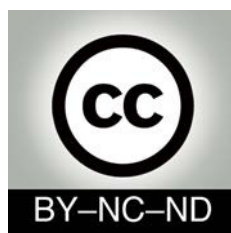




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

ANNÉE 2025

N° 2

***EMDR pour les personnes âgées : une enquête de
pratique auprès des psychothérapeutes***

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **8 janvier 2025**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Élise DEBOUT
née le 21 avril 1994 à Lens

Sous la direction du Dr Pierre-Luc PODLIPSKI

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation	Jacques LUAUTÉ (ISTR)
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur Pierre CHAREYRON du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

Faculté de médecine Lyon-Est Liste des enseignants 2023/2024

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier Hors classe

VILLANI	AXEL	Dermatologie-vénéréologie
---------	------	---------------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Anatomie
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORELON	EMMANUELLE	Néphrologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie

BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
COTTIN	VINCENT	Pneumologie, addictologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie (disponibilité du 01/06/2022 au 31/05/2024)
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
JULLIEN	DENIS	Dermatologie vénéréologie
KODJIAN	LAURENT	Ophtalmologie
KROLAC-SALMONT	PIERRE	Médecine interne (disponibilité du 01/01/2023 au 31/12/2024)
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie viscérale et digestive
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
ROY	PASCAL	Biostatistique inf.méd.
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeurs des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d’urgence
BACCHETA	JUSTINE	Pédiatrie
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie - Réanimation – Médecine d’urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d’urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie - Addictologie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation

2

SD_LISTE UCBL - UFR LYON EST 06 12 2023

JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation - Médecine d'urgence
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation-Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeurs des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHEDOTAL	ALAIN	Biologie cellulaire
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
DELLA SCHIAVA	NELLIE	Chirurgie vasculaire
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DUPRE	AURELIEN	Cancérologie
DURUISSEAU	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire
JOUBERT	BASTIEN	Neurologie

3

SD_LISTE UCBL - UFR LYON EST 06 12 2023

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAUT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités
1^{ère} classe

CARVALLO PLUS	SARAH	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
---------------	-------	---

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT
-------------	---------

Professeurs associés de Médecine Générale

DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
JUNG	JULIEN	Neurologie
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie
PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
BRINGUIER	PIERRE	Histologie, embryologie cytogénétique
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Histologie, embryologie cytogénétique
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AUORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
LACON REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne – Gériatrie - Addictologie
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BALANCA (stagiaire)	BAPTISTE	Anesthésie, réanimation médecine peri
BARBA (stagiaire)	THOMAS	Médecine interne, gériatrie, addictologie
BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BENECH	NICOLAS	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOCCALINI (stagiaire)	SARA	Radiologie, imagerie médicale
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AUORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPIEUX CHABERT (stagiaire)	CELINE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
GRINBERG (stagiaire)	DANIEL	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
KOENIG	ALICE	Immunologie
LILLOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MAINBOURG JARDEL (stagiaire)	Sabine	Thérapeutique médecine douleur, addictologie
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pharmacologie fondamentale, pharmacie clinique, addiction
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive

SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VIPREY (stagiaire)	MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Maîtres de conférences Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences Classe normale

BAYLAC-PAOULY	BAPTISTE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
FAUVERNIER	MATHIEU	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
MATEO	SEBASTIEN	Sciences de rééducation et de réadaptation
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VIALLO	VIVIAN	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maître de conférences de Médecine Générale 1^{ère} classe

CHANELIERE	MARC
------------	------

Maître de conférences de Médecine Générale 2^{ème} classe

LAMORT-BOUCHE	MARION
---------------	--------

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maître de conférences associé Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation
------------	--------	--------------------------------------

Professeur Honoraire

DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie
------	-------------	--------------

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie diabétologie maladies du métabolisme
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé

ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacie fondamentale, clinique
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie, hépatologie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques
REVEL	DIDIER	Radiologie imagerie médicale
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAIN	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Composition du jury :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Emmanuel POULET
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Thierry D'AMATO
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Monsieur le Docteur Jean-Michel DOREY
Maitre de Conférence – Praticien Hospitalier

Monsieur le Docteur Pierre-Luc PODLIPSKI
Praticien Hospitalier

Remerciements

Monsieur le Professeur Poulet,

Merci de me faire l'honneur de présider le jury, et pour l'attention particulière que vous avez portée à mon travail. Je vous suis également reconnaissante pour la qualité constante de vos enseignements.

Monsieur le Professeur D'Amato,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et pour les collaborations très intéressantes dont j'ai pu bénéficier avec les membres de vos équipes hospitalières. Soyez assuré de mon respect et de ma considération.

Monsieur le Professeur Franck,

Merci pour l'accompagnement bienveillant que vous prodiguez aux internes de psychiatrie, ainsi que pour les connaissances que m'avez transmises, par l'enseignement du DES ou au sein de votre équipe médicale du Pôle Centre. Je suis honorée de vous compter parmi les membres du jury.

Monsieur le Docteur Dorey,

Ce fut un véritable plaisir de travailler sous votre responsabilité au Pôle PsyPA, et d'enrichir régulièrement ma pratique de vos précieux conseils. Je vous suis également reconnaissante pour vos interventions en psychiatrie de la personne âgée, passionnantes, et pour votre participation à mon travail, indispensable.

Monsieur le Docteur Podlipski,

Pierre-Luc, merci pour tes encouragements, ta disponibilité et ta précieuse contribution à l'élaboration de ce travail. Merci également de m'avoir accordé ta confiance, et de m'avoir par-là initiée au travail de recherche. Enfin, merci pour l'intégration chaleureuse que tu réserves aux internes du service transversal.

Je tiens à remercier tous les médecins et équipes paramédicales avec lesquels j'ai eu la chance de travailler ces dernières années, en particulier :

Les Drs JOURDAN et SCLIFFET, qui m'ont connue externe, et motivée à faire de la psychiatrie ma spécialité.

Les Drs MELAC et IBRAHIM, pour l'accompagnement bienveillant de mes premiers pas en psychiatrie au pôle centre du Vinatier.

Le Dr MILLER, qui m'a beaucoup appris à l'UHCD de Saint Jean Dieu, ainsi qu'à sa formidable équipe soignante, tant humainement que professionnellement.

Le Dr MORIN, pour sa pertinence et son impertinence combinées. Le Dr MARTINAND pour ses éclairages subtils.

Les Drs PODLIPISKI, FELICIAN et SIMEON, pour leur superbe accueil au pôle transversal de gériopsychiatrie, et pour leur contribution au développement de ma vocation en PPA. Leurs équipes : mobiles, dévouées et sympathiques. Mention particulière à Estelle, ma seconde maman.

Le Dr PASI-DELAY, qui m'a fait intégralement découvrir et apprécier la psychiatrie périnatale. Merci pour ses exceptionnelles qualités humaines et sa contribution à ma thèse.

Le Dr BLOND pour son encadrement impeccable à Sisley, et l'attention constante qu'elle porte tant aux patients qu'à son équipe. Le Dr COMON, sa passion pour la « neuro-cardio-gérontopsychiatrie » et tout ce qui en découle m'ont beaucoup appris. Le Dr STEFAN, dont j'admire la richesse des compétences, et qui a accepté de m'en transmettre une partie, en particulier en EMDR. Les équipes de Sisley et du CMP-PA Quadrilles, compétentes et chaleureuses.

Les Drs TAIX et BENETOS, qui m'ont fait découvrir la systémie, et initiée aux moteurs du changement. Le Dr MARTIN, pour son sens du partage et de la transmission. L'unique équipe Drôme-Ardéchoise de l'ESCALE, pour son accueil, son intégration et son partage illimités.

Mes co-internes, rares et uniques. En particulier Lucile et Stevana, pour leur passion commune des ponctions lombaires, et la création de motifs de divertissement en stage.

Aux patients que j'ai rencontrés et que je rencontrerai.

Merci également à celles et ceux qui ont, plus précocement dans ma vie, contribué à mon goût d'apprendre de nouvelles choses. En particulier à Monsieur CHABEL et Madame DELAHAYE, mes instituteurs. A Monsieur LEBRUN, mon professeur de philosophie, et à tous les autres. A André.

Enfin, merci à celles et ceux qui ont de près ou de loin contribué à ce travail, en particulier mon beau-frère, Adrien pour sa patience dans la gestion du support informatique, impeccable. A Mme GOSSELIN, au Dr RUBIO et à Mr PIGOT. A Clément DETAVERNIER.

A Alexandre GEAREAIN, pour sa contribution à l'élaboration des statistiques.

A mon entourage personnel, auquel je ne saurai jamais assez manifester l'étendue de ma gratitude.

A mes parents, merci pour votre amour et vos efforts perpétuels d'éducation et d'attention à notre égard. Merci pour tout ce que vous nous avez transmis.

A ma sœur : Cécile, Percy, Cornouailles, difficile de m'imaginer « si je ne t'avais pas » ...

... et à Victoire, Titar, qui nous comble de joie depuis deux ans. A Adrien, merci d'avoir rejoint la famille.

A ma Tata Jojo, mon phare, dans la tempête comme par temps clair. Merci infiniment pour ton soutien, ta tendresse, et bien d'autres choses encore.

A ma Tata José, pour ton calme olympien, ton humour, et ta mousse au chocolat. A mon tonton Noël, Gabibel, qui nous a bien transportées à zépaules, merci pour les concerts d'Indochine aussi. Merci à tous les deux pour votre grande gentillesse.

Merci à mes grands-parents, pour la création et la transmission de notre héritage traditionnel familial. A pépère André et Mémé Jeanne, à pépère Amable et mémé Gigi, à tonton Alfred, je pense bien à vous.

A mes cousins et cousines, François, Florent, Elodie et Charline, et à leurs enfants. Merci pour tous les bons souvenirs des rencontres familiales, passées et à venir.

A ma marraine préférée, Isabelle, et à Hervé, Hélène et Margot, merci d'avoir contribué à notre enfance heureuse des années 90.

A Madeleine, Gérard et Julien, on rigole bien à Wingles depuis 30 ans.

A Michel et Sabine, Marie-Chantal et Jean-Louis, pour votre présence à nos côtés depuis pas mal d'années, « que du bonheur ».

A mes amis, d'un soutien précieux et permanent.

A la ville de Dunkerque, au Racing Club de Lens.

A mes amis :

Du collège et du lycée :

Amélie. Merci de m'avoir fait découvrir ce qu'était un fou-rire. Merci pour les années collège et pour les centaines de copies doubles que je te dois.

Lorella. Merci de m'avoir aidée à traverser l'adolescence de manière plus ou moins esthétique, et d'être toujours mon amie aujourd'hui, la plus originale surement. Ya tebya lyublyu.

Léo. Merci pour ton humour absurde et ta passion des Who. Merci de souvent rigoler à mes blagues même quand ce n'est pas très drôle. Merci pour ton soutien. Tu me dois 2 euros. Clémence, merci d'avoir pris le relais pour la prise en charge de Léo, notamment vestimentaire.

Marion. Merci pour toutes les choses auxquelles je n'avais pas pensé avant de te rencontrer. Merci pour ta vision toujours optimiste de la vie, tes conseils avisés, et ton côté zinzin adorable.

Clément. Merci d'avoir partagé un bout de ma jeunesse, et pour les amours insouciantes.

Maxence. Merci pour tes idées et ton sens critique.

Faustine. Je suis admirative de la personne que tu deviens. Intelligente, toujours aussi drôle et généreuse. Si j'avais un bouchon je ferais exprès de le perdre. Merci d'être toujours là, fidèle et inconditionnelle.

Du Nord :

David. Merci de nous avoir fait autant rire toutes ces années. Pour le soutien bizarre que l'on se portait. Merci pour ta découverte du Mousquetaire et pour « the fly took it ».

Nathan, Brigitte. Merci d'avoir été le meilleur des compagnons d'infortune. Merci pour ton humour débile, ta tendresse, ton esprit subtil et tes talents d'électricien. Merci de m'avoir supportée.

Valentine, Valou. Merci pour tes qualités humaines. Merci de faire vivre nos valeurs communes, et félicitations pour ton unboxing à venir.

Francis, Vicky, TL, MaxP, Aymeric, Nico, Marion, Paupau, Simon, merci d'être la bande de potes rêvée. Merci pour les dingeries illimitées. Merci Dunkerque, je vous adore. Joyeux anniversaire.

Pyves. T'es bizarre mais je t'aime bien quand même.

De la fac :

Marie, Rima. Merci d'être cette personne aussi adorable que surprenante. Merci pour ta permanence à mes côtés, pour notre évolution ensemble.

Odile. Merci de t'être inscrite au cours de fitness abdos fessiers, finalement. Parce que sans cela, je serais encore une âme égarée parmi les autres. Cordialement.

Alexandra, Alex. Merci d'avoir été une formidable comparse de virées Lilloises, et pour ce que tu m'as fait découvrir.

Clémentine, Dehouck. Merci aussi pour l'élaboration complexe du personnage de Josiane, qui a accompagné une bonne partie de notre amitié. Merci de m'avoir présenté Nico.

Nico, merci pour tout. En particulier le chou des sushis.

Chloé. Merci d'être une personne sensible et attentive. Merci pour tes réflexions, et pour ton franc parler emblématique.

Audrey. A force, tu sais comme je t'admire. Merci d'être toujours aussi sympa malgré ton niveau de badass.

Antoine, Zuzur. Merci pour nos goûts musicaux communs, et notre patois divergent. Merci d'incarner nos valeurs nordistes à toi tout-seul.

Mohamed, Aloulou. Merci de me laisser être ton commis en cuisine, et explorer un peu de ta psyché et de tes réflexions, c'est passionnant. Claire, Je suis très contente de t'avoir rencontrée, et j'attends les prochains fun facts dans ma boîte aux lettres.

Clément, Rourou. Merci aussi pour ta vision toujours embellie des choses.

Sarah, Mig. Merci pour les rondades. Merci d'être drôle et surprenante.

Axelle, Camel. Merci pour l'ingrédient supplémentaire que tu apportes avec toi où que tu ailles.

Apolline, Poupi. Merci pour ta gentillesse et ton humour.

Margot, Gogow. Merci pour ta générosité et ton ouverture. Et pour bien rigoler aussi.

De toujours :

Marie, Carla. ma fausse cousine. Merci pour les 30 années de ta contribution hasardeuse à mes idées, hasardeuses elles aussi. Merci pour ta spontanéité emblématique.

Les suggestions maison :

Lise. J'ai failli ne jamais te rencontrer. Merci d'être une belle antenne Nordiste, où que tu ailles. Merci pour ta franchise, ta générosité et ton sens de la dérision. Allez les sang et or.

Damien, Mienmien. Mienmienmien. Mien. Mien mien ? Tends ta main. Merci Mien.

A la petite équipe :

Jules, SK. Merci de m'avoir fait autant rire, pour ton imagination débordante, et pour Elmer. Bon, et je dois le reconnaître ... merci pour ton expertise en physiologie et en anatomie. Akekoi.

Pauline. Merci d'être mon double, en version charismatique. Merci pour les roulades. Merci d'être aussi drôle et pertinente à la fois.

Soline. Merci d'être notre éternelle Maman, malgré tes formidables évolutions militantes ! Merci de toujours nous apporter joie et cohésion.

Aux semi Lyonnais :

Roxane. Merci d'avoir partagé avec moi l'appartement A2, le tiroir mystère et les copeaux de cochon d'Inde. Merci d'avoir été cette amie pour moi.

Alexandre, Alex, baby. Merci d'apporter fantaisie, humour démesuré et inattendu, intelligence et chaos à mon quotidien depuis 2020. Merci pour ta fidélité à TV magazine. Merci d'avoir enrichi ma réflexion sur l'Allemagne.

Nathan et Pyrrhos. Merci d'apporter cynisme et joie dans la même phrase, à tout instant. Merci pour ta finesse incroyable, quand elle fait de contre-vérités des souvenirs indélébiles...

Safia, SAFIA. Merci d'être cette personne pleine de vertus qu'elle ne soupçonne pas. Merci aussi pour ton côté maléfique de star.

Marina, Christophe. Merci de partager un sens hors pair de l'absurde tout terrain. Merci d'être si riche d'idées et de fantasmes, et de m'accompagner spirituellement vers la découverte de l'absolu.

Clémence. Merci pour la palette étoffée d'activités de meufs qu'on a pu élaborer ensemble. Merci pour ta générosité, et ton aspect franc-folle semi dissimulé, que j'adore.

Dimitri, Némésis. Je viens de lire incarnation de la désapprobation indignée. C'est à peu près ça. Merci d'exister, et de skier correctement pour un touriste. Merci de me tolérer, je sais que je suis une plaie, moi aussi.

Auriane. Merci pour ta joie communicative et pour le partage de ta philosophie de vie.

Antoine. Mon promis, merci pour l'honneur que vous me faites en vous unissant à moi par les liens sacrés du mariage. Arthur, merci d'accepter sans sourcilier cette union.

Merci aux copines de promo : Elsa, Laurie, Lucile, Sixtine.

Valentine. Va...lentine. Merci pour ta douceur, ta pertinence et ta sensibilité. Tu m'inspires.

Jeanne, Jeannou. Merci d'être cette personne juste, honnête et si drôle. Merci d'avoir animé mon été.

Juliette, Princess Juliet. Merci de m'avoir permis de te découvrir. Merci pour ta tolérance, d'abord. Mais aussi pour ta subtilité, et ton humour acide.

Marianne. Tout ce que tu penses de toi, mais l'inverse. Merci pour ça. Et pour être un petit chou à la crème de gingembre confit.

Yannis. Merci pour la profondeur de tes réflexions et pour ton sens aiguisé du détail. Merci de saisir le 5^{ème} degré et les interlignes comme personne. Merci aussi pour la merveilleuse odeur de poisson dans le van.

Lucile. Merci de contribuer activement à la bonne ambiance, en indépendance totale du contexte. Merci d'être un démon d'épaule angélique.

Sophie. Merci de tolérer la cohabitation avec moi. Merci pour ta gentillesse et tes cinnamon rolls.

Puce, Napoléon, Mia, Léon, Lola, Tilou, Pépi.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

APA : American Psychological Association

CAPS : Clinical Administred PTSD Scale

CBT : Cognitive Behavioral Therapy ou **TCC** : Thérapie Cognitivo Comportementale

CBT-T : Cognitive Behavioral Therapy on trauma ou TCC-T : Thérapie Cognitivo Comportementale centrée trauma

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} version

CN, CP et SUD, en EMDR : Cognition Négative (Negative Cognition), Cognition Positive (Positive Cognition), et Subjective Unit of Disturbance

CPT : Cognitive Processing Therapy ou Thérapie du Retraitement Cognitif

CT : Cognitive Therapy ou TC : Thérapie Cognitive

DS : Déviation Standard

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

dl : nombre de degrés de liberté

DVA : Department of Veterans Affairs

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

IES-R : Impact of Event Scale

IPGDS : International Prolonged Grief Disorder Scale

ISTSS : International Society for Traumatic Stress Studies

ITQ : International Trauma Consortium

mhGAP : mental health Gap Action Programme : Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale

N : effectif total observé

p : p-valeur

PCL-5 : Post Traumatic Check List Scale for DSM 5

PE : Prolonged Exposure ou EP : Exposition prolongée,

SBA : Stimulations Bilatérales Alternées

SPRINT : Short PTSD Rating Interview

TAI : Traitement Adaptatif de l'Information

TDP : Trouble de Deuil Prolongé

TGI-SR+ : Traumatic Grief Inventory Self Report Plus

TNC : Trouble Neurocognitif

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique ou PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

URL : Uniform Resource Locator

χ^2 = Valeur du Khi-2

Table des matières

I. Introduction	22
A. Contexte et justification	22
B. Objectifs de recherche	23
II. Revue de la littérature	23
A. Définition et types de psychotraumatismes	23
1. Définition	23
2. Types de psychotraumatismes	24
B. Données épidémiologiques	24
1. Prévalence	24
2. Comorbidités psychiatriques	25
3. Comorbidités physiques	25
C. Impacts physiopathologiques et corrélations neuroanatomiques	25
D. Spécificités du TSPT chez la personne âgée	26
1. Prévalence	26
2. Facteurs de risque	26
3. Particularités cliniques	27
4. Particularités des troubles neurocognitifs	27
E. Thérapies validées pour le traitement du TSPT	29
1. Population générale, recommandations internationales	29
2. Spécificités des personnes âgées pour le traitement du TSPT	29
F. Conclusions et questions soulevées	30
III. Méthodologie	31
A. Conception de l'étude	31
1. Public concerné	31
2. Calcul du nombre de sujets nécessaires	31
3. Description du questionnaire	31
B. Procédure de collecte des données	32
1. Répartition des participants en deux bras indépendants	32
2. Distribution du questionnaire	33
3. Communication et considérations éthiques	33
4. Recueil de données	33
C. Analyse des résultats	33
1. Données socio-démographiques	33
2. Analyse des données de recherche :	33
IV. Résultats :	35
A. Concernant la population :	35
1. Nombre de réponses, participation et inclusion	35
2. Description de la population :	36
3. Comparabilité des populations d'étude	44
B. Analyse des résultats de recherche	45
1. Résultats du premier cas clinique : TSPT classique, incluant un variant sur l'âge	45

2.	Résultats du second cas clinique : TSPT avec TNC.....	57
3.	Axes d'amélioration des prises en charge des personnes âgées.....	58
4.	Échelles de Likert.....	60
V.	Discussion	62
A.	Données socio démographiques.....	62
1.	Particularités de la population	62
2.	Troubles psychiques faisant l'objet d'un accompagnement en EMDR.....	62
3.	Accompagnement des personnes âgées.....	63
4.	Comparabilité des bras d'étude	63
B.	Données quantitatives :	63
1.	Validation de l'indication d'un accompagnement en EMDR.....	63
2.	La question diagnostique, spécificités du Trouble de Deuil Prolongé (TDP).....	63
C.	Données qualitatives :	65
1.	Premier cas clinique : TSPT	65
2.	Second cas clinique : TSPT et TNC.....	70
D.	Données issues des échelles de Likert :	71
E.	Limitations et forces de l'étude, pistes de recherche	75
1.	Limites	75
2.	Forces	75
3.	Recherches futures	76
VI.	Conclusion	76
VII.	Bibliographie.....	77
VIII.	Annexes.....	82

I. Introduction

A. Contexte et justification

Le **Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT, ou PTSD)** est défini dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) comme l'apparition de symptômes caractéristiques chez une personne qui a été confrontée à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. La perturbation doit durer plus d'un mois et avoir un retentissement significatif (1) (Annexe 1).

Selon l'OMS, une personne devient âgée à partir de 60 ans (2). Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement, le risque de survenue d'événements traumatiques augmente. Il semble néanmoins que dans cette population, la prévalence de TSPT clinique soit inférieure à celle de la population adulte (3–5). Le TSPT pouvant revêtir des présentations différentes, être confondu avec d'autres pathologies somatiques ou psychiatriques comorbides ou non, cette prévalence est probablement sous-estimée. Fréquemment et indépendamment associées à la dépression, aux problématiques addictives, aux troubles anxieux (3,6) et au suicide (6), leur détection et leur prise en charge représentent un réel enjeu pour l'espérance et la qualité de vie des patients.

Une étude menée au Royaume-Uni concernant l'accompagnement en psychothérapie des personnes âgées - tout diagnostic confondu - a révélé que celui-ci est estimé comme « insuffisant en regard des besoins » par 87% des professionnels interrogés (7). Parmi les raisons principales identifiées on retrouve : un défaut d'adressage, un manque d'expérience ainsi qu'un besoin de formation spécifique à l'accompagnement de ces populations.

Contrairement à certains stéréotypes sociaux, des enquêtes d'opinion ont montré que les sujets âgés de 65 ans et plus trouvent les traitements par psychothérapie plus acceptables que les traitements médicamenteux, notamment dans le cas de la dépression (8–10). Cependant, il semblerait que les personnes âgées soient moins enclines à accepter des soins de santé mentale que des personnes plus jeunes pour diverses raisons (11).

Parmi les psychothérapies évaluées dans le traitement du TSPT quel que soit l'âge, cinq d'entre elles sont recommandées en première intention, dont quatre dérivées des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC-T, TC, EP : Exposition Prolongée, CPT : Cognitive Processing Therapy) et l'« Eye Movement Desensitization and Reprocessing » (EMDR). Les traitements médicamenteux quant à eux ne se justifient que dans les formes chroniques ou en seconde intention (12).

Inventée dans la fin des années 1980 par *Francine Shapiro*, l'EMDR a depuis été largement étudiée et validée dans le traitement du TSPT dans tous les groupes d'âge (12–14). Aujourd'hui le champ des indications à son recours tend à s'élargir à d'autres troubles mentaux, notamment du registre anxieux (15). Il n'existe cependant que peu d'études s'intéressant spécifiquement à sa pratique avec des personnes âgées, ou présentant des troubles cognitifs.

B. Objectifs de recherche

Cette thèse s'intéresse aux pratiques des thérapeutes EMDR et a pour objectif principal de déterminer s'il existe une différence dans la validation ou non d'un accompagnement en EMDR par le thérapeute en fonction de l'âge de la personne concernée.

D'autres questions secondaires sont abordées, telles que : le diagnostic retenu, les freins éventuels à l'accompagnement, et les objectifs de celui-ci. Des questions annexes permettent d'explorer succinctement la problématique des troubles neurocognitifs et les représentations générales des thérapeutes au sujet des différents groupes d'âge. Enfin, leur avis a été sollicité sur les manières possibles d'apporter une aide plus adéquate à la population âgée.

II. Revue de la littérature

A. Définition et types de psychotraumatismes

1. Définition

Le Trouble du Stress Post-Traumatique (TSPT) se définit d'après la 5ème édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) comme un trouble psychiatrique qui se développe

suite à l'exposition à un évènement traumatique. L'évènement traumatique se caractérise par une confrontation à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. La personne exposée à un tel évènement peut développer quatre types de symptômes réalisant le TSPT : symptômes d'intrusion ou de reviviscence du traumatisme, comportements d'évitement, altérations des cognitions et de l'humeur, modifications de l'état d'éveil et de la réactivité. Les perturbations susmentionnées apparaissent ou s'aggravent après l'évènement traumatisant. Pour constituer un TSPT elles doivent évoluer depuis au moins un mois et leur retentissement doit être significatif, c'est-à-dire induire une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement. Enfin, le diagnostic nécessite l'élimination des diagnostics différentiels (1).

2. Types de psychotraumatismes

Il existe différents sous-types de TSPT, en fonction de leurs particularités cliniques et temporelles. Cliniquement, le TSPT peut se présenter avec des symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation) ou non. L'exposition traumatique peut être : unique, réalisant un TSPT de type 1 dit « simple », ou prolongée ou répétée, réalisant un TSPT de type 2 dit « complexe », distinct du TSPT simple dans la CIM 11 (16).

En fonction de son caractère complet ou non, il peut s'agir d'un tableau de TSPT « complet » selon les critères susmentionnés, ou « incomplet », sub-syndromique, dans le cas où seuls certains critères sont présents mais entraînent une détresse significative (1).

Temporellement, on distingue plusieurs entités. Le TSPT aigu apparaît dans les 3 mois suivant l'évènement traumatique, et dure entre 1 et 3 mois. Le TSPT chronique était défini dans le DSM IV comme apparaissant dans les 3 mois suivant l'évènement traumatique, et évoluant pendant plus de 3 mois, jusqu'à plusieurs années. Enfin, pour le TSPT à expression retardée, les symptômes apparaissent 6 mois ou plus après l'évènement traumatique (1).

B. Données épidémiologiques

1. Prévalence

Selon les études, la prévalence du TSPT varierait de 1 % (3) à 3,9% (17). Une étude Australienne réalisée en population générale estimait la prévalence du TSPT à 1,33%, avec une discrète supériorité de prévalence chez la femme. L'exposition vie entière à des évènements traumatisants était de 64,6% pour les hommes et 49,5% pour les femmes (18).

2. Comorbidités psychiatriques

Toujours selon cette étude, la survenue d'autres troubles psychiatriques serait augmentée dans la population souffrant de TSPT, en comparaison avec la population générale. C'est le cas des troubles thymiques, anxieux et de l'usage de substances pour les hommes comme pour les femmes. Au total, un autre trouble de l'axe 1 était présent au cours des 12 derniers mois pour 85,2% des hommes et 79,7% des femmes avec un TSPT. Une étude suédoise ayant étudié le risque suicidaire chez les personnes avec un TSPT a montré une association significative entre TSPT et suicide, avec un risque relatif de 2, et une association plus forte chez les femmes que chez les hommes. Ces effets étaient indépendants d'autres troubles psychiatriques antérieurs (19). En outre, le TSPT constitue un facteur de risque indépendant de développer un TNC majeur ultérieurement (20).

3. Comorbidités physiques

Le TSPT majore la prédisposition à plusieurs pathologies du vieillissement, médiée selon des hypothèses non exclusives par des processus inflammatoires ou par une majoration des facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques (21,22).

En effet, la population souffrant de TSPT présente un risque de présenter un syndrome métabolique significativement supérieur à celui de la population générale ($RR=1,82$, $IC95 = 1,72-1,92$, $p<0,001$), avec une prévalence de 38,7% (23). Ce paramètre est important à considérer du fait de son association fréquente à la survenue de pathologies cardio-vasculaires. Une étude relativement ancienne (1999) menée sur des Vétérans jeunes (âge moyen 38 ans) observe d'ailleurs une association entre la survenue d'un TSPT et des anomalies électrocardiographiques (ischémiques ou de conduction atrio-ventriculaire)(24).

Au total cette population présente un moins bon état de santé général, et des risques majorés de recours aux soins, d'hospitalisation, de handicap et de mortalité prématurée (21).

C. Impacts physiopathologiques et corrélations neuroanatomiques

Au niveau physiologique, la survenue d'un TSPT a des impacts importants, notamment neuroendocriniens et inflammatoires, susceptibles d'entraîner une accélération du vieillissement (22).

Au niveau neurologique, les modifications observées sont à la fois neurophysiologiques et psycho-cognitives (21). Ces dernières incluent des altérations de l'apprentissage verbal, de la mémoire

sémantique, de l'attention et de la mémoire de travail, de la vitesse de traitement de l'information et des fonctions exécutives. Ces associations, observées dans tous les groupes d'âges, apparaissent plus fortes chez les adultes âgés (21).

Au niveau cérébral (22), les conséquences du TSPT sur les plans morphologique et fonctionnel sont aujourd'hui bien documentées. Les études de neuroimagerie fonctionnelle montrent une activation accrue de l'insula (25) et de l'amygdale (25,26), commune aux troubles anxieux (25), et une hyperréactivité de cette dernière à l'évocation du vocabulaire en lien avec le traumatisme en comparaison avec les témoins (27). Le circuit d'inhibition exercé par le cortex préfrontal (CPF) médian paraît dérégulé en imagerie fonctionnelle, pouvant expliquer en partie les symptômes d'hypervigilance (22). L'hypoactivation du CPF ventromédian, du gyrus cingulaire antérieur rostral et dorsal et du thalamus, régions impliquées dans la régulation émotionnelle, seraient plus spécifiques du TSPT (25). Enfin le volume des hippocampes apparaît quant à lui réduit en cas de TSPT, et en particulier la Corne d'Amon (CA-3) et le gyrus denté, indépendamment de l'âge (28).

D. Spécificités du TSPT chez la personne âgée

1. Prévalence

La prévalence du TSPT chez les personnes âgées serait selon les études comprise entre 0,6 % (3) et 0,9 % (29), allant jusqu'à 13,1% pour les formes sub-syndromiques (29). Elle semble donc moins élevée que dans la population générale adulte.

2. Facteurs de risque

La population âgée présente des facteurs de risque intrinsèques de développer des troubles de santé mentale, parmi lesquels : l'isolement social, le déclin des capacités fonctionnelles et des possibilités d'adaptation. Certains facteurs liés au vieillissement tels que le départ en retraite, la perte d'autonomie, l'isolement, le décès d'un proche, ou des problèmes de santé physique peuvent

déclencher ou aggraver un TSPT (21,30). Parmi diverses variables étudiées dans une étude épidémiologique centrée sur le sujet (29), le névrosisme et les expériences négatives de l'enfance constituent des facteurs de risque significatifs de développer un TSPT ou un TSPT sub-syndromique chez la personne âgée. Ce dernier cadre nosographique serait également significativement impacté par : le genre (féminin), un mauvais état de santé perçu, une faible auto-efficacité (*Bandura* : croyance qu'un individu a en sa propre capacité à réaliser une tâche), la solitude, et une détresse liée à des événements récents.

Par ailleurs, malgré un manque de données spécifiques aux personnes âgées concernant l'exposition, on peut présumer la survenue plus fréquente d'événements à potentiel traumatique du fait de l'avancée en âge : allongement de temps d'exposition, fréquence des deuils, fréquence des événements de santé pouvant mettre en jeu le pronostic vital (30).

3. Particularités cliniques

Empiriquement, la patientèle âgée semble signaler plus de préoccupations physiques ou douloureuses, des difficultés de sommeil, des troubles gastro-intestinaux, des difficultés cognitives, ou utiliser des termes génériques tels que « *stress* » pour décrire des difficultés en lien avec un traumatisme (21). Elle serait aussi moins encline à décrire des difficultés émotionnelles en des termes tels que « *dépression* » ou « *anxiété* » (21). Ceci pourrait, comme pour d'autres pathologies psychiatriques du sujet âgé, induire une confusion avec d'autres diagnostics, psychiatriques ou non.

Proche de la présentation clinique de l'adulte, celle du TSPT chez l'adulte âgé est toutefois modifiée par : une augmentation de l'agitation et de l'irritabilité, des syndromes somatiques plus fréquents (troubles de l'appétit, du sommeil et de la mémoire), et une diminution des symptômes intrusifs (30), plus spécifiques du TSPT que d'autres pathologies psychiques ou physiques. Les symptômes d'évitement et d'hypervigilance seraient en revanche accrus (21).

Ces particularités, associées à l'existence de formes sub-syndromiques et de temporalités d'apparition diverses (TSPT de novo, retardé, réactivé (30)) mettent en lumière la difficulté potentielle de leur repérage, en particulier en médecine générale.

4. Particularités des troubles neurocognitifs

a) *Intéactions bidirectionnelles entre TSPT et TNC*

Dans la population âgée, comme dans la population générale, on identifie plusieurs formes de psychotraumatismes en fonction de la temporalité. Une entité clinique particulière est le TSPT

réactivé à la faveur de troubles cognitifs, principalement constatée chez les vétérans de guerre initialement (31). Des séries de cas ont d'abord rapporté des manifestations de TSPT majorées avec le déclin cognitif, et suggéré le rôle précipitant des TNC modérés dans la survenue d'un TSPT d'apparition retardée. Ceci suppose des influences bidirectionnelles entre les TSPT et les TNC, et que les processus neurodégénératifs puissent désinhiber l'irruption de souvenirs traumatiques dans le champ de la conscience. Ces manifestations, étudiées par *Dallam et al.*, peuvent comprendre : la survenue de flashbacks dissociatifs, de propos en lien avec la guerre, ou de troubles du comportement, particulièrement la nuit (31).

L'impact du déclin cognitif sur l'expression du TSPT serait modulé par la personnalité prémorbide, les capacités d'adaptation, et le niveau de soutien mis en place par le sujet (32).

b) Spécificités des TNC co-occurents de TSPT :

La survenue d'un TSPT constitue en soi un facteur de risque de développer une démence. Selon certaines hypothèses l'interaction serait produite, entre autres (28), par une action neurotoxique des glucocorticoïdes (retrouvés à des concentrations sériques élevées de manière prolongée dans le TSPT) sur l'hippocampe (28,32).

E. Charles et al. ont mené une étude rétrospective auprès de l'entourage de patients avec un TNC majeur. Celle-ci suggère que l'occurrence d'évènements de vie difficiles en fréquence importante puisse participer aux processus neurodégénératifs (32). Aucune causalité directe n'a cependant pu être établie.

Cliniquement, la symptomatologie du TSPT serait modifiée par les TNC majeurs, avec notamment des symptômes intrusifs et d'hyperéveil plus importants : insomnies et terreurs nocturnes, hypervigilance et réactions de sursaut exagérées, irritabilité (30). Ces derniers, ainsi que l'agressivité verbale, physique ou les troubles du comportement, peuvent être perçus comme des symptômes psycho-comportementaux de la démence, et induire des difficultés de soins pour les personnes concernées (20). En ce sens *Ruisch et al.* soulignent l'intérêt du développement d'un outil diagnostique structuré, dans une perspective d'ajustement du traitement (20).

c) Traitements proposés

Actuellement peu de connaissances sur l'efficacité des traitements du TSPT dans les TNC majeurs sont disponibles. Une revue de la littérature les a recensées pour en faire une synthèse (20). Les rares études menées sur ce thème étaient des études de cas, au sujet de la TCC, de l'EMDR, de

l'Exposition Prolongée (EP), et des interventions pharmacologiques. Les démonstrations d'effets positifs et de faisabilité les plus fiables concernaient l'EMDR, utilisée dans deux articles de qualité jugée « suffisante ».

Cette revue a montré la possibilité de traiter les personnes souffrant à la fois de TSPT et de TNC avec les mêmes approches que celles utilisées classiquement dans le TSPT, et proposent de poursuivre l'investigation avec des essais contrôlés randomisés.

E. Thérapies validées pour le traitement du TSPT

1. Population générale, recommandations internationales

Dans un programme d'action pour combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) (33), l'OMS a conçu un guide d'intervention pour l'évaluation et la prise en charge des affections spécifiquement liées au stress (Annexe 4). Celui-ci simplifie les critères diagnostiques de TSPT, et formule des recommandations concernant la prise en charge des personnes souffrant de diverses affections, dont le deuil compliqué et le TSPT.

Elle recommande, entre autres, pour le TSPT de proposer de la psychoéducation et de la TCC-T ou de l'EMDR si un thérapeute qualifié et encadré est disponible. Dans tous les cas, les interventions psychologiques proposées sont centrées sur le psychotraumatisme. Plusieurs sociétés savantes convergent dans le sens de cette recommandation (APA : American Psychological association, DVA : Department of Veterans Affairs, ISTSS : International Society for Traumatic Stress Studies).

La prescription d'un antidépresseur (ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine) ne se justifie que dans le cas où ces méthodes seraient indisponibles, inefficaces (OMS), ou si le trouble évolue depuis plus d'un an, précise la Haute Autorité de Santé (HAS), auquel cas une dépression est « quasi systématiquement » associée (12).

2. Spécificités des personnes âgées pour le traitement du TSPT

a) *Contexte général, données de la littérature*

La plupart des essais contrôlés randomisés concernant la psychothérapie du TSPT n'incluent pas de personnes âgées, ou en nombre insuffisant pour faire des comparaisons sur l'âge (21). Lorsqu'elles existent, les études menées selon cette méthodologie et concernant les personnes âgées spécifiquement ne s'intéressent pas aux thérapies recommandées internationalement dans la prise en charge du TSPT chez l'adulte (TCC, EMDR) (21).

b) Utilisation de l'exposition

Des études de cas utilisant la psychothérapie pour le traitement du TSPT chez la personne âgée avec un variant de la thérapie d'exposition ont signalé au moins une efficacité dans l'amélioration des symptômes traumatiques. De plus, aucune étude n'a rapporté d'effet indésirable cognitif ou physiologique à long terme lié à l'exposition, et ce malgré l'inclusion d'individus âgés souffrant de comorbidités physiques (pathologie cardiaque, TNC majeur) ou psychiatriques (dépression sévère, trouble panique)(21). Ceci laisse présumer une innocuité voire un effet bénéfique, à minima sur les symptômes spécifiques de TSPT.

c) Des études pilote en TCC et EMDR

Une étude Française, contrôlée non randomisée, a été réalisée concernant la TCC (34). Menée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), elle a montré une efficacité durable de la TCC adaptée sur la réduction des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie de personnes âgées souffrant de TSPT, sans TNC ou avec des TNC légers. Elle comportait cependant plusieurs biais et était limitée par le faible nombre de patients inclus.

Une étude de faisabilité Néerlandaise s'est intéressée à la pratique de l'EMDR avec des personnes âgées (35). Celle-ci a montré une réduction significative de la fragilité et une amélioration de la qualité de vie, dans les suites d'une thérapie EMDR. Elle est néanmoins, elle aussi, limitée méthodologiquement par le faible effectif de patients et l'absence de bras de contrôle.

F. Conclusions et questions soulevées

En résumé, ces données suggèrent l'extrapolabilité potentielle des résultats obtenus par les études thérapeutiques réalisées à grande échelle chez l'adulte aux personnes âgées, notamment en termes de sécurité d'utilisation et d'efficacité, au moins sur les symptômes spécifiques de TSPT.

Une validation de ces hypothèses demeure néanmoins nécessaire, par la réalisation d'études contrôlées randomisées de puissance suffisante centrées sur ce groupe.

Il est également possible que l'application de ces méthodes psychothérapeutiques requière des adaptations de protocole, qui ne font actuellement pas l'objet de consensus.

C'est dans ce contexte que je me suis intéressée aux représentations des psychothérapeutes EMDR, afin de déterminer, d'une part s'il existe des différences liées uniquement à l'âge, et d'autre part de quel ordre celles-ci pouvaient être.

III. Méthodologie

A. Conception de l'étude

1. Public concerné

La population recrutée était composée de praticiens EMDR répertoriés par l'association EMDR France. Ces praticiens sont psychiatres, psychologues, ou psychothérapeutes ARS. Ils ont été formés par l'un des quatre organismes habilités à délivrer des formations EMDR en France. Je leur ai adressé un questionnaire (Annexe 3).

2. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le nombre de sujets nécessaires (nombre minimal de participants) a été calculé pour observer une différence de 15% dans les réponses entre les groupes pour les variables quantitatives. Pour une valeur standard de alpha à 5% et bêta à 20%, ce nombre est estimé à 264 sujets au total.

3. Description du questionnaire

a) *Plan*

(1) Caractéristiques socio-démographiques

La première partie recueille les caractéristiques socio-démographiques des praticiens, ainsi que leurs modalités d'exercice.

(2) Premier cas clinique et critère de jugement principal

La seconde partie, qui comporte le critère de jugement principal, pose des questions sur un cas clinique usuel de TSPT suivant les critères du DSM-5 et répondant positivement aux divers items de la PCL-5 (PTSD CheckList : auto-évaluation comprenant 20 items qui mesurent les 20 symptômes de TSPT du DSM-5) (Annexe 2). La description clinique proposée peut s'apparenter à d'autres diagnostics psychiatriques, pouvant être considérés comme différentiels ou associés (dépression, troubles anxieux autres, trouble de l'adaptation : deuil prolongé). Ce qui fait en l'occurrence retenir spécifiquement le diagnostic de TSPT à titre principal sont les critères B, C et E (intrusion, évitement, éveil et réactivité). Seules les réponses mentionnant uniquement le TSPT ont été retenues, afin d'éviter une éventuelle confusion.

(3) Deuxième cas clinique

La troisième partie, optionnelle, pose des questions sur un cas clinique de TSPT moins typique dans un contexte de trouble neurocognitif.

(4) Recueil d'avis

Enfin, la dernière partie recueille les connaissances et l'avis des praticiens concernant l'accompagnement en EMDR de sous populations spécifiques (âge, déficiences).

b) Format des questions

Certaines questions sont « obligatoires » pour la poursuite de la participation, d'autres sont « facultatives » (pour maintenir l'engagement des participants). Les questions sont posées au format « QCM » : Question à Choix Multiples, « QCS » : Question à Choix Simple », ou QROC : Question à Réponse Orientée Courte. La dernière partie du questionnaire se décline sous le format « échelle de Likert » à quatre points.

B. Procédure de collecte des données

1. Répartition des participants en deux bras indépendants

Le questionnaire a été transformé en deux versions (A : patiente âgée (79 ans) et B : patiente jeune (42 ans)), comportant un variant unique constitué par l'âge de la patiente dans le premier cas clinique. Les deux versions du questionnaire ont été regroupées sous une même URL (short Link), avec une orientation vers l'une ou l'autre, en fonction du caractère ordinal pair ou impair du clic sur le lien (clic 1 : A, 2 : B, 3 : A etc), permettant une répartition aléatoire égale (1 :1).

2. Distribution du questionnaire

Le lien *short Link* a été envoyé par email aux praticiens membres de l'association EMDR France ayant accepté la communication de leur adresse électronique sur le site emdr-france.org. Deux envois par personne ont été effectués, à environ 3 semaines d'intervalle (1^{er} envoi, puis relance).

3. Communication et considérations éthiques

Les exigences de qualification minimale requise ont été mentionnées en préambule du questionnaire « La participation implique d'avoir validé au minimum la formation EMDR niveau 1 par une école reconnue par l'association EMDR France, EMDR Europe, EMDR Canada, EMDR IA ou EMDR Institute ». Les réponses ont été analysées anonymement. Le recueil de l'adresse email des praticiens était facultatif et à des fins de communication des résultats de l'étude pour les ceux qui le souhaitent. Le consentement éclairé des participants a été vérifié par la mention suivante : « La poursuite de ce questionnaire et l'envoi des réponses impliquent que vous consentez à participer au travail de recherche ».

4. Recueil de données

Les réponses ont été recueillies entre fin février et début mai 2024, et consignées dans deux bases de données indépendantes en fonction de la version du questionnaire (A ou B).

C. Analyse des résultats

1. Données socio-démographiques

Une analyse descriptive des caractéristiques socio démographiques des participants a été réalisée. Puis la comparabilité des populations sur différents paramètres jugés pertinents pour l'étude a été évaluée. Ces derniers étaient : la profession et l'âge des thérapeutes, l'expérience professionnelle, l'expérience en EMDR, le niveau obtenu en EMDR, le caractère courant ou non de leur pratique de l'EMDR, l'enseignement reçu en psychiatrie de la personne âgée, l'âge seuil à partir duquel on estime une personne « âgée » et le pourcentage de personnes dites âgées reçues en patientèle. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide d'un test t de student, les données catégorielles avec un test du Khi-2.

2. Analyse des données de recherche :

a) *Les données quantitatives*

Une méthode quantitative de comparaison des bras d'étude a été utilisée pour l'analyse des résultats du format QCM ou QCS de la deuxième partie. Les variables étant nominales pour les

questions : « S'agit-il selon vous d'une indication de prise en charge EMDR ? » (Validation de l'indication d'EMDR) et « Si oui, pour quel motif ? » (Diagnostic retenu). Les données ont été analysées à l'aide d'un test du Khi-2. L'objectif était de déterminer s'il existait une différence significative entre les groupes. La valeur du p était considérée comme induisant une différence significative au seuil habituel de 0,05.

b) Les données textuelles

Une méthode qualitative thématique catégorielle a été appliquée pour les résultats du format QROC. Une première lecture exhaustive des réponses a d'abord été effectuée, puis une seconde lecture a permis l'identification de mots ou de groupes de mots porteurs de sens. Ceux-ci ont été associés à un code, indifféremment de leur bras d'origine, puis classés en sous-thèmes et thèmes, permettant de retenir des grandes orientations de réponse.

Le dénombrement des occurrences des codes dans chaque sous-catégorie, puis catégorie, réalisé cette fois ci par groupe (A) ou (B), est synthétisé dans les tableaux annexés.

Celui-ci a permis de repérer les thématiques les plus fréquemment citées, pouvant sembler prioritaires pour les participants.

Un mot ou groupe de mots porteur de sens est mentionné dans la rédaction à partir de 5 occurrences du code associé. En deçà de cette fréquence, les codes ne sont mentionnés que s'ils sont singuliers ou importants ou regard du sujet. Des citations sont intégrées pour illustrer le propos, extraites des 2 bases de données indifféremment. Le nombre (*nX*) qui les accompagne fait référence au numéro du répondeur.

c) Les données annexes

Les réponses aux parties 3 et 4 ont été analysées avec la méthode adéquate au format de la question, comme décrit précédemment. Le but de ces données étant d'enrichir la discussion, aucune étude comparative n'a été menée entre les 2 bras de l'étude concernant ces parties.

Les échelles de Likert étaient formulées en 4 points, attribués de la manière suivante : Pas d'accord : 1 point, Plutôt pas d'accord : 2 points, Plutôt d'accord : 3 points, D'accord : 4 points. Les moyennes, médianes et déviations standard ont été calculées sur les réponses de l'échantillon total. Puis la médiane a été retenue pour dégager la tendance de réponse de la population.

IV. Résultats :

A. Concernant la population :

1. Nombre de réponses, participation et inclusion

Le lien vers le questionnaire a été envoyé à 1344 praticiens recensés sur le site de l'association. Après 3 mois en ligne, 271 réponses de praticiens ont été recueillies (138 bras A, 133 bras B). Cela correspond à un taux de participation de 20,16%. Parmi les 271 participants, 13 ont été exclus car ne répondaient pas aux critères d'inclusion (n'étaient pas psychiatre, psychologue ou psychothérapeute ARS). 258 réponses ont donc été analysées (132 bras A, 126 bras B) (Figure 1).

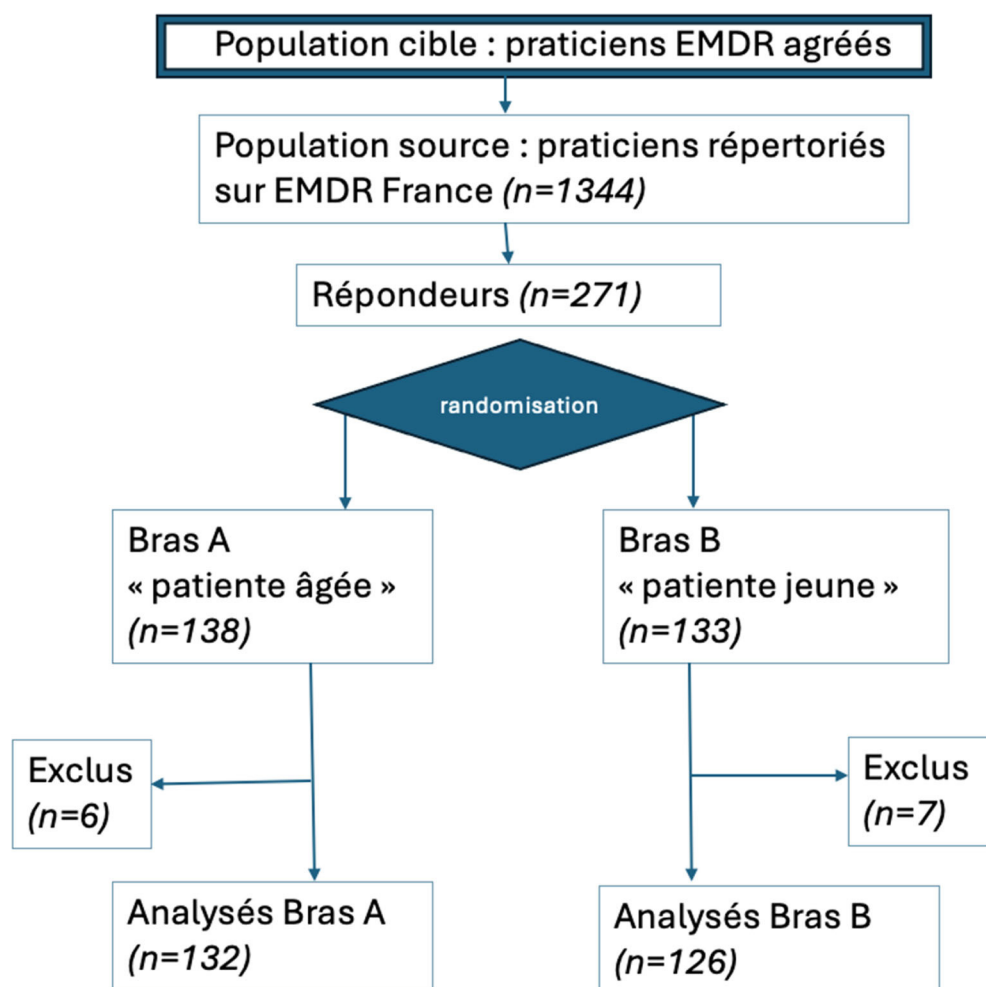


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Description de la population :

Les caractéristiques socio-démographiques sont résumées dans le tableaux 1 et les figures 2 à 6.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques : moyennes, déviations standard des variables chiffrées

	Moyenne \pm DS		
	Bras A	Bras B	Ensemble
Age (années)	48,33 \pm 11,03	47,54 \pm 10,35	47,95 \pm 10,69
Expérience professionnelle (années)	16,53 \pm 8,99	16,96 \pm 9,51	16,74 \pm 9,23

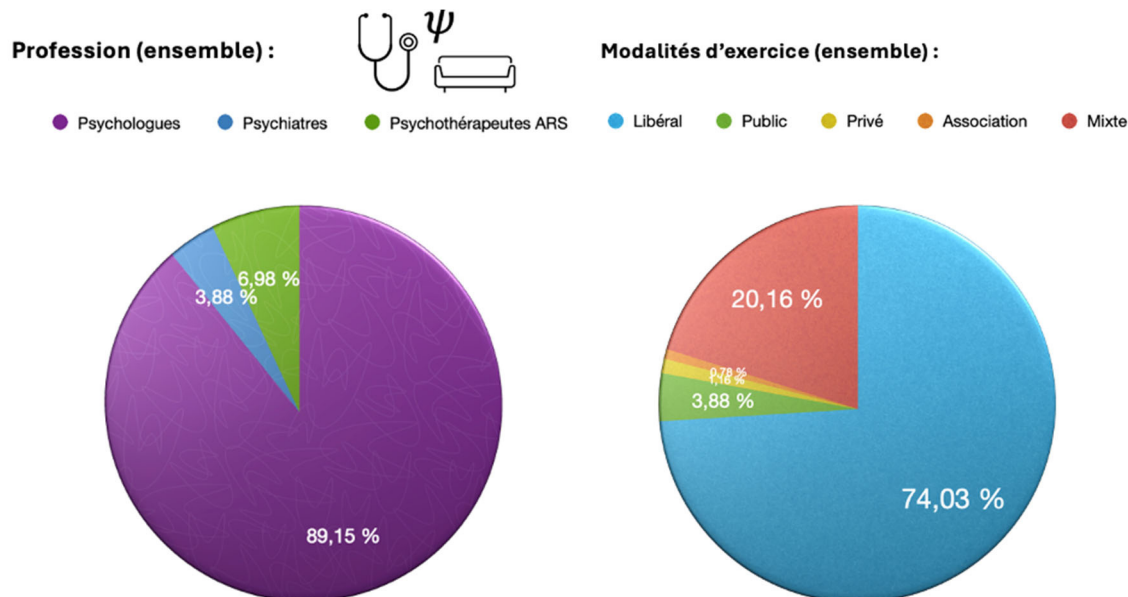
Expérience en EMDR (années)	6,75 ± 5,03	7,60 ± 5,40	7,16 ± 5,22
Niveau en EMDR	2,64 ± 0,65	2,76 ± 0,61	2,70 ± 0,63
Age seuil « personne âgée » (années)	71,31 ± 5,24	70,53 ± 5,18	70,92 ± 5,21
Personnes âgées en patientèle (%)	10,45 ± 8,55	9,37 ± 9,86	9,92 ± 9,21

a) Profession

Parmi les participants, une vaste majorité (89,15%) exerce le métier de psychologue (psychiatres : 3,88%, psychothérapeutes ARS : 6,98%) (Figure 2).

b) Modalités d'exercice

La majorité des thérapeutes exerce exclusivement en libéral (74,03%), 3,88% au sein du service public, 1,16% dans un établissement privé et 0,78% en association. Enfin 20,16% ont une activité mixte (plusieurs types d'exercice) (Figure 2).



Profession des psychothérapeutes :

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N (%)
Psychologues	114 (86,37)	116 (92,06)	230 (89,15%)
Psychiatres	7 (5,30)	3 (2,38)	10 (3,88%)
Psychothérapeutes ARS	11 (8,33)	7 (5,56)	18 (6,98%)

Modalités d'exercice :

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N (%)
Libéral	95 (71,97)	96 (76,19)	191 (74,03)
Public	6 (4,54)	4 (3,17)	10 (3,88)
Privé	1 (0,76)	2 (1,59)	3 (1,16)
Association	2 (1,51)	0 (0)	2 (0,78)
Mixte	28 (21,21)	24 (19,04)	52 (20,15)

Figure 2 : Caractéristiques socio-démographiques : profession et modalités d'exercice des thérapeutes

c) Mode de présentation des patients

L'orientation des patients en psychothérapie résulte de trois modalités principales : 84,11% des professionnels reçoivent des personnes sur orientation d'un professionnel de santé, 77,13% reçoivent des nouvelles personnes sur conseil de leur entourage et 71,32 % reçoivent des personnes qui se présentent spontanément. Marginalement, certains professionnels reçoivent des personnes via l'annuaire EMDR France (5,04%) ou via un autre moyen (1,55%) (Figure 3).

d) Age des thérapeutes

L'âge moyen des thérapeutes est de 48 ans (moyenne des médianes de classe) (DS : Déviation Standard = 11) (Tableau 1).

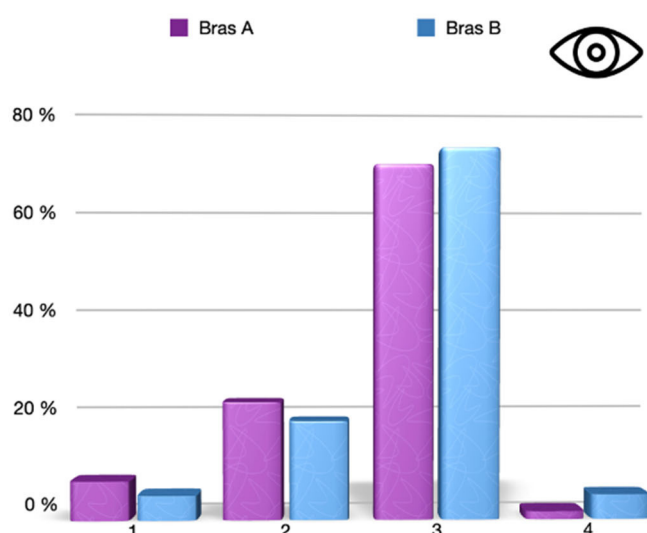
e) *Expérience professionnelle, en EMDR, et niveau obtenu en EMDR*

Les professionnels sont en exercice depuis environ 17 ans en moyenne (DS= 9), et ont reçu leur formation initiale en EMDR il y a en moyenne 7 ans (DS=5) (Tableau 1). Le niveau moyen obtenu est estimé à 2,7 (DS= 0,6) (NB : niveau 1, niveau 2, niveau estimé à 3 quand niveau 2 + formations complémentaires en EMDR, et 4 quand superviseur ou formateur) (Figure 4).

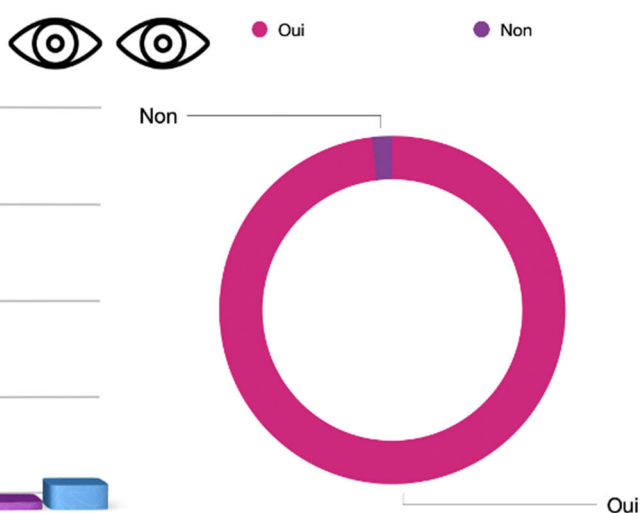
f) *Pratique régulière de l'EMDR, autres psychothérapies utilisées*

La quasi-totalité des psychothérapeutes intègre cette pratique à son exercice habituel (98,08%) (Figure 4). Seuls 15,89% d'entre eux en font une pratique exclusive. Environ deux tiers (67,05%) pratiquent une ou deux autres formes de psychothérapie, et 17,05% en pratiquent trois ou plus (Figure 5).

Niveau de formation obtenu



Pratique régulière de l'EMDR



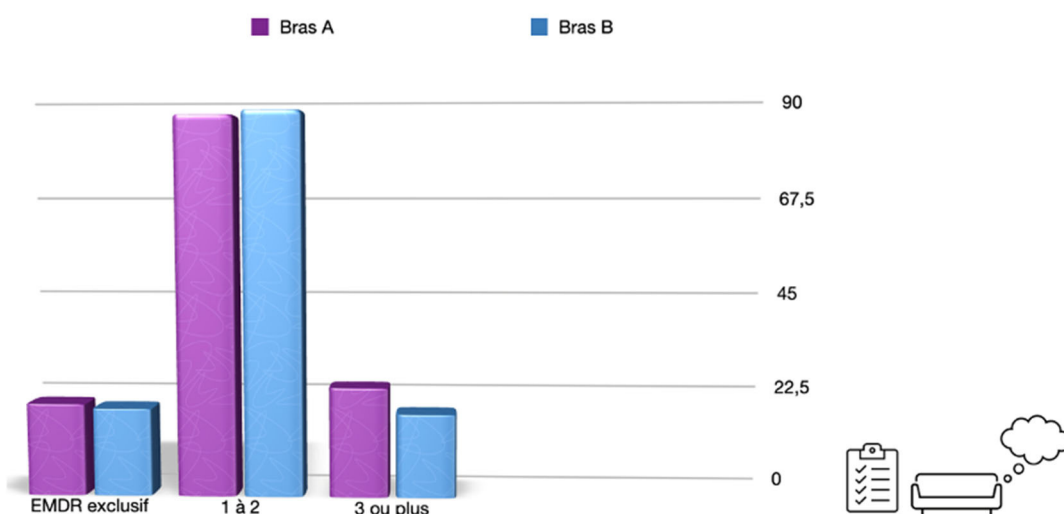
Niveau de formation obtenu :

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N (%)
Niveau 1	10 (7,58)	6 (4,76)	16 (6,20)
Niveau 2	30 (22,73)	24 (19,05)	54 (20,93)
Niveau 3	90 (68,18)	90 (71,43)	160 (69,77)
Niveau 4	2 (1,52)	6 (4,76)	8 (3,10)

Pratique régulière de l'EMDR

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N (%)
Oui	129 (97,73)	124 (98,41)	223 (98,06)
Non	3 (2,27)	2 (1,59)	5 (1,94)

Figure 4 : Caractéristiques socio-démographiques : EMDR : Niveau obtenu, Pratique régulière



Autres formes de psychothérapie pratiquées :

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N (%)
EMDR exclusif	21 (15,91)	20 (15,87)	41 (15,89)
1 à 2 autres	86 (65,15)	87 (69,05)	173 (67,05)
3 autres ou plus	25 (18,94)	19 (15,08)	44 (17,05)

Figure 5 : Caractéristiques socio-démographiques : Autres psychothérapies utilisées

g) Indications de psychothérapie EMDR

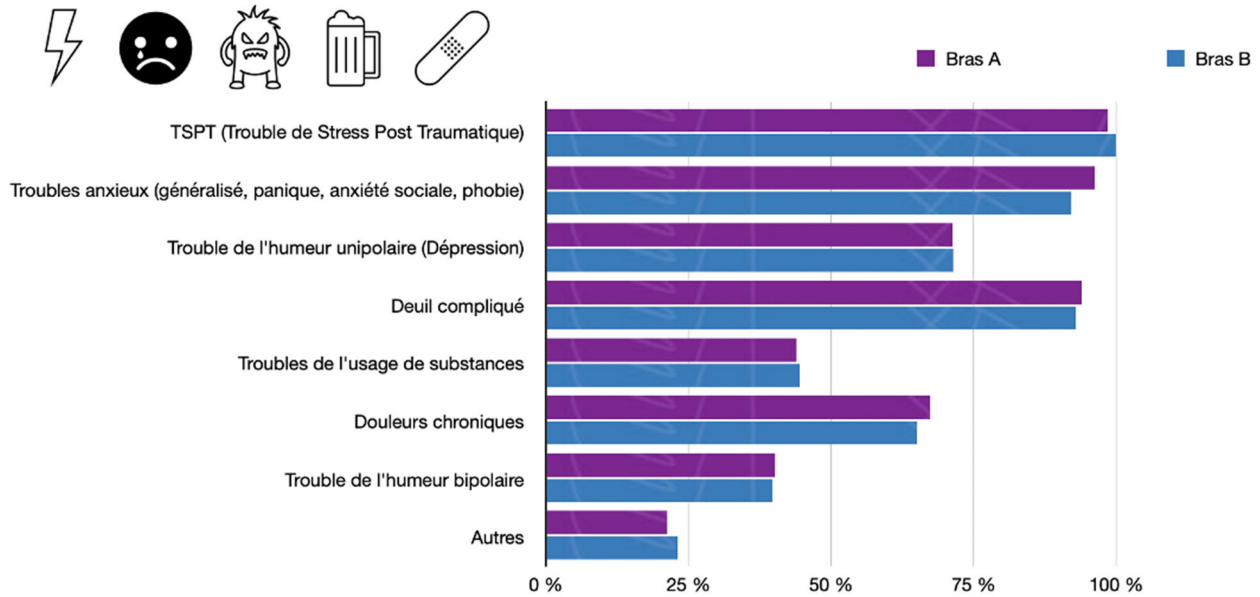
Les diagnostics considérés par les praticiens comme des indications d'accompagnement en EMDR sont les suivants (Figure 3) :

- Formellement (> 90% des participants) : TSPT (99,22%), troubles anxieux (généralisé, panique, anxiété sociale, phobie) : (94,19%), deuil compliqué (93,41%),
- Souvent (50 à 75% des participants) : trouble de l'humeur unipolaire (dépression) (71,32%), douleurs chroniques (66,28%),
- Parfois : (25 à 50% des participants) : troubles de l'usage de substances (44,19%), trouble de l'humeur bipolaire 39,92%
- Rarement : autres diagnostics, tous confondus : 22,09%.

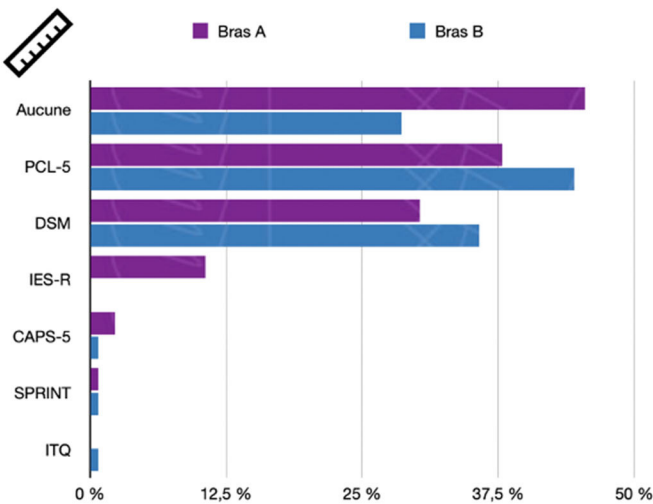
h) Utilisation d'échelles diagnostiques

Pour le diagnostic de TSPT, les professionnels interrogés utilisent pour 62,79% d'entre eux au moins une échelle validée (PCL-5 : PTSD CheckList, IES-R : Impact of Event Scale, SPRINT : Short PTSD Rating Interview, CAPS-5 : Clinical Administred PTSD Scale, ITQ : International Trauma Consortium, Critères DSM-5) (Figure 3).

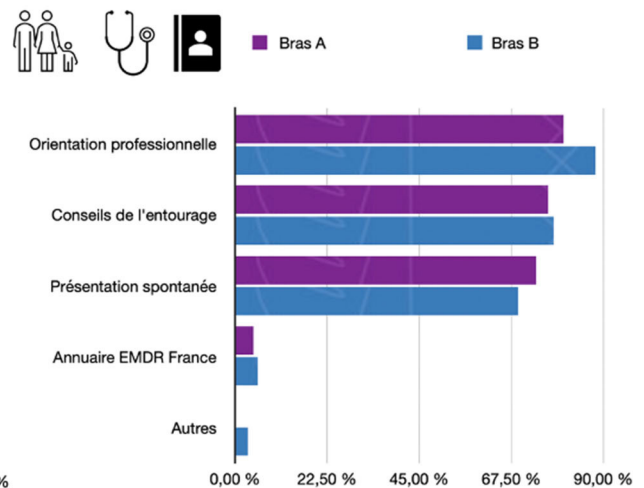
Indications retenues pour un accompagnement en EMDR



Utilisation des échelles diagnostiques



Mode de présentation des patients



Indications retenues pour un accompagnement en EMDR

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N(%)
TSPT (Trouble de Stress Post Traumatique)	130 (98,48)	126 (100)	256 (99,22)
Troubles anxieux (généralisé, panique, anxiété sociale, phobie)	127 (96,21)	116 (92,06)	243 (94,19)
Trouble de l'humeur unipolaire (Dépression)	94 (71,21)	90 (71,43)	184 (71,32)
Deuil compliqué	124 (93,94)	117 (92,86)	241 (93,41)
Troubles de l'usage de substances	58 (43,94)	56 (44,44)	114 (44,19)
Douleurs chroniques	89 (67,42)	82 (65,08)	171 (66,28)
Trouble de l'humeur bipolaire	53 (40,15)	50 (39,68)	103 (39,92)
Autres	28 (21,21)	29 (23,02)	57 (22,09)

Utilisation des échelles diagnostiques :

	Bras A : N (%)	Bras B N (%)	Ensemble : N (%)
Au moins une	72 (54,55)	90 (71,43%)	162 (62,79)
Aucune	60 (45,45)	36 (28,57)	96 (37,21)

Mode de présentation des patients :

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N (%)
Orientation Professionnelle	106 (80,30)	111 (88,10)	217 (84,11)
Conseils de l'entourage	101 (76,52)	98 (77,78)	199 (77,13)
Présentation spontanée	97 (73,48)	87 (69,05)	184 (71,32)
Annuaire EMDR France	6 (4,55)	7 (5,56)	13 (5,04)
Autres	0 (0)	4 (3,17)	4 (1,55)

Figure 3: Caractéristiques socio-démographiques : indications retenues pour un accompagnement en psychothérapie EMDR, Utilisation des échelles en pratique clinique et Mode de présentation des patients

i) Formation à la clinique des personnes âgées

Concernant leur niveau de formation à la clinique spécifique du sujet âgé, 55,81% des participants, soit un peu plus de la moitié d'entre eux a reçu une formation spécifique aux troubles mentaux des personnes âgées. Parmi ceux qui en ont suivi au moins une, 75% en ont reçu une à l'université ou école, intégrée à l'enseignement obligatoire, et 17,36% à l'enseignement optionnel. Enfin 26,39% de cette sous-population a suivi un enseignement ultérieur, dans le cadre de formations continues, soit 14,73% de l'ensemble de la population interrogée (Figure 6).

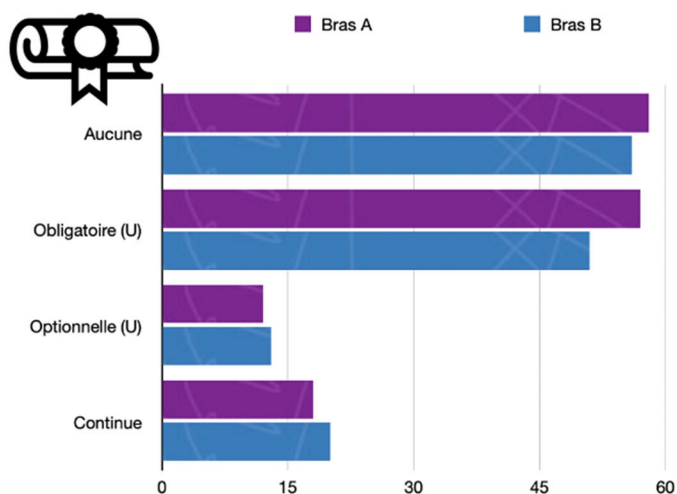
j) A partir de quel âge parle-t-on de personne âgée ?

En moyenne, l'âge seuil retenu pour la définition de « personne âgée » par les thérapeutes interrogés est 71 ans (DS=5) (Tableau 1).

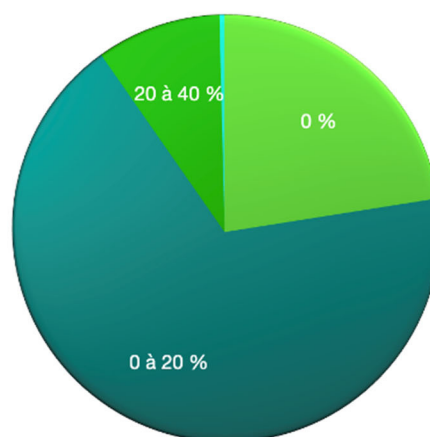
k) Proportion de personnes âgées en patientèle

La part moyenne de population âgée de plus de 65 ans accueillie par les participants est de 9,92% (moyenne des médianes de classe) (DS=9,21) (Tableau 1)(Figure 6).

Enseignements spécifiques aux troubles mentaux de la personne âgée :



Part de personnes âgées accueillies en patientèle (ensemble) :



Enseignements aux troubles mentaux de la personne âgée :

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N (%)
Aucune	58 (43,94)	56 (42,42)	114 (44,19)
Au moins une	74 (56,06)	70 (55,56)	144 (55,81)
- Initiale Obligatoire	57 (43,18)	51 (38,64)	108 (41,86)
- Initiale Optionnelle	12 (9,09)	13 (9,85)	25 (9,68)
- Continue	18 (13,64)	20 (15,15)	38 (14,73)

Part de personnes âgées accueillies en patientèle

	Bras A : N (%)	Bras B : N (%)	Ensemble : N (%)
0%	28 (21,21)	30 (23,81)	58 (22,48)
0 à 20%	87 (65,91)	88 (69,84)	175 (67,83)
20 à 40%	17 (12,88)	7 (5,56)	24 (9,30)
80 à 100%	0 (0)	1 (0,79)	1 (0,39)

Figure 6|: Caractéristiques socio-démographiques : Enseignements spécifiques aux troubles mentaux de la personne âgée et pourcentage de personnes âgées accueillies en patientèle

3. Comparabilité des populations d'étude

a) Variables chiffrées

La comparabilité des données chiffrées est résumée dans le tableau 2 : il n'y a pas de différence significative entre les bras d'étude pour ces variables au seuil de $p = 0,05$.

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques, comparabilité des variables chiffrées entre les deux bras d'étude (A et B) : Test t-Student

Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p
Âge	t de Student	0.595	256	0.552
Expérience	t de Student	-0.374	256	0.709
Expérience EMDR	t de Student	1.303	256	0.194
Niveau EMDR	t de Student	-1.602	256	0.110
Âge seuil PA	t de Student	1.251	236	0.212
% PA Patientèle	t de Student	0.950	256	0.343

Note. $H_a \mu_A \neq \mu_B$

b) Variables nominales :

La comparabilité des données nominales est résumée dans le tableau 3. Les populations sont comparables pour les variables : profession, modalités d'exercice, pratique régulière de l'EMDR, et enseignements spécifiques aux troubles mentaux de la personne âgée. Il existe en revanche une différence significative dans l'utilisation des échelles diagnostiques, à la faveur du groupe B, qui en utilise significativement plus.

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques, comparabilité des variables nominales : Test Khi-2

	$\chi^2=$	N	ddl	p
Profession	2,37	258	2	0,306
Modalités d'exercice	2,07	258	4	0,723
Pratique EMDR régulière	0,159	258	1	0,690
Enseignement PPA	0,00667	258	1	0,93
Utilisation Échelles	7,86	258	1	0,005

PPA : psychiatrie de la personne âgée

c) Ensemble des paramètres

Au total les populations sont donc comparables sur tous les paramètres à l'exception de l'utilisation des échelles diagnostiques.

B. Analyse des résultats de recherche

1. Résultats du premier cas clinique : TSPT classique, incluant un variant sur l'âge

a) Premières questions : données quantitatives

(1) S'agit-il selon vous d'une indication de prise en charge en EMDR ?

Pour la quasi-totalité des professionnels des bras A (98,48%), et B (98,41%), les éléments du cas clinique motivent un accompagnement en EMDR. On ne relève pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,963$) (Tableau 4). Les professionnels valident donc presque unanimement l'indication d'accompagnement en EMDR, quel que soit l'âge de la personne.

Tableau 4 : Résultats, test de comparaison du critère de jugement principal « Validation de l'indication », Khi-2

« S'agit-il selon vous d'une indication de prise en charge EMDR ? »

Tables de contingence

Bras	Indication validée		Total
	Oui	Non	
A	130	2	132
B	124	2	126
Total	254	4	258

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	0.00220	1	0.963
N	258		

I

(2) Si oui, pour quel motif ?

Concernant le diagnostic, une majorité (60,63%) des personnes interrogées retient le diagnostic de TSPT à titre principal, 24,41% le trouble de deuil prolongé ou trouble de l'adaptation, 4,33% l'épisode dépressif caractérisé, 2,76 % un autre trouble anxieux, 4,33% une association de plusieurs diagnostics, et 3,54% ne se prononcent pas (Figure 7). Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,390$), donc pas de différence de diagnostic en fonction de l'âge de la patiente (Tableau 5).

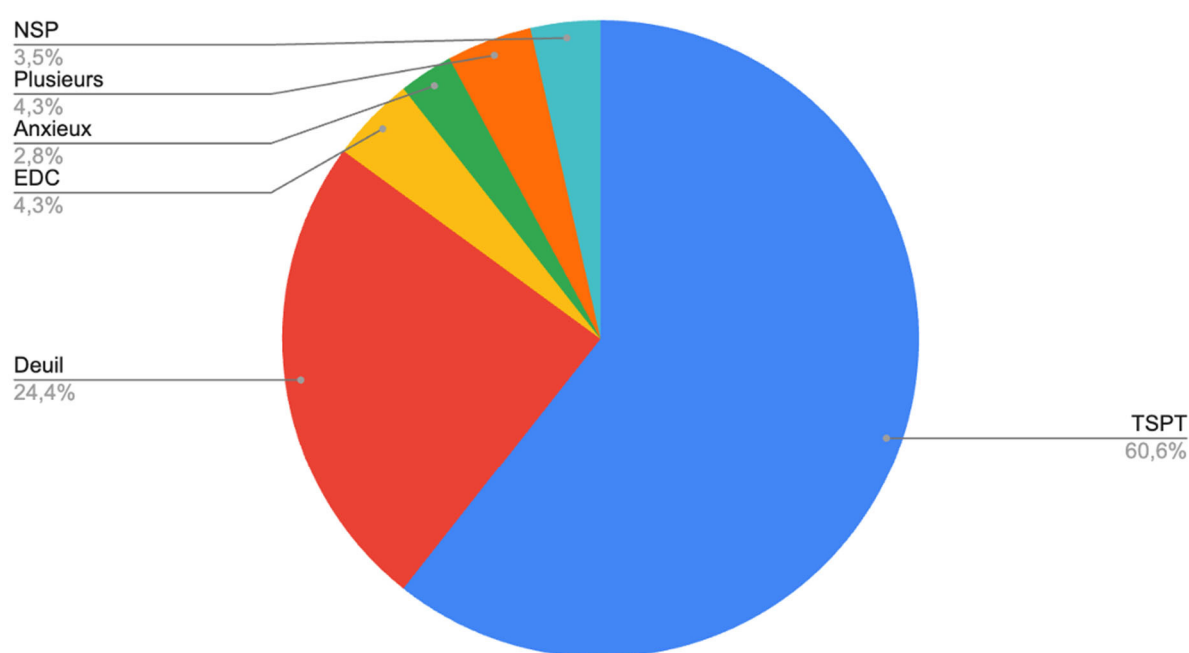


Figure 7 : Diagnostics retenus par l'ensemble des thérapeutes (bras A et B)

Tableau 5 : Test de comparaison du critère de jugement secondaire « Diagnostic retenu », Khi-2**« Si oui, pour quel motif ? »**

Tables de contingence

Bras	Diagnostic retenu						Total
	EDC	TSPT	Deuil	Anxieux	Plusieurs diagnostics	NSP	
A	8	73	37	3	5	4	130
B	3	81	25	4	6	5	124
Total	11	154	62	7	11	9	254

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	5.22	5	0.390
N	254		

EDC = Épisode dépressif caractérisé, TSPT = Trouble de Stress Post Traumatique, Deuil = Trouble de d'adaptation ou deuil prolongé, Anxieux = Troubles anxieux (autres), NSP = Ne se prononce pas

(3) Synthèse

Au total une la quasi-totalité des thérapeutes est favorable à un accompagnement en EMDR, quels que soient l'âge de la patiente et le diagnostic retenu.

b) Questions suivantes : données qualitatives

(1) Quels éléments cités ou à rechercher pourraient constituer un frein à la prise en charge de cette patiente ?

(a) Thématiques principales

Le comptage des codes pour cette question est résumé dans le tableau 6. Elle permet de faire émerger trois thèmes, parmi lesquels : en premier lieu l'**état de santé** -psychique et physique- de la patiente, puis le **défaut d'engagement** de celle-ci, et enfin le **manque de ressources personnelles**. De manière marginale, certains participants ne relèvent aucun frein particulier, ou sont favorables à ce qu'un avis médical puisse être donné avant l'accompagnement pour trancher cette question. L'âge de la patiente constitue un frein pour une très petite partie du groupe A (4 mentions) « *parfois à cette âge-là, s'il n'y a jamais eu de travail thérapeutique avant, mieux vaut ne pas trop remuer les choses* n107 ».

Tableau 6 : « Freins à un accompagnement en EMDR », Principaux thèmes et sous thèmes dégagés de l'analyse qualitative

Thèmes Et Sous thèmes	Bras A : Patiente âgée	Bras B : Patiente jeune
État de santé	162 (66,94%)	156 (66,67%)
Défaut de ressources :	24 (9,92%)	22 (9,40%)
- SP	5	3
- Environnementales	9	10
- Sociales	10	9
Défaut d'engagement dans les soins :	26 (10,74%)	24 (10,26%)
- Absence de demande, refus, opposition	13	13
- Pas de motivation au changement	10	3
- Autres	3	8
Aucun ou souhait d'avis	17 (7,02%)	27 (11,54%)
- Aucun	14	21
- Souhait avis médical	3	6
Autres :	13 (5,37%)	5 (2,14%)
- Rapport à la mort	4	4
- Lien au mari	5	1
- Age	4	0
Total général	Bras A : 242	Bras B : 234

SP = Sans précision

Pourcentages (%) exprimés sur le total des codes recensés dans le bras d'étude

(b) L'état de santé

Le premier thème en termes de fréquence est l'état de santé de la patiente (Tableau 7), et ce dans les deux groupes de participants.

Tableau 7 : « Freins à un accompagnement en EMDR », Principaux thèmes et sous thèmes dégagés de l'analyse qualitative, Détail du thème : « État de santé »

Sous-thèmes Et détail	Bras A : Patiente âgée	Bras B : Patiente jeune
État de santé physique	62 (38,27%)	20 (12,82%)
Neurologique	31 (19,14%)	10 (6,41%)
- TNC	22	5
- Autres	9	5
Général	18 (11,11%)	8 (5,13%)
- SP	5	2
- Douleur	7	4
- AEG	5	2
- Autres	1	0
Cardio-respiratoire	9 (5,56%)	1 (0,64%)
Autres	4 (2,47%)	1 (0,64%)
État de santé psychique	88 (54,32%)	111 (71,15%)
Antécédents psychiatriques	12 (7,71%)	36 (23,08%)
- SP	2	9
- Traumatismes antérieurs	6	12
- Troubles de l'attachement	0	6
- Psychose	2	5
- Autres	2	4
Symptômes actuels	76 (46,91%)	75 (48,08%)
- SP	8	0
- Réactions émotionnelles	20	25
- Dissociation	4	9
- Dépressifs	10	12
- Risque suicidaire	6	14
- Psycho-cognitifs	21	8
- Aspécifiques	7	7
Autres :	12 (7,41%)	25 (16,03%)
- SP	7	7
- Prise de traitements	5	17
- Autres	0	1
Total des codes « état de santé »	Bras A : 162	Bras B : 156

TNC = Trouble Neurocognitif, AEG = Altération de l'État Général, SP = Sans précision

Pourcentages (%) exprimés sur le total des codes recensés pour la partie « état de santé » dans le bras d'étude

En premier lieu est mentionné **l'état de santé mentale**. Une **symptomatologie trop prononcée** au moment de l'accompagnement peut être considérée comme une limitation initiale. On relève parmi les éléments les plus cités : la **qualité ou l'intensité des réactions émotionnelles** (absentes ou insuffisamment régulées : « *le fait qu'elle soit aréactive m'interroge n4* », « *stabilisation nécessaire en amont n69* »), la **dissociation** « *évaluer le mouvement dissociatif (pour "défiger" d'abord si nécessaire n241)* », ou encore une **symptomatologie dépressive associée** (symptômes dépressifs ou épisode dépressif caractérisé : « *la dépression peut ralentir le processus selon moi, mais pas l'empêcher n60* »).

L'existence d'un **risque suicidaire** (idées suicidaires ou risque de passage à l'acte) est également prise en compte « *être vigilant au risque suicidaire aiguë n189* ».

Enfin sont mentionnés les **symptômes psycho-cognitifs** (ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, apathie), ou **aspécifiques** « *repli sur soi n32* », « *dévalorisation à investiguer n196* ».

Les **antécédents psychiatriques personnels** forment une seconde limitation initiale pour les thérapeutes, au premier rang desquels : un ou plusieurs **psychotraumatisme(s) antérieur(s)** « *l'existence de d'autres événements ou troubles antérieurs n16* », ou **des troubles de l'attachement** « *un attachement insécure que la perte de son mari a pu réactiver n124* ». Les participants ont aussi évoqué les **troubles psychiatriques**, sans précision « *connaître les antécédents psychiatriques...et si traitement n213* ». De manière plus occasionnelle on trouve la mention des **troubles psychotiques** comme frein éventuel.

En second lieu concernant l'état de santé de la patiente, se dégagent les préoccupations sur **son état de santé physique**. On constate une prépondérance de la mention d'une **pathologie neurologique**, le plus souvent sous la forme de « **troubles cognitifs** » : « *Il me semble important de chercher s'il y avait des troubles cognitifs préexistants n112* » ou « **maladie neurodégénérative** ». Cette mention constitue la moitié des « pathologies physiques » répertoriées dans les deux groupes. On retrouve ensuite les **modifications de l'état général** (comprenant : une altération de l'état général, la douleur « *Je voudrais vérifier avec le médecin traitant la question des douleurs polymorphes n42* »), et les **pathologies cardio-respiratoires**. Anecdotiquement pour la personne âgée, on trouve le **syndrome de glissement gériatrique** (3 mentions) et un **déficit sensoriel** (1 mention) « *s'assurer qu'il n'y ait pas de pathologies au niveau des yeux, sinon passer sur une autre stimulation que les SBA visuels n19* ».

Enfin, concernant les réponses en lien avec l'état de santé, certaines, transversales, citent une « **comorbidité** » psychique ou physique sans précision, ou encore la **prise de traitements**, en particulier les benzodiazépines « *vérifier les traitements prescrits (notamment benzodiazépines) qui peuvent atténuer (ou empêcher) l'effet des retraitements n241* ».

(c) *Le défaut d'engagement*

Le second thème abordé est celui du **défaut d'engagement** de la patiente dans le processus de soins : « *Est-elle en demande d'être accompagnée ? n235* ». Il est présent sous diverses formules : absence de demande, refus, opposition, blocage. Une **absence de volonté de changement** est également citée comme obstacle potentiel « *rechercher la motivation au changement, Madame souhaite-elle être aidée, accepte-t-elle une aide psychologique ? n19* ».

(d) *Les ressources personnelles*

Le dernier thème abordé par les participants est l'existence ou non de **ressources** pour la personne accompagnée. Celles-ci peuvent être **générales** (sans précision), **environnementales** ou **sociales**.

Les **ressources environnementales** englobent la **mobilité jusqu'au lieu de consultation** « *si elle n'est pas en capacité de sortir de chez elle n215* » et la présence de **facteurs protecteurs ou aidants dans l'environnement** « *nécessité d'installation de ressources, d'ancrages... n103* ».

Quant aux **ressources sociales**, citées dans les deux groupes « *A-t-elle assez de soutien de la part de ses proches pour commencer l'EMDR qui peut être éprouvant émotionnellement ? n241* », une mention particulière est faite de **l'isolement social** comme frein potentiel à l'accompagnement pour la patiente âgée. Pour la patiente jeune, on retrouve plutôt la notion de « **défaut de soutien** » amical ou familial.

Enfin, certaines réponses marginales évoquent la peur pour la patiente d'oublier son mari, ou un rapport à la mort particulier « *croyances concernant la mort, sa spiritualité n70* ».

(2) Quels axes d'amélioration future attendue pouvez-vous lui exposer ?

Cinq thèmes ont pu être dégagés de cette question, résumés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Résultats : « Axes d'amélioration future attendue » Principaux thèmes et sous thèmes dégagés de l'analyse qualitative

Thèmes Et Sous thèmes	Bras A : Patiente âgée	Bras B : Patiente jeune
Rémission des Symptômes	227 (48,09%)	221 (50,46%)
- Psychiques	124	135
- Sommeil	69	54
- Corporels	17	18
- Généraux ou SP	17	14
Travail de deuil et qualité de vie :	104 (22,03%)	100 (22,83%)
Travail de deuil	47	63
- SP	16	23
- Apaisement/ pensées	10	10
- Souvenirs heureux	9	13
- Acceptation de la perte	6	8
- Vivre avec	6	9
Qualité de vie	57	37
- SP	9	5
- Gout de vivre et synonymes	27	16
- Apaisement	20	9
- Autres	1	7
Fonctionnement psychosocial	70 (14,83%)	44 (10,04%)
- SP	10	5
- Vie sociale	32	19
- Activités	24	14
- Ressources	3	6
- Autres	1	0
Cognitions et émotions	47 (9,96%)	47 (10,73%)
- Émotions et cognitions spécifiques	35	39
- Intensité et contenu émotionnels	12	8
Selon la patiente	24 (5,08%)	26 (5,94%)
- Selon ses attentes	12	15
- Selon sa motivation	6	4
- Autres	6	7
Total général	Bras A : 472	Bras B : 438

TSPT = Trouble de Stress Post Traumatique, SP = Sans précision

Pourcentages (%) exprimés sur le total des codes recensés dans le bras d'étude

(a) Rémission des symptômes

Une vaste majorité des réponses concerne la rémission des symptômes (Tableau 9), constituant un **premier thème**. En premier lieu sont abordés les **symptômes psychiques** constituant un **sous-thème**. L'intention de diminuer les **symptômes spécifiques de TSPT** apparaît première en termes de fréquence. Parmi ceux-ci on trouve : la **désensibilisation des déclencheurs** « *amélioration des troubles anxieux liés aux déclencheurs (sirène véhicules de secours) n199* », la **réduction de l'hypervigilance**, de **l'évitement** « *penser à son mari (...) sans être dans l'évitement de certaines situations encore activantes n225* », « *accéder à la chambre sans difficulté n100* », et des **réviviscences** « *ses symptômes de TSPT (hyperactivation, évitement, intrusions,...) pourraient disparaître n233* ».

Puis viennent les symptômes du **registre anxieux** dont : **l'anxiété** : « *restaurer une énergie psychique en apaisant son anxiété n181* », et les **ruminations**. Une possible restauration de **l'humeur** est aussi mise en avant : amélioration thymique « *axes d'amélioration dans son présent, son moral n2* » et réduction de la douleur morale. Enfin un axe particulier de restauration des **fonctions psycho-cognitives** est abordé (restauration des capacités de concentration, « *flexibilité mentale n94* »).

Les **troubles du sommeil**, non classables dans les symptômes psychiques ou physiques spécifiquement, constituent à eux seuls le **deuxième sous-thème** de cette catégorie. Au sein de cet axe de soulagement symptomatique on retrouve très fréquemment les notions d'**amélioration du sommeil** sans précision, et de **réduction des cauchemars**. Le thème « *mieux dormir n112* » est l'axe symptomatique individuel le plus récurrent de l'étude, avec au total 123 mentions.

Le **troisième sous-thème** émergent est celui de l'amélioration symptomatique **sur le plan corporel**. Celle-ci est principalement évoquée sous les termes : « *gestion de la douleur physique n135* », réduction des **symptômes physiques** et **apaisement** : « *détente dans son corps n70* ».

Le **quatrième et dernier sous-thème** regroupe toutes les réponses abordant les **symptômes** au sens large : sans spécification ou généraux « *atténuation de certains de ses symptômes (les plus aigus) n110* ».

Tableau 9 : Résultats : « Axes d'amélioration future attendue » Principaux thèmes et sous thèmes dégagés de l'analyse qualitative, Détail du thème « Rémission des symptômes » :

Sous-thèmes Et détail	Bras A : Patiente âgée	Bras B : Patiente jeune
Psychiques	124 (54,63%)	135 (61,09%)
Symptômes de PTSD	54	65
- SP	8	18
- Désensibilisation des déclencheurs	14	13
- Évitement	13	10
- Hypervigilance	11	16
- Réviviscences	5	7
- Autres	3	1
Manifestations anxieuses	39	36
- Ruminations	20	14
- Anxiété	16	19
- Autres	3	3
Symptômes thymiques/dépressifs	22	23
- SP	13	15
- Souffrance morale	4	7
- Autres	5	1
Fonctions cognitives	8	11
- Difficultés de concentration	6	8
- Autres	2	3
Autres	1	0
Sommeil	69 (30,40%)	54 (24,43%)
- SP	54	36
- Cauchemars	15	18
Corporels	17 (7,49%)	18 (8,14%)
- Douleurs	8	9
- Apaisement	5	2
- Symptômes psychosomatiques	4	7
Généraux	17 (7,49%)	14 (6,33%)
- « Symptômes » SP	11	10
- Autres	6	4
Total des codes « symptômes »	227	221

TSPT = Trouble de Stress Post Traumatique, SP = Sans précision

Pourcentages (%) exprimés sur le total des codes recensés pour la partie « symptômes » dans le bras d'étude

(b) Processus de deuil et qualité de vie

Le **second thème** regroupe la facilitation du **processus de deuil** et l'**amélioration de la qualité de vie**, rassemblés du fait de leur proximité avec la notion de résilience. Ainsi sont fréquemment mentionnés : la participation de la thérapie au travail de deuil « *remise en route du **processus de deuil** avec comme conséquence la possibilité de se reconnecter à "la vie" n67* », la capacité de **penser au défunt** de manière plus sereine, de **se remémorer** des souvenirs positifs. L'**acceptation** de la perte, et l'aptitude à **de poursuivre sa vie malgré celle-ci** « *pouvoir mieux vivre avec la perte de son mari, penser à lui de manière plus apaisée n1* » soulignent la volonté d'intégrer cet événement au parcours de vie de la personne.

Dans un registre semblable on relève un souhait **d'amélioration de la qualité de vie**. Ce concept peut être nommé tel quel « *améliorer de la qualité de vie du patient n85* », « *se sentir mieux n20* » ou spécifié, sous les termes : **apaisement, soulagement** « *atténuer la souffrance provoquée par le décès n118* », ou encore **goût** « *de vivre sa propre vie n134* », « *de faire des choses n45* », **sens** « *de la vie et de la mort n70* », « *reprise d'un sens n117* » mais aussi **envie** : « *trouver ses mobiles à désirer vivre et vivre mieux n17* », « *retrouver de l'élan, envie et concentration n19* », « *le soleil brille toujours derrière les nuages n77* ».

(c) Amélioration fonctionnelle et psychosociale

Le **troisième thème** dégagé par l'analyse catégorielle est celui de l'**amélioration fonctionnelle et psychosociale**. La reprise d'une vie sociale « *retrouver une vie sociale et se sentir intéressante n3* » constitue un point saillant de cet ensemble : sans précision « *meilleure relation à soi, aux autres...n9* », ou spécifiquement avec la **famille** « *être plus disponible psychiquement pour ses enfants, continuer de vivre et faire vivre ce que son mari et elle ont construit n53* », ou les **amis** « *avoir envie de revoir ses amis du club n100* ».

On distingue également la reprise **des activités habituelles** (centres d'intérêt « *retrouver la possibilité de se connecter à ses ressources habituelles n19* », sorties). Viennent ensuite le développement et l'utilisation **de ressources externes**, et la réappropriation du **quotidien** : « *L'idée est d'améliorer le quotidien et les symptômes grâce au deuil correctement fait n74* ». On remarque une insistance particulière sur ce thème dédié au fonctionnement personnel dans le cas de la patiente âgée, pour laquelle il est aussi fait mention de « *[regain] d'autonomie n13* ».

(d) *Cognitions et émotions*

Un **quatrième thème** dégage les possibilités de **modification des cognitions et émotions**. On trouve d'abord l'objectif de modifier **l'intensité et le contenu émotionnel** (régulation émotionnelle : « *digestion neuro émotionnelle de son PTSD n95* » et diminution des émotions et pensées négatives). Dans un second axe figure la modification de certaines **cognitions et émotions spécifiques**. Au premier rang de celles-ci, la **culpabilité** est très souvent mentionnée, dans les deux bras d'étude : « *Y être allée cette nuit là n'aurait rien changé. Fin des ruminations et de la culpabilité n40* », « *diminution du sentiment de culpabilité, responsabilité n10* ». La **baisse d'estime de soi et des cognitions associées** semblent aussi dessiner un axe prioritaire « *meilleure estime d'elle-même et moins de douleur morale n62* », « *se sentir intéressante n3* ». Enfin certains thérapeutes proposent la **réduction de la peur de la mort** comme objectif de travail « *ne plus avoir peur de la mort ou de manière raisonnée n21* », « *renouer avec les souvenirs de lui vivant (c'est ce que l'on transmet à ses descendants) et s'éloigner du focus de la mort... n180* ».

(e) *Auto-détermination*

Enfin un **dernier thème** souligne l'importance de **l'auto-détermination** de la patiente, en proposant d'**adapter les objectifs de prise en charge à ses attentes** « *pour que ce soit ELLE qui identifie les axes d'amélioration à espérer plutôt qu'un tiers n13* ». Ainsi les thérapeutes vont-ils questionner la personne accompagnée sur ses problèmes actuels et ce qu'elle souhaite modifier : « *Travail de la demande, inversion de la question : même si vous pensez que cela ne fera pas revenir votre mari et que (...etc), si vous êtes d'accord pour venir, cela signifie qu'il y a une partie de vous qui attend quelque chose de nos rendez-vous ? n176* », « *Lui demander à elle ce qu'elle désire n16* ». Certains précisent la **nécessité d'une motivation** pour débiter le travail « *On peut s'attendre à un allègement de la douleur morale (mais le veut-elle ?), pouvoir se sentir mieux (idem ?) n20* ». D'autres mettent en avant la nécessité du **travail de l'alliance thérapeutique**. Enfin, et marginalement, certains praticiens disent **refuser de débiter un suivi** en l'absence de demande de la part de la personne concernée (6 mentions).

(f) *Réponses transversales*

Deux réponses particulières ont attiré mon attention par leur **abord large de plusieurs thèmes** de l'analyse : « *Je mettrais l'accent sur le soulagement qu'elle peut en attendre. Cela ne lui rendra pas*

son mari mais elle pourra se sentir plus paisible, recréer le lien au-delà du décès, repenser à lui, à leur vie commune et retrouver le goût de vivre sa propre vie et ses amis, ses activités qu'elle aimait n134 » pour la patiente jeune, et « *Amélioration de son humeur, de sa concentration, facilitation du deuil, diminution de sa culpabilité, retrouver le sommeil et réduction/disparition des cauchemars, retrouver une vie sociale et se sentir intéressante - amélioration générale de la qualité de vie et du goût de vivre, possiblement réduction des douleurs n3* » pour la patiente âgée.

2. Résultats du second cas clinique : TSPT avec TNC

a) Réponses des thérapeutes

Une **majorité de thérapeutes a répondu** à ce cas clinique optionnel : 212 soit 82%. Parmi eux 84% des participants sont **favorables** à un accompagnement en EMDR pour ce patient, soit 69% de notre échantillon.

b) Ajustements aux troubles neurocognitifs

Parmi les propositions d'ajustement possibles en EMDR pour ce patient âgé présentant des troubles neurocognitifs, les personnes interrogées proposent : une insistance particulière sur le **développement et l'installation de ressources** (10 réponses), la **stabilisation émotionnelle** (20 réponses), la **relaxation** (10 réponses) et la **réorientation dans le présent** (10 réponses). D'autres proposent un **ajustement des stimulations bilatérales alternées** : séquences plus lentes, plus courtes, tapping, stimulations auditives (37 réponses). Une **simplification du protocole standard** EMDR en EMD- (31 réponses) ou une **utilisation du protocole EMDR sur le champ** (9 réponses) est aussi régulièrement amenée. Enfin, une **adaptation du contexte des séances** est suggérée, en proposant des interventions de « crise » c'est-à-dire au moment des manifestations symptomatiques (8 réponses), la présence d'un « accompagnant » familial (9 réponses), et la réduction de la durée des séances (13 réponses).

c) Alternatives à l'EMDR

En alternative à l'EMDR pour cette situation sont proposées les **méthodes psychocorporelles** (sans précision : 4 réponses), dont la relaxation (4 réponses), la respiration (2 réponses), l'apaisement (1 réponse), et la méthode *Snoezelen* (2 réponses). Six participants proposent l'utilisation de l'hypnose, en particulier conversationnelle. Enfin, pour substitution de l'EMDR sont suggérées **d'autres formes de psychothérapie**, dont : la verbalisation (6 réponses), les méthodes psychodynamiques (2 réponses), la validation selon *Naomi Feil* (5 réponses), l'Intégration du Cycle de la Vie (ICV) (4 réponses), la TCC (3 réponses), la Thérapie d'Exposition Narrative (Narrative Exposure

Therapy, NET), le Brainspotting et l'Art thérapie (1 réponse par proposition). Neuf participants déclarent ne pas savoir ce qu'ils pourraient proposer, et deux opteraient pour une réorientation vers un thérapeute plus expérimenté sur la question.

3. Axes d'amélioration des prises en charge des personnes âgées

La question était ainsi formulée : *Au total, selon vous, comment pourrait-on améliorer le parcours de soin et l'accompagnement des personnes âgées souffrant de psychotraumatisme en France ?*

a) Formation

En premier lieu, les thérapeutes sont nombreux à proposer une **amélioration du repérage des symptômes** de TSPT par les **médecins** (généralistes, gériatres), et de leur **formation** aux **psychotraumatismes** et à leurs **diagnostics différentiels**. Ils suggèrent également de **former les équipes soignantes** au contact de cette population aux **psychotraumatismes** et aux **techniques de stabilisation** utilisées en EMDR. En outre, ils suggèrent de **développer l'information à destination des personnels médicaux et paramédicaux** concernant les **psychothérapies recommandées en première intention** pour la prise en charge des TSPT, indépendamment des classes d'âge.

Le volet **formation** est également développé pour les **psychothérapeutes** eux-mêmes, proposant d'intégrer des **modules spécifiques aux troubles mentaux de la personne âgée dans leur enseignement**, tant en formation initiale qu'en formation EMDR.

Enfin, ils proposent de renforcer la **psychoéducation** des personnes accueillies, au sujet du TSPT.

b) Information, sensibilisation, déstigmatisation

Le deuxième thème concerne **l'information et la sensibilisation du grand public** et en particulier des **personnes âgées** : aux questions de **santé mentale** en général, et au **TSPT** en particulier. Cet axe concerne également les **familles ou proches** des personnes accompagnées. Ils préconisent aussi de sensibiliser la population générale à la **psychothérapie**, afin d'en démocratiser l'usage. Dans un registre semblable, on retrouve la notion de **déstigmatisation**, sur deux sujets distincts. Premièrement au sujet de la **santé mentale**, dont ils soulignent l'importance de la promotion afin de « vulgariser la psychothérapie », tant en population générale que pour les personnes âgées, « il n'y a pas de honte à en parler ». Ensuite au sujet de **l'avancée en âge**, avec une insistance sur le fait qu'une **amélioration clinique est toujours possible** quel que soit l'âge, sans notion de « fatalité ». Il faudrait ainsi considérer les **bénéfices attendus** pour une personne âgée

comme ceux attendus pour un adulte, ne pas minimiser la souffrance, ni l'attribuer au vieillissement. Pour cela il leur semble important de sensibiliser à **l'âgisme**, et de **modifier les représentations** tant soignantes que des personnes concernées au sujet du vieillissement.

c) Accès aux soins

Pour favoriser l'accès aux soins des personnes âgées souffrant de TSPT, certains thérapeutes préconisent **d'intégrer la psychothérapie** (en général, et EMDR) **au parcours de soins** de celles-ci, par différents moyens. Premièrement en intégrant des psychologues (non spécifiés ou praticiens EMDR) dans les équipes soignantes des EHPAD et des hôpitaux (généralistes, gériatriques, unités dédiées aux TNC). Deuxièmement en **formant** ceux déjà présents aux psychothérapies recommandées dans l'accompagnement des TSPT. Dernièrement en proposant une **orientation directe en psychothérapie EMDR** depuis l'hôpital, les services de gériatrie, la médecine générale, et les EHPAD.

Pour favoriser l'accessibilité à une consultation psychothérapeutique, les thérapeutes proposent : le **développement de la mobilité** des professionnels au domicile, et **l'amélioration des conditions de remboursement des séances de psychothérapie**.

Enfin pour un meilleur accompagnement, il leur paraît important de développer **le lien entre professionnels de santé**, et la relation soignant-soigné. Ceci inclut le travail en **réseau** (psychothérapeutes, médecins, soignants, aidants), et le développement d'une **bonne alliance thérapeutique**.

d) Prévention

Un axe supplémentaire concerne la **prévention des troubles mentaux de la personne âgée**, en particulier concernant les questions de psychotraumatismes, en traitant ceux-ci immédiatement après leur survenue, afin de prévenir au mieux leur résurgence ou aggravation à un âge avancé.

e) Adaptation des méthodes

En dernier lieu, les thérapeutes proposent des **ajustements de leurs méthodes** (en général et en EMDR) au vieillissement, aux pathologies physiques et aux troubles neurocognitifs, afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de leurs patients.

4. Échelles de Likert

Les tendances de réponses sont synthétisées dans le tableau 10 et la Figure 8.

Tableau 10 : Score des échelles de Likert : Moyenne, Déviation Standard, Médiane

Questions	MOY	DS	MED
L'avancée en âge constitue :			
Q1 Un facteur de risque de PTSD	2,68	0,72	3
Q2 Un facteur de résilience	2,42	0,68	2
Les symptômes de PTSD :			
Q3 Plus faciles à détecter que chez l'adulte jeune	1,94	0,58	2
Q4 Plus souvent attribués à d'autres causes que chez l'adulte jeune	3	0,66	3
Q5 Plus souvent banalisés par l'entourage que chez l'adulte jeune	3,23	0,61	3
Q6 Moins confondus avec ceux de la dépression que chez l'adulte jeune	2,08	0,70	2
Au sujet des psychothérapies en général :			
Q7 Les anciennes générations sont moins familiarisées à l'auto-narration	2,91	0,74	3
Q8 Les personnes âgées y sont moins accessibles du fait d'une plus grande auto-stigmatisation	2,97	0,74	3
Les approches corporelles (type EMDR, relaxation etc) sont plus faciles à accepter que d'autres types de psychothérapie			
Q9 Quel que soit l'âge	2,74	0,74	3
Q10 Chez l'enfant/ adolescent	3,03	0,69	3
Q11 Chez l'adulte	3,02	0,67	3
Q12 Chez l'agé	2,64	0,73	3
Préalablement à un accompagnement en EMDR, un avis médical est souhaitable.			
Q13 Quel que soit l'âge	2,07	0,81	2
Q14 Si âge > 65 ans	2,64	0,96	3
Autres questions			
Q15 Le deuil pathologique (> 12 mois) peut constituer en soi une indication d'accompagnement EMDR.	3,63	0,58	4
Q16 Les personnes âgées sont moins à risque de suicide en cas de PTSD.	1,72	0,67	2
Q17 Il est toujours utile de traiter les symptômes d'un psycho traumatisme, même si celui-ci est ancien.	3,51	0,69	4

MOY = Moyenne ; DS = Déviation Standard ; MED = Médiane

Pas d'accord = 1, Plutôt pas d'accord = 2, Plutôt d'accord = 3, D'accord = 4

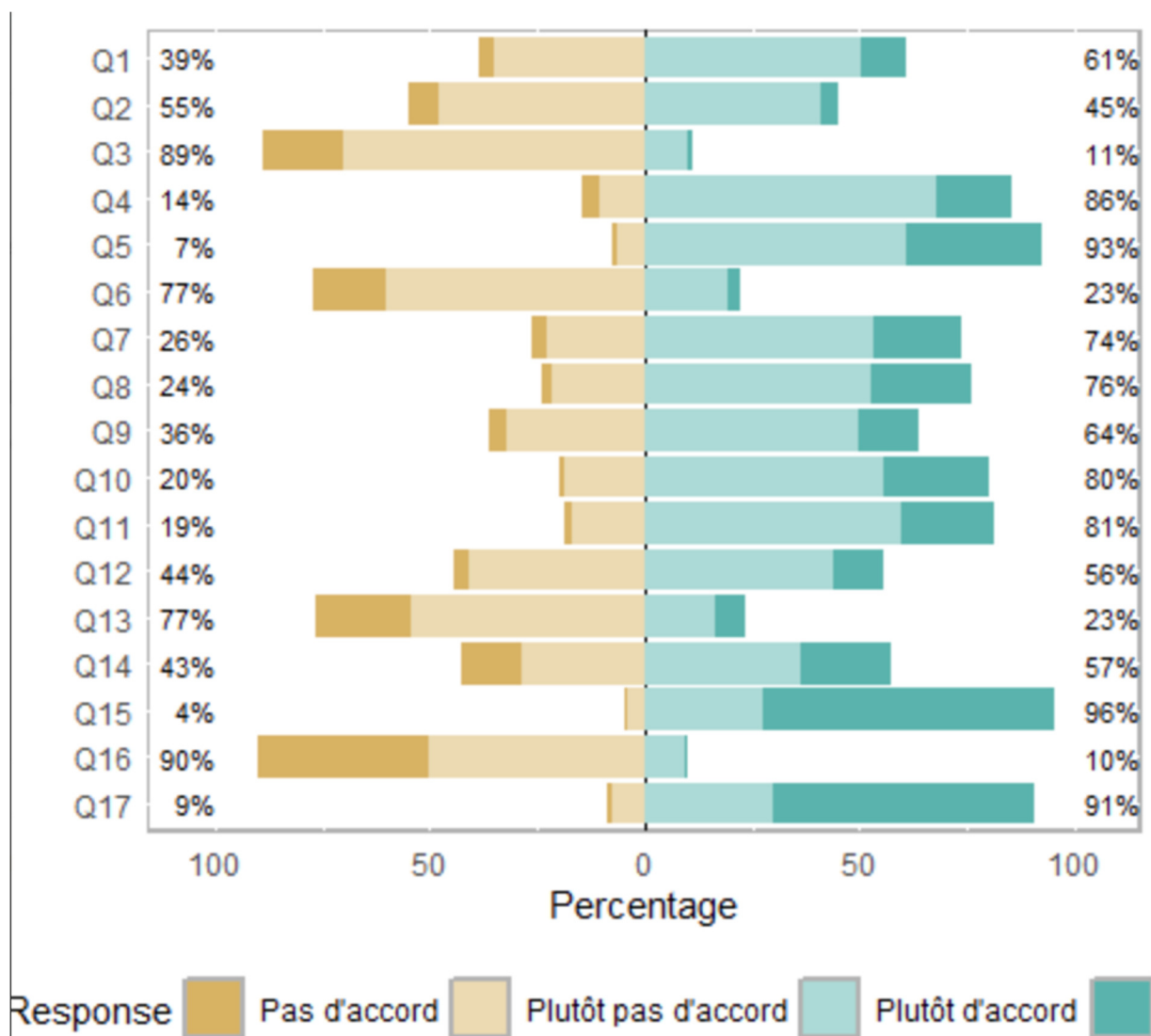


Figure 8 : Questions annexes, pourcentages de réponses, bras A et B confondus

V. Discussion

A. Données socio démographiques

1. Particularités de la population

La majorité des praticiens interrogés exerce le métier de psychologue, pour la plupart en libéral. Les patients sont orientés en psychothérapie de plusieurs manières, et en premier lieu par des professionnels de santé. Ces paramètres créent probablement un biais dans le recrutement des patients pour une thérapie EMDR, impliquant une bonne reconnaissance des troubles, une orientation adaptée, une acceptation de la psychothérapie et des ressources financières et de mobilité suffisante.

Les thérapeutes sont dans l'ensemble expérimentés dans leur domaine d'exercice et en EMDR sur les plans théorique (niveau moyen supérieur à celui nécessaire pour l'obtention de l'accréditation (niveau 2) et pratique. Ils ne pratiquent majoritairement pas l'EMDR de manière exclusive, ce qui permet : une approche intégrative, le choix de la méthode la plus adaptée à appliquer pour un patient donné, en fonction de ses demandes et besoins, et des ajustements en cas d'échec ou refus de l'EMDR.

2. Troubles psychiques faisant l'objet d'un accompagnement en EMDR

Concernant les diagnostics retenus par une majorité de thérapeutes (>50%) pour l'utilisation de l'EMDR, par ordre de fréquence on retrouve : le TSPT puis les troubles anxieux (généralisé, panique, anxiété sociale, phobie), le deuil compliqué, le trouble de l'humeur unipolaire et les douleurs chroniques. Cela souligne le vaste champ des indications retenues en pratique clinique pour l'EMDR. Actuellement le seul diagnostic pour lequel l'EMDR est validée internationalement à l'aide d'études cliniques contrôlées randomisées de forte puissance est le TSPT. Cependant, les indications tendent aujourd'hui à s'élargir à d'autres troubles (15). On peut supposer qu'une thérapie EMDR, en cas de survenue d'une symptomatologie psychique suite à un ou plusieurs événement(s) « stresser(s) », puisse être utile, même en l'absence de critères diagnostiques de TSPT, ou en cas de diagnostics associés. C'est ce que suggèrent des essais contrôlés récents de faible puissance concernant la dépression (36,37) et le trouble bipolaire (38).

3. Accompagnement des personnes âgées

Concernant la formation en clinique de la personne âgée, on constate une hétérogénéité dans les réponses. La formation repose essentiellement pour les thérapeutes interrogés sur des connaissances apprises à l'université, il y a en moyenne 17 ans. Seules 14,73 % des personnes interrogées ont reçu une formation continue sur la clinique de la personne âgée, ce qui met en avant la nécessité de la développer, et ce particulièrement dans le contexte de vieillissement de la population actuelle, avec accroissement des besoins.

Toutefois, dans leur pratique quotidienne, les praticiens accueillent pour la plupart des personnes âgées de plus de 65 ans, qui représentent environ 10% de leur patientèle en moyenne. On peut supposer une discrète sous-représentation de cette catégorie de personnes dans les files actives des psychologues libéraux, les personnes âgées d'au moins 65 ans représentant 20,5% de la population Française en 2020 (13). Pour eux, une personne est âgée à partir de 71 ans, ce qui est supérieur à la définition de l'OMS (60 ans) et aux consensus Français (65 ans).

4. Comparabilité des bras d'étude

Il existe une différence significative dans l'utilisation des échelles diagnostiques à la faveur du groupe B. Celle-ci pourrait entraîner un biais dans la question diagnostique posée par la suite, dans le sens d'une meilleure sensibilité au repérage du TSPT pour le bras B.

B. Données quantitatives :

1. Validation de l'indication d'un accompagnement en EMDR

Au sujet du critère de jugement principal, la quasi-totalité des professionnels interrogés accepterait un accompagnement en EMDR, indépendamment de l'âge de la patiente, et ce en dépit de l'hétérogénéité des réponses concernant le diagnostic.

2. La question diagnostique, spécificités du Trouble de Deuil Prolongé (TDP)

a) *Trouble de Deuil Prolongé : diagnostic*

Bien que la majorité des thérapeutes (60,63%) considère le cas clinique comme un TSPT, une proportion non négligeable retient le trouble de l'adaptation ou trouble de deuil prolongé à titre

principal (24,41%). Auparavant retrouvé sous les termes « deuil pathologique » ou « deuil compliqué », le Trouble de Deuil Prolongé (TDP) a été récemment intégré dans la CIM-11 puis dans la dernière version du DSM (5-TR). Il est défini par l'APA (American Psychological Association) comme « un deuil intense et persistant qui cause des problèmes et interfère avec la vie quotidienne » (39). Il concernerait 7 à 10% des adultes endeuillés, soit une prévalence entre 1,2% et 1,51% (39). La reconnaissance de ce trouble- dont l'existence est confirmée par de nombreuses études internationales- permettrait selon certains chercheurs d'identifier les individus nécessitant une aide, ainsi que la mise en place et le remboursement de soins adaptés (39).

b) Diagnostic différentiel

Le cas clinique présenté ici contient des éléments pouvant être transnosographiques, comme l'évitement et les difficultés de réintégration de la sphère sociale (TSPT, TDP), la tristesse de l'humeur (TSPT, TDP et EDC : Épisode Dépressif Caractérisé), etc. Or pour être défini comme trouble de deuil prolongé, l'imputabilité des symptômes à un EDC ou à TSPT doit être exclue (critère F). Celui-ci est distinct du TSPT par l'absence de symptômes d'intrusion et de modifications de l'état d'éveil, et la spécificité de sa survenue à la suite de la perte d'un être cher. Il peut néanmoins en être comorbide, en particulier dans les situations de mort violente, ou de découverte du corps par un proche (39). Il est aussi distinct de l'EDC du fait des pensées omniprésentes à l'égard du défunt. De surcroît les mécanismes neurobiologiques impliqués dans la survenue de ce trouble seraient particuliers, et les antidépresseurs inefficaces (39).

c) Importance de la détection du TDP et d'une intervention

Des outils psychométriques sont aujourd'hui validés pour sa détection, surtout en auto-évaluation : La TGI-SR+ (Traumatic Grief Inventory Self Report Plus, 2022) basée sur les critères de la CIM-11 et du DSM5-TR, ou la IPGDS (International Prolonged Grief Disorder Scale, 2023), basée sur la CIM-11 et valide indépendamment du contexte culturel (39). En revanche il existe peu de recommandations sur son accompagnement, médical ou psychothérapeutique.

Une étude ayant perçu le deuil compliqué comme facteur de risque suicidaire dans la population âgée a souligné la nécessité d'une vigilance particulière en cas de perte récente d'un proche. Selon les auteurs, une intervention contre le développement d'un deuil compliqué est recommandée en cas d'absence d'amélioration, d'impact fonctionnel, de recherche de traitements, de désespoir et d'idées ou comportements suicidaires. Les personnes isolées, ou avec des difficultés cognitives doivent faire l'objet d'une attention particulière (40).

d) *Synthèse*

En somme, la fréquente co-occurrence de ces diagnostics (TSPT, EDC, TDP, Trouble anxieux) et le polymorphisme de chacun d'eux peuvent rendre leur caractérisation précise difficile. Cela ne semble cependant pas impacter la volonté des psychothérapeutes de réaliser un accompagnement en EMDR. La condition préalable semble être un repérage et une orientation adaptés en soins primaires.

C. Données qualitatives :

1. Premier cas clinique : TSPT

a) *Freins à l'accompagnement*

(1) Principales divergences

Concernant les freins éventuels à une prise en charge en psychothérapie EMDR, les thèmes évoqués par les participants sont semblables dans les deux groupes. On relève néanmoins une tendance à être plus attentif à l'état de santé physique dans le cas de la patiente âgée (notamment concernant les antécédents neurologiques, l'état général et cardio-respiratoire), tandis que la vigilance est accrue pour l'état de santé psychique de la patiente jeune (antécédents psychiatriques plus souvent mentionnés, recherche de traumatismes antérieurs fréquente). Aussi les praticiens sont-ils plus attentifs au risque suicidaire chez la patiente jeune, et aux symptômes psycho-cognitifs chez la personne âgée.

(2) Santé physique

Ces observations font supposer une attention particulière portée aux comorbidités physiques liées à l'âge. De plus selon les données issues des échelles de Likert, les praticiens sont dans l'ensemble favorables à un avis médical préalable à un accompagnement en EMDR pour les personnes âgées (Médiane = 3 : Plutôt d'accord), ce qui n'est pas le cas pour les personnes adultes jeunes (Médiane = 2 : Plutôt pas d'accord). La HAS précise pour les troubles anxieux qu'en cas de comorbidité somatique associée « une surveillance est indispensable, en particulier sur les plans cardiaque, endocrinien et neurologique » (12).

Il n'existe pas de contre-indication formelle à la pratique de l'EMDR. Les recommandations des instituts formateurs sont d'être attentifs : à l'épilepsie, aux troubles cardiaques graves ou récents, ainsi qu'à une grossesse débutante. Ces points de vigilance sont liés à l'exacerbation émotionnelle forte habituelle en séance. Une étude s'intéressant aux modifications des biomarqueurs neuroendocriniens dans le TSPT (22) rappelle la réactivité exacerbée de certains paramètres vitaux à

des stimuli « stressseurs ». S'agissant en EMDR d'une exposition aux souvenirs traumatiques, il pourrait être intéressant d'étudier la variation de ceux-ci (fréquence cardiaque, tension artérielle, conduction cutanée, fréquence respiratoire, température) avant, pendant, et après une séance d'EMDR. La mesure de ces effets pourrait en effet permettre d'émettre des recommandations pour les personnes à risque de décompensation d'une pathologie organique instable. Elle pourrait aussi, associée à l'étude de paramètres biologiques (monoamines, système neuroendocrine, marqueurs inflammatoires etc), permettre de mesurer un éventuel effet à court, moyen ou long terme d'une psychothérapie EMDR sur les modifications psychophysiologiques liées au TSPT, telles que décrites par les auteurs (22). Les explorations réalisées jusqu'ici pour comprendre l'effet des séances d'EMDR se centrent sur l'activité cérébrale, sont essentiellement électroencéphalographiques ou d'imagerie fonctionnelle, et à des fins de corrélation neurobiologique ou neuroanatomique, comme les travaux de *Pagani et al.*, ou *Boukezzi et Rousseau*, par exemple (41,42).

(3) Particularités des symptômes psycho-cognitifs

La caractérisation des symptômes psycho-cognitifs est importante dans les pathologies psychiques de la personne âgée, qu'il s'agisse ici du ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration ou de l'apathie, ou plus généralement d'autres symptômes tels que des troubles de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives. En effet, une attribution erronée de symptômes « psychiatriques » au vieillissement ou à une autre cause telles que les démences peut retarder l'initiation d'une prise en charge et d'un traitement adéquats. Dans le sens inverse, des symptômes psycho-cognitifs anormalement marqués ou réfractaires à une prise en charge adaptée doivent faire suspecter une pathologie neurocognitive pré existante ou débutante. *Kaiser et al.* préconisent dans ces situations la réalisation d'un bilan neurocognitif (21).

(4) Santé mentale

(a) Comorbidités et risque suicidaire

Concernant le risque suicidaire, il convient de rappeler l'importance de sa détection, quel que soit l'âge : en effet le taux décès par suicide augmente fortement avec l'âge (30,1 pour 100.000 chez les 75 ans et plus et 17,6 chez les 55-74 ans contre 15 chez les 25-54 ans) (43). Dans cette population, les paramètres ayant la plus forte association avec les comportements suicidaires sont : l'impression d'utilité, le sentiment de déconnexion sociale, et la douleur morale associée à une pathologie physique chronique (40). De plus les troubles anxieux à l'âge avancé, fréquents (jusque 26,2% pour les formes incomplètes (44)), comorbides de la dépression, sont fortement associés au suicide (40).

Ceci souligne la nécessité du repérage et du traitement adapté de ces troubles psychiatriques chez la personne âgée, en incluant la psychothérapie et un traitement médicamenteux si nécessaire.

(b) Antécédent de psychose

A noter que l'antécédent de psychose, relevé à la fois comme une contre-indication à l'EMDR par certains instituts de formation et la HAS (4) et comme frein par certains psychothérapeutes, a fait l'objet d'une étude spécifique randomisée de faible puissance montrant efficacité et sûreté pour le traitement du TSPT chez des patients atteints de troubles psychotiques graves (45).

(c) Prise de traitements, benzodiazépines

Curieusement, la prise de traitements est plus mentionnée pour la patiente jeune, alors que davantage de personnes âgées reçoivent plusieurs traitements au long cours. Sont particulièrement mentionnées les benzodiazépines dont on sait qu'elles demeurent, malgré une tendance à la baisse, fréquemment prescrites en médecine générale (82% des prescriptions) (46). On estime qu'entre 25 et 43% des adultes âgés souffrant d'un trouble anxieux utilisent des benzodiazépines au long cours, et la majorité d'entre eux n'a jamais bénéficié de TCC ou de la prescription d'un antidépresseur sérotoninergique (44) pourtant recommandés en 1^{ère} intention dans le traitement des troubles anxieux. Un rapport de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) de 2017 indique une prévalence d'utilisation des benzodiazépines plus élevée chez les femmes, augmentant avec l'âge, et maximale chez les femmes âgées de 80 ans et plus (38,3%). Il rappelle les risques liés à l'usage de ces molécules, en particulier d'induction d'état confusionnel, de chute, de dépendance et d'abus (46).

L'OMS recommande d'ailleurs, dans le mhGAP, d'éviter leur prescription dans l'état de stress aigu (<1 mois) et dans le deuil compliqué. Bien que les instituts de formation en EMDR mentionnent souvent leur usage comme un frein à l'efficacité, cette donnée n'a, à ma connaissance, pas été vérifiée. Tout sevrage doit par ailleurs, lorsqu'il est envisagé, être progressif.

(5) Défaut d'engagement

Le défaut d'engagement est soulevé comme frein à une prise en charge met en lumière la nécessité de développer l'alliance thérapeutique, à l'aide au besoin des personnes de l'entourage. Cet axe spécifique est probablement induit par la formulation du cas clinique.

(6) Éléments peu représentés ou manquants

(a) Les troubles sensoriels

Les troubles sensoriels sont fréquents dans la population âgée, et sont importants à prendre en compte dans son accompagnement.

Premièrement la perte auditive, comme le TSPT, est associée au retrait et à l'isolement social. Elle majore le risque de phénomènes hallucinatoires auditifs (voix) et de dissociation associés au TSPT (21,47). Elle peut aussi conduire à des erreurs de compréhension, interférant avec la psychothérapie le cas échéant. Leur détection semble donc importante à considérer.

De même, la perte visuelle accompagne fréquemment le vieillissement, avec une fréquence plus importante des pathologies oculaires à l'âge avancé (comme la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le glaucome etc). Elle pourrait majorer le risque de pathologies psychiatriques et prédisposer aux phénomènes hallucinatoires visuels (21,48). Enfin, elle pourrait contribuer à une moins bonne compliance aux thérapies utilisant les mouvements oculaires (21).

(b) Les ressources financières et de mobilité

Les ressources en particulier financières et de mobilité peuvent également être diminuées avec le départ en retraite et la perte d'autonomie fonctionnelle, limitant potentiellement à la fois l'accès et l'assiduité aux consultations.

(c) L'isolement

Enfin l'isolement social, parfois mentionné comme un frein, concernerait entre 1,2 et 2 millions de personnes âgées en France selon les associations (Croix Rouge, Petits Frères des Pauvres). Le ministère chargé de l'autonomie le définit de la manière suivante : « situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger ». Cette instance a publié un guide destiné à tous (citoyens, professionnels, bénévoles ...) pour la prévention et la lutte contre l'isolement des personnes âgées (49).

(7) Synthèse

Les thématiques précédemment abordées soulignent l'importance de la collaboration entre les professionnels de santé (médecin généraliste, neurologue, gériatre, psychothérapeute, paramédicaux ...), les services sociaux (pour les transports, l'Allocation pour l'Autonomie, les aides à domicile...), et le réseau familial et aidant de la personne concernée. L'implication de l'entourage dans le processus de soins est d'ailleurs mentionnée à plusieurs endroits de l'analyse qualitative, dans les motivations à suivre une thérapie, dans les ajustements de la celle-ci en cas de TNC, et dans la nécessité de psychoéducation des proches pour faciliter la prise en charge.

b) Objectifs de la psychothérapie

(1) Généralités

Concernant les objectifs de l'accompagnement, on remarque qu'ils ne concernent pas exclusivement les symptômes, mais abordent plusieurs dimensions du rétablissement : clinique, fonctionnelle, sociale et existentielle.

(2) Symptômes, sommeil

Sur le plan symptomatique, on n'observe pas de différence notable entre les groupes. Une vaste gamme de symptômes psychiques et physiques est abordée. On note une insistance particulière sur les troubles du sommeil, à la fois pour la patiente jeune et âgée. Fréquents dans le TSPT, dans le TDP (39), et chez les sujets âgés (50), ceux-ci sont susceptibles de majorer la symptomatologie psychique et de contribuer à une altération de l'état général. Toute cause confondue, quand ils sont présents, ils peuvent induire un surrisque suicidaire indépendant de la pathologie psychiatrique (51) et chez la personne âgée une diminution des performances cognitives et fonctionnelles, une augmentation du risque de chute, un affaiblissement du système immunitaire, et une iatrogénie conséquente (50). De plus la survenue de troubles du sommeil et l'hypervigilance peuvent conduire à un désengagement émotionnel accru et à un évitement des contacts sociaux (21). L'attention accordée à ce problème par les psychothérapeutes paraît donc adaptée à l'ampleur de son retentissement.

(3) Cognitions, émotions et EMDR

La modification des cognitions et émotions - commune aux TCC et à l'EMDR - est ici exposée par les thérapeutes conformément au plan de ciblage du protocole EMDR. Établi en huit phases sur le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI), celui-ci permet une approche standardisée pour un même patient. Outre les phases d'évaluation et de désensibilisation (avec les mouvements oculaires), permettant une modification des cognitions, émotions et sensations corporelles, le protocole intègre un travail de psychoéducation préalable, un renforcement des ressources de la personne accompagnée via leur recensement et leur mobilisation fréquente ainsi que l'acquisition de techniques de stabilisation émotionnelle (respiration, relaxation...). Ceci favorise le développement des capacités à faire face à d'autres événements adverses futurs. Ces différents aspects participent,

au-delà de la réduction symptomatique, à la ré autonomisation progressive de la personne accompagnée. *F. Shapiro* (1996) décrit l'approche avec les mouvements oculaires non pas comme « une simple technique mais comme des séquences d'exposition, de désensibilisation, de restructuration cognitive et de conditionnement classique ».

(4) Fonctionnement, processus de deuil et qualité de vie

Les réponses concernant le fonctionnement insistent quant à elles sur l'importance de la restauration des liens sociaux et des activités. On note un poids discrètement plus important de ce thème concernant la patiente âgée, en particulier pour le réseau social, qui pourrait être impliqué dans la démarche de soins.

La facilitation du processus de deuil et la restauration d'une qualité de vie satisfaisante sont mentionnées dans des proportions similaires indépendamment de l'âge. Cela s'inscrit dans une approche globale et centrée sur la personne, qui prend une part active à la démarche de soins pour « redonner du sens à sa vie », « vivre avec ». Cet aspect est encore souligné par l'insistance de certains thérapeutes sur la nécessité que la personne choisisse elle-même ses objectifs de soin, dans une démarche d'auto-détermination.

(5) Synthèse

Au total, on remarque des objectifs larges et ambitieux d'amélioration formulés par les thérapeutes EMDR, indifféremment de l'âge. Similaires dans les deux bras d'étude, ceux-ci répondent en partie aux objectifs émis par la HAS dans les recommandations de prise en charge des Troubles de Stress Post Traumatiques, à savoir : « diminuer les symptômes, les comorbidités et les incapacités après un événement traumatique, réduire le niveau de détresse et prévenir les récives à long terme, améliorer le fonctionnement et la qualité de vie, obtenir le minimum d'effets indésirables des traitements » (12).

2. Second cas clinique : TSPT et TNC

Une majorité de participants est favorable à l'accompagnement du patient avec des symptômes de TSPT et TNC en utilisant l'EMDR, avec des ajustements variés et adaptés à la clinique

particulière des troubles neurocognitifs, et conformes aux pratiques gériatriques (temps dédié, environnement adapté, implication des tiers ...). Ils peuvent également proposer des alternatives diverses quand l'EMDR ne semble pas la stratégie la plus adaptée. Parmi celles-ci plusieurs comportent un variant de l'exposition (TCC, NET). Seule une minorité propose une réorientation ou ne se sent pas en mesure de répondre à ces questions. Ces éléments, confrontés à l'hétérogénéité de la formation aux troubles mentaux de la personne âgée de l'échantillon, mettent en avant une capacité d'adaptation pratique des thérapeutes, ne semblant pas impactée lorsqu'une formation initiale ou continue fait défaut.

D. Données issues des échelles de Likert :

L'avancée en âge constitue :

Q1 ... Un facteur de risque de PTSD

Q2 ... Un facteur de résilience

L'avancée en âge comme facteur de risque obtient une discrète approbation (Médiane = 3 : Plutôt d'accord), et comme facteur de résilience une discrète désapprobation (Médiane = 2 : Plutôt pas d'accord). Comme nous l'avons vu précédemment, il est difficile de dire si l'avancée en âge constitue un facteur de risque de PTSD, un facteur de résilience, ou les deux. En effet, la prévalence inférieure de ce trouble chez les plus 65 ans peut faire supposer aussi bien une meilleure capacité d'adaptation dans cette population qu'une sous-estimation de celui-ci. Bien que cette tranche d'âge soit plus exposée statistiquement, il est possible que les stratégies de *coping* développées durant la vie entière

puissent participer à une moindre survenue de ce trouble dans les suites d'un évènement traumatogène.

Les symptômes de PTSD chez la personne âgée :

Q3 ... Plus faciles à détecter que chez l'adulte jeune

Les thérapeutes interrogés ne sont plus pas d'accord avec cette proposition (Médiane = 2 : Plutôt pas d'accord). Comme nous l'avons vu précédemment, l'existence de formes sub-syndromiques ainsi que la fréquence moindre des symptômes typiques d'intrusion peut les rendre compliqués à détecter. Il n'existe à ce jour pas d'outil psychométrique spécifique à la détection des TSPT des personnes âgées, comme c'est le cas pour la dépression ou l'anxiété. De plus, ce groupe est moins à même de reconnaître et déclarer des évènements de vie comme traumatiques (52), et à signaler ses symptômes (44). Une étude réalisée en 2005 s'est intéressée à l'outil PCL dans la détection du TSPT en population âgée, et a démontré sa validité dans ce sous-groupe, avec sensibilité et spécificité optimales au seuil de 37. Celui-ci est inférieur au seuil usuel recommandé en population générale (=44) pour cette version de la PCL (relative au DSM-IV) (52)). Il semble donc pertinent d'utiliser cette échelle, validée et dans sa 5ème version, en étant attentif aux formes incomplètes de TSPT. Il pourrait aussi être intéressant de développer une échelle simplifiée, de « dépistage », à l'usage des médecins généralistes ou gériatres, permettant le repérage et l'orientation adaptés des patients âgés souffrant de TSPT.

Q4 ... Plus souvent attribués à d'autres causes que chez l'adulte jeune

Q5 ... Plus souvent banalisés par l'entourage que chez l'adulte jeune

Q6 ... Moins confondus avec ceux de la dépression que chez l'adulte jeune

Les thérapeutes sont plutôt d'accord avec l'attribution erronée des symptômes à d'autres causes chez la personne âgée (Médiane = 3, Plutôt d'accord), et leur banalisation plus fréquente (Médiane = 3 : Plutôt d'accord). Ils ne sont plutôt pas d'accord avec leur moindre confusion avec la dépression quand il s'agit d'une personne âgée (M= 2 : Plutôt pas d'accord). Ces données concordent avec les observations de *Voshaar*, qui écrit : « les médecins généralistes, thérapeutes, personnes âgées et leur entourage interprètent souvent les symptômes anxieux et les comportements d'évitement à l'âge avancé comme normaux et plus ou moins acceptables, quand en réalité le patient peut souffrir d'un trouble psychiatrique. » (44).

Au sujet des psychothérapies en général :

Q7 ... Les anciennes générations sont moins familiarisées à l'auto-narration

Les thérapeutes sont dans l'ensemble plutôt d'accord (Médiane =3). Je n'ai pas trouvé de donnée confirmant ou infirmant cette hypothèse. Il pourrait être intéressant d'analyser comment les changements sociétaux peuvent influencer la manière dont les individus parlent d'eux-mêmes, et comment ils intègrent leur propre vie à leur histoire familiale.

Q8 ... Les personnes âgées sont moins accessibles à la psychothérapie du fait d'une plus grande auto-stigmatisation

Plutôt validé par les thérapeutes interrogés (Médiane =3 : Plutôt d'accord), ce postulat n'est pas complètement vérifié. *Sirey et al.* ont montré que si la stigmatisation perçue par les personnes avec un trouble mental était supérieure chez l'adulte jeune (en comparaison avec la personne âgée), celle-ci ne prédisait l'arrêt précoce des soins que dans la population âgée avec une dépression sévère (53).

Q9 à 12 Les approches corporelles (type EMDR, relaxation etc) sont plus faciles à accepter que d'autres types de psychothérapie.

Q9 ... Quel que soit l'âge

Q10 ... Chez l'enfant/adolescent

Q11 ... Chez l'adulte

Q12 ... Chez la personne âgée

Les thérapeutes sont globalement plutôt d'accord avec cette proposition (Médiane = 3). Il semble toutefois que par tranches d'âge, l'approbation soit moindre concernant la personne âgée, en comparaison aux autres groupes (moyenne = 2,64 ($\pm 0,73$) vs 3,03 ($\pm 0,69$) chez l'enfant/adolescent et 3,02 ($\pm 0,67$) chez l'adulte). Je n'ai pas trouvé de donnée permettant une confrontation aux connaissances existantes.

Préalablement à un accompagnement en EMDR, un avis médical est souhaitable :

Q13 ... Quel que soit l'âge

Q14 ... Si âge > 65 ans

Les avis divergent à ce sujet. Dans l'ensemble, les thérapeutes ne sont plutôt pas favorables à un avis médical avant une thérapie EMDR (Médiane = 2 : Plutôt pas d'accord). En revanche, s'agissant des personnes de plus de 65 ans, ils y sont relativement favorables (Médiane = 3 : Plutôt d'accord). Ceci pourrait être expliqué par la prévalence plus importante dans cette population de pathologies comorbides.

Q15 : Le deuil pathologique (> 12 mois) pourrait en soi constituer une indication d'accompagnement en EMDR.

Les thérapeutes sont dans l'ensemble d'accord avec cette proposition (Médiane = 4). Bien que la prise en charge du Trouble de Deuil Prolongé (anciennement deuil pathologique) ne fasse pas l'objet de recommandations thérapeutiques actuellement, on peut supposer, par sa proximité clinique avec le TSPT, que celui-ci puisse également être traité en EMDR. Cette hypothèse reste à vérifier.

Q16 : Les personnes âgées sont moins à risque de suicide en cas de PTSD

Les thérapeutes ne sont plutôt pas d'accord avec cette proposition (Médiane = 2). Il n'y a, à ma connaissance, pas de donnée relative aux associations entre TSPT et suicide spécifiquement dans ce sous-groupe. Cependant on peut supposer à minima que le risque suicidaire ne soit pas inférieur à celui des adultes, la population âgée étant plus impactée par le suicide, intrinsèquement, toute cause confondue.

Q 17 : Il est toujours utile de traiter un psychotraumatisme, même si celui-ci est ancien

Cette affirmation est validée par une grande partie de la population d'étude (Médiane = 4 : D'accord), ainsi par les recommandations de la HAS (12). Celle-ci stipule que le « traitement psychothérapeutique est proposé quel que soit le délai écoulé depuis le traumatisme ».

E. Limitations et forces de l'étude, pistes de recherche

1. Limites

a) *Liées au recrutement*

Tous les thérapeutes EMDR accrédités ne s'inscrivent pas sur l'annuaire EMDR France. On peut aussi supposer que les participants s'intéressent à priori au sujet proposé par le questionnaire. Ces paramètres pourraient induire un biais de sélection. Le titre du questionnaire a pour cela été volontairement rendu vague « EMDR à travers les âges, enquête auprès des praticiens ». Par ailleurs, il s'agit pour une majorité de psychologues libéraux, n'étant peut-être pas amenés à rencontrer des personnes souffrant de problématiques complexes retrouvées dans les hôpitaux ou institutions. Les thérapeutes sont ici interrogés dans leur domaine d'expertise : il se peut donc que le TSPT soit mieux repéré par ceux-ci que par d'autres professionnels de santé amenés à intervenir auprès des patients avant leur orientation en psychothérapie EMDR.

b) *Liées à la méthode quantitative*

L'étude présentée, après exclusion, n'atteint pas le nombre de sujets nécessaires pour une bonne puissance statistique, même si elle en est proche. Elle comporte plusieurs biais dans l'analyse de l'un des critères de jugement. En effet, la majorité des participants étant des psychologues, l'établissement d'un diagnostic formel, bien que possible par l'expérience, n'est pas habituel. De plus l'utilisation des échelles diagnostiques varie significativement entre les bras A et B, à la faveur du bras B, pour lequel on pourrait donc supposer une meilleure sensibilité dans la détection d'un TSPT.

c) *Liées à la méthode qualitative*

Enfin, elles peuvent être liées à la méthode qualitative : la catégorisation utilisée pour regrouper les codes en ensembles peut être rendue artificielle, car issue de l'analyse d'un seul investigateur. Certains codes pourraient ainsi être compatibles avec plusieurs catégories, et des différences importantes pourraient exister au sein d'une même catégorie. La méthode qualitative choisie ne permet pas la comparaison chiffrée valide des effectifs des différentes catégories, ces chiffres sont donc donnés à titre indicatif exclusivement.

2. Forces

Le taux de participation est correct pour une étude de ce type. Le sujet est original, et s'intéresse tant aux pratiques courantes des professionnels qu'à des situations plus spécifiques. Les résultats sont susceptibles d'être lus par divers corps de métier, permettant aux psychothérapeutes

d'appréhender les spécificités du TSPT chez les sujets âgés, et à d'autres professionnels de découvrir, au travers de l'analyse des cas cliniques, quelques aspects du travail en EMDR.

Enfin, elle met en lumière des enjeux cliniques concrets, rencontrés par une majorité de professionnels de santé (abord du vieillissement et des questions de santé mentale).

3. Recherches futures

Il serait intéressant de mener des études contrôlées randomisées de puissance suffisante concernant la psychothérapie du TSPT, spécifiquement chez la personne âgée (TCC, EMDR).

Pour bien repérer ces troubles et permettre une orientation adaptée de ces personnes, une échelle de dépistage simplifiée à destination des médecins non-psychiatres pourrait être conçue et évaluée, par exemple sur le modèle de celles qui existent pour d'autres troubles mentaux.

Enfin, la reconnaissance récente du Trouble de Deuil Prolongé comme entité pathologique permettra probablement dans un futur proche sa meilleure identification, et le développement de recherches concernant sa prise en charge, en particulier psychothérapeutique.

VI. Conclusion

Cette étude a permis de montrer globalement que les thérapeutes EMDR ne font pas de différence dans la considération d'une personne accompagnée en fonction de son âge, notamment : dans la validation d'une indication d'EMDR, dans le diagnostic retenu, et dans les objectifs de soins. Ceux-ci sont similaires quel que soit l'âge, et balaient plusieurs champs du rétablissement. Les freins éventuels peuvent différer en fonction de la personne accueillie, liés essentiellement aux comorbidités liées à l'âge.

Dans l'ensemble, les thérapeutes semblent présenter de bonnes capacités d'ajustement aux particularités cliniques et sociales de la population âgée, ainsi qu'à d'éventuels troubles cognitifs. Leurs connaissances et avis sont plutôt concordants avec les données actuelles de la littérature.

Ils soulignent l'importance, pour améliorer le parcours de soins de la population âgée, de travailler sur cinq axes : formation, information, sensibilisation et déstigmatisation, accès aux soins, prévention, et adaptation des méthodes.

Ces résultats sont encourageants, dans la perspective de proposer des soins de santé équitables, quels que soient l'âge et les déficiences des personnes concernées.

VII. Bibliographie

1. Définition TSPT - DSM5. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf
2. OMS : Vieillissement et Santé. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Leray E, Camara A, Drapier D, Riou F, Bougeant N, Pelissolo A, et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: results from the « Mental Health in General Population » survey (MHGP). Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. sept 2011;26(6):339-45.
4. Creamer M, Parslow R. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the elderly: a community prevalence study. Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. oct 2008;16(10):853-6.

5. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med.* oct 2001;31(7):1237-47.
6. Ducrocq F, Le psychotrauma en chiffres [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: https://traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-199-200_Ducrocq.pdf
7. Murphy S. Provision of psychotherapy services for older people. *Psychiatr Bull.* mai 2000;24(5):181-4.
8. Landreville P, Landry J, Baillargeon L, Guérette A, Matteau E null. Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* sept 2001;56(5):P285-291.
9. Hanson AE, Scogin F. Older Adults' Acceptance of Psychological, Pharmacological, and Combination Treatments for Geriatric Depression. *J Gerontol Ser B.* 1 juill 2008;63(4):P245-8.
10. Gum A, Areán P, Hunkeler E, Tang L, Noël P, Steffens D, et al. Depression Treatment Preferences in Older Primary Care Patients. *The Gerontologist.* 1 mars 2006;46:14-22.
11. Wetherell JL, Kaplan RM, Kallenberg G, Dresselhaus TR, Sieber WJ, Lang AJ. Mental Health Treatment Preferences of Older and Younger Primary Care Patients. *Int J Psychiatry Med.* 1 sept 2004;34(3):219-33.
12. HAS : troubles anxieux. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
13. Cuijpers P, Veen SC van, Sijbrandij M, Yoder W, Cristea IA. Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 3 mai 2020;49(3):165-80.
14. OMS : orientations sur les soins de santé mentale après un traumatisme. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>
15. Yunitri N, Kao CC, Chu H, Voss J, Chiu HL, Liu D, et al. The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res.* avr 2020;123:102-13.
16. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 26 nov 2024]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#585833559>
17. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* oct 2017;47(13):2260-74.
18. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med.* oct 2001;31(7):1237-47.

19. Fox V, Dalman C, Dal H, Hollander AC, Kirkbride JB, Pitman A. Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. *J Affect Disord.* 15 janv 2021;279:609-16.
20. Ruisch J e., Nederstigt A h. m., van der Vorst A, Boersma S n., Vink M t., Hoeboer C m., et al. Treatment of post-traumatic stress disorder in people with dementia: a structured literature review. *Psychogeriatrics.* 2023;23(3):523-34.
21. Kaiser AP, Cook JM, Glick DM, Moye J. Posttraumatic Stress Disorder in Older Adults: A Conceptual Review. *Clin Gerontol.* 2019;42(4):359-76.
22. Michopoulos V, Norrholm SD, Jovanovic T. Diagnostic Biomarkers for Posttraumatic Stress Disorder: Promising Horizons from Translational Neuroscience Research. *Biol Psychiatry.* 1 sept 2015;78(5):344-53.
23. Rosenbaum S, Stubbs B, Ward PB, Steel Z, Lederman O, Vancampfort D. The prevalence and risk of metabolic syndrome and its components among people with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Metabolism.* août 2015;64(8):926-33.
24. Boscarino JA, Chang J. Electrocardiogram abnormalities among men with stress-related psychiatric disorders: Implications for coronary heart disease and clinical research. *Ann Behav Med.* 1999;21(3):227-34.
25. Etkin A, Wager TD. Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia. *Am J Psychiatry.* oct 2007;164(10):1476-88.
26. Hughes KC, Shin LM. Functional neuroimaging studies of post-traumatic stress disorder. *Expert Rev Neurother.* févr 2011;11(2):275-85.
27. Protopopescu X, Pan H, Tuescher O, Cloitre M, Goldstein M, Engelien W, et al. Differential time courses and specificity of amygdala activity in posttraumatic stress disorder subjects and normal control subjects. *Biol Psychiatry.* 1 mars 2005;57(5):464-73.
28. Wang Z, Neylan TC, Mueller SG, Lenoci M, Truran D, Marmar CR, et al. Magnetic Resonance Imaging of Hippocampal Subfields in Posttraumatic Stress Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mars 2010;67(3):296.
29. van Zelst WH, de Beurs E, Beekman ATF, Deeg DJH, van Dyck R. Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychother Psychosom.* 2003;72(6):333-42.
30. Helmer C, Lepetit A. État de stress post-traumatique et démence chez la personne âgée. Une revue systématique de la littérature. *Inf Psychiatr.* 5 déc 2016;92(9):780-4.
31. Dallam DL, Mellman TA, Bhatnagar A, Nguyen S, Kurukumbi M. Trauma reenactments in aging Veterans with dementia. *J Am Geriatr Soc.* avr 2011;59(4):766-8.

32. Charles E, Bouby-Serieys V, Thomas P, Clément JP. [Links between life events, traumatism and dementia; an open study including 565 patients with dementia]. *L'Encephale*. oct 2006;32(5 Pt 1):746-52.
33. Organisation mondiale de la Santé, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : module guide d'intervention mhGAP [Internet]. Assessment and management of conditions specifically related to stress: mhGAP intervention guide mode. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/112734>
34. Delrue N. Trouble de stress post-traumatique chez le sujet âgé : apports d'un traitement cognitif adapté. *PSN*. 31 mars 2020;18(1):13-25.
35. Gielkens EMJ, Turksma K, Kranenburg LW, Stas L, Sobczak S, van Alphen SPJ, et al. Feasibility of EMDR in Older Adults with PTSD to Reduce Frailty and Improve Quality of Life. *Clin Gerontol*. 0(0):1-11.
36. Hase M, Balmaceda UM, Hase A, Lehnung M, Tumani V, Huchzermeier C, et al. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain Behav*. 2015;5(6):e00342.
37. Carletto S, Malandrone F, Berchiolla P, Oliva F, Colombi N, Hase M, et al. Eye movement desensitization and reprocessing for depression: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatology*. 9 avr 2021;12(1):1894736.
38. Novo P, Landin-Romero R, Radua J, Vicens V, Fernandez I, Garcia F, et al. Eye movement desensitization and reprocessing therapy in subsyndromal bipolar patients with a history of traumatic events: a randomized, controlled pilot-study. *Psychiatry Res*. 30 sept 2014;219(1):122-8.
39. Cn2r : Dossier Scientifique : Le Trouble de Deuil Prolongé. Disponible sur: https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2023/12/Dossier_scientifique_deuil_Cn2r_112023.pdf
40. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. avr 2018;Volume 13:691-9.
41. Boukezzi S, El Khoury-Malhame M, Auzias G, Reynaud E, Rousseau PF, Richard E, et al. Grey matter density changes of structures involved in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after recovery following Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 30 août 2017;266:146-52.
42. Pagani M, Di Lorenzo G, Verardo AR, Nicolais G, Monaco L, Lauretti G, et al. Neurobiological correlates of EMDR monitoring - an EEG study. *PloS One*. 2012;7(9):e45753.
43. Épidémiologie France Suicides – Infosuicide.org [Internet]. [cité 12 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-suicides/>

44. Voshaar RCO. Lack of interventions for anxiety in older people. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juill 2013;203(1):8-9.
45. van den Berg DPG, van der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 2012;43(1):664-71.
46. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 10 déc 2024]. Disponible sur: <https://archive.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
47. Crompton L, Lahav Y, Solomon Z. Auditory hallucinations and PTSD in ex-POWS. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD.* 2017;18(5):663-78.
48. Pang L. Hallucinations Experienced by Visually Impaired: Charles Bonnet Syndrome. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom.* déc 2016;93(12):1466-78.
49. Isolement social des aînés : des repères pour agir. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/isolement_social_des_aines_des_reperes_pour_agir_2021-accessible.pdf
50. Bloom HG, Ahmed I, Alessi CA, Ancoli-Israel S, Buysse DJ, Kryger MH, et al. Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *J Am Geriatr Soc.* mai 2009;57(5):761-89.
51. Geoffroy PA, Oquendo MA, Courtet P, Blanco C, Olfson M, Peyre H, et al. Sleep complaints are associated with increased suicide risk independently of psychiatric disorders: results from a national 3-year prospective study. *Mol Psychiatry.* juin 2021;26(6):2126-36.
52. Cook JM, Elhai JD, Areán PA. Psychometric properties of the PTSD Checklist with older primary care patients. *J Trauma Stress.* août 2005;18(4):371-6.
53. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, et al. Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients With Depression. *Am J Psychiatry.* 1 mars 2001;158(3):479-81.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Critères diagnostiques du DSM 5 : TSPT, TDP, EDC

Critères diagnostiques du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015) pour le trouble de stress post-traumatique (F43.10)

Critères A : Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critères B : Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse

3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel).
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critères C : Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ;
2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

Critères D : Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) ;
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente » ;
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ;
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) ;
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ;
3. Hypervigilance ;

4. Réaction de sursaut exagéré ;
5. Problèmes de concentration ;
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

Critère F : La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois. Critère G : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

* *Avec symptômes dissociatifs* : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;
2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

* *Avec manifestation différée* : Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat)

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition . Arlington VA. American Psychiatric Association 2015.

Critères diagnostiques du DSM-5-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition) pour le Trouble de deuil prolongé (F43.8)

Critère A : Décès, survenu au moins 12 mois plus tôt, d'une personne qui était proche de la personne endeuillée (pour les enfants et les adolescents, au moins 6 mois auparavant).

Critères B : Depuis le décès, apparition d'une réaction de deuil persistante caractérisée par un ou plusieurs des symptômes suivants, qui ont été présents presque tous les jours à un degré cliniquement significatif. En outre, le(s) symptôme(s) est (sont) apparu(s) presque tous les jours au cours du dernier mois :

1. Désir/nostalgie intense de la personne décédée.
2. Préoccupation avec des pensées ou des souvenirs de la personne décédée (chez les enfants et les adolescents, la préoccupation peut porter sur les circonstances du décès).

Critères C : Depuis le décès, au moins trois des symptômes suivants ont été présents presque tous les jours à un degré cliniquement significatif. De plus, les symptômes sont apparus presque tous les jours pendant au moins le dernier mois :

1. Perturbation de l'identité (par exemple, sentiment qu'une partie de soi est morte) depuis le décès.
2. Sentiment marqué d'incrédulité face au décès.

3. Évitement de tout ce qui rappelle que la personne est décédée (chez les enfants et les adolescents, peut être caractérisé par des efforts pour éviter les souvenirs).
4. Douleur émotionnelle intense (par exemple, colère, amertume, chagrin) liée au décès.
5. Difficulté à réintégrer ses relations et ses activités après le décès (p. ex. difficultés à s'engager avec des amis, à poursuivre des intérêts ou à planifier l'avenir).
6. Engourdissement émotionnel (absence ou réduction marquée de l'expérience émotionnelle) à la suite du décès.
7. Sentiment que la vie n'a pas de sens à la suite du décès.
8. Solitude intense à la suite du décès.

Critère D : La perturbation entraîne une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.

Critère E : La durée et la sévérité de la réaction de deuil dépassent clairement les normes sociales, culturelles ou religieuses attendues dans la culture et le contexte de l'individu.

Critère F : Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, tel qu'un trouble dépressif majeur ou un trouble de stress post-traumatique, et ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, un médicament, l'alcool) ou un autre problème médical.

Critères diagnostiques du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, 2015) pour le L'Episode dépressif caractérisé (F32)

Critères A : Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.
2. Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Critère B : Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Critère C : Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC. NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un *trouble dépressif unipolaire*, les critères D et E doivent s'y ajouter.

Critère D : L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

Critère E : Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque

Annexe 2 : PTSD CheckList- Version 5

PCL-5 (Fr)

Instructions: Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois à la suite d'une expérience très stressante. Veuillez s'il-vous-plait lire chaque problème soigneusement et encrer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois. Assurez-vous de baser vos réponses sur des problèmes qui sont apparus ou se sont aggravés après l'évènement.

L'évènement que vous avez vécu était _____ en _____.
(évènement) (mois/année)

Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé par:

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez là en train de le revivre)?	0	1	2	3	4
4. Le fait d'être bouleversé lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration)?	0	1	2	3	4
6. L'évitement des souvenirs, pensées ou émotions associés à l'expérience stressante?	0	1	2	3	4
7. L'évitement des rappels externes de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations)?	0	1	2	3	4
8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'expérience stressante (pour quelque raison que ce soit à l'exception d'une blessure à la tête, ou de consommation d'alcool ou de drogue)?	0	1	2	3	4
9. Le fait d'avoir de fortes croyances négatives au sujet de vous-même, d'autrui ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que «Je suis mauvais, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux»)?	0	1	2	3	4
10. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre (qui n'a pas directement causé l'évènement ou ne vous a pas fait de tort) pour l'expérience stressante ou pour ce qui s'est produit par la suite?	0	1	2	3	4

Suite à la page suivante

Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé par:

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
11. La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte?	0	1	2	3	4
12. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant?	0	1	2	3	4
13. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres?	0	1	2	3	4
14. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches?	0	1	2	3	4
15. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive?	0	1	2	3	4
16. Le fait de prendre trop de risques ou faire des choses qui pourraient vous blesser?	0	1	2	3	4
17. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant ou sur vos gardes?	0	1	2	3	4
18. Le fait de vous sentir agité ou de sursauter facilement?	0	1	2	3	4
19. Des difficultés de concentration?	0	1	2	3	4
20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	0	1	2	3	4

PCL-5 (6/13/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr - National Center for PTSD

Version Canadienne-Française (3/12/2013): Traduction par Norman Shields (Anciens Combattants Canada) et Stéphane Guay (Université de Montréal).

Annexe 3 : Questionnaire envoyé aux thérapeutes



Rubrique 1 sur 10

EMDR à travers les âges - Enquête auprès des praticiens

B *I* U [↔](#) ~~X~~

Ce questionnaire a été conçu pour la rédaction d'une **thèse de psychiatrie**.

Il se décompose en 3 parties (généralités, cas cliniques, recueil d'avis), avec des questions à choix multiples et des questions rédactionnelles.

Il dure environ 12 minutes, mais *certaines questions sont facultatives* (dont le deuxième cas clinique). Pour la prise en compte des réponses, le questionnaire doit être soumis à la fin.

Votre aide est déterminante, merci beaucoup pour votre engagement !

NB : La participation implique d'avoir validé au minimum la formation EMDR niveau 1 par une école reconnue par l'association EMDR France, EMDR Europe, EMDR Canada, EMDR IA ou EMDR Institute.

Les réponses sont anonymes.

La poursuite de ce questionnaire et l'envoi des réponses impliquent que vous consentez à participer au travail de recherche.

PARTIE I : Pour mieux vous connaître *

Vous êtes :

- ☐ Psychologue
- ☐ Psychothérapeute ARS
- ☐ Psychiatre
- ☐ Interne en 3ème année de psychiatrie et plus
- ☐ Autre...

...

Quel âge avez vous ?

- ☐ De 20 à 30 ans
- ☐ De 30 à 40 ans
- ☐ De 40 à 50 ans
- ☐ De 50 à 60 ans
- ☐ 60 ans et plus

Depuis combien de temps environ êtes vous en exercice ?

Réponse courte

Année de votre première formation (initiale) en EMDR *

Réponse courte

Niveau de formation EMDR obtenu *
(par un établissement certifié)

- ☐ Niveau 1
- ☐ Niveau 1+ 2
- ☐ Niveau 1+ 2 + formation(s) continue(s)
- ☐ Autre...

L'EMDR fait-elle partie de votre **activité clinique régulière ? ***

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, dans quel **contexte** ?

- ☐ Libéral
- ☐ Institutionnel, service public
- ☐ Établissement privé
- ☐ Association
- ☐ Mixte (plusieurs types d'activités)
- ☐ Autre...

S'agit-il d'une pratique **psychothérapeutique exclusive** ? *

Si non, quelle(s) autre(s) forme(s) de psychothérapie pratiquez vous ?

Réponse courte
.....

Avez-vous, au cours de vos études et formations, reçu des enseignements spécifiques **aux troubles mentaux de la personne âgée** ? *

Si oui, de quel type ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, à l'université (ou école), enseignement OBLIGATOIRE

- ☐ Oui, à l'université (ou école), enseignement OPTIONNEL
- ☐ Oui, en formation continue (DU, capacités, conférences, formations institutionnelles ou privées)
- ☐ Autre...

Parmi ces **indications de psychothérapie EMDR**, laquelle (lesquelles) retenez vous * pour l'accompagnement de vos patients ?

- ☐ PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)
- ☐ Troubles anxieux (généralisé, panique, anxiété sociale, TOC, phobies)
- ☐ Trouble de l'humeur unipolaire (Dépression)
- ☐ Trouble de l'humeur bipolaire
- ☐ Deuil compliqué
- ☐ Douleurs chroniques
- ☐ Troubles de l'usage de substances
- ☐ Autre...

L'accompagnement des **personnes de plus de 65 ans** fait-il partie de vos pratiques habituelles ? *

Si oui, en **quelle proportion** ?

- ☐ Plutôt non
- ☐ Oui, de 0 à 20% de mes patients
- ☐ Oui, de 20 à 40% de mes patients
- ☐ Oui, de 40 à 60% de mes patients
- ☐ Oui, de 60 à 80% de mes patients
- ☐ Oui de 80 à 100% de mes patients

...

Utilisez-vous habituellement des **échelles de diagnostic** du PTSD chez l'adulte ? *

- ☐ Plutôt Non
 - ☐ Oui, la IES-R
 - ☐ Oui, la SPRINT
 - ☐ Oui, la CAPS-5
 - ☐ Oui, la PCL-5
 - ☐ Oui, les critères DSM
-

☐ Autre...

Après la section 1 Passer à la section suivante ▼

Rubrique 2 sur 10

PARTIE II : CAS CLINIQUE



La présentation suivante a pour but de recueillir vos ***impressions sur une problématique clinique donnée***.

Elle s'applique aux questions qui font suite.

Madame S., **79 (A) ou 42 (B) ans**, souffre d'une détérioration thymique suite au décès de son mari il y a 13 mois.

Celui-ci est décédé des complications d'un cancer de longue évolution, alors qu'il était rentré de l'hôpital la veille, stabilisé.

Depuis cet événement, Madame S. présente une discrète altération de l'état général avec des plaintes douloureuses polymorphes, ainsi que des ruminations anxieuses au sujet de ce qu'elle aurait pu faire si elle était allée voir son mari dans sa chambre la nuit de son décès.

Elle dort peu, a de grandes difficultés d'endormissement et fait des cauchemars au sujet de la mort de ses proches.

Elle sursaute et a le "souffle coupé" dès qu'elle entend la sirène d'un véhicule de secours.

Elle vous confie ne plus être retournée dans la chambre de son époux depuis ce jour-là, car "c'est trop difficile".

Depuis quelques mois, elle a considérablement réduit les sorties de sa maison.

Elle ne fréquente plus le club de lecture, se sentant devenue "inintéressante", "incomprise". Elle éprouve également des difficultés de concentration.

Ses proches la trouvent très ralentie, Madame est décrite comme absente voire aréactive depuis plusieurs semaines.

S'agit-il selon vous d'une **indication** de prise en charge **EMDR** ? *

☐ Oui

☐ Non

...

☒ Si **oui**, pour quel motif ?

☐ Épisode dépressif caractérisé

☐ TSPT (Trouble de Stress Post Traumatique)

☐ Troubles anxieux (autres)

☐ Trouble de l'adaptation ou deuil prolongé

☐ Autre...

☒ Si **non**, quel type de prise en charge serait préférable ?

Réponse courte



Quels éléments cités ou à rechercher pourraient constituer **un frein à la prise en charge** de cette patiente ? *

Réponse longue

C'est la fille de Madame S. qui vous a sollicité.e pour un premier rendez vous, et qui l'accompagne aujourd'hui en séance. *

Leur médecin traitant leur a conseillé l'EMDR.

Madame S. ne comprend pas bien "pourquoi [elle] vient vous voir".

"Ça ne fera pas revenir son mari."

"Je suis venue pour faire plaisir à mes enfants."

Elle n'est cependant pas opposée à «essayer».

Quels **axes d'amélioration future attendue** pouvez vous lui exposer ?

Réponse longue

Quels éventuels **évènements de vie traumatiques** antérieurs semble-t-il pertinent de rechercher pour Madame S. ? *

Réponse longue

Commentaires éventuels sur le cas clinique :

Réponse longue

Après la section 4 Passer à la section suivante ▼

Rubrique 5 sur 10

PARTIE II BIS : Cas clinique optionnel, 5 questions



Vous êtes sollicité.e pour un avis sur l'accompagnement de M. R., 90 ans. Ce patient réside en EHPAD et souffre d'une forme modérée de maladie d'Alzheimer (MMSE 17/30 en 2023). Le personnel de l'EHPAD est interpellé par l'apparition de troubles du comportement fluctuants (cris, sursauts, agitation des jambes, refus de la toilette). Des propos incohérents en lien avec la guerre : "attention aux débris", "allez à la cave", "Papa va revenir" sont également rapportés. Monsieur R. ne manifeste pas d'agressivité. On apprend en questionnant sa famille qu'il a grandi dans une zone de combats du Nord de la France pendant la seconde guerre mondiale. Son père était alors prisonnier. Monsieur R. n'a que très peu parlé de cette époque au cours de sa vie.

S'agit-il selon vous d'une symptomatologie de **stress post traumatique** d'apparition retardée ?

Si non, comment qualifieriez-vous le trouble de Mr R. ?

☐ Oui

☐ Autre...

Ce patient pourrait-il selon vous bénéficier d'un **accompagnement en EMDR** ?

☐ Oui

☐ Non

☒ Si **oui**, avec quel(s) aménagement(s) spécifique(s) éventuels ?

Réponse courte
.....

☒ Si **non**, quel(s) type(s) de thérapie(s) vous semble(nt) plus adapté(s) ?

Réponse courte
.....

...

Selon vous est-il fréquent d'observer l'émergence ou la résurgence de symptômes de stress post traumatique avec ...

	Plutôt oui	Je ne sais pas	Plutôt non
... l'avancée en âge ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... les troubles cognitif...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires éventuels sur le cas clinique

Réponse longue

Après la section 5 Passer à la section suivante ▼

Rubrique 6 sur 10

PARTIE 3 : RECUEIL D'AVIS:



Merci d'avoir répondu jusqu'ici 😊

Dernière partie : évaluez votre accord ou non avec les propositions.

L'avancée en âge constitue ...

Description (facultative)

... un facteur de risque de PTSD. *

D'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'acco...

Pas d'accord

Je suis :

☐☐☐☐

... un facteur de résilience face aux évènements de vie traumatiques. *

D'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'acco...

Pas d'accord

Je suis :

☐☐☐☐

Les symptômes de PTSD sont chez la personne âgée ...

Description (facultative)

Plus faciles à détecter que chez l'adulte jeune *

D'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'acco...

Pas d'accord

Je suis :

☐☐☐☐

Plus souvent attribués à d'autres causes que chez l'adulte jeune *

D'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'acco...

Pas d'accord

Je suis :

☐☐☐☐

Moins confondus avec ceux de la dépression que chez l'adulte jeune

D'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'acco...

Pas d'accord

Je suis :

☐☐☐☐

Au sujet des psychothérapies en général :

Description (facultative)

... les anciennes générations sont moins familiarisées à l'auto narration. *

D'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'acco...

Pas d'accord

Je suis

☐☐☐☐

... les personnes âgées y sont moins accessibles du fait d'une plus grande auto stigmatisation. ("Je ne suis pas fou/folle.") *

D'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'acco...

Pas d'accord

Je suis

☐☐☐☐

... les approches corporelles (type EMDR, relaxation etc) sont plus faciles à accepter *
que d'autres types de psychothérapie.

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'acco...	Pas d'accord
Quel que soit l'âge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chez l'enfant/ado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chez l'adulte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chez l'âgé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Préalablement à un accompagnement en EMDR, un avis médical est souhaitable. *

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'acco...	Pas d'accord
Quel que soit l'âge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si âge > 65 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le deuil pathologique (> 12 mois) peut constituer en soi une indication d'accompagnement EMDR.

*

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'acco...	Pas d'accord
Je suis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les personnes âgées sont moins à risque de suicide en cas de PTSD.

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'acco...	Pas d'accord
Je suis :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il est toujours utile de traiter les symptômes d'un psychotraumatisme, même si celui-ci est ancien.

*

	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'acco...	Pas d'accord
Je suis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Après la section 6 Passer à la section suivante



CONCLUSION



Merci beaucoup pour votre participation 🙌❤️

Au total, selon vous, comment pourrait-on améliorer le parcours de soin et l'accompagnement des personnes âgées souffrant de psychotraumatisme en France ?



Réponse longue

Commentaires libres et/ou adresse mail pour communication des résultats de l'étude.

Réponse longue

Affections spécifiquement liées au stress

STR 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

1. La personne présente-t-elle des symptômes significatifs de stress aigu après une exposition RÉCENTE (au cours des 30 jours passés environ) à un événement potentiellement traumatique ?

» Chercher à savoir combien de temps s'est écoulé depuis l'événement potentiellement traumatique (c'est-à-dire un événement extrêmement menaçant ou atroce, comme un fait de violence physique ou sexuelle, un accident grave).

» Si l'événement s'est produit il y a moins d'un mois, évaluer les symptômes de stress aigu apparus après l'événement. Il peut s'agir :

- D'insomnie
- De symptômes de reviviscence » STR 2
- De symptômes d'évitement » STR 2
- De symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente » STR 2
- D'émotions ou de pensées perturbatrices
- De modifications du comportement perturbant la personne et ses proches (par exemple, agressivité, isolement/retrait social et (chez les adolescents) comportement à risque)
- De comportements régressifs, comme l'énurésie (chez les enfants)
- De troubles physiques inexplicables, comme l'hyperventilation et les troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation (par ex. paralysie, incapacité à parler ou à voir).¹

¹ L'expression troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation est conforme aux propositions provisoires de la CIM-11 en cours d'élaboration.

OUI

Si la personne remplit tous les critères suivants :

- » A subi un événement potentiellement traumatique au cours du mois passé
- » Présente des symptômes de stress aigu, survenus après l'événement
- » Rencontre des difficultés dans ses activités quotidiennes ou recherche de l'aide pour faire face à ces symptômes

elle présente vraisemblablement des symptômes significatifs de stress aigu.

- » Dispenser les premiers secours psychologiques : » STR 3.1
- Écouter. **NE PAS** forcer la personne à parler. ⚠
 - Évaluer les besoins et les préoccupations.
 - Aider la personne à pallier à ses besoins physiques de base immédiats (par ex. un abri pour la nuit)
 - Orienter les individus vers des services, des soutiens sociaux et familiaux ainsi que des informations fiables.
 - Dans la mesure du possible, chercher à protéger la personne de tout nouveau préjudice.
- » Évaluer et, si possible, chercher à résoudre les facteurs de stress actuels, y compris toute forme de maltraitance présente. » STR 3.2
- » Envisager la prise en charge du stress. » STR 3.3
- » Aider les individus à identifier et à s'appuyer sur les modes d'affrontement positifs des problèmes et sur le soutien social disponible. » STR 3.4
- » **NE PAS** prescrire de benzodiazépines ni d'antidépresseurs pour traiter les symptômes de stress aigu. ⚠
- » Envisager des stratégies supplémentaires de prise en charge pour :
- L'insomnie comme symptôme de stress aigu » STR 3.5.1
 - L'énurésie comme symptôme de stress aigu » STR 3.5.2
 - Les troubles somatiques marqués sans explication médicale :
 - Pour des conseils généraux, voir le GI-mhGAP 1.0, p.81
 - Pour des conseils sur l'hyperventilation comme symptôme de stress aigu, » STR 3.5.3
 - Pour des conseils sur la dissociation sensorimotrice comme symptôme de stress aigu, » STR 3.5.4
- » Proposer une psychoéducation. Expliquer que :
- Les gens souffrent souvent de stress aigu face à des facteurs de stress extrêmes.
 - Chez la plupart des individus, le stress aigu diminue au fil du temps.
- » Demander à la personne de revenir pour une visite de suivi si les symptômes s'intensifient ou si aucune amélioration n'est perceptible un mois après l'événement.
- Lors de la visite de suivi, évaluer l'ESPT (voir ci-dessous) ainsi que les pathologies suivantes : DEP, COM, ALC, DRO et SUI (» Tableau principal du Guide mhGAP 1.0).

Affections spécifiquement liées au stress

STR 1

Guide d'évaluation et de prise en charge

2. La personne se trouve-t-elle dans un état de stress post-traumatique (ESPT) ?

» Chercher à savoir combien de temps s'est écoulé depuis l'événement potentiellement traumatique (c'est-à-dire un événement extrêmement menaçant ou atroce, comme un fait de violence physique ou sexuelle, un accident grave).

» Si l'événement s'est produit il y a plus d'un mois, évaluer les symptômes de stress traumatique² (» STR 2 pour une définition complète de ces termes et symptômes, y compris chez les enfants) :

- **Symptômes de reviviscence**
Il s'agit de souvenirs répétés et non souhaités de l'événement comme s'il se reproduisait ici et maintenant (par ex. des cauchemars, des flashbacks ou des souvenirs intrusifs accompagnés d'une réaction intense de peur ou d'horreur).
- **Symptômes d'évitement**
La personne évite délibérément les pensées, les souvenirs, les activités ou les situations lui rappelant l'événement.
- **Symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente**
Il s'agit d'une hypervigilance (un comportement exagéré de détection des menaces potentielles) ou d'un réflexe de sursaut exagéré (la personne sursaute facilement ou se montre extrêmement nerveuse face à la peur, par exemple).

» Évaluer les difficultés dans l'exécution des activités professionnelles, scolaires, familiales ou sociales habituelles.

OUI

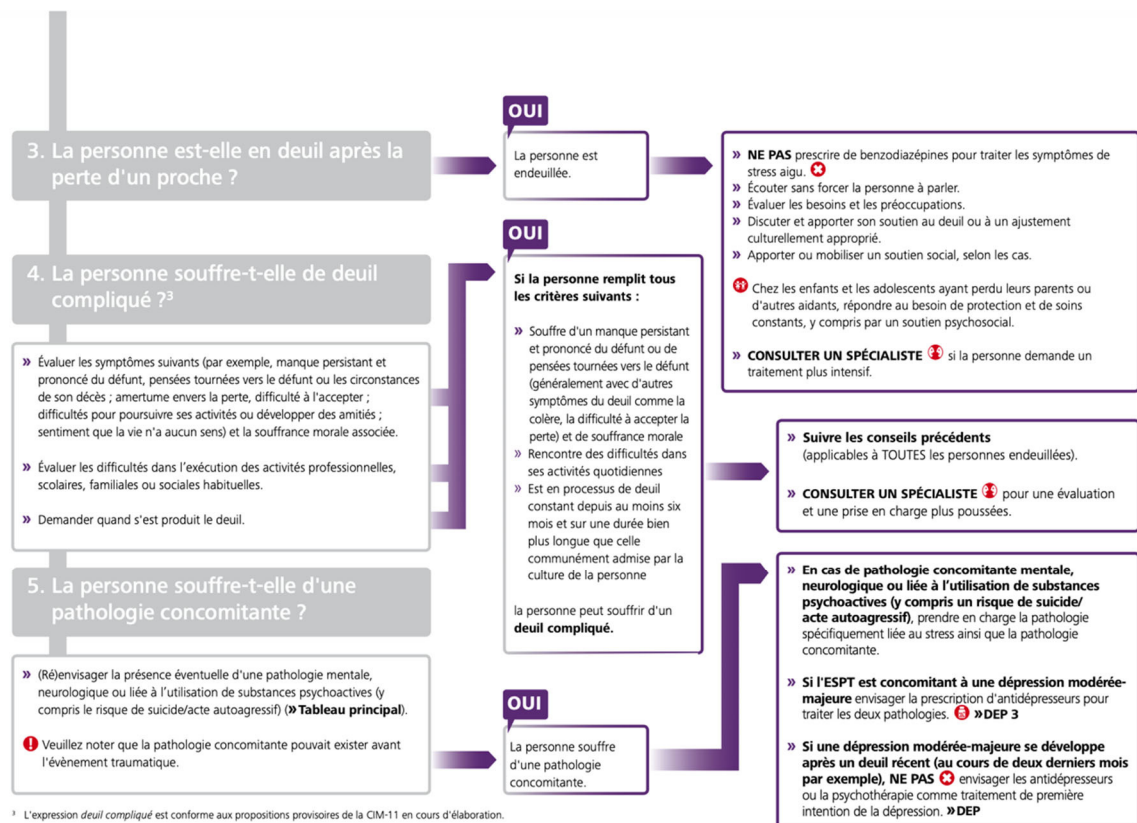
Si la personne remplit tous les critères suivants :

- » A subi un événement potentiellement traumatique il y a plus d'un mois
- » Présente au minimum un symptôme de reviviscence ET un symptôme d'évitement ET un symptôme d'hyperveil
- » Rencontre des difficultés dans ses activités quotidiennes

elle se trouve vraisemblablement en état de stress post-traumatique (ESPT).

- » Évaluer et, si possible, chercher à résoudre les facteurs de stress actuels, y compris toute forme de maltraitance présente. » STR 3.2
- » Proposer une psychoéducation. » STR 3.6
- » Si des thérapeutes qualifiés et encadrés sont disponibles ⚠, envisager une orientation vers :
- une thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique (TCC-PT), individuelle ou en groupe » INT ou
 - Thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires). » INT
- » Envisager la prise en charge du stress (par exemple, exercices de respiration, relaxation musculaire progressive). » STR 3.3
- » Aider les individus à identifier et à s'appuyer sur les modes d'affrontement positifs des problèmes et sur le soutien social disponible. » STR 3.4
- » Chez l'adulte, envisager la prescription d'antidépresseurs ⚠ lorsque la TCC-PT, la thérapie EMDR ou la prise en charge du stress sont inefficaces ou » DEP 3 (pour de plus amples détails sur la prescription d'antidépresseurs, » GI-mhGAP 1.0 p.14-15) ⚠
- ⚠ Chez les enfants et les adolescents, **NE PAS** proposer d'antidépresseurs pour prendre en charge l'ESPT. ⚠
- » Proposer un suivi régulier (après 2 à 4 semaines, par exemple) :
- Le suivi peut se faire sous forme d'une consultation à la clinique, par téléphone ou par l'intermédiaire d'un agent de santé communautaire
 - Lors du suivi, réévaluer la personne pour faire le point sur les améliorations.

² La description des symptômes de stress traumatique est conforme à la proposition provisoire pour l'ESPT de la CIM-11 en cours d'élaboration, à une différence près : la proposition de la CIM-11 permet la classification de l'ESPT dans le mois (soit quelques semaines) suivant l'événement. La proposition de la CIM-11 ne comprend pas de symptômes non spécifiques à l'ESPT comme la torpeur et l'agitation.



³ L'expression *deuil compliqué* est conforme aux propositions provisoires de la CIM-11 en cours d'élaboration.

Affections spécifiquement liées au stress

STR2

Détail des évaluations et des interventions

Évaluation des symptômes de stress traumatique

Pour obtenir des conseils sur l'évaluation, consultez le Tableau principal, les Principes généraux de soins du mhGAP ainsi que le Guide d'évaluation et de prise en charge précédent. Cette section décrit trois ensembles de symptômes de stress traumatique devant être évalués : les symptômes de reviviscence, les symptômes d'évitement et les symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente.

2.1 Symptômes de reviviscence

» Les personnes atteintes peuvent présenter des souvenirs répétés et non souhaités de l'évènement traumatique, comme s'il se reproduisait ici et maintenant, accompagnés d'une réaction intense de peur ou d'horreur. Il peut s'agir de souvenirs intrusifs, de cauchemars ou, dans les cas les plus sévères, de flashbacks. Ces souvenirs peuvent prendre la forme d'images, de sons (comme le son d'une arme) et d'odeurs (comme l'odeur de l'agresseur).

- Un **souvenir intrusif** est **non souhaité**, généralement **saissant** et la **cause d'une réaction intense de peur ou d'horreur**.
- Un **flashback** est un épisode au cours duquel la **personne pense et agit momentanément comme si elle était revenue au moment de l'évènement**, le vivant à nouveau. Les personnes connaissant des flashbacks perdent contact avec la réalité, généralement pendant quelques secondes ou minutes.
- Chez l'adulte ⚠, les **cauchemars** doivent porter sur l'évènement ou des aspects liés à ce dernier.
- Chez l'enfant ⚠, les symptômes de reviviscence peuvent également apparaître sous la forme de cauchemars sans contenu clair, de terreurs nocturnes ou de reconstitutions spécifiques du traumatisme dans des jeux répétitifs ou des dessins.

2.2 Symptômes d'évitement

» La personne évite délibérément les **situations, les activités, les pensées ou les souvenirs** lui rappelant l'évènement traumatique. Par exemple, elle peut ne pas vouloir parler de l'évènement traumatique avec le personnel soignant.

» Les personnes utilisent généralement ces stratégies pour éviter les symptômes de reviviscence qui les plongent dans un état de détresse importante. Paradoxalement, ces stratégies d'évitement ont tendance à amplifier l'apparition des symptômes de reviviscence.

2.3 Symptômes liés à un sentiment exacerbé de menace permanente

» Les personnes atteintes peuvent, à tort, se sentir en situation permanente de grave danger. Ce sentiment exacerbé de menace permanente peut rendre l'individu hypervigilant et sujet à un réflexe de sursaut exagéré.

- **Hypervigilance** : comportement exagéré de préoccupation et de vigilance envers le danger (par exemple, être bien plus vigilant que les autres en public, choisir sans raison des endroits « sûrs » pour s'asseoir, etc.).
- **Réflexe de sursaut exagéré** : sursauter facilement ou se montrer extrêmement nerveux, c'est-à-dire réagir avec une crainte excessive aux mouvements brusques ou aux bruits forts soudains. Ces réactions sont considérées comme excessives lorsque la personne réagit plus fortement que les autres et met un temps considérable à se calmer.

2.4 Caractéristiques associées à l'ESPT

» Chez tous les groupes d'âge, les caractéristiques associées à l'ESPT comprennent l'anxiété, la dépression, la colère, l'insomnie, la torpeur et les plaintes médicalement inexpliquées. En outre, les enfants en ESPT font souvent preuve de comportements régressifs, comme une énurésie, un comportement accaparant ou des accès de colère. Chez les adolescents en ESPT, les comportements à risque sont courants. L'alcoolisme et la toxicomanie sont également fréquents chez les adultes et les adolescents en état de stress post-traumatique.

Affections spécifiquement liées au stress

STR3

Détail des évaluations et des interventions

Détail des interventions

3.1 Premiers secours psychologiques

- » Pour de plus amples renseignements sur les premiers secours psychologiques, voir : WHO, War Trauma Foundation, World Vision International. *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO: Geneva, 2011. (whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf)

3.2 Prise en charge des stressseurs psychosociaux actuels

- » **S'enquérir des stressseurs psychosociaux actuels.** Dans la mesure du possible, utiliser **des techniques de résolution des problèmes** pour aider la personne à résoudre ses principaux stressseurs psychosociaux ou difficultés relationnelles. Faire appel aux ressources et services communautaires, selon qu'il convient (avec le consentement de la personne, par exemple).
- » Évaluer et prendre en charge toute situation de maltraitance (violence domestique, par exemple) ou de négligence (enfants ou personnes âgées, par exemple). Cette évaluation impose de disposer d'un espace privé et confidentiel. Contacter les services juridiques ou communautaires (par exemple les services sociaux, les réseaux de protection communautaires) pour prendre en charge toute maltraitance, selon qu'il convient (avec le consentement de la personne, par exemple).
- » Selon qu'il convient, identifier les **membres de la famille qui apportent un soutien** et les impliquer autant que possible.

» Chez les enfants et les adolescents : ①

- Évaluer **la maltraitance, l'exclusion ou le harcèlement**. Interroger directement l'enfant ou l'adolescent à ce sujet, en privé. Dans la mesure du possible, travailler avec la famille, l'école et la communauté pour assurer la sécurité de l'enfant ou de l'adolescent.
- Évaluer et prendre en charge les problèmes mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (en particulier la dépression) (» **Tableau principal**) et les stressseurs psychosociaux pesant sur les **aidants** des enfants et des adolescents.

3.3 Prise en charge du stress

Envisager de former les individus à des exercices de respiration, de la relaxation musculaire progressive et des équivalents culturels.

» Exercices de respiration

Cette technique implique d'expliquer que l'anxiété est associée à une respiration thoracique superficielle et rapide ; pour réduire l'anxiété, il faut viser une respiration abdominale lente et régulière. La technique nécessite d'apprendre à respirer par le diaphragme.

» Relaxation musculaire progressive

Cette technique implique d'expliquer que l'anxiété est associée à une contraction des muscles et que la relaxation systématique de ces derniers réduit l'anxiété. La technique nécessite d'apprendre à tendre et relâcher systématiquement les principaux groupes musculaires, généralement des pieds vers le haut du corps. Un exemple de protocole de relaxation musculaire progressive est donné en annexe du document : WHO, War Trauma Foundation, World Vision International. *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. WHO: Geneva, 2013.

3.4 Utilisation des modes d'affrontement positif des problèmes et du soutien social disponible

- » S'appuyer sur les **points forts et les capacités** de la personne. Lui demander ce qui va bien dans sa vie. Comment fait-elle pour que cela dure ? Comment a-t-elle surmonté les difficultés passées ?
- » Demander à la personne d'**identifier les personnes lui apportant un soutien émotionnel**. Lui demander d'identifier les personnes en qui elle a confiance. Il peut s'agir de membres de la famille, d'amis ou des personnes de la communauté. Encourager la personne à passer du temps et à parler de ses difficultés avec les personnes de confiance.
- » Encourager, dans la mesure du possible, la **prise des activités sociales et des routines quotidiennes** (par exemple, école, réunions de famille, visites aux voisins, activités sociales sur le lieu de travail, sport, activités communautaires, sorties avec les amis).
- » Sensibiliser la personne au fait que l'alcool et les substances psychoactives n'aident pas à se rétablir et que l'usage massif de ces produits (y compris les médicaments achetés sans ordonnance dans les pharmacies) peut provoquer de nouveaux problèmes de santé et d'insertion sociale.

Affections spécifiquement liées au stress

STR3

Détail des évaluations et des interventions

3.5 Stratégies supplémentaires de prise en charge de différents symptômes de stress aigu après un événement stressant récent de nature extrêmement atroce ou menaçante

3.5.1 L'insomnie comme symptôme de stress aigu

- » Appliquer des stratégies générales de prise en charge des symptômes de stress aigu (» **STR 3.1-3.4**).
- » Écarter les causes externes d'insomnie (par exemple le bruit). Écarter et traiter les éventuelles causes physiques (par exemple la douleur physique), même si l'insomnie a débuté immédiatement après un événement stressant.
- » Demander à la personne si elle sait ce qui pourrait expliquer l'insomnie.
- » Donner des conseils pour une bonne hygiène du sommeil (notamment éviter les psychostimulants comme le café, la nicotine et l'alcool).
- » Expliquer que les gens connaissent fréquemment ce problème suite à des facteurs de stress extrêmes.

① Dans des cas exceptionnels, chez l'adulte, lorsque les interventions orientées vers la psychologie (comme les techniques de relaxation) ne sont pas réalisables, un traitement de courte durée (3 à 7 jours) par benzodiazépines (par exemple diazépam 2-5 mg/jour, lorazépam 0,5-2 mg/jour selon la Liste modèle OMS des médicaments essentiels) peut être envisagé en cas d'insomnie perturbant gravement les activités quotidiennes. Dans ce cas, les précautions suivantes doivent être prises en compte :

- L'usage de benzodiazépines peut rapidement entraîner une dépendance chez certaines personnes. Les benzodiazépines sont souvent prescrites de façon abusive. Dans le cadre de l'insomnie, elles ne doivent être prescrites que sur de très courtes périodes et dans des cas exceptionnels.
- Chez les personnes âgées ②, des doses réduites sont généralement suffisantes (par exemple la moitié de la dose adulte susmentionnée) et les benzodiazépines à courte durée d'action (comme le lorazépam) doivent être, si possible, privilégiées.
- Pendant la grossesse et l'allaitement ③, les benzodiazépines doivent être évitées.
- En cas de pathologie concomitante : avant de prescrire des benzodiazépines, envisager les interactions entre le médicament et cette affection. Consulter le formulaire national ou le formulaire de l'OMS.

» Chez les enfants et les adolescents ④, **NE PAS** prescrire de benzodiazépines pour traiter l'insomnie.

» Si le problème persiste plus d'un mois, réévaluer et traiter tout trouble mental concomitant (» **Tableau principal**). En l'absence de trouble mental concomitant ou en l'absence de réponse au traitement d'un trouble mental concomitant, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE**. ⑤

3.5.2 L'énurésie comme symptôme de stress aigu chez l'enfant

- » Appliquer des stratégies générales de prise en charge des symptômes de stress aigu (» **STR 3.1-3.4**).
- » Se renseigner sur les antécédents d'énurésie pour s'assurer que le problème a commencé après un événement stressant. Écarter et traiter les éventuelles causes physiques (par exemple lorsque l'enfant présente des signes évocateurs d'une infection urinaire), même si l'énurésie a débuté dans le mois suivant l'événement potentiellement traumatique.
- » Évaluer et prendre en charge les troubles mentaux et les stressseurs psychosociaux des aidants.
- » Former les aidants. Leur faire comprendre qu'ils ne doivent pas punir l'enfant en cas d'énurésie. Expliquer que l'énurésie est une réaction courante chez les enfants soumis à des facteurs de stress et que la punition amplifie le stress de l'enfant. Montrer aux aidants l'importance de rester calme et d'apporter un soutien émotionnel. Apprendre aux aidants à ne pas se focaliser exagérément sur les symptômes et à apporter une attention positive à l'enfant à d'autres moments.
- » Envisager de former les parents à adopter des comportements simples (par exemple, récompenser le fait d'éviter la consommation excessive de boissons avant le coucher, récompenser le passage aux toilettes avant le coucher). Ces récompenses peuvent prendre la forme d'une prolongation du temps de jeu, d'étoiles sur un tableau ou d'un équivalent local.
- » Si le problème persiste plus d'un mois, réévaluer et traiter tout trouble mental ou physique concomitant (voir » **Tableau principal**). En l'absence de trouble mental concomitant ou en l'absence de réponse au traitement d'un trouble mental concomitant, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE**. ⑥

Affections spécifiquement liées au stress

STR3

Détail des évaluations et des interventions

3.5.3 L'hyperventilation comme symptôme de stress aigu

- » Appliquer des stratégies générales de prise en charge des symptômes de stress aigu (» STR 3.1–3.4).
- » Écarter et traiter les éventuelles causes physiques, même si l'hyperventilation a débuté immédiatement après un événement stressant. Procéder systématiquement à un examen médical de base pour identifier les éventuelles causes physiques.
- » Expliquer que les gens connaissent parfois ce problème suite à des facteurs de stress extrêmes.
- » Conserver une attitude calme, si possible éliminer les sources d'anxiété et montrer comment respirer correctement (c'est-à-dire encourager la respiration normale, pas plus profonde ni rapide que d'habitude).
- » Veuillez noter que si le fait de respirer dans un sac en papier est une technique couramment employée, elle n'a pas fait l'objet de recherches approfondies. En outre, elle présente des risques chez les personnes atteintes d'une cardiopathie ou d'asthme.
- » **NE PAS** encourager les enfants à respirer dans un sac en papier.
- » Si le problème persiste plus d'un mois, réévaluer et traiter tout trouble mental concomitant (» **Tableau principal**). En l'absence de trouble mental concomitant ou en l'absence de réponse au traitement d'un trouble mental concomitant, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE**.

3.5.4 Dissociation sensorimotrice (par exemple, paralysie médicalement inexpliquée, incapacité médicalement inexpliquée à parler ou à voir) comme symptôme de stress aigu

- » Appliquer des stratégies générales de prise en charge des symptômes de stress aigu (» STR 3.1–3.4).
- » En outre, ausculter systématiquement le patient et procéder à un examen médical de base afin d'identifier, traiter ou écarter les causes physiques éventuelles, même si le problème a débuté immédiatement après un événement stressant.
- » Demander à la personne son interprétation des symptômes.
- » Reconnaître la souffrance de la personne et rester respectueux, en prenant garde de ne pas renforcer les bénéfices inconscients que la personne pourrait tirer des symptômes.
- » Expliquer que les gens connaissent parfois ce problème suite à des facteurs de stress extrêmes.
- » Appliquer les recommandations générales sur la prise en charge des manifestations somatiques inexpliquées (» OTH).
- » Envisager l'utilisation d'interventions spécifiques à la culture locale et inoffensives, selon qu'il convient.
- » Si le problème persiste plus d'un mois, réévaluer et traiter tout trouble mental concomitant (» **Tableau principal**). En l'absence de trouble mental concomitant ou en l'absence de réponse au traitement d'un trouble mental concomitant, **CONSULTER UN SPÉCIALISTE**.

Affections spécifiquement liées au stress

STR3

Détail des évaluations et des interventions

3.6 La psychoéducation dans le cadre de l'ESPT

Les conseils suivants sur la psychoéducation sont destinés aux individus en état de stress post-traumatique (ESPT) et leurs aidants. Pour des conseils sur la psychoéducation des personnes présentant des symptômes de stress aigu, voir le Guide d'évaluation et de prise en charge précédent.

» Expliquer l'évolution des symptômes

- Entre les premiers jours et les premières semaines suivant un événement extrêmement menaçant ou atroce, la plupart des individus connaissent des réactions liées au stress, comme un sentiment de peur, d'angoisse, de colère ou de culpabilité. Il peut s'agir de réactions physiques, de nervosité ou de difficultés à s'endormir, de cauchemars ou du fait de ressasser en permanence l'événement. Ces réactions disparaissent naturellement chez la plupart des gens.
- Lorsque ces réactions durent plus d'un mois, deviennent un problème persistant et entraînent des difficultés dans la vie quotidienne de la personne, elles peuvent indiquer un ESPT.
- Chez la plupart des gens, l'ESPT disparaît au fil du temps et sans traitement. Un traitement accélérera néanmoins le processus de rétablissement.

» Expliquer la nature de l'ESPT

- Les individus en état de stress post-traumatique ont fréquemment l'impression de continuer à courir un danger ; ils peuvent donc être extrêmement tendus. Ils peuvent sursauter facilement (ou être nerveux) ou surveiller en permanence tout risque de danger.
- Les personnes en ESPT souffrent de souvenirs non souhaités de l'événement traumatique. Lorsque l'événement leur revient en mémoire, elles peuvent ressentir des émotions comme la peur ou l'horreur, identiques aux sentiments connus lors de l'événement réel. Elles peuvent parfois avoir l'impression que l'événement se reproduit. Elles peuvent également souffrir de cauchemars.

- Ces pensées et souvenirs intrusifs de l'événement traumatiques sont extrêmement perturbants. Les personnes en ESPT essaient donc naturellement d'éviter tout ce qui leur rappelle l'événement. Malheureusement, cette conduite d'évitement peut causer des problèmes dans leur vie quotidienne. Par exemple, si un homme en ESPT évite de se rendre à son travail car il y a été agressé, cela va affecter ses moyens de subsistance.
- Paradoxalement, lorsque nous essayons de ne pas penser à quelque chose, nous finissons généralement par y penser encore plus. Demander à la personne d'essayer cet exercice mental : « Essayez de ne pas penser à un éléphant blanc pendant une minute. Y êtes-vous parvenu ? Vous avez probablement constaté qu'il était impossible de vous sortir l'éléphant blanc de la tête. Il se passe la même chose avec les souvenirs traumatisants lorsque vous êtes en ESPT : plus vous essayez de ne pas y penser, plus vous y pensez. »
- Expliquer, si cela s'applique à la personne concernée, que les individus en ESPT peuvent parfois souffrir de problèmes concomitants, comme des douleurs physiques, une baisse d'énergie, de la fatigue, de l'irritabilité et une humeur dépressive.

» Expliquer qu'un traitement efficace est possible.

- Il existe un traitement efficace.
- Plusieurs semaines seront vraisemblablement nécessaires avant de sentir un allègement des symptômes de l'ESPT.

» Souligner les messages suivants.

- Dire à la personne en ESPT de :
 - Poursuivre ses activités quotidiennes normales, dans la mesure du possible.
 - Parler à des personnes de confiance de ce qu'elle ressent ou de ce qui s'est passé, mais uniquement lorsqu'elle s'y sent prête.
 - Entreprendre des activités de relaxation afin de réduire l'anxiété et la tension (» STR 3). Discuter des formes de relaxation adaptées à la culture locale.
 - Pratiquer une activité physique régulière.

- S'efforcer de maintenir un cycle de sommeil régulier (c'est-à-dire se coucher à la même heure chaque soir, avoir la même quantité de sommeil qu'auparavant, éviter de trop dormir).
- Éviter de consommer de l'alcool ou des substances psychoactives pour surmonter les symptômes de l'ESPT.
- Reconnaître les pensées suicidaires et revenir consulter lorsqu'elles surviennent.

Aux fins du Guide d'intervention mhGAP, l'expression « interventions avancées » désigne les interventions que le prestataire de soins de santé va mettre plusieurs heures à apprendre et, en général, plusieurs heures à mettre en œuvre. Ces interventions sont généralement réalisées par des spécialistes.

Cette section fournit de brèves descriptions de deux interventions avancées. Dans le module, ces interventions sont signalées par l'abréviation **» INT**, indiquant qu'elles nécessitent un recours intensif aux ressources humaines. Les protocoles de ces interventions ne sont pas décrits dans le présent document.

Les interventions avancées décrites ici doivent être envisagées lorsque la personne se trouve dans un environnement sûr, c'est-à-dire lorsque les événements traumatiques sont terminés et que la personne ne court aucun risque imminent d'exposition à de nouveaux événements traumatiques. Les opinions des experts divergent quant à l'usage de ces interventions dans des environnements non protégés.

Thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique (TCC-PT)

La thérapie cognitivo-comportementale post-traumatique (TCC-PT) individuelle ou en groupe repose sur l'idée que les personnes en ESPT ont des pensées et des convictions inadéquates concernant un événement traumatique et ses conséquences. Ces pensées et convictions entraînent un évitement inutile de tout ce qui rappelle l'événement et entretiennent un sentiment de menace permanente. Les interventions cognitivo-comportementales post-traumatiques comprennent une thérapie d'exposition (imaginaire et/ou in vivo) et/ou une remise en question directe des pensées et convictions inadéquates concernant le traumatisme.

Thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)

La thérapie EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) repose sur l'idée que les pensées, les sentiments et les comportements négatifs découlent de souvenirs non assimilés. Le traitement utilise des procédures standardisées, impliquant notamment de se concentrer simultanément sur (a) les associations spontanées d'images, de pensées, d'émotions et de sensations corporelles traumatisantes, et (b) la stimulation bilatérale, généralement sous forme de mouvements oculaires répétitifs. Comme la TCC-PT, l'EMDR vise à réduire la détresse subjective et à renforcer les convictions d'adaptation liées à l'événement traumatique. À la différence de la TCC-PT, l'EMDR n'implique pas (a) de descriptions détaillées de l'événement, (b) de remise en question directe des convictions, (c) d'exposition prolongée ou (d) d'exercices à domicile.



Faculté de Médecine
Lyon Est

THESE N°2 / 2025

DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

DATE : 8 JANVIER 2025 HEURE DE LA THÈSE : 18H

LIEU & SALLE DE SOUTENANCE : FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST, SALLE DES THÈSES

Nom, prénom du candidat : DEBOUT Elise

Adresse : 5 rue Ferdinand BUISSON 62217 AGNY ☎ 0630792951

Email : elise.debout14@gmail.com

☐ Interne Autres spécialités : Psychiatrie
(Indiquer quelle spécialité)

Email du Conseil de l'Ordre où vous allez vous inscrire : cd.69@ordre.medecin.fr

Titre de la thèse : EMDR pour les personnes âgées : une enquête de pratique auprès des psychothérapeutes

PRESIDENT ET MEMBRES DU JURY

Nom, prénom & titre

Président :

Professeur Emmanuel POULET

Membres assesseurs :

Professeur Thierry D'AMATO

Professeur Nicolas FRANCK

Docteur Jean-Michel DOREY

Directeur de Thèse :

Docteur Pierre-Luc PODLIPSKI

Fonction exercée et lieu d'exercice

UFR de médecine/UCBL1 :

Psychiatrie, CH Edouard HERRIOT

UFR/UCBL1 et/ou activité & lieu d'exercice (hospitalier ou libéral)

Psychiatrie, CH Le Vinatier

Psychiatrie, CH Le Vinatier

Psychiatrie, CH Le Vinatier

Psychiatre, CH Le Vinatier

VU: Président de la thèse

Pr POULET E

Signature du candidat :

VU :

Pour Le Président de l'Université

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est

Professeur Gilles RODE



2

Faculté de Médecine Lyon Est

<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER



BUREAU DU 3^{ème} CYCLE de DES de Médecine Générale
& THESES DE MEDECINE (TOUTES SPECIALITES)
Bâtiment Rockefeller – 1^{er} étage – LyonEstResp3eCycleMedGen@univ-lyon1.fr

DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

Nom, prénom du candidat : DEBOUT Elise
☐ Interne Autres spécialités : Psychiatrie

N° d'étudiant : 2026266

Titre de la thèse : EMDR pour les personnes âgées : une enquête de pratique auprès des psychothérapeutes
Président de thèse (nom, prénom et UFR) : POULET Emmanuel, UFR Médecine Lyon Est

LUTTE CONTRE LE PLAGIAT : DECLARATION SUR L'HONNEUR

- Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 & suivants du Code de la Propriété Intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la Loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,
- Ayant été avisé(e) que le Président de l'Université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,
- Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'Université,

J'atteste sur l'honneur ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existant(e)s, à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main :

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration énoncée ou incomplète.



DOSSIER DE SOUTENANCE DE THESE DE MEDECINE

DATE : 8 JANVIER 2025 HEURE DE LA THÈSE : 18H

LIEU & SALLE DE SOUTENANCE : FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST, SALLE DES THÈSES

Nom, prénom du candidat : DEBOUT Elise

Titre de la thèse : **EMDR pour les personnes âgées : une enquête de pratique auprès des psychothérapeutes**

Document à remplir par le Président de la thèse, Professeur à l'Université Claude Bernard – Lyon

1

- 1) Le Président s'engage à prendre la responsabilité du suivi de la thèse pour en assurer la qualité,
- 2) Le Président établit un court rapport confirmant que le travail effectué correspond bien à celui attendu pour une thèse de Doctorat en Médecine.
- 3) Les soutenances doivent débiter au plus tard à 18 heures

Rapport du Président de la thèse

Les troubles de stress post-traumatiques, pathologies invalidantes, relativement peu étudiés chez la personnes âgé, présentent parfois des caractéristiques cliniques qui peuvent obérer le diagnostic et impacter la prise en charge telle que recommandée dans cette indication. C'est particulièrement le cas des troubles cognitifs comorbides pour lesquels la place des psychothérapies reste incertaine.

Le travail de thèse de Mme Elise DEBOUT s'inscrit dans cette dimension, tentant de préciser la place de l'EMDR dans cette indication du point de vue des thérapeutes. Elle a pour cela développé un questionnaire original avec deux cas cliniques différents proposés de manière aléatoire à des praticiens reconnus pour leur pratique de cette approche psychothérapeutique. Elle présente ses résultats sous forme d'une thèse article avec une bonne probabilité de publication de par l'originalité du travail. Par ce travail, elle démontre ses qualités cliniques, et son intérêt pour la psychiatrie de la personne âgée et ses spécificités offrant ainsi des pistes de réflexion sur la prise en charge de ces patients.

Il s'agit donc d'un travail très intéressant. Le texte présenté par Mme DEBOUT peut par conséquent être soumis sans réserve au jury de la faculté pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine.

Lyon, le 28 11 2024
Le Président de la thèse,
Pr *POULET Emmanuel*

Faculté de Médecine Lyon Est

<http://lyon-est.univ-lyon1.fr/> • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00

ACCOMPAGNER
CRÉER
PARTAGER

Nom, prénom du candidat : DEBOUT Elise

CONCLUSIONS

Contexte :

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, le risque de survenue d'événements traumatiques augmente. Néanmoins dans cette population, la prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) semble moins élevée qu'en population générale. Celui-ci pouvant revêtir des formes cliniques particulières dans la population âgée et être co-occurent de troubles neurocognitifs (TNC), il se peut qu'il soit insuffisamment diagnostiqué et traité. Les thérapies recommandées en première intention dans la prise en charge du TSPT sont non médicamenteuses : il s'agit de la Thérapie Cognitive-Comportementale centrée Trauma (TCC-T) et de l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Largement validée dans la prise en charge du TSPT, l'EMDR n'a cependant fait l'objet que de peu d'études dans cette sous-population. Notre enquête vise à savoir s'il existe des différences de considération des psychothérapeutes EMDR, pour une même problématique, en fonction de l'âge de la personne concernée.

Objectifs :

Comparer les représentations de deux groupes de psychothérapeutes au regard d'un cas clinique de TSPT identique, en faisant varier exclusivement l'âge de la personne concernée. Le critère de jugement principal est le suivant : « **Existe-t-il une différence dans la validation ou non d'un accompagnement en EMDR par le thérapeute, en fonction de l'âge de la personne concernée ?** ». Les critères de jugement secondaires comprennent : le diagnostic retenu, les freins éventuels à l'accompagnement, et les objectifs de celui-ci. Enfin des questions annexes permettent d'explorer succinctement la problématique des troubles neurocognitifs et les représentations générales des thérapeutes.

Méthode :

Un questionnaire à destination des psychothérapeutes EMDR leur a été adressé par email s'ils étaient inscrits sur l'annuaire de l'association EMDR France. En fonction du numéro du clic sur le lien envoyé (pair ou impair), le participant était orienté vers l'une ou l'autre des versions du questionnaire. Le variant

unique était l'âge de la patiente dans le premier cas clinique. Conçu en trois parties, celui-ci a permis le recueil des caractéristiques socio-démographiques des répondants, de leur avis sur un premier cas clinique de TSPT classique (selon le DSM-5 et la PCL) puis sur un second cas clinique de TSPT avec TNC, et enfin sur des questions plus générales. Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses statistiques comparatives (t-Student, Khi-2), les données qualitatives d'une analyse descriptive catégorielle. Enfin les questions sous forme d'échelles de Likert ont fait l'objet de moyennes permettant d'évaluer des tendances.

Résultats :

Données socio-démographiques :

La participation était de 20,16%. Après exclusion, 258 réponses ont été analysées. Une majorité des répondants exerçait le métier de psychologue, en libéral. Ils étaient en moyenne âgés de 48 ans, en exercice depuis 17 ans, et formés à l'EMDR depuis 7 ans. Cette pratique faisait partie de l'exercice régulier de la quasi-totalité d'entre eux, mais de manière non exclusive. Ils recevaient pour une majorité entre 10 et 20% de personnes âgées dans leur patientèle, et considéraient une personne comme « âgée » à partir de 71 ans. Leur formation à la clinique des personnes âgées était hétérogène, comme l'utilisation des échelles de diagnostic du TSPT dans leur pratique. Les populations (groupe A variant patiente âgée, groupe B variant patiente jeune) étaient comparables pour l'ensemble des données socio-démographiques à l'exception de l'utilisation d'échelles diagnostiques. Les diagnostics constituant une indication d'EMDR, selon eux, étaient variés.

Premier cas clinique :

Données quantitatives :

Critère de jugement principal :

Pour 98,45% des thérapeutes, le cas clinique présenté correspond à une indication d'EMDR, sans différence significative entre les deux groupes ($p = 0,963$). Il n'existe donc **pas de différence dans la validation d'une prise en charge par les thérapeutes interrogés, en fonction de l'âge de la patiente.**

Critères de jugement secondaires :

Concernant le diagnostic, 60,63% des personnes interrogées retiennent le diagnostic de TSPT à titre principal, 24,41% le trouble de deuil prolongé ou trouble de l'adaptation, 4,33% l'épisode dépressif



caractérisé, 2,76 % un autre trouble anxieux, 4,33% une association de plusieurs diagnostics, et 3,54% ne se prononcent pas. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,390$), donc **pas de différence de diagnostic en fonction de l'âge de la patiente.**

Données qualitatives :

Pour les freins éventuels à une prise en charge en EMDR, trois thèmes sont identifiables. Par ordre de fréquence, il s'agit : de l'état de santé (psychique et physique) de la patiente, d'un défaut de ressources personnelles et d'un défaut d'engagement dans les soins.

Pour les axes d'amélioration attendue, cinq thèmes ressortent de l'analyse catégorielle. Il s'agit de : la rémission des symptômes, la facilitation du processus de deuil et l'amélioration de la qualité de vie, l'amélioration fonctionnelle et psychosociale, la modification des cognitions et émotions, et l'importance de l'autodétermination.

Second cas clinique :

Parmi les thérapeutes, 68,99% (83,96% des répondants au cas clinique optionnel) sont favorables à un accompagnement pour un patient âgé avec des troubles neurocognitifs et une symptomatologie de TSPT.

Les aménagements proposés à cette problématique particulière sont divers.

Discussion :

Discussion des résultats :

Données socio-démographiques : Les praticiens sont pour la plupart des psychologues libéraux. Cela crée probablement une sélection dans la patientèle accueillie. Ils sont plutôt expérimentés en général et en EMDR spécifiquement, même s'ils ne le pratiquent pas de manière exclusive, ce qui permet d'ajuster leur approche à chaque patient. De même l'utilisation de l'EMDR ne se limite pas pour eux au traitement des TSPT. Leur formation académique à la clinique de la personne âgée est hétérogène et lorsqu'elle existe relativement ancienne. Cela ne les empêche pas de recevoir ces personnes en pratique (0 à 20% de la patientèle en moyenne), ni d'ajuster leurs pratiques à leurs spécificités, notamment concernant les TNC.

1^{er} cas clinique : TSPT isolé. L'absence de différence significative entre les groupes pour le critère de jugement principal montre une absence de discrimination liée à l'âge de la part des thérapeutes interrogés. Il en est de même pour l'absence de différence dans le diagnostic retenu. L'analyse des données qualitatives

concernant les freins potentiels à une thérapie EMDR met en avant une vigilance particulière à l'état de santé physique de la patiente âgée, et à l'état de santé psychique de la patiente jeune. Il existe notamment des différences dans la fréquence de mention du risque suicidaire à la faveur de la patiente jeune, et des symptômes psycho cognitifs à la faveur de la patiente âgée. Ceci attire l'attention sur la nécessité de vigilance quant aux pathologies psychiatriques chez la personne âgée et en particulier au risque suicidaire quel que soit l'âge, celui-ci augmentant avec l'âge dans la population générale. Les symptômes psychocognitifs, incidents et semblables dans plusieurs troubles neurologiques et psychiatriques, lorsqu'ils surviennent chez une personne âgée, nécessitent une caractérisation précise voire un avis spécialisé. Celle-ci permet d'éviter leur attribution au vieillissement ou aux TNC dans le cas d'un trouble psychiatrique, et réciproquement, afin de proposer la prise en charge la plus adaptée. Une exploration des modifications physiologiques éventuelles induites par les séances d'EMDR sur le modèle de ce qui existe déjà dans la littérature concernant le TSPT pourrait permettre de mieux définir à la fois les contre-indications médicales éventuelles à sa pratique, et d'éventuels effets bénéfiques ou non à plus long terme. Ces questions mettent en lumière la nécessité d'une collaboration étroite entre professionnels de santé, pour proposer des suivis ajustés aux besoins spécifiques de cette population. Les objectifs d'amélioration, mentionnés en proportions similaires dans les deux bras de l'étude, font état d'une volonté de travail sur plusieurs axes du rétablissement : clinique, fonctionnel, social et existentiel. L'amélioration symptomatique constitue la première catégorie d'amélioration souhaitée, avec un balayage large des manifestations physiques et psychiques rencontrées. On note une attention particulière portée à l'amoindrissement des troubles du sommeil, dont on sait qu'ils sont fortement corrélés à l'état de santé mentale des individus. Le fonctionnement de la personne concernée au quotidien, notamment sur le plan social et des activités, semble aussi prioritaire, en particulier chez la patiente âgée. L'axe « modification des cognitions et émotions », principe commun à la TCC et à l'EMDR, vient préciser les cibles de la thérapie, conformément au protocole standard établi. La facilitation du processus de deuil et l'amélioration de la qualité de vie, regroupées en un seul thème pour leur proximité avec la notion de résilience soulignent, quant à elles, la volonté des thérapeutes d'accompagner la restauration d'un bien être en intégrant un événement traumatique au parcours de vie.

2^{ème} cas clinique : TSPT et TNC. Une majorité des thérapeutes est favorable à l'accompagnement du patient avec la thérapie EMDR. Ils proposent des ajustements diversifiés, qui concernent tant la durée des



séances, la manière de réaliser les stimulations bilatérales alternées, le cadre d'intervention (avec un proche, au moment de la crise), que des adaptations du protocole standard déjà codifiées (EMD, EMDR sur le champ). Cela met en avant une adaptabilité importante, nécessaire en cas de problématiques complexes.

Principales forces et limitations de l'étude :

Les limites identifiées de l'étude sont les suivantes : liées au recrutement (probable biais de sélection des thérapeutes : nécessité d'inscription à l'annuaire EMDR France, intérêt pour le sujet), à la méthode quantitative (manque de puissance statistique) et à la méthode qualitative (catégorisation pouvant être artificielle : rassemblement et différenciation de codes en fonction de l'auteur, pas de comparaison chiffrée possible).

Ses forces sont : l'originalité du sujet, s'adressant à plusieurs corps de métier, un taux de participation correct pour une étude de ce type, des notions déduites susceptibles de faire l'objet d'études ultérieures, et des implications cliniques concrètes.

Le Président de la thèse,

Pr POULET E



Vu :

Pour le Président de l'Université,

Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le

8 2 DEC. 2024

DEBOUT Elise

EMDR pour les personnes âgées : une enquête de pratique auprès des psychothérapeutes

RESUME

Les Troubles de Stress Post Traumatique chez la personne âgée ont une épidémiologie, des formes cliniques et des comorbidités particulières. Peu d'études sont disponibles sur leur prise en charge spécifiquement dans cette population.

Cette étude concerne l'une des psychothérapies utilisées dans le traitement des psychotraumatismes. Elle s'intéresse aux pratiques des thérapeutes EMDR. Comparative, elle a pour objectif de déterminer s'il existe des différences de considération des patients en fonction de leur âge. Sont ainsi étudiés la validation d'un accompagnement en EMDR, la question diagnostique, les freins éventuels et objectifs de la thérapie.

La question des Troubles Neurocognitifs est succinctement abordée. Enfin, les points de vue des thérapeutes sont contextualisés par les données de la littérature, et leur avis est sollicité sur les pistes d'amélioration du parcours de soins des personnes âgées souffrant de psychotraumatisme.

MOTS CLES

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT), personnes âgées, Troubles Neurocognitifs, psychothérapie

JURY

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel POULET
Membres : Monsieur le Professeur Thierry D'AMATO
Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK
Monsieur le Docteur Jean-Michel DOREY
Monsieur le Docteur Pierre-Luc PODLIPSKI

8 janvier 2024
