres formes de violences conjugales. De plus, on observe chez les victimes, une baisse de l'estime de soi, une altération de l'image corporelle, une baisse du bien-être et du sentiment d'auto-efficacité ([Martin et al., 2007](#)).

En la matière, la thérapie *eye movement desensitization reprocessing* (EMDR) peut apparaître comme une réponse psychothérapeutique intéressante afin de juguler les effets

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des participants.

Variabes	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Sujet 6
Âge (en années)	25	35	35	37	26	45
Catégorie socioprofessionnelle	Employée	Employée	Employée	Employée	Employée	Employée
Niveau d'étude	BAC+	BEPC	BEPC	BAC+	BAC	BAC
Statut marital	PACSE	Mariée	Mariée	Mariée	PACSE	Concubinage
Nombre d'enfants	1	1	2	0	0	3
Nombre de séance d'EMDR nécessaires	4	4	3	3	4	4

Tous les sujets de cette étude ont déposé et maintenu leur plainte.

de cette violence conjugale (Tarquinio et al., Soumis) et plus particulièrement encore de cette violence sexuelle (Négadi et al., 2007), notamment parce que cette approche est aujourd'hui clairement identifiée dans la littérature internationale pour son efficacité dans la prise en charge de l'ESPT et des troubles réactionnels classiques qui y sont associés (Rothbaum, 1997; Rothbaum et al., 2005; Shapiro, 1989). Depuis 1989, de nombreuses publications (pour une revue en français, Tarquinio, 2007) ont mis en évidence l'efficacité de la méthode EMDR notamment dans le domaine de la prise en charge psychothérapeutique de l'ESPT. Initialement destinée à traiter des sujets ayant vécu des expériences traumatisantes, cette approche s'est développée par la suite pour trouver des indications dans le traitement de plusieurs troubles psychopathologiques (De Jongh et al., 1999; Shapiro, 1989, 2001). La recherche sur la thérapie EMDR s'est surtout portée 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 Eyes 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 que le rôle des rêves est d'élaborer et de digérer psychiquement les vécus de la vie réelle (Carskadon, 1993). 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 (Wolpe, 1990; Wolpe et Abrams, 1991), que ce dernier considérait comme responsable du soulagement de l'anxiété dans son traitement systématique de désensibilisation.

L'objectif de cette contribution sera de mettre en évidence à partir du suivi de six femmes victimes de viols par leur conjoint, les effets positifs de la thérapie EMDR, notamment en ce qui concerne la réduction des symptômes d'ESPT, d'anxiété et de dépression.

Patients et méthodes

Patients

Six femmes ont participé à cette recherche. Les participantes étaient directement adressées au cabinet des psychologues impliqués dans la recherche, par les associations d'aide aux victimes de la région.

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

- avoir pour la première fois été victime d'un viol par leur conjoint ;
- avoir déposé une plainte auprès des services de police ;
- ne pas avoir subi d'autre traumatisme similaire par le passé ou d'événements susceptible de provoquer des réactions psychologiques comparables à ceux étudiés dans le cadre de cette étude (ESPT, dépression, anxiété). L'objectif étant d'éviter que les patientes incluses dans l'étude ne soient les dépositaires d'un traumatisme antérieur à l'événement violent, ici, le viol conjugal ;
- accepter le cadre et la procédure du protocole de recherche sur la base d'un volontariat éclairé ;
- résider en France et ne pas avoir besoin d'un interprète pour parler et comprendre la langue française ;
- avoir entre 18 et 60 ans ;
- en cas de médication relative au traitement d'un état anxieux ou dépressif, les sujets devaient s'engager à maintenir leur traitement tout au long de la recherche ;
- pas d'addiction ou d'abus de drogue ou d'alcool ;
- pas de contre-indication avec la psychothérapie EMDR (état de santé, troubles neurologiques, troubles et/ou douleurs oculaires, état dissociatifs...);
- afin de garantir une certaine homogénéité de l'échantillon, nous avons inclus les victimes dans une période de huit à 12 semaines après leur viol. Précisons que ce paramètre nous était imposé du fait même du parcours médicojudiciaire de ces femmes que nous n'avons que très rarement l'occasion de voir avant. Leur parcours consistait le plus souvent à déposer plainte (tous les sujets de cette étude ont maintenu leur plainte), à être prise en charge par une association dans un délai variable (de quelques jours à trois semaines d'intervalle), à rencontrer un médecin, puis à nous être adressé dans le cadre d'une prise en charge psychologique, pouvant ici donner lieu à une inclusion.

Matériel clinique

Après deux entretiens préalables et la réalisation de l'anamnèse, ayant permis aux patientes d'établir avec les psychothérapeutes/chercheurs un lien de confiance suffisamment structurant et encadrant, nous leur proposons une prise en charge à partir de la thérapie EMDR. L'anamnèse, réalisée dans le cadre de ces premiers entretiens permettait au psychothérapeute d'apporter des éléments de connais-

sance sur la vie et la situation clinique du patient, et ainsi d'envisager la possibilité pour les participantes d'être incluses dans le protocole de la recherche. L'étude était présentée comme une recherche pilote destinée à évaluer les effets de la prise en charge avec la thérapie EMDR. Le début de la prise en charge psychothérapeutique en EMDR précédait la phase initiale d'une semaine, puis nous rencontrions chaque sujet de manière hebdomadaire, dans le cadre de séances dont la durée était de 60 minutes.

Deux types d'évaluation (quantitative et qualitative) ont été réalisés. D'une part, toutes ces femmes ont fait l'objet d'une évaluation quantitative à partir d'échelles de mesure psychologique. D'autre part, elles ont également participé à deux entretiens plus qualitatifs, afin d'évaluer plus précisément la présence ou non de symptômes d'ESPT.

L'évaluation quantitative était réalisée avant le début du traitement psychothérapeutique ainsi qu'à la fin de chacune des séances (la durée d'une séance étant de 60 minutes environ), nous proposons à tous nos sujets, un document qu'ils devaient remplir seul. Celui-ci était composé d'une fiche signalétique (âge, sexe, nombre d'enfants, niveau scolaire, statut professionnel), de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), de l'Impact Event Scale (IES, score total) et d'un indicateur propre à la thérapie EMDR, le Subjective Unit of Distress (SUD).

L'échelle IES (Horowitz et al., 1979; Zilberg et al., 1982) permettait d'évaluer la sévérité des symptômes reliés au traumatisme. Composée de 15 items, ce questionnaire mesure deux dimensions de l'état de stress post-traumatique: l'intrusion et l'évitement (Joseph, 2000). Les 15 items étaient cotés de «jamais» (0) à «souvent» (5). Un score de 26 constitue pour les auteurs un indicateur clinique significatif de traumatisation (Kleber et al., 1992). Les résultats obtenus pour les dimensions intrusion et évitement, se sont tous deux révélés similaires. Ainsi, afin d'éviter une trop grande redondance des résultats, nous avons fait le choix de ne présenter que les résultats globaux (score total) obtenus avec cette échelle.

L'anxiété et la dépression ont été évaluées en utilisant la HAD qui comprend 14 questions. Sept pour l'anxiété et sept pour la dépression. Les réponses sont cotées de 0 à 3. Le score final varie de 0 à 21 pour chacune des composantes d'anxiété et de dépression, plus le score est élevé plus l'anxiété ou la dépression est sévère. L'échelle HAD de Zigmond et Snaith (1983) a été validée en français par Lépine et al. (1985).

Le SUD (Wolpe, 1990; Wolpe et Abrams, 1991) est une mesure sur une échelle de Likert cotée de 0 à 10, permettant de donner une indication du degré plus ou moins élevé de détresse causée par l'image mentale ou 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.

En ce qui concerne l'évaluation plus qualitative, nous proposons à tous les participants deux entretiens d'évaluation d'une heure environ. Ces entretiens avaient lieu avant le début de la thérapie et permettaient de réviser l'anamnèse des patients, de faire un état clinique de leur situation et de voir s'ils pouvaient ou non être inclus dans l'étude. Il s'agissait notamment d'évaluer de façon plus qualitative la présence des symptômes sur la base des

indications fournies par le [American Psychiatric Association \(APA\), 2004](#). Ainsi, dans la continuité d'une étude antérieure (Tarquinio et al., [À paraître](#)) réalisée auprès de femmes victimes de violence conjugales, 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 et émoussement de la réactivité générale...), les cinq symptômes du critère D (présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative...).

Nous avons ainsi relevé dans tous les cas la présence (coté 1) ou l'absence (coté 0) des manifestations symptomatiques. Ainsi, pour les critères B et D, les scores pouvaient varier de 0 à 5, alors que pour le critère C ils pouvaient varier de 0 à 7.

Deux psychologues spécialistes du psychotraumatisme et ayant une grande expérience dans le domaine de la victimologie ont contribué à la réalisation de ces entretiens.

Deux thérapeutes ayant suivi les enseignements, organisés par EMDR-France ou étant accrédités EMDR-Europe, 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 sexuelle dont elles avaient été les victimes. Le protocole était un protocole standard de prise en charge (Shapiro et Forrest, 1997; Shapiro, 2001; Tarquinio et al., [À paraître](#)).

Nous avons fait l'hypothèse que la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie EMDR devrait conduire à une diminution significative aux scores de SUD, à l'HAD-anxiété, l'HAD-dépression, ainsi qu'à l'IES (score total). Cette diminution devrait se manifester au fur et à mesure des séances par une réduction significative des différents scores. Ainsi, nous attendons une réduction significative des scores aux différentes échelles après chaque séance. Enfin, en ce qui concerne l'évaluation plus qualitative des symptômes de l'ESPT entre avant et après la prise en charge, nous pensons que l'analyse des entretiens permettra de confirmer les résultats quantitatifs en allant dans le sens d'une disparition majeur des symptômes sur les critères B, C et D.

Résultats

Mesures quantitatives

Les résultats principaux des mesures quantitatives ont été reportés dans le [Tableau 2](#). Au regard de la taille réduite de notre échantillon, nous avons procédé à une analyse statistique en utilisant le test non paramétrique pour groupe apparié de Wilcoxon.

Comme on peut le constater, les moyennes obtenues aux différentes échelles, baissent significativement d'une séance à l'autre. Les différences sont toujours significatives entre les séances, sauf entre la troisième et la quatrième séance. Ainsi, il apparaît qu'en ce qui concerne les scores obtenus aux échelles SUD, HAD (anxiété et dépression) et IES, la prise en charge avec la thérapie EMDR a un effet

Tableau 2 Moyennes et écart-types obtenus aux différentes échelles pour chacune des séances.

Echelles	Avant traitement	Fin 1 ^{re} séance	Fin 2 ^e séance	Fin 3 ^e séance	Fin 4 ^e séance
SUD 0-10	9,1 ^a (0,75)	3,8 ^b (0,75)	2,8 ^c (0,75)	1 ^d (1,09)	0 ^d
HAD-Dépression 0-21	18,1 ^a (0,75)	14,8 ^b (1,7)	9,8 ^c (1,47)	8 ^d (1,2)	8,5 ^d (0,5)
HAD-Anxiété 0-21	19,5 ^a (1,04)	15,1 ^b (1,16)	11,8 ^c (1,7)	9,3 ^d (1,03)	9 ^d (0,81)
IES Total (0-75)	60,3 ^a (6,9)	35,3 ^b (6,2)	20,3 ^c (4,3)	11,6 ^d (1,9)	10,8 ^d (0,83)

Les moyennes en ligne, accompagnées de lettre différentes (a, b, c, d), diffèrent significativement au seuil $p < 0,05$ pour le test Wilcoxon.

qui permet la réduction des symptômes réactionnels. On notera également que la décroissance des scores (Fig. 1–4) est quasi-linéaire pour chacun des six sujets et cela pour l’ensemble des indicateurs psychologiques pris en compte. Ainsi, la réduction du SUD, après chaque séance, montre comment l’EMDR contribue à réduire la détresse de ces femmes. Un tel résultat est confirmé par la quasi-linéarité de la baisse des scores pour l’HAD dépression/anxiété, ainsi que pour le score total obtenu à l’IES. Notons que les sujets

S3 et S4 n’ont nécessité que trois séances de prise en charge. Les psychothérapeutes ont ainsi estimé, sur la base des règles qui président à l’arrêt de la thérapie EMDR (Shapiro, 2001), que la tâche était accomplie et la cible traitée. On notera à cet égard qu’aucun résultat n’apparaît comme significativement différent entre la séance 3 et la séance 4, ce qui laisse entrevoir que la quatrième séance n’a pas eu le même poids que les autres. C’est ce que laissent entrevoir les Fig. 1–4 où l’on peut observer que les effets de la

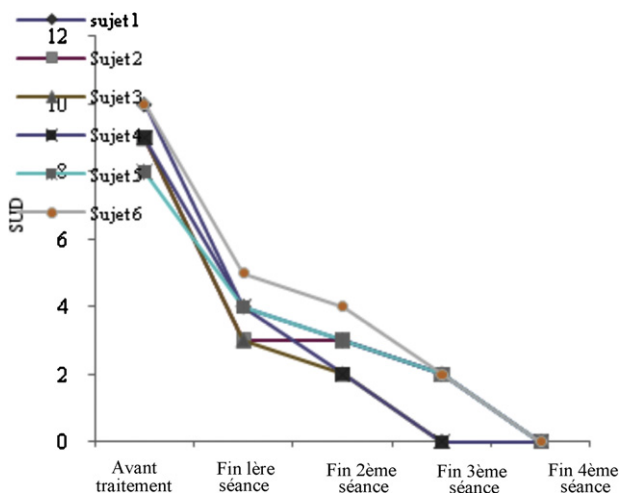


Figure 1 Valeurs du SUD pour chaque sujet avant le traitement et après chaque séance.

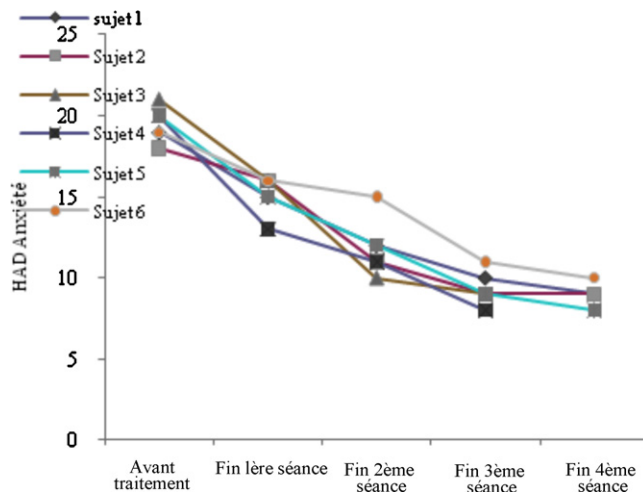


Figure 3 Scores à l’HAD anxiété pour chaque sujet avant le traitement et après chaque séance.

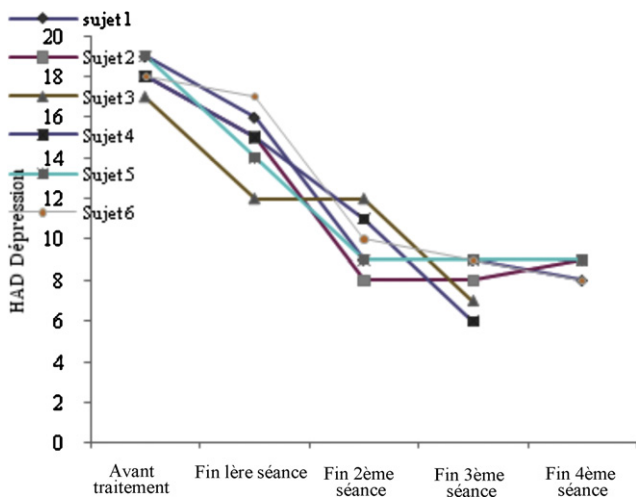


Figure 2 Scores à l’HAD dépression pour chaque sujet avant le traitement et après chaque séance.

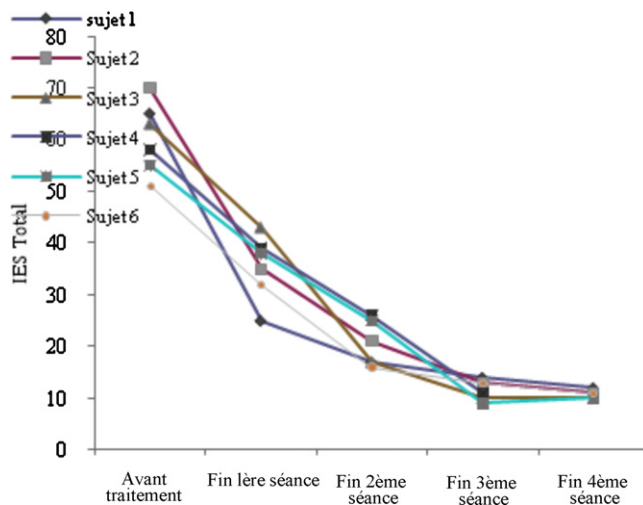


Figure 4 Scores à IES total pour chaque sujet avant le traitement et après chaque séance.

Tableau 3 Nombre de symptômes (sur cinq possibles) mesurant la présence de pensées intrusives (critère B).

	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Sujet 6	Total
Avant traitement	4	5	3	4	4	4	24
Après la dernière séance	0	0	0	0	1	1	2

Tableau 4 Nombre de symptômes (sur sept possibles) mesurant l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et éroussement de la réactivité générale (critère C).

	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Sujet 6	Total
Avant traitement	4	5	2	3	6	5	25
Après la dernière séance	1	0	0	1	2	1	5

thérapie sont particulièrement manifestes à l'issue des deux premières séances, les courbes étant plus aplaties pour les deux dernières séances, cela pour l'ensemble des indicateurs de mesure.

Mesures qualitatives

D'un point de vue plus qualitatif (Tableaux 3–5), on assiste à une diminution importante des symptômes d'ESPT sur chacun des trois critères B, C et D du *American Psychiatric Association (APA), 2004, 1994*.

En ce qui concerne les « pensées intrusives » (critère B), quatre des six sujets de l'étude semblent ne plus manifester de symptômes relatifs à ce critère et les deux autres n'en manifestent qu'un sur les quatre possibles. D'un point de vue plus global, on passe pour l'ensemble des sujets d'une expression symptomatique cumulée qui est de 24 symptômes avant l'intervention à deux à la fin des séances (Tableau 3).

Pour le critère C « évitement persistant » (Tableau 4), avant le traitement, cinq personnes sur six (84% des participantes) présentaient entre quatre et cinq des symptômes. Après la psychothérapie EMDR, ces expressions symptomatiques ont été fortement réduites (divisées par 5) passant en effectif cumulé de 25 à cinq pour l'ensemble du groupe de sujet.

Enfin, en ce qui concerne le critère D « activation neurovégétative » (Tableau 5), on observe la même tendance que pour les critères B et C, avec une nette diminution des symptômes après la prise en charge EMDR.

Tous les sujets ont été confrontés à un événement durant lequel leur intégrité physique a été menacée. Leur réaction à l'événement a pu se traduire par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (critère A du *American Psychiatric Association [APA], 2004* concernant le diagnostic d'ESPT). Tous les sujets présentent au moins une manifestation du critère B, trois manifestations du critère C, deux du critère D. La perturbation durant plus d'un mois et

entraînant une souffrance cliniquement significative permet de poser un diagnostic d'ESPT pour les six femmes, au moment de leur inclusion dans cette étude. Après la dernière séance d'EMDR, plus aucune femme ne peut être diagnostiquée comme souffrant d'un ESPT selon les critères du *American Psychiatric Association (APA), 2004*.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge psychothérapeutique à partir de la thérapie EMDR auprès de six femmes victimes de viols par leur conjoint. Les résultats obtenus sont conformes à nos attentes et montrent une diminution significative et progressive des scores aux différentes échelles d'ESPT, de dépression, d'anxiété et de souffrance perçue à l'évocation des souvenirs traumatiques (IES, HAD et SUD) au fur et à mesure des séances. Ainsi, comme on le rencontre classiquement dans la littérature, le traitement EMDR conduit les sujets à s'autoévaluer comme étant de moins en moins perturbés au fur et à mesure que la psychothérapie progresse. Nous avons pu remarquer, notamment grâce aux Fig. 1–4, que la réduction des scores aux différentes échelles s'avère particulièrement importante lors des deux premières séances.

Enfin, comme nous l'espérions, la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie EMDR a conduit à une diminution notable du nombre de symptômes liés au diagnostic d'ESPT. Cette diminution s'est révélée homogène pour les trois critères pris en compte (critère B, C et D). Nos observations n'ont pas pu donner lieu à un traitement permettant de tester statistiquement nos observations.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la thérapie EMDR est une des thérapies les mieux reconnues dans la prise en charge efficace de l'ESPT. Mise à part les travaux de *Négadi et al. (2007)*, elle n'avait pas à notre connaissance été appliquée à la prise en charge des victimes de viol conjugal. Il s'avère

Tableau 5 Nombre de symptômes (sur cinq possibles) mesurant la présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (critère D).

	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Sujet 6	Total
Avant traitement	5	4	4	3	5	4	25
Après la dernière séance	1	1	0	0	1	0	7

que cette approche thérapeutique peut être d'une grande aide dans la prise en charge de ce type de public en permettant de réduire rapidement des symptômes dont on sait qu'ils peuvent être très perturbant pour les victimes. Bien entendu il serait grave de réduire la problématique de ces victimes à une simple composante symptomatique. Cependant, les résultats militent en faveur d'un développement des recherches dans le champ de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et plus spécifiquement encore chez celles victimes de viol au sein même de leur couple.

Tout se passe comme si des processus d'aménagement adaptatifs mobilisés par la thérapie avaient permis d'intégrer et de métaboliser les conséquences du choc traumatique. Rappelons que le travail psychothérapeutique en amont de la thérapie EMDR a consisté à déterminer au préalable les déclencheurs (ou cibles) en lien avec le viol et qui étaient vécu sur un mode perturbant pour les victimes. Le travail de désensibilisation, qui est au cœur de la thérapie EMDR (mais auquel on ne peut pas la réduire) a permis un travail sur les souvenirs relatifs à l'agression sexuelle, ainsi que sur les différents réseaux mnésiques dysfonctionnels reliés. L'exposition à tout ce matériel selon la méthodologie préconisée par la technique EMDR a permis dans le cadre de notre travail une réduction de certains symptômes qui est indéniable et conforme à toute la littérature existante sur le domaine. Cependant, on peut se demander si l'amélioration de l'état de santé des patients se limite à cela? Cela est peu probable et sans doute que d'autres investigations seraient nécessaires pour envisager en quoi l'estime de soi, le désir sexuel, le *coping* ou le réinvestissement de la féminité sont ou non concernées par ce processus psychothérapeutique. Bien que les résultats soient intéressants, cette étude souffre de plusieurs limites qui réduisent quelque peu la portée des résultats obtenus. La première concerne la taille de notre échantillon qui ne permet en rien de tirer des généralités. Mais on se doit de relativiser nos résultats en raison du choix de nos sujets. En effet, ces dernières sont assez éloignées de la complexité sociale et clinique des patientes rencontrées au quotidien par les psychothérapeutes. Elles ont des ressources personnelles et/ou environnementales suffisantes pour considérer qu'être marié ne signifie en rien disposer du corps de l'autre et sont capables de se reconnaître en tant que victimes, de prendre la parole et semblent croire à minima, en la justice de leur pays... De plus, les femmes vivant des viols conjugaux sont également bien souvent victimes de violences physiques (Soullez et Rizk, 2008), et malheureusement, en termes de viols conjugaux, la répétition semble plus être la règle que l'exception. Pourtant, notre travail s'inscrit dans la rigueur d'une démarche d'inspiration expérimentale dont l'ambition est plus réduite et loin d'être dénuée d'intérêt, même pour le clinicien.

Conclusion

Dans l'ensemble et malgré sa difficulté de mise en œuvre, cette recherche a permis d'explorer l'efficacité potentielle de la thérapie EMDR dans le cadre des viols conjugaux en laissant entrevoir des résultats forts encourageants pour les recherches à venir. Si les preuves ne sont plus à apporter

en ce qui concerne la réduction des symptômes d'ESPT, des avancés doivent être faites afin d'évaluer la capacité de cette thérapie non seulement à réduire d'autres manifestations comme les symptômes dépressifs, l'anxiété ou l'ESPT, mais à potentialiser les capacités d'adaptations, le sentiment d'efficacité, la qualité de vie ou encore l'estime de soi. Les enjeux à venir se situent sans aucun doute dans la capacité des recherches à venir d'ouvrir le spectre à l'intérieur duquel et pour lequel cette nouvelle approche thérapeutique pourra se révéler efficace.

L'évaluation de la prise en charge des femmes victimes de viols conjugaux a été largement négligée dans la littérature (Martin et al., 2007). Assez peu d'articles se penchent sur cette problématique. On compte quelques études portant sur l'application de la «cognitive processing therapy» (CPT) ou de la «stress inoculation therapy» (SIT) (Martin et al., 2007). Pourtant, à notre connaissance, aucune de ces études ne s'est concentré sur l'évaluation de la prise en charge.

L'EMDR semble être une réponse adaptée à la prise en charge des femmes victimes de viols conjugaux et cette étude est une des premières se penchant sur l'évaluation de la prise en charge de cette problématique particulière.

Déclaration d'intérêts

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

Références

- American Psychiatric Association (APA). Mini DSM IV – 4 – TR. Critères diagnostiques. Paris: Masson; 2004.
- 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.
- 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.
- Basile KC. Rape by acquiescence: the ways in which women "give in" to unwanted sex with their husbands. *Violence Against Women* 1999;5:1036–58.
- Basile KC, Arias I, Desai S, Thompson MP. The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological and stalking violence and post-traumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *J Trauma Stress* 2004;1:413–21.
- Boucher S, Lemellin J, McNicoll L. Viol conjugal et trauma relationnel. *Sexologies* 2009;18:95–7.
- Campbell JC, Soeken KL. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women* 1999;5:1017–35.
- Carskadon MA. European snoozepaper. *Nature* 1993;365:575–6.
- Code pénal. Paris: Dalloz; 2009.
- De Jongh V, Ten Broeke E, Renssen MR. Treatment of Specific Phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) – protocol, empirical status, and conceptual issue. *J Anxiety Disord* 1999;13:69–85.
- Fischbach R, Herbert P. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Soc Sci Med* 1997;45:1161–76.
- Horowitz M, Wilmer N, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41:209–18.
- Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, et al. Les violences envers les femmes en France,

- une enquête nationale. Paris: La Documentation Française; 2003.
- Joseph S. Psychometric evaluation of Horowitz's impact of event scale: a review. *J Trauma Stress* 2000;13:101–13.
- Kleber RJ, Brom D, Defares PB. Coping with trauma. Theory, prevention and treatment. Lisse: Swets and Zeitlinger; 1992.
- Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lempérière TE. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol* 1985;143:175–89.
- Martin K, Taft C, Resick P. A review of marital rape. *Aggress Violent Behav* 2007;12:329–47.
- McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I, et al. Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences and treatment outcomes. *Obstet Gynecol* 2005;105:99–108.
- Mertin P, Mohr PE. Incidence and correlates of post-trauma symptoms in children from backgrounds of domestic violence. *Violence Vict* 2002;17:472–95.
- Négadi F, Pelissolo A, Jouvent R, Allilaire JF. Application de l'EMDR en sexotraumatologie : évolution de la comorbidité psychopathologique à propos d'un cas d'agression sexuelle. *Ann Med Psychol* 2007;165:523–8.
- 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.
- Rinfret-Raynor M, Riou A, Cantin S, Drouin C, Dubé MA. Survey on violence against female partners in Quebec, Canada. *Violence Against Women* 2004;10:709–28.
- Rothbaum BO. Controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder sexual assault victims. *Bull Menninger Clin* 1997;61:334–71.
- 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.
- Russell DEH. Rape in marriage. Bloomington: Indiana University Press; 1990.
- Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress* 1989;2:199–223.
- Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures. 2nd ed New York: Guilford Press; 2001.
- Shapiro F, Forrest M. EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma. New York: Basics Books; 1997.
- Soullez C, Rizk C. Le rôle des enquêtes de victimation dans la mesure de la délinquance, les premiers résultats de l'enquête de victimation INSEE/INHES-OND de 2007. Paris: Observatoire National de la Délinquance; 2008.
- Tarquinio C. L'EMDR : une thérapie pour la prise en charge du traumatisme psychique. *Rev Fr Stress Trauma* 2007;7: 107–20.
- Tarquinio C, Schmitt A, Tarquinio P. Violences conjugales et psychothérapie Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) : études de cas. *Evol Psychiatr* [A paraître, Ms. N° EVOPSY-D-10-00046R1].
- Tarquinio C, Schmitt A, Rydberg JA, Lanfranchi JB, Tarquinio P, Spitz E. Eyes movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: a pilot study. *Eur Rev Appl Psychol* [Soumis].
- Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington DC, U.S: Department of Justice, National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention; 1998.
- Weaver T, Allen JA, Hopper E, Maglione ML, McLaughlin D, McCullough MA, et al. Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women. *Health Care Women* 2007;2828:478–89.
- West U, Fernandez T, Hillard P, Schoof N. Psychiatric disorders of abused women at a shelter. *Psychiatr Q* 1990;61:295–301.
- Wolpe J. The practice of behavior therapy. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1990.
- 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.
- Zigmond AS, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.
- 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.