

Étude pilote de recherche sur l'apport du protocole de traitement intégratif de groupe par la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires chez des patientes atteintes de cancer

Ignacio Jarero
Lucina Artigas
Susana Uribe
Laura Evelyn Garcia
Maria Alicia Cavazos
Martha Givaudan

Fondation latino-américaine et caraïbe pour la recherche sur le trauma psychologique, Mexique

L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'efficacité du protocole de traitement intégratif de groupe par la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (PTIG-EMDR) dans la réduction des symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT) liés au diagnostic et au traitement de différents types de cancer chez des femmes adultes. La thérapie intensive PTIG-EMDR a été administrée pendant trois jours consécutifs, deux fois par jour, à 24 femmes adultes diagnostiquées avec différents types de cancer (cancer du col de l'utérus, du sein, du côlon, de la vessie et de la peau) et présentant des symptômes d'ESPT liés à leur diagnostic et à leur traitement. Les données ont été analysées à l'aide d'une ANOVA factorielle sur les effets du PTIG-EMDR, évalués avec le *Short PTSD Rating Interview* (entretien court d'évaluation de l'ESPT) comme variable dépendante, et le groupe (deux groupes de patientes : phase active et phase de suivi du traitement du cancer) et le temps (quatre intervalles de temps) comme variables indépendantes. Des analyses post hoc ont été effectuées. Les résultats ont montré des effets principaux significatifs pour le temps et le groupe. Aucune interaction importante n'a été observée. Les résultats ont également montré une amélioration subjective globale chez les participantes. Cette étude pilote suggère qu'une administration intensive du PTIG-EMDR peut être un apport valable pour des patients atteints du cancer et présentant des symptômes d'ESPT liés au diagnostic et au traitement. D'autres recherches comportant des études contrôlées randomisées seront nécessaires pour démontrer l'efficacité du PTIG-EMDR sur cette population.

Mots-clés : protocole de traitement intégratif de groupe par la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (PTIG-EMDR) ; état de stress post-traumatique (ESPT) ; thérapie EMDR intensive ; cancer

Le mot *cancer* est un terme utilisé pour décrire un processus physique au cours duquel des cellules anormales se développent dans le corps de manière incontrôlable et dérégulée jusqu'à ce qu'une masse de cellules forme une tumeur. Le

cancer est dangereux pour le corps parce qu'il tend à métastaser à travers l'organisme, à envahir et à endommager les tissus voisins et à perturber le fonctionnement normal de cette région tissulaire spécifique.

This article originally appeared as Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., Garcia, L. E., Cavazos, M. A., & Givaudan, M. (2015). Pilot Research Study on the Provision of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Treatment Protocol With Female Cancer Patients. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(2), 98–105. Translated by François Mousnier-Lompré.

Le cancer est une des premières causes de mortalité à travers le monde. On a recensé 14,1 millions de nouveaux cas de cancer, 8,2 millions de cas ayant entraîné la mort et 32,6 millions de personnes vivant avec un cancer en 2012 dans le monde. La même année, 57 % des nouveaux cas de cancer, 65 % des cas de décès dus au cancer et 48 % des cas de cancer avec une prévalence de 5 ans se sont produits dans les régions les moins développées du monde (Organisation mondiale de la santé, 2014).

Depuis la parution de la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé, (DSM-IV-TR ; Société de psychiatrie américaine, 2000), les critères du diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) incluent spécifiquement le diagnostic du cancer – maladie mortelle – comme représentant un événement traumatique. On peut considérer par conséquent que les personnes ayant reçu ce type de diagnostic risquent de développer un ESTP.

De nombreuses études se sont axées sur le diagnostic ou sur les symptômes d'ESPT chez des personnes atteintes du cancer (Pérez et coll., 2014). Cependant, les facteurs précipitants de l'ESPT sont habituellement des événements uniques et extérieurs qui représentent une menace immédiate ; le cancer, lui, représente un facteur de stress interne et externe qui se prolonge au cours du temps. Par conséquent, les personnes atteintes du cancer sont susceptibles de développer des réactions pathologiques de stress (Kangas, Henry & Bryan, 2002).

L'épreuve du cancer représente un facteur de stress particulier au sein de l'infrastructure de l'ESPT dans la mesure où elle concerne une maladie invalidante potentiellement aiguë et chronique. Ce type d'expérience peut s'accompagner d'un large registre d'événements négatifs associés tels que la détection d'une tumeur, le diagnostic, la gravité de la maladie et du pronostic, un traitement agressif, une atteinte esthétique et des dysfonctionnements corporels, les effets secondaires du traitement, la détérioration du fonctionnement physique, social et professionnel et, parfois, la récurrence, et le diagnostic d'une maladie incurable.

Depuis 1994, des études ont montré que des individus exposés de manière prolongée à des événements stressants, répétés ou multiples sont plus susceptibles de présenter des symptômes d'ESPT que des individus n'ayant subi qu'un seul événement stressant (p. ex. Koopman, Classen & Spiegel, 1994 ; McFarlane, 1989 ; Uddo, Allain & Sutker, 1996). De plus, des facteurs de stress multiples (comme dans le cas du cancer) peuvent exacerber les réactions d'ESPT : (a) le trauma initial peut affaiblir les ressources adaptatives qui permettraient à la personne

d'affronter les situations stressantes ultérieures et (b) cette personne peut souffrir d'un ESPT clinique ou sub-clinique lorsque de nouveaux facteurs de stress apparaissent (Freedman, Brandes, Peri & Shalev, 1999).

Une étude conduite par Smith et coll. (2011) au *Duke Cancer Institute*, qui présentait des suivis s'étalant sur une moyenne de 12,9 ans, a montré que l'ESPT, loin de diminuer, s'intensifie au cours du temps. Ils en concluaient que le temps ne guérit pas ce trouble. De nos jours, exception faite de la thérapie EMDR, il n'existe aucune approche thérapeutique spécifique au traitement des symptômes d'ESPT chez les patients atteints de cancer (Capezzani et coll., 2013).

La thérapie EMDR

L'Organisation mondiale de la santé (2013) ainsi que de nombreuses directives internationales, telle que la Revue Cochrane, recommandent la thérapie EMDR pour le traitement de l'ESPT chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013). Cette thérapie, développée par Shapiro (2001), est une approche globale du traitement du traumatisme, des expériences de vie défavorables et des facteurs de stress psychologique.

La thérapie EMDR administrée aux patients atteints de cancer

Dans une étude pilote conduite par Capezzani et coll. (2013) sur des patients souffrant de cancer et d'ESPT, les résultats ont montré que la thérapie EMDR était significativement plus efficace que la thérapie cognitive comportementale (TCC). Son efficacité a été démontrée par la réduction des notes à l'Échelle de l'impact des événements révisée (IES-R) et à l'Échelle d'ESPT administrée par le clinicien (CAPS) à la fois chez des patients en phase active de traitement du cancer et chez des patients en phase de suivi. Le résultat le plus significatif de cette étude est que la plupart des patients traités avec la thérapie EMDR, à la fois en phase active du traitement du cancer et en phase de suivi, parvenaient à surmonter le diagnostic d'ESPT en huit séances de thérapie. Au contraire, la plupart des patients traités avec la TCC dans la même phase active de traitement du cancer maintenaient leur diagnostic d'ESPT un mois après la thérapie.

Le protocole de traitement intégratif de groupe EMDR

Le protocole de traitement intégratif de groupe EMDR (PTIG-EMDR) pour les interventions précoces a été développé par des membres de

l'Association mexicaine de soutien psychologique en situation de crise lorsqu'ils ont été dépassés par la demande de soins psychologiques après le passage dévastateur de l'ouragan Pauline sur les côtes d'Oaxaca et de Guerrero en 1997 (Jarero & Artigas, 2009). Le protocole combine les huit phases du traitement thérapeutique individuel de l'EMDR (Shapiro, 2001) dans un modèle de thérapie de groupe et au sein d'un format d'art-thérapie (p. ex. les dessins). Il emploie la méthode dite du « papillon » (Artigas & Jarero, 2014) comme moyen d'auto-administration des stimulations bilatérales permettant le traitement du matériau traumatique. La méthode du papillon consiste à demander aux participants de croiser les bras sur la poitrine afin que le bout du majeur de chaque main soit placé sous la clavicule, et que les autres doigts et les paumes couvrent la zone située sous les points de jonction clavicule/épaule et clavicule/sternum. Les mains et les doigts doivent être aussi verticaux que possible afin que les doigts pointent vers le cou et non vers les bras. Ensuite les participants entrecroisent leurs pouces pour former le corps du papillon et l'extension des autres doigts vers l'extérieur formeront les ailes du papillon. Ils peuvent avoir les yeux clos ou partiellement fermés. Dans l'étape suivante, ils alternent les mouvements des mains comme les battements d'ailes d'un papillon et laissent leurs mains bouger librement en respirant lentement et profondément tout en visualisant ce qui passe dans leur esprit et leur corps (pensées, images, sons, odeurs, sentiments, sensations physiques) sans tenter de changer, juger ou repousser leurs pensées.

Le PTIG-EMDR est également appelé le Protocole de groupe du papillon, le Protocole EMDR de groupe ou le Protocole EMDR de groupe pour enfants. Conçu à l'origine pour le travail auprès d'enfants (Artigas, Jarero, Alcalà & Lopez Cano, 2014), il a ensuite été modifié pour être utilisé avec des adultes (Jarero & Artigas, 2014). Comparé à d'autres modèles de traitement de groupe, ce protocole a montré des résultats supérieurs en terme de temps passé, de ressources mobilisées et de résultats obtenus (Aduriz, Knopfler & Bluthgen, 2009). Il a été utilisé, dans son format d'origine ou avec des adaptations afin de cadrer au mieux avec les contextes culturels dans de nombreuses situations à travers le monde (Gelbach & Davis, 2007 ; Maxfield, 2008) et avec des milliers de survivants et de victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine (Jarero & Artigas, 2012).

L'efficacité du PTIG-EMDR a été documentée par neuf études pilotes portant sur des enfants et des adultes, à la suite de catastrophes naturelles survenues

au Mexique, au Nicaragua, au Salvador, en Colombie et au Venezuela (Artigas, Jarero Mauer, Lopez Cano & Alcalà, 2000 ; Jarero, Artigas & Hartung, 2006 ; Jarero, Artigas, Mauer, Lopez-Cano & Alcalà, 1999) ainsi que par des rapports de cas et des études de terrain. On l'a administré à des enfants et à des adultes ayant subi des catastrophes naturelles ou d'origine humaine, des traumatismes de guerre, des crises géopolitiques de longue durée, à des enfants réfugiés en période de guerre, à des personnes ayant souffert d'accidents sur leur lieu de travail et ayant un diagnostic de troubles du stress aigu, à des enfants et des adolescents victimes de violences interpersonnelles graves ainsi qu'à des membres des forces armées latino-américaines (Jarero, Roque-Lopez, & Gomez, 2013 ; Mehrota, 2014 ; Zaghrou-Hodali, Alissa & Dodgson, 2008).

Adaptation du PTIG-EMDR aux patients atteints de cancer

Parmi les auteurs qui ont écrit sur la psycho-oncologie, Morasso (2002) considère que les personnes atteintes d'un cancer sont en rapport avec toute une série de crises qui se produisent au cours de la maladie et qui sont accompagnées ou non de changements au sein de l'écosystème environnemental du patient. Pour cette raison, le PTIG-EMDR pour les interventions précoces chez l'adulte a été adapté afin de traiter une population adulte en situation de stress traumatique continu, lié au diagnostic et au traitement du cancer. Ces adaptations visaient à traiter, dans un cadre de thérapie de groupe, un incident critique originel (le diagnostic du cancer) à partir duquel des événements stressants (les traitements) s'étaient étendus sur une longue période, sans aucun moment de sécurité post-traumatique (aucun participant n'était sorti de soins). L'adaptation principale a consisté à modifier les instructions de la phase 3 (phase d'évaluation) : au lieu de demander aux participants de se souvenir de ce qu'il s'était passé lors de l'événement (p. ex. un ouragan, un tremblement de terre...), le chef de l'équipe thérapeutique demandait au participant de fermer les yeux et de visualiser le film mental de tout ce qui s'était passé depuis l'instant juste avant le diagnostic du cancer jusqu'au moment présent.

Pour Jarero et Uribe (2011, 2012), les situations traumatiques aiguës ne sont pas uniquement liées à un cadre temporel (jours, semaines ou mois), mais également à une période de sécurité post-traumatique. Ces auteurs émettent l'hypothèse que le continuum d'événements stressants, comprenant des émotions et des informations somatiques, sensorielles et cognitives similaires, ne laisse pas suffisamment de temps

au souvenir traumatique dépendant d'état pour se consolider en un tout intégré. Les réseaux de souvenirs demeurent ainsi dans un état d'excitation permanente et s'étendent à chaque nouvel événement stressant subséquent, comme les rides se propageant à la surface d'un lac quand on y jette une pierre. Le risque d'ESPT et de troubles comorbides augmenterait par conséquent en rapport avec le nombre d'expositions.

Méthode

L'objectif de notre recherche est d'évaluer l'efficacité du PTIG-EMDR pour réduire les symptômes d'ESPT liés au diagnostic et au traitement de différents types de cancer chez des femmes adultes. Le protocole de recherche a été examiné et approuvé par le comité d'examen de la fondation latino-américaine et caraïbe pour la recherche sur le trauma psychologique afin de s'assurer que la qualité de recherche de cette étude remplissait les critères suivants de l'échelle *Revised Gold Standard Scale* (Maxfield & Hyer, 2002) : GS1 : une définition claire des symptômes ciblés, GS2 : des mesures fiables et valides, GS3 : la participation d'un évaluateur indépendant et ne travaillant pas en aveugle, GS4 : la fiabilité de l'assesseur, GS5 : un traitement manualisé, GS6 : une assignation non aléatoire des participants, GS7 : la fidélité au traitement, GS8 : pas de mélange des troubles, GS9 : des mesures autoévaluées uniquement, GS10 : la longueur du traitement pour les participants (civils) présentant un seul trauma. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé.

Participants

L'étude pilote a été menée au centre d'hébergement Pink Cross, à Monterrey, au Mexique, où des femmes à faibles revenus séjournent pendant le traitement de leur cancer. Le groupe de participantes comprenait 24 femmes adultes, diagnostiquées avec différents types de cancer (cancer du col de l'utérus, du sein, du côlon, de la vessie et de la peau) et présentant des symptômes d'ESPT liés à au diagnostic et au traitement. L'âge des participantes allait de 36 ans à 68 ans (moyenne = 54,16 ans). Le temps écoulé depuis le diagnostic allait de juillet 2006 à octobre 2013.

Les critères d'inclusion étaient : (a) avoir 18 ans ou plus, (b) diagnostic d'un cancer, (c) être en phase active de traitement ou en phase de suivi du traitement, (d) présenter des symptômes d'ESPT liés au diagnostic et au traitement du cancer, (e) ne pas avoir suivi ou ne pas suivre de psychothérapie spécialisée en traumatologie et (f) ne pas avoir reçu ou ne pas recevoir de traitement pharmacologique

pour les symptômes d'ESPT. Les critères d'exclusion étaient : (a) avoir des idées suicidaires ou homicides, (b) diagnostic de troubles psychotiques ou bipolaires, (c) présence d'un trouble mental organique, (d) toxicomanie, (e) déficience cognitive importante. La participation à cette étude était basée sur le volontariat et il n'y a eu aucun abandon.

Mesures

L'Entretien court d'évaluation de l'ESPT. L'entretien court d'évaluation de l'ESPT (ou SPRINT; Connor & Davidson, 2001 ; Vaishnavi, Payne, Connor & Davidson, 2006) est un entretien ou un questionnaire d'autoévaluation, en huit items, possédant des propriétés psychométriques solides, et qui peut servir de mesure fiable, valide et homogène de la sévérité de l'ESPT et de l'amélioration globale, mais aussi de mesure de la détresse somatique, du coping face au stress, et des difficultés rencontrées au plan professionnel, familial et social.

Chaque item est évalué sur une échelle en 5 points : 0 (*pas du tout*), 1 (*un petit peu*), 2 (*modérément*), 3 (*beaucoup*) et 4 (*énormément*). Des notes entre 18 et 32 correspondent à des symptômes d'ESPT marqués ou sévères, entre 11 et 17 à des symptômes modérés, entre 7 et 10 à des symptômes légers, et des notes égales ou inférieures à 6 à peu ou pas de symptômes. Le SPRINT contient aussi deux items additionnels permettant de mesurer l'amélioration générale en fonction du pourcentage de changement et de l'évaluation de la gravité des symptômes.

Cette échelle a un niveau de performance similaire au CAPS dans l'évaluation des groupes de symptômes ESPT et des notes totales, et on peut s'en servir comme instrument diagnostique (Vaishnavi et coll., 2006). On a trouvé qu'une note seuil de 14 ou plus au SPRINT avait une sensibilité de 95 % dans la détection d'un ESPT et une spécificité de 96 % dans l'exclusion du diagnostic, avec une justesse globale d'attribution diagnostique de 96 % (Connor & Davidson, 2001).

Procédure

Le recrutement des participantes s'est déroulé du 1 au 21 février 2014 au centre d'hébergement Pink Cross de Monterrey, au Mexique. Ce processus s'est fait en deux étapes. Dans la première étape, un évaluateur indépendant, qualifié et ne travaillant pas en aveugle expliquait le but de l'étude aux femmes intéressées, ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. Dans la deuxième étape, le même évaluateur recueillait le consentement éclairé des participantes ainsi que l'historique clinique de chacune d'elle (phase 1 du traitement

psychothérapique EMDR). Il appliquait ensuite l'évaluation SPRINT (pré- et post-traitement ainsi que deux mesures de suivi) à toutes les participantes qui avaient été mises au courant de la recherche et qui répondaient aux critères d'inclusion (N = 24).

Du 27 février au 1er mars 2014, on a administré le PTIG-EMDR à six occasions, deux fois par jour. Entre le 10 et le 13 mars 2014, on a conduit l'évaluation post-traitement. La première évaluation de suivi s'est déroulée 30 jours après l'évaluation post-traitement, du 2 au 5 avril 2014. La seconde évaluation de suivi a eu lieu 90 jours après le traitement, du 2 au 4 juin 2014.

Traitement

Au cours de cette étude, on a administré la thérapie EMDR de façon intensive (Abel, 2011 ; Grey, 2011 ; Jarero, Roque-Lopez, Gomez & Givaudan, 2014 ; Wesson & Gould, 2009) à un groupe comprenant les 24 participantes pendant 3 jours consécutifs, à raison de deux séances par jour. La première séance de groupe a duré 1 h 42 min. Les cinq séances suivantes ont duré en moyenne 45 minutes puisqu'on commençait en phase 3 du protocole, la répétition des phases 1 et 2 n'étant pas nécessaire.

À la suite de la première évaluation de suivi, deux participantes qui avaient des notes SPRINT supérieures à la note-seuil de 14 (respectivement 15 et 18) ont reçu des séances individuelles de thérapie EMDR, à partir de la phase de suivi du groupe de traitement du cancer. La première participante a reçu une séance individuelle et la seconde cinq, avec le protocole EMDR standard. Leurs résultats ont été retirés des analyses des moyennes de suivi.

Le PTIG-EMDR a été administré par deux formateurs de formateurs de l'*EMDR Institute* [NdT : de Francine Shapiro] et de [l'association] EMDR Ibero-America, par un autre formateur ainsi que par un superviseur agréé et un thérapeute EMDR certifié. Le protocole PTIG-EMDR pour les interventions précoces (Jarero & Artigas, 2014) recommande un ratio d'un membre de l'équipe thérapeutique pour 8-10 participants. La décision d'avoir 5 cliniciens EMDR pour cette étude pilote a été prise afin d'en avoir suffisamment pour voir les réactions émotionnelles de toutes les participantes et pour aider ces dernières si nécessaire. Le thérapeute EMDR certifié a administré le protocole individuel à deux participantes en s'appuyant sur le manuel de l'*EMDR Institute*. La fidélité au traitement a été respectée en observant strictement toutes les étapes du protocole PTIG-EMDR et du protocole standard de la thérapie EMDR.

Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide d'une ANOVA factorielle, avec les effets du PTIG-EMDR évalués avec le SPRINT comme variable dépendante, et le groupe (deux groupes de patients : phase active de traitement et phase de suivi du cancer) et le temps (quatre moments) comme variables indépendantes. Les analyses post-hoc ont été menées à l'aide du critère de significativité post-hoc de Scheffé.

Résultats

Les résultats sont présentés en deux sections. La première section décrit les informations qualitatives et cliniques. La seconde section présente l'analyse des données statistiques.

Données phénoménologiques prétraitement

Les symptômes. Lors de la phase du relevé de l'histoire des participantes (phase 1), ces dernières ont donné une description des perturbations associées aux symptômes suivants :

1. Les flash-backs et les images intrusives (p. ex. lorsqu'une patiente a réalisé qu'elle n'avait plus de seins après l'opération chirurgicale ; la première chimiothérapie ; la discussion de son cas entre les médecins ; le visage de ses amis éprouvant de la pitié pour elle ; l'expérience réelle d'être abandonnée par son mari ; étendue par terre dans la rue en rentrant à la maison ; les effets secondaires de la chimiothérapie ; les larmes de son fils qui l'avait vue chauve et maigre comme un cadavre).
2. Les flash-forwards (p. ex. se voir incapable de marcher dans le futur ; apprendre une récurrence du cancer ; la peur de voir la blessure s'infecter et des vers en sortir ; imaginer de devoir faire de nouveau de la chimiothérapie avec ses effets secondaires ; s'imaginer mourir seule).
3. Les cauchemars (p. ex. voir sa mère, décédée, lui demander de venir avec elle ; voir son mari décédé se moquer d'elle ; être à l'hôpital, baignant dans une mare de sang ruisselant de son vagin ; le cancer récidive et elle doit encore faire de la chimiothérapie ; voir son visage dans le miroir comme celui d'un cadavre parce qu'il ne lui reste que peu de temps à vivre).
4. Les symptômes cognitifs : pensées répétitives (p. ex. « je suis paralysée », « les gens veulent voir la chirurgie de ma poitrine », « les gens me regardent comme si j'étais un monstre », « je suis défigurée », « je n'ai plus beaucoup de temps à vivre »), pensées catastrophiques (p. ex. le docteur l'informant que le cancer

- a fait des métastases, la maladie revenant avec plus de force, ou une mort dans de grandes souffrances), désir d'être morte (p. ex. « je veux mourir, comme ça je ne souffrirai plus » ; « si je meurs maintenant, mes enfants ne souffriront pas autant »), difficultés de concentration et de mémoire.
5. L'évitement : de souvenirs perturbants, de lieux ou de personnes qui les font penser à leur maladie et à ses conséquences, à l'ablation de leur seins, ou à la perte de leurs cheveux (p. ex. « j'essaie de ne pas penser au cancer », « je ne veux pas qu'on me voie sans cheveux », « je ne veux pas qu'on me regarde avec pitié », « je ne veux pas qu'on me demande de montrer ma poitrine mutilée par curiosité morbide », « j'évite mes amis parce qu'ils me posent beaucoup de questions sur la façon dont je me sens », « j'évite de penser que le cancer peut revenir », « je ne veux pas me souvenir de quand j'étais chauve »).
 6. Les symptômes émotionnels : (p. ex. la peur, l'angoisse, la tristesse, le désespoir, la solitude, la colère, la culpabilité, l'inquiétude, l'anxiété, l'incertitude, l'impuissance).
 7. Les symptômes physiques (p. ex. vertiges, maux de têtes, douleurs dans le bras à l'endroit où la chimiothérapie a été appliquée, douleurs à la plaie, épuisement, perte du goût, perte de l'appétit, perte de poids importante, essoufflement, suffocation, nausée, vomissements, diarrhée, inflammation, atrophie dans les jambes, insomnie, sommeil sans repos, irrégularité du rythme cardiaque).
 8. Les symptômes comportementaux (p. ex. pleurs incontrôlables, regards compulsifs vers l'endroit du corps où la chirurgie a eu lieu, évitement compulsif de tous les miroirs pour ne pas risquer de se voir chauve, évitement de tout le monde autour de soi – même des personnes chères, crainte que la moindre nourriture cause la récurrence du cancer, refus de se baigner, augmentation de la consommation de tabac, évitement des rapports sexuels par honte d'être vue mutilée).
 9. Les symptômes spirituels (p. ex. croire que la maladie est une punition de Dieu, s'éloigner de Dieu et de la religion, questionner l'existence de Dieu, approche spirituelle pour trouver des solutions, augmentation inadaptée de la foi en Dieu).

Croyances négatives. Au cours de la phase de relevé de l'historique des participantes (phase 1), celles-ci ont également exprimé des croyances négatives, telles que : « je suis différente », « je ne suis pas importante », « j'aurais dû faire quelque chose », « j'ai fait quelque chose de mal », « on ne peut pas m'aimer », « c'est parce que je suis mauvaise que j'ai le cancer », « j'aurais dû savoir », « ma vie est gâchée pour toujours », « c'est parce que je suis stupide que je n'ai pas remarqué la maladie », « je suis laide parce que mon corps est dégoûtant », « je ne mérite que du mal », « c'est parce que je ne suis pas une personne assez bonne que je n'ai pas guéri », « tout le monde a pitié de moi ».

Les effets du traitement thérapeutique EMDR

Les résultats ANOVA ont montré un effet principal significatif pour le facteur temps, $F(3, 80) = 41,68$, $p < 0,000$. Les notes au SPRINT ont présenté des différences significatives au cours du temps, montrant les effets de la thérapie EMDR dans la durée. Il y avait également un effet significatif selon le groupe, $F(1, 80) = 4,711$, $p < 0,03$. On observera que les patientes du groupe en phase de suivi du traitement du cancer ont montré des notes plus basses que les patientes du groupe en phase active de traitement du cancer (Tableau 1 et Figure 1). Les deux effets principaux, cependant, ne représentent pas une interaction significative entre les deux facteurs (temps et groupe), $F(3, 80) = 0,212$, $p < 0,88$, indiquant que les effets de l'intervention suivent le même schéma pour les deux facteurs.

Des analyses post-hoc employant le critère de signification post-hoc de Scheffé ont montré deux sous-groupes homogènes avec des différences de moyennes significatives, $p = 0,05$. Les notes de base (temps 1, $m = 16,31$, $\sigma = 5,03$) étaient significativement plus élevées que les résultats dans les autres sous-groupes contenant les trois autres mesures (temps 2, $m = 5,40$, $\sigma = 2,87$; temps 3, $m = 4,13$, $\sigma = 2,73$; temps 4, $m = 3,72$, $\sigma = 3,99$). Voir Tableau 1.

Discussion

Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité du PTIG-EMDR pour réduire les symptômes d'ESPT liés au diagnostic et au traitement de différents types

TABLEAU 1. Notes moyennes (et écarts-types) sur l'échelle de l'entretien SPRINT de l'ESPT

| Groupe | n | Temps 1 | Temps 2 | Temps 3 | Temps 4 |
|---------------------|----|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Traitement actif | 17 | 16,59 (5,12) | 6,00 (2,96) | 4,47 (2,92) | 4,41 (4,29) |
| Suivi du traitement | 5 | 15,40 (5,18) | 3,40 (1,34) | 3,00 (1,73) | 1,40 (1,14) |
| Total | 22 | 16,32 (5,04) | 5,45 (2,87) | 4,14 (2,73) | 3,73 (3,99) |

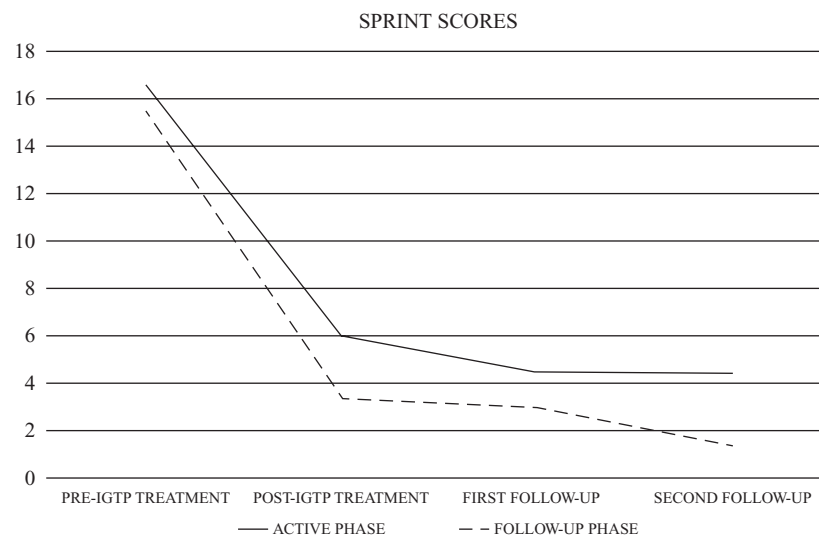


FIGURE 1. Moyennes au SPRINT en fonction du temps et du groupe.

Note. SPRINT Scores = notes au SPRINT ; Pre-IGTP Treatment = traitement pré-PTIG ; Post-IGTP Treatment = traitement post-PTIG ; First Follow-up = premier suivi ; Second Follow-up = second suivi ; Active Phase = phase active ; Follow-up Phase = phase de suivi.

de cancer chez des femmes adultes. Les données analysées à l'aide d'une ANOVA factorielle sur deux groupes de patientes (en phase active et en phase de suivi de traitement du cancer) et avec quatre points d'évaluation ont montré un effet statistiquement significatif à la fois pour le temps et pour le groupe, sans interaction significative. Les résultats ont également montré une amélioration subjective globale chez les participantes.

Lors des mesures prétraitement, les deux moyennes de groupe étaient plus élevées que la note limite de 14 au SPRINT (16,58 pour le groupe en traitement actif et 17,14 pour le groupe en suivi de traitement). Dans la seconde étude de suivi, 90 jours après le traitement, une seule des quatre participantes du groupe de traitement actif du cancer, à qui les médecins avaient annoncé une récurrence de la tumeur cancéreuse, montrait encore des résultats supérieurs à la note limite du SPRINT (16 points).

Les résultats ont montré que les effets du traitement thérapeutique s'étaient maintenus au cours du temps. On a pu observer une tendance non significative, visible dans la Figure 1, à une autre diminution de symptôme au cours de la quatrième évaluation, chez les participantes du groupe de suivi du traitement du cancer qui ne vivaient plus de traitement anticancéreux stressant.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons administré une thérapie EMDR individuelle à deux participantes du groupe de suivi du traitement du cancer qui avaient été exclues des analyses de données

et qui présentaient l'une et l'autre un passé de trauma complexe. Lors du premier suivi, ces femmes avaient des notes supérieures à la note limite au SPRINT (respectivement 15 et 18). La première participante a reçu une séance de thérapie individuelle et la seconde cinq, avec le protocole EMDR standard. Lors du second suivi, ces deux participantes avaient des notes SPRINT inférieures au score limite de 14 (respectivement 12 et 6).

Il est important de mentionner que le PTIG-EMDR n'exclut pas le traitement EMDR individuel parce qu'il s'agit d'un protocole thérapeutique ainsi que d'un outil de dépistage. Les cliniciens EMDR n'ont donc pas à choisir entre le traitement individuel ou le traitement en groupe lorsqu'ils doivent traiter un grand nombre de personnes : nous recommandons d'utiliser d'abord le PTIG-EMDR et d'administrer un traitement EMDR individuel seulement à ceux qui requièrent un soutien additionnel basé sur les recommandations en phase 8 du protocole (réévaluation et suivi). Les observations cliniques des auteurs ont montré qu'une ou deux applications du protocole PTIG-EMDR ne suffisent pas à garantir les meilleurs résultats cliniques. Par conséquent, nous suggérons six applications du traitement EMDR sous une forme intensive, en suivant fidèlement le protocole et en utilisant des mesures validées afin d'obtenir des résultats fiables.

Le diagnostic du cancer représente un type de stress distinctif au sein du cadre du trouble de stress aigu/ESPT, car il peut s'agir d'une maladie chronique et invalidante pouvant s'accompagner d'événements

difficiles tels que des traitements nocifs, des défigurations, des dysfonctionnements et des perturbations du fonctionnement de la personne (Kangas, Henry & Bryant, 2007). Cette étude pilote suggère qu'une administration intensive du PTIG-EMDR peut être un soutien valable pour les patients atteints de cancer et présentant des symptômes d'ESPT liés au diagnostic et au traitement. D'autres recherches et études contrôlées randomisées seront nécessaires afin de démontrer l'efficacité du PTIG-EMDR sur cette population.

Bibliographie

- Abel, N. J. (2011, April). *Consecutive day EMDR: Case study and discussion*. Présentation lors du congrès EMDR International Association, Amherst, MA.
- Adúriz, M. E., Knopfler C., & Bluthgen, C. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 138–153.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., texte révisé). Washington, DC : Auteur.
- Artigas, L., & Jarero, I. (2014). The butterfly hug. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters* (pp. 127–130). New York, NY : 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* (pp. 237–251). New York, NY : Springer Publishing.
- Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (2000, September). *EMDR and traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol and the butterfly hug*. Poster présenté lors du congrès EMDR International Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Bisson, J., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD003388. Téléchargé depuis <http://www.cochrane.org/CD003388/DEPRESSN-psychological-therapies-for-chronic-posttraumatic-stress-disorder-ptsd-in-adults>
- Capezzani, L., Ostacoli, L., Cavallo, M., Carletto, S., Fernandez, I., Solomon, R., . . . Cantelmi, T. (2013). EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 134–143.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2001). SPRINT : A brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(5), 279–284.
- Freedman, S. A., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174, 353–359.
- Gelbach, R., & Davis, K. (2007). Disaster response: EMDR and family systems therapy under community-wide stress. In F. Shapiro, F. W. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 387–406). New York, NY : Wiley.
- Grey, E. (2011). A pilot study of concentrated EMDR: A brief report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 14–24.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2009). EMDR integrative group treatment protocol. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3(4), 287–288.
- 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, 219–222.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2014). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP) for adults. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters* (pp. 253–265). New York, NY : Springer Publishing.
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12, 121–129.
- Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (1999, November). *Children's post-traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol*. Poster présenté lors du congrès International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.
- Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., & Givaudán, M. (2014). Third research study on the provision of the EMDR integrative group treatment protocol with child victims of severe interpersonal violence. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 6(2), 1–22.
- Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(4), 156–165.
- Jarero, I., & Uribe, S. (2012). The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 50–61.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499–524.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2007). Correlates of acute stress disorder in cancer patients. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 325–334.
- Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888–894.
- Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 74–78.
- Maxfield, L., & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating

- EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23–41.
- McFarlane, A. C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221–228.
- Mehrotra, S. (2014). Humanitarian projects and growth of EMDR therapy in Asia. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 252–259.
- Morasso, G. (2002). Nuove prospettive in psico-oncologia [New perspectives in psycho-oncology]. In *Formazione, psicologia, psicoterapia, psichiatria* (p. 2). Rome, Italy: Grin SRL.
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress*. Genève, Suisse : Auteur.
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012*. Téléchargé depuis http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Pérez, S., Galdón, M. J., Andreu, Y., Ibañez, E., Durán, E., Conchado, A., & Cardeña, E. (2014). Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: Temporal evolution, predictors, and mediation. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 224–231.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movements desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures* (2^e éd.). New York, NY : Guilford Press.
- Smith, S. K., Zimmerman, S., Williams, C. S., Benecha, H., Abernethy, A. P., Mayer, D. K., . . . Ganz, P. A. (2011). Posttraumatic stress symptoms in long-term non-Hodgkin's lymphoma survivors: Does time heal? *Journal of Clinical Oncology*, 29, 4526–4533.
- Uddo, M., Allain, A. N., & Sutker, P. B. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder: A conceptual overview. In T. W. Miller (Ed.), *Theory and assessment of stressful life events*. Madison, CT : International Universities Press.
- Vaishnavi, S., Payne, V., Connor, K., & Davidson, J. R. (2006). A comparison of the SPRINT and CAPS assessment scales for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 23(7), 437–440.
- Wesson, M., & Gould, M. (2009). Intervening early with EMDR on military operations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 91–97.
- Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 106–113.
- Merci d'adresser toute correspondance concernant cet article à Ignacio Jarero, PhD, EdD, Boulevard de la Luz 771, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, México City, Mexique 01900. Courriel : nacho@amameccrisis.com.mx