

Formation, accès au traitement et recherche sur les interventions dans les cas de trauma dans les forces armées

Mark C. Russell

Hôpital Naval Américain, Yokosuka, Japon

Fred Friedberg

Université Stony Brook

Traducteur : Jenny Ann Rydberg

Depuis 2001, les guerres en Irak et en Afghanistan exercent une pression considérable sur la médecine militaire pour gérer efficacement la demande croissante de soins en santé mentale du personnel déployé. Cet article examine la capacité du Ministère de la défense des Etats-Unis à fournir des services de santé mentale de qualité en fonction de la disponibilité (a) de la formation clinique, (b) des interventions en santé mentale et (c) de la recherche subventionnée portant sur les traitements de l'état de stress post-traumatique. Alors que des progrès notables ont été réalisés au niveau de l'accès au traitement cognitivo-comportemental et des études dans ce domaine, l'Intégration neuro-émotionnelle par les stimulations bilatérales alternées ou EMDR (*Eye Movement Desensitization & Reprocessing*) est beaucoup moins disponible – peut-être à cause de la controverse actuelle qui entoure la technique. Nous suggérons qu'une meilleure disponibilité des traitements comportementaux basés sur les données probantes, peut-être par le biais de la poursuite d'un récent programme régional de formation, serait bénéfique pour les vétérans qui y ont aujourd'hui peu accès.

Mots clés : formation clinique ; accès au traitement ; EMDR ; état de stress post-traumatique ; armée.

Les opérations de combat, les attaques terroristes, l'aide aux victimes de catastrophes, l'assistance humanitaire, les agressions sexuelles, l'exposition en tant que prisonnier de guerre et les accidents survenant pendant un entraînement militaire sont tous des stressseurs traumatiques potentiels du service actif américain. Depuis le 1er octobre 2001, le début de la Guerre globale contre le terrorisme (GGCT), 38% des soldats, 31% des fusiliers marins et 49% des gardes nationaux ont rapporté des symptômes psychologiques trois à quatre mois après leur déploiement outremer (Groupe de travail du Ministère de la défense sur la santé mentale - *Department of Defense Task Force on Mental Health*, 2007). Sur l'ensemble des services, les estimations de la prévalence pour "n'importe quel" problème de santé mentale survenant après le déploiement variaient entre 16% et 33%, et

pour l'état de stress post-traumatique (ESPT), entre 10% et 25% pour l'Opération liberté irakienne et entre 5% et 9% pour l'Opération liberté durable (Hoge, Auchterlonie, & Milliken, 2006).

Coût estimé de l'impact psychophysique de la GGCT

Si la prévalence réelle des troubles émotionnels liés à la GGCT est inconnue, l'inspecteur général du Ministère des anciens combattants (VA : *Veterans Administration*) a rapporté que le nombre de vétérans indemnisés qui présentent un ESPT a augmenté de manière spectaculaire de 79,5% (de 120 265 à 215 871 dossiers) entre 1999 et 2004 avec une augmentation de 148,8% au niveau des indemnités pour l'ESPT de \$1 720 000 000 à \$4 280 000 000 (Ministère des anciens

This article originally appeared as Russell, M. C., & Friedberg, F. (2009). Training, Treatment Access, and Research on Trauma Intervention in the Armed Services. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(1), 24–31.

combattants – *Department of Veterans Affairs [DVA]*, 2005). De tels rapports ont renforcé les inquiétudes concernant l'accès des militaires à des soins de santé mentale de qualité à cause de carences déjà anciennes au niveau du recrutement, de la formation et de la recherche (Russell, 2006a, 2006b), comme l'établit le rapport du Groupe de travail du Ministère de la défense sur la santé mentale (2007). Le groupe de travail a souligné le besoin urgent d'assurer aux combattants, à leur retour, un accès aisé à des cliniciens en santé mentale bien formés, offrant des traitements de qualité.

Les psychothérapies basées sur les données probantes pour le stress traumatique des combattants

Les tentatives d'identifier les traitements les plus efficaces ou traitements basés sur les données probantes (TBDP) parmi plus de 400 formes de psychothérapie ont débuté dans les années 1990 (Chambless et coll., 1998) et étaient motivées par les tendances convergentes de la médecine basée sur les données probantes, de la responsabilité professionnelle et du contrôle des coûts (DeAngelis, 2005). En janvier 2004, le DVA et le Ministère de la défense (*Department of Defense – [DoD]*) ont publié des directives de pratique clinique pour le traitement des états de stress traumatique qui ont identifié les quatre TBDP spécifiques à l'ESPT (TBDP-ESPT) suivants qui apportaient un "bénéfice significatif" : la thérapie cognitive, la thérapie d'exposition, l'entraînement à l'inoculation du stress, appelés collectivement thérapies cognitivo-comportementales (TCC), et l'EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing* : intégration neuro-émotionnelle par les stimulations bilatérales alternées) (DVA & DoD, 2004).

Concernant les bénéfices potentiels de l'EMDR, les directives DVA/DoD (2004) déclarent ce qui suit :

- "De manière générale, on peut raisonnablement avancer qu'il existe suffisamment d'études contrôlées présentant une intégrité méthodologique suffisante pour estimer que l'EMDR est un traitement efficace pour l'ESPT." (p. 5)
- "L'EMDR est peut-être plus facilement toléré par les patients qui éprouvent des difficultés à s'engager dans une thérapie d'exposition prolongée." (p. 2)
- "La possibilité d'obtenir une importante amélioration clinique de l'ESPT en quelques séances implique que cette méthode de traitement est une option intéressante, méritant qu'on la prenne en considération." (p. 1)

- "Le retraitement en EMDR est un processus interne au patient qui n'est pas obligé de révéler l'événement traumatique." (p. 1)
- "Certaines études montrent que l'EMDR est aussi efficace que d'autres traitements, certaines autres montrent une efficacité moindre." (p. 9)

En dehors des directives DVA/DoD (2004), l'exposition prolongée, la thérapie cognitive centrée sur le trauma et l'EMDR ont tous été reconnus par de nombreuses directives nationales et internationales, dont celles de l'Association américaine de psychologie, division 12 (Chambless et coll., 1998) ; l'ISTSS (association internationale pour l'étude du stress traumatique : *International Society for Traumatic Stress Studies*) (Foa, Keane, & Friedman, 2000); le Ministère de la santé du Royaume-Uni (*United Kingdom Department of Health*, 2001); le Conseil national israélien de la santé mentale (Bleich, Kotler, Kutz, & Shalev, 2002) ; le Ministère de la santé de l'Irlande du Nord (CREST, 2003) ; la Commission nationale néerlandaise pour les soins en santé mentale (*Dutch National Steering Committee for Mental Health Care*, 2003) ; l'Institut national français de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2004) ; l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2004) ; et l'Institut national pour l'excellence clinique du Royaume-Uni (*National Institute for Clinical Excellence*, 2005). Toutes ces directives de bonne pratique s'accordent sur le fait qu'il n'existe pas de traitement de l'ESPT qui soit universellement efficace. De plus, six méta-analyses, dont deux comparaisons méta-analytiques directes de l'EMDR et des TCC (Bisson & Andrew, 2007; Seidler & Wagner, 2006) concluent que tant les TCC centrées sur le trauma que l'EMDR ont assez de soutien empirique pour pouvoir être considérés comme des TBDP-ESPT.

En octobre 2007, une revue des traitements de l'ESPT, subventionnée par le DVA et menée par l'Institut de Médecine, a conclu que seules les thérapies basées sur l'exposition, telles que l'exposition prolongée et la thérapie par le traitement cognitif, étaient des TBDP-ESPT valides, devenant ainsi la première et la seule directive de bonne pratique, américaine ou internationale, à réfuter le statut de l'EMDR en tant que TBDP-ESPT (Institute of Medicine, 2007; pour une revue du rapport de l'Institut de Médecine, voir Lee & Schubert, dans le présent numéro). Par la suite, deux directives récentes sur le traitement de l'ESPT contredisent la conclusion discordante de l'Institut de Médecine. Spécifiquement, tant la Revue internationale de Cochrane (*International Cochrane Review* - Bisson & Andrew, 2007), qui était citée par l'Institut de Médecine comme le "standard suprême" des

directives sur les pratiques cliniques basées sur les données empiriques, que la mise à jour par l'ISTSS (2008) de ses directives sur le traitement de l'ESPT, désignent l'EMDR comme un TDBP-ESPT.

But de ce rapport

Bien que des retards au niveau de la formation clinique aux TDBP et de leur utilisation reflètent une tendance générale de la pratique de la psychothérapie (Department of Health and Human Services, 1999), la nature périlleuse du service militaire, particulièrement en temps de guerre, peut accroître le besoin de traitements TDBP pour le trauma de manière substantielle (Russell, 2006a). Étant donné la prévalence élevée des symptômes de santé mentale et des troubles psychologiques liés au combat, ainsi que l'augmentation spectaculaire des indemnités pour invalidité liées à la santé mentale depuis le début de la GGCT, le présent rapport examine l'état actuel de la formation clinique, de l'utilisation des traitements et de la recherche subventionnée sur tous les TDBP-ESPT au sein du DoD, y compris l'EMDR tel que recommandé par les directives actuelles des DVA/DoD (2004) et de l'APA (2004).

L'accès à la formation clinique aux TDBP centrés sur le trauma au sein du DoD

Les experts des directives DVA/DoD (2004) ont conclu unanimement que "les psychothérapies devraient être exercées, chaque fois que c'est possible, par des praticiens qui ont été formés à la méthode de traitement utilisée" (p. 9). Cette recommandation est cohérente avec les études méta-analytiques qui démontrent que la fidélité du traitement aux protocoles TDBP produit un plus grand bénéfice clinique (Maxfield & Hyer, 2002). Pourtant un échantillon de convenance de cliniciens en santé mentale du DoD (2004–2005) a révélé que seulement 10% avaient été formés à l'un des quatre TDBP spécifiques à l'ESPT recommandés, ce qui tend à montrer que l'accès à la formation aux TDBP-ESPT a été limité institutionnellement dans les diverses disciplines professionnelles et les diverses branches des forces militaires, alors que ces mêmes formations sont disponibles aux professionnels depuis 1989 (DoD Task Force on Mental Health, 2007; Russell & Silver, 2007).

Sources potentielles de formations en TDBP-ESPT apportées par le DoD

Traditionnellement, les internes de 2e ou 3e année en psychiatrie et les stagiaires psychologues dans les hôpitaux d'enseignement du DoD ont reçu une formation

générale en TCC non centrées sur le trauma ainsi qu'aux interventions utilisant des techniques de groupe, de psychoéducation, de débriefing de crise et pharmacologiques (Bureau of Medicine and Surgery, 2007). À l'issue de la formation au sein des hôpitaux militaires d'enseignement, le clinicien peut accéder à la formation aux TDBP-ESPT, en premier lieu, en posant sa candidature individuelle à la formation médicale continue dans le secteur civil, subventionnée sur base annuelle. Cependant, l'approbation des demandes de formation médicale continue est soumise à une autorisation opérationnelle et financière, ce qui indique souvent que les organisateurs de formation sont en compétition tous les ans pour obtenir des fonds qui sont limités.

Les sources internes de formation aux TDBP-ESPT orientés TCC comprennent les séminaires de "Contrôle du stress opérationnel de combat" lors de conférences médicales militaires (i.e., <http://www.usmc-mccs.org/cosc/conf2007/handouts.html>) ou d'ateliers animés par le Centre national pour l'ESPT du DVA (<http://www.ncptsd.va.gov/>). Depuis son lancement, plus de 525 cliniciens en santé mentale du DoD ont reçu une formation gratuite de 5 jours qui se déroule au Centre et qui aborde les TDBP-ESPT orientés TCC (<http://www.ncptsd.va.gov/>). Pour suivre cette formation, il faut également formuler une demande individuelle de prise en charge du congé, avec les frais de transport et d'hébergement, par le biais des centres régionaux. Par ailleurs, une formation Internet aux approches TCC de l'ESPT, "PTSD-101", est également disponible à travers le Centre national pour l'ESPT du DVA (http://ncptsd.va.gov/ptsd101/ruzek_interventions.html).

De plus, le Centre de la psychologie du déploiement du DoD (<http://deploymentpsych.org/mis-sion.html/>), créé en 2007 à l'Université militaire des Sciences de la santé (*Uniformed Services University of the Health Sciences*) à Bethesda, Maryland, avec des sites satellites dans les 10 hôpitaux militaires d'enseignement en psychologie du DoD, offre une formation standardisée intensive de 2 semaines, incluant 2 jours de formation clinique aux TDBP-ESPT orientés TCC. Cette formation comprend la thérapie d'exposition, la thérapie cognitive, la thérapie de la réalité virtuelle, la thérapie par le traitement cognitif et la thérapie de groupe TCC. Aucun des programmes de formation institutionnels du DoD ou du DVA mentionnés ci-dessus ne comprend l'EMDR.

Programme régional de formation communautaire commun au DoD et au DVA

Avant 2007, l'accès du clinicien DoD à une formation aux TDBP-ESPT dépendait des demandes

individuelles de financement pour suivre une formation dans un centre au sein ou à l'extérieur du DoD, ce qui limitait considérablement la propagation de l'expertise clinique en TDBP-ESPT. En conséquence, en 2005 un modèle de formation régionale conjointe DoD-DVA a été développé afin d'apporter une formation aux TDBP-ESPT plus efficace, d'un meilleur rapport coût-efficacité et se déroulant au moment opportun. Ce projet a été réalisé en faisant venir des formateurs certifiés à l'échelle nationale dans les régions afin d'améliorer l'accès des cliniciens DoD et DVA à la formation gratuite (Russell, Silver, Rogers, & Darnell, 2007). Bien que la formation régionale initiale fût centrée sur l'EMDR, le but déclaré à long terme était de démontrer comment il est possible d'offrir une formation à tous les TDBP-ESPT de manière adaptée et rentable.

En total 10 sessions de formation régionales à l'EMDR ont eu lieu pendant une période de 6 mois, avec 270 participants qui ont rapporté une satisfaction globale de 90% vis-à-vis de la formation. La réduction des coûts pour les agences militaires locales, estimée à \$257 000, était basée sur l'élimination des frais individuels de formation (\$560) et des frais de déplacement et d'hébergement nécessaires pour suivre une formation similaire dans le secteur civil (Russell et coll., 2007). Par la suite, le modèle de formation régionale a fait l'objet d'une étude pilote pour Navy Medicine West en mars 2007, au cours de laquelle le premier auteur et les instructeurs VA ont formé à l'EMDR 41 cliniciens en santé mentale du DoD dans la région du Pacifique, avec des économies pour les centres locaux estimées à \$137 000 (Russell, 2007).

L'efficacité clinique du modèle de formation régionale a été évaluée en contrôlant les résultats des traitements apportés sur le terrain par les fournisseurs de traitements formés (Russell et coll., 2007), ce qui constitue un effort initial encourageant, quoique modeste, pour aborder la question de la validité externe d'une forme de TDBP-ESPT qui avait été soulevée dans les études méta-analytiques antérieures (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Une analyse complète des dossiers de 68 cas de traitement EMDR (48 avec des troubles de stress aigu lié au combat ou un ESPT), fournis par neuf thérapeutes/stagiaires provenant de plusieurs régions, a indiqué des améliorations pré- et post-traitement statistiquement significatifs sur les mesures ESPT et les symptômes dépressifs après une moyenne de quatre séances EMDR pour les vétérans non blessés et huit séances pour les vétérans blessés (Russell et coll., 2007). L'évaluation du traitement, en l'absence d'une condition contrôle, avait pour but non de prouver

son efficacité mais plutôt d'en examiner les avantages potentiels dans la vie réelle pour les militaires traités au sein des forces armées par des cliniciens formés aux TDBP, afin de prévenir si possible la réforme pour raison médicale et le passage au VA. Les résultats du programme régional de formation DoD-DVA ont été largement transmis à la hiérarchie militaire, dont le Groupe de travail DoD (Russell, 2006a, 2006b), mais n'ont pas été inclus dans le rapport final (DoD Task Force on Mental Health, 2007).

En 2008, certains membres du Service médical de l'armée à San Antonio, Texas, ont commencé à collaborer avec le Centre médical de l'Administration des vétérans de Coatesville, en Pennsylvanie, afin de fournir la première formation en EMDR directement subventionnée et organisée par la médecine militaire et non par des initiatives locales. Pourtant, à l'exception d'une formation limitée subventionnée par le Service médical de l'armée et d'autres formations organisées par des individus au sein des forces armées et du Programme d'assistance humanitaire EMDR-HAP, qui a formé plus de 600 cliniciens depuis 2004 (Robert Gelbach, 2008 communication personnelle), les deux grandes agences institutionnelles de formation des professionnels militaires de santé mentale, le Centre de psychologie du déploiement et le Centre national pour l'ESPT du DVA, excluent l'EMDR de leurs formations.

Résumé : les possibilités actuelles d'accès à la formation aux TDBP-ESPT

D'après le Groupe de travail du DoD sur la santé mentale de 2007, la formation aux TDBP-ESPT devrait être rendue accessible à tous les cliniciens sous sa responsabilité. Depuis 2007, le DoD a progressé de manière notable au niveau de l'offre de formation aux TDBP-ESPT. Plusieurs possibilités de formation aux TCC centrées sur le trauma sont maintenant disponibles au DoD et au DVA comme le résumait, dans sa déclaration au Congrès du 11 juin 2008, le Rear Admiral Patrick Dunne (U.S. Navy, aujourd'hui à la retraite), sous-secrétaire par intérim aux allocations et secrétaire assistant de la ligne politique et de la planification pour le DVA. Par exemple, concernant le "centre d'excellence pour la prévention, le diagnostic, la réduction, le traitement et la rééducation de l'ESPT et d'autres conditions de santé mentale", Dunne (2008) témoigne que "depuis 2004, le VA et le DoD ont mis sur pied un Groupe de travail en santé mentale pour améliorer la collaboration et la coordination clinique entre les deux ministères. Ce Groupe repère les difficultés et développe des stratégies pour

améliorer la prise en charge des vétérans atteints de troubles mentaux, parmi lesquelles le soutien à la propagation des thérapies par le traitement cognitif et d'exposition prolongée pour l'ESPT, basées sur les données probantes, et la collaboration à la recherche sur l'ESPT" (<http://www.va.gov/OCA/testimony/hvac/08061120.asp>). Dunne (2008) fait la liste des formations du DVA et du DoD aux thérapies par le traitement cognitif et d'exposition prolongée et décrit une vaste gamme d'initiatives sur le plan de la recherche, de la formation et du traitement dans le domaine de l'ESPT, où l'EMDR est remarquablement absent (<http://www.va.gov/OCA/testimony/08061120.asp>). En conséquence, la formation à l'EMDR demeure généralement inaccessible sauf au travers d'initiatives individuelles ou locales. La formation institutionnelle à tous les TDBP-ESPT garantirait pourtant que tous les fournisseurs de traitements thérapeutiques du DoD disposent de tous les moyens cliniques existants pour pouvoir aider les vétérans à éviter des souffrances inutiles, l'exclusion des forces armées et l'invalidité chronique.

L'accès des vétérans aux traitements centrés sur le trauma au DoD

Bien qu'il apparaisse que seule une minorité de fournisseurs de traitements en santé mentale du DoD ait été formée aux TDBP-ESPT (cf. Groupe de travail du DoD en santé mentale, 2007), 35% des militaires de retour de la GGCT reçoivent une forme quelconque de traitement en santé mentale, avec une moyenne de quatre séances dans l'année de leur redéploiement. Cependant l'absence de données sur le type de traitements ESPT reçus ou sur leurs résultats (Hoge et coll., 2006) empêche d'évaluer le caractère adéquat général des soins en santé mentale survenant après le déploiement. Il est manifestement important pour l'évaluation des programmes du DoD que les formes de traitements et leurs résultats soient documentés (DoD Task Force on Mental Health, 2007; Russell, 2006a, 2006b).

L'accès aux services de traitement non-TBDP-ESPT

Les forces armées proposent actuellement un certain nombre d'évaluations en santé mentale et d'aides à la transition avant, pendant et après le déploiement qui sont potentiellement aidantes, quoique non testées empiriquement. Aucune autre génération de combattants de guerre n'a bénéficié de tels services (DoD Task Force on Mental Health, 2007). Par exemple, les

militaires ont un accès aisé à une vaste gamme de services de transition pour les combattants, comprenant des programmes psychoéducatifs pour soi, pour ses pairs et pour les membres de sa famille, tels que "battle mind" (<http://www.battlemind.org>) et des programmes Internet d'auto-assistance pour l'ESPT. De plus, les vétérans peuvent recevoir de l'aide de la part de thérapeutes civils non-DoD sous contrat qui offrent (a) des séances de thérapie en face-à-face confidentielles et limitées dans le temps (p.ex. six séances) (b) des consultations par téléphone et (c) la consultation via Internet par le biais du portail Internet "Military One Source" (<http://www.militaryonesource.org>). Bien que ces services puissent être utiles, l'absence de données sur la formation, l'accès au traitement et les résultats (Russell, 2006a, 2006b) suscite des inquiétudes concernant la qualité de ces services.

L'accès actuel des vétérans GGCT aux traitements TBDP-ESPT

Russell et Silver (2007) ont examiné l'offre de traitements TBDP-ESPT de la part de diverses sources militaires qui proposent aux vétérans GGCT à leur retour des soins en santé mentale qui font autorité. Par exemple, un programme intensif de traitement pluridisciplinaire spécialisé, sur 3 semaines, est proposé par le Centre médical militaire Walter Reed, dont la brochure propose plusieurs TBDP-ESPT orientés TCC (<http://www.dhmc.org>). Si des enquêtes cliniques de suivi restent à mener au DoD, les tendances positives récentes de la formation TBDP-ESPT, décrites ci-dessus, suggèrent que les vétérans GGCT ont globalement aujourd'hui un meilleur accès aux traitements TBDP-ESPT qu'en 2005 ou dans les années précédentes (cf. Russell & Silver, 2007). Pour vérifier l'impact de ce changement, il serait indiqué de contrôler l'efficacité clinique des traitements TBDP-ESPT post-déploiement (particulièrement la prévention de l'invalidité de longue durée) (cf. DoD Task Force on Mental Health, 2007). De plus, en raison de la pénurie permanente de personnel militaire en santé mentale, l'agence militaire d'assurance santé "TRICARE Management Activity" a autorisé les vétérans de guerre qui sont de retour et les membres de leur famille à recevoir un traitement pour l'ESPT dans le secteur civil. Cependant, d'après le Bureau du Secrétaire de la Défense pour la Santé qui gère TRICARE, "la thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par les stimulations bilatérales alternées (EMDR) est considéré comme un traitement non prouvé et n'est pas prise en charge par TRICARE" (Gary Schmidt, communication personnelle, 13 août

2008), ce qui montre que les vétérans n'ont pas un accès intégral à tous les TDBP-ESPT.

Recherches récentes sur les TDBP du trauma

Depuis 2005–2006, le DoD a réalisé un effort concerté pour augmenter le financement et l'envergure des essais contrôlés randomisés destinés à tester un certain nombre d'interventions, dont quelques 300 millions de dollars pour étudier l'ESPT et les lésions cérébrales d'origine traumatique (USA Today, 5 août 2008). De plus, le Centre d'excellence du DoD pour la santé psychologique et les lésions cérébrales d'origine traumatique à Arlington, en Virginie, a été inauguré en novembre 2007 ; il se consacre à l'étude et au traitement du stress traumatique lié à la guerre et des lésions cérébrales d'origine traumatique (http://fhp.osd.mil/fhp_online/DCoE.jsp), devenant ainsi le premier centre militaire d'étude et de traitement des troubles post-guerre depuis la création de l'hôpital Turner Lane en 1863 par le président Abraham Lincoln (Russell, 2008b).

Les essais contrôlés randomisés du DoD sur les traitements ESPT comprennent (a) la thérapie du traitement cognitif avec des vétérans GGCT souffrant d'ESPT aigu (Monson et coll., 2006) ; (b) la thérapie de groupe TCC-ESPT pour des vétérans femmes, incluant des patientes en service actif (Schnurr et coll., 2007) ; (c) la thérapie de réalité virtuelle délivrant une exposition prolongée par logiciel informatique aux patients GGCT en service actif (Spira, et al., 2006) et (d) la thérapie psychopharmacologique utilisant plusieurs médicaments différents (<http://www.deploymentlink.osd.mil/deployed>).

Bien qu'aucun essai randomisé sur l'EMDR n'ait été subventionné par les forces armées, des études de cas réalisées dans un cadre typique de consultations militaires ambulatoires tendent à montrer les bénéfices potentiels apportés par l'EMDR. Elles comprennent le traitement de cas psychiatriques aigus liés au combat (Russell, 2006c), des symptômes liés au combat mais non expliqués médicalement (p.ex., Russell, 2008b; Silver, Rogers, & Russell, 2008) et la comorbidité ESPT et douleurs fantômes après l'amputation traumatique d'un membre (Russell, 2008c). Cependant, la liste de 13 essais contrôlés randomisés sur l'ESPT subventionnés par le DoD, établie par le Centre clinique de santé du déploiement du DoD, comprend une variété de méthodes TCC (p.ex., la thérapie par le traitement cognitif, la thérapie de réalité virtuelle) et des procédures non-TDBP-ESPT (p.ex., l'acupuncture, les massages, le yoga) mais exclut

toute recherche sur l'EMDR (<http://www.pdhealth.mil/research/>).

Une autre façon d'évaluer le niveau de recherche sur les traitements ESPT dans les forces armées consiste à évaluer les taux de publications d'évaluation par les pairs. Le Tableau 1 contient les résultats d'une recherche par mot-clé pour des traitements spécifiques à l'ESPT dans les bases de données d'études nationales et liées aux vétérans.

En particulier, d'après le Tableau 1, dans une recherche par mot-clé dans la base de données PILOTS du Centre national pour l'ESPT du DVA (27 mars 2008 ; période : avant 1998 jusqu'à aujourd'hui), l'index électronique le plus important de la littérature internationale sur le stress traumatique qui inclut toute les études civiles, militaires et des vétérans sur l'ESPT, 1 096 citations ont été trouvées pour des articles sur la thérapie cognitive, suivies par 533 citations se rapportant à l'EMDR (<http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/publications/pilots/index.html>). Par comparaison, une recherche générale en santé mentale des activités d'études cliniques à l'Institut national de santé mentale [NIMH : National Institute for Mental Health] effectuée le 28 mars 2008 a enregistré 1 060 citations pour la thérapie cognitive, 1 130 pour le traitement médicamenteux, 1 050 pour les TCC, 1 040 pour la thérapie comportementale et deux pour l'EMDR (<http://www.nimh.nih.gov/research/>). Spécifiquement ciblée sur l'ESPT, une recherche sur les essais cliniques du NIMH a révélé des divergences similaires avec 641 citations pour la thérapie comportementale, 638 pour la thérapie cognitive, 255 pour les TCC et deux pour l'EMDR (<http://clinicaltrials.gov/search/>), dont un essai clinique randomisé qui a trouvé l'EMDR supérieur au Prozac et à la condition contrôle placebo pour le traitement de traumatismes d'enfance chez les adultes et les enfants (van der Kolk et coll., 2007).

En ce qui concerne les études subventionnées par le DoD, une recherche (28 mars 2008) dans la base de données militaire "Deploy-Med Research Link" qui contient toutes les études affiliées au DoD sur la santé du déploiement, incluant la santé mentale, a donné 647 citations de la thérapie cognitive, 526 de la TCC, 368 de la thérapie d'exposition, 111 de la thérapie de réalité virtuelle, 61 de la thérapie par le traitement cognitif et aucune de l'EMDR (<http://www.deploymentlink.osd.mil/deployed/>).

En somme, les études et les publications sur les TDBP pour le trauma, subventionnées par le gouvernement et par les forces armées, paraissent de façon générale en augmentation au sein du DoD, à l'exception remarquable de l'EMDR dont le potentiel reste à investiguer.

TABLEAU 1. Résultats d'une recherche par mot-clé le 28 mars 2008 portant sur les études des traitements de l'ESPT

Base de données d'études	TCC	TCom	TE	TCog	TRV	TTC	EMDR	Source
PILOTS (ESPT, international)	239	495	450	1096	4	49	533	http://www.ncptsd.va.gov/mcmain/publications/pilots/index.html
NIMH (traitement général)	1050	1040	1036	1060	28	69	2	http://www.nimh.nih.gov/research
NIMH (traitement ESPT)	78	165	70	87	5	15	2	http://www.clinicaltrial.gov
DVA Centre national ESPT	18	30	27	76	0	28	9	http://www.research.va.gov
DoD (études ESPT)	526	108	368	647	111	61	0	http://www.deploymentlink.osd.mil/deployed/projectsList.jsp?researchTopic=9&researchSubTopic=21

Note. TCC = thérapie cognitivo-comportementale ; TCom = thérapie comportementale ; TE = thérapie d'exposition ; TCog = thérapie cognitive ; TRV = thérapie de réalité virtuelle ; TTC = thérapie par le traitement cognitif ; EMDR = thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par les stimulations bilatérales alternées (*eye movement desensitization and reprocessing*). PILOTS = base de données internationale d'études sur l'état de stress post-traumatique (ESPT) gérée par le Centre national pour l'ESPT du Ministère des anciens combattants. 'DVA Centre national ESPT' est une recherche de tous les articles d'études sur les traitements de l'ESPT publiés par le Centre national pour l'ESPT du DVA. NIMH-National Institute of Mental Health-'traitement général' est une recherche de toutes les études sur les traitements de santé mentale subventionnées par le NIMH ; NIMH-'traitement ESPT' est une recherche de tous les essais cliniques spécifiques sur l'ESPT ; DoD (études ESPT) est une recherche dans la base de données du DA rassemblant toutes les études spécifiques à l'ESPT et gérée par le site web du bureau du Secrétaire de la Défense.

Obstacles à la reconnaissance de l'EMDR au sein des forces armées

Les raisons sous-jacentes, au sein de la médecine des forces armées, à la résistance scientifique permanente et à la "controverse" concernant la formation, le traitement et la recherche en EMDR malgré son statut presque universellement reconnue de TBCP-ESPT, ont été analysées (Russell, 2008a), parmi lesquelles son introduction abrupte non traditionnelle et les preuves non concluantes de l'efficacité de ses composantes inhabituelles (c.-à-d., le rôle des mouvements oculaires). De manière peut-être plus importante, l'omission de l'EMDR au sein du DoD (et le scepticisme à son égard à l'extérieur du DoD) proviennent du défi qu'a lancé l'EMDR au modèle dominant des TCC ; c'est ce qu'a exprimé l'un des plus fervents critiques de l'EMDR : "Si l'EMDR avait été présenté simplement comme une autre variante des traitements existants, nous soupçonnons qu'une grande partie de la controverse sur son efficacité et son mécanisme d'action aurait pu être évitée" (Lohr, Lilienfeld, Tolin, & Herbert, 1989, p. 201). De plus, Terrence Keane, un expert distingué du VA sur l'ESPT, a noté, "La principale faiblesse de l'EMDR provient d'un manque clair d'intégration avec les modèles existants de psychopathologie et de psychothérapie" (Keane, 1998, p. 404).

Bien que ces débats sur la théorie et l'intégration constituent des questions scientifiques importantes, la controverse entourant l'EMDR apparaît comme un obstacle persistant à l'augmentation de sa disponibilité au sein du DoD. La mise en place d'une politique plus affirmée envers tous les TBCP-ESPT, y compris l'EMDR, dépendrait sans doute de l'engagement militaire de haut niveau et du consensus opérationnel qui ont déjà permis une plus grande accessibilité des approches TCC de l'ESPT.

Conclusions

Les données recueillies par cette revue indiquent que l'accès post-déploiement aux traitements TBCP-ESPT recommandés par le DVA et le DoD s'est généralement amélioré depuis 2007 ainsi que le montrent les efforts organisationnels substantiels mis en œuvre par les forces armées pour offrir de la formation aux TBCP-ESPT orientés TCC aux cliniciens DoD aux points d'accession (c.-à-d. dans les hôpitaux militaires d'enseignement) et sur le terrain. Cependant, les tendances positives récentes au niveau de l'accessibilité de la formation aux TBCP-ESPT, de leur utilisation et de la recherche dans ce domaine sont tempérées par un retard apparent du soutien institutionnel en faveur de l'EMDR qui pourrait pourtant offrir une

alternative de traitement potentiellement bénéfique aux cliniciens DoD et aux patients militaires.

En ce qui concerne la formation des fournisseurs de traitements thérapeutiques, les données préliminaires du modèle conjoint DoD-DVA de formation régionale (Russell et coll., 2007) ont suggéré qu'un tel programme pourrait potentiellement constituer un moyen rentable de former aux TBDP-ESPT un grand nombre de cliniciens en santé mentale du DoD et du DVA. Il est à souligner que ce genre de programme a aussi été conçu pour évaluer l'évolution des traitements et pour en rapporter les résultats avant la réforme et l'invalidité VA.

Compte tenu des dangers prévisibles du service militaire actif, particulièrement en période de guerre, le personnel militaire devrait avoir un accès aisé à des experts en santé mentale bien formés, capables d'offrir tous les TBDP-ESPT, comme le recommandent les directives sur l'ESPT du DVA et du DoD (2004). En rapport avec cet objectif, les initiatives récentes du DoD concernant la formation, le traitement et la recherche sont encourageantes et représentent une avancée importante dans le service apporté aux vétérans. Idéalement, la recherche subventionnée par le DoD soutiendra non seulement des essais d'efficacité bien conçus mais aussi des études d'efficacité menées sur le terrain pour vérifier l'utilité des TBDP existants du trauma et pour élargir considérablement la recherche vers des sujets moins étudiés, comme celui de l'EMDR.

Références

- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: Author.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Article No. CD003388, doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I., & Shalev, A. (2002). *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*. Jerusalem, Israel: National Council for Mental Health.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Bureau of Medicine and Surgery. (2007). *Mental health public affairs guidance*. San Diego, CA: Navy Medical Department.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update of empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3–16.
- CREST. (2003). *The management of post traumatic stress disorder in adults*. Belfast: Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety.
- DeAngelis, T. (2005). Shaping evidence-based practice. *APA Monitor*, 36, 26.
- Department of Defense Task Force on Mental Health. (2007). *An achievable vision: Report of the Department of Defense Task Force on Mental Health*. Falls Church, VA: Defense Health Board.
- Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general—Executive summary*. Rockville, MD: Author.
- Department of Veterans Affairs. (2005). *Review of state variances in VA disability compensation payments* (p. 21). Washington, DC: VA office of Inspector General.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2004). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress* (Office of Quality and Performance Publication No. 10Q-CPG/PTSD-04). Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense.
- Dunne, P. W. (2008, June 11). *Statement of Rear Admiral Patrick W. Dunne, USN (ret), acting under secretary for benefits and assistant secretary for policy and planning, U.S. Department of Veterans Affairs, Committee on Veterans' Affairs, U.S. House of Representatives*. Retrieved February 11, 2010, from Available <http://www.va.gov/OCA/testimony/hvac/08061120.asp>
- Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care. (2003). *Multidisciplinary guideline anxiety disorders*. Utrecht, Netherlands: Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems: Use of mental health services and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1023–1032.
- INSERM. (2004). *Psychotherapy: An evaluation of three approaches*. Paris: French National Institute of Health and Medical Research.
- Institute of Medicine. (2007). *Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press.
- International Society of Traumatic Stress Studies. (2008). *Effective treatments for PTSD, second edition: Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies*. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.). New York: Guilford.
- Keane, T. M. (1998). Psychological and behavioral treatment of posttraumatic stress disorder. In P. Nathan & J. Gorman (Eds.), *Guide to treatments that work* (pp. 398–407). Oxford: Oxford University Press.

- Lohr, J. M., Lilienfeld, S. O., Tolin, D. F., & Herbert, J. D. (1989). Eye movement desensitization and reprocessing: An analysis of specific versus nonspecific treatment factors. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(1), 185–207.
- Maxfield, L., & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 23–42.
- Monson, C. M., Schnurr, P., Resick, P. A., Friedman, M., Young-Xu, Y., & Stevere, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 898–907.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005, June 22). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Retrieved March 28, 2008, from <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=10966>
- Russell, M. (2006a, October). *The future of mental health care in the Department of Defense*. Paper presented to the Department of Defense Task Force on Mental Health, San Diego, CA. Available: <http://www.ha.osd.mil/DHB/mhtf/meeting/2006oct.cfm>
- Russell, M. (2006b). *Mental health crisis in the Department of Defense: DoD Inspector General Hotline Investigation #98829 submitted by Commander Mark Russell, USN on 05JAN2006*. Available on request via Freedom of Information Act (FOIA) at Department of Defense, Office of Freedom of Information, 1155 Defense Pentagon, Washington, DC 20301–1155.
- Russell, M. C. (2006c). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi war. *Military Psychology, 18*, 1–18.
- Russell, M. C. (2007). *Navy Medicine West after action report of March 2007 Pacific region PTSD training*. Unpublished memorandum.
- Russell, M. C. (2008a). Scientific resistance to research, training and utilization of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in treating post-war disorders. *Social Science and Medicine, 67*, 1737–1746.
- Russell, M. C. (2008b). Treating traumatic amputation-related phantom limb pain: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) within the armed services. *Clinical Case Studies, 7*, 136–153.
- Russell, M. C. (2008c). War-related medically unexplained symptoms, prevalence, management and treatment: Utilizing EMDR within the armed services. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 212–225.
- Russell, M. C., & Silver, S. M. (2007). Training needs for the treatment of combat-related posttraumatic stress disorder: A survey of Department of Defense clinicians. *Traumatology, 13*, 4–10.
- Russell, M. C., Silver, S. M., & Rogers, S., & Darnell, J. (2007). Responding to an identified need: A joint DoD-DVA training program in EMDR for clinicians providing trauma services. *International Journal of Stress Management, 14*, 61–71.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., et al. (2007). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 297*, 820–830.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Siedler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine, 36*(11), 1515–1522.
- Silver, S. M., Rogers, S., & Russell, M. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 947–957.
- Spira, J., Pyne, J. M., Wiederhold, B., Wiederhold, M., Graap, K., & Rizzo, A. A. (2006). Virtual reality and other experiential therapies for combat-related PTSD. *Primary Psychiatry, 13*, 58–64.
- United Kingdom Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counseling evidence based clinical practice guideline*. London: Crown.
- van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., et al. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(1), 37–46.
- Remerciements*. Les conclusions et opinions exprimées sont celles des auteurs seulement et ne sont pas censées représenter le point de vue du Ministère de la marine (*Department of the Navy*), du Ministère de la défense (*Department of Defense*) ou du Ministère des anciens combattants (*Department of Veterans Affairs*).
- Merci d'envoyer toute correspondance concernant cet article à Mark C. Russell, PSC 561 Box 626, FPO AP 96310. Email: Russell2@med.navy.mil