Les psychothérapies individuelles indiquées dans les troubles psychiques post-traumatiques de guerre : analyse des recommandations françaises et américaines

Y. Auxéméry, B. Favodon, M.-D. Colas

Article reçu le 6 août 2015, accepté le 26 octobre 2016.

Résumé

Le traitement psychothérapique des blessés psychiques de guerre suscite un questionnement tant par son niveau de complexité théorique que du fait de son caractère non consensuel voire polémique. L'offre de soins des réseaux civils et militaires est diversifiée, et de plus en plus médiatisée. Comment répondre aux demandes pressantes des patients militaires et de leurs proches vis-à-vis de certaines techniques présentées comme étant indiquées dans le traitement des états de stress post-traumatiques ? **Matériel et méthode.** Nous évoquerons les trois approches psychothérapiques individuelles les plus fréquemment proposées en psychotraumatologie : les thérapies comportementales et cognitives, l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* et les thérapies psychodynamiques d'orientation psychanalytique. Nous proposerons une discussion des recommandations françaises avant de confronter les guidelines anglo-saxonnes à la réalité de la pratique clinique. **Discussion.** Les différentes psychothérapies avancent chacune des arguments théoriques et techniques. Il paraît néanmoins impossible de les discriminer en termes d'efficacité en l'état actuel de la recherche scientifique. Le clinicien expérimenté en psychotraumatologie ne pourra aborder qu'avec circonspection des recommandations basées sur des comparaisons dans un domaine où la singularité du patient et la relation transférentielle sont difficilement modélisables. **Conclusion.** Proposer un projet de soins sur-mesure au combattant en souffrance nécessite de se centrer sur une analyse clinique rigoureuse. La coordination et la continuité des actions de soutien médico-psychologique s'imposent, loin de tout dogmatisme.

Mots-clés : EMDR. Parcours de soins. Psychothérapies psychodynamiques. Thérapies cognitives et comportementales. Troubles psychiques de guerre. Recommandations.

Abstract

INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPIES INDICATED IN WAR–RELATED POST-TRAUMATIC PSYCHOLOGICAL DISORDERS: AN ANALYSIS OF THE FRENCH AND AMERICAN RECOMMENDATIONS.

Background - The psychotherapeutic treatment of war-related psychological injuries is questioned because of its theoretical level of complexity as well as its non-consensual or controversial guidelines. The care provided by civilian and military networks is diverse, heterogeneous and given more and more media coverage. How can the military patients' and of their relatives' pressing demands for the many techniques deemed advisable in the treatment of post-traumatic stress disorder be addressed? Material and methods - We present three individual psychotherapeutic approaches most frequently proposed in the field of psychotraumatology: cognitive and behavioural therapies, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, and psychodynamic psychoanalytic orientation. We propose an analysis of the French and American recommendations before confronting the guidelines to the reality of clinical practice. Discussion - Each of the varied psychotherapies yields theoretical and technical arguments. Nevertheless, it seems impossible to discriminate between them in terms of efficiency in the current state of scientific research. The experienced clinicians must be cautious when they deal with the recommendations based on comparisons, in areas where the patients' singularity and the transference relationship are difficult to model. Conclusion - To propose a project of custom-made care to suffering fighters entails to focus on a rigorous clinical analysis. The coordination and continuity of medical and psychological support are essential. Beyond dogmatism, we shall select the following motto: 'the right psychotherapy, for the right patient at the right time'.

Keywords: Cognitive and behavioural therapies. EMDR. Health care system. Guidelines. Psychodynamic psychotherapy. War-related psychic disorders.

Introduction

Le traitement psychothérapique des troubles psychiques chroniques de guerre suscite un questionnement tant par son niveau de complexité théorique que du fait de son caractère non consensuel voire polémique. Dans les armées, les plans d'action relatifs aux troubles psychiques post-traumatiques ont

Y. AUXÉMÉRY, médecin principal. B. FAVODON, psychologue hors classe. M.-D. COLAS, médecin en chef, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Correspondance : Monsieur le médecin principal Y. AUXÉMÉRY, Service médical de psychologie clinique appliquée à l'aéronautique, Département d'expertise aéronautique, Centre principal d'expertise médicale du personnel navigant, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.

E-mail : yann.auxemery@intradef.gouv.fr

permis de multiples avancées (1, 2). Les réseaux de soins civils et militaires proposent aujourd'hui plusieurs types de psychothérapie qui, s'ils ne font pas l'objet de consensus, n'en constituent pas moins des pratiques bien identifiées et connues du grand public. Comment répondre aux demandes pressantes des patients et de leurs proches vis-à-vis de l'indication de telle ou de telle technique ? Une connaissance des principales approches référencées nous semble indispensable pour les conseiller au mieux. Nous aborderons spécifiquement le champ des psychothérapies individuelles. Les plus fréquemment prescrites en psychotraumatologie sont : les Thérapies cognitives et comportementales (TCC), l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) et les thérapies psychodynamiques d'orientation psychanalytique. Les recommandations françaises comme les *guidelines* anglo-saxonnes seront analysées afin de mettre en exergue les données utiles à la pratique clinique.

À propos de trois approches psychothérapeutiques indiquées dans l'état de stress post-traumatique

Les Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Reposant sur des bases scientifiques essentiellement neurobiologiques (régulation de l'anxiété, du stress et des émotions), les TCC sont historiquement centrées sur le symptôme et son intensité « ici et maintenant » (3-6). Elles assimilent l'état de stress post-traumatique (ESPT) à une peur acquise par apprentissage. Elles consistent à provoquer une confrontation au « stresseur », afin de « reprogrammer » le traitement de l'information et de diminuer le niveau de souffrance du sujet par la désensibilisation du conditionnement de peur.

Plusieurs techniques existent et peuvent être utilement associées dans le temps : la thérapie d'exposition, la remédiation cognitive, les techniques de gestion de l'anxiété et du stress (relaxation, méthodes respiratoires), les techniques d'affirmation de soi et de gestion des conflits. Les TCC sont codifiées en protocoles associant des séances de 60 à 90 minutes dont les résultats cliniques sont systématiquement évalués avec le patient grâce à des échelles psychométriques.

Dans le champ de la psychotraumatologie, les techniques les plus utilisées sont : la thérapie comportementale d'exposition prolongée et la thérapie cognitive. La thérapie d'exposition est basée sur la connaissance des mécanismes de conditionnement de peur (décrits par Pavlov) et de conditionnement opérant de fuite qui seraient à l'origine des troubles anxieux. Le but de l'exposition prolongée est de « re-conditionner » le patient qui devra apprendre à contrôler certaines réponses physiopathologiques (stress, émotions négatives, anxiété, évitement) (3, 4). La confrontation à la scène traumatique est provoquée dans le but de désensibiliser le sujet par habituation et ainsi, tenter d'éteindre les réponses dysfonctionnelles. L'exposition est graduée, prolongée et répétée au moyen de remémorations de l'événement ou d'éléments associés. Certains protocoles proposent des mises en situation par l'intermédiaire de vidéos, photos, objets ou même de présentations de mots reliés à la situation vécue.

Une fois ce temps de thérapie d'exposition réalisé, ou parfois même pendant, une restructuration cognitive des schémas de pensées considérés comme « délétères » ou « dysfonctionnels » est possible : ce sont les thérapies cognitives (5, 6). Elles ont pour objectif de modifier les pensées pathogènes. Le sentiment de vulnérabilité extensive et d'incapacité totale à faire face se modifiera en appréhension non pathologique, mesurée au contexte. La culpabilité dévorante, le vécu d'impuissance, de colère voire de rage, ou encore les schémas cognitifs dépressogènes sont analysés pour en limiter la dimension morbide.

L'EMDR ou Eye Movement Desensitization and Reprocessing

La technique de l'EMDR découverte empiriquement dans les années 1980 se compose de séances reprenant les phases successives suivantes : désensibilisation avec mouvements oculaires, installation de cognition(s) positive(s) et, recherche d'une tension anxieuse résiduelle. Pour débuter, le praticien demande au patient de choisir l'image la plus difficile de l'événement, et de confier ses émotions et cognitions négatives concourantes. Puis, il l'invite à trouver une cognition positive qu'il aimerait voir s'imposer dans le futur à la place de ses pensées négatives actuelles, par exemple : « je ne risque plus rien maintenant ». La personne est alors engagée à se concentrer sur l'image traumatique qui reste à l'esprit pendant que le thérapeute lui donne la consigne de réaliser des mouvements oculaires réguliers (7).

Du fait de l'attention double produite, un état de conscience flottante fait apparaître et associer des souvenirs, des réflexions et des affects. La phase de désensi-bilisation correspond aux saccades oculaires pendant lesquelles le patient se replonge dans les émotions et les sensations induites par l'événement traumatique jusqu'à extinction de leur ressenti désagréable. Une fois la désensibilisation effective, le thérapeute demande d'associer une cognition positive au souvenir traumatique. À chaque pause entre deux séries de mouvements oculaires, le patient est encouragé à verbaliser les pensées survenues lors des saccades. Afin de poursuivre les associations, une nouvelle série de saccades est ensuite réalisée en partant de la dernière sensation ou de la dernière information rapportée de la série précédente. Progressivement, d'une série de saccades à l'autre, puis d'une séance à l'autre, tous les canaux associatifs seront explorés jusqu'à d'éventuels traumatismes anciens. Le traitement est considéré comme terminé lorsque les associations n'entraînent plus de changement et/ou restaurent uniquement des cognitions positives. Selon les protocoles, 24 à 60 saccades sont effectuées sur une durée de 12 à 30 secondes ; chaque séance dure en moyenne 60 à 90 minutes et le nombre total de séances est variable. Les objectifs thérapeutiques sont

l'amendement des reviviscences, la réduction de la charge anxieuse et l'instauration de cognitions positives (7).

Le support théorique de l'EMDR est peu documenté. L'hypothèse d'associations idéiques favorisées par des mouvements oculaires similaires à ceux de la phase de sommeil paradoxal était séduisante. Elle est aujourd'hui abandonnée car, d'après plusieurs méta-analyses (8), les mouvements oculaires ne seraient pas indispensables à l'efficacité du traitement. L'élément technique fondamental semble être l'instauration d'une légère dissociation de conscience de type « hypnoïde », par une tâche d'attention double. Une partie des pensées fait resurgir l'événement traumatique tandis que le thérapeute induit une distraction cognitive par des saccades oculaires ou par une autre méthode.

Les psychothérapies psychodynamiques d'orientation psychanalytique

Il convient d'insister sur l'importance de la perspective psychodynamique et de l'apport historique de la psychanalyse dans le domaine du psychotraumatisme. Les travaux actuels sont assez peu nombreux, tout particulièrement dans la presse anglo-saxonne. Les études francophones, quant à elles, sont fréquemment centrées sur le retour d'expérience et les études de cas.

Selon une approche psychanalytique, l'expérience traumatique s'envisage à travers la singularité de la rencontre avec le réel de la mort. Il ne s'agit pas là d'une conception « continuiste » ou linéaire du stress. Le traumatisme psychique crée dans la trajectoire subjective une rupture radicale sans retour possible à l'état antérieur. Cette rupture peut se manifester par un impossible dépassement de la rencontre traumatique, une inexorable répétition de l'événement sous la forme de cauchemars et de flashbacks (2, 9-11).

La clinique du trauma rend compte des effets de dévoilement liés à ce face-à-face avec la mort et de ses conséquences sur la structure subjective. La place de la parole et des soins ne se situent donc pas dans une visée de « réduction quantitative » des symptômes (tel que l'ajustement au stress, par exemple) ou dans une perspective « économique » de la souffrance psychique (comme la recherche de l'abréaction, de l'effet cathartique du « faire parler »), mais davantage dans la prise en compte de ce qui surgit d'indéchiffrable et d'irreprésentable pour le patient.

Les psychothérapies psychodynamiques ont été subdivisées en plusieurs types qui, bien qu'étant réalisés dans des circonstances différentes, obéissent globalement aux mêmes principes et ont un objectif final commun : l'élaboration du traumatisme (12, 13).

François Lebigot différencie les psychothérapies brèves focalisées, les psychothérapies à court, moyen et long termes, les psychothérapies hospitalières intensives et les psychothérapies de soutien (14-17). Les psychothérapies brèves complètent le plus souvent le débriefing médico-psychologique post-immédiat (18-21).

Dans certaines situations cliniques, il semblerait que le bénéfice thérapeutique puisse être rapide si les séances sont intensives et rapprochées. La durée de la prise en charge sera déterminée par la symptomatologie et par les capacités de symbolisation du patient. Ce dernier va prendre appui sur la relation de transfert pour retisser un réseau signifiant, comme une suture par la parole, qui va lui permettre de retrouver le fil de sa propre trajectoire. Le thérapeute veille à ne pas suggérer un savoir qui orienterait le discours du sujet.

Les psychothérapies « d'orientation psychanalytique » suivent les grands principes freudiens : prendre en compte la souffrance, faire préciser l'événement originel, diriger le patient sur le trajet qu'il doit faire dans son histoire personnelle, l'orienter au moment de son dire vers la remémoration de sa position subjective au moment des faits, ce qui concoure à replacer ce traumatisme dans le cours de sa vie où il peut trouver à le lier (22). La tradition historique de la psychiatrie militaire française a permis l'élaboration de nombreux travaux concernant la psychopathologie du trauma et les modalités de prise en charge initiale, post-immédiate et différée (9, 23, 24).

Quelle est l'efficacité de ces différentes psychothérapies ?

L'intérêt appuyé pour l'évaluation des psychothérapies procède d'une volonté sociétale intégrant la promotion de la médecine factuelle (l'*evidence based medicine (EBM)*), les droits des usagers et l'efficience économique. Ainsi, dans les années 1980, la notion de score mesurable a vu le jour. Il s'agit de la « taille d'effet », la mesure utilisée dans les études d'efficacité. Elle correspond à la valeur moyenne du groupe traité moins la valeur moyenne du groupe contrôle, divisée par l'écart-type du groupe contrôle (25, 26). Quelles que soient leurs indications, les psychothérapies présentent en général une efficacité absolue élevée avec une taille d'effet de l'ordre de 0,80 comparativement à l'absence de traitement, alors que *versus placebo* cette taille d'effet est rapportée à 0,5 (27). Notons bien que cette efficacité générale des psychothérapies est bien supérieure à la majorité des traitements utilisés pour soigner les affections somatiques. Mais qu'en est-il des comparaisons d'efficacité entre les différentes psychothérapies ? Les méta-analyses s'intéressant à une hiérarchisation des différents types de psychothérapie ont donné des résultats contradictoires, probablement du fait d'une grande complexité de la question et de difficultés méthodologiques majeures (28). Les méthodes évaluatives sont très différentes sur le plan épistémologique. Elles opposent la médecine factuelle (EBM), les approches qualitatives, ou encore le consensus professionnel d'expert. La majorité des études comparatives s'intéresse à l'efficacité potentielle du traitement évaluée dans un contexte de laboratoire, fort différent d'une évaluation de l'efficacité en conditions cliniques réelles (29). La recherche clinique de terrain, n'a pas réussi à dépasser l'absence de possibilité technique de procédure en double aveugle ce qui génère un biais méthodologique majeur. Des recherches sont à poursuivre dans ce domaine (29).

Si chaque école avance des critères spécifiques théoriques et pratiques, il paraît impossible de retenir

la plus grande efficacité d'une méthode sur une autre. En revanche, différents facteurs communs favorables en termes de bénéfices psychothérapeutiques ont été décrits. Les temps d'accueil, d'information et d'écoute sont déterminants quel que soit le type de psychothérapie proposé. Les facteurs liés au patient sont centrés sur ses attentes positives. Le thérapeute joue un rôle capital dans la technique qu'il propose notamment par ses aptitudes intrinsèques, son expérience, ses référentiels théoriques et ses capacités d'ajustement aux mécanismes de défense du sujet. L'alliance thérapeutique est cardinale dans cette dynamique patient – soignant, favorisant une meilleure compréhension des buts du traitement et des modalités pour y parvenir.

À la lumière de ces principes communs, le clinicien expérimenté en psychotraumatologie ne pourra aborder qu'avec circonspection des recommandations basées sur une efficacité comparative potentielle des psychothérapies.

Les recommandations françaises de la dernière décennie concernant la psychotraumatologie en population générale

Sur les dix dernières années, trois types de recommandation ont été établis en France dans le champ de la psychotraumatologie, selon des méthodologies différentes. Nous aborderons par ordre chronologique la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie de 2003, le rapport de l'INSERM sur l'efficacité des psychothérapies de 2004 et enfin les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de 2007 traitant des « troubles anxieux graves ».

La conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie : « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir » (2003) (30).

Les auteurs de cette conférence de consensus ont utilisé la méthodologie de l'ANAES pour définir la puissance des recommandations (cotées A, B ou C), tout en complétant leur analyse bibliographique par ce qui est appelé un « consensus clinique ». Si les TCC bénéficient d'un grade A alors que l'EMDR et les chimiothérapies se retrouvent en classement intermédiaire A/B, le recours à ces techniques n'obtient qu'un consensus clinique qualifié de « discuté ». Les thérapies psychodynamiques obtiennent un grade B qui s'oppose à leur « fort consensus clinique ». Si nous avons souhaité citer ces recommandations et réflexions, c'est pour mieux mettre en évidence la difficulté de standardiser la subjectivité en psychiatrie. De surcroît, cette conférence de consensus soulève la question de la diversité des situations psychotraumatiques (agressions sexuelles, etc.) et de leurs répercutions cliniques. Il convient d'adapter les recommandations aux spécificités de certains types d'événement potentiellement traumatique. Ainsi, les troubles psychiques de guerre, de par leurs caractéristiques propres, nécessitent un parcours de soins prenant en considération l'individu dans son environnement bio-psycho-social (1, 2).

Le rapport de l'INSERM de 2004 sur l'efficacité des psychothérapies (31)

Ce rapport conclut à une « efficacité prouvée » des TCC (en y incluant l'EMDR) dans le traitement de l'état de stress post-traumatique. Ces conclusions ont été largement médiatisées en donnant lieu à de multiples controverses. Si les promoteurs du texte avançaient une logique scientifique garant d'une méthodologie sans faille, de nombreuses voix ont pourfendu un rapport jugé établi sur des postulats implicites.

Les recommandations de 2007 établies par l'HAS sur les « troubles anxieux graves » (guide ALD) (32)

Ces recommandations sont actuellement en vigueur dans notre pays. Parmi les auteurs de ce guide « affection de longue durée » (ALD) ne figure aucun praticien militaire et aucun spécialiste en psychotraumatologie. Les traumas cités dans le texte n'incluent pas les blessures psychiques de guerre. Les contextes traumatogènes référencés déclinent sans distinction : accidents, viols, attentats et catastrophes naturelles. En revanche, notons que plusieurs experts à l'origine de ces recommandations sont des spécialistes reconnus de la prise en charge du stress et des TCC. Les conclusions prenant cette orientation considèrent l'état de stress post-traumatique uniquement comme un trouble anxieux. Les autres formes cliniques des troubles psychiques post-traumatiques (usages à risque de substances psychoactives, troubles anxieux et thymiques post-traumatiques, psychoses post-traumatiques…) ne sont pas abordées. Les déterminants psychopathologiques et socio-anthropologiques impliqués ne sont pas pris en compte. Les deux pages consacrées à l'ESPT retiennent les TCC, l'EMDR et l'hypnose comme psychothérapies de référence.

Face à l'approche relativement généraliste des recommandations françaises, nous proposons maintenant une description rapide des *guidelines* américaines dans l'optique de les confronter à la pratique de terrain.

Confrontation des guidelines américaines à la pratique clinique

*Les recommandations américaines en psychotraumatologie de guerre : quel degré d'*evidence based medicine *?*

Le *Department of Defense* et le *Department of Veterans Affairs* recommandaient dès 2004 quatre types de psychothérapie individuelle : la thérapie comportementale d'exposition (12 séances de 90 minutes), la thérapie cognitive (12 séances de 60 minutes), les techniques de gestion du stress (*stress*

inoculation training) et l'EMDR. D'autres prises en charge sont citées pour mémoire telles les thérapies de couple, les thérapies familiales, les thérapies de groupe et même les psychothérapies « virtuelles » (*Web based*) (33). Plus récemment en 2010, une actualisation des recommandations a été publiée sous l'égide des mêmes ministères. Les psychothérapies d'exposition, les thérapies cognitives et les techniques de gestion du stress sont considérées comme apportant des bénéfices substantiels, validés par un haut niveau de preuve scientifique. D'autres approches parmi lesquelles l'éducation du patient, l'hypnose, les psychothérapies psychodynamiques, les thérapies de groupe et les techniques de relaxation peuvent également avoir une efficacité notoire, mais sans que le niveau de scientificité soit suffisant pour leur consacrer une recommandation de premier plan.

Alors que les armées américaines sont engagées sur de nombreux théâtres d'opérations depuis un siècle, les recommandations sur les psychothérapies se basent essentiellement sur des études réalisées en population civile. À l'heure actuelle, seule une dizaine d'essais contrôlés randomisés auxquels s'ajoutent quelques essais ouverts (open trials) et séries de cas ont été référencés chez les « vétérans » (34). Pour la population militaire d'active, les quelques études menées, sans essai contrôlé randomisé à notre connaissance, incluent peu de sujets. Elles ne mentionnent pas l'expérience en psychotraumatologie des thérapeutes engagés, elles passent sous silence les thérapeutiques médicamenteuses potentiellement associées, et elles ne s'intéressent au suivi des patients que sur une durée brève. Les programmes de TCC apaiseraient plusieurs dimensions du trouble post-traumatique, sans réussir toutefois à obtenir systématiquement une disparition complète de tous les symptômes. Les symptômes de l'ESPT seraient persistants dans plus de la moitié des cas (34), rendant nécessaire un autre traitement.

Les données spécifiques sur l'efficacité de l'EMDR en psychotraumatologie portent essentiellement sur les traumatismes civils microsociaux (agressions et accidents de la voie publique) et les catastrophes industrielles ou naturelles. Les conclusions habituelles avancent une amélioration des troubles même si les biais de sélection et de publication sont majeurs. Dans une revue critique de la littérature analysée entre 1987 et 2008, Albright et Thyer ne retiennent que neuf études de niveau scientifique acceptable concernant les sujets psychotraumatisés de guerre (six essais contrôlés randomisés et trois études expérimentales portant en général sur les vétérans du Vietnam) (35). Les auteurs concluent à l'absence de preuve d'une diminution du « *war-PTSD* » dans les suites d'un traitement par EMDR.

Appliquer des recommandations établies à partir d'études en population civile à la population militaire paraît très hasardeux. Rien n'indique que les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la blessure de guerre soient identiques à celles liées à d'autres situations. Le parcours de soins est également spécifique (36, 37). De surcroît, les vétérans du Vietnam font l'objet de bon nombre de recherches alors que le contexte sociétal d'il y a trente ans n'est pas comparable à notre époque contemporaine (exposition traumatique différente, modalités d'engagement et de protection, modifications culturelles entre les générations…).

Les guidelines officielles à l'épreuve de la pratique clinique outre Atlantique

Beaucoup de blessés psychiques ne demandent pas de soins ou mettent un terme à la prise en charge prématurément. Environ la moitié des vétérans américains ayant servi au cours des opérations OIF ou OEF (*Operation Iraki Freedom ; Operation Enduring Freedom*) et souffrant d'ESPT ne sollicitent aucune aide médico-psychologique (34, 38). Les patients correctement repérés lors des soins de premier recours ne se laissent pas forcément convaincre d'engager des soins spécialisés et, lorsque ceux-ci sont débutés, les ruptures de suivi sont fréquentes. Dans une étude incluant près de 50 000 vétérans américains des opérations OIF ou OEF, moins de 10 % de ceux repérés comme souffrant d'ESPT bénéficieront de plus de dix séances de psychothérapie dans l'année suivant ce diagnostic (39). Dans une autre étude examinant les notes des dossiers électroniques de près de 2 000 vétérans souffrant d'ESPT, Shiner et al. constatent que seuls un peu plus de 5 % de ces patients bénéficient d'au moins une séance de TCC et que parmi eux, seuls un peu moins de 5 % réalisent le traitement recommandé. Le nombre moyen de séances de psychothérapie conforme aux recommandations est de 6 sur les 14 déclarées, indiquant que d'autres thérapies sont proposées sans que l'étude ne permette de savoir lesquelles (40). Or nous avons précisé que l'efficacité des TCC, notamment pour les techniques d'exposition, était conditionnée par un nombre de séances suffisant afin d'atteindre une extinction durable. Ces chiffres laissent supposer qu'une minorité de patients débutant leurs soins bénéficie du traitement prescrit par les recommandations. Dans la majorité des études, il convient d'insister sur le fait qu'environ 60 % des patients inclus souffrent encore d'ESPT à la fin du protocole de TCC (34).

Conclusion : un nécessaire parcours de soins coordonné

La clinique des troubles psychiques post-traumatiques ne peut se réduire à des données statistiques. Seule une écoute attentive des individus en souffrance permet d'appréhender les complexités diagnostiques et thérapeutiques. Le plan d'action établit par le Service de santé des armées français a centré ses objectifs sur le repérage précoce, ce qui aujourd'hui porte ses fruits. Le médecin des forces est au cœur de ce dispositif de soins, basé sur un réseau de psychiatres et psychologues au fait du milieu militaire. Le praticien du centre médical des armées établit un diagnostic et oriente son patient vers un parcours de soins sur-mesure. Il s'appuie sur les spécialistes des hôpitaux d'instruction des armées, rompus aux différents volets médico-psychologiques et médico-légaux de la réparation et de la reconnaissance

des blessures de guerre. Il coordonne les différentes thérapeutiques et suit l'évolution au long cours. Finalement, à la question « Quelle(s) psychothérapie(s) est (sont) indiqué(s) pour les blessés psychiques de guerre ? », il s'agit surtout de répondre en termes d'indication au cas par cas. La demande d'aide, le choix du thérapeute et de la technique procèdent de la relation de confiance tissée avec le soignant de premier recours, sans omettre l'impact du soutien des personnes de confiance. L'aide de la famille, des frères d'armes, du dispositif social, et du commandement favorise souvent le premier pas vers une prise en charge spécialisée.

La capacité du réseau de soins à répondre rapidement et de manière ajustée au contexte psycho-social de l'individu en souffrance est le socle, voire le moteur de la dynamique d'engagement dans un projet thérapeutique, loin de tout dogmatisme. Dans certaines situations cliniques, peut-être serait-il utile, voire nécessaire, d'associer différentes approches psychothérapeutiques, au même moment ou selon l'évolution symptomatique. Enfin, seule une alliance thérapeutique solide permet de diminuer le vécu de stigmatisation, facilite l'accès à des soins spécialisés et ainsi, permet d'améliorer le pronostic de la blessure psychique de guerre (41).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction centrale du Service de santé des armées. Plan d'action 2015-2018 « Prise en charge et suivi du blessé psychique dans les forces armées ». N°527740 du 18 décembre 2015.
2. Colas M-D, Lahutte B. Le stress au sein de la population militaire : du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique. Médecine et Armées 2009 ; 37 (5) : 399-410.
3. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives (1978). Paris : Masson, 2011 (5e édition) : 358 p.
4. Mirabel-Sarron C. Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications. Ann Med Psychol 2011 ; 169 (6) : 398-402.
5. Mendes DD, Mello MF, Ventura P, Passarela Cde M, Mari J de J. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. Int J Psychiatry Med. 2008 ; 38 (3) : 241-59.
6. Nacasch N, Foa EB, Fostick L, Polliack M, Dinstein Y, Tzur D. Prolonged exposure therapy for chronic combat-related PTSD : a case report of veterans. CNS Spectr. 2007 ; 12 (9) : 690-5.
7. Tarquinio C. EMDR et prise en charge du psychotraumatisme. In : Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes (sous la direction de Louis Crocq). Paris : Elsevier Masson, 2014 (2e édition) : 211-8.
8. Davidson PR, Parker KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : a meta-analysis. J Consult Clin Psycho 2001 ; 69 (2) : 305-16.
9. Briole G, Lebigot F, Lafont B, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Rapport présenté lors de la LXXXXIIe session du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson, 1994.
10. Briole G. La mémoire, effacement du trauma, traumatisme de l'effacement. Revue Francophone du Stress et du Trauma. 2006 août ; 6 (3) : 123-4.
11. Vallet D. Le traumatisme psychique, une expérience psychotique ? Revue Francophone du Stress et du Trauma. 2007 Février ; 7 (1) : 5-10.
12. Vaiva G, Lestavel P, Ducrocq F. Quand traiter le psychotraumatisme ? Presse Méd 2008 ; 37 (5) : 894-901.
13. Ursano RJ, et al. Practice guideline for treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Am J Psychiatry 2004 ; 161 : 3-31.
14. Lebigot F. La psychothérapie psychodynamique des traumatisés psychiques. Stress et Trauma 2010 ; 10 (4) : 193-7.
15. Lebigot F (2005). Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Paris : Dunod (Collection Psychothérapies), 2e édition, 2011:240p.
16. Fidelle G, Payen A, Rondier JP. Les blessures psychiques, soins immédiats et post-immédiats. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2005 ; 5 (1) : 9-14.
17. Fidelle G. La mort de l'alter ego, évolution clinique d'une prise en charge brève. Revue Francophone du Stress et du Trauma 2005 ; 5 (3) : 183-7.
18. Lebigot F, Prieto B. Importance des interventions précoces pour les victimes. In : De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Masson : Paris, 2001:157-9.
19. Lebigot F, Les soins post-immédiats (le débriefing). In : Traiter les traumatismes psychiques. Paris : Dunod, 2005:135-66.
20. Briole G, Lebigot F, Lafont B. Psychiatrie militaire en situation opérationnelle. Addim : Paris, 1998.
21. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). The Cochrane Collaboration. JohnWiley & Sons, 2013:141 p.
22. Freud S, Breuer J. (1895). Études sur l'hystérie. (A. Berman, Trad.) Paris : Presses Universitaires de France, 1956.
23. Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris : Dunod, 1998 (2e édition) : 264 p.
24. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris : Odile Jacob, 1999:422 p.
25. Elkin I, Parloff MB, Hadley SW, Autry JH. NIMH Treatment of depression collaborative research program : background and research plan. Arch Gen Psychiatry 1985 ; 42 : 305-16.
26. Howard KI, Moras K, Brill PB, Martinovich Z, Lutz W. Evaluation of psychotherapy : efficacy, effectiveness, and patient progress. Am Psychol 1996 ; 51 : 1059-64.
27. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In : Lambert MJ, ed. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change (5th Ed). New York : Wiley, 2004.
28. Despland JN. L'évaluation des psychothérapies. Encéphale 2006 ; 32 : 1037-46.
29. Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. Encephale 2006 ; 32 : 402-12.
30. Lopez G. Comment aborder et traiter une maltraitance ancienne chez l'adulte ? In : Fédération française de psychiatrie. Conséquences des maltraitances sexuelles – Les reconnaître, les soigner, les prévenir. Conférence de consensus sous la direction de Nicole Horassius et Philippe Mazet (Novembre 2003). Paris : John Libbey : 440p.
31. Inserm. Psychothérapie – Trois approches évaluées, 2004:553p.
32. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves, Juin 2007 (Guide ALD) : 36p.
33. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. VA/DoD clinical practice guidelines for the management of posttraumatic stress. Washington DC. 2004.
34. Steenkamp MM, Litz BT. Psychotherapy for military-related posttraumatic stress disorder: review of the evidence. Clin Psychol Rev 2013 ; 33 : 45-53.
35. Albright DL, Thyer B. Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans? Behav Intervent 2010 ; 25 : 1-19.
36. Fu Q, Koenen KC, Miller MW, et al. Differential etiology of posttraumatic stress disorder with conduct disorder and major depression in male veterans. Biol Psychiatry 2007 ; 62 : 1008-94.
37. Stirman SW. The applicability of randomized controlled trials of psychosocial treatments for PTSD to a veteran population. Journal of Psychiatric Practice 2008 ; 14 : 199-208.
38. Erbes C, Westermeyer J, Engdahl B, Johnsen E. Posttraumatic stress disorder and service utilization in a sample of service members from Irak and Afghanistan. Military Medicine 2007 ; 172 : 359-63.
39. Seal KH, Bertenthal D, Miner CR, Sen S, Marmar C. Bringing the war back home : mental health disorders among 103 788 US veterans returning from Irak and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. Archives of Internal Medicine 2007 ; 167 : 476-82.
40. Shiner B, Drake RE, Watts BV, Desai RA, Schnurr PP. Access to VA services for returning veterans with PTSD. Military Medicine 2012 ; 177 : 814-22.
41. Colas M-D, Lahutte B, Vautier V. Troubles psychiques post-traumatiques : précocité et continuité des soins. In : Le blessé de guerre. Paris : Arnette ; 2014:573-84.