

Évaluation du protocole de groupe EMDR de traitement d'épisodes traumatiques avec des réfugiés : une étude de terrain

Maria Lehnung

Eckernförde, Allemagne

Elan Shapiro

Haifa, Israël

Melanie Schreiber

Eckernförde, Allemagne

Arne Hofmann

Bergisch Gladbach, Allemagne

EN 2015, plus de 1,5 million de réfugiés sont arrivés en Allemagne, beaucoup d'entre eux gravement traumatisés. La thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) a prouvé son efficacité dans le traitement des symptômes de stress traumatique aigus ou chroniques. Une modification de la thérapie permettant son utilisation en groupe a été développée par E. Shapiro : c'est le protocole EMDR de traitement en groupe d'épisodes traumatiques (G-TEP). Dans cette étude de terrain, nous avons étudié l'efficacité de deux séances d'EMDR G-TEP pour traiter des réfugiés victimes de traumatismes. Après une séance de psychoéducation, 18 réfugiés provenant de Syrie et d'Irak, arabophones, arrivés en Allemagne au cours des cinq mois précédents, ont été affectés au traitement et/ou à une liste d'attente. On utilisa en pré- et post-traitement l'échelle révisée d'impact des événements (IES-R) et l'inventaire de dépression de Beck (BDI) et les analyses furent conduites à l'aide du test U de Mann-Whitney et des tests planifiés Kolmogorov-Smirnov. Les résultats montrèrent des différences importantes entre le groupe de traitement et le groupe en liste d'attente, avec une baisse significative des notes IES-R ($p > .05$). Bien que les différences des notes BDI n'aient pas atteint le niveau de signification statistique ($p = .06$), une baisse importante des notes BDI fut observée dans le groupe de traitement. Ces résultats fournissent une preuve préliminaire indiquant que l'EMDR G-TEP pourrait permettre de traiter efficacement des personnes réfugiées souffrant de traumatismes.

Mots-clés : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) ; protocole EMDR de traitement en groupe d'épisodes traumatiques (G-TEP) ; réfugiés ; santé mentale en cas de catastrophe ; stress post-traumatique ; dépression post-traumatique

Les migrations et les fuites de populations représentent un problème géopolitique majeur, touchant aujourd'hui plus de 60 millions de personnes à travers le monde, d'après les experts de l'Organisation des Nations Unies (ONU) (Reschke, 2015). La guerre, la faim et la pauvreté en sont considérées comme les causes principales. Si cette situation dure depuis des années, elle s'accroît encore et certains pays occidentaux ont récemment été profondément affectés par cette crise et les problèmes qui l'accompagnent.

En 2015, à la suite de la décision politique d'ouvrir les frontières, plus de 1,5 million de réfugiés sont arrivés en Allemagne en l'espace de quelques mois. Une grande partie de ces personnes provenaient de Syrie, pays déchiré par la guerre. La sécurité représente le besoin essentiel des réfugiés, mais leur fournir les nécessités de base n'est pas suffisant : beaucoup d'entre eux sont gravement traumatisés et des soins thérapeutiques efficaces leur sont tout à fait indispensables, cela d'autant plus compte tenu de la politique d'intégration allemande, qui demande aux réfugiés de s'intégrer et d'apprendre une langue nouvelle pour eux : les symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT) et/ou de dépression (troubles du sommeil, hyper- ou hypovigilance, difficultés de concentration) peuvent limiter les capacités d'apprentissage et l'adaptation de ces personnes.

Si on considère que 45% à 80% des personnes qui sont victimes d'événements traumatiques et qui présentent des symptômes transitoires d'état de stress post-traumatiques (ESPT) se rétablissent spontanément (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005), la probabilité de développer un ESPT augmente avec le nombre d'expositions à des événements traumatiques et l'accumulation de souvenirs mémorisés de façon dysfonctionnelle (McFarlane, 2009, 2010a, 2010b). On sait que le stress traumatique représente un facteur de risque d'apparition de nombreuses maladies psychologiques et somatiques et que l'ESPT, avec les conséquences catastrophiques qu'on lui connaît, peut également apparaître tardivement (Andrews, Brewin, Philpott & Stewart, 2007).

Dans le cas des réfugiés syriens, il faut prendre en compte que cette population a été exposée de manière chronique à des événements qui ont bouleversé définitivement son mode de vie, et qui a été exposée à de nombreuses expériences traumatiques et à un stress permanent. Le taux d'ESPT chez les réfugiés allemands est compris entre 16,3% et 54,9% (Bozorgmehr et coll., 2016). Dans une revue portant sur huit études, Slewa-Younan, Uribe Guajardo & coll. rapportent, chez les réfugiés accueillis par les pays occidentaux, un taux de dépression compris entre 28,3% et 75% et un taux d'ESPT compris entre 8,0% et 37,2% (Slewa-Younan, Uribe Guajardo, Heriseanu & Hasan, 2015).

Les sociétés occidentales ont pour objectif d'intégrer les réfugiés arrivant dans leurs pays. Compte tenu du fait que ces réfugiés sont traumatisés, il est extrêmement important de développer un programme efficace de dépistage et d'interventions thérapeutiques pour lutter contre le stress traumatique, largement répandu au sein de cette population. Comme le dit Carriere (2014), les bénéfices de cette prise en charge se traduisent à la fois au niveau individuel et au niveau social.

Le traitement des réfugiés

En Allemagne, la prise en charge des réfugiés traumatisés est insuffisante (Bozorgmehr & Razum, 2015). D'après un récent rapport provenant d'un réseau de 32 centres psychosociaux allemands spécialisés dans le soin aux réfugiés traumatisés (BafF, 2017), en Allemagne, seulement 5% des réfugiés victimes de traumatismes sont suivis et reçoivent un traitement. La prise en charge dans ces centres – et dans d'autres institutions similaires – comprend des séances de soutien psychologique, une as-

sistance sociale et de la psychothérapie. Parmi les personnes réfugiées présentes dans ces centres, 36% sont suivis sur le plan psychothérapeutique, dont 86% en psychothérapie individuelle et 6% en thérapie de groupe (BafF, 2017).

On considère traditionnellement qu'une phase de stabilisation est nécessaire au traitement du trauma et que la sécurité et le confinement sont essentiels pour sa réussite. Cela pose un problème évident dans le cas de réfugiés arrivés tout récemment en Allemagne, et dont le futur reste incertain. La question est alors de savoir de quelle manière on peut leur apporter un degré suffisant de sécurité et de confinement pour permettre la mise en place d'un traitement à une étape assez précoce, ce qui réduit le stress post-traumatique et les conséquences lourdes qui l'accompagnent.

L'EMDR

La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) est une thérapie de l'ESPT fondée sur des données probantes, et dont l'efficacité a été établie par plus de 24 études contrôlées randomisées (Fondation pour la recherche sur l'EMDR, 2014). Son efficacité en fait un traitement de choix approuvé par de nombreuses organisations de santé, nationales et internationales, y compris l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2013) ainsi que, récemment, par l'organisme allemand de santé GBA (Schultz, 2015). La thérapie EMDR, ainsi que des interventions connexes, ont prouvé leur efficacité à la suite de catastrophes, naturelles ou d'origine humaine (Natha & Daiches, 2014).

Dans la thérapie EMDR, on considère les souvenirs traumatiques non résolus comme étant la cause de l'ESPT et d'autres psychopathologies associées (F. Shapiro, 1995). Les procédures de traitement structurées de l'EMDR ont recours à des mouvements oculaires et au système de traitement adapté de l'information (inhérent à tout individu) pour traiter ces souvenirs, ce qui produit la résolution et la rémission adaptée de l'ESPT et d'autres psychopathologies liées.

Interventions EMDR précoces

F. Shapiro (2001) a affirmé que des souvenirs traumatiques récents pouvaient nécessiter une approche de traitement différente de celle utilisée pour traiter des événements situés plus loin dans le passé ; elle conceptualisait ces souvenirs traumatiques récents comme fragmentés et non encore consolidés, et elle a proposé des interventions spécialisées, comme son protocole pour les événements récents (*Recent Event Protocol* ; F. Shapiro, 1995, 2001). D'autres interventions EMDR précoces ont été suggérées par divers auteurs et ont trouvé plusieurs protocoles dans la littérature (ex : Jarero, Roque-Lopez, Gomez & Givaudan, 2014 ; Jarero & Uribe, 2011, 2012 ; Luber, 2014 ; Maxfield, 2008). F. Shapiro recommandait également son protocole EMD originel pour les situations d'urgence (F. Shapiro, 2004) : cette approche se focalise sur l'image cible perturbatrice, à laquelle le thérapeute revient fréquemment, en vérifiant chaque fois les niveaux d'unité subjective de perturbation (SUD) et en limitant les chaînes associatives du patient.

Le protocole pour les épisodes traumatiques récents. E. Shapiro et Laub ont développé le protocole pour les épisodes traumatiques récents (R-TEP : Recent Traumatic Episode Protocol ; Laub &

Weiner, 2011 ; Shapiro, 2009 ; Shapiro et Laub, 2008, 2014). Le R-TEP est un protocole d'IEP¹ structuré, complet et intégratif, qui inclut et élargit les éléments de l'EMD et du Protocole d'événements récents : il est conçu pour aborder des incidents survenus sur une période prolongée, que l'on appelle *l'épisode traumatique*, et qui est défini comme la période commençant juste avant l'événement traumatique jusqu'au présent. Il peut être appliqué aux événements traumatiques qui modifient profondément le cours de la vie et ont des conséquences permanentes, ce que l'on conceptualise comme un continuum traumatique. Au cours du R-TEP, le patient individuel se concentre sur des souvenirs perturbants ou des fragments de souvenirs appelés *points de perturbation* (PdP), qui sont retraités l'un après l'autre grâce à l'EMDR. Ce processus est répété jusqu'à ce que la perturbation soit ramenée à des niveaux réalistes.

Des études contrôlées ont été publiées sur l'utilisation de l'EMDR R-TEP dans un camp de réfugiés Syriens en Turquie (Acarturk et coll., 2015) et en Israël à la suite d'une attaque de missile qui avait fait des morts (Shapiro & Laub, 2015). Des études de terrain utilisant l'EMDR R-TEP ont été menées en Italie du nord après le tremblement de terre de l'été 2012 (Fernandez, 2013) et à Istanbul en 2009, après un attentat terroriste (Kaya, 2010). Toutes ces études ont montré que l'EMDR R-TEP réduisait de façon efficace le niveau de détresse psychologique. Le protocole EMDR R-TEP est utilisé actuellement dans des études contrôlées auprès de victimes d'accidents traumatiques en Hongrie, dans trois centres de prise en charge de victimes de viol aux Pays-Bas et au Danemark, sur des traumatismes aigus en Finlande et auprès de réfugiés en Italie et en Jordanie.

L'EMDR en groupe. Le R-TEP, comme pratiquement la thérapie EMDR dans son ensemble, est une approche thérapeutique *individuelle*, ce qui limite le nombre de personnes pouvant être traitées par un thérapeute. Si, dans la plupart des cas, ce n'est pas un problème, il existe des situations où il faudrait pouvoir traiter beaucoup de gens en même temps : c'est le cas des catastrophes, naturelles ou d'origine humaine, ou, comme dans le contexte décrit plus haut, lors de l'arrivée d'un grand nombre de réfugiés au sein d'une communauté. Dans ce genre de cas, et avec des ressources limitées, l'IEP de groupe pourrait être une solution initiale de choix.

Jarero et coll. ont été les premiers à développer une IEP de groupe à la suite de l'ouragan Pauline qui dévasta des pans entiers de la ville de Mexico en 1997. Leur protocole EMDR intégratif de traitement de groupe (IGTP ; Jarero, Artigas & Hartung, 2006) a obtenu de bons résultats et a été largement utilisé dans de nombreux pays (Jarero et coll., 2014). Ce protocole s'est montré bénéfique dans des situations de catastrophes de grande ampleur (Jarero et coll., 2006 ; Jarero, Artigas & Luber, 2011 ; Jarero & Uribe, 2012). On le trouve sous différents noms, tels que le protocole de groupe « du câlin de papillon », le protocole de groupe EMDR, et le protocole EMDR de groupe pour enfants.

Développé à l'origine pour les enfants, il recourt au dessin comme principale forme d'expression. On l'a également utilisé auprès d'adultes. Au cours de la phase de désensibilisation, chaque individu dessine une image représentant pour lui l'événement traumatique et évalue lui-même son niveau de SUD. Les participants regardent ensuite leur dessin tout en faisant le « câlin de papillon » (c'est-à-dire en croisant les bras et faisant du *tapping* sur leur poitrine de façon bilatérale et alternée). Ils dessinent ensuite une autre image, évaluent son degré de perturbation puis regardent cette nouvelle image tout en faisant le câlin du papillon (*butterfly hug* : BH). La séquence est répétée encore deux fois. La séance se clôt sur le dessin d'une vision positive du futur, installée avec

¹ IEP : Intervention EMDR précoce (en anglais : EEI : *Early EMDR Intervention*)

le BH. Ce protocole a cependant l'inconvénient de n'aborder qu'une cible par séance, de reposer sur des dessins, et de n'employer que très peu de séquences de stimulation bilatérale (SSB) et pas de mouvements oculaires.

Le protocole de groupe EMDR pour les épisodes traumatiques

À partir du R-TEP, Elan Shapiro a développé le protocole de groupe EMDR pour les épisodes traumatiques (G-TEP). Bien qu'il soit utilisé en groupe, ce protocole tente autant que possible de garder la puissance de l'EMDR R-TEP en format individuel. Il consiste en une adaptation simplifiée de l'EMDR R-TEP pour une utilisation auprès de groupes d'adultes, d'adolescents ou d'enfants. Il peut être utilisé pour le traitement d'expériences traumatiques récentes ou d'événements perturbants ayant des conséquences durables (E. Shapiro, 2012), comme c'est le cas chez les réfugiés. Il comprend les huit phases du protocole EMDR d'origine avec une feuille de travail spécifique où l'accent est particulièrement mis sur la sécurité et le confinement.

Les membres du groupe apprennent des exercices de stabilisation et de confinement (4 Éléments ; Shapiro, 2007 ; E. Shapiro 2012) et sont ensuite conduits à se centrer sur leurs ressources passées et à venir. Un dépistage de sécurité est implanté dans le protocole afin d'identifier les personnes qui ne sont pas prêtes pour un retraitement traumatique de groupe. On demande ensuite aux participants d'identifier des PdP (points de perturbation) en utilisant ce que l'on nomme une « recherche Google » mentale, comme ils le feraient dans le R-TEP en travail individuel. Les niveaux SUD de la cible PdP sont vérifiés et le PdP est traité avec des séquences d'auto-SB comprenant des mouvements oculaires : chaque membre du groupe tape avec sa main un endroit de la feuille, qui représente la sécurité du présent, puis un autre endroit de la feuille, le PdP. Tout en exécutant ce *tapping*, chacun suit sa propre main du regard, garantissant ainsi que les stimulations bilatérales sont faites également avec des mouvements oculaires dans la SB. Après trois séquences réalisées de cette manière, les participants retournent à la cible (le PdP) et relèvent les niveaux de SUD. Lorsque neuf séquences ont été réalisées, ils font une nouvelle « recherche Google » mentale afin d'identifier un nouveau PdP que l'on traite ensuite de la même manière. La feuille de travail permet le traitement de trois PdP au cours d'une séance G-TEP. Après le traitement des trois PdP, on procède à l'installation d'une Cognition positive de l'Incident (CP) et, enfin, la séance se clôture sur un exercice de confinement.

Le G-TEP a plusieurs avantages. Sa feuille de travail structurée contient toutes les étapes nécessaires à l'utilisation du protocole, ce qui permet un apprentissage rapide. En outre, le concept de "feuille de travail" fait passer un message « spatial » : l'unique feuille de travail contient un dispositif spatial concret mettant en scène l'épisode traumatique (tissage cognitif) en même temps que des ressources passées, présentes et futures. Plusieurs cibles (PdP) sont traitées par une stratégie circonscrite de type EMD ; de fréquents retours à la cible permettent un traitement et un confinement plus précis. La répétition des séquences de SB permet un traitement plus approfondi. Un autre avantage du G-TEP réside dans son utilisation de mouvements oculaires : l'auto-SB est conçue de telle sorte qu'elle inclut des mouvements oculaires autant que du *tapping*. Elle peut être utilisée avec des groupes ayant vécu les mêmes incidents critiques, ou des incidents différents.

Recherches sur le protocole en groupe pour les épisodes traumatiques

À notre connaissance, le G-TEP n'a jusqu'ici fait l'objet que d'une seule étude contrôlée. Yurtsever et coll. (2014, 2017) ont traité un groupe de réfugiés syriens dans un camp de réfugiés en Turquie. 53 participants adultes souffrant d'ESPT étaient assignés de façon aléatoire à un groupe expérimental ($n = 21$) ou à un groupe de contrôle ($n = 32$). L'évaluation a été conduite en utilisant l'IES-R, le BDI-II ainsi que le mini entretien neuropsychiatrique international (*Mini International Neuropsychiatric Interview*, MINI) en pré- et post-traitement et lors d'une séance de suivi quatre semaines plus tard. Les résultats ont montré qu'à la suite de l'intervention, les symptômes de dépression et d'ESPT avaient diminué significativement dans le groupe EMDR G-TEP. Lors du suivi, 61,1% des participants du groupe de traitement n'avaient plus de diagnostic d'ESPT, pour seulement 6,4% dans le groupe de contrôle. L'étude de Yurtsever et coll. indique que l'EMDR G-TEP peut être efficace à réduire les symptômes dépressifs et d'ESPT de réfugiés après seulement deux séances de traitement conduites sur une période de trois jours. L'article suggérait qu'un plus grand nombre de séances d'EMDR G-TEP pourrait produire un effet thérapeutique plus important sur l'ESPT.

Notre étude

Cette étude a pour objectif d'explorer l'efficacité du G-TEP pour réduire les symptômes dépressifs et d'ESPT chez des réfugiés en Allemagne, afin de déterminer si d'autres recherches seraient justifiées.

Méthode

Participants

L'échantillon comprenait dix-huit réfugiés arabophones, originaires d'Irak et de Syrie, arrivés en Allemagne par la route des Balkans au cours des cinq derniers mois. L'échantillon était composé de quatre femmes et de quatorze hommes dont la moyenne d'âge était de 32,4 ans ($\sigma = 5.6$). Les participants avaient demandé une aide psychologique, après avoir reçu des notions de psychoéducation concernant le traumatisme et l'ESPT, après une leçon d'allemand.

Conception de l'étude

Nous avons employé un *design* de groupe contrôle sur liste d'attente (Figure 1).

Mesures

Les mesures ont été effectuées au moyen des versions en arabe de l'IES-R (Weiss & Marmar, 1997) et de l'inventaire de dépression de Beck II (BDI II ; Beck, Steer & Brown, 1996 ; Hautzinger, Keller & Kuehner, 2006). Les deux tests ont été administrés en pré- et post-traitement. En post-traitement, on demandait aux participants : « Depuis le traitement, avez-vous remarqué des changements dans la qualité de votre sommeil ? Et dans votre niveau de stress ? »

L'IES-R est couramment utilisé en recherche et en clinique. C'est un outil d'auto-évaluation développé pour évaluer le niveau de stress post-traumatique, avec des sous-échelles permettant d'évaluer l'intrusion et la reviviscence, l'hyperexcitation et l'évitement. Les réponses varient entre 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement), avec un score maximum de 88. Ce test possède 22 items indiquant les niveaux actuels de détresse, dérivés des critères d'ESPT du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2004). Bien qu'on ne l'utilise pas pour le diagnostic de l'ESPT, Creamer, Bellet Failla (2003) ont suggéré qu'une valeur seuil de 33 discriminait entre les individus présentant ou ne présentant pas d'ESPT.

Le BDI II est un outil d'auto-évaluation en 21 items ayant de bonnes propriétés psychométriques. Il possède une haute sensibilité aux changements qui se produisent au cours de la thérapie, caractéristique recherchée pour notre étude. Les valeurs varient entre 0 et 63, avec les valeurs seuil suivantes : 0-13 dépression minime, 14-19 dépression légère, 20-28 dépression modérée, 29-63 dépression sévère.

Procédure

Tous les participants étaient évalués au Temps 1. Étant donné qu'aucun d'entre eux ne parlait suffisamment bien l'allemand, nous avons travaillé avec deux interprètes arabophones qui avaient préalablement reçu le traitement G-TEP. La première séance fournissait à tout le groupe de participants des notions psychoéducatives sur les incidents perturbants, le trauma, l'ESPT et la thérapie EMDR, conformément au protocole G-TEP. Le groupe était ensuite aléatoirement divisé en deux. Pour des raisons personnelles, trois participants qui avaient dans un premier temps été assignés au groupe 2 se sont présentés pour le traitement dans le groupe 1, et ce dernier eut par conséquent un plus grand nombre de participants ($N = 12$) que le groupe 2 ($N = 6$). Au mieux, la randomisation ne peut donc être considérée que comme partielle.

Le groupe 1 était constitué de huit hommes et de trois femmes, avec une moyenne d'âge de 31,3 ans (de 20 à 45 ans). Le groupe 2 était composé de six hommes et d'une femme, avec une moyenne d'âge de 33 ans (de 19 à 40 ans). On ne comptait aucune différence statistique entre les groupes.

Les membres du groupe 2 ont été placés sur liste d'attente, et ceux du groupe 1 ont immédiatement reçu le traitement : deux séances d'EMDR G-TEP sur deux jours consécutifs. Conformément au protocole G-TEP, la première partie de chaque séance de traitement était consacrée à stabiliser et à donner de la psycho-éducation aux participants, à la suite de quoi on procédait au traitement des PdP. Chaque séance durait environ 2 heures. Une semaine après, au temps 2 (T2), les participants des deux groupes étaient évalués de nouveau. Les membres du groupe 2 recevaient ensuite le traitement, en dehors des paramètres de cette étude. L'évaluation du temps 3 (T3) était prévue après trois mois pour les participants susceptibles d'être localisés. Malheureusement, après trois mois, seulement deux d'entre eux vivaient encore dans la région ; tous les autres s'étaient déplacés. Avec ces deux participants, on n'a pas mené d'évaluation formelle.

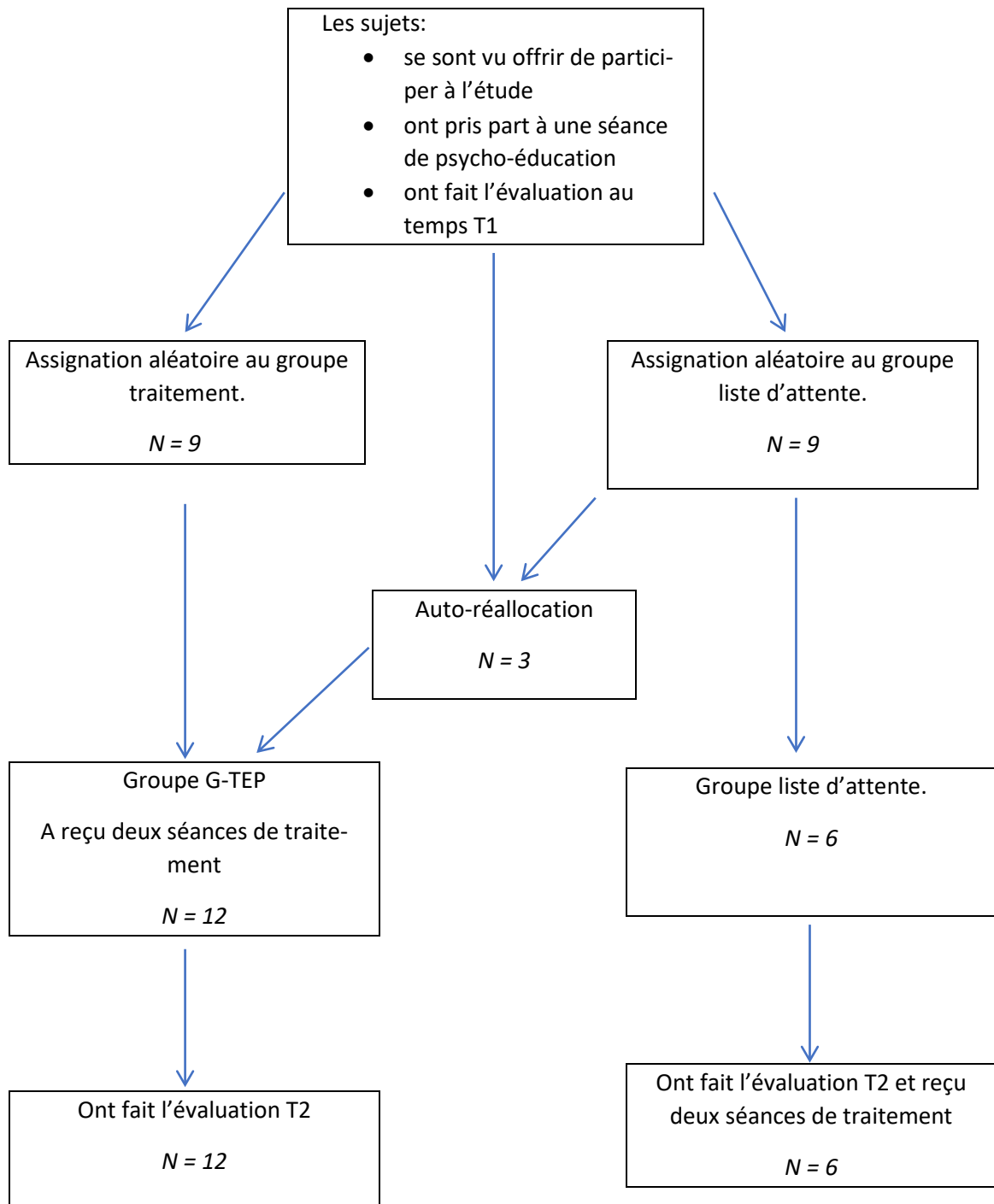


Fig. 1. Conception de l'étude.

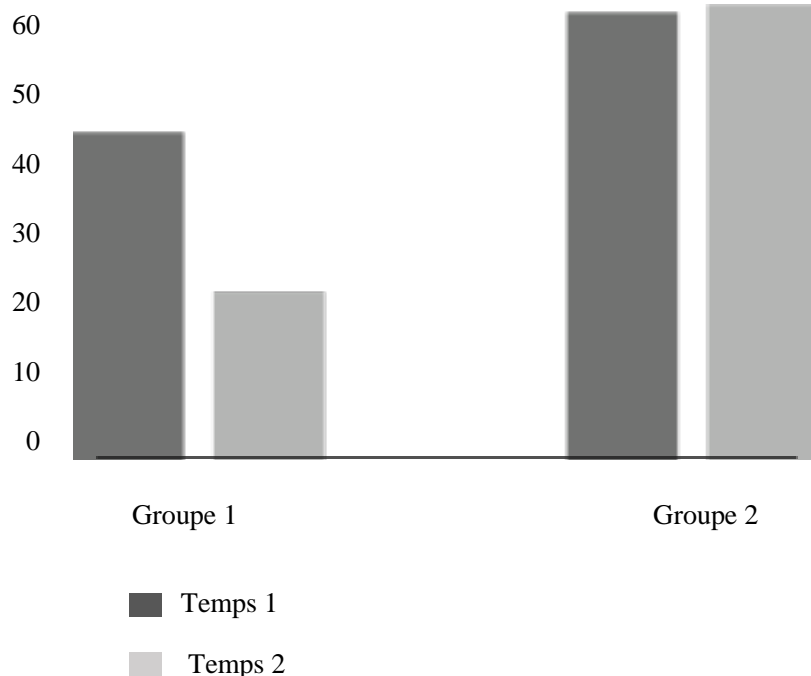


Fig. 2. Notes pré- et post-traitement à l'IES-R pour le groupe traitement (groupe 1) et pour le groupe liste d'attente (groupe 2).

Résultats

Analyse des données

En raison du nombre très faible des participants, l'analyse a été conduite avec le test U de Mann-Whitney afin de comparer les moyennes de T1 et T2 pour le groupe de traitement et pour le groupe en liste d'attente, à l'IES-R et au BDI. Des tests planifiés Kolmogorov-Smirnov ont été utilisés afin de tester les distributions au sein des groupes. Les données ont été analysées avec le SPSS version 22.0. Une valeur p de .05 a été considéré comme statistiquement significative.

Les tests Kolmogorov-Smirnov n'ont révélé aucune différence de distribution dans les deux groupes au prétraitement. L'évaluation des différences entre T1 et T2 par le test Mann-Whitney U a montré une différence importante entre les groupes dans les mesures sur l'échelle IES-R : $U(16) = 31$, $p = .01$, indiquant une différence significative des changements entre T1 et T2 entre les deux groupes. Alors que le groupe 1 montrait une baisse importante des notes à l'IES-R (T1 : $M = 41.8$, $\sigma = 15.6$; T2 : $M = 21.6$, $\sigma = 9.9$), les résultats du groupe 2 restaient pratiquement les mêmes (T1 : $M = 56.2$, $\sigma = 18.3$; T2 : $M = 56.6$, $\sigma = 19.7$; Figure 2).

Les différences au BDI entre les groupes à T1 et T2 n'atteignaient pas tout à fait le niveau de signification statistique ($p = .06$) ; cependant, une baisse importante des notes au BDI a été observée

dans le groupe 1 par rapport au groupe 2. Les résultats moyens du groupe 1 à T1 étaient $M = 16.9$, $\sigma = 9.9$ et ont chuté à T2, avec $M = 7.3$, $\sigma = 4.9$, alors que les résultats moyens du groupe 2 à T1 étaient $M = 23.6$, $\sigma = 15.2$ et sont restés élevés à T2 avec $M = 24.6$, $\sigma = 15.2$ (Figure 3).

En réponse à des questions portant sur les changements observés, tous les participants du groupe 1 rapportèrent se sentir mieux à la suite du traitement, avec une baisse du stress et une amélioration de la qualité du sommeil.

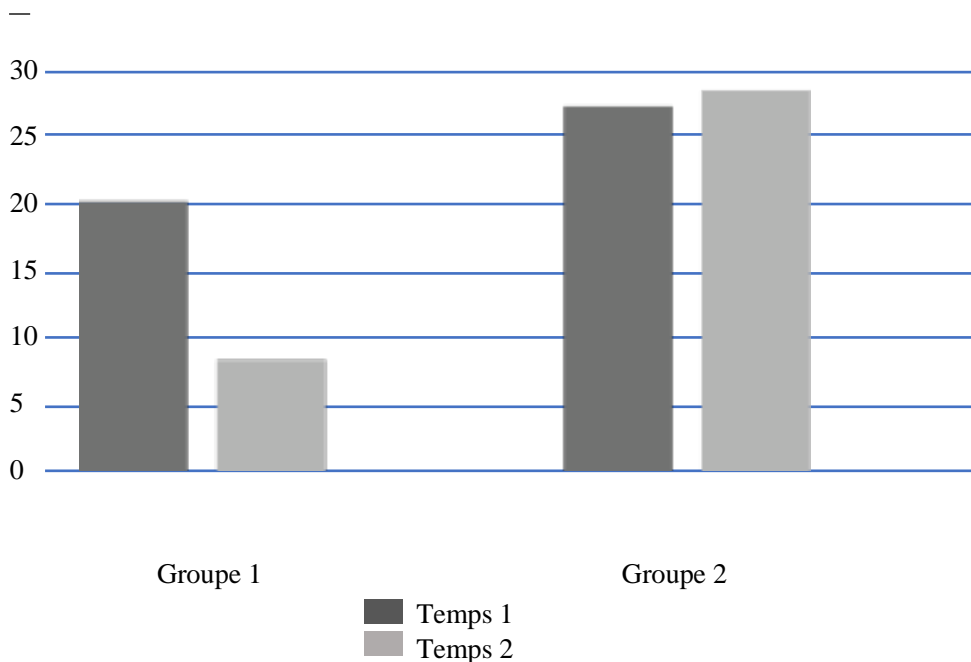


Fig. 2. Notes pré- et post-traitement au *BDI* pour le groupe traitement (groupe 1) et pour le groupe liste d'attente (groupe 2).

Discussion

Notre étude pilote a été menée à un moment où il était urgent de parvenir à réduire la détresse des réfugiés récemment arrivés en Allemagne. Son objectif principal était de savoir si l'EMDR en groupe G-TEP pouvait être une option dans ce type de situation et si une étude plus complète sur ce sujet serait justifiée ensuite. Inspirée de l'étude turque portant sur un camp de réfugiés, cette étude pilote a été effectuée en tant qu'enquête préliminaire sur l'efficacité du protocole EMDR G-TEP, en Allemagne.

Les résultats à T1 des deux groupes montraient que les réfugiés de notre échantillonnage souffraient d'importants symptômes dépressifs et post-traumatiques. Les notes moyennes au BDI-II plaçaient les participants du groupe 1 parmi les symptômes dépressifs légers et les participants du groupe 2 parmi les symptômes modérés. Les notes moyennes à l'IES-R des deux groupes étaient supérieures au seuil de diagnostic recommandé de 33 (Creamer et coll., 2003). Ces résultats cadrent avec ceux d'études plus larges, qui montrent une détresse psychologique importante parmi les populations réfugiées (voir Bozorgmehr et coll., 2016 ; Slewa-Younan et coll., 2015).

Nos résultats rapportent une amélioration significative des notes IES-R pour le groupe de traitement, indiquant que deux séances d'EMDR (G-TEP) en groupe, après dispensation de notions psychoéducatives générales, suffisaient à réduire les niveaux de stress post-traumatique parmi les réfugiés de notre échantillon. Le pourcentage de participants traités présentant des notes à l'IES-R au-dessus de la valeur seuil de 33 diagnostiquant l'ESPT (Creamer et coll., 2003) était passé de 58 % en prétraitement à 8 % en post-traitement. S'ils n'atteignaient pas de signification statistique (en raison de la taille réduite de l'échantillon), les résultats relatifs à la dépression, pour le groupe de traitement, avaient également baissé. La moyenne au BDI de 16,9 au prétraitement, indiquant un niveau de dépression léger, était passée à 7,3 en post-traitement, signifiant une rémission des symptômes dépressifs des participants. Bien que le groupe sur liste d'attente ait reçu un certain traitement sous forme de psychoéducation à T1, ce matériel semble avoir eu peu ou pas d'impact sur leur niveau d'ESPT ou de dépression.

Les résultats positifs de l'EMDR G-TEP obtenus dans cette étude montrent qu'il est possible de traiter en groupe des réfugiés souffrant de traumatismes par l'EMDR G-TEP et de réduire efficacement le niveau de stress post-traumatique et peut-être la dépression. Aux dires de nos participants, le traitement a semblé améliorer la qualité du sommeil et réduire le stress. Sur le long terme, cela pourrait contribuer à une meilleure intégration des réfugiés au sein d'une société nouvelle pour eux. Ces personnes sont confrontées au défi d'apprendre une langue nouvelle, de s'adapter à une nouvelle culture, de trouver un emploi, un logement, de mettre leurs enfants à l'école et de s'établir au sein de nouvelles communautés. D'autres recherches pourraient examiner dans quelle mesure une réduction des difficultés relatives à la santé mentale aide les personnes réfugiées à réaliser ces adaptations.

Difficultés relatives aux recherches sur les personnes réfugiées

Des facteurs culturels et linguistiques ont représenté une difficulté. Le traitement préalable des deux interprètes s'est avéré utile. Sur un plan non verbal, il est possible que leur expérience positive de la prise en charge ait produit une atmosphère de confiance. De ce fait, nous n'avons rencontré aucun problème de sécurité et pas de décompensation, au cours des séances. Les traducteurs nous ont également aidés à démarrer avec le groupe et à rester dans les limites de temps prévues. Ainsi que nous l'avons mentionné précédemment, une randomisation de l'échantillon était prévue, mais, pour des raisons personnelles, trois des participants assignés au groupe 2 se sont présentés dans le groupe 1 : pour l'un, deux cousins ne voulaient pas être séparés ; pour les deux autres, leur changement de groupe tenait à une raison pratique liée aux transports. Nous les avons laissés participer : nous ne voulions pas perdre ces participants et nous tenions à nous assurer qu'ils profiteraient des bénéfices potentiels du traitement. Par voie de conséquence, la randomisation n'a pas été obtenue et peut au mieux être considérée comme partielle.

Une difficulté que nous n'avions pas anticipée fut le déplacement ultérieur des réfugiés. Autorisés par le gouvernement à changer de lieu s'ils trouvaient un emploi, tous sauf deux d'entre eux se sont déplacés vers d'autres régions du pays dans les quelques semaines qui ont suivi le traitement, et nous n'avons pu les retrouver. Pour cette raison, la séance de suivi qui avait été prévue trois mois après, avec les deux groupes, ne put avoir lieu. Les recherches futures devront prendre cette éventualité en compte. À l'inverse, l'étude G-TEP (Yurtsever et coll., 2017) menée avant notre

étude de terrain n'avait pas été conduite dans un camp de réfugiés, mais dans une petite ville, autrement dit dans un environnement du monde « réel ».

Néanmoins, malgré ces diverses difficultés, il nous a été possible de traiter des réfugiés traumatisés avec le G-TEP et de les aider à réduire leurs symptômes d'ESPT et de dépression. Cela pourrait les aider à mieux s'intégrer dans notre société.

Limites de l'étude

Notre étude a pour limite le petit nombre de participants, qui a réduit la puissance statistique et augmenté les effets des différences individuelles au sein des groupes. En raison de cette configuration, le dépistage à l'admission des participants, lui aussi, a été limité et basé sur une auto-évaluation. À cet égard, le groupe n'était peut-être pas représentatif. Ainsi que nous l'avons mentionné précédemment, la randomisation n'a pu être assurée et nous avons été dans l'incapacité d'administrer des épreuves de suivi : nous ne savons donc pas si les résultats se sont maintenus dans la durée. En raison de la configuration en groupe, les données collectées par un questionnaire de groupe concernant la qualité du sommeil et le niveau de stress des participants ont pu être influencées par des facteurs de désirabilité sociale.

Recherches futures

L'EMDR en groupe G-TEP peut être un moyen pragmatique et efficace de répondre aux besoins des personnes réfugiées souffrant de traumatismes. Cette thérapie de groupe à court terme permet à un nombre limité de thérapeutes de traiter un grand nombre de personnes, même celles qui sont en transit et ne résident dans le lieu que pour une courte période. Des recherches futures devront être conduites avec un plus grand nombre de participants. Un suivi complet est nécessaire afin d'évaluer les effets à long terme du traitement.

Ces futures recherches pourraient vérifier si l'EMDR G-TEP améliore d'autres aspects de la qualité de vie des participants, particulièrement sur le plan des compétences de concentration et d'apprentissage qui favoriseront la capacité des réfugiés à s'intégrer. Elles pourraient également permettre de répondre à la question de savoir si les réfugiés ayant reçu ce traitement s'intègrent et fonctionnent mieux au sein de leur nouvelle communauté.

Bibliographie

Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 27414.

American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: Author.

Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic

stress disorder: A systematic review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319–1326.

BaFF (2017). *Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland* [Psychosocial care for refugees and victims of torture in Germany]. 3. aktualisierte Auflage. Retrieved from http://www.baFF-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BaFF.pdf

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und “Mapping” empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland [Systematic review and “mapping” of empiric studies evaluating health status and health care of refugees and asylum seekers in Germany (1990–2014)]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59, 599–620.

Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS One*, 10(7), e0131483.

Carriere, R. C. (2014). Scaling up what works: Using EMDR to help confront the world’s burden of traumatic stress. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 187–195.

Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1489–1496.

EMDR Research Foundation. (2014). *EMDR early intervention researcher’s toolkit*. Retrieved from

<http://www.emdrresearchfoundation.org/research-grants/emdr-early-intervention-researcher-s-toolkit>

Fernandez, I. (2013, June). *Early EMDR Intervention (IEP): Theory, practice and research application in a mass disaster*. Paper presented at EMDR Europe Annual Conference, Geneva, Switzerland.

Hautzinger, M., Keller, F., & Kuehner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar II (BDI-2). Frankfurt, Germany: Harcourt Test Services.

Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A postdisaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12(2), 121–129.

Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94.

Jarero, I., Roque-López, S., Gómez, J., & Givaudán, M. (2014). Segundo Estudio de Investigación de la Aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a Niños Víctimas de Violencia Interpersonal Severa [Second research study on the provision of the EMDR- group treatment protocol with child victims of severe interpersonal violence]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Discapacidad*, 6(1), 1–21.

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.

- Kaya, F. (2010, June). *The effects of early EMDR interventions (EMD and R-TEP) on the victims of a terrorist bombing in Istanbul*. Paper presented at the Annual Conference of the EMDR Europe Association, Hamburg, Germany.
- Laub, B., & Weiner, N. (2011). A developmental/integrative perspective of the recent traumatic episode protocol. *Journal of EMDR Practice and Research, 5*(2), 57–72.
- Luber, M. (Ed.). (2014). *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets*. New York, NY: Springer Publishing.
- Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*(2), 74–78.
- McFarlane, A. C. (2009). The duration of deployment and sensitization to stress. *Psychiatric Annals, 39*(2), 81–88.
- McFarlane, A. C. (2010a). The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry, 9*, 3–10.
- McFarlane, A. C. (2010b, June). *Abstract to plenary presentation*. Paper presented at EMDR Europe Annual Conference, Hamburg, Germany.
- Natha, F., & Daiches, A. (2014). The effectiveness of EMDR in reducing psychological distress in survivors of natural disasters: A review. *Journal of EMDR Practice and Research, 8*(3), 157–170.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London, United Kingdom: Author.
- Reschke, A. (Ed.). (2015). *Und das ist erst der Anfang: Deutschland und die Flüchtlinge*. [And this is just the beginning: Germany and the refugees]. Hamburg, Germany: Rowohlt.
- Schulz, S., Dahm, A., Herrmann-Frank, A., Martinson-Schittkowski, W., Nocon, M., & Sülflisch-Thurau, U. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Eine methode wird anerkannt [A method is being acknowledged]. *Deutsches Arzteblatt, 13*(1), 34–36.
- Shapiro, E. (2007). 4 Elements exercise. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*(2), 113–115.
- Shapiro, E. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*(3), 141–151.
- Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology, 62*(4), 241–251.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention (IEP): A summary, a theoretical model, and the recent traumatic episode protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research, 2*(2), 79–96.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2014). The recent traumatic episode protocol (R-TEP): An integrative protocol for early EMDR intervention (IEP). In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets* (pp. 193–207). New York, NY: Springer Publishing.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2015). Early EMDR intervention following a community critical incident: A randomized controlled clinical trial. *Journal of EMDR Practice and Research, 9*(1), 17–27.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (1st ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Shapiro, F. (2004). *Military and post-disaster field manual*. Hamden, CT: EMDR Humanitarian Assistance Program.

Slewa-Younan, S., Uribe Guajardo, M. G., Heriseanu, A., & Hasan, T. (2015). A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in Western countries. *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(4), 1231–1239.

Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York, NY: Guildford Press.

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland: Author.

Yurtsever, A., Akyüz, T., Konuk, E., Tükel, F., Zat, Z., & Çetinkaya, M. (2017). *An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) group intervention for Syrian refugees with posttraumatic stress symptoms: Results of a controlled trial*. Manuscript submitted for publication.

Yurtsever, A., Konuk, E., Akyüz, T., Tükel, F., Zat, Z., Acartük, C., & Çetinkaya, M. (2014, June). *Early EMDR interventions with Syrian refugees in Turkey, R-TEP and G-TEP*. Paper presented at the EMDR European Conference, Edinburgh, Scotland.

Merci d'adresser toute correspondance concernant cet article à Maria Lehnung, Kieler Str. 74-76, 24340 Eckernförde, Allemagne, ou à l'adresse mail : info@maria-lehnung.de