

L'EMDR («EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING») CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

SCHWEICH M (1), VERVIER J-F (1), GRANDJEAN V (2)

RÉSUMÉ : L'«Eye Movement Desensitization and Reprocessing» est une méthode élaborée en premier lieu pour le traitement de traumatismes chez l'adulte, mais il intéresse de plus en plus les professionnels de l'enfance. La manière dont cette thérapie peut être appliquée chez l'enfant et l'adolescent diffère des populations adultes, un enfant étant un être en plein développement et en relation avec ses parents. Le niveau de preuve diffère également, la littérature offrant moins d'études dans le domaine pédiatrique. Néanmoins, les études existantes sont prometteuses et démontrent, à petite échelle généralement, une efficacité de l'EMDR dans la prise en charge des traumatismes chez les enfants.

MOTS-CLÉS : EMDR - Trauma - Enfants - Adolescents

**EMDR («EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING»)
WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS**

SUMMARY : «Eye Movement Desensitization and Reprocessing» is a method for trauma treatment, initially developed for adults, but raising more and more awareness amongst child professionals. The way this therapy can be applied with children and adolescents varies from adult populations, because a child is constantly developing and in relation with his/her parents. The level of evidence also differs, literature offering less studies in this domain. Nevertheless, existing studies are promising and show, on a small scale mostly, that EMDR is effective for treating trauma in children.

KEYWORDS : EMDR - Trauma - Children - Adolescents

INTRODUCTION

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) est une méthode de traitement des états de stress post-traumatique principalement, élaborée par Francine Shapiro. Son application auprès de sujets adultes est largement répandue et documentée, la méthode ayant fait ses preuves au travers de nombreuses études (1-3). Si l'EMDR a pu être reconnue comme méthode efficace de traitement du trouble de stress post-traumatique dans une population adulte, nous retrouvons plus de controverses par rapport à l'application chez l'enfant et l'adolescent, avec moins de littérature à l'appui.

Néanmoins, nous savons qu'elle est également utilisée dans les populations pédiatriques, et cela de plus en plus fréquemment. Dans notre hôpital, le Centre Hospitalier de Luxembourg, par exemple, une partie des thérapeutes travaillant en pédiatrie sont formés à cette méthode.

L'objet de cet article est de faire le point sur l'état actuel de la recherche dans ce domaine, en reprenant les particularités de l'EMDR avec l'enfant et l'adolescent, les indications dans lesquelles cette méthode peut s'avérer efficace, et en faisant un point sur les controverses autour de l'application de l'EMDR dans cette population pédiatrique.

L'EMDR

Dans les années 80, l'américaine Francine Shapiro élabore une méthode de prise en charge du trouble de stress post-traumatique, l'EMDR (3). L'objet de ce type de prise en charge est d'atténuer l'effet d'un traumatisme vécu grâce à une stimulation bilatérale alternée, par mouvement oculaire, ou par tapotements par exemple.

Il existe plusieurs hypothèses sur le mécanisme d'action de cette thérapie, dont nous n'énoncerons qu'une seule, qui est soutenue par plusieurs auteurs. Comme J. Roques le détaille dans son livre «L'EMDR» (3), un traumatisme va provoquer dans le cerveau une hyperactivité du système limbique, suite à l'activation du système nerveux sympathique. Lors de la thérapie, le patient reproduit cette hyperactivité en énonçant son vécu traumatique, mais les mouvements oculaires vont déclencher dans le cerveau une activité cholinergique, parasympathique, apaisant les effets de l'activation sympathique initiale.

De nombreuses études soutiennent l'efficacité de l'application de l'EMDR chez l'adulte, en faisant une méthode de choix dans le traitement des traumatismes (1, 2). Il existe un protocole standardisé en huit phases encadrant la prise en charge, que nous ne détaillerons pas dans cet article.

En ce qui concerne l'EMDR chez l'enfant et l'adolescent, les avis semblent plus mitigés, la littérature offrant moins de preuves de son efficacité. Néanmoins, il existe de plus en plus d'études de cas et d'écrits à ce propos.

(1) Service de Pédopsychiatrie, Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg.

(2) Équipe mobile de Soins palliatifs, Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg.

Au vu des particularités du développement de l'enfant, les modalités de prise en charge vont varier par rapport à ce qui est appliqué chez l'adulte, mais le principe de base reste le même, notamment de désensibiliser le sujet par rapport à un traumatisme vécu, au travers de stimulations bilatérales alternées (4).

PARTICULARITÉS DE L'APPLICATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

L'enfant est un être en développement, avec un cerveau immature par rapport à celui d'un adulte, et la manière dont il va pouvoir être pris en charge va dépendre de son stade neuro-développemental (4). Ainsi, plus l'enfant est jeune, moins ses capacités cognitives sont développées et plus il aura du mal à réguler, conceptualiser et intégrer son monde interne (4).

Une des particularités du travail avec les enfants va être le choix du type de stimulation bilatérale alternée, les tapotements étant plus souvent appliqués que les mouvements oculaires, surtout chez les enfants plus jeunes. En effet, plus il est jeune, plus il est difficile pour un enfant de se concentrer sur les doigts du thérapeute et de les suivre.

Par ailleurs, il grandit et se construit dans un système familial, dont l'intégration dans la prise en charge est importante. Cela est d'autant plus important que l'enfant est jeune.

Quand un enfant est pris en charge en EMDR, contrairement aux adultes, les thérapeutes ne peuvent pas se contenter de faire une thérapie individuelle, car un traumatisme touchant un enfant va avoir un impact diffracté sur toute la famille (4). Comme J. Morris-Smith et M. Sylvestre le détaillent dans leur livre «L'EMDR avec l'enfant et sa famille», il est recommandé d'évaluer la situation de l'enfant dans son contexte familial, en travaillant avec les parents et les fratries quand cela s'avère nécessaire (4). Dans certains cas, il peut s'avérer pertinent de commencer par l'EMDR chez les parents avant de le faire avec les enfants. Les parents sont souvent impliqués dans les séances avec l'enfant. Différentes modalités sont possibles, les parents peuvent être amenés à rédiger une histoire narrative qu'ils vont lire à l'enfant pendant que l'enfant est soumis à des stimulations bilatérales alternées.

Il peut également s'avérer utile de recourir à des dessins, plutôt qu'à la parole.

L'usage du dessin semble aussi intéressant dans des prises en charge de groupes

d'enfants. Plusieurs études de cas font état de prises en charge de groupe en EMDR avec les enfants et les adolescents. Nous citerons dans ce contexte la prise en charge en EMDR d'un groupe d'enfants suite aux attentats de Paris du 13 novembre 2015 (5), celle d'un groupe de réfugiés mineurs (6), ou encore l'intervention en groupes d'enfants après un tremblement de terre en Italie en 2016 (7).

En ce qui concerne les adolescents plus particulièrement, nous savons qu'ils subissent de nombreux changements de leur corps, qui devient également le lieu d'expression principale de leur souffrance. Ainsi, il semblerait qu'au cours d'une prise en charge EMDR, les associations que font les adolescents seraient d'avantage centrées sur le corps et les ressentis somatiques (8).

De manière générale, il nous semble important de souligner que, comme pour tout type de prise en charge d'enfants ou d'adolescents, il est conseillé d'effectuer un travail plus global que ce qui pourrait être fait avec un adulte. Ainsi, l'EMDR doit s'inscrire dans un contexte psychothérapeutique, avec la création d'un lien thérapeutique avant toute autre intervention, pour que l'enfant se sente en confiance et donc, en sécurité.

Dans notre hôpital pédiatrique, l'EMDR peut être utilisé dans un contexte traumatique immédiat, mais aussi dans un contexte thérapeutique plus global.

Il peut s'agir d'une technique pour stabiliser l'enfant ou le jeune dans les suites directes d'un trauma, ou bien servir d'outil complémentaire dans une prise en charge à plus long terme.

INDICATIONS DE PRISE EN CHARGE

L'EMDR est un traitement de choix pour le trouble de stress post-traumatique, mais est efficace dans d'autres indications également. En effet, tout événement étant vécu par l'enfant comme traumatisant peut faire l'objet d'une désensibilisation par l'EMDR. Différents diagnostics peuvent avoir un trauma comme élément déclencheur.

Dans son «puzzle diagnostique», A. Hofmann, cité par M. Sylvestre et J. Morris-Smith, relève ainsi le trouble oppositionnel, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, la dépression, les troubles anxieux, etc. (4).

Le DSM-5 regroupe ainsi dans la catégorie «Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress», plusieurs diagnostics comme

par exemple, le trouble réactionnel de l'attachement ou la désinhibition du contact social (9). L'EMDR peut également être utilisé dans les suites directes d'un événement traumatisant, pour éviter l'installation d'un trouble de stress post-traumatique, tel que décrit par Brennstuhl et Bassan (5). Par ailleurs, Wesselmann et coll. émettent l'hypothèse que l'EMDR pourrait être appliqué pour améliorer la qualité de l'attachement chez des enfants avec un trouble de l'attachement, mais des études supplémentaires sont nécessaires pour le confirmer (10).

EFFICACITÉ CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT ET CONTROVERSES

La littérature offre plusieurs études ou rapports de cas pouvant donner une idée de l'efficacité de l'EMDR chez l'enfant et l'adolescent. De Roos et coll. ont fait une étude comparant la thérapie cognitivo-comportementale avec l'EMDR dans le cas d'enfants traumatisés par une explosion. Cette étude a confirmé l'efficacité de ces 2 méthodes, avec un avantage pour l'EMDR, en recommandant néanmoins plus de recherches dans ce domaine (11).

Une méta-analyse de 2009 indique que l'EMDR est efficace pour traiter l'état de stress post-traumatique chez l'enfant, tout en soulignant également le manque de recherche dans la littérature dont les études analysées restent peu nombreuses en incluant un faible nombre de participants (2). Une autre méta-analyse évaluée, de son côté, le niveau de preuve de différentes méthodes de prise en charge des traumatismes et conclut à un manque d'études mesurant de manière fiable leur efficacité respective (12).

La description de Brennstuhl et Bassan précise que la prise en charge en groupe des enfants exposés aux attentats de Paris est intervenue dans les 24-72h suivant les événements, chez des enfants à risque important de développer un état de stress post-traumatique au vu de la symptomatologie présentée. Elle observe une bonne évolution de ces enfants à court terme, mais également à moyen terme, évaluée grâce à des follow-up à 3 mois de la prise en charge (5).

Desbiendras relate, de son côté, la prise en charge d'un groupe de mineurs réfugiés lors d'une séance unique. L'effet du groupe est jugé positif, permettant de se soutenir notamment les uns les autres. Cette séance aura déjà permis, pour la plupart des jeunes, d'atténuer les symptômes présentés. Néanmoins, dans cette situation, aucun follow-up n'a pu être fait à dis-

tance, au vu de la situation sociale instable de ces jeunes réfugiés (6).

Par ailleurs, dans le cas d'un état de stress post-traumatique, il semblerait que, contrairement à ce qui a pu être décrit chez l'adulte, l'efficacité chez l'enfant serait d'autant plus importante que la prise en charge a lieu rapidement après l'événement traumatisant (7).

Alors que l'EMDR est reconnu comme méthode valide pour la prise en charge des traumatismes chez les adultes, il est loin de faire l'unanimité dans le monde des professionnels de l'enfance. Dans les services de pédopsychiatrie, cette méthode reste peu répandue et semble avoir du mal à s'implanter. Néanmoins, dans une pratique pédopsychiatrique au Grand-Duché de Luxembourg, nous constatons que l'offre de soins en EMDR s'élargit progressivement, de manière plus prononcée dans les lieux de consultations privées.

Comparées aux prises en charge adultes, celles des enfants et des adolescents vont dépendre de beaucoup plus de facteurs différents. Au vu de la nécessité d'impliquer la famille et surtout les parents, ceux-ci doivent être prêts à s'investir dans une thérapie avec leurs enfants. Ceci implique qu'ils soient suffisamment stabilisés au niveau émotionnel pour pouvoir être contenant pour l'enfant. Si ce n'est pas le cas, ils doivent accepter de l'aide individuelle dans un premier temps. La qualité de l'intervention auprès de l'enfant va ainsi dépendre des capacités de son système familial pour le contenir et le soutenir tout au long du traitement.

En tant qu'observateur, il est plus aisé d'être introduit dans des séances d'EMDR avec les adultes qu'avec les enfants. Ceci pourrait s'expliquer par le plus petit nombre de situations dans lesquelles cette prise en charge peut être mise en place dans une population pédiatrique, mais également par l'importance de créer un environnement thérapeutique stable autour de l'enfant dans lequel l'observateur devrait faire partie intégrante du cadre tout au long de la prise en charge.

CONCLUSION

L'EMDR est une méthode de prise en charge des traumatismes chez l'adulte, mais également chez l'enfant et l'adolescent. Le protocole standard ne peut pas être appliqué aux enfants de la même manière qu'aux adultes, car il faut s'adapter au niveau développemental de l'enfant. Le type de stimulation bilatérale alternée va dépendre de son âge et plusieurs

méthodes différentes existent pour travailler avec l'enfant seul, avec sa famille ou en groupe. Si les avis divergent sur l'usage en pratique clinique de l'EMDR chez l'enfant, de plus en plus d'études montrent son efficacité dans la prise en charge des traumatismes, tout en soulignant le manque de recherche dans ce domaine, notamment d'études à large échelle et avec des groupes contrôles. La littérature actuelle fait donc état d'une méthode prometteuse, mais, à ce jour, insuffisamment explorée et démontrée.

De manière générale, en dehors de son usage ponctuel de stabilisation émotionnelle dans la suite immédiate du traumatisme, l'EMDR avec l'enfant devrait être implémenté dans un contexte psychothérapeutique global qui s'appuie sur une alliance thérapeutique solide avec l'enfant et sa famille. La mise en place d'un cadre stable semble plus important dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents que dans celle des adultes.

Plus l'enfant est jeune, plus la présence des parents est nécessaire au soutien de l'enfant et à son implication dans la thérapie, mais plus il est alors difficile de différencier son impact propre des facteurs inhérents au système familial.

Aussi, la pratique clinique de l'EMDR nécessite des psychothérapeutes formés non seulement à la méthode, mais également à son usage tant chez les adultes que chez les enfants, ce qui devrait permettre la mise en place d'un dispositif de soins à géométrie variable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, et al. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;**190**:97-104.
2. Rodenburg R, Benjamin A, De Roos C, et al. Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009;**29**:599-606.
3. Roques J. *L'EMDR*. 1^{ère} ed. Paris;PUF:2016.
4. Morris-Smith J, Silvestre M. *L'EMDR avec l'enfant et sa famille: contextualisation et travail intégratif*. 2^{ème} éd. Paris;Dunod:2022.
5. Brennstuhl A, Bassan F. Prise en charge groupale pour des enfants impactés par les attentats de Paris. Dans Souche L, Baltenneck N, éditeurs. *Mieux comprendre la thérapie EMDR: 13 études de cas*. 2^{ème} éd. Paris;Éditions in press:2019. p 75-96.
6. Desbiendras N. Prise en charge EMDR de groupe auprès de réfugiés mineurs. Dans Souche L, éditeur. *La thérapie EMDR pour l'enfant et l'adolescent: 10 études de cas*. 2^{ème} éd. Paris;Éditions in press:2019. p273-97.
7. Trentini C, Lauriola M, Giuliani A, et al. Dealing with the aftermath of mass disasters: a field study on the application of EMDR integrative group treatment protocol with child survivors of the 2016 Italy earthquakes. *Front Psychol* 2018;**9**:862.
8. Gros M, Matera L. Importance de la dimension corporelle dans les vécus et expressions adolescentes. Dans Souche L, éditeur. *La thérapie EMDR pour l'enfant et l'adolescent: 10 études de cas*. 2^{ème} éd. Paris;Éditions in press:2019. p159-81.
9. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, et al. *Mini DSM-5®: critères diagnostiques*. 3^{ème} éd. Issy-les-Moulineaux; Elsevier Masson SAS:2016. p131-42.
10. Wessellmann D, Davidson M, Armstrong S, et al. EMDR as a treatment for improving attachment status in adults and children. *Eur Rev Appl Psychol* 2012;**62**:223-30.
11. De Roos C, Greenwald R, Den Hollander-Gijsman M, et al. A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *Eur J Psychotraumatol* 2011;**2**:5694.
12. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, et al. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;**10**:CD012371.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Schweich M, Service de Pédopsychiatrie, Centre Hospitalier de Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg.
Email : Melodie.schweich@student.uliege.be