L'*Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) dans la prise en charge du traumatisme psychique en milieu militaire : intérêt d'une pratique hospitalière novatrice

F. Nicolas[a], P.-F. Rousseau[a], A. Delahaye[a], V. Vautier[a], C. Gheorghiev[a, b]

a Service de psychiatrie, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex 9.
b École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

L'*Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) est une psychothérapie aujourd'hui reconnue efficace dans le traitement du trouble de stress post-traumatique. Le service de psychiatrie de l'hôpital d'instruction des armées Sainte-Anne a récemment rendu disponible cette technique pour les militaires blessés psychiques, offrant au clinicien un outil thérapeutique complémentaire dans la prise en charge de ces patients. Si ce traitement psychothérapique se fait classiquement en ambulatoire, la réalisation de séances d'EMDR au cours d'hospitalisations programmées offre un cadre de soins propice à des patients militaires à la clinique psychotraumatique souvent complexe. En permettant la tenue de séances rapprochées, l'hospitalisation semble conférer à cette modalité de soins une efficacité symptomatique accrue, tout en assurant la bonne tolérance du traitement.

Mots-clés : Blessé psychique. *Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) Trouble de stress post-traumatique. Hospitalisation. Psychothérapie.

Abstract

INPATIENT EMDR THERAPY: A NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF COMBAT-RELATED POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER.

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is known to be effective in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). This therapy is now available in the psychiatric ward of Sainte-Anne Military Hospital, for patients who suffer from combat-related PTSD. Even though psychotherapy is usually an outpatient treatment, using EMDR with inpatients seems to be useful for this specific population. Treating patients in hospital enhances symptomatic efficacy while ensuring good treatment tolerance.

Keywords: Combat-related PTSD. EMDR. Hospitalization. Post-traumatic stress disorder. Psychotherapy.

Introduction

La thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) est une technique psychothérapique dont l'efficacité est aujourd'hui largement reconnue par la communauté scientifique dans le traitement du Trouble de stress post-traumatique (TSPT). On dénombre dans la littérature plus de 20 études contrôlées randomisées permettant d'en étayer l'efficacité (1). La Haute autorité de santé (HAS), L'Organisation mondiale de la santé (OMS), L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'*American psychiatric association* (APA) recommandent aujourd'hui l'utilisation de l'EMDR dans cette indication (2-5).

L'EMDR est une psychothérapie mise au point par Francine Shapiro à la fin des années 80. Il s'agit d'une technique intégrative, dont les fondements sont compatibles avec la plupart des autres approches

F. NICOLAS, médecin, psychiatre. P.-F. ROUSSEAU, psychiatre. A. DELAHAYE, psychologue hors classe, psychologue clinicienne. V. VAUTIER, médecin en chef, praticien certifié. C. GHEORGHIEV, médecin en chef, professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce.
Correspondance : Monsieur le médecin F. NICOLAS, Service de psychiatrie, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex 9.
E-mail : nicolasflorian@laposte.net

psychothérapiques (6). Sa particularité réside dans l'utilisation de mouvements oculaires rapides alors que le patient se focalise sur une partie du souvenir traumatique. En France, l'EMDR est une pratique courante en milieu civil, réalisée essentiellement en ambulatoire. À titre indicatif en 2015, l'association EMDR France comptabilisait 1 114 membres dont 77 seulement étaient salariés dans une structure. À ce jour, l'EMDR est encore peu représentée au sein de l'institution militaire, même si la tendance actuelle est à l'intégration de cet outil à nos pratiques usuelles.

Dans cette logique, le service de psychiatrie de l'HIA Sainte-Anne a récemment rendu disponible cette thérapie pour les blessés psychiques militaires. Initialement, les prises en charges EMDR ont été menées exclusivement en ambulatoire, en complément d'une prise en charge psychiatrique ayant fréquemment recours aux traitements médicamenteux. Depuis peu, elles sont également pratiquées au cours d'hospitalisations programmées, dédiées spécifiquement au traitement EMDR des militaires dont l'état clinique le nécessite. La première partie de cet article sera consacrée à la description de la technique EMDR en tant que telle, en détaillant les circonstances de sa découverte, les mécanismes supposés, ainsi que les grands principes de sa mise en œuvre. Une seconde partie soulignera l'intérêt d'une utilisation intra-hospitalière de l'EMDR, pour des blessés psychiques préalablement sélectionnés. Enfin, un cas clinique viendra illustrer la pertinence de cette nouvelle pratique.

La psychothérapie EMDR

Historique

La thérapie EMDR a été découverte en 1987 par Francine Shapiro. Elle décrit dans son ouvrage « Des Yeux pour Guérir » (7) comment l'idée d'utiliser les mouvements oculaires pour traiter les expériences de vie difficiles lui est venue. Elle rapporte qu'au cours d'une balade dans un parc, elle avait laissé venir à son esprit des pensées perturbantes. Un peu plus tard au cours de la journée, elle constatait en repensant à ces mêmes idées, que l'intensité de la charge émotionnelle avait spontanément diminuée. Elle remarqua de plus qu'en laissant venir ces pensées, ses yeux faisaient spontanément des mouvements de saccade. Cette observation coïncidente l'a poussée à explorer un hypothétique lien entre ces mouvements oculaires et la diminution du niveau de détresse émotionnelle qu'elle avait observée. La démarche de Shapiro était expérimentale. Elle a tout d'abord cherché à valider empiriquement son hypothèse en administrant des séries de saccades oculaires à un petit groupe de personnes, venues chacune avec une problématique mineure. Elle a pu noter que, de manière similaire à ses premières observations, les saccades avaient tendance à alléger la charge émotionnelle des souvenirs.

La première étude contrôlée, datant de 1989, comparait thérapie de soutien par la parole et thérapie EMDR dans le traitement de patients atteints de TSPT (8). L'étude montrait des diminutions significatives de perturbation émotionnelle, mesurées par l'échelle *Subjective Unit of Disturbance* (SUD) dans le groupe EMDR d'une séance à l'autre. L'autre groupe révélait à l'opposé des scores peu évolutifs, voire parfois plus élevés, malgré la prise en charge.

Quelques années plus tard, il a été démontré que les mouvements oculaires pouvaient être remplacés par toute autre forme de Stimulation bilatérale alternée (SBA), c'est-à-dire par des stimuli entraînant l'activation des deux hémisphères cérébraux, gauche et droit, par alternance. Les principaux modes de stimulations utilisés aujourd'hui en thérapie EMDR sont oculaires, tactiles, ou sonores.

Mécanismes sous-jacents

Les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de clarifier de façon pleinement satisfaisante les mécanismes neurobiologiques sous-jacents, et notamment de préciser le rôle des mouvements oculaires lors de la thérapie. Plusieurs hypothèses ont toutefois été avancées.

L'une d'entre elle est basée sur le rôle central du sommeil paradoxal, que l'on sait déficient dans le TSPT (9). Le sommeil paradoxal ou sommeil REM (*rapid eye-movement*) est une phase durant laquelle nous intégrons nos expériences de vie, en évacuant des émotions et des sensations associées. Une manière de modéliser ce tri de l'information est d'envisager un transfert entre la mémoire épisodique hippocampique liée aux émotions *via* l'amygdale, et la mémoire sémantique néocorticale dépourvue d'affect (10). Ainsi, en temps normal, les souvenirs épisodiques initialement chargés d'émotion et de sensorialité sont transférés, puis intégrés en mémoire sémantique durant le sommeil paradoxal. Le souvenir épisodique alors caduc peut être affaibli et ne persiste à la phase finale du processus que la connaissance générale qui résulte du souvenir.

Lors d'un TSPT, le sommeil paradoxal est déficient. Il en découle l'impossibilité d'intégrer les souvenirs traumatiques en mémoire sémantique et de les décharger de l'affect associé. Leur contenu peut alors être réactivé à tout moment et notamment lors de la rencontre avec des déclencheurs, c'est-à-dire des situations du quotidien sans caractère dangereux objectif, qui viennent réactiver cette mémoire traumatique et déclencher des symptômes intrusifs. La réalisation de mouvements oculaires rapides lors de la thérapie EMDR permettrait, selon cette théorie, de reproduire ceux qui interviennent spontanément lors du sommeil paradoxal, et de reproduire artificiellement les conditions facilitant l'intégration du souvenir traumatique.

Modèle du traitement adaptatif de l'information

Indépendamment de toute hypothèse sur les fondements neurobiologiques sous-jacents, la thérapie EMDR s'appuie sur un modèle appelé Traitement

adaptatif de l'information (TAI) (11). Ce modèle suppose l'existence innée chez l'homme, de mécanismes tournés vers la guérison, permettant de métaboliser spontanément les souvenirs douloureux. Dans ce modèle, la pathologie mentale et en particulier le TSPT, est comprise comme la résultante d'une expérience ou série d'expériences négatives de vie qui n'ont pas pu être traitées convenablement par ce processus. Shapiro considère que l'échec de ce dernier tend à maintenir le souvenir traumatique stocké dans un réseau mnésique traumatique dysfonctionnel, déconnecté du réseau mnésique courant, encore dénommé réseau mnésique adaptatif. L'activité rythmique qui a lieu lors des mouvements oculaires permettrait de ré-initier ce système de traitement de l'information et de favoriser la connexion entre ces deux réseaux de mémoire, pour aboutir à la « résolution adaptative » du souvenir.

Les composantes du souvenir traumatique

Selon Shapiro, lorsque l'on aborde un souvenir traumatique, il faut pouvoir en extraire différentes composantes. La première est d'ordre sensorielle, la plupart du temps une image, mais il peut aussi s'agir de sons, d'odeurs, de sensations physiques. Vient ensuite la croyance négative auto-centrée engendrée par le souvenir, ici appelée Cognition négative (CN). Il s'agit en général d'une croyance irrationnelle, à propos du sujet lui-même, généralisable à d'autres situations. Un exemple illustrant ce type de croyance dysfonctionnelle est celui des femmes abusées sexuellement, dont bon nombre développent à distance de leur agression des cognitions du type « je suis responsable » ou encore « je l'ai bien mérité ». La composante centrale à évaluer est l'émotion qui n'est pas dissociable de sa traduction corporelle. Ainsi une peur intense pourra être ressentie au niveau de l'abdomen, ou du thorax par exemple.

Un protocole standard structuré en huit phases

Même s'il existe, comme dans toute autre thérapie, des variations inter-individuelles dans la manière de pratiquer l'EMDR, sa trame de fond demeure sensiblement la même. Afin d'assurer l'homogénéité des pratiques de soins, les organismes de formation à cette thérapie mettent l'accent sur l'apprentissage d'un protocole structuré en huit phases, lequel vient baliser la mise en œuvre de la thérapie (12).

Phase 1

La première phase est un temps dédié au recueil de l'anamnèse et à l'établissement d'un « plan de ciblage ». Ce dernier correspond au recensement des souvenirs traumatiques, et plus largement de toutes les expériences de vie négatives, potentiellement en rapport avec la problématique actuelle du patient. Parfois, le patient rapporte spontanément ces évènements, et le lien de causalité est facile à établir. La plupart du temps, il convient par une méthodologie rigoureuse de mettre en lumière les évènements de vie, qui partagent la même émotion, la même sensation ou la même cognition négative que la situation problématique actuelle. Ainsi, lorsqu'un patient évoque la cognition « je suis en danger » pour une situation du quotidien anodine, comme par exemple se confronter à la foule, il conviendra de rechercher sur la vie entière du patient les situations durant lesquelles ces mêmes pensées ont pu s'appliquer. L'intérêt est ici d'avoir une idée du degré de complexité du psycho-traumatisme, car la mise en évidence d'évènements traumatiques précoces et prolongés, comme les maltraitances de l'enfance, obère la stratégie thérapeutique en nécessitant le plus souvent un traitement prolongé. Tout au long de cette phase l'accent est également mis sur l'instauration d'une alliance thérapeutique de qualité.

Phase 2

Aussi appelée phase de préparation, elle comporte plusieurs volets.

Un temps est d'abord consacré à la psychoéducation. Il est en effet important pour l'adhésion au traitement que le patient ait eu connaissance des grands principes qui régissent la thérapie. Il s'agit ensuite d'éliminer les contre-indications à la thérapie ou des particularités cliniques devant inciter à une prudence dans la mise en œuvre des soins. Il s'agit essentiellement des troubles psychotiques non équilibrés, d'une épilepsie non équilibrée, d'une grossesse en cours ou de troubles oculaires.

Il faut ensuite s'assurer que le patient soit suffisamment stable sur un plan émotionnel pour s'engager dans la thérapie, et qu'il dispose de ressources suffisantes dans la régulation de ses affects. Une ou plusieurs techniques de relaxation sont dans cette perspective enseignées au patient au cours de cette phase.

Phase 3

Après avoir choisi judicieusement le souvenir à traiter avec le patient, il lui est demandé d'en préciser les différentes composantes, à savoir : l'image difficile, la cognition négative, l'émotion ressentie, et la sensation physique désagréable qui lui est liée. Le niveau de détresse émotionnelle ressentie sur l'instant est côté par le patient sur une échelle de 0 à 10 (*Subjective Unit of Disturbance*, ou SUD).

Phase 4

Il s'agit de la phase centrale durant laquelle interviennent les mouvements oculaires ou les autres formes de SBA. Le principe est d'activer la mémoire traumatique en se basant sur les composantes du souvenir citées précédemment et d'effectuer des SBA, le patient ayant pour consigne de ne rien chercher de particulier et de laisser venir à sa conscience ce qui se présente spontanément. On retrouve ici un succédané du principe de libre association utilisé en psychanalyse.

Des réactions émotionnelles peuvent survenir durant cette phase, et parfois des abréactions. Le thérapeute y

sera attentif et accompagnera avec la distance appropriée le patient pour l'aider à y faire face et à rester dans ses limites d'acceptabilité et de tolérance. Cette phase est poursuivie jusqu'à la réduction maximale du degré de perturbation émotionnelle, voire si possible à l'obtention d'un score de SUD à 0.

Une évolution favorable se traduit classiquement par la réduction de l'intensité de l'image voire l'incapacité à la faire revenir, la capacité à revoir la même scène sans le contenu émotionnel initial, une reconstruction imaginaire de la scène, des prises de conscience ou des fragments de scènes occultés qui reviennent à l'esprit. Lorsque l'expérience négative est intégrée, elle gagne en cohérence et s'inscrit plus facilement dans l'histoire de vie du patient. Il devient à même de l'énoncer, ce qui lui était auparavant le plus souvent impossible.

Phase 5

Cette phase consiste à associer au souvenir initial une nouvelle cognition, appelée Cognition positive (CP) ; elle correspond à ce que le patient souhaite désormais penser de lui-même de positif, au regard de l'évènement traversé.

Phase 6

L'EMDR étant une thérapie centrée sur les émotions, elle s'intéresse logiquement au ressenti corporel associé. Cette sixième phase, aussi appelée « scanner corporel », consiste à rechercher d'éventuelles perturbations corporelles chez le patient lorsqu'il pense à nouveau au souvenir associé à la cognition positive.

Phase 7

Il est demandé au patient de verbaliser ce qui a été compris. La priorité est donnée à la stabilisation émotionnelle du patient afin qu'il puisse quitter le bureau du thérapeute dans de bonnes conditions.

Phase 8

La huitième phase, dite de réévaluation, a lieu lors de la séance suivante. Elle consiste à rechercher d'éventuelles perturbations résiduelles lors de la remémoration du souvenir traité précédemment et le cas échéant à les traiter, jusqu'à ce que le souvenir soit complètement neutre sur le plan des affects et des effets produits sur le sujet.

Intérêts de l'EMDR au cours de l'hospitalisation de militaires blessés psychiques

Une augmentation de la fréquence des séances

En ambulatoire, le délai entre les séances de thérapie EMDR varie, dans les cas les plus favorables, de 2 semaines à 1 mois. Ces contraintes en termes de temps et de fréquence sont souvent imposées par la situation du militaire qui réside parfois à plus d'une heure de transports du lieu de consultation. Même si le modèle TAI stipule que le retraitement d'un souvenir traumatique est un processus dynamique qui se poursuit entre les séances, il apparaît que ce délai peut ralentir la prise en charge. La pratique en intra-hospitalier permet la mise en place d'une thérapie de type « semi-intensive », avec une fréquence allant de 1 à 4 séances par semaine d'hospitalisation. Elle permet aussi une prise en charge intégrative à travers une approche pluridisciplinaire, associant entretiens individuels, participation à des ateliers thérapeutiques, optimisation du traitement médicamenteux et évaluation médico-sociale du retentissement socio-professionnel.

Les données de la littérature montrent que 3 à 5 séances suffisent à traiter 77 % à 90 % des cas de TSPT simple (13-16). Le TSPT simple désigne la survenue de symptômes psycho-traumatiques après un évènement ponctuel, bien délimité dans le temps, chez une personne sans antériorité de traumatisme, ni comorbidité psychiatrique. Concernant les militaires blessés psychiques, la question est souvent moins celle d'un évènement traumatique unique, que la répétition d'évènements à potentialité traumatique au cours d'une voire de plusieurs missions. La confrontation à la mort, la découverte de cadavres, les décès de camarades, les accrochages, les explosions d'*Improvised Explosive Device* (IED) sont autant d'évènements possiblement traumatiques au cours d'une OPEX. S'y ajoute le climat de menace latent qui peut être ressenti par les militaires sur une durée prolongée, par exemple lors de déplacements en véhicules blindés ou de patrouilles, favorisant la persistance d'une hyper-vigilance et de réflexes conditionnés au retour en métropole. Les patients militaires souffrant de TSPT peuvent ainsi nécessiter un nombre important de séances d'EMDR (17), ce qui confère au traitement intra-hospitalier sa pertinence, en autorisant la concentration de séances sur une durée de temps limitée.

Une identification plus précise des différents traumatismes

L'optimisation du traitement n'est pas seulement conditionnée par la fréquence des séances effectuées, mais aussi par le choix le plus judicieux des souvenirs traumatiques à traiter. Il arrive souvent que les militaires polytraumatisés ne sachent pas identifier les différents évènements problématiques, lesquels devraient pourtant être traités en priorité. Ceci est particulièrement vrai lorsque le syndrome de répétition traumatique ne s'avère pas au premier plan, lorsqu'il implique des bribes de souvenirs entremêlés ou lorsque les reviviscences se font sous forme d'émotions ou de sensations physiques sans contenu visuel associé pouvant brouiller le repérage clinique. Certains de ces patients ne sont pas conscients de ce qui les a traumatisés, ou encore ont occulté ces souvenirs par un phénomène d'amnésie dissociative. Parfois le retraitement d'un autre souvenir peut permettre

de mettre à jour du matériel traumatique qui avait été jusqu'à présent voilé (18). Il n'est pas rare de constater ce phénomène entre deux séances, en accord avec le modèle TAI.

En ambulatoire, les patients ne prêtent pas toujours attention à ces résurgences traumatiques, ou oublient de les rapporter au thérapeute à la séance suivante. De notre expérience, demander aux patients de consigner ces phénomènes par écrit, comme cela est préconisé dans le protocole EMDR, demande un effort auquel peu sont prêts à consentir. L'hospitalisation trouve ici un avantage en ce sens qu'elle permet un « monitoring » continu du processus d'intégration. Il suffit en effet d'interroger le patient au lendemain d'une séance sur la survenue de reviviscences ou de cauchemars durant la nuit. Ceux-ci peuvent par ailleurs être rapportés à tout moment à l'équipe paramédicale qui en prend note. Ces données peuvent ensuite être à leur tour traitées en leur appliquant le protocole EMDR.

Prendre en compte la tolérance du patient

Le retour de nombreux patients suivis en ambulatoire révèle la fréquence d'une anxiété anticipatoire aux séances d'EMDR. La peur de la confrontation à un vécu émotionnel intense en est la principale raison. Mais il apparaît également que le simple fait de se rendre à l'hôpital pour une consultation de suivi soit anxiogène pour ces patients qui associent le lieu de soin à l'évocation de la maladie, et donc indirectement au traumatisme. Ces patients rapportent fréquemment des troubles du sommeil majorés dans les jours qui précèdent la séance. Ceux-ci peuvent engendrer une difficulté supplémentaire en termes de régulation émotionnelle, ce qui vient encore renforcer l'anticipation anxieuse de la séance suivante. L'hospitalisation, par la proximité de l'équipe soignante, permet d'accompagner cette note anxieuse et également de limiter l'inobservance aux rendez-vous qui retarde la prise en charge.

La date d'initiation des soins hospitaliers est toujours discutée avec le patient. Il peut alors choisir la période qui lui paraît la plus favorable d'un point de vue familial ou professionnel s'il est en activité. Certains patients choisissent une période à laquelle ils se savent davantage vulnérables, par exemple à l'approche de la date anniversaire d'un évènement douloureux. Ceci permet d'aider le patient à franchir un cap difficile, tout en limitant l'impact des symptômes sur la famille. L'hospitalisation offre les conditions optimales pour la construction d'une alliance thérapeutique entre le patient, sa famille et l'ensemble de l'équipe de soins. Il devient alors possible d'impliquer une infirmière du service dans les situations les plus difficiles, dans une logique de prise en charge collective visant à accroître le sentiment de sécurité du patient en séance.

Un mode de soin secure

La sécurité des soins est l'argument princeps ayant incité à proposer une prise en charge en intra-hospitalier. En effet, le travail effectué lors des premières séances engendre souvent une majoration symptomatique dans l'après-coup. Malgré l'attention particulière portée à la stabilisation émotionnelle en fin de séance, le retour à domicile peut être anxiogène. L'inquiétude concerne le trajet du retour, particulièrement si le patient a dû prendre son véhicule et n'a pas pu être accompagné. Elle concerne également l'aptitude à gérer les réactivations symptomatiques au domicile, surtout si le patient vit seul. En hospitalisation, ce phénomène de majoration symptomatique transitoire existe mais peut plus aisément être géré par l'équipe soignante, via une attitude rassurante voire par l'administration ponctuelle et prudente de traitements médicamenteux. La dispensation contrôlée de traitements psychotropes contribue à ne pas alourdir inutilement l'ordonnance du patient. Le cadre hospitalier participe ainsi à la stabilisation émotionnelle du patient et offre les conditions optimales de la gestion d'un éventuel effet rebond.

Critères de sélection des patients

Malgré ses nombreux intérêts, il ne s'agit pas de proposer l'approche EMDR en intra-hospitalier de façon systématique à tout patient militaire atteint de TSPT. L'orientation vers cette modalité de prise en charge repose sur un faisceau d'arguments dont les principaux sont détaillés ci-dessous (tab I).

Tableau I. Coordonnées cliniques propices à un traitement EMDR intra-hospitalier.

- Multiplicité des évènements traumatiques.
- Évènement(s) traumatique(s) mal identifié(s).
- **L'évocation du traumatisme provoque une déstabilisation émotionnelle majeure.**
- **Peu de ressources / Faibles capacités à gérer les affects.**
- **Comorbidités psychiatriques.**
- **Isolement social.**
- **Lieu de résidence éloigné / Absence d'accompagnant disponible.**
- Anxiété anticipatoire importante / Mauvaise observance de la prise en charge.
- **Demande du patient.**

Vignette clinique

Histoire de la maladie

Il s'agit d'un caporal-chef, âgé de 37 ans, issu d'une unité combattante, et ayant développé un TSPT dans les suites d'une mission en Afghanistan en 2009. Le patient

avait la charge d'effectuer des reconnaissances en véhicule sur des itinéraires potentiellement dangereux. Durant cette mission, plusieurs évènements traumatiques ont été identifiés comme le décès par balle de deux camarades, l'explosion d'une roquette proche de sa position, le fait d'avoir été menacé avec une kalachnikov dans son véhicule lors d'un itinéraire de nuit.

À son retour, il remarque une irritabilité inhabituelle, le menant à avoir des gestes violents envers sa compagne. Il ne consulte pas à cette occasion mais pense « tourner la page » en demandant sa mutation et en s'investissant sans limite dans de nouvelles activités de loisir. Il s'ensuit une période de stabilité clinique, surtout marquée par des phénomènes d'évitement. En 2012, le patient présente une attaque de panique à l'occasion de la réalisation d'une IRM. Le confinement et les bruits durant l'examen déclenchent en effet des symptômes intrusifs lui rappelant le transit dans un véhicule blindé dans lequel lui et ses camarades avaient essuyé des tirs ennemis. Il rencontre le psychiatre à cette occasion, qui pose le diagnostic de TSPT. Le patient, effrayé par l'étiquette psychiatrique et craignant d'être catalogué « fou », ne se présente pas aux consultations suivantes et échappe aux soins.

Il poursuit son activité professionnelle au sein de l'institution. Il est alors chargé d'enseignement à travers des formations de secourisme au combat dans lesquelles il s'investit plus que de raison. Il se donne pour mission de transmettre la meilleure formation possible à ses élèves et s'appuie pour cela, à visée pédagogique, sur des images de traumatismes balistiques qui viennent illustrer ses propos. La symptomatologie psycho-traumatique est alors réactivée par le contenu de ses enseignements et se manifeste surtout le soir lorsqu'il se retrouve seul au domicile. Il s'isole socialement et se met à consommer de l'alcool avec excès, à visée anxiolytique et hypnotique.

Prenant conscience de l'aggravation du trouble, il reprend contact avec le corps médical et bénéficie d'une première hospitalisation pour sevrage alcoolique, qui marquera le début d'une période d'abstinence et l'initiation d'un suivi psychiatrique.

Suivi en consultation

Symptomatologie

À ce stade, le tableau clinique s'organise autour d'un syndrome de répétition traumatique diurne et nocturne, des difficultés à l'endormissement, et des réveils de milieu de nuit en état d'alerte. Il existe également une hyper-vigilance avec une grande sensibilité aux bruits. Le patient identifie parfaitement les différents déclencheurs et développe un équilibre fragile fait de stratégies d'évitement qui retentissent sur sa qualité de vie. Fuyant la foule, il ne sort plus faire ses courses dans les magasins et se résout à faire ses « courses au drive ». Au-delà des classiques symptômes psycho-traumatiques, il est noté l'apparition de manifestations obsessionnelles avec une préoccupation démesurée pour l'ordre, un quotidien très ritualisé l'amenant régulièrement à perdre du temps. Ces manifestations viennent se greffer sur une personnalité pré-morbide de type obsessionnelle.

Limites du suivi ambulatoire

Les consultations sont vécues sur un mode anxieux. Le patient décrit systématiquement la majoration des troubles du sommeil plusieurs jours avant la consultation, et dit mettre quelque temps à s'en remettre. Il nous avoue à l'une d'entre elle, s'être senti obligé de venir la veille de la consultation pour repérer les lieux qu'il connaît pourtant déjà. Concernant le contenu des consultations, la seule évocation des symptômes est très délicate. Le patient est alors assailli de reviviscences, il présente des troubles attentionnels et une désorganisation cognitive liée à l'angoisse. Aucun psychotrope n'est accepté, par crainte d'une prise de poids ou de troubles sexuels. Une prise en charge EMDR est proposée au patient. La première phase, impliquant l'évocation du matériel traumatique, est irréalisable en consultation au vu des éléments constatés précédemment. Elle n'est pas non plus possible au domicile, le patient étant dans un évitement permanent. Il demande lui-même à être hospitalisé pour réaliser cette prise en charge.

EMDR intra-hospitalier

Une hospitalisation de trois semaines est décidée. Les séances de psychothérapie sont réalisées avec son thérapeute habituel et une infirmière avec qui une relation de confiance a pu être instaurée.

Séances 1 et 2

Deux séances préliminaires, qui ne sont pas détaillées ici, ont eu pour but de stabiliser le patient et de l'aider à approcher progressivement le souvenir traumatique.

Séance 3

Nous laissons le patient choisir lui-même le souvenir problématique à traiter. Son choix se porte spontanément sur le souvenir de la chute d'une roquette sur le camp. Il est immédiatement en contact avec le contenu sensoriel du souvenir : il perçoit l'image des impacts de la roquette et dit entendre à nouveau les sifflements de celle-ci. La cognition négative associée à ce souvenir est : « je n'ai aucun contrôle ». Il ressent de la tristesse et celle-ci est perçue dans la poitrine. Le score de perturbation est à la SUD = 5/10.

La désensibilisation de ce contenu traumatique est effectuée par des mouvements oculaires rapides. L'émotion négative s'apaise en quelques minutes. Il décrit plus tard au cours de la séance un changement dans le contenu visuel et dit avoir la sensation de survoler les lieux de l'incident, et d'en avoir une vision panoramique. Le matériel adaptatif survient ensuite spontanément : il se revoit jouer aux cartes, et faire des plaisanteries à ses camarades.

La cognition positive « j'ai le contrôle maintenant » est installée et ressentie comme pleinement vraie en fin de séance. Il ne demeure aucune perturbation corporelle en lien avec le traumatisme. Il conclut cette séance de manière positive « j'ai pris de la distance avec tout cela, et maintenant, j'ai envie de faire des choses pour moi ».

Séance 4

Cette séance est réalisée 48 heures après la précédente. Dans cet intervalle de temps, il a été noté la survenue de cauchemars reproduisant des itinéraires en convoi. Cette situation est prise pour point de départ de la séance et révèle une perturbation émotionnelle à la SUD = 7/10. Le patient est rapidement submergé par un afflux d'images traumatiques et fait une abréaction. Les souvenirs sont vécus de manière intense, comme s'ils se déroulaient dans l'instant présent. Il ne les décrit pas complètement mais fait état d'un sentiment de peur et d'insécurité bien perceptibles à ses réactions corporelles de sursauts et de tremblements. Il est accompagné activement par son thérapeute et l'infirmière qui l'encouragent à maintenir une double attention entre le souvenir traumatique et l'instant présent. Il est régulièrement rassuré quant au lieu et au moment où il se trouve. Les SBA sont effectuées conjointement par les deux intervenants en simultané, ce qui rassure le patient. Le débordement émotionnel s'apaise très progressivement et ce n'est qu'au bout d'une heure d'accompagnement que le patient parvient à une désensibilisation complète. Le patient explique en fin de séance avoir compris que son traumatisme le plus sévère n'était pas tant la confrontation directe avec la mort, mais plutôt le sentiment de menace permanent qu'il avait ressenti lors des convois risqués dont il avait la charge.

Évolution

Dans les semaines qui suivent le traitement, une amélioration clinique significative est notée chez ce patient sur plusieurs plans. La PCLS, initialement chiffrée à 70 en début d'hospitalisation, chute à 22 à 1 mois du traitement.

Une nette diminution des comportements d'évitement est notée. Le patient rapportait notamment s'être surpris à changer la chaîne de la télévision spontanément, sans prendre les précautions habituelles visant à éviter un programme TV qui aurait pu le déstabiliser. Un reportage sur l'Afghanistan a pu être suivi dans son intégralité, à l'initiative du patient. Il a pu se rendre de nouveau dans les grandes surfaces pour y faire ses courses, sans manifestation anxieuse particulière. Le syndrome de répétition traumatique n'a jamais été réactivé par la suite. Quelques symptômes résiduels ont été notés au cours du suivi, dont une légère appréhension du moment du coucher, alors même que la qualité du sommeil est redevenue satisfaisante et que les cauchemars traumatiques se sont amendés. Quelques réactions d'orientation rapide de l'attention vers les bruits soudains persistent, mais sans association à des manifestations neurophysiologiques de stress. Enfin, le patient a conservé un mode de vie assez ritualisé, qui semble s'être ancré durant ces nombreuses années de maladie, mais ne lui procurant désormais aucune souffrance ni altération de la qualité de vie.

Conclusion

La psychothérapie EMDR, sous sa forme usuelle, est un outil complémentaire précieux dans la prise en charge des TSPT. L'éventualité de sa mise en œuvre hospitalière, sans en être la règle, apparaît comme une alternative intéressante en offrant les conditions de dispensation d'un soin les plus appropriées à certaines configurations cliniques. Cette pratique ne peut cependant se suffire à elle-même et doit trouver sa place, lorsqu'elle s'avère indiquée, au sein d'un projet de soins qui ne saurait se réduire à la recherche d'un seul apaisement symptomatique. L'intérêt de cette approche, empiriquement constaté au travers de nos observations, demande à être confirmé par des travaux ultérieurs de recherche clinique.

Les positions exprimées dans cet article ne sont que les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérées comme le point de vue officiel du Service de santé des armées français.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Shapiro F. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine : adressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. Perm J 2014 Winter;18(1):71-7.
2. HAS (2007). Guide – Affection de longue durée « Affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves ».
3. INSERM (2004). Psychothérapie : Trois approches évaluées. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Paris, France.
4. OMS – World Health Organization (2012). Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress. Geneva, WHO.
5. American Psychiatric Association (2004). Practice Guideline for the treatment of patients with acute Stress disorder and posttraumatic Stress disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
6. Shapiro F. EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism. Washington DC: American Psychological Association Press; 2002.
7. Shapiro F., Silk Forrest M. Des yeux pour guérir. Paris : Seuil ; 2005.
8. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. J Trauma Stress. 1989 Apr;2(2):199-223.
9. Ross RJ, Ball WA, Sullivan KA, Caroff SN. Sleep disturbance as the hallmark of posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 1989;146:697-707.
10. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. J Clin Psychol. 2002 Jan;58(1):61-75.
11. Shapiro F, Maxfield L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. J Clin Psychol. 2002 Aug;58(8):933-46.
12. Shapiro F. EMDR: Basic Principles, protocols and procedures (2nd Ed). New York: Guilford press; 2002.
13. Marcus S., Marquis P., Sakai C. Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. Psychotherapy 1997; 34:307-15.
14. Rothbaum B. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disordered sexual assault victims. Bulletin of the Menninger Clinic 1997; 61:317-34.
15. Wilson S, Becker LA, Tinker, RH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995;63:928-37.
16. Scheck M, Schaeffer JA, Gillette C. Brief psychological intervention with traumatized young women : The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. Journal of Traumatic Stress 1998;11:25-44.
17. Carlson J, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlung NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 1998;11:3-24.
18. Lipke H. Survey of practitioners trained in eye movement desensitization and reprocessing. Paper presented at the 102nd annual convention of the American Psychological Association, Los Angeles, 1994.