

# EMI et EMDR : ressemblances et différences



Par Danie Beaulieu, Ph. D.

Dans le champ de la psychothérapie, les intervenants peuvent avoir recours à différentes techniques : l'hypnose, la PNL, la désensibilisation systématique, la thérapie d'Impact, etc. À l'heure actuelle, deux d'entre elles se démarquent plus particulièrement : l'EMI (*Eye Movement Integration Therapy*<sup>1</sup>) et l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). Comme chacun le sait, ces techniques sont utilisées pour traiter les états de stress post-traumatiques et les souvenirs récurrents et négatifs. Comme elles présentent certaines ressemblances – dont la plus évidente est qu'elles font toutes deux appel à des mouvements oculaires –, il arrive souvent qu'elles soient confondues. Le présent article ayant comme principal objectif de les distinguer, nous aborderons divers aspects permettant de circonscrire leurs particularités propres : nous verrons donc les origines de chacune de ces techniques, le type de segments effectués, les mouvements oculaires impliqués et, enfin, la manière dont ces techniques s'appliquent lors des traitements.

## Les ressemblances

Dans un premier temps, mentionnons que l'EMI et l'EMDR ont des points communs importants. En effet, en plus de faire appel à des mouvements oculaires, ces deux techniques s'appliquent pour traiter le même genre de problème. De plus, autant en EMI qu'en EMDR, on s'intéresse aux traces neurologiques laissées par les événements traumatiques. Par ailleurs, on observe des effets similaires lors d'un traitement en matière de réactions physiques, émotionnelles, cognitives, visuelles, auditives, etc. L'efficacité des deux techniques, quant à elle, apparaît semblable dans la pratique (quelques séances seulement sont nécessaires). Pour ce qui est de la durée de formation des thérapeutes, elle s'avère comparable : 16 heures pour le niveau 1 et 16 heures pour le niveau 2.

## L'origine de l'EMI et de l'EMDR

L'EMI a été créée en 1989 par Connirae et Steve Andreas, de Boulder, au Colorado. La psychologue québécoise Danie Beaulieu a par la suite développé et raffiné la technique, notamment en y ajoutant des éléments de la Thérapie d'Impact. De plus, c'est cette psychologue qui a publié le premier ouvrage sur le sujet (Beaulieu, 2003), lequel ouvrage a reçu l'aval des fondateurs.

Sur quoi repose l'EMI ? Ce traitement se fonde sur les principes de la programmation neurolinguistique (PNL). Selon cette approche, la direction du regard indique le type d'information auquel le cerveau est en train d'accéder. Par exemple, une personne qui regarde en haut a souvent accès à un souvenir visuel ; celle qui regarde à droite ou à gauche, à un contenu auditif ; celle qui regarde en bas, à des ressentis. À partir de ce principe, Connirae et Steve Andreas ont posé la question suivante : si on oblige un client, lorsqu'il est en contact avec un souvenir traumatique, à regarder dans différentes directions, pourra-t-on forcer le cerveau à accéder à de nouvelles

informations sensorielles auxquelles le client ne peut accéder consciemment ? La réponse est oui, assurément.

L'origine de l'EMDR s'avère, quant à elle, tout à fait différente. Cette technique a été créée en 1987 par la psychologue californienne Francine Shapiro. Celle-ci a découvert l'EMDR alors qu'elle se promenait dans un parc en ruminant des idées noires. Elle s'est rendu compte que lorsque ses yeux se déplaçaient rapidement de gauche à droite, la charge émotionnelle de ses pensées diminuait. Elle a par la suite appliqué sa découverte dans ses interventions psychothérapeutiques. Vous connaissez la suite des événements.

## Type de segments utilisés

Les segments – c'est-à-dire la direction des mouvements oculaires que le client est amené à suivre – diffèrent dans les deux techniques. En EMI, les segments se font dans différentes directions, à la vitesse demandée par le client. Le thérapeute doit en fait exécuter une vingtaine de segments différents, qui lui permettent de couvrir l'ensemble du champ visuel du client. En EMDR, les segments se font dans une seule direction, le plus rapidement possible, et ce, jusqu'à ce que le client n'ait plus de réaction spécifique. Ce n'est qu'à cette condition en général que le thérapeute peut faire un segment dans une autre direction.

Ainsi que nous l'avons mentionné, le fait que les segments utilisés en EMI soient effectués dans toutes les directions permet à l'intervenant de travailler dans tout le champ visuel du client. Ce faisant, le client peut aisément déterminer quelles sont, dans son champ visuel, les zones les plus "chargées" et les zones plus légères. Par exemple, si le client consulte suite à un accident d'automobile dont l'impact serait survenu du côté gauche, il est fréquent que les mouvements oculaires réalisés dans cette direction soulèvent de fortes réactions, alors que du côté droit, la réponse sera typiquement moins chargée émotionnellement. Ainsi, le traitement peut être dosé de manière à intégrer l'ensemble des informations, mais à un rythme qui sera plus facile à tolérer pour le client. Celui-ci aura par ailleurs un plus grand sentiment de contrôle sur le traitement. Cela facilitera d'autant sa collaboration, puisqu'il pourra choisir le prochain segment à effectuer. Avec l'EMDR, le client n'a pas l'option de choisir la direction du prochain segment, par contre, tout comme avec l'EMI, il peut demander une période d'arrêt pour se reposer au besoin.

## La nature des mouvements oculaires

De manière générale, la perception des stimuli visuels peut se faire à partir de trois types de mouvements oculaires. En anglais, ces mouvements se nomment *fixation* (la fixation), *saccadic eye movement* (les mouvements par saccades) et *SPEM*, c'est-à-dire *smooth pursuit eye movement* (la poursuite visuelle

<sup>1</sup> En français, cette technique est appelée *Intégration par les mouvements oculaires* (IMO).

continue). La *fixation* correspond à l'action de centrer son attention sur un point immobile. Les *saccadic eye movements*, quant à eux, correspondent aux mouvements oculaires rapides, par saccades.

Pour ce qui est du SPEM, il consiste à suivre lentement et sans à-coups une cible en mouvement.

Lors des traitements, l'EMI et l'EMDR font appel à des types de mouvements oculaires différents. Alors que c'est le SPEM<sup>2</sup> qui est sollicité en EMI, l'EMDR utilise plutôt les *saccadic eye movements*. Il est à noter que ces deux types de mouvements se produisent pendant le sommeil. Dans la phase du sommeil paradoxal, les yeux bougent en saccades. Dans d'autres phases, ils bougent de manière beaucoup plus lente. Sans qu'on puisse confirmer qu'il s'agisse du SPEM, on remarque quand même un rythme qui lui est similaire. Ainsi, contrairement à ce que certains pensent, des mouvements oculaires se produisent dans toutes les phases du sommeil. Par ailleurs, ces mouvements se font dans différentes directions, ce qui correspond à ce qui se passe pendant un traitement avec l'EMI, et non pas dans une seule. Bref, en EMI tout comme en EMDR, les mouvements oculaires sollicités ressemblent à ceux qui se produisent naturellement pendant le sommeil.

### L'application des techniques

Tous ces éléments étant établis, il est clair que certaines différences se dégagent quant à l'application concrète des deux techniques. D'abord, mentionnons une différence notable quant à leur facilité d'application. En fait, du point de vue du thérapeute, l'EMDR se révèle plus facile à appliquer que l'EMI, ne serait-ce qu'à cause du nombre de segments utilisés dans chacune de ces techniques. Si le thérapeute en EMDR doit effectuer un seul type de segment, le praticien de l'EMI, pour sa part, en exécute une vingtaine. De plus, il doit constamment veiller à effectuer les segments à la vitesse demandée par le client, afin de lui éviter de ressentir un inconfort. Pendant les segments, le thérapeute doit également répéter certains mots ou offrir une mise en scène – en ayant recours à des éléments de la Thérapie d'Impact ou de la Gestalt, par exemple – afin de maintenir le client en contact avec son circuit psychogène.

Une autre différence entre les deux techniques réside dans le fait que le client a davantage de contrôle en EMI. Il peut en effet choisir la direction du prochain segment, de même que son amplitude et sa vitesse d'exécution. Si une zone s'avère particulièrement chargée et douloureuse, il peut décider de ne pas trop la "fréquenter". Afin de doser l'intensité du traitement et de rendre l'expérience plus facile, le thérapeute propose alors un segment dans une zone moins chargée, ou alors un segment reliant la zone difficile avec une zone plus légère. Le client est toujours libre d'accepter ou de refuser, selon son état émotif, ce qui est proposé. À la

<sup>2</sup> Certaines maladies, comme la schizophrénie, la dépression majeure et le déficit de l'attention, sont associées à l'incapacité de faire le SPEM. Cette incapacité se nomme, en anglais, *SPEM deficit*. Chez les clients qui en sont atteints, la technique EMI fonctionne moins bien. Il faut alors leur apprendre à faire le SPEM avant d'entreprendre le traitement.

fin du traitement, le client est invité à créer son propre segment pour clore le traitement et surtout pour intégrer l'ensemble de son expérience de façon écologique. Enfin, le fait que le client ait plus de contrôle en cours de traitement favorise l'établissement d'une solide relation de complicité et de confiance.

### L'EMI : une approche prometteuse

Le livre de Francine Shapiro sur l'EMDR étant paru en 1989 et celui de Danie Beaulieu sur l'EMI étant tout récent (2003 ; la version française *Intégration par les mouvements oculaires* vient tout juste de paraître aux Éditions le Souffle d'Or), cette dernière approche n'est pas encore au sommet de son rayonnement et de sa popularité.

Comme Connirae et Steve Andreas se définissent non pas comme des "researchers", mais comme des "searchers", la seule étude empirique qui a été menée sur la technique l'a été par Danie Beaulieu (2003). Néanmoins, le traitement EMI se fait de plus en plus connaître, et ce, principalement par le biais de formations spécialisées. À ce jour, plus de 2000 thérapeutes enthousiastes ont été formés, et ce, tant en Amérique du Nord (Canada, États-Unis) qu'en Europe (France, Allemagne, Angleterre, Italie).

### En conclusion

En terminant, bien que l'EMI et l'EMDR se ressemblent, ces deux techniques neurothérapeutiques présentent néanmoins des différences importantes. Comme il a été mentionné, les deux techniques diffèrent sur le plan des segments effectués, de la nature des mouvements oculaires sollicités et de l'application. Quoi qu'il en soit, un fait demeure. Au-delà des différences, le domaine de la psychothérapie a fait un pas de géant depuis la venue de ces deux techniques. Et ceux qui souffrent peuvent désormais espérer une véritable guérison.

### Références :

BEAULIEU, D. (2003). *Eye Movement Integration Therapy : The Comprehensive Clinical Guide*. Wales : Crown House Publishing Ltd.

SHAPIRO, F. (1989a). "Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories", *Journal of Traumatic Stress*, 2 (2), 199-223.

*Danie Beaulieu est docteur en psychologie (diplômée de l'Université de Montréal à la maîtrise et au doctorat), hypnothérapeute (diplômée de l'Université Concordia) et Thérapeute d'Impact (études poursuivies avec Dr Ed Jacobs, West Virginia University). Madame Beaulieu est une formatrice reconnue tant aux États-Unis, en Europe qu'au Canada. Elle est l'auteure du livre Techniques d'Impact pour intervention en psychothérapie, relation d'aide et santé mentale qui est maintenant disponible en 5 langues, ainsi que de 13 autres livres dans le domaine de la psychologie.*