

Adaptations culturelles du protocole EMDR standard dans cinq pays d'Afrique

Femke Bannink Mbazzi

*Université de Gand, Belgique
Cabinet de psychologie, Kampala, Ouganda*

Anne Dewailly

*Cabinet de psychologie, Kampala, Ouganda
Trauma Aid France, Cannes et Clairan, France*

Kalkidan Admasu

Hôpital psychiatrique Amanuel, Addis Ababa, Éthiopie

Yvonne Duagani

Université de Kinshasa, république démocratique du Congo

Kizito Wamala

École de psychologie de l'université de Makéréré, Kampala, Ouganda

Aquila Vera

Groupe hospitalier de Parirenyatwa, Harare, Zimbabwe

Dismas Bwesigye

Hôpital psychiatrique de référence nationale, Kampala, Ouganda

Gisela Roth

*Centre de consultation Tumaini, Nairobi, Kenya
DMG interpersonal, Sinsheim, Allemagne*

Depuis 2007, des professionnels de santé mentale en Afrique sub-saharienne ont été formés à la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR). Cette étude qualitative a recouru à un dispositif afrocentré avec analyse thématique pour explorer les adaptations apportées au protocole standard EMDR, visant à le rendre culturellement pertinent pour des patients africains. Les participants étaient 25 thérapeutes EMDR (dont trois hommes, tranche d'âge 32-60 ans, $\bar{x} = 44$) de cinq pays africains, qui pratiquaient l'EMDR depuis 1 à 11 ans ($\bar{x} = 7$). Tous ont répondu à un questionnaire d'enquête, huit ont participé à une discussion de groupe, et deux ont fourni une analyse de notes de supervision. Les participants estimaient que l'EMDR était une thérapie utile et bénéfique et la préféraient aux autres thérapies en raison de sa nature non narrative et de ses résultats rapides. Nous avons identifié quatre domaines dans lesquels les thérapeutes africains ont régulièrement adapté le protocole standard : la formulation du texte du protocole, l'expression culturelle des pensées et des émotions, le choix des stimulations et la simplification des échelles quantitatives. Sur la base des résultats de cette étude, nous formulons de nombreuses recommandations pour

This article originally appeared as: Mbazzi, F. B. et al. (2021). Cultural adaptations of the standard EMDR protocol in five African countries. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(1), 29–43. Translated by François Mousnier-Lompré.

des adaptations culturelles du protocole EMDR. Celles-ci comprennent des changements de langage pour prendre en compte la communication « orientée vers le nous » des patients ; des interprétations culturelles des pensées et des événements positifs et négatifs ; l'ajout d'activités culturelles telles que la danse, la musique et les pratiques religieuses comme exercices de ressourcement ; l'utilisation de gestes des mains ou de l'échelle picturale avec des visages au lieu d'échelles numériques ; et l'utilisation de tapotements pour les stimulations bilatérales au lieu de mouvements oculaires, parfois considérés comme de la « sorcellerie ». Nous abordons la pertinence de ces résultats pour la pratique et la formation EMDR. Nous recommandons aux chercheurs africains d'étudier plus avant l'acceptabilité, l'utilisation et l'efficacité de l'EMDR dans leur pays.

Mots clés: thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) ; Afrique ; adaptation culturelle ; trauma ; étude qualitative ; analyse thématique

Si les événements traumatisants ont un impact négatif sur les membres de groupes culturels très divers, sur tous les continents, les traitements psychologiques du trauma sont surtout fondés sur des théories et des techniques qui proviennent des pays du Nord. Afin de travailler efficacement avec des patients qui appartiennent à d'autres groupes culturels que le leur, les cliniciens et les chercheurs doivent avoir des compétences culturelles (Osterman & De Jong, 2007). À partir des années 1980, l'impératif d'avoir une compétence culturelle et une orientation multiculturelle en psychothérapie et en supervision clinique a été reconnu (Hook et coll., 2016 ; Watkins et coll., 2019). Il est nécessaire, lors du traitement des patients ayant des problèmes psychologiques ou psychiatriques, de prendre en compte le rapport entre la culture du patient et les notions de santé ou de maladie, les expressions de la détresse et les croyances et pratiques de guérison, car la culture détermine l'expression des symptômes, les modèles explicatifs de la maladie, l'adaptation à celle-ci et son traitement (Osterman & De Jong, 2007).

1. La thérapie EMDR

La thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) est une approche psychothérapeutique en huit phases, utilisée depuis 1989 pour traiter les personnes présentant des symptômes de stress traumatique (F. Shapiro, 2001). L'EMDR est l'un des deux traitements du stress et des traumatismes recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Tol et coll., 2013). Un grand nombre d'essais contrôlés randomisés dans le monde entier ont documenté ses effets positifs, notamment une diminution rapide des symptômes du trouble stress post-traumatique (TSPT ; Mavranouzouli et coll., 2020). Les études ont documenté des adaptations culturelles réussies

des protocoles EMDR individuels et de groupe avec des populations de réfugiés et des communautés touchées par des catastrophes, naturelles ou d'origine humaine, en Asie, en Europe, au Moyen-Orient et en Amérique du Nord et du Sud (Acarturk et coll., 2015 ; Hurn & Barron, 2018 ; Jarero et coll., 2014 ; Lehnung et coll., 2017 ; Mehrotra, 2014 ; Rasolkhani-Kalhorn, 2005 ; Seponski, 2011 ; Ter Heide et coll., 2014).

La thérapie EMDR est basée sur le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI ; Shapiro, 2001) qui part du principe que les expériences de vie traitées avec succès sont stockées et « digérées » de manière appropriée et créent des réseaux mnésiques adaptés. Lorsque les vécus sont traumatisants, en revanche, le traitement peut échouer, ce qui affecte le réseau mnésique : les personnes peuvent alors avoir des vécus intrusifs et perturbants d'images, de pensées et de croyances, d'émotions et de sensations corporelles. L'objectif de la thérapie EMDR est d'identifier et de retraiter ces souvenirs perturbants (Shapiro, 2001 ; Shapiro & Forrest, 2001 ; Shapiro & Laliotis, 2011).

Le protocole EMDR standard se compose de huit phases. Dans la phase 1, intitulée « anamnèse du patient », l'objectif est d'identifier le problème actuel du patient et les souvenirs non traités qui sont à l'origine de ce problème. Dans la phase 2, phase de « préparation », on évalue la stabilité du patient, on lui explique le processus EMDR et on explore avec lui les différentes options de stimulation bilatérale (SBA), dont les mouvements oculaires et les tapotements, entre autres. On pratique avec lui des exercices de stabilisation comme le « lieu sûr » et le « conteneur », pour s'assurer qu'il restera à l'intérieur de sa fenêtre de tolérance aux affects pendant le retraitement. Dans la phase 3, phase d'« évaluation », le thérapeute aborde le souvenir cible pour le retraitement EMDR. Les composantes d'un souvenir

sont définies par la pire représentation de l'événement traumatique, comme une image, un son ou un goût. On identifie, lorsque le patient pense à l'expérience traumatique qu'il a vécue, une croyance négative sur lui-même. Une cognition positive que le patient aimerait croire à son propre sujet est ensuite définie. La validité de cette cognition positive est mesurée par l'échelle Validité de la cognition (VOC), où 1 correspond à une cognition « complètement fausse » et 7 à une cognition « complètement vraie ». On demande ensuite au patient de décrire la ou les émotions qu'il ressent lorsqu'il pense à cet événement traumatisant. Le niveau de perturbation émotionnelle provoqué par l'événement traumatique est mesuré sur l'échelle des unités subjectives de perturbation (SUD), 0 représentant une perturbation nulle et 10 une perturbation maximale. Dans la phase 4, phase de « désensibilisation », le souvenir traumatique est retraité à l'aide de SBA. Dans cette phase, le patient retraite l'information et fait des associations qui relient les souvenirs stockés dysfonctionnels à un réseau mnésique adapté. Si le retraitement est bloqué, il existe différentes techniques pour débloquer le processus ; une façon courante est que le thérapeute intervienne en utilisant des techniques de tissage cognitif. Le retraitement se poursuit jusqu'à ce que le SUD soit à 0. Dans la phase 5, la phase d'« installation », l'objectif est d'installer la cognition positive du patient avec une note de validité de 7 (complètement vrai) sur l'échelle VOC, tout en pensant au souvenir. Dans la phase 6, le « scanner corporel », le thérapeute vérifie s'il existe encore des sensations corporelles négatives associées au souvenir traumatique. Dans la phase 7, phase de « clôture », thérapeute et patient terminent le processus, en s'assurant que le patient est en état de quitter le cabinet en toute sécurité et qu'il est conscient que le retraitement peut se poursuivre entre les séances. Dans la phase 8, la « réévaluation », qui a généralement lieu lors d'une séance ultérieure, le thérapeute évalue les avancées du patient (Shapiro & Forrest, 2001).

Le protocole EMDR standard a été élaboré à partir des expériences de Francine Shapiro lorsqu'elle utilisait l'EMD (Shapiro & Forrest, 2001). L'EMD (désensibilisation par les mouvements oculaires) est encore utilisée dans des situations particulières pour réduire les symptômes, en ciblant une seule dimension du souvenir et en évitant les associations spontanées avec d'autres souvenirs par un retour à la cible après chaque séquence de SBA. L'EMD réduit l'activation, augmente la stabilité et

est indiquée pour les patients qui peuvent facilement être submergés par leurs émotions (Shapiro & Laliotis, 2011). D'autres protocoles, individuels ou de groupe, ont été développés (Artigas et coll., 2009 ; Shapiro & Moench, 2015), ainsi que des protocoles pour répondre à des symptômes et des situations spécifiques (Shapiro & Laliotis, 2011).

2. L'EMDR en Afrique sub-saharienne

Dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, le fardeau du stress traumatique est élevé en raison de diverses catastrophes dues à la guerre, et de cataclysmes naturels ou d'origine humaine, et du manque de services de santé mentale (Atwoli et coll., 2013 ; Beiser et coll., 2010 ; Jenkins et coll., 2015 ; Kane et coll., 2016 ; Njenga et coll., 2006 ; Okello et coll., 2013 ; Verhey et coll., 2018 ; Winkler et coll., 2015). Malheureusement, de nombreux pays à faible revenu manquent de professionnels de santé mentale formés, et les disparités de traitement sont énormes (Lund et coll., 2012 ; Patel et coll., 2007).

Depuis 2007, des travailleurs sociaux, des conseillers et des psychologues africains du Burundi, du Cameroun, de République démocratique du Congo, d'Éthiopie, du Kenya, du Rwanda, d'Afrique du Sud, du Soudan, de Tanzanie, du Togo, d'Ouganda, de Zambie et du Zimbabwe ont été formés à l'EMDR par diverses associations EMDR de programmes d'aide humanitaire (HAP) des États-Unis, de la France, de l'Allemagne, d'Israël, des Pays-Bas, de l'Espagne et de la Suisse (Fernandez et coll., 2014 ; Zimmermann, 2014). On sait très peu de choses sur l'utilisation de l'EMDR en Afrique sub-saharienne. Masters et coll. (2017) et Zimmermann, 2014 ont décrit l'expérience de l'enseignement de l'EMDR dans des pays africains (Masters et coll., 2017 ; Zimmermann, 2014).

Cependant, seules quelques publications sont disponibles sur son utilisation et sur les résultats de la thérapie EMDR dans les pays africains.

En Afrique du Sud, une étude sur l'utilisation du protocole EMDR standard avec trois patients atteints de cancer a montré des résultats bénéfiques (Peters et coll., 2002). Une étude menée en Ouganda auprès de dix-neuf travailleurs de santé mentale suggérait qu'une adaptation culturelle des directives données aux patients était importante avant d'utiliser l'EMDR dans le pays, mais aucune suggestion spécifique n'était faite sur la façon d'adapter le protocole standard (Kane et coll., 2016). En Éthiopie, le protocole EMDR de traitement intégratif de groupe (*integrative group treatment protocol*, IGTP ; Artigas et

coll., 2009) a été administré à 48 réfugiés adolescents, amenant une diminution significative des symptômes d'ESPT et d'anxiété après le traitement EMDR (Smyth-Dent et coll., 2019). En République démocratique du Congo, le même protocole de groupe a été testé et comparé en 2008 à une thérapie EMDR individuelle avec 37 jeunes femmes qui avaient été agressées sexuellement, avec une plus forte réduction des notes SUD chez les femmes qui avaient reçu un traitement individuel (Allon, 2015). À l'exception de l'étude d'Allon, aucune information n'est disponible dans les comptes-rendus de ces études sur les adaptations culturelles que les thérapeutes EMDR africains ont apportées au protocole. Des modifications culturelles sont en effet indispensables lorsqu'il s'agit d'adopter des méthodes thérapeutiques de pays à hauts revenus pour les utiliser dans des pays à faibles revenus (Chowdhary et coll., 2014; Patel et coll., 2007; Wilson & Tang, 2007).

3. Modifications culturelles de l'EMDR

La thérapie EMDR a été initialement développée par Shapiro aux États-Unis. Au fur et à mesure que son utilisation s'est répandue dans le monde, divers auteurs ont proposé des adaptations culturelles du protocole afin qu'on puisse l'utiliser auprès de personnes issues de milieux culturels différents. Des adaptations culturelles des protocoles EMDR individuels et de groupe ont été décrites par des thérapeutes et des chercheurs d'Asie, d'Europe, du Moyen-Orient et d'Amérique du Nord et du Sud (Acarturk et coll., 2015; Allon, 2015; Hurn & Barron, 2018; Jarero et coll., 2014; Lehnung et coll., 2017; Mehrotra, 2014; Rasolkhani-Kalhorn, 2005; Seponski, 2011; Ter Heide et coll., 2014; Woo, 2014). L'EMDR-IGTP a également été utilisé avec succès avec des enfants et des adultes dans divers contextes à faibles ressources (Artigas et coll., 2014; Jarero & Artigas, 2012; Wong, 2018).

Spierings a recommandé l'utilisation de métaphores culturellement appropriées pour expliquer les traumatismes et a souligné l'importance d'une « compétence interculturelle » du thérapeute. Elle l'a définie comme « une manière structurée de construire des relations thérapeutiques avec des patients de différentes cultures et d'établir la confiance » (Spierings, 1999, p. 3). Ce concept a été développé par d'autres thérapeutes en Europe et aux États-Unis (Amara, 2017; Hartung, 2017; Masters et coll., 2017; Nickerson, 2017).

Nickerson (2017) souligne aussi combien cette compétence culturelle est indispensable. Il affirme que

les cliniciens EMDR peuvent employer des modifications inspirées par le contexte culturel pour chacune des huit phases, tant que ces modifications restent conformes au modèle du TAI de F. Shapiro et permettent d'atteindre les objectifs de chaque phase. Il encourage les cliniciens EMDR à développer une conscience du contexte culturel afin qu'ils puissent adapter les procédures EMDR standard à celui-ci, établir des alliances thérapeutiques conformes à la culture du patient et prendre en compte ces aspects culturels lors de la mise en œuvre des évaluations, des formulations de cas et des plans de traitement. Hartung (2017) décrit l'importance de comprendre les pratiques et les coutumes culturelles lors de l'enseignement et de l'utilisation de l'EMDR dans les différentes sociétés d'Asie, d'Europe et des Amériques. Il reconnaît les différences des conceptions culturelles de la santé mentale, qui se retrouvent dans l'histoire des soins de santé mentale dans les divers pays.

Amara, (2017), Hartung (2017), Spierings (2004) et Zimmermann (2014) ont proposé les adaptations suivantes du protocole standard pour le rendre plus approprié aux personnes issues de cultures du Sud :

En phase 1

- Utilisez la prière au début d'une séance si cela aide le patient (Spierings, 2004).
- Tenez compte des traumatismes passés et en cours lorsque vous recueillez les antécédents du patient et utilisez des moyens indirects de les demander, car de nombreux patients peuvent se sentir en danger ou gênés lorsqu'ils parlent de leurs symptômes psychologiques (Amara, 2017 ; Spierings, 2004).
- Utilisez la technique de la ligne de vie pour recueillir les antécédents, et pour ne sélectionner que quelques cibles à traiter lors de l'élaboration du plan de traitement (Spierings, 2004).
- Incluez des souvenirs positifs sur la ligne de temps pour permettre au patient de voir sa vie du passé au futur en passant par le présent. Si les souvenirs négatifs l'emportent sur les positifs, prenez le temps de trouver des souvenirs positifs et construisez des ressources supplémentaires (Hartung, 2017).

En phase 2

- Commencez par des exercices de stabilisation et de ressourcement avant le retraitement ou passez de l'un à l'autre tout en recueillant

l'histoire du patient (phase 1), car de nombreux patients se sentent très peu en sécurité (Hartung, 2017 ; Spierings, 2004).

- Centrez-vous sur le développement de ressources et la construction de la tolérance aux affects, en utilisant les rituels de guérison, les objets et les symboles de la culture du patient. Ces ressources seront utilisées à la fois avant et pendant l'EMDR (Spierings, 2004).
- Commencez par des exercices de stabilisation dès que possible (Amara, 2017).
- Pour l'exercice du lieu sûr avec les migrants, envisagez d'utiliser la « famille » comme lieu sûr (Spierings, 2004) et d'utiliser le mot « confortable » plutôt que lieu « sûr » (Amara, 2017).
- Pour le lieu sûr, envisagez d'utiliser des lieux liés à la religion ou aux ancêtres (Spierings, 2004).
- Pour expliquer les SBA, utilisez des éléments de la culture du patient, comme des danses rituelles ou d'autres mouvements rythmiques (Amara, 2017).

En phase 3

- Utilisez des explications et un langage simples lors de la phase d'évaluation (Spierings, 2004 ; Zimmermann, 2014).
- Cognitions négatives (NC) et cognitions positives (PC) : les patients issus de cultures orientées vers le groupe peuvent préférer les cognitions qui ont une orientation « collective » (Woo, 2014), c'est-à-dire qui incluent la famille, le groupe ou la communauté (Spierings, 2004).
- Sachez que les patients d'un certain nombre de cultures ont du mal à verbaliser une « émotion » (Zimmermann, 2014) ; que certains n'ont aucune expérience de la métacognition : penser à ses pensées ou en parler (Allon, 2015) ; et que des concepts abstraits comme « l'estime de soi » peuvent n'avoir aucune signification pour eux (Hartung, 2017).

Dans les phases 4, 5 et 6

- Avec les personnes qui ont du mal à exprimer des croyances et des émotions négatives, ciblez les sensations corporelles (Hartung, 2017).
- Évitez les mouvements oculaires dans les cultures où ils risqueraient d'être pris pour

de la sorcellerie ou des pratiques prohibées (Zimmermann, 2014).

- Pour les tissages cognitifs, utilisez les croyances religieuses du patient si c'est approprié (Spierings, 2004).
- Dans les cultures où les manifestations publiques d'émotions sont strictement interdites ou bien où la suppression des émotions est valorisée (Hartung, 2017), surveillez le niveau d'activation des patients et utilisez les procédures EMDR standard pour vous assurer qu'ils restent dans leur fenêtre de tolérance (F. Shapiro, 2001).
- N'exigez pas que les notes de SUD tombent à 0 ou 1, si la personne a vécu beaucoup de traumatismes ou si elle se trouve encore dans une situation incertaine ou dangereuse (Spierings, 2004).
- Soyez prudent lorsque vous effectuez le scanner corporel, car cela peut faire apparaître d'autres éléments traumatiques (Spierings, 2004).

En phase 7

- Pour clore la séance, mettez l'accent sur les points positifs en demandant : « Quelle est la chose la plus importante que vous ayez vécue aujourd'hui ? », suivie d'une courte séquence de SBA, et de la question : « Et qu'est-ce que cela dit de vous ? » (Spierings, 2004).
- Utilisez les stratégies standard de clôture de séance EMDR (Shapiro, 2001), telles que :
 - La technique du conteneur, en demandant au patient de se visualiser mettant le matériel dans une boîte qu'il referme.
 - La technique du rayon de lumière.
 - Faites identifier au patient un système de soutien réaliste et approprié autour de lui.
 - Rappelez au patient des façons de gérer ses émotions et de prendre soin de lui.

La plupart des suggestions de modifications culturelles ont été faites par des formateurs et des thérapeutes EMDR du Nord travaillant avec des réfugiés et des migrants en Europe et aux États-Unis. Certains ont travaillé avec des populations d'origines culturelles différentes dans des pays du Sud. Si certaines de ces modifications peuvent être utilisées en Afrique sub-saharienne, la plupart ont été proposées pour les populations de réfugiés et

de migrants vivant aujourd'hui dans l'hémisphère Nord. On sait très peu de choses sur les adaptations culturelles que font les thérapeutes EMDR des pays d'Afrique sub-saharienne lorsqu'ils utilisent l'EMDR avec des patients africains. Dans cet article, nous souhaitons décrire la manière dont un groupe de thérapeutes EMDR africains ont utilisé l'EMDR dans leur pratique et en ont adapté le protocole à leur contexte et à leur population cible.

4. Méthode

4.1. Conception de l'étude

L'étude a utilisé une méthodologie qualitative exploratoire avec une approche afrocentrée. Les approches afrocentrées dans la recherche ont été proposées et utilisées par divers universitaires africains (Chilisa, 2012 ; Mkabela, 2005 ; Owusu-Ansah & Mji, 2013). Elles visent à repousser les limites de la théorie et de la pratique internationales du développement, et à décoloniser, « autochtoniser » et imaginer de nouveaux outils et de nouvelles pratiques d'évaluation dans la recherche en Afrique (Chilisa et coll., 2016). La recherche afrocentrée met l'accent sur le partage et la propriété collective des opportunités, des responsabilités et des difficultés dans les processus de recherche (Chilisa et coll., 2016). Dans les dispositifs d'études afrocentrés, la relation entre les chercheurs et les personnes étudiées est une relation d'interconnexion et d'interdépendance. Le processus est participatif de bout en bout. Dans notre étude, les participants s'étaient rencontrés lors de formations EMDR dans la région et avaient discuté de la nécessité de documenter l'expérience de l'EMDR en Afrique lors de diverses autres réunions au cours de ces dernières années.

Les méthodes de l'étude ont consisté en un questionnaire qualitatif écrit, élaboré conjointement, portant sur l'utilisation de l'EMDR, un groupe de discussion et l'analyse des notes de supervision de deux superviseurs EMDR Europe ayant travaillé pendant dix ans avec des thérapeutes africains. Les données ont été recueillies lors d'une formation « EMDR pour les enfants » organisée par Trauma Aid France et EMDR Ouganda à Kampala, en Ouganda, en novembre 2019, suivie de discussions en ligne (groupe centré) entre les auteurs en janvier et février 2020.

4.2. Processus de recueil des données

Le questionnaire : développé par les auteurs du présent article, il comprenait des questions sur la formation des participants, le nombre de patients

qu'ils avaient vus et traités par l'EMDR, le type de protocoles qu'ils utilisaient, la façon dont ils mesuraient les progrès de leurs patients, et leurs adaptations des huit phases du protocole EMDR standard. Deux thérapeutes EMDR (dont un ayant une formation universitaire) qui faisaient partie de la formation ont rédigé un premier jet des questions de cette enquête sur l'utilisation de l'EMDR en Afrique. Les questions ont ensuite été discutées et modifiées par d'autres membres de la communauté EMDR africaine présents lors de la formation de novembre 2019.

Lors de la formation, tous les participants ont été invités à remplir la version finale du questionnaire d'enquête. Au total, 25 des 26 participants à la formation l'ont remplie. Tous les thérapeutes qui ont rempli les questionnaires ont participé volontairement et ont consenti à ce que leurs réponses soient publiées de manière anonyme.

Bien que l'on puisse parler, dans le langage de la recherche du Nord, d'un « échantillon de convenance », les auteurs estiment important de souligner que, lors de la collecte de ces informations, il était essentiel de rester fidèle à l'approche afrocentrée des études, dans lesquelles les chercheurs planifient et exécutent les évaluations en collaboration avec les participants, non pas en tant qu'étrangers, mais en tant que membres du groupe. Dans la recherche afrocentrée, les participants doivent connaître l'évaluateur pour pouvoir partager des connaissances (Chilisa et coll., 2016). La qualité des données serait très différente si un échantillon aléatoire de thérapeutes avait été approché par e-mail, dans la mesure où les participants ont besoin de connaître l'évaluateur avant de pouvoir lui confier leurs connaissances, et ont besoin de pouvoir débattre ensemble des questions.

4.2.1. Le groupe de discussion. Pendant la formation au cours de laquelle les données de l'enquête ont été recueillies, les 26 participants ont choisi des représentants de cinq pays pour engager une discussion plus approfondie sur la création d'une association EMDR-Afrique. Parmi ce groupe de représentants, huit ont été invités à participer à un groupe de discussion qui examinerait plus en profondeur les résultats du questionnaire. Les deux auteurs qui avaient initialement ébauché le questionnaire ont intentionnellement sélectionné huit thérapeutes dans le groupe de représentants, en s'assurant que chaque participant avait au moins cinq ans d'expérience dans l'utilisation de l'EMDR et en

étant attentifs à la représentation des genres et des pays.

La discussion de groupe s'est déroulée par vidéoconférence. Elle a été organisée par les premier et deuxième auteurs (F.B.M. et A.D.), qui avaient participé à l'élaboration du questionnaire d'enquête et qui ont assuré la formation au cours de laquelle le questionnaire a été administré. Ils ont résumé les données du questionnaire et les ont présentées au groupe de discussion pour une discussion plus approfondie. Ils ont pris des notes sur les échanges au sein du groupe de discussion et ont partagé ces notes par e-mail avec le groupe pour que celui-ci y apporte d'autres contributions. Les membres du groupe de discussion sont les auteurs du présent article.

La discussion de groupe s'est déroulée par vidéoconférence. Elle a été organisée par les premier et deuxième auteurs (F.B.M. et A.D.), qui avaient participé à l'élaboration du questionnaire d'enquête et qui ont assuré la formation au cours de laquelle le questionnaire a été administré. Ils ont résumé les données du questionnaire et les ont présentées au groupe de discussion pour une discussion plus approfondie. Ils ont pris des notes sur les échanges au sein du groupe de discussion et ont partagé ces notes par e-mail avec le groupe pour que celui-ci y apporte d'autres contributions. Les membres du groupe de discussion sont les auteurs du présent article.

Les échanges au sein du groupe de discussion ont porté sur les adaptations culturelles du protocole EMDR standard, en examinant systématiquement chaque phase du protocole. Sur la base des résultats du questionnaire, des thèmes spécifiques ont été vérifiés et développés. Pour la phase 1, des thèmes comprenant la chronologie, le passé/présent/futur, la définition du traumatisme, l'explication du modèle TAI et le retour en arrière ont été spécifiquement mis en évidence et interrogés. Pour la phase 2, des exercices spécifiques tels que le lieu sûr, le conteneur, les exercices d'ancrage et le signal stop ont été examinés. Chaque étape de la phase 3 a été discutée : l'image, les cognitions négatives et positives, la définition de l'émotion, l'utilisation de la VOC et du SUD, et les sensations physiques. Pour la phase 4, la discussion a porté sur les difficultés rencontrées ou les changements apportés au cours de la désensibilisation, par exemple, le fait de se concentrer sur l'image, le type de stimulation utilisé, la fenêtre de tolérance des patients et l'utilisation de tissages cognitifs. L'expérience de l'installation à la phase 5 et le scanner corporel

à la phase 6 ont été discutés. Pour comprendre l'adaptation culturelle de la façon dont les séances sont clôturées, on a posé des questions sur les procédures de clôture des séances complètes et incomplètes de la phase 7, ainsi que sur la réévaluation des patients à la phase 8.

4.2.2. Les notes de supervision. Il a été demandé aux deux thérapeutes qui sont superviseurs et formateurs EMDR de partager par écrit leurs observations sur les adaptations culturelles et les changements qu'ils avaient effectués et qu'ils avaient vu leurs stagiaires et supervisés effectuer dans le protocole standard. Ils ont fourni leurs contributions sous la forme d'un rapport, qui illustre les adaptations qu'eux-mêmes et leurs stagiaires font dans chaque phase du protocole standard. Ces contributions ont également été discutées avec les membres du groupe de discussion.

4.3. Les participants

Les thérapeutes qui ont répondu au questionnaire de l'enquête étaient trois hommes et vingt-deux femmes. Ils avaient été antérieurement travailleurs sociaux (3), conseillers psychologiques (3), psychothérapeutes (3), coaches (8), psychologues cliniciens (7) et psychiatres (1). Leurs pays d'origine étaient : la République démocratique du Congo (1), l'Éthiopie (4), le Kenya (4), l'Ouganda (14) et le Zimbabwe (2). L'âge moyen était de 44 ans (fourchette de 32 à 60 ans).

Les deux thérapeutes EMDR qui ont fourni les notes de supervision sont tous deux superviseurs, et l'un d'eux est également formateur EMDR. Ils sont agréés EMDR Europe et ont formé et supervisé plus de 60 praticiens EMDR dans des pays africains. Tous deux ont travaillé au Kenya, en Ouganda et au Zimbabwe et ont respectivement dix et vingt-cinq ans d'expérience de travail avec des patients africains. Ils travaillent actuellement au Kenya et en Ouganda respectivement, et ont un contact quotidien avec des patients et avec des stagiaires.

4.3.1 La relation chercheur-participant. Les auteurs faisaient partie des huit membres du groupe de discussion et des vingt-cinq personnes qui avaient répondu au questionnaire. Ils n'étaient donc pas des « chercheurs » distincts, mais des participants et des co-créateurs du processus au cours duquel l'utilisation de l'EMDR en Afrique a été travaillée pour être ensuite traduite dans le présent article. Ce processus d'évaluation correspond à ce que Chilisa et coll., 2016, p. 324) appelle « la logique africaine de

circularité », par opposition à la « logique linéaire » des méthodes d'évaluation utilisées dans les pays du Nord. Dans ce processus, les « participants africains » ne sont pas des destinataires passifs de connaissances, mais des personnes qui peuvent posséder et coproduire des connaissances.

La relation n'est donc pas une relation hiérarchique, mais une relation de co-production.

4.4. Analyse des données

Les résultats du questionnaire qualitatif, les discussions du groupe et les résumés des notes de supervision ont été analysés manuellement par les deux premiers et le dernier auteur en suivant une approche thématique utilisant une analyse de cadre et un système matriciel pour organiser, réduire et synthétiser les données (Braun & Clarke, 2006). Un livre de codes a été élaboré au cours des discussions de groupe. Les données organisées de manière thématique ont ensuite été examinées et synthétisées en thèmes pertinents et des citations ont été sélectionnées pour souligner, expliquer ou décrire ces thèmes. La saturation des données a été discutée par l'équipe d'analyse. Les réponses ont été divisées en trois sections thématiques : la formation à l'EMDR et l'utilisation de celle-ci, des commentaires généraux sur l'EMDR, son utilisation et son efficacité, et les adaptations culturelles dans les huit phases.

5. Résultats

5.1. Formation et utilisation de l'EMDR par les thérapeutes

Tous les thérapeutes ont été formés par des formateurs EMDR de pays européens ou des États-Unis. Ils ont tous suivi une formation de niveau I et II, avec dix heures de supervision après le niveau I et dix heures de supervision après le niveau II, avec des formateurs EMDR Europe ou EMDRIA. Ils ont tous eu cinq heures de supervision supplémentaires après le niveau I de la formation EMDR pour enfants. Certains ont mentionné qu'il leur avait été difficile de compléter leurs heures de supervision, car ils n'avaient qu'un accès limité à Internet, et les formateurs n'étaient souvent pas disponibles pour une supervision en présentiel après avoir dispensé leurs formations en Ouganda.

La durée de l'activité professionnelle des thérapeutes allait de 6 à 27 ans, avec une moyenne de 14 ans. Tous utilisaient l'EMDR comme l'une des méthodes thérapeutiques dans leur cabinet, et ce depuis 1 à 15 ans, en moyenne depuis 7 ans. La

majorité d'entre eux (23) recevaient des adultes et des enfants dans leur cabinet, en moyenne 56 % d'adultes et 43 % d'enfants. Ils voyaient en moyenne 11 patients par semaine (entre 2 et 30) et utilisaient l'EMDR avec 40 % de ces patients.

Les thérapeutes utilisaient principalement l'EMDR avec des groupes particuliers de patients, notamment des réfugiés et des personnes qui avaient été déplacées en raison d'un conflit armé, des survivants d'Ebola, des survivants de torture, des victimes de violences sexuelles, des personnes atteintes de maladies chroniques et de handicaps, notamment le VIH, des enfants orphelins et vulnérables, et des groupes de minorités sexuelles.

« J'utilise l'EMDR avec des réfugiés et des populations déplacées ; ils ont vécu beaucoup de traumatismes. C'est ma principale population de patients. »
Thérapeute, Ouganda.

La majorité d'entre eux utilisaient le protocole EMDR standard dans leur pratique et leur travail avec les sujets. Les thérapeutes expliquaient que pour des patients vivant une traumatisation permanente, ils se servaient de la stabilisation et du protocole EMD.

« En ce qui concerne la désensibilisation, il n'est pas toujours possible de mener le protocole jusqu'au bout : les patients peuvent avoir beaucoup d'associations, nous avons parfois peu de temps, et ils sont encore en danger. J'utilise beaucoup la stabilisation et le protocole EMD. »
Thérapeute, RDC.

Dix des thérapeutes avaient été formés au protocole IGTP (Artigas et coll., 2009) et l'utilisaient pour faire des thérapies de groupe. Deux participants seulement ont indiqué avoir été formés au protocole G-TEP (Group Traumatic Episode Protocol) et l'avoir utilisé (Shapiro & Moench, 2015). Certains ont mentionné que le travail de groupe est difficile, car les patients préfèrent avoir des séances individuelles : ils craignent que les autres ne découvrent qu'ils ont des problèmes de santé mentale.

5.2. Observations générales sur l'EMDR et son utilisation

Les thérapeutes ont dit que l'EMDR était une thérapie utile dans leur cadre de travail, et bénéfique à leurs patients. La raison la plus déterminante pour laquelle ils choisissent d'utiliser l'EMDR est la possibilité de proposer une thérapie qui ne mette pas

l'accent sur la narration, car de nombreux patients trouvent difficile de parler.

« Ils [les patients] ne veulent pas parler, ils me disent : "Agitez vos mains, cela fera disparaître mes problèmes" ». Thérapeute, Éthiopie

Les thérapeutes disent avoir vu des résultats rapides et avoir le sentiment que l'EMDR avait aidé de nombreux patients. Les patients donnent des retours positifs et se sentent soulagés ; certains disent que c'est magique, d'autres disent : « C'est un truc du cerveau. »

« Certains patients me disent que je leur ai reprogrammé le cerveau ». Thérapeute, Zimbabwe.

La majorité des thérapeutes ont quelques difficultés à expliquer à leurs patients comment fonctionne l'EMDR, car les patients ne sont souvent pas familiers avec la psychothérapie en général. Ils n'ont cependant pas plus de difficultés pour décrire l'EMDR et la nécessité de revenir pour des séances régulières que pour d'autres types de thérapies, notamment la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme.

La plupart des thérapeutes n'utilisent pas d'échelles d'évaluation standardisées ; dans leur expérience, la plupart des patients ne comprennent pas les échelles de Likert et certains estiment que les questions ne sont pas adaptées à leur culture. Ils expliquent que la majorité de leurs patients proviennent de milieux à faibles revenus et que certains sont analphabètes. Ils ont souvent utilisé des descriptions très simples, traduites dans leur langue locale, pour pouvoir expliquer et utiliser l'EMDR avec leurs patients.

« Votre cerveau stocke des informations. Lorsque quelque chose se produit, ça crée un souvenir. Vous pouvez penser à ce qui s'est passé dans le passé parce que votre cerveau a créé un souvenir. Lorsqu'un mauvais souvenir est bien stocké, il ne vous perturbe plus autant, après un certain temps. Mais parfois, il est mal stocké, et nous devons à nouveau traiter ce souvenir pour le stocker d'une meilleure manière. Vous pouvez y penser comme à un village avec différentes cases. Si le problème est stocké dans une case, on est en sécurité ; mais s'il est toujours dans le village, il continue à circuler

et il vous affecte chaque fois que vous traversez le village. En EMDR, on veut stocker vos souvenirs d'une manière qui soit sûre et qui ne vous fasse pas sentir mal. Pas dans le passé, mais aussi en ce moment, et demain et la semaine prochaine. » Thérapeute, Ouganda.

Tous les thérapeutes de notre étude ont expliqué que les croyances religieuses jouaient un rôle important pour eux et leurs patients, et que Dieu, Allah ou un esprit supérieur étaient souvent invoqués pour apporter soutien et force au patient et sagesse au thérapeute pour conduire les séances EMDR.

5.3. Adaptations culturelles dans le protocole standard en huit phases

Le tableau 1 résume les changements que les thérapeutes de notre étude ont proposé d'apporter au protocole standard en huit phases. Hormis la description des cognitions négatives et positives, aucune différence significative dans les adaptations n'a été notée entre les répondants des cinq pays.

Phase 1. La plupart des thérapeutes de l'étude recommandent de ne pas faire d'adaptations dans la phase 1, mais d'utiliser l'explication du modèle du TAI telle qu'ils l'ont apprise dans leur formation, en utilisant le plus souvent la métaphore de la nourriture et de l'indigestion avec des exemples d'aliments particuliers de leur région. Certains utilisent la métaphore d'une plaie qui s'infecte lorsqu'elle n'est pas bien nettoyée. Un autre participant utilise la métaphore des mauvaises herbes qui doivent être enlevées par la racine, au lieu de simplement les couper au ras du sol. Certains thérapeutes utilisent une ligne de temps visuelle et la dessinent sur du papier ou dans le sable avec un bâton. La plupart n'utilisent pas d'outils de dépistage standardisés, comme le questionnaire de contrôle de l'ESPT pour le DSM-5 (PCL-5), l'échelle d'impact des événements (IES) ou l'échelle des expériences de dissociation (DES-II). Ils ont indiqué que ces outils n'étaient ni adaptés à la culture ni compris par leur population de patients. Ceux (6/25) qui utilisent des outils de dépistage standardisés les traduisent dans leur langue et les administrent en les lisant à leurs patients.

Phase 2. En phase 2, la majorité des thérapeutes de notre étude utilisent des métaphores culturellement appropriées et adaptées à l'environnement du patient (par exemple, une rivière, être assis dans un bus) pour expliquer l'EMDR. Les principales adaptations apportées à la phase 2 concernent les

TABLEAU 1. Adaptations apportées à chaque phase du protocole standard

| Phases | Adaptations |
|--------|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none">– Métaphores culturellement appropriées du modèle du TAI– Utilisation d'une ligne de temps visuelle– Adaptation et traduction des outils de dépistage |
| 2 | <ul style="list-style-type: none">– Placer la phase 2 avant la phase 1– Métaphores culturellement appropriées pour expliquer EMDR– Endroit « heureux » ou « calme » au lieu d'endroit « sûr ».– Pratiques culturelles et religieuses comme ressources – Un signe différent pour le signal d'arrêt |
| 3 | <ul style="list-style-type: none">– Cognition : « nous » au lieu de « je » – Bon et mauvais au lieu de cognition positive et négative– Explications différentes des émotions– Adaptation de la VOC et du SUD |
| 4 | <ul style="list-style-type: none">– Tapping au lieu de mouvements oculaires– Inclusion de pouvoirs divins dans les tissages cognitifs |
| 5–8 | <ul style="list-style-type: none">– Pas d'autres adaptations que celles mentionnées ci-dessus |

Note. TAI = Traitement adaptatif de l'information ; EMDR = Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ; SUD = Unités subjectives de perturbation ; VOC = Validité de la cognition positive.

exercices du lieu sûr et du conteneur. Tous préfèrent les mots « heureux », « calme » ou « particulier » au terme « lieu sûr », car le mot « sûr » est souvent un déclencheur pour des patients qui n'ont pas forcément d'espace « sûr » dans leur vie. Souvent, les patients demandent d'ajouter une personne dans leur lieu sûr, ce que la plupart des thérapeutes acceptent. De nombreux patients associent le lieu « heureux », « bon » ou « calme » à leurs croyances religieuses et à l'omniprésence de leur Dieu.

« Mes patients incluent souvent les membres de leur famille dans leur lieu sûr et dans les autres exercices de ressourcement. Nous ne pouvons pas non plus ignorer l'importance de Dieu dans ceux-ci. » Thérapeute, RDC.

Quelques thérapeutes demandent à leurs patients de dessiner leur lieu sûr, et constatent qu'ils dessinent alors souvent des arbres.

« Lorsque mes patients dessinent leur lieu sûr, ils semblent toujours y inclure un arbre. Les arbres sont protecteurs, ils donnent de l'ombre ». Thérapeute, Kenya

Le mot « conteneur » n'est pas compris par de nombreux patients, et les thérapeutes utilisent des métaphores telles qu'un panier, une boîte, un pot, un sac, un réservoir ou encore un trou dans le sol. Certains le décrivent également comme un « vide ».

« Beaucoup de mes patients vivent dans des camps de réfugiés. Nous utilisons des seaux comme 'conteneurs' ; la plupart des ménages s'en servent pour aller chercher de l'eau, laver la vaisselle et les vêtements. Ils ont un couvercle et peuvent être fermés. » Thérapeute, Ouganda.

« Lorsque nous utilisons le mot 'conteneur', les patients pensent à un camion porte-conteneurs pour le transport ; il leur est plus facile d'imaginer un panier de type local, avec un couvercle, dans lequel on conserve la nourriture. » Thérapeute, Kenya.

La majorité des thérapeutes de notre étude ont dit que leurs patients leur demandent de conserver le « conteneur », sous forme de pot ou de sac, dans leur bureau. Ils ont souvent le sentiment que c'est un endroit sûr pour garder le conteneur.

Dans les exercices d'ancrage, les thérapeutes ajoutent de la danse et de la musique. Certains chantent des chansons avec leurs patients pour qu'ils se sentent plus forts et plus heureux. Les croyances religieuses sont souvent utilisées comme des ressources pour les patients, le plus souvent en récitant des textes religieux, des prières et des chansons.

« J'utilise beaucoup le chant dans ma pratique. La musique est très importante dans notre contexte. Elle explique ce que nous ressentons et nous aide à nous sentir mieux. » Thérapeute, Zimbabwe.

Pour le signal stop, la plupart des personnes utilisent le signe de la main. Cependant, quelques thérapeutes ont noté que leurs patients trouvent cela impoli, car ils ne veulent pas « stopper » leur thérapeute, qu'ils considèrent souvent comme un supérieur ou un « médecin ». Lorsque les thérapeutes sentent que le patient est réticent à utiliser le signe d'arrêt, ils vérifient plus fréquemment au cours du processus si le patient est toujours d'accord pour continuer.

Au moins la moitié des thérapeutes commencent par des exercices de stabilisation et de ressourcement (phase 2) avant de recueillir les données anamnestiques complètes du patient (phase 1), car ils ont souvent des patients très angoissés et ont le sentiment de devoir d'abord leur « offrir » quelque chose pour s'assurer qu'ils en tireront quelques bénéfices et qu'ils reviendront suivre le traitement complet.

Phase 3. En phase 3, les thérapeutes ont souvent du mal à trouver une cognition qui commence par « je » et non par « nous » : culturellement, la plupart des patients vivent ensemble, en grandes maisons, et ils ont des responsabilités partagées ; les thérapeutes expliquent que faire en sorte que le patient se sente mieux n'est pas suffisant : les patients ont souvent une cognition plurielle et commencent par « nous ne sommes pas en sécurité » ou « nous sommes mauvais », car ils vivent des traumatismes et des souffrances en lien étroit avec leurs parents proches.

“Mes patients ne peuvent pas dire ‘je suis en sécurité maintenant’, si leurs proches sont toujours en danger. Ils ne pensent pas seulement à eux-mêmes ; ils ne se sentent mieux que si leur famille va bien aussi.” Thérapeute, Ouganda.

Les termes de cognition négative sont parfois traduits par « mauvaises pensées » ou « pensées maudites », tandis que les cognitions positives sont appelées pensées « bonnes » ou « bénies ». Un thérapeute de République démocratique du Congo a expliqué que la peur d'être maudit est très puissante et doit être prise en compte quand on définit la cognition.

« Lorsqu'ils décrivent leur cognition négative, mes patients font référence à une “malédiction”. Ils ont un sentiment

d'impuissance : “Je suis maudit”. Souvent, ils n'ont pas de cognitions négatives relevant du domaine de la responsabilité : c'est la malédiction qui est tenue pour responsable. [...] Ils peuvent dire : “Si j'ai attrapé Ebola, c'est parce que je suis maudit. Si quelque chose m'arrive, c'est parce que je suis maudit”. Au contraire, lorsqu'ils cherchent une cognition positive, ils vont dire : “Je suis béni” ou : “Je peux m'en sortir”. » Thérapeute, RDC.
« J'explique souvent que les cognitions positives et négatives sont bonnes et mauvaises. J'appelle cela l'esprit à double face, le côté divin et le côté satanique ; cela aide mes patients à comprendre. »
Thérapeute, Ouganda.

L'utilisation de la VOC et du SUD pose des problèmes à certains ; la plupart des thérapeutes de notre étude utilisent des mouvements des mains (pour montrer la petite et la grande taille), une analogie avec le thermomètre ou la version des visages utilisée en EMDR pour les enfants. Un certain nombre d'entre eux soulignent que les patients qui comprennent le principe des échelles ont tendance à vouloir faire plaisir au thérapeute et disent simplement que le chiffre baisse parce qu'ils pensent que c'est ce que le thérapeute attend. Cela est moins évident lorsque les thérapeutes utilisent l'écartement des mains ou des dessins de visages. Cependant, certaines des images de visages qui ont été données aux thérapeutes pendant leur formation ne sont pas culturellement appropriées (par exemple, les clowns) ou ne présentent pas beaucoup de similitudes avec la forme et la couleur des visages auxquels leurs patients s'identifient. En République démocratique du Congo, plusieurs patients ont craint d'attribuer un chiffre à leur perturbation, car ils pensent que cela peut porter malheur ; en revanche, ils peuvent la dessiner ou la montrer de manière non verbale.

« Il est généralement difficile pour les patients de quantifier leur perturbation. Ils diront souvent : ‘Ça va’, car on peut craindre que si l'on mentionne la souffrance, elle arrive [...] ; si je mentionne la souffrance à haute voix, alors le malheur se produira. J'utilise alors des couleurs pour demander au patient de me montrer à quel point il se sent en détresse ; j'utilise le blanc pour SUD = 0, le vert pour un SUD de 1 à 3, l'orange

pour un SUD de 4 à 6, et le rouge pour un SUD de 7 à 10 ; le patient peut pointer la couleur au lieu de parler. » Thérapeute, RDC.

Dans certains pays, les thérapeutes ont du mal à faire apparaître des émotions chez leurs patients. Souvent, une psychoéducation est nécessaire sur les différentes émotions avant qu'un patient puisse en identifier une. Certains ont expliqué que le mot « émotion » lui-même n'existe pas dans leur langue locale.

« Entendre et ressentir, c'est la même chose dans notre langue. Je dois expliquer de quoi je parle chaque fois que je demande ce que le patient ressent ; ce n'est pas facile pour eux de comprendre. » Thérapeute, Ouganda.

De nombreux thérapeutes acceptent une description plus limitée (par exemple : « Je me sens mal ») en cas de difficultés linguistiques ou de compréhension limitée du patient. Ils expliquent que leurs patients expriment souvent leur traumatisme et leur douleur par des sensations physiques. Il n'y a qu'en RDC que les thérapeutes estiment plus difficile d'exprimer les sensations corporelles que les émotions.

« Il est facile pour mes patients d'exprimer ce qu'ils ressentent en me parlant de leur corps ; ils ont souvent des douleurs corporelles. J'essaie d'expliquer comment les mots se connectent à ce qu'ils ressentent dans leur corps, et se connectent à leur cœur. » Thérapeute, Éthiopie.

Phase 4. Certains thérapeutes ont indiqué que leurs patients, en phase 4, étaient initialement méfiants vis-à-vis de l'utilisation des mouvements oculaires, pensant qu'il s'agissait de « sorcellerie ». D'autres thérapeutes ont mentionné que l'utilisation des mouvements oculaires n'était pas un problème pour eux, mais qu'il était préférable d'utiliser un stylo ou un autre objet plutôt que les mains seulement, pour ne pas effrayer le patient. Quelques thérapeutes ont mentionné au contraire que les mouvements des mains étaient bien acceptés et que les patients y voyaient en fait quelque chose de positif et de magique.

« Certains patients sont contents des mouvements des mains et vous disent que vous faites quelque chose de magique avec vos mains ».

La plupart des patients préfèrent le tapotement comme méthode. Néanmoins, les tapotements

posent problème dans certains pays où un patient ne peut pas être touché par un thérapeute de l'autre sexe, pour des raisons tenant à la culture. Certains thérapeutes ont permis aux patients de faire leurs propres tapotements en utilisant le papillon pour le traitement. La plupart, cependant, n'utilisaient le papillon que pendant les exercices de ressourcement.

« Il m'est difficile de tapoter sur les genoux d'une patiente, ce serait considéré comme inconvenant ; mais je peux tapoter sur ses mains si elle les pose sur un livre ou sur la table. » Thérapeute, Ouganda.

« Il s'agit d'un sujet sensible. Il est généralement recommandé que le thérapeute soit plus âgé que le patient et que le patient et le thérapeute soient du même sexe. Si une femme thérapeute doit aider un patient masculin plus âgé, elle ne doit pas faire des tapotements, mais seulement des mouvements oculaires. » Thérapeute, RDC.

Les thérapeutes du groupe se sentent à l'aise pour adapter les tissages cognitifs à la réalité du patient et de son contexte. La majorité d'entre eux utilisent des tissages religieux, qui aident leurs patients.

« Nous utilisons souvent la présence de Dieu dans nos tissages, cela aide le patient à sentir qu'il y a de l'espoir et qu'il n'est pas seul, cela lui donne de la force. » Thérapeute, Kenya.

'L'importance de la divinité est à prendre en considération ; nous disons souvent : « Dieu lui a donné sa grâce ». ' Thérapeute, RDC.

Phases 5–8. Dans les phases 5 à 8, les thérapeutes ne font guère d'autres adaptations que celles qui ont été décrites plus haut, en phase 3.

6. Discussion

Cet article décrit les adaptations faites par des thérapeutes exerçant dans cinq pays africains, adaptations qui leur permettent d'utiliser le protocole EMDR pour des patients dans leur cadre culturel. Les adaptations les plus importantes ont été faites dans les exercices de stabilisation et de ressources de la phase 2, et dans les descriptions, en phase 3, des cognitions négatives et positives, de la VOC et du SUD, des émotions et des sensations corporelles.

Nos résultats ne vont pas dans le sens d'une approche théorique différente du modèle TAI de Shapiro (2001). La thérapie EMDR encourage l'adaptation personnalisée des phases 1 et 2 (Shapiro, 2001) pour répondre aux besoins des patients, y compris leurs besoins culturels (Nickerson, 2017). Cependant, nous plaçons pour que les facteurs culturels, sociaux, politiques, historiques et économiques, ainsi que les ressources locales, soient tous pris en compte quand on adapte et qu'on utilise en Afrique le protocole EMDR standard en huit phases.

Nous avons identifié quatre domaines dans lesquels les thérapeutes africains ont systématiquement apporté des modifications significatives au protocole standard : formulation différente du texte du protocole, expression des pensées et des émotions déterminée par la culture, choix des stimulations, et simplification de la VOC et du SUD. Il est essentiel que les associations EMDR internationales et les organismes de formation associés s'informent de ces quatre domaines et apportent les modifications correspondantes dans les futures formations à l'EMDR et dans son utilisation en Afrique sub-saharienne.

6.1. Des mots différents dans le texte du protocole

Tout d'abord, nous plaçons pour une *formulation différente du texte du protocole*. Notre analyse a déterminé un impératif : les thérapeutes doivent trouver des traductions appropriées dans le contexte social qui soient en résonance avec la vie quotidienne et le mode de communication de leurs patients. Le mot « sûr » est un déclencheur pour de nombreux patients, car ceux-ci n'ont souvent pas et n'auront peut-être jamais l'occasion de vivre dans un environnement sûr au cours de leur vie : nous suggérons, en phase 2, de renommer l'exercice du « lieu sûr » en exercice du « bon lieu ». En phase 3, nous recommandons aux thérapeutes de trouver des alternatives appropriées pour les mots qui n'existent pas dans la langue locale : par exemple, le mot « émotion » n'existe pas dans certaines langues bantoues, parlées dans différents pays d'Afrique orientale et australe. En outre, les tissages cognitifs, en phase 4, doivent également refléter les croyances culturelles et spirituelles du patient. Les croyances religieuses sont très importantes pour la plupart des thérapeutes et de leurs patients.

6.2. Expressions culturelles des pensées et des émotions

Lorsque nous exportons le protocole EMDR dans des pays du Sud, nous devons le rendre accessible et compréhensible. Les thérapeutes doivent tenir compte des caractéristiques culturelles et être sensibles à l'expression locale des pensées et des émotions. Il est essentiel que le texte du plan de ciblage de la phase 3 soit simplifié dans différents contextes. En effet, comme l'avait déjà noté Zimmermann (2014), ce texte est construit sur la culture éducative et les concepts psychologiques des pays du Nord. Les recommandations résultant de notre analyse incluent le changement des « cognitions positives et négatives » en « bonnes » et « mauvaises » pensées. Nous recommandons également d'utiliser aussi bien des cognitions collectives que des cognitions individuelles pendant les phases d'évaluation et d'installation (phases 3 et 5). Nous suggérons d'avoir différentes listes de cognitions, tant individuelles que collectives, afin de s'assurer qu'on prend en compte la valeur des concepts culturels africains. Cela correspond aux recommandations de Spierings (2004), qui expliquait que, dans le protocole, la question : « Qu'est-ce que cela dit de vous, en tant que personne ? » présuppose un sentiment d'individualité, la notion d'être une personne particulière, avec des attributs spécifiques, et ne prend pas en considération l'orientation plus collective des pays du Sud. Les thérapeutes de divers pays africains interagissent souvent avec l'ensemble de la famille ou même de la communauté lorsqu'ils traitent des patients. Même lorsqu'on voit des patients individuels, il faut tenir compte de l'interconnexion du sujet avec sa famille et sa communauté.

6.3. Choix des stimulations bilatérales

Nos résultats donnent à penser qu'il est intéressant de proposer les différents types de stimulation disponibles, et de *commencer par des tapotements plutôt que par des mouvements oculaires*, car beaucoup de patients perçoivent les mouvements oculaires comme de la sorcellerie. Le tapotement pourrait donc être plus approprié, culturellement parlant, dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne ; on ne doit pas renoncer aux mouvements oculaires, mais ils peuvent être proposés comme deuxième ou troisième méthode plutôt que comme première méthode de SBA. Contrairement à d'autres pays dans lesquels les SBA sont évidentes dans les traditions de guérison indigènes et les cérémonies religieuses, nous n'avons pas trouvé

de mouvements similaires dans notre cadre de recherche. Cependant, nous n'avons pas étudié spécifiquement les collaborations possibles entre les guérisseurs indigènes et les thérapeutes. Abdul-Hamid and Hughes (2015) ont décrit comment les mouvements rituels du soufisme peuvent comprendre une forme de SBA qui pourrait être incorporée dans l'EMDR au Moyen-Orient et dans le monde musulman (Abdul-Hamid & Hughes, 2015). Nous pensons que cela pourrait également être pertinent dans certains pays africains dont la population est majoritairement musulmane, et il faudrait approfondir ce point dans de futures études, dans un plus grand nombre de pays africains. Amara suggère d'expliquer l'aspect biologique du processus des SBA en établissant des liens généraux avec des éléments similaires de la culture du sujet, par exemple des danses ou des mouvements rituels (Amara, 2017). Hartung (2017) encourage le thérapeute à s'enquérir des traditions de guérison indigènes et, si possible, à les inclure dans le processus EMDR, et donne l'exemple d'utilisation de battements de tambour comme stratégie de ressourcement et de stabilisation. Dans notre étude, le recours à la danse et à la musique était suggéré par les thérapeutes, avec souvent une utilisation du tambour pour accompagner les chansons et la danse, ainsi que certains mouvements répétitifs qui pourraient être bénéfiques s'ils sont reliés à des patterns compatibles de SBA. Par conséquent, nous disons que les croyances portant sur les SBA et les liens possibles de celles-ci avec la danse, la musique et les rituels africains doivent être pris en compte, et nous plaидons pour que soient menées des études examinant les effets de différents types de SBA sur les patients, dans différents pays africains, ainsi que pour des recherches en collaboration avec les guérisseurs indigènes afin d'explorer les avantages du traitement collaboratif. Dans le domaine médical, des collaborations de cet ordre ont été explorées et sont en cours de développement, notamment dans le traitement de patients séropositifs et psychiatriques (Homsy et coll., 2004 ; Robertson, 2006 ; Zingela et coll., 2019).

6.4. Simplification de la VOC et du SUD

Notre étude a noté des difficultés d'utilisation de la VOC et du SUD dans de nombreuses communautés africaines. Nous plaидons pour une simplification de la VOC et du SUD dans des contextes où une grande partie de la population n'a jamais été exposée à une échelle visuelle de Likert et

où certaines personnes sont analphabètes. Nous plaидons pour une réflexion critique sur les échelles, qui sont basées sur un système éducatif et de mesure qui provient des pays du Nord. Dans de nombreux pays africains, les traditions orales sont plus fortes, et les contes, la musique, la danse et le théâtre contribuent aux récits et montrent l'importance des événements. Plutôt que d'utiliser des échelles numériques ordinales pour permettre aux patients de faire part de leur niveau de perturbation, nous suggérons d'utiliser des mouvements de la main, des échelles visuelles montrant des visages ressemblant à des personnes d'origine africaine, ou des objets ou des exemples tirés d'histoires, comme un pot d'eau fêlé ou cassé. Notre étude a révélé que la plupart des participants, pour la même raison, n'utilisaient pas d'outils de dépistage standardisés. Des outils de dépistage ont été utilisés dans des études dans un certain nombre de pays africains et ont été traduits dans diverses langues africaines. Il pourrait être utile de créer des liens entre les chercheurs qui disposent de ces outils et les thérapeutes EMDR, afin de mieux évaluer ceux qui peuvent être facilement administrés et sont culturellement adaptés et utiles en thérapie EMDR.

6.5. Les protocoles de groupe

Seuls quelques-uns des participants à notre étude étaient formés à la thérapie de groupe EMDR. Les thérapeutes EMDR africains tireraient également profit de la possibilité de maîtriser le protocole EMD, le protocole du stress traumatique permanent, certains protocoles de groupe et les protocoles pour le traumatisme complexe, car tous seraient d'une grande utilité dans les pays africains. Dans une étude antérieure qui explorait les croyances des travailleurs de santé mentale en Ouganda, la plupart des participants pensaient que la psychothérapie de groupe était plus avantageuse que la thérapie individuelle (Kane et coll., 2016). Les principales raisons mentionnées dans l'étude pour cette opinion étaient le grand nombre des patients et le petit nombre de thérapeutes qualifiés, et l'idée qu'une méthode de groupe est plus appropriée culturellement et donc plus efficace que la thérapie individuelle. Une seule étude a comparé le traitement EMDR en groupe et en thérapie individuelle (Allon, 2015) ; elle a été menée au Congo et a conclu que la thérapie individuelle était plus efficace que la thérapie de groupe.

Des études sont nécessaires pour montrer si les protocoles EMDR de groupe nécessitent des

ajustements culturels similaires à ceux du protocole standard, et comment les protocoles individuels et de groupe peuvent être comparés.

6.6. Développer la thérapie et les formations EMDR en Afrique

Sur la base des résultats de notre étude, nous recommandons que les programmes de formation prennent en compte le fait que le traumatisme est une expérience chronique ou récurrente dans les milieux africains, et que les formations soient modifiées en conséquence. Zimmermann (2014) disait que dans des sociétés dévastées par la guerre, la famine ou la violence politique, il peut être impossible pour les stagiaires EMDR de trouver des cas simples pour pratiquer l'EMDR lorsqu'ils essaient de remplir les exigences de la formation initiale. Il faut que les formations futures prennent en compte cette réalité.

En 2020, un groupe de thérapeutes EMDR africains a entrepris le processus de création d'une association EMDR-Afrique. Diverses tentatives ont été faites pour rassembler les thérapeutes afin de créer un consensus sur la façon dont l'EMDR est utilisée, adaptée et validée pour être utilisée avec des patients des pays d'Afrique sub-saharienne. Une étape importante qui est nécessaire est la certification de thérapeutes EMDR originaires de pays africains pour former et superviser des collègues africains. Bien que la plupart des associations HAP aient tenu à assurer une supervision à distance après avoir dispensé une formation de niveau I et II, les thérapeutes n'ont pas toujours bénéficié d'une supervision régulière en raison de difficultés logistiques, comme l'ont mentionné les participants à cette étude. L'efficacité pour les travailleurs de santé mentale de formations rapides, menées dans une salle de classe, a déjà été remise en question (Kane et coll., 2016).

Si l'EMDR doit pouvoir être proposée à davantage de patients dans un plus grand nombre de pays, il est nécessaire de créer une filière de formation de thérapeutes EMDR africains. Des efforts ont déjà été engagés à cet effet et en Ouganda, au Kenya et en Afrique du Sud, des thérapeutes terminent leur formation de superviseur EMDR. Des organisations EMDR nationales ont été mises sur pied dans certains pays, dont l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Kenya, Madagascar et l'Ouganda, afin d'élaborer des critères et des moyens de normaliser la formation et la supervision EMDR et de faire connaître le

traitement dans les pays respectifs (Ochieng et coll., 2020). Le partage et le suivi de la mise en œuvre d'un modèle en huit phases culturellement adapté peuvent contribuer à renforcer l'adoption de l'EMDR, et pourraient améliorer la fidélité aux directives dans tous les pays africains. Une analyse des études sur l'utilisation des directives a montré une meilleure adoption de nouvelles directives cliniques, et une meilleure fidélité à celles-ci, dans les pays à faible revenu (Chakkalakal et coll., 2013).

6.7. Points forts et limites de cette étude

Parmi les limites de notre étude, citons la petite taille de l'échantillon. Nos résultats se sont limités aux points de vue des représentants de cinq pays d'Afrique sub-saharienne uniquement, et n'ont pas évalué l'efficacité de l'utilisation des différents protocoles EMDR ni la perception des patients sur le traitement. La plupart des participants utilisaient l'EMDR comme méthode de traitement individuel, et seuls quelques-uns avaient été formés aux protocoles de groupe. L'étude s'est donc principalement centrée sur le protocole de traitement individuel. Nous recommandons aux chercheurs africains d'évaluer l'utilisation et l'efficacité de l'EMDR dans les études futures en utilisant des modèles de recherche africains et d'intégrer leurs connaissances et leur expérience culturelles dans les applications futures de l'EMDR sur le continent.

Le point fort de cette étude est qu'elle a été menée par des thérapeutes, des praticiens et des superviseurs EMDR de pays africains. Utilisant un *design* qualitatif afrocentré, elle a recueilli des données par le biais d'un questionnaire d'enquête, d'un groupe de discussion, et de notes du superviseur. L'analyse thématique a permis d'identifier des thèmes importants. Certains de ces thèmes avaient déjà été formulés par des collègues qui ont travaillé avec des patients de différentes cultures et ont formé des thérapeutes EMDR dans différents contextes culturels (Amara, 2017 ; Hartung, 2017 ; Nickerson, 2017 ; Spierings, 2004; Zimmermann, 2014). La force de la présente étude est qu'elle est ancrée dans les réalités de thérapeutes, de superviseurs, de consultants et de formateurs EMDR africains. Les recommandations qui en résultent sont pratiques et réalisables, et permettraient de rendre la thérapie EMDR plus accessible et culturellement plus pertinente en Afrique.

Références bibliographiques

- Abdul-Hamid, W. K., & Hughes, J. H. (2015). Integration of religion and spirituality into trauma psychotherapy: An example in sufism? *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(3), 150–156. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.3.150>
- Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27414. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27414>
- Allon, M. (2015). EMDR group therapy with women who were sexually assaulted in the Congo. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 28–34. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.9.1.28>
- Amara, P. (2017). La thérapie EMDR en contexte interculturel. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(3), 183–195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.003>
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., & López Cano, T. (2009). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP). In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and special situations* (pp. 279–288). Springer Publishing.
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., & López Cano, T. (2014). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for children. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets* (pp. 237–251). Springer Publishing.
- Atwoli, L., Stein, D. J., Williams, D. R., Mclaughlin, K. A., Petukhova, M., Kessler, R. C., & Koenen, K. C. (2013). Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: Analysis from the south african stress and health study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 182. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-182>
- Beiser, M., Wiwa, O., & Adebajo, S. (2010). Human-initiated disaster, social disorganization and post-traumatic stress disorder above Nigeria's oil basins. *Social Science & Medicine*, 71(2), 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.039>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chakkalakal, R. J., Cherlin, E., Thompson, J., Lindfield, T., Lawson, R., & Bradley, E. H. (2013). Implementing clinical guidelines in low-income settings: A review of literature. *Global Public Health*, 8(7), 784–795. <https://doi.org/10.1080/17441692.2013.815794>
- Chilisa, B. (2012). Postcolonial indigenous research paradigms. In *Indigenous research methodologies* (pp. 98–127). Sage.
- Chilisa, B., Major, T. E., Gaotlhobogwe, M., & Mokgolodi, H. (2016). Decolonizing and indigenizing evaluation practice in Africa: Toward African relational evaluation approaches. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 30(3), 313–328. <https://doi.org/10.3138/cjpe.30.3.05>
- Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J. D., Rahman, A., Verdelli, H., Araya, R., & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, 44(6), 1131–1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>
- Fernandez, I., Callerame, C., Maslovaric, G., & Wheeler, K. (2014). EMDR europe humanitarian programs: Development, current status, and future challenges. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 215–224. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.4.215>
- Hartung, J. (2017). Teaching and learning EMDR in diverse countries and cultures: When to start, what to do, when to leave. In M. Nickerson (Ed.), *Cultural competence and healing culturally based trauma with EMDR therapy: Innovative strategies and protocols* (pp. 323–340). Springer Publishing Company.
- Homsy, J., King, R., Tenywa, J., Kyeeyune, P., Opio, A., & Balaba, D. (2004). Defining minimum standards of practice for incorporating African traditional medicine into HIV/AIDS prevention, care, and support: A regional initiative in Eastern and Southern Africa. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(5), 905–910. <https://doi.org/10.1089/acm.2004.10.905>
- Hook, J. N., Watkins, C. E., Davis Jr, D. E., Owen, J., Van Tongeren, D. R., & Ramos, M. J. (2016). Cultural humility in psychotherapy supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 70(2), 149–166. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.2.149>
- Hurn, R., & Barron, I. (2018). The EMDR integrative group treatment protocol in a psychosocial program for refugee children: A qualitative pilot study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 208–223. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.208>
- Jarero, I., & Artigas, L. (2012). The EMDR integrative group treatment protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 219–222. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.04.004>
- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., & Miranda, A. (2014). EMDR therapy humanitarian trauma recovery interventions in Latin America and the Caribbean. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 260–268. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.4.260>
- Jenkins, R., Othieno, C., Omollo, R., Onger, L., Sifuna, P., Mboroki, J. K., Kiima, D., & Ogutu, B. (2015). Probable post traumatic stress disorder in Kenya and its associated risk factors: A cross-sectional household survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), 13494–13509. <https://doi.org/10.3390/ijerph121013494>
- Kane, J. C., Adaku, A., Nakku, J., Odokonyero, R., Okello, J., Musisi, S., Augustinavicius, J., Greene, M. C., Alderman, S., & Tol, W. A. (2016). Challenges

- for the implementation of World Health Organization guidelines for acute stress, PTSD, and bereavement: A qualitative study in Uganda. *Implementation Science*, 11, 36. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0400-z>
- Lehnung, M., Shapiro, E., Schreiber, M., & Hofmann, A. (2017). Evaluating the EMDR group traumatic episode protocol with refugees: A field study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(3), 129–138. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.3.129>
- Lund, C., Tomlinson, M., De Silva, M., Fekadu, A., Shidhaye, R., Jordans, M., Petersen, I., Bhana, A., Kigozi, F., Prince, M., Thornicroft, G., Hanlon, C., Kakuma, R., McDaid, D., Saxena, S., Chisholm, D., Raja, S., Kippen-Wood, S., Honikman, S., ... Patel, V. (2012). PRIME: A programme to reduce the treatment gap for mental disorders in five low and middle income countries. *PLoS Medicine*, 9(12), e1001359. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001359>
- Masters, R., McConnell, E., & Juhasz, J. (2017). Learning EMDR in Uganda: An experiment in cross-cultural collaboration. In M. Nickerson (Ed.), *Cultural competence and healing culturally based trauma with EMDR therapy: Innovative strategies and protocols*. Springer Publishing Company.
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., Bhutani, G., Grey, N., Leach, J., Greenberg, N., Katona, C., El-Leithy, S., & Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 50(4), 542–555. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000070>
- Mehrotra, S. (2014). Humanitarian projects and growth of EMDR therapy in Asia. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 252–259. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.4.252>
- Mkabela, Q. (2005). Using the Afrocentric method in researching indigenous African culture. *The Qualitative Report*, 10(1), 178–189. nsuworks.nova.edu/tqr/vol10/iss1/10
- Nickerson, M. (2017). *Cultural competence and healing culturally based trauma with EMDR therapy*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826142870>
- Njenga, F. G., Nguithi, A. N., & Kang'ethe, R. N. (2006). War and mental disorders in Africa. *World Psychiatry*, 5(1), 38–39.
- Ochieng, L., Admasu, K., & Roth, G. (2020). Updates on EMDR Africa country associations and registration. In *Communication at online EMDR Africa Meeting*.
- Okello, J., Nakimuli-Mpungu, E., Musisi, S., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2013). War-related trauma exposure and multiple risk behaviors among school-going adolescents in Northern Uganda: The mediating role of depression symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 715–721. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.030>
- Osterman, J. E., & De Jong, J. T. V. M. (2007). Cultural issues and trauma. In M.J. Friedman, T.A. Keane, & P.A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 425–446). Guilford Press.
- Owusu-Ansah, F. E., & Mji, G. (2013). African indigenous knowledge and research. *African Journal of Disability*, 2(1), 30. <https://doi.org/10.4102/ajod.v2i1.30>
- Patel, V., Araya, R., Chatterjee, S., Chisholm, D., Cohen, A., De Silva, M., Hosman, C., McGuire, H., Rojas, G., & Van Ommeren, M. (2007). Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9591), 991–1005. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61240-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61240-9)
- Peters, E., Wissing, M. P., & Du Plessis, W. F. (2002). Implementation of EMDR (R) with cancer patients. *Health SA Gesondheid*, 7(2), 100–109.
- Rasolkhani-Kalhorn, T. (2005). *Translation and adaptation of the EMDR protocol to the Iranian culture*. Colorado School of Professional Psychology.
- Robertson, B. A. (2006). Does the evidence support collaboration between psychiatry and traditional healers? findings from three South African studies. *African Journal of Psychiatry*, 9(2), 87–90. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v9i2.30210>
- Seponski, D. M. (2011). *Exploring eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a culturally responsive cambodian model of therapy*. University of Georgia.
- Shapiro, E., & Moench, K. (2015). *EMDR group traumatic episode protocol (G-TEP)*. EMDR Research Foundation. <https://emdrresearchfoundation.org/toolkit/gtep.pdf>
- Shapiro, F. (2001). *EMDR: eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedure*. Guilford Publications.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2001). *EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing*. Guilford.
- Shapiro, F., & Laliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39(2), 191–200. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0300-7>
- Smyth-Dent, K., Fitzgerald, J., & Hagos, Y. (2019). A field study on the EMDR integrative group treatment protocol for ongoing traumatic stress provided to adolescent Eritrean refugees living in Ethiopia. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 12(4), 1–12.
- Spierings, J. (1999). *Multi-cultural EMDR*. EMDR Humanitarian Assistance Programs.
- Spierings, J. (2004). Working with EMDR in the treatments of clients with other (sub) cultures and religions: Multi-culti EMDR. In *5th EMDR Europe Association Conference*. Stockholm, Sweden: .
- Ter Heide, F. J. J., Mooren, T. T. M., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2014). EMDR with traumatized refugees: From experience-based to evidence-based practice. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(3), 147–156. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.147>

- Tol, W. A., Barbui, C., & Van Ommeren, M. (2013). Management of acute stress, PTSD, and bereavement: WHO recommendations managing acute stress, PTSD, and bereavement viewpoint. *JAMA*, *310*(5), 477–478. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.166723>
- Verhey, R., Gibson, L., Brakarsh, J., Chibanda, D., & Seedat, S. (2018). Prevalence and correlates of probable post-traumatic stress disorder and common mental disorders in a population with a high prevalence of HIV in Zimbabwe. *European Journal of Psychotraumatology*, *9*(1), 1536286. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1536286>
- Watkins, C. E., Hook Jr, J. N., Owen, J., DeBlaere, C., Davis, D. E., & Van Tongeren, D. R. (2019). Multicultural orientation in psychotherapy supervision: Cultural humility, cultural comfort, and cultural opportunities. *American Journal of Psychotherapy*, *72*(2), 38–46. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20180040>
- Wilson, J. P., & Tang, C. S. (2007). *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD*. Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1>
- Winkler, N., Ruf-Leuschner, M., Ertl, V., Pfeiffer, A., Schalinski, I., Ovuga, E., Neuner, F., & Elbert, T. (2015). From war to classroom: PTSD and depression in formerly abducted youth in Uganda. *Frontiers in Psychiatry*, *6*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00002>
- Wong, S.-L. (2018). EMDR-based divorce recovery group: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, *12*(2), 58–70. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.2.58>
- Woo, M. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing treatment of nightmares: A case report. *Journal of EMDR Practice and Research*, *8*(3), 129–134. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.3.129>
- Zimmermann, E. (2014). EMDR humanitarian work: Providing trainings in EMDR therapy to African clinicians. *Journal of EMDR Practice and Research*, *8*(4), 240–247. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.4.240>
- Zingela, Z., Van Wyk, S., & Pietersen, J. (2019). Use of traditional and alternative healers by psychiatric patients: A descriptive study in urban South Africa. *Transcultural Psychiatry*, *56*(1), 146–166. <https://doi.org/10.1177/1363461518794516>

Transparence financière. Les auteurs n'ont aucun intérêt financier ni aucune affiliation avec des intérêts commerciaux en lien avec les sujets abordés dans cet article.

Financement. Les auteurs n'ont pas reçu de subvention ou de soutien financier spécifique pour la recherche, la rédaction ou la publication de cet article.

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Femke Bannink Mbazzi, université de Gand, faculté des sciences psychologiques et pédagogiques, 9000 Gand, Belgique ou à Femke Bannink Mbazzi, psychologue clinicienne, The Surgery, Naguru Drive 42, Kampala, Ouganda. Courriel: femke.bannink@ugent.be