

Programme de thérapie EMDR pour des interventions psychosociales avancées conduites par des para-professionnels

Ignacio Jarero
Gregory Rake
Martha Givaudan

Fondation latino-américaine et caribéenne pour la recherche sur le psychotrauma, Mexico

Traduction de : EMDR Therapy Program for Advanced Psychosocial Interventions provided by Paraprofessionals. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume II, Number 3, 2017

Traduction : F. Mousnier-Lompré

L'objectif de cette étude préliminaire était d'évaluer l'efficacité de para-professionnels spécialement formés et supervisés, administrant le protocole intégratif de traitement en groupe par la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR-PITG) dans le but de réduire des symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT) d'origine professionnelle. Les deux para-professionnels de cette étude furent spécialement sélectionnés et formés à l'utilisation de l'EMDR-PITG avant de traiter un groupe d'essai clinique non-contrôlé, composé de 37 patients issus de trois organisations non gouvernementales boliviennes. Ces participants étaient des employés (travailleurs du service de protection, personnel soignant, psychologues, avocats et travailleurs sociaux) s'occupant d'enfants et d'adolescents souffrant de traumatismes interpersonnels sévères. Quatre séances d'EMDR-PITG, comportant une période parallèle de deux semaines, furent administrées à chaque groupe assigné de manière aléatoire. On utilisa la liste de contrôle d'état de stress post-traumatique du DSM-5 en prétraitement et à 30 jours et 90 jours post-traitement. Une analyse répétée de mesure des variances (ANOVA) montra que les résultats moyens du PCL-5 variaient statistiquement de façon importante au cours du temps $F(2, 72) = 574.53, p > .001, \eta_p^2 = .94$. L'étude présente des données préliminaires concernant le passage de la thérapie EMDR à une échelle plus large dans un pays à revenus bas et moyens ; ce changement d'échelle permet de toucher un plus grand nombre de personnes en un temps plus court, et offre ainsi un net avantage opérationnel. Cette étude est limitée, en particulier, par la taille de l'échantillon, par l'utilisation d'une seule mesure et par l'absence de comparaison avec un groupe de contrôle ou une autre forme de traitement. D'autres études, portant sur de plus grands échantillons, présentant davantage de mesures et une comparaison des résultats avec une autre thérapie ou un groupe de contrôle, sont nécessaires.

Mots clés : Thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) ; interventions psychosociales avancées ; para-professionnels ; protocole intégratif de traitement en groupe (PITG) ; symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT)

Partout dans le monde, la charge traumatique globale augmente quotidiennement avec des conséquences dévastatrices aux niveaux individuel, familial, communautaire et social (Carriere, 2014). Les pays à revenus bas et moyens (PRBM) manquent souvent de ressources professionnelles. Ces ressources limitées peuvent être submergées par la nécessité de répondre à des événements traumatiques de grande ampleur, et de nombreuses victimes reçoivent peu ou pas de soins psychologiques professionnels.

Le *Mental Health Gap Action Program* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été lancé en 2008 pour répondre au manque de soins et étendre la prestation de services aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et addictifs (ex. : dépression, psychose, troubles bipolaires, démence, épilepsie, troubles développementaux et comportementaux, automutilation/suicide, alcoolisme et toxicomanie), particulièrement dans les PRBM. Ce programme oriente son rôle de développement de compétences vers les prestataires de soins non spécialisés, par une approche intégrée promouvant la santé mentale à tous les niveaux de soin (OMS, 2010). Il préconise le développement de protocoles et de manuels de formation spécifiques, en vue de mettre en œuvre des psychothérapies et des traitements psychologiques dans des environnements de santé non spécialisés, administrés par des personnels de santé formés, supervisés, mais non spécialisés.

Il existe des précédents d'utilisation efficace de la thérapie cognitive comportementale (TCC) par des para-professionnels (personnels de santé non mentale) rapportant des résultats comparables à ceux de professionnels spécialisés (ex : Hepner et coll., 2012 ; Montgomery, Kunik, Wilson, Stanley & Weiss, 2010). Il existe également des essais cliniques randomisés portant sur des interventions de counseling en santé mentale fournies par des conseillers locaux non professionnels, ayant eu peu ou pas de formation et d'expérience en matière de santé mentale. Ces essais montraient des résultats positifs dans le champ de la santé mentale, de la santé et du fonctionnement global des patients (Patel, 2009 ; Patel et coll., 2010 ; Patel, Chowdary, Rhaman & Verdelli, 2011).

Carriere (2014) affirme que le monde traverse une crise de santé mentale et que la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) possède trois caractéristiques spécifiques qui permettraient de combattre à l'échelle mondiale le fardeau du stress traumatique : (a) efficacité du traitement et résultats positifs rapides ; (b) acceptabilité du traitement, car la thérapie est aussi peu intrusive que possible et ne dépend pas de la verbalisation du trauma ; et (c) capacité du traitement en tant qu'intervention à la fois de premier et de second rang (aide psychologique primaire et secondaire) à être administré par des para-professionnels spécifiquement formés et supervisés.

THÉRAPIE EMDR ET PROTOCOLE EMDR INTÉGRATIF DE TRAITEMENT EN GROUPE :

Selon les *Directives pour le management de pathologies spécifiquement liées au stress* de l'OMS (2013), la TCC axée sur le trauma (TCC-AT) et la thérapie EMDR sont les seules psychothérapies recommandées pour le traitement d'enfants, d'adolescents et d'adultes présentant des états de stress post-traumatique (ESPT). La thérapie EMDR est une procédure structurée en huit phases qui aborde les aspects passé, présent et futur des souvenirs perturbants d'expériences négatives (Shapiro, 2001). Le traitement a lieu pendant que les patients se concentrent sur leur souvenir pendant que sont pratiquées des

stimulations bilatérales. La thérapie EMDR a été validée par 38 essais contrôlés randomisés et 8 méta-analyses. On se reportera aux programmes EMDR d'assistance humanitaire (HAP, 2016) pour un récapitulatif des résultats de recherche.

Il est également possible d'utiliser la thérapie EMDR en groupe. Elle peut s'appliquer à de petits groupes (3-15) ou à des groupes plus importants (16-50) de patients ayant rencontré le même type d'événement traumatique (ex : agression sexuelle, violence interpersonnelle grave), le même type d'expérience (ex : catastrophe, réfugiés, guerre, attaque terroriste) ou les mêmes circonstances perturbatrices (ex : maladie chronique ou grave, violence domestique). La possibilité de traiter des patients en groupe est précieuse dans des contextes où les ressources sont limitées (Jarero, Artigas, Uribe & Garcia, 2016).

Le protocole EMDR intégratif de traitement en groupe (EMDR-PITG ; Artigas, Jarero, Alcalá & Lopez Cano, 2014) administre les huit phases du traitement EMDR individuel (Shapiro, 2001) à un groupe de patients, en recourant à un format d'art-thérapie (dessins) et au "câlin de papillon" (BH – *Butterfly hug* ; Artigas & Jarero, 2014) comme technique d'auto-administration de stimulations bilatérales. Au cours de la séance, en suivant les directives du thérapeute, chaque patient dessine une image liée à l'événement traumatique, et regarde ensuite son dessin pendant qu'il procède au BH ; il dessine ensuite une nouvelle image et procède de nouveau au BH. Ce processus est répété pour quatre dessins, après quoi le patient dessine une image de vision du futur. Il n'y a pas d'interaction, ni de conversation, entre les membres du groupe.

L'EMDR-PITG permet d'apporter une thérapie EMDR individuelle dans un format de groupe. Elle diffère de la TCC-AT en groupe en ceci que les composantes pratiques de la TCC-AT comprennent l'élaboration d'un récit du trauma et impliquent une exposition graduelle *in vivo* des patients (Deblinger & Pollio, 2013). Elle diffère également de la thérapie de groupe traditionnelle (ex. : Yalom, 1970) qui encourage les interactions entre les membres du groupe et dans laquelle le processus de groupe est considéré comme le moteur principal du changement. L'efficacité de l'EMDR-PITG a été documentée pour des groupes de participants de petite ou grande taille, adultes et enfants, avec nombre de rapports de cas, d'études de terrain, ainsi que neuf essais randomisés. On se reportera à Jarero, Artigas, Uribe & Miranda (2014) pour une revue des recherches liées à ce sujet.

LE PROGRAMME EMDR POUR DES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES AVANCÉES EFFECTUÉES PAR DES PARA-PROFESSIONNELS (EPAPI) :

En juin 2012, le Dr Francine Shapiro invita le premier auteur (IJ) à développer un programme de formation pour des para-professionnels sélectionnés, formés et supervisés de manière appropriée (travailleurs de première ligne sans formation clinique préalable ni expérience des entretiens de soutien, de psychologie clinique ou de psychiatrie), afin de leur apprendre à utiliser en toute sécurité la thérapie EMDR, en format individuel ou en groupe, dans des situations traumatiques aiguës, en mettant l'accent sur l'élaboration de ressources de traitement de santé mentale durables avec les institutions locales. De 2012 à 2015, le programme de thérapie EMDR pour des interventions psychosociales avancées fournies par des para-professionnels (EPAPI) fut développé et conduit sur le terrain au sein de trois institutions : le département mexicain de la défense et de l'armée de l'air, la marine mexicaine, et le World Vision International avec des équipes provenant de pays latino-américains, européens, africains, asiatiques et du Moyen-Orient. Au cours de cette période,

la validité interculturelle et écologique du programme (acceptabilité dans le monde réel ; Brewer, 2000) fut établie.

L'EPAPI est un programme de formation théorique et pratique structuré, avec un arrière-plan de premiers soins psychologiques (PSP ; OMS, 2011) et des interventions psychologiques avancées (interventions demandant davantage que quelques heures d'apprentissage au professionnel de santé, et généralement plus que quelques heures de mise en œuvre ; OMS, 2010, p. 4). Le but de ce programme est de former des professionnels de santé mentale non-spécialistes, dans des contextes aux ressources limitées, pour qu'ils puissent fournir, en toute sécurité, des soins de grande qualité en PSP et des interventions psychologiques avancées (en tant qu'aide psychologique secondaire), et qu'ils orientent correctement les personnes vers des professionnels de santé mentale au niveau tertiaire lorsque des compétences plus importantes sont nécessaires.

Ce programme de formation spécifique offre davantage qu'une formation de type "former et croiser les doigts" (c'est-à-dire une formation unique avec peu de soutien ensuite). L'EPAPI est basé sur le modèle d'apprentissage de l'institut EMDR, et vise la construction de compétences locales pour la prestation de services de santé mentale par les professionnels locaux. Notre modèle d'apprentissage utilise trois principaux groupes : (a) des formateurs experts ; (b) des facilitateurs, qui sont des individus locaux qu'on a choisis pour un rôle plus avancé sur la base de leurs compétences durant la formation ; et (c) des para-professionnels, fournissant les services. Notre programme met aussi fortement l'accent sur *la formation, la supervision, le monitoring, le feedback et le soutien/coaching* afin d'obtenir une adhésion aux interventions.

MÉTHODE :

Le protocole de recherche a été révisé et approuvé par le comité de révision de la fondation latino-américaine et caribéenne de recherche sur le trauma afin de s'assurer que la qualité de cette étude remplissait partiellement les critères de l'échelle standard révisée (Maxfield & Hyer, 2002). Ces critères sont 1 : symptômes cibles clairement définis, 2 : mesures fiables et valides, 3 : évaluation en aveugle, 4 : fiabilité de l'évaluateur, 5 : traitement référé à un manuel, 6 : une répartition aléatoire, 7 : la fidélité au traitement, 8 : pas de chevauchements de troubles, 9 : utilisation de mesures multimodales, et 10 : durée du traitement pour les participants avec un seul trauma (civils). L'étude a rempli les critères 1, 2, 4, 5, 6, 7, et 8 ; partiellement les critères 3 et 10 ; et elle n'a pas rempli le critère 9. La participation était volontaire et il n'y a eu aucun abandon tout au long de l'étude.

Objectif

L'objectif spécifique de l'étude était d'évaluer l'efficacité des deux stagiaires para-professionnels formés à l'administration de l'EMDR-PITG. Leur intervention visait à traiter les symptômes d'ESPT des 37 membres du groupe.

Facilitateurs

Les deux facilitateurs masculins PITG faisaient partie d'un groupe de 12 para-professionnels spécialement sélectionnés et formés par le premier auteur (IJ) à l'EPAPI à Cochabamba, en Bolivie, en février 2016. Cette intervention était leur première intervention EMDR-PITG.

Participants

L'étude a été conduite en 2016 dans la ville de Cochabamba, en Bolivie, dans les bureaux de deux organisations non gouvernementales (ONG). L'échantillon comprenait 37 membres du personnel (services de protection, personnel soignant, psychologues, avocats, travailleurs sociaux) de trois ONG fournissant des soins à des populations extrêmement vulnérables. Les 37 personnes présentaient toutes des symptômes d'ESPT liés à leur exposition, au cours de leurs activités professionnelles, aux détails dramatiques des événements traumatiques rapportés par leurs patients. L'exposition répétée d'un professionnel aux détails négatifs du récit d'un événement traumatique, au cours de sa pratique professionnelle, est considérée comme un facteur de stress critère A d'ESPT (DSM-5 ; Association Psychiatrique Américaine APA, 2013). L'âge des participants allait de 22 à 63 ans ($M = 35,26$) ; il y avait parmi eux 29 femmes et 8 hommes.

Dans la mesure où il n'y avait que deux facilitateurs de groupe (les deux para-professionnels) pour conduire le traitement, les participants ont été divisés en deux groupes afin d'assurer un encadrement suffisant pour l'EMDR-PITG, qui requiert un médiateur par groupe de 10 personnes. On a assigné de façon aléatoire 19 participants au groupe A (16 femmes et 3 hommes) et 18 participants (13 femmes et 5 hommes) au groupe B.

Les critères d'inclusion étaient : (a) être âgé de 18 ans ou plus ; (b) travailler en contact direct avec la population vulnérable ; (c) présenter des symptômes d'ESPT liés à son activité professionnelle ; (d) ne pas suivre de psychothérapie, et (e) ne pas suivre de traitement médicamenteux pour le traitement de l'ESPT. Les critères d'exclusion étaient : (a) des symptômes durables d'automutilation, ou d'idées suicidaires/meurtrières, (b) un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire, (c) un diagnostic de trouble dissociatif, (d) un trouble mental organique, (e) la toxicomanie, (f) des troubles cognitifs importants (ex : handicap intellectuel sévère, démence). La totalité des 37 participants répondaient aux critères d'inclusion et furent admis dans l'étude. Leur participation était volontaire ; il n'y eut aucun abandon au cours de l'étude.

Mesures :

Pour cette étude, nous avons utilisé la PCL-5 (liste de contrôle d'un état de stress post-traumatique pour le DSM-5) (PCL-5 ; Weathers et coll., 2013). Correspondant au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL ; liste de contrôle de la présence d'un état de stress post-traumatique ; Weathers et coll., 2008) était l'un des instruments d'auto-évaluation des symptômes d'ESPT les plus largement utilisés. Elle a été révisée en 2013 pour refléter les changements introduits par le DSM-5 (APA, 2013) dans la définition des critères d'ESPT.

Elle contient 20 items, comprenant trois nouveaux symptômes d'ESPT : le blâme, les émotions négatives, et les comportements imprudents ou autodestructeurs. Les sujets

indiquent sur une échelle en 5 points (0 = pas du tout, 1 = un peu, 2 = modérément, 3 = beaucoup, 4 = extrêmement) le degré de perturbation provoqué en eux par chaque symptôme d'ESPT au cours du dernier mois. On additionne les notes pour obtenir une mesure continue de la gravité des symptômes d'ESPT par groupe de symptômes et pour l'ensemble du trouble. Un diagnostic provisoire d'ESPT peut être porté en traitant chaque item évalué à 2 (*modérément*) ou plus comme l'assurance de la présence du symptôme, et en suivant ensuite la règle diagnostique du DSM-5 qui requiert au minimum un item B (questions 1-5), un item C (questions 6-7), deux items D (questions 8-14), et deux items E (questions 15-20). Selon le Centre national pour l'ESPT américain (2016), et en attendant des travaux psychométriques plus précis, un point de seuil de 33 à la PCL-5 paraît une valeur raisonnable.

La PCL-5 peut servir à plusieurs objectifs : contrôle de l'évolution du symptôme pendant et après le traitement, dépistage de l'ESPT, et élaboration d'un diagnostic provisoire d'ESPT. Pour la version espagnole, la PCL-5 a été traduite de l'anglais, puis retraduite en sens inverse, par deux professionnels spécialisés — et testée, sur le plan de la compréhension interculturelle du vocabulaire utilisé, dans neuf pays latino-américains et caribéens hispanophones.

Procédure :

La recherche a été organisée en 3 étapes.

Étape 1. Recrutement des participants et entretien. Pendant ce temps, un assistant de protocole de recherche non aveugle, préalablement formé à l'administration de l'instrument, aux techniques générales d'entrevue et à la conduite éthique des études, a expliqué aux participants le but de la recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion, la demande d'une participation bénévole de leur part, et il leur a donné une lettre de consentement éclairé précisant les aspects éthiques de l'étude. Les participants ont été interviewés individuellement pour recueillir leurs antécédents cliniques, pour faire de la psychoéducation vidéo sur les traumatismes, l'ESPT et la thérapie EMDR afin de réduire tout préjugé possible contre le traitement, et pour leur administrer la PCL-5 comme évaluation pré-traitement. Une fois l'entrevue terminée, chaque participant a été assigné au hasard au groupe A ou B à l'aide d'une liste de nombres aléatoires générés par ordinateur. Le groupe A comprenait 19 participants (16 femmes et 3 hommes) et le groupe B 18 participants (13 femmes et 5 hommes).

Étape 2. Traitement. Deux des para-professionnels boliviens spécialement sélectionnés et formés ont administré l'EMDR-IGTP à quatre reprises aux participants de chaque groupe (A et B), dans deux cadres différents, au cours de la même période de deux semaines. La fidélité du traitement a été assurée par le respect absolu de toutes les étapes du protocole scripté EMDR-IGTP.

Étape 3. Évaluations de suivi post-traitement : supervision, contrôle, feedback et soutien/encadrement. Des évaluations de suivi post-traitement ont été effectuées pour les participants des groupes A et B à 30 et 90 jours, respectivement : un assistant de recherche indépendant, aveugle aux conditions de traitement et formé à l'administration de l'instrument et à l'éthique en matière de recherche, a administré la PCL-5 aux participants lors d'un entretien en face à face. Le premier auteur de l'article (IJ) a assuré, par vidéoconférence en ligne (Zoom & Whatsapp), la supervision, le suivi, le feedback et le

soutien/coaching des intervenants au cours des trois étapes. À chaque étape, il a été rappelé à tous les participants qu'ils pouvaient communiquer avec l'un des deux para-professionnels spécialement formés pour lui exposer une préoccupation ou d'éventuels symptômes post-traitement.

RÉSULTATS

Une ANOVA à mesures répétées a déterminé que les moyennes de notes au PCL-5 différaient significativement au plan statistique entre les points du temps : $F(2, 72) = 574,53$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .94$. Les résultats indiquent que l'EMDR-IGTP administrée par des para-professionnels a produit une amélioration significative des symptômes d'ESPT des participants, reflétée par une grande taille d'effet. Un test post-hoc utilisant la correction de Bonferroni a montré des différences significatives entre toutes les comparaisons de moyennes, du pré-test au post-test ($38,56 \pm 1,03$ vs $19,13 \pm 1,14$, $p < .001$), du post-test au suivi ($19,13 \pm 1,14$ vs $11,16 \pm 0,57$, $p < .001$) et du pré-test au suivi ($38,56 \pm 1,03$ vs $11,16 \pm .57$, $p < .001$; Figure 1).

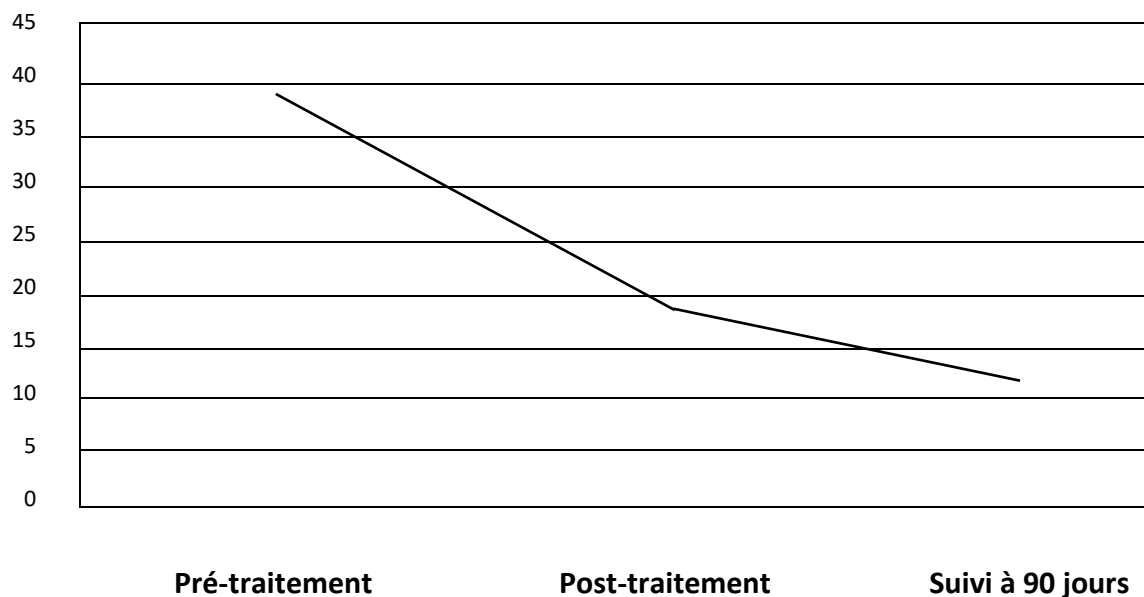


FIGURE 1. Les moyennes de notes au PCL-5 : pré-traitement, post-traitement et suivi à 90 jours.

DISCUSSION :

Dans cette étude, deux para-professionnels formés et supervisés ont administré le traitement EMDR-PITG à 37 adultes membres du personnel (service de protection, personnel soignant, psychologues, avocats et travailleurs sociaux) de trois ONG et souffrant de

symptômes d'ESPT liés à leur travail avec des enfants et adolescents victimes de traumatismes interpersonnels graves. Les deux para-professionnels étaient issus d'un groupe de douze para-professionnels boliviens spécialement sélectionnés et formés à l'EPAPI par le premier auteur (IJ) à Cochabamba, en Bolivie, en 2016. Ils ont conduit quatre séances EMDR-PITG avec des participants affectés de façon aléatoire dans deux groupes différents.

L'objectif spécifique de cette étude était d'évaluer l'efficacité du traitement EMDR-PITG appliqué par des para-professionnels spécialement sélectionnés, formés et supervisés. Les résultats statistiques indiquent que l'EMDR-PITG, administré par des para-professionnels, a un effet significatif que reflètent les notes à la PCL-5, employée pour l'évaluation des symptômes d'ESPT. Ces notes montrent une diminution significative des symptômes entre pré-test et post-test, de même qu'entre post-traitement et suivi. Il est intéressant de noter que les résultats s'étaient maintenus lors du suivi, 90 jours plus tard, alors même que les participants avaient poursuivi leurs activités professionnelles dans le même environnement, exposés aux détails négatifs des événements traumatiques vécus par leurs clients.

Sécurité

Cette étude n'a montré aucune aggravation des symptômes d'ESPT, d'idées suicidaires/d'homicide, de dépression grave, ou de toxicomanie, lors de la séance de suivi, 90 jours plus tard. Les para-professionnels se sont conformés aux règles standard d'auto-soin et n'ont rapporté aucune traumatisation secondaire lors du contrôle de suivi à 90 jours.

Le principe du "ne pas nuire" est un thème très important de notre programme de formation. La définition du travail en sécurité de l'EPAPI est la suivante : *minimiser le risque de préjudice pour les patients et les para-professionnels*. Afin de nous conformer à cette ligne de conduite, nous établissons les mesures suivantes lors de la sélection et de la formation de nos para-professionnels : (a) nous travaillons uniquement avec des ONG/institutions qui acceptent, par écrit, une coopération totale et prennent la responsabilité du respect par leurs employés de notre modèle d'apprentissage et de nos mesures de sécurité. (b) Nous sélectionnons les candidats potentiels pour notre programme de formation parmi le personnel local de l'ONG sur la base d'un profil spécialement conçu. Nous avons élaboré ce profil grâce à une analyse minutieuse des caractéristiques des individus qui peuvent être sélectionnés pour cette tâche. (c) Nous maintenons un réseau de soutien afin de permettre la supervision des personnes en formation, leur monitoring, le feedback et le soutien/coaching à leur apporter, intégrés par des formateurs seniors de l'institut EMDR, des formateurs, des consultants approuvés, et des experts du trauma et de la dissociation. (d) Nous évaluons avec soin les entretiens de tous les patients en prétraitement, en mettant l'accent sur leur utilisation récente de capacités d'autorégulation et sur la détection des "drapeaux rouges" (ex : idées autodestructrices/ suicidaires/d'homicide ; toxicomanie ou difficultés cognitives sévères ; diagnostic de psychose, trouble bipolaire, trouble dissociatif, ou trouble mental organique) qui peuvent compliquer le traitement des événements perturbateurs qu'on abordera pendant l'EMDR-PITG. Dans de tels cas, les patients sont immédiatement dirigés vers un professionnel de santé mentale du niveau tertiaire et ne sont pas traités par le para-professionnel.

Les para-professionnels apprennent à assurer la sécurité de leurs patients lors du traitement EMDR-PITG. On leur enseigne, afin de créer un environnement sûr pour les patients et de permettre une co-régulation des réponses émotionnelles pendant le travail sur le trauma, à garder une attitude physique de compassion. On leur enseigne aussi à contrôler étroitement les abréactions sévères et à utiliser des interventions régulatrices

efficaces. Ils apprennent à identifier, gérer et diriger correctement leurs patients vers des professionnels en cas d'effet négatif. Nous leur enseignons une pratique standard d'auto-soin, et nous contrôlons régulièrement leurs éventuelles traumatisations secondaires.

Emploi de para-professionnels

D'après le Dr Francine Shapiro (2014) : "... un traitement efficace de santé mentale doit être mis à la disposition de tous, pas seulement des habitants des régions les plus riches des pays développés" (p. 184). Les résultats de cette étude suggèrent que la notion, largement répandue, selon laquelle les améliorations en santé mentale exigeraient des technologies sophistiquées et coûteuses ainsi que des équipes hautement spécialisées, est peut-être erronée. Ces résultats vont dans le sens de cette déclaration du Dr. Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS : *"(...) en réalité, la plupart des pathologies mentales, neurologiques et liées à la toxicomanie qui produisent une morbidité et une mortalité élevées peuvent être prises en charge par des personnels soignants non spécialisés. Il faut pour cela augmenter la capacité du système de santé primaire à délivrer un ensemble intégré de soins, à travers un processus de formation, de soutien et de supervision."* (OMS, 2010)

Carriere (2014, p. 191) propose une pyramide d'intervention à trois niveaux, dans laquelle les premiers soins psychologiques représentent le niveau inférieur. Ceux-ci peuvent être apportés par des volontaires sans formation particulière, qui orientent les patients nécessitant une intervention plus spécifique aux "seconds soins" : ces "seconds soins" (comme l'EMDR-PITG) sont fournis par des para-professionnels, qui adressent ensuite aux professionnels de santé mentale (représentant le niveau supérieur de la pyramide) les sujets nécessitant une prise en charge plus approfondie. Carriere recommande que la thérapie EMDR soit incorporée aux premiers et seconds soins (les deux niveaux du bas de la pyramide). Il suggérait également que des para-professionnels spécialement formés et supervisés fournissent un traitement EMDR aux patients présentant des troubles légers à modérés (le troisième niveau de la pyramide) ; cela contribuerait à rationaliser l'utilisation de ressources professionnelles limitées, en orientant de façon judicieuse et en temps utile les patients pour lesquels de plus grandes compétences sont nécessaires.

Limites

Notre étude est limitée en particulier par la taille de l'échantillon, l'utilisation d'une seule mesure et l'absence de comparaison avec un groupe ou un traitement de contrôle. D'autres études sont nécessaires, avec de plus grands échantillons, davantage de mesures et une comparaison des résultats avec une autre thérapie ou un groupe de contrôle.

Recommandations

L'étude présente une preuve préliminaire de l'importance de "faire passer la thérapie EMDR au niveau supérieur" (Carriere, 2014) dans un pays à revenus bas ou moyens (PRBM). Ce passage au niveau supérieur permet de répondre plus rapidement aux besoins d'un plus grand nombre de personnes, offrant ainsi un avantage opérationnel qui est tout à fait précieux dans des contextes où les ressources sont limitées (Jarero et coll., 2016). Selon nous, l'EMDR-PITG est idéale pour faire faire ce changement d'échelle à l'EMDR, car elle ne nécessite que deux para-professionnels formés à l'EPAPI pour administrer le protocole à 20

participants ; le traitement est totalement confidentiel et permet à chaque personne, même au sein du groupe, de focaliser son attention sur sa thérapie ; pour être efficace, il demande un temps de contact minime, qui se mesure en heures et en jours consécutifs, non pas en semaines ou en mois. Il réduit également les résistances culturelles au traitement, car il est peu intrusif et repose moins sur le langage que la TCC-AT : il ne requiert pas l'élaboration d'un récit de l'expérience traumatique, ni de ses détails ; aucune ré-expérimentation prolongée de l'expérience traumatisante n'est nécessaire, et les patients n'ont aucun travail à faire à la maison.

Nous pensons que des para-professionnels dûment sélectionnés, formés et supervisés, pourraient représenter une force de travail fiable dans les régions sous-équipées ; ce personnel transférerait une partie de la charge que représente l'administration des soins de santé mentale, des professionnels hautement spécialisés (ex : psychiatres, psychologues) vers des para-professionnels spécialement sélectionnés, formés et supervisés, qui feraient, au sein du système d'orientation, le lien entre l'aide psychologique des premiers et seconds soins et les professionnels de santé mentale du troisième niveau.

Notre espoir est que l'EPAPI puisse contribuer à réduire les écarts entre les services de santé mentale mondiaux, et ainsi "changer le visage du trauma" (Carriere, 2014, p. 193).

BIBLIOGRAPHIE :

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Artigas, L., & Jarero, I. (2014). The butterfly hug. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets* (pp. 127-130). New York, NY: Springer Publishing.
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalà, N., & Lopez Cano, T. (2014). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP). In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations* (pp. 279-288). New York, NY: Springer Publishing.
- Brewer, M. B. (2000). Research design and issues of validity. In H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 3-16). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- 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.
- Deblinger, E., & Pollio, E. (2013). *Implementing trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) in a group format*. Retrieved from <http://www.cpe.rutgers.edu/njdcf2013/docs/008-Implementing-Trauma-Focused-Cognitive-Behavioral-Therapy-in-a-Group-Format.pdf>
- EMDR Humanitarian Assistance Programs. (2016). *Research findings*. Retrieved from <http://www.emdrhap.org/content/what-is-emdr/research-findings/>
- Hepner, K. A., Miranda, J., Woo, S., Watkins, K. E., Lagomasino, L., Wiseman, S. H., & Munoz, R. F. (2012). *Building recovery by improving goals, habits, and thoughts (BRIGHT): A group cognitive behavioral therapy for depression in clients with co-occurring alcohol and drug use problems-group member's workbook*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Retrieved from http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR977z2

- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., & Garcia, L. E. (2016). The EMDR integrative group treatment protocol for patients with cancer. *Journal of EMDR Practice and Research, 10*(3), 199-207.
- Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., & Miranda, A. (2014). EMDR therapy humanitarian trauma recovery interventions in Latin America and the Caribbean. *Journal of EMDR Practice and Research, 8*(4), 260-268.
- 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.
- Montgomery, E. C., Kunik, M. E., Wilson, N., Stanley, M. A., & Weiss, B. (2010). Can paraprofessionals deliver cognitive-behavioral therapy to treat anxiety and depressive symptoms? *Bulletin of the Menninger Clinic, 74*(1), 45-62.
- National Center for PTSD. (2016). *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Retrieved from <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
- Patel, V (2009). The future of psychiatry in low- and middle- income countries. *Psychological Medicine, 39*, 1759-1762.
- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., & Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 523-528.
- Patel, V, Weiss, H., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., ... Kirkwood, B. R. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial. *Lancet, 376*, 2086-2095.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2014). EMDR therapy humanitarian assistance programs: Treating the psychological, physical, and societal effects of adverse experiences worldwide. *Journal of EMDR Practice and Research, 8*(4), 181-186.
- Weathers, F. W. (2008). Posttraumatic stress disorder checklist. In G. Reyes, J. D. Elhai, & J. D. Ford (Eds.), *The encyclopedia of psychological trauma* (pp. 491-494). Hoboken, NJ: Wiley.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Retrieved from <http://www.ptsd.va.gov>
- World Health Organization. (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland: Author.
- Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.

Remerciements au Dr. Francine Shapiro, au Dr. Michael Hegenauer, au Dr. Steven Silver, à Rolf Carriere, et au Dr. Rosalie Thomas pour leur soutien à ce travail.

Merci d'adresser toute correspondance concernant cet article à Ignacio Jarero, PhD, EdD, Boulevard de la Luz 771, Jardines del Pedregal, Alvaro Obregon, Mexico City, Mexico 01900. E-mail: nacho@amamecrisis.com.mx