

Trauma

Application de l'EMDR au deuil traumatique après une collision de train[☆]

EMDR applied for traumatic bereavement after train collision

Cyril Tarquinio^{a,*}, Barbara Houbre^b, Anny Fayard^c, Pascale Tarquinio^d

^a Professeur des universités, thérapeute EMDR, UFR SHA, laboratoire de psychologie de la santé, université Paul-Verlaine de Metz, Île-du-Saulcy, 57000 Metz, France

^b Maître de conférences, thérapeute EMDR niveau 1 et 2, UFR SHA, laboratoire de psychologie de la santé, université Paul-Verlaine de Metz, Île-du-Saulcy, 57000 Metz, France

^c Psychologue, psychothérapeute, thérapeute EMDR, UFR SHA, laboratoire de psychologie de la santé, université Paul-Verlaine de Metz, Île-du-Saulcy, 57000 Metz, France

^d Psychologue, thérapeute EMDR, UFR SHA, laboratoire de psychologie de la santé, université Paul-Verlaine de Metz, Île-du-Saulcy, 57000 Metz, France

Reçu le 9 novembre 2008

Disponible sur Internet le 29 octobre 2009

Résumé

Cette étude exploratoire a pour objectif de tester l'application de la thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* dans le cadre de la prise en charge du deuil traumatique. Le deuil traumatique, qui correspond à la perte brutale d'un autre significatif, répond à un tableau clinique précis dont les principales caractéristiques sont les pensées intrusives concernant le défunt et des difficultés d'ajustement face à la perte (sentiment de vide, difficultés à reconnaître le décès, irritabilité, absence de réactivité, etc.). Les huit participants de l'étude sont tous des membres de la famille des victimes de la collision de train qui a eu lieu le 12 octobre 2006 à Zoufftgen. Les sujets, âgés en moyenne de 35,2 ans (S.D. = 11,1) et comprenant 75 % de femmes, ont suivi entre huit à 15 séances ($m = 10,75$; S.D. = 2,21) répondant au protocole *EMDR*. L'efficacité de la thérapie a été évaluée à partir de plusieurs critères comprenant la mesure du deuil traumatique, de l'anxiété, de la dépression et de la détresse psychologique. Cinq évaluations ont été réalisées : avant la prise en charge (T0), après six séances (T1), à la fin de la prise en charge (T2), puis à trois mois (T3) et 12 mois (T4) après la fin de la thérapie. Les principaux résultats semblent indiquer une efficacité de la prise en charge *EMDR*. En effet, on note une diminution de tous les indicateurs entre le début (T0) et la fin de la prise en

[☆] Toute référence à cet article doit porter mention : Tarquinio C, Houbre B, Fayard A, Tarquinio P. Application de l'EMDR au deuil traumatique après une collision de train. *Evol psychiatr* 2009; 74.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : CTarquinio@aol.com (C. Tarquinio).

charge (T2). En outre, lorsque cette diminution ne se poursuit pas à trois et à 12 mois, elle reste, au minimum, stable à un an. Ces premières observations sont d'autant plus encourageantes que 10 à 15 % des patients endeuillés peuvent développer une dépression chronique.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Deuil traumatique ; EMDR ; Détresse psychologique ; Dépression ; Anxiété

Abstract

The aim of this exploratory study is to test the application of therapy *EMDR* in case of traumatic bereavement. The traumatic bereavement, which corresponds to the brutal loss of "other significant", answers a precise clinical picture whose principal characteristics are the intrusive thoughts concerning the late one and of the difficulties of adjustment to the loss (feeling of vacuum, difficulties of recognizing the death, irritability, lack of reactivity, etc). The eight participants all of this study are of the members of the family of the victims of the train collision, which took place on October 12, 2006 in Zoufftgen. The subjects, old on average 35.2 years (S.D. = 11.1) and including 75 % women, followed between eight to 15 meetings ($m = 10.75$, S.D. = 2.21) answering protocol *EMDR*. The effectiveness of the therapy was evaluated starting from several criteria including traumatic bereavement, anxiety, depression and psychological distress. Five evaluations were carried out: before the therapy (T0), after six meetings (T1), at the end of the therapy (T2), then in three months (T3) and 12 months (T4) after the end of the therapy. The principal results seem to indicate an effectiveness of the therapy *EMDR*. Indeed, we observe a reduction in all the indicators between the beginning (T0) and the end of the therapy (T2). Moreover, when this reduction does not continue to three and 12 months, it remains, at least, stable at one year. These observations are very encouraging especially when it is known that 10 to 15 % of the patient develops a chronic depression.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Traumatic bereavement; *EMDR*; Affective disorder; Depression; Anxiety

1. Introduction

Le 12 octobre 2006, un train de voyageur, assurant la liaison Luxembourg–Nancy, et un train de marchandises, faisant le trajet Bâle–Bettembourg, sont entrés en collision frontale. Ce type d'accident, appelé « nez à nez » dans le jargon ferroviaire, est relativement rare et souvent meurtrier. L'accident s'est produit entre les gares frontières de Hettange-Grande (France) et Bettembourg (Luxembourg), près de la localité lorraine de Zoufftgen sur une section de ligne à double voie exploitée temporairement en voie unique en raison de travaux. D'après le bilan validé par la préfecture de Moselle ainsi que par les autorités luxembourgeoises, cet accident a entraîné : six décès (dont les conducteurs et un agent travaillant sur le chantier de la voie contiguë), un blessé grave (évacué vers le Luxembourg), et 15 blessés légers ou choqués (évacués à Thionville et vers le Luxembourg).

Les familles des victimes qui en avaient émis le souhait ont pu disposer d'un accompagnement psychologique dans le cadre de l'Association Thionvilloise d'Aide aux Victimes (ATAV), pour laquelle l'un d'entre nous est le psychologue référent. Certains membres de ces familles ont fait l'objet d'une prise en charge à partir de la thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*, dont nous souhaiterions présenter les résultats. En effet, cette forme de prise en charge plutôt inhabituelle dans ce contexte s'est révélée efficace et a très largement contribué à venir en aide à ces patients, qui pour une part au moins ont pu se dégager de la souffrance qui

était la leur. Une telle étude se veut un encouragement à l'application de cette nouvelle approche thérapeutique dans le cadre de la prise en charge du deuil [1,2] alors que jusque-là elle était plutôt identifiée comme efficace dans la prise en charge du seul état de stress post-traumatique [3–5].

L'*EMDR* est une technique psychothérapeutique relativement récente [5–7], initialement destinée à traiter des sujets ayant vécu des expériences traumatisantes. Elle s'est développée pour trouver des indications dans le traitement de plusieurs troubles psychopathologiques [5,6,8]. Parmi les troubles qui peuvent constituer une indication pour l'*EMDR*, figure le deuil traumatique à la suite d'une catastrophe comme ce fut le cas à Zoufftgen [1,2]. La recherche sur la thérapie *EMDR* s'est surtout portée sur les mouvements oculaires (et d'autres formes de stimulation bilatérale) susceptibles de constituer l'un des principes actifs de la démarche. Un parallèle est à faire avec ce qui se passe dans le sommeil à mouvements oculaires rapides (*Rapid Eyes Movement – REM*). En effet, les mouvements oculaires rapides surviennent au cours des états de rêve et il existe un nombre croissant de preuves montrant que le rôle des rêves est d'élaborer et de digérer psychiquement les vécus de la vie réelle [9]. Il semble que lorsque des souvenirs pénibles apparaissent dans les rêves, les mouvements oculaires rapides induisent un effet de détente qui permet le traitement psychique de ces expériences. Un parallèle a été fait avec la théorie de « l'inhibition réciproque » de Wolpe et Wolpe et Abrams [10,11], que ces derniers considéraient comme responsable du soulagement de l'anxiété dans son traitement systématique de désensibilisation.

L'hypothèse de Shapiro était de penser que les mouvements oculaires pendant le rêve, inhibaient la détresse et que c'est une élaboration cognitive et affective du même type qui a lieu pendant la thérapie *EMDR*. La personne intègre ainsi l'information provenant de l'événement traumatique en l'élaborant, puis en la stockant avec une émotion plus adaptée et plus positive. On peut donc supposer que la thérapie *EMDR*, permet une élaboration émotionnelle qui va de la colère, à la peur (ou à la honte), à l'apaisement, l'acceptation (ou le pardon) à la fin du processus thérapeutique. Notons que les mouvements oculaires utilisés en *EMDR* ont été évalués indépendamment par de nombreux chercheurs. Ces études ont relevé des effets directs sur l'émotivité, la netteté des images, la souplesse de l'attention et les associations mnésiques [12,13].

Selon l'enquête de Détroit [14], le décès soudain et inattendu d'un proche est le « stressor » le plus sévère de la vie adulte. Le processus de deuil, en réaction à la perte du proche, s'accompagne d'un certain nombre de symptômes spécifiques, proches de la dépression, qui disparaissent avec la résolution du travail de deuil. Vingt pour cent des personnes endeuillées présentent, cependant, un deuil compliqué ou « traumatique » [15].

Certains auteurs ont mis en exergue que des complications spécifiques, distinctes de la dépression majeure, d'un désordre d'ajustement ou de l'état de stress post-traumatique [16,17], pouvaient survenir à la suite de la perte brutale d'un proche. Ainsi, dès 1995 est apparu le concept de « deuil compliqué », avancé par Prigerson et son équipe de l'université de Pittsburgh, dont le but était de militer pour la reconnaissance de cette nouvelle entité clinique, liée à la non-résolution des symptômes du deuil et à leur association avec une altération du fonctionnement quotidien. Rapidement, Prigerson et ses collaborateurs [18–20] vont transformer ce concept de « deuil compliqué » en « deuil traumatique » [21]. Les critères sont au nombre de quatre notés de A à D. Avec le critère A, la personne a fait l'expérience du décès d'un « autre significatif » (A1), la réponse ou la réaction comporte trois des quatre symptômes présentés ci-dessous au moins quelques fois (A2) – Pensées intrusives concernant le défunt, manque et désir de présence du défunt, recherche du défunt et sentiment de solitude résultant de la mort. Le critère B, concerne la réponse au décès, (avec quatre des huit symptômes suivant) que sont l'absence de but ou sentiment de futilité du futur, les sentiments subjectifs d'obscurcissement, détachement ou absence de réactivité émotionnelle, la difficulté à reconnaître le décès (e.g. incrédulité), le sentiment que la vie est vide et sans

signification, le sentiment qu'une part de soi-même est morte, que le monde est conçu comme brisé (e.g. perte de la sécurité, de la confiance, du contrôle), le fait de présenter les symptômes ou les comportements dangereux de la personne décédée ou en rapport avec elle et l'irritabilité, amertume ou colère excessives liées au décès. Le critère C concerne la durée de ces perturbations (liste de symptômes) qui doit être de deux mois au moins. Enfin, en ce qui concerne le critère D, il faut que ces troubles causent une altération significative du fonctionnement social, professionnel et d'autres domaines importants. Ainsi, les critères diagnostiques développés par Prigerson comportent deux catégories de symptômes, lesquelles sont relatives à la détresse traumatique (sentiment d'incrédulité, irritabilité, amertume, colère. . .) et à la détresse de séparation (pensées intrusives concernant le défunt, comportement de recherche du défunt, sentiment de solitude. . .). De plus, le tableau clinique établi doit être complété par un affaiblissement physique et psychique découlant des perturbations liées à la perte. Horowitz et al. [17] font quant à eux appel au concept de désordre de deuil compliqué (pensées intenses et intrusives, douleurs émotionnelles graves, déni de la perte, sentiment de solitude exceptionnelle, comportements d'évitement, perturbations du sommeil et négligence des activités adaptatives au niveau professionnel et personnel). Ils différencient trois catégories de symptômes : les pensées intrusives (recherche du défunt, souvenirs récurrents. . .), les comportements d'évitement (éviter certains lieux rappelant le défunt, éviter les sujets relatifs à la perte. . .) et une absence d'ajustement à la perte (sentiment de solitude, de vide, perturbations du sommeil. . .). La principale différence entre Prigerson et al. [18,19,21] et Horowitz et al. [17] se situe au niveau du comportement d'évitement. Horowitz et al. considèrent ce critère comme essentiel, tandis que Prigerson et al. l'ont soustrait de son tableau clinique afin de mieux cibler la détresse traumatique, considérant que le fait d'inclure les comportements d'évitement nuirait à l'uniformité de son tableau clinique, mais également à l'exactitude du diagnostic opéré. Certains auteurs [22] vont appuyer l'approche de Prigerson et al., en mettant en évidence que si les patients en état de stress post-traumatique ont bien des comportements d'évitement du traumatisme, les individus en situation de deuil compliqué évitent le rappel de la perte, en ce sens qu'ils recherchent activement la personne décédée. Dans cette perspective, le fait de ne pas inclure les comportements d'évitement dans le tableau clinique du deuil traumatique, et son remplacement par la recherche du défunt, semble donc plus approprié. Une autre différence entre les auteurs se situe au niveau du symptôme de perturbation, c'est-à-dire au niveau de l'ensemble des troubles physiques et psychiques liés à la perte. Horowitz et al. considèrent que les perturbations dans les relations sociales font partie du critère de l'évitement. Cependant, ces perturbations ne sont qu'une constituante de celui-ci ; il ne les reconnaît donc pas comme un critère diagnostique. Prigerson et al., quant à eux, considèrent ce symptôme comme décisif, l'affaiblissement physique et psychique de l'individu découlant directement de ce critère [18,19,23]. Une dernière différence peut être relevée à propos de la durée à partir de laquelle, on peut poser un diagnostic de deuil traumatique. Prigerson et al. [20,21] relèvent qu'une période de six mois après la perte est suffisante, alors que pour Horowitz et al. [16,17] la perte doit remonter à 14 mois au moins. On peut considérer que les critères diagnostiques proposés par Prigerson et al. sont plus stricts et rigoureux que ceux avancés par Horowitz et al. Ils ont ainsi pu démontrer que les critères du deuil traumatique forment un ensemble « unidimensionnel » de symptômes, dont les deux sous-facteurs (détresse traumatique et détresse de séparation) convergent vers un diagnostic précis, qui distingue les symptômes constatés de ceux liés à la dépression, l'anxiété ou l'état de stress post-traumatique.

L'objectif de la démarche de prise en charge des membres directs des familles des victimes de l'accident de Zoufftgen était de les aider à réduire la souffrance et la douleur qui étaient les leurs. Nous sommes partis du principe que le parallèle existant entre l'état de stress post-traumatique et

Tableau 1

Caractéristiques de l'échantillon des participants ayant été inclus dans la prise en charge *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*.

Variables	(n = 8)
Âge (en années)	m = 35,2 ($\sigma = 11,1$) [23 ; 57]
Sexe	Hommes : 25 % (2/8) Femmes : 75 % (6/8)
Lien de parenté avec les victimes décédées	Épouse : 50 % (4/8) Enfant : 50 % (4/8)
Niveau d'étude	BEPC : 37,5 % (3/8) CAP/BEP : 12,5 % (1/8) BAC : 37,5 % (3/8) BAC+ : 12,5 % (1/8)
Statut professionnel	Cadre : 12,5 % (1/8) Employés : 75 % (6/8) Sans emploi : 12,5 % (1/8)
Période écoulée entre l'accident et le premier entretien (en mois)	m = 5,87 ($\sigma = 0,83$) [5 ; 7]
Nombre de séances	m = 10,75 ($\sigma = 2,21$) [8 ; 15]
Prise d'antidépresseurs depuis l'accident	Oui : 37,5 % (3/8) Non : 62,5 % (5/8)

le deuil traumatique était susceptible de faire de la thérapie *EMDR*, une démarche adaptée pour la prise en charge de ces personnes. C'est là une approche plutôt originale non documentée à notre connaissance dans la littérature.

2. Participants

Les participants, au nombre de huit, étaient des membres de la famille des victimes de la collision de train de Zoufftgen (Tableau 1). Tous ont été rencontrés entre cinq et sept mois après l'accident, dans le cadre d'une prise en charge psychologique. Un psychologue formé à la thérapie *EMDR* (niveau 1 et 2) a pris en charge l'ensemble des participants à cette recherche, dans le respect du protocole de base. Les évaluations étaient réalisées par les autres collaborateurs de cette recherche afin de garantir au maximum l'indépendance des résultats obtenus. À aucun moment, le psychologue référant n'était informé du résultat des évaluations et ceci jusqu'à la fin de l'étude. Les critères d'inclusion mobilisés pour cette étude étaient les suivants :

- être majeur ;
- avoir un lien de parenté direct avec une des victimes de l'accident (enfants, épouse, concubine) ;
- accepter le cadre et la procédure du protocole de recherche sur la base d'un volontariat éclairé ;

- ne pas souffrir d'antécédents psychiatriques (y compris dépression et troubles anxieux) avant la prise en charge.

Initialement, 12 personnes étaient susceptibles de participer au protocole de recherche. Quatre d'entre elles, ne répondant pas aux critères, n'ont pas été incluses (pas de lien de parenté direct ($n = 1$), refus du protocole ($n = 2$), antécédents dépressifs ($n = 1$)). Il est important de noter que les personnes non incluses dans le protocole ont fait, conformément à leur demande initiale, l'objet d'un suivi psychothérapeutique (Tableau 1).

3. Matériel et procédure

Sur les huit participants à cette étude, six avaient été envoyés par l'ATAV plusieurs mois après les faits. Les deux autres se sont adressés à nous dans le cadre d'une démarche personnelle. Tous les participants avaient perdu selon les cas soit un mari, soit un père lors de l'accident. Après trois à quatre entretiens qui ont permis de réaliser l'anamnèse des patients et d'établir avec eux un lien thérapeutique de confiance suffisamment structurant et encadrant, nous leur avons proposé une prise en charge à partir de la thérapie *EMDR*. La recherche était présentée comme une démarche d'évaluation de la prise en charge que nous leur proposons et comme une contribution au développement de méthodes psychothérapeutiques pour la prise en charge des personnes endeuillées. Le protocole était alors exposé et c'est à la lumière des informations données que nous demandions aux patients de donner ou non leur consentement pour être inclus dans le protocole de recherche. Lors d'une première phase, avant le début de la thérapie (T0) nous leur proposons de répondre aux questions de plusieurs échelles. Cette même phase d'évaluation était ensuite répétée après six séances de 90 minutes (T1), à la fin de la prise en charge (T2), trois mois après la prise en charge (T3), puis après 12 mois (T4). Il est important de noter à ce stade, qu'initialement nous n'avions pas envisagé d'opérer une évaluation en T2. Il s'est avéré que contrairement aux résultats de la littérature, il fallait compter avec un nombre de séances plus important que celui trouvé dans la littérature relative aux études contrôlées et qui s'est avéré variable selon les sujets. C'est la raison pour laquelle nous avons fait le choix d'une évaluation à la fin de la prise en charge *EMDR*. Ce choix de procédure est peu conventionnel dans la littérature relative à la thérapie *EMDR*, mais l'expérience clinique montre que la prise en charge des deuils traumatiques (et des deuils en général) même avec la thérapie *EMDR* est plus complexe et nécessite plus de temps pour être résorbé qu'un état de stress post-traumatique [24–27].

Le document donné aux participants avant le début de la première phase était composé d'une fiche signalétique (âge, sexe, nombre d'enfants, niveau scolaire, statut professionnel), de deux échelles et d'un indicateur propre à la thérapie *EMDR*. Pour chacune de ces phases, les participants devaient répondre aux questions posées au cabinet dans une salle prévue à cet effet. Pour les évaluations en T3 et T4 les participants étaient invités à revenir au cabinet afin de rencontrer le psychologue référent et de faire le point avec lui sur leur situation. Les évaluations réalisées sous la responsabilité des autres psychologues étaient opérées dans les mêmes conditions qu'en T0, T1 et T2. Notons que seule la mesure du *Subjective Unit of Distress (SUD)* (qui est une mesure subjective du niveau de perturbation émotionnelle) était faite par le thérapeute référent dans le cadre de la prise en charge *EMDR*, conformément au protocole préconisé par Shapiro [28].

L'anxiété et la dépression étaient évaluées par l'échelle l'*Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)*. L'objectif essentiel de la *HAD* est d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques qui selon les auteurs [29,30] sont susceptibles de fausser les évaluations chez des patients vus en médecine interne et qui présentent

donc fréquemment des problèmes organiques. La version définitive est donc composée de 14 items. Les sept items de la sous-échelle dépression comprennent un item évaluant la dysphorie, un autre le ralentissement et les cinq autres la dimension anhédonique qui pour les auteurs est très spécifique de la dépression et dont la sévérité implique l'indication d'un traitement antidépresseur. Les sept autres items permettent une évaluation du score général d'anxiété.

En ce qui concerne la mesure du deuil traumatique, nous avons utilisé l'inventaire de deuil compliqué – *Inventory of Traumatic Grief (ITG)* – développé par Prigerson et al. [25,31,32]. Cette échelle composée de 33 items cotés de 1 à 5 (presque jamais [moins d'une fois par mois] = 1 ; rarement [une fois par mois] = 2 ; quelquefois [une fois par semaine] = 3 ; souvent [chaque jour] = 4 ; toujours [plusieurs fois par jour] = 5) reprennent la catégorisation du deuil traumatique [21]. Différents critères ont ainsi pu être évalués : le critère A1 relatif à la mort d'un autre significatif qui reste une condition préliminaire pour remplir l'*ITG* ; le critère A2 relatif à la détresse de séparation (exemple d'items : « Je pense tellement à . . . qu'il peut être difficile pour moi de faire les choses que je fais habituellement » ; « Le souvenir de . . . me perturbe » ; « Je me sens attiré(e) vers les endroits et les choses qui sont associées avec . . . ») ; le critère B relatif à la détresse traumatique (exemple d'items : « Je pense que j'ai beaucoup de mal à accepter la mort » ; « Je ne peux pas m'empêcher d'être en colère quant à la mort de . . . » ; « Je me sens comme si j'étais engourdi(e) depuis la mort de . . . »).

Le *SUD* [10,11] est une mesure sur une échelle de Likert cotée de 0 à 10, permettant de donner une indication du degré de détresse causée par l'image mentale ou cible activée et traitée pendant le processus psychothérapeutique. Il s'agit d'une évaluation très subjective du ressenti négatif du patient lors du traitement, qui fait partie intégrante du protocole *EMDR*.

Enfin, ce qui concerne le protocole thérapeutique celui-ci est conforme aux recommandations de Shapiro [28] dont une illustration détaillée est fournie chez Tarquinio [26].

Comme souvent dans ce type de démarche c'est le choix de la cible qui reste le plus difficile. Rien à voir avec la prise en charge d'un état de stress post-traumatique, où par expérience les choses sont généralement plus aisées à identifier. Dans le cadre de notre recherche, il est apparu que les cibles étaient pour le moins variables (annonce du décès [$n = 2$], en passant par l'expérience de la morgue [$n = 1$], un moment précis de l'enterrement [$n = 3$] ou tout simplement le sentiment de vide qu'avait pu créer la perte du disparu [$n = 2$]). La cible choisie se doit d'être précise et localisée dans le temps et dans l'espace. Les participants devaient spécifiquement évoquer dans leur esprit l'image d'un des aspects pénibles de l'événement passé. Le thérapeute les aidait alors à focaliser leur attention sur la dimension visuelle de la représentation traumatique qui est la plus intensément associée avec l'affect. Le patient énonce alors une conviction (cognition) négative qu'il a de lui-même et qui résulte de cet événement (exemple : « je suis impuissante » ou « je ne peux rien faire »). Cette cognition est négative parce que le sentiment d'impuissance est inapproprié. Le patient identifie également le *SUD* qui est l'affect précisément relié à l'image (exemple : la peur, la colère, la tristesse) et évalue son intensité sur une échelle de 0 à 10. En même temps le thérapeute l'aide à identifier les sensations physiques se manifestant dans son corps (exemple : oppression dans la poitrine, mains froides . . .) et qui accompagnent ces images, pensées et émotions. Le thérapeute et le patient définissent ensemble une direction pour la thérapie en identifiant aussi une cognition positive. Cette phrase doit contenir un sentiment interne de maîtrise. Cette cognition répond à la question : « Quand vous vous voyez dans cette situation, que préféreriez-vous penser de vous-même à la place de la croyance négative que vous venez d'énoncer ? ». Le patient doit alors évaluer le degré de conviction qu'il associe à cette pensée positive : à quel point il la ressent comme vraie (par exemple : « je vais m'en sortir ou encore je vais faire face »). Cette évaluation de la validité de la cognition positive (*Validity Of Cognition – VOC*) était évaluée sur une échelle

allant de 1 à 7. En fait une fois que le patient a développé la cognition positive, le niveau *VOC* pour celle-ci, est établi pour fournir une base de comparaison et assurer qu'elle peut véritablement se réaliser.

Après cette phase initiale, le patient devait se centrer sur les émotions et les sensations perturbantes du patient (phase de désensibilisation). Il devait alors suivre des yeux le déplacement bilatéral de la main du thérapeute entre la gauche et la droite. Ces séries de mouvements latéraux durent de 20 secondes à quelques minutes, en fonction de la réaction émotionnelle du patient. Lors de cette phase on peut trouver toutes les réactions de la personne. Il peut s'agir de souvenirs, de prises de conscience, ou d'associations diverses. C'est à chaque pause, entre chaque série de mouvements bilatéraux, que le patient rapporte « ce qui lui est venu » pendant la période d'attention flottante qui accompagne les mouvements oculaires. Le patient porte alors son attention sur la nouvelle information, sensation ou prise de conscience et le thérapeute recommence une autre série de mouvements. Le thérapeute se retient de demander des clarifications ou des précisions sur ce que le patient rapporte. De même, il n'en donne aucune interprétation. Il continue simplement de ramener l'attention du patient sur le matériel révélé par la stimulation et amorce une nouvelle série de mouvements jusqu'à ce que les associations ne suscitent plus de changements ou jusqu'à ce que seulement des associations et sensations positives soient rapportées. Entre les séries de mouvements oculaires, le patient parle normalement au thérapeute, décrivant généralement ce qui s'est passé pour lui pendant la stimulation. Le patient décrit ce qu'il a vu ou ressenti pendant la stimulation un peu comme s'il s'agissait d'une rêverie concentrée. Le travail est amorcé par un événement précis ou un affect particulier, mais au fur et à mesure des mouvements oculaires, d'autres associations à d'autres événements surgissent, des pensées sur soi ou même des scénarii imaginaires. L'état émotionnel se modifie rapidement, au rythme des changements d'associations cognitives. En fonction de l'évolution du niveau de *SUD* et de *VOC* donné par le patient, le thérapeute peut ensuite décider de pousser plus loin le traitement de l'événement initial ou de commencer à traiter d'autres aspects du traumatisme. La succession des séries de stimulations tend à désamorcer les idées obsédantes couramment constatées dans le deuil. Lorsque le *SUD* était compris entre 1 et 2 au maximum, que la poursuite des séances n'apportait plus de matériel cognitif, affectif et sensoriel à traiter et que le psychologue et le patient étaient d'accord, nous mettions fin au protocole [6,7].

Nous faisons l'hypothèse (H1) que la prise en charge psychologique réalisée à partir de la thérapie *EMDR* devrait conduire à une diminution des scores relatifs aux indicateurs d'anxiété, de dépression, de deuil traumatique et de détresse (*SUD*). Après six séances (H2) nous devrions assister à une diminution significative de ces différents indices de mesure conformément à ce que l'on trouve dans la littérature. Cependant, en raison de la spécificité du deuil traumatique qui n'est pas réductible à l'état de stress post-traumatique sur lequel la thérapie *EMDR* a fondé son efficacité et sa légitimité, nous pensons que le nombre de séances nécessaires pour parvenir à une résorption plus importante des symptômes devra être plus important. C'est la raison pour laquelle nous faisons l'hypothèse (H3) que les scores moyens des différences de mesure à la fin de la thérapie (*SUD* compris entre 1 et 2 au maximum, accord conjoint sur la fin de la thérapie entre le psychologue et le patient) seront significativement plus bas en T2 plutôt qu'en T1. Enfin, nous faisons l'hypothèse d'un maintien des effets de la thérapie sur le moyen (après trois mois) et le long terme (après 12 mois). Ainsi, (H4) après trois et 12 mois tous les indices de mesure devraient rester significativement plus faibles que ceux obtenus au début de la prise en charge (T0), ainsi qu'après six séances.

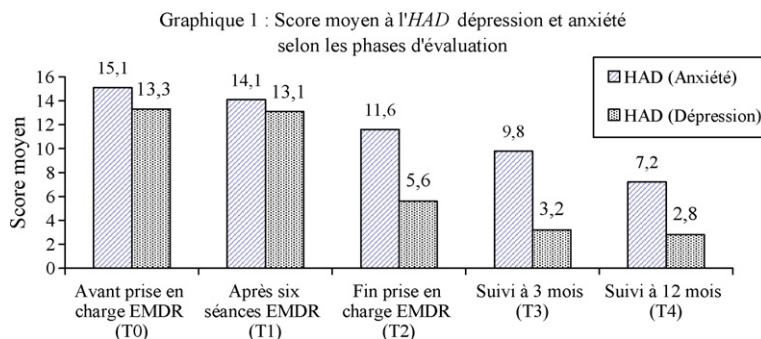


Fig. 1. Score moyen à l'*Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)* dépression et anxiété selon les phases d'évaluation.

4. Résultats

En raison d'une taille réduite de notre échantillon, il est impossible de prétendre raisonnablement que les distributions d'échantillonnage des statistiques sont approximativement normales. C'est la raison pour laquelle, nous avons fait le choix d'utiliser le test de Wilcoxon, qui est un test non paramétrique pour groupes appariés.

Comme on peut l'observer sur la Fig. 1, la prise en charge avec la thérapie *EMDR* montre des effets positifs et permet à terme une réduction des scores à l'*HAD* tant pour l'anxiété que pour la dépression. De façon plus précise, il apparaît qu'après six séances les différences ne sont pas significatives tant pour l'anxiété ($Z = 1,8$; $p = \text{NS}$), que pour la dépression ($Z = 1$; $p = \text{NS}$). On notera en revanche une réduction significative du score d'anxiété ($Z = 2,52$; $p < 0,05$) et de dépression ($Z = 2,55$; $p < 0,05$), entre les phases T0 et T2. Ces différences restent significatives lorsque l'on compare l'évolution des résultats entre T0 et T3 (anxiété [$Z = 2,51$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,53$; $p < 0,05$]), ainsi que T0 et T4 (anxiété [$Z = 2,58$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,52$; $p < 0,05$]). Il est également important de noter l'existence d'une différence significative entre les phases T1 et T2 pour les deux mesures de l'*HAD* (anxiété [$Z = 2,58$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,53$; $p < 0,05$]). Des différences significatives sont à noter entre la fin de la prise en charge et le suivi à trois mois (anxiété [$Z = 2,58$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,12$; $p < 0,05$]) et à 12 mois (anxiété [$Z = 2,56$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,21$; $p < 0,05$]). Entre les phases de suivi à trois et à 12 mois, on notera une baisse significative du score d'anxiété ($Z = 2,3$; $p < 0,01$) alors que le score de dépression entre ces deux phases ne diffère pas significativement ($Z = 1,32$; $p = \text{NS}$).

Les résultats obtenus avec le score global de l'*Inventory of Traumatic Grief (ITG)* (Fig. 2) indiquent une baisse significative ($p < 0,05$) entre les différentes phases. En effet, il apparaît que la prise en charge avec la thérapie *EMDR* contribue à une réduction du score total à l'*ITG* après six séances. Cette baisse significative se retrouve à la fin de la prise en charge et se poursuit ensuite à trois et 12 mois.

En ce qui concerne la détresse de séparation (Fig. 3), aucune différence significative n'apparaît entre la phase T0 et la phase T1 ($Z = 1,85$; $p = \text{NS}$), alors que toutes les différences entre toutes les autres phases s'avèrent significatives ($p < 0,05$).

La mesure du critère B relatif à la détresse traumatique de l'*ITG* laisse entrevoir une différence significative entre toutes les phases ($p < 0,05$). Ainsi, contrairement au critère A2, les six premières séances ont pour effet de réduire significativement la détresse traumatique des

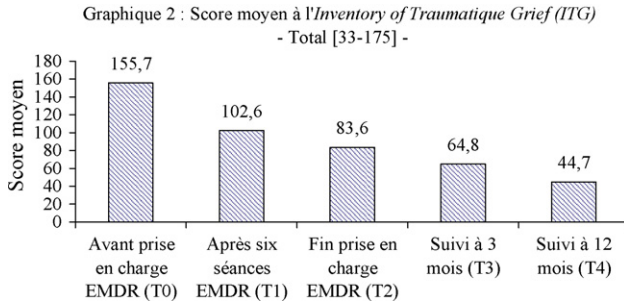


Fig. 2. Score moyen à l'*Inventory of Traumatique Grief (ITG)* – Total [33–175].

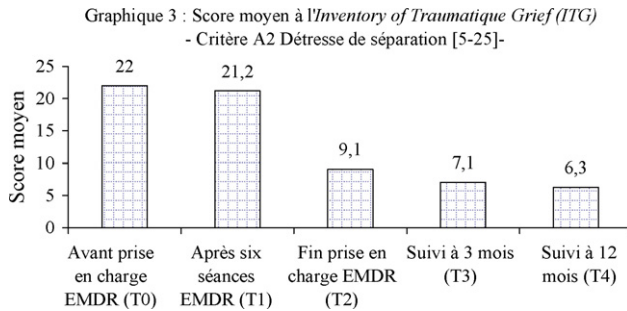


Fig. 3. Score moyen à l'*Inventory of Traumatique Grief (ITG)* – Critère A2 : détresse de séparation [5–25].

participants, processus qui s'amplifie à la fin de la prise en charge puis sur trois et douze mois (Fig. 4).

En ce qui concerne la mesure du *SUD* mise à part les différences entre les phases T2 et T3 ($Z = 1,19$; $p = \text{NS}$) et les phases T3 et T4 ($Z = 0,96$; $p = \text{NS}$), toutes les autres évaluations diffèrent significativement les unes des autres ($p < 0,05$) (Fig. 5). Cette mesure du *SUD* semble ainsi consistante avec les autres mesures, indiquant une baisse significative après six séances et après la fin de la prise en charge.

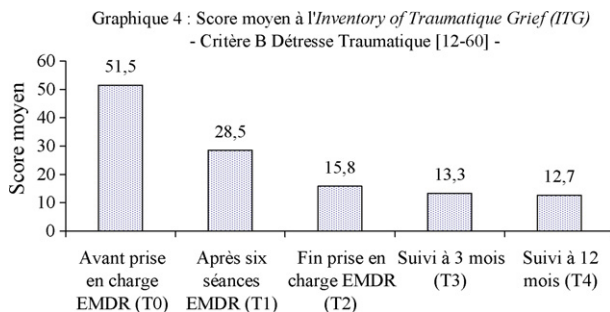


Fig. 4. Score moyen à l'*Inventory of Traumatique Grief (ITG)* – Critère B : détresse traumatique [12–60].

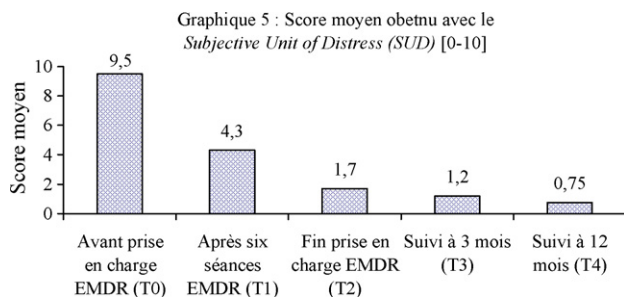


Fig. 5. Score moyen obtenu avec le *Subjective Unit of Distress (SUD)* [0–10].

5. Discussion

Le deuil est une expérience universelle à laquelle nous sommes tous confrontés au cours de notre vie. Il s'agit de plus souvent d'un phénomène normal que l'on qualifie de deuil normal tant par sa réactivité douloureuse que par sa durée. Cependant, comme nous l'avons évoqué, il existe des deuils compliqués où le travail de deuil ne se fait pas ou ne parvient pas à son terme et/ou des deuils pathologiques où surviennent des symptômes psychiatriques pendant la période de deuil. Tous les deuils ne se ressemblent pas et l'endeuillé peut demander de l'aide devant un deuil qu'il a peur de ne pas surmonter. Il n'y a aucune justification pour une intervention de routine chez des sujets endeuillés [33], que ce soit en termes de psychothérapie ou de traitement pharmacologique car le deuil n'est pas une maladie. Mais tous les auteurs s'accordent pour dire qu'une prise en charge doit être proposée quand le deuil est pathologique, compliqué ou traumatique. Dans ce cadre la thérapie *EMDR* semble, à la lumière de nos résultats, trouver une place de choix. En effet, les résultats obtenus dans cette étude valident globalement l'ensemble de nos hypothèses. On observe, en effet, une diminution des scores de dépression et d'anxiété à l'*HAD*, notamment à la fin de la prise en charge *EMDR*, soit en moyenne dix séances après le début de la thérapie. C'est là un résultat important, notamment lorsque l'on sait que le deuil peut mener à une dépression chronique chez 10 à 15 % des sujets. Hensley [34] a par exemple conclu, après une revue de la littérature, que si on ne tient pas compte du *DSM-IV* qui recommande de ne diagnostiquer un épisode dépressif majeur qu'au-delà des deux mois de la perte, environ 40 % des endeuillés ont les critères d'épisode dépressif majeur dans le mois du décès, 15 % sont déprimés à un an, 7 % le sont à deux ans.

En ce qui concerne l'anxiété, on sait, qu'une première attaque de panique est souvent associée à la séparation avec une personne investie affectivement. Ainsi, le deuil pourrait être un facteur précipitant du trouble panique, mais aussi de l'anxiété généralisée. La présence de troubles anxieux serait fréquente en début de deuil et diminuerait progressivement. L'anxiété due à la séparation avec le décédé pourrait durer au-delà de un an et même s'aggraver entre le sixième et le 12^e mois [35]. De ce point de vue, nos résultats indiquent qu'il est possible, avec la thérapie *EMDR*, de juguler l'expression des troubles anxieux sur le court et le long termes.

Comme nous l'avons signalé, il ne nous a pas été possible de restreindre le cadre thérapeutique de cette étude à trois ou 12 sessions de 90 minutes comme c'est le cas dans la plupart des études contrôlées [24,25]. Il est apparu en effet, que les résultats étaient d'une plus grande pertinence et d'une meilleure efficacité. Il s'avère en effet conformément à nos attentes que les scores obtenus en T2 sont avec toutes les mesures (*HAD*, *ITG*, *SUD*) significativement plus faible qu'en T1. Enfin, il faut noter que les effets de la thérapie *EMDR* sur la dépression, l'anxiété, le deuil traumatique et

le *SUD* se maintiennent trois et 12 mois après la phase de prise en charge, ce qui milite en faveur d'une bonne stabilité temporelle de cette forme thérapeutique.

La personne en deuil se centre spontanément sur la perte subie, avec des comportements et des expressions de douleur et d'angoisse, et le désir d'annuler le décès ou de croire qu'il n'a pas eu lieu. Quand le deuil se fait sans complication la personne finit par se centrer activement sur les besoins personnels et sociaux qui lui permettent de s'adapter à la perte et de commencer à se créer de nouveaux repères d'identité. Enfin, la personne en deuil réapprend à vivre de façon saine, sans la personne décédée. C'est un mouvement de centrage qui va de la personne décédée à soi-même, pour aller vers le monde extérieur. C'est là un processus naturel de guérison [36], mais qui peut se bloquer. C'est alors que l'*EMDR* peut contribuer comme semble le montrer notre étude, à la guérison. L'*EMDR* n'ampute en rien la personne en deuil d'un processus d'élaboration et d'une expérience de vie dont elle pourrait s'enrichir. Le processus du deuil n'est pas tronqué, il est peu être juste accéléré et c'est peut être juste une victoire majeure sur la souffrance et sa durée, dont les conséquences dans le cas d'un deuil traumatique peuvent être, s'il persiste dans le temps, très importantes. Le deuil, quand il est traumatique, est tout particulièrement associé à un risque élevé de morbidités mentales et physiques [18,19]. Notamment, il existe un risque élevé de développer un cancer, une hypertension artérielle, des troubles cardiaques, mais aussi d'avoir des idées suicidaires. D'autres auteurs [37,38], ont noté une tendance à l'augmentation de la consommation de tabac chez les patients ayant un niveau élevé de deuil traumatique, ce qui pourrait expliquer pour partie l'occurrence de troubles cardiaques.

Cette étude a montré toute la richesse et la pertinence de l'*EMDR* dans la prise en charge d'un deuil traumatique. Cette recherche a bien entendu de nombreuses limites qui ne permettent pas de tirer de conclusions trop ambitieuses. En effet, il conviendrait de disposer d'un nombre de participants plus importants et de pouvoir comparer les résultats obtenus à ceux d'un groupe contrôle car l'effet du temps a pu contribuer à la réduction des symptômes et il est difficile de dire qu'elle est sa part dans le processus de guérison des participants. Cependant, la littérature dans le domaine [37,38], reste formelle sur ce point en insistant sur le fait que le temps n'arrange jamais rien lorsqu'il s'agit de deuil traumatique, ce qui milite pour une prise en compte et une utilisation adaptée de la thérapie *EMDR* dans ce type de situation.

L'autre limite que nous pouvons souligner concerne l'absence de comparaison avec un autre mode de prise en charge. Ce point permettrait de confronter la pertinence des approches face au deuil traumatique.

Notons enfin, que cette étude a été réalisée de manière non programmée, ce sont les circonstances de cet accident dramatique et l'opportunité de pouvoir prendre en charge les témoins de ce drame qui nous ont offert cette possibilité. Espérons que ce drame humain, pourra à la lumière des résultats apportés ouvrir la porte à de nouvelles investigations et enrichir ainsi, la possibilité qui est donnée aux psychothérapeutes de venir en aide aux personnes endeuillées.

Références

- [1] Solomon RM. Utilization of EMDR in crisis intervention. *Crisis Intervent* 1998;4:239–46.
- [2] Solomon RM, Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: An effective therapeutic tool for trauma and grief. In: Figley C, editor. *Death and trauma*. New York: Taylor & Francis; 1997.
- [3] Rothbaum BO. Controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bull Menninger Clin* 1997;61:371–434.
- [4] Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure vs eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress* 2005;18:607–16.

- [5] Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress* 1989;2:199–223.
- [6] Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.
- [7] Shapiro F, Forrest M. *EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basics Books; 1997.
- [8] De Jongh A, Ten Broeke E, Rensen MR. Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): protocol, empirical status and conceptual issues. *J Anxiety Disord* 1999;13:69–85.
- [9] Carskadon MA. *Encyclopedia of sleep and dreaming*. New York: Macmillan; 1993.
- [10] Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1990.
- [11] Wolpe J, Abrams J. Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: a case report. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991;22:39–43.
- [12] Andrade J, Kavanagh D, Baddeley A. Eye movements and visual imagery: a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol* 1997;36:209–23.
- [13] Van den Hout M, Muris P, Salemink E, Kindt M. Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *Br J Clin Psychol* 2001;40:121–30.
- [14] Breslau N. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In: Yehuda R, editor. *Psychological Trauma*. Washington DC: American Press; 1998.
- [15] Crocq L. Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. *Soins Psychiatr* 1997;188:7–13.
- [16] Horowitz MJ, Stinson CH, Fridhandler B, Ewert M, Milbrath C, Redington D. Pathological grief: an intensive case study. *Psychiatry* 1993;56:356–74.
- [17] Horowitz MJ, Siegel Iegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:904–10.
- [18] Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds III CF, Shear C, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997;154:616–23.
- [19] Prigerson HG, Shear C, Frank E, Beery LC, Silberman R, Prigerson J, et al. Traumatic grief: a case of loss-induced trauma. *Am J Psychiatry* 1997;154:1003–9.
- [20] Prigerson HG, Jacobs SC, Rosenheck RA, Maciejewski PK. Criteria for traumatic grief and PTSDQ: reply. *Br J Psychiatry* 1999;174:560–1.
- [21] Prigerson HG, Jacobs SC. Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, editors. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC7: American Psychological Association; 2001.
- [22] Raphael B, Martinek N. Assessing traumatic bereavement and posttraumatic stress disorder. In: Wilson J, Keane T, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press; 1997.
- [23] Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds III CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995;59(1–2):65–79.
- [24] Bisson J, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatment for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;190:97–104.
- [25] Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162:214–27.
- [26] Tarquinio C. La thérapie EMDR dans la prise en charge du traumatisme psychique. *Rev Fr Stress Trauma* 1997;7(2):107–20.
- [27] Taylor S, et al. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:330–8.
- [28] Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures*. 1st ed. New York: Guilford Press; 1995.
- [29] Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev Psychol Appl* 1989;39:295–308.
- [30] Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361–70.
- [31] Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, Reynolds III CF, Anderson B, Zubenko GS, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 1995;152:22–30.
- [32] Prigerson HG. Studies of traumatic grief: criteria, risks, outcomes. *Biol Psychiatry* 2000;47(8):S61.
- [33] Schut H, Stroebe MS. Interventions to enhance adaptation to bereavement. *J Palliat Med* 2005;8:140–7.
- [34] Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord* 2006;92:117–24.
- [35] Bourgeois ML. *Deuil normal deuil pathologique. Références en psychiatrie*. Paris: Doin; 2003.

- [36] Rando T. Treatment of complicated mourning. Champaign: Research Press; 1993.
- [37] Melhem NM, Rosales C, Karageorge J, Reynolds CF, Frank E, Shear MK. Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *J Clin Psychiatry* 2001;62:884–7.
- [38] Ott C. The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Study* 2003;27:249–72.