

ESSAI PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE AU  
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
LISE SINOTTE M.A.

LE TRAITEMENT DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ÉSPT) CHEZ  
LES CASQUES BLEUS : DEUX ÉTUDES DE CAS

Juillet 2015

## Résumé

Les Casques bleus vivent fréquemment des expériences traumatiques, qui sont associées aux règles d'engagement restrictives, auxquelles ils sont assujettis lors d'une opération du maintien de la paix. Deux études seulement ont été menées sur le traitement de l'état de stress post-traumatique des Casques bleus. La possibilité que les Casques bleus diagnostiqués d'un ÉSPT puissent avoir des besoins de traitement spécifiques est explorée dans la présente étude de cas qualitative à partir de deux approches basées sur des phases de stabilisation, du traitement des traumatismes et d'intégration: l'exposition et la restructuration-cognitive et la *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. À cette fin, nous décrivons les expériences traumatiques vécues par les participants pendant leur déploiement, leurs symptômes post-traumatiques et leurs besoins de traitement. Nous exposons comment les interventions ont été adaptées pour y répondre. Nous discutons ensuite les défis et les difficultés rencontrés pendant le traitement. Les résultats obtenus en ce qui concerne un Casque bleu, semblent appuyer l'importance d'une durée de traitement plus longue que ce qui est offert dans le cadre de traitements manualisés. La restructuration cognitive peut avoir facilité le retraitement de la culpabilité chez un Casque bleu. Certaines améliorations ont été observées chez le participant traité avec l'approche EMDR. Par contre, les conclusions du traitement de ce participant sont limitées en raison de la complexité du tableau post-traumatique présenté, des problèmes liés à la fidélité du traitement et du retraitement d'un nombre insuffisant d'évènements traumatiques. Des études contrôlées dans le but de préciser les besoins de traitement des Casques bleus s'avèrent nécessaires.

Mots clefs: ÉSPT, populations militaires, Casques bleus, thérapie cognitive-comportementale, EMDR

## Remerciements

Je tiens premièrement à souligner la contribution de mes clients à cette étude sur les besoins de traitement de l'état de stress post traumatique chez les Casques bleus.

Je suis très reconnaissante de l'encadrement qui m'a été offert et de la générosité avec laquelle j'ai été accompagnée par les membres de mon comité à l'UQO, mon directeur Paul Greenman, Stéphane Bouchard et Isabelle Green-Demers.

Paul, j'ai apprécié ta présence et tes efforts tout au long de ce parcours complexe, rempli d'opportunités et de défis, en vue d'assurer que je mène ce projet à terme.

Stéphane, la clarté de ta vision et ton image de la forêt, m'a rappelée l'importance de la distance nécessaire à la réflexion.

Isabelle, la justesse de tes commentaires alors que je peinais à trouver une clairière, m'a permis à différents moments de trouver la façon de progresser.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont été témoins de mon cheminement pendant cette étude, de l'appui qu'ils m'ont offert et aussi de leur patience. Je tiens particulièrement à souligner la validation, l'authenticité et la capacité de rire de mes collègues de bureau, Dominique et Monique. Je tiens à souligner aussi l'appui de mes collègues avec qui j'ai partagé cette expérience doctorale, en particulier Dominique et Nadine.

Je tiens aussi à souligner l'appui de certaines autres personnes, des membres de ma famille et des amis qui ont su m'accompagner en étant tout simplement là: Monique, Micheline et Yvon et Gérald, Marie-Claude et Sylvain, Joan et Maurice, Hélène et Bastian.

Merci à Marie-Claude Jean pour son investissement dans la toute première révision du projet d'essai doctoral; à Claude Alain pour la générosité avec laquelle il a contribué à la préparation de la Table des matières et beaucoup plus et à Marie Noel qui a effectué une des dernières révision du document.

## Table des matières

<b>CHAPITRE 1 Introduction et contexte théorique.....</b>	<b>1</b>
<b>Prévalence de l'ÉSPT.....</b>	<b>3</b>
<b>Théories et traitements de l'ÉSPT.....</b>	<b>7</b>
<b>Traitements de l'ÉSPT.....</b>	<b>11</b>
<b>Données probantes : études avec les civils.....</b>	<b>14</b>
<b>Données probantes : études avec les combattants.....</b>	<b>16</b>
<b>Le traitement des Casques bleus.....</b>	<b>22</b>
<b>Synthèse.....</b>	<b>23</b>
<b>Implications pour le traitement des Casques bleus.....</b>	<b>24</b>
<b>Contribution de l'étude.....</b>	<b>25</b>
<b>Objectifs.....</b>	<b>25</b>
<b>CHAPITRE 2 Méthode.....</b>	<b>27</b>
<b>Devis et analyses.....</b>	<b>28</b>
<b>Participants.....</b>	<b>30</b>
<b>Procédure.....</b>	<b>30</b>
<b>Instruments d'évaluation.....</b>	<b>34</b>
<b>CHAPITRE 3 Résultats.....</b>	<b>37</b>
<b>Participant 1. Jules.....</b>	<b>37</b>
Objectif 1 Décrire les traumatismes vécus et les symptômes post-traumatiques du participant	37
Objectif 2. Souligner les besoins de traitement du participant	42
Objectif 3. Investiguer comment les interventions, l'exposition et la restructuration cognitive, sont utilisées pour répondre aux besoins de traitement du participant	41
<b>Participant 2 Simon.....</b>	<b>53</b>
Objectif 1. Décrire les traumatismes vécus et les symptômes post-traumatiques du participant	54
Objectif 2. Souligner les besoins de traitement du participant.	58
Objectif 3. Investiguer comment l'EMDR est effectuée pour répondre aux besoins de traitement du participant	58
<b>CHAPITRE 4 Discussion.....</b>	<b>71</b>
<b>Mise en relation des objectifs et des résultats. Participant 1.....</b>	<b>71</b>
Objectif 1. Décrire les expériences traumatiques et les symptômes d'ÉSPT rapportés par le participant.	72
Objectif 2. Souligner les besoins de traitement du participant.	72
Objectif 3. Investiguer comment les interventions, l'exposition et la restructuration cognitive ont été adaptées pour répondre aux besoins de traitement du participant.	73
<b>Mise en relation des objectifs et des résultats. Participant 2.....</b>	<b>73</b>
Objectif 1. Décrire les traumatismes vécus et les symptômes d'ÉSPT rapportés par le participant.	73
Objectif 2. Souligner les besoins de traitement du participant.	73
Objectif 3. Investiguer comment l'EMDR est effectué pour répondre aux besoins de traitement du participant.	73

<b>Mise en relation de la contribution des résultats et de la documentation.....</b>	<b>75</b>
<b>Recommandations à la lumière des résultats de cette étude et des données sur le traitement des Casques bleus .....</b>	<b>82</b>
<b>Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>87</b>
<b>Études futures .....</b>	<b>90</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>92</b>
<b>Références .....</b>	<b>94</b>
<b>APPENDICE A L'exposition prolongée.....</b>	<b>119</b>
<b>APPENDICE B Les phases du protocole de traitement EMDR.....</b>	<b>122</b>
<b>APPENDICE C Texte de recrutement.....</b>	<b>124</b>
<b>APPENDICE D Formulaire d'information et de consentement.....</b>	<b>125</b>
<b>APPENDICE E Formations sur l'état de stress post-traumatique.....</b>	<b>128</b>
<b>APPENDICE F -Évènement traumatique rédigé par Jules dans son journal personnel et raconté durant son traitement d'exposition .....</b>	<b>129</b>

## CHAPITRE 1

### INTRODUCTION ET CONTEXTE THÉORIQUE

Historiquement, plusieurs termes sont utilisés pour décrire les symptômes présentés par les individus qui sont marqués par des accidents ou exposés à la guerre. Par exemple, Kraepelin (Jablensky, 1985) parle de névrose de peur et les soldats déployés au combat pendant la Deuxième Guerre mondiale sont identifiés comme souffrant de traumatisme de guerre. Depuis sa parution dans le Manuel statistique diagnostique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual, 3rd Edition, (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980)*), le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) subit des révisions au plan conceptuel et au plan des critères diagnostiques. Par exemple, avec l'arrivée du DSM-5, nous ne considérons plus l'ÉSPT comme un trouble anxieux, mais plutôt comme un trouble relié au stress et aux traumatismes (*American Psychiatric Association, 2013*).

Les critères diagnostiques de l'ÉSPT comprennent un critère de stress, lequel requiert que la personne soit exposée directement à la mort ou à une menace de mort ou de blessure grave, qui suscite chez elle des réactions de terreur, d'impuissance ou d'horreur. La présence d'un critère intrusif où l'évènement traumatisant est revécu et un critère d'évitement où la personne fait des efforts persistants pour éviter les pensées, les émotions ou les rappels externes associés à l'évènement sont également requis. Un nouveau critère requiert la présence d'altérations négatives sur le plan cognitif (telle la croyance persistante et exagérée d'être responsable de l'évènement traumatisant) et de l'humeur (émotions négatives avec persistance de rage, de culpabilité ou de honte) ayant

débuté ou s'étant aggravé après l'évènement traumatisant. En raison de ce qu'ils voient, des actes qu'ils ont commis (Creamer & Forbes, 2004) ou de leur incapacité d'agir, les militaires actifs et les anciens combattants qui sont déployés soit au combat soit dans des opérations du maintien de la paix (Dirkzwager, Bramsen & van der Ploeg, 2005; Mehlum & Weisaeth, 2002) sont fréquemment aux prises avec des émotions négatives et des symptômes post-traumatiques. Des symptômes d'activation et de réactivité tels l'irritabilité et l'agressivité, des comportements auto destructeurs ou impulsifs, l'hyper-vigilance et des problèmes de sommeil perturbent très fréquemment le fonctionnement de ces derniers suite à leur retour de déploiement.

Cette étude consiste en une analyse de cas approfondie, de nature qualitative, qui décrit le traitement de deux Casques bleus canadiens au moyen de deux approches où la stabilisation précède l'exposition au traumatisme, le tout suivi d'une phase d'intégration (Herman, 1992). Un participant a été traité avec une approche cognitive-comportementale et un participant a été traité avec une approche intégrative complexe, l'intégration neuro-émotionnelle par mouvements oculaires (EMDR : Shapiro, 2001). Le présent chapitre recense l'information théorique qui constitue les fondements conceptuels de ce projet. Ainsi, les sections qui le composent présentent un aperçu de la prévalence de l'ÉSPT chez les civils, les populations militaires, combattants et Casques bleus, une synthèse des théories à partir desquelles les traitements sur l'ÉSPT ont été développés, une synthèse des traitements recommandés pour l'ÉSPT, et des données probantes qui documentent leur efficacité auprès des populations civiles et des anciens combattants. Une section est subséquemment dédiée aux études novatrices qui portent sur le traitement de l'ÉSPT chez les Casques bleus. Le contexte théorique se termine par un résumé qui sert d'assise à

l'exposition des objectifs de ce projet.

### **Prévalence de l'ÉSPT**

Aux États-Unis, bien que plus de 50 % des hommes et des femmes soient exposés à des expériences traumatisantes (Kessler, Sonnega, Bromet, Hugues & Nelson, 1995), les réactions de stress suite à un évènement traumatique se résorbent pour la plupart des personnes après une période de semaines ou de mois, et ce sans intervention (Friedman, Resick & Keane, 2007; Friedman, Resick, Bryant & Brewin, 2011). Le nombre d'évènements traumatisants auxquels la personne est exposée, les expériences de viol et l'exposition à la guerre sont les facteurs de risque les plus importants pour développer un état de stress post-traumatique (Friedman et al., 2007). La prévalence estimée à vie de l'ÉSPT pour la population américaine en général est environ de 8 % (Friedman et al., 2007). Chose étonnante, au Canada, le taux de prévalence à vie pour l'ÉSPT est de 9.2 % (Van Ameringen, Mancini, Patterson & Boyle, 2008).

**Anciens combattants déployés au combat.** Les risques de développer un état de stress post-traumatique relié à l'exposition au stress de la guerre (Hoge et al., 2004; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995) sont connus. Les taux de prévalence de l'ÉSPT actuels sont plus élevés pour les anciens combattants que pour les populations civiles, particulièrement s'ils sont exposés au combat (Norris & Slone, 2007). Les résultats d'une étude sur des anciens combattants du Vietnam révèlent un taux d'ÉSPT à vie de 31 % pour les hommes et de 27 % pour les femmes (Kulka et al., 1990). Une ré-analyse des données de cette étude à partir des militaires démontre un taux d'ÉSPT à vie de 18.7 % (Dowrenwend, Turner, Turse, Adams & Marshall, 2006). Le taux de prévalence de l'ÉSPT trouvé pour un échantillon de 15 000 anciens combattants de la



guerre du Golfe pour ceux qui sont déployés sans être exposés au combat est de 10 % et de 23 % pour ceux qui sont soumis au combat (Kang, Natelson, Mahan, Lee & Murphy, 2003).

**Casques bleus.** Les militaires actifs et les anciens combattants canadiens peuvent être déployés par les Forces armées des pays membres de l'Organisation du traité de l'Atlantique du Nord (OTAN) à titre de combattants, ou par l'Organisation des Nations Unies (ONU), dans des opérations du maintien de la paix (OMP) à titre de Casques bleus (Sareen et al., 2010). Ces derniers sont déployés dans le but d'alléger les tensions et d'apporter de l'aide humanitaire dans des pays politiquement instables où des conditions de guerre existent fréquemment (Rosebush, 1998; Souza et al., 2011). Par surcroît, le mandat des Casques bleus est fréquemment compliqué par les règles d'engagement auxquelles ils sont assujettis, lesquelles requièrent qu'ils observent l'établissement d'un accord de paix entre les pays en conflit, assurent la sécurité des non-combattants et maintiennent une présence impartiale stricte (Litz, Orsillo, Friedman, Ehlich & Batres, 1997).

Alors que le contexte dans lequel les Casques bleus sont déployés comporte fréquemment un danger pour leur vie et rend le maintien de la paix difficile, les règles d'engagement permettent l'intervention militaire uniquement comme solution de dernier recours (Litz et al., 1997). La nécessité à laquelle les Casques bleus sont confrontés, soit d'exercer un contrôle sur leurs réactions face à des situations dangereuses, est identifiée comme une cause de frustration importante (Orsillo et al., 1998).

Les règles d'engagement restrictives auxquelles les Casques bleus peuvent être assujettis, entraînent des sentiments d'impuissance et de culpabilité suscités par leur

incapacité à protéger les populations civiles, par la difficulté à réconcilier les rôles de combattants et de gardiens de la paix, par la perception que la mission n'a pas de sens et par le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur la situation (Sareen, 2010; Souza et al., 2010).

Une augmentation dramatique du nombre de Casques bleus déployés dans des opérations du maintien de la paix (OMP), depuis les 25 dernières années, a donné lieu à des études sur la prévalence de l'ÉSPT chez les Casques bleus. Les résultats d'une étude (Asmundson et al., 2000) avec un grand échantillon (N = 8,441) des Forces armées canadiennes obtenus au moyen d'entrevues diagnostiques des troubles mentaux utilisant le *Composite International Diagnostic Interview* démontrent que 35 % des militaires canadiens ont effectué une OMP et aussi l'existence d'un rapport positif entre le fait d'effectuer une mission de paix et l'ÉSPT. Par exemple, Asmundson et ses collègues (2000) ont trouvés un diagnostic d'ÉSPT probable pour 13 % des Casques bleus.

Les résultats d'une méta-analyse (Souza et al., 2011) de douze études sur la prévalence de l'ÉSPT chez des Casques bleus qui ont été déployés dans différents pays : Haiti (Souza et al., 2008; Souza et al., données non publiées), la Yougoslavie (Adler, Huffman, Bliese & Castro, 2005; Bramsen, Dirkzwager & Van der Ploeg, 2000; Kaspersen & Matthiesen, 2003; Maguen, Litz, Wang & Cook, 2004), l'Afrique du sud (Seedat, Roux & Stein, 2003), le Liban (Mehlum & Weisaeth, 2002), la Somalie (Litz, Orsillo, Friedman, Ehlich & Batres, 1997) et trois études où le lieu de déploiement est identifié comme divers (Asmundson, Stein & McCreary, 2002; 2000; Dirkzwager, Bramsen et al., 2005; Macdonald, Chamberlain, Long & Mirfin, 1999), démontrent des taux d'ÉSPT allant jusqu'à 26%. La difficulté à évaluer la variabilité des taux d'ÉSPT

chez les Casques bleus est attribuée à des facteurs méthodologiques rendant les comparaisons entre les études difficiles (Souza et al., 2011).

Étant donné que les conditions auxquelles les Casques bleus sont exposées pendant leur déploiement diffèrent selon la mission de paix, la variabilité des résultats peut aussi être attribuable à la sévérité de l'exposition au combat pendant le déploiement (Sarreen, et al., 2010; Souza et al., 2011). Le risque de développer un ÉSPT peut donc être plus important pour les Casques bleus qui sont exposés pendant leur déploiement, soit à des expériences significatives de combat ou soit au massacre des civils (Sarreen et al., 2010).

En raison de la prévalence élevée de l'ÉSPT chez les anciens combattants, des problèmes de comorbidité importants et des répercussions sur le fonctionnement social et professionnel de ces derniers, des efforts accrus depuis plus de deux décennies, sont déployés pour mieux comprendre et mieux traiter ce trouble. Toutefois, les études portant sur le sujet concernent principalement des anciens combattants souffrant des effets de leur déploiement au combat.

La possibilité que les Casques bleus puissent avoir des besoins de traitement différents des combattants est soulevée dans une étude contrôlée (Forbes et al., 2005) avec des Casques bleus australiens et des vétérans du Vietnam. Une deuxième étude non contrôlée (Rademaker, Vermetten & Kleber, 2009) a été conduite avec des Casques bleus néerlandais qui souffrent d'un ÉSPT complexe dans le but d'évaluer les effets d'un programme de traitement intensif de groupe et multi modal sur ces derniers. Étant donné le peu de recherches sur le traitement des Casques bleus, la présente étude porte sur cette problématique.

## **Théories et traitements de l'ÉSPT**

Les traitements de l'état de stress post-traumatique soutenus par les données probantes et recommandés dans des lignes directrices (*l'International Society for Traumatic Stress Studies Practice Guidelines*, 2000; *l'Institute of Medicine*, 2007; la *National Institute for Clinical Excellence*, 2005; le *Veterans' Health Administration*, 2004, 2010) pour les populations civiles et militaires reposent sur un nombre de théories dont la théorie comportementale de Mowrer (1960) et la théorie sociale-cognitive de Janoff-Bulman (1992) et de Horowitz (1986). Les théories psychologiques de l'ÉSPT qui sont à l'avant-plan actuellement consistent en les théories du traitement de l'information (Foa & Kozak, 1986; Foa & Rothbaum, 1998; Shapiro, 2001), les théories cognitives (Ehlers & Clark, 2000; Resick & Schnicke, 1992) et la théorie de la double représentation (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996).

**Théorie comportementale.** L'état de stress post-traumatique, selon Keane et ses collègues (1985), est fondé sur la théorie du conditionnement classique et sur les principes d'apprentissage (Mowrer, 1960), selon lesquels une réaction de peur conditionnée est maintenue par l'évitement. Bien que l'exposition répétée à des souvenirs du traumatisme doive normalement mener à l'extinction des associations à la situation traumatique, les mécanismes d'évitement renforcés par la culture militaire, tels la distraction pour ne pas penser à l'évènement, interfèrent avec ce processus (Brewin & Holmes, 2003). Ainsi, l'amnésie traumatique des anciens combattants a été attribuée aux efforts qu'ils font à leur retour de déploiement pour éviter de penser à leurs expériences traumatiques et d'en parler (Keane, Zimering & Caddell, 1985). Bien que l'exposition, développée à partir des théories comportementales, soit efficace pour réduire la peur et

l'anxiété, l'amélioration du tableau post-traumatique ne peut être assurée par ce seul traitement, lorsque les émotions de honte, de culpabilité et de colère sont dominantes (Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007).

**Théories du traitement de l'information.** Les théories du traitement de l'information (Foa & Rothbaum, 1998; Shapiro, 2001) proposent que, compte tenu de la manière dont l'évènement traumatique est traité lors du traumatisme, la mémoire du traumatisme est fréquemment peu élaborée, difficile à verbaliser, et n'est pas intégrée dans les réseaux de mémoire pré-existants (Schubert & Lee, 2009). Dans le but de trouver un sens à l'expérience, la mémoire de l'évènement traumatique doit être traitée de manière à réévaluer la croyance éclatée, par exemple, d'un monde juste (Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992). Deux théories du traitement de l'information, qui mettent l'accent sur l'intégration de l'évènement traumatique dans le système de mémoire, sont : la théorie du traitement émotionnel de l'information (Foa & Kozak, 1986) et la théorie du traitement adaptatif de l'information (TAI; Shapiro, 2001).

**Théorie du traitement émotionnel de l'information.** Selon la théorie du traitement émotionnel de l'information (Foa & Kozak, 1986), des structures de peur (Lang, 1977), créés par l'exposition au traumatisme, requièrent que les réseaux de mémoire associés à la peur soient activés et que la personne soit exposée au souvenir de l'évènement traumatique. Ce processus aide à modifier la mémoire du traumatisme en permettant une organisation plus cohérente de son contenu. Le traitement d'exposition développé par Foa et Rothbaum (1998) est basé sur cette théorie.

**Théorie du traitement adaptatif de l'information. EMDR.** La *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR; Shapiro, 2001) a été introduite de prime abord

comme une technique de désensibilisation (EMD; Shapiro, 1989) basée sur l'approche comportementale. La composante du retraitement (EMDR) a été ajoutée suite à la réalisation que les changements observés sont des sous-produits du retraitement compréhensif de l'expérience traumatique (Shapiro, 1991, 1994). Le retraitement d'un événement traumatique donne ainsi lieu à la disparition de la perturbation et au remplacement de la croyance négative par une nouvelle façon de comprendre ce qui s'est passé (croyance positive).

L'EMDR (Shapiro, 2001) est basé sur un modèle de traitement adaptatif de l'information, qui stipule que notre système neurobiologique tente naturellement de traiter les perceptions que nous avons des événements, de manière à faciliter les associations aux informations emmagasinées de façon adaptative dans un réseau pertinent de la mémoire. Selon ce modèle, la pathologie est due au fait que l'évènement traumatique est emmagasiné dans un réseau neuronal séparé, isolé des réseaux adaptatifs, qui empêche le retraitement de l'évènement. Pour que celui-ci puisse se faire, les mémoires emmagasinées de manière dysfonctionnelle doivent être activées de sorte à permettre la connexion à des réseaux adaptatifs et à stimuler le système de traitement inné de l'information.

**Théories cognitives.** Un prolongement des théories du traitement de l'information (Shipherd, Street & Resick, 2006), les théories cognitives de l'ÉSPT (Ehlers & Clark, 2000; Resick & Schnicke, 1992), sont fondées sur l'approche cognitive développée par Beck et ses collègues (1979) pour le traitement de la dépression.

Le modèle cognitif d'Ehlers et Clark (2000) propose une façon détaillée de comprendre comment les symptômes d'ÉSPT chroniques sont maintenus. Selon ce

modèle, la façon dont la personne traite l'évènement traumatique sur le plan cognitif contribue à un sentiment persistant d'être en danger. L'ÉSPT persistant est attribué à deux processus: une perception excessivement négative de l'évènement et une mémoire autobiographique où l'information traumatique n'est pas suffisamment intégrée dans le contexte. Étant donné que la capacité de l'individu de faire l'expérience du soi dans le passé (Tulving, 2002) est perturbée par l'évènement traumatique, un sentiment de menace actuel peut être suscité par une reviviscence de l'évènement (Ehlers & Clark, 2000).

**La théorie de la représentation double.** La théorie de la représentation double (Brewin, Dagleish & Joseph, 1996) est fondée sur la proposition de deux systèmes de mémoire, un système autobiographique de mémoires conscientes et verbalement accessibles et un système de mémoires inconscientes qui peuvent être déclenchées par des rappels du traumatisme. Cette théorie propose que l'ÉSPT est occasionnée par le manque de formation des souvenirs conscients et accessibles de l'évènement traumatique. Seuls des symptômes intrusifs, déclenchés par des rappels actuels de l'évènement traumatique, qui sont accompagnés par des réactions émotionnelles et physiologiques vécues pendant l'évènement sont accessibles. Le but du traitement est d'arriver à accéder aux souvenirs emmagasinés dans le système de mémoires implicites.

En somme, selon la théorie du traitement émotionnel de l'information (Foa & Kozak, 1986), la théorie du traitement adaptatif de l'information (Shapiro, 2001), les théories cognitives (Ehlers & Clark, 2000; Resick & Schnicke, 1992) et la théorie de la représentation double (Brewin et al., 1996), l'ÉSPT est dû à l'incapacité de la personne d'intégrer les mémoires du traumatisme dans des réseaux de mémoire préexistants, de sorte que sa capacité à verbaliser une histoire cohérente de ce qui s'est passé reste faible.

## Traitements de l'ÉSPT

Les traitements courants de l'ÉSPT reposent principalement sur les théories que nous avons révisées. Dans cette section, un aperçu des traitements courants est fourni de sorte à faciliter notre compréhension des besoins de traitement potentiels des Casques bleus.

**La thérapie cognitive-comportementale.** La thérapie cognitive-comportementale comprend plusieurs éléments : le développement de l'alliance thérapeutique, la psychoéducation, soit l'exposition, soit la restructuration cognitive, des techniques de stabilisation incluant des techniques de gestion de l'anxiété telle une forme de détente.

**L'exposition et l'exposition prolongée.** L'exposition prolongée (EP) intègre les principes de l'exposition dans le cadre de la théorie du traitement émotionnel de l'information (Foa & Kozak, 1986). L'EP (Appendice A) propose un protocole de traitement spécifique de 9 à 12 séances de 90 minutes, développé pour traiter l'ÉSPT (Foa & Rothbaum, 1998). Précédant l'amorce du travail d'exposition, la personne reçoit de l'information au sujet de l'ÉSPT et un entraînement à la respiration.

L'EP comprend deux formes d'exposition, qui aident la personne à réévaluer ses perceptions négatives : l'exposition *in vivo* aux situations évitées et l'exposition en imagination répétée au souvenir du traumatisme raconté. Raconter son histoire de façon répétée permet la réduction de la détresse et le retraitement du souvenir de l'évènement traumatique et contribue à changer les croyances négatives qui sont reliées au traumatisme, reflétant ainsi une perspective plus réaliste de ce qui s'est passé (Peterson, Foa & Riggs, 2011).



Le client doit compléter des devoirs, écouter l'enregistrement de la séance et faire des exercices d'exposition *in vivo* entre les entretiens. Des études en ce qui concerne l'exposition et l'exposition prolongée (rapportées un peu plus loin dans le texte) ont été conduites avec les civils. Par contre, bien que des études (rapportées dans la section sur les études avec les combattants) avec d'autres formes d'exposition aient été menées avec d'anciens combattants, les études avec l'exposition prolongée auprès de cette population sont récentes (Peterson, Foa & Riggs, 2011; Cahill, Foa, Hembree, Marshall & Nacash, 2006).

**La thérapie cognitive du traitement de l'information.** La restructuration cognitive (Beck, 1979) suppose la remise en cause systématique des pensées négatives en rapport à l'évènement traumatique. Elle est une composante essentielle des approches cognitives (Ehlers & Clark, 2000; Resick & Schnicke, 1992) qui aide la personne à s'interroger sur les pensées automatiques qui concourent à ses émotions négatives, et ce en vue d'en arriver à une façon plus réaliste et équilibrée de voir une situation. La restructuration cognitive est plus efficace pour les émotions, qui répondent moins bien à l'exposition, telles les émotions de culpabilité, de responsabilité exagérée, de honte ou de colère (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002; Smucker, Grunert & Weiss, 2003). Le rôle que jouent la culpabilité et la colère chez les anciens combattants est fréquemment associé aux biais cognitifs, qui peuvent être activés en raison de l'inaction (Kubany & Ralston, 2006; Lyons & Finlay, 2007).

Dans la thérapie cognitive du traitement de l'information (TCTI; *Cognitive Processing Therapy*; Resick & Schnicke, 1992), il est proposé que l'évènement traumatique perturbe les croyances pré-existantes fondamentales au sujet de soi-même.

Les croyances négatives sont maintenues par des blocages qui sont associés à deux processus cognitifs, l'assimilation et la sur-accommodation (Piaget, 1971). Les blocages reliés à l'assimilation amènent fréquemment l'individu à se blâmer et à vivre de la culpabilité exagérée. Par exemple, un Casque bleu se sent coupable de la mort d'un civil tué, lorsque l'ambulance dans lequel il voyage est arrêtée par les belligérants. Le but donc de la TCTI, à partir d'un récit écrit ou raconté du souvenir que la personne a d'un évènement traumatique identifié, est de l'aider à réévaluer son expérience, en identifiant les blocages, et de l'amener à avoir une vision plus réaliste et équilibrée (processus d'accommodation).

**La thérapie cognitive d'Ehlers et Clark.** Les buts du traitement et les interventions dans cette approche cognitive (Clark & Ehlers, 2005) ont plusieurs similarités avec la TCTI, soit à amener le client à développer une histoire cohérente du souvenir traumatique ou à l'aider à identifier les déclencheurs dans le but de diminuer ses symptômes intrusifs. La perception excessivement négative de l'évènement traumatique, associée au sentiment persistant du danger, est modifiée à partir d'un questionnement socratique des moments les plus perturbants de la mémoire de l'évènement. L'élaboration de la mémoire du traumatisme et son intégration dans la mémoire autobiographique permettent donc une réévaluation du sens de l'évènement.

**L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR).** L'approche EMDR a été développée pour accéder aux expériences emmagasinées de façon dysfonctionnelle et stimuler le système inné du traitement de l'information (Shapiro, 2001, 2007). Selon des chercheurs en neurobiologie (p ex., Siegel, 2002; Stickgold, 2002), lorsque les mémoires traumatiques emmagasinées dans la mémoire

implicite et épisodique sont retraitées, l'intégration de l'information favorise chez la personne une nouvelle compréhension de son expérience de sorte qu'elle peut en parler de façon plus positive et détachée.

Le protocole de traitement EMDR (Shapiro, 2001) offre donc une façon systématique d'explorer et de traiter les expériences traumatiques du passé ainsi que les déclencheurs et les situations futures pouvant contribuer à la dysfonction. Une approche en huit phases (Appendice B), l'EMDR intègre des aspects de différentes approches, dont une forme d'exposition, une forme d'intervention cognitive et une modalité sensorielle bilatérale, où le retraitement est facilité par un processus d'attention partagée entre le présent et le passé traumatique. Le retraitement de l'évènement traumatique est ainsi facilité par une prise de distance de celui-ci (Lee, Taylor & Drummond, 2006).

### **Données probantes : Études avec les civils**

**L'exposition et l'exposition prolongée.** L'efficacité de l'exposition prolongée est démontrée dans des études sur des populations civiles souffrant d'un ÉSPT, relié à différents types de traumatismes : agression sexuelle, viol, réfugiés de guerre (Foa et al., 1991, 1999, 2002; Paunovic & Ost, 2001). Les résultats d'une étude (Foa et al., 1991) qui comparent des victimes de viol traitées avec l'exposition prolongée dans le cadre d'un protocole cognitif-comportemental et des techniques de gestion de l'anxiété (*stress inoculation training: SIT*- Meichenbaum, 1977), n'indiquent pas de différences significatives entre les traitements. Par contre, les résultats d'une autre étude (Foa et al., 1999) qui pèse les effets de l'exposition prolongée seule, la thérapie cognitive-comportementale (TCC) seule et une combinaison de l'EP et de la TCC indiquent des améliorations équivalentes pour les différents traitements. Donc, l'avantage d'une

approche combinée n'est pas soutenue dans ces études. Une troisième étude (Foa et al., 2002) qui compare l'exposition prolongée à l'exposition prolongée et la restructuration cognitive a généré des résultats équivalents pour l'exposition prolongée et l'approche combinée. Des résultats semblables sont trouvés dans une étude sur des réfugiés (Paunovic & Ost, 2001), où l'exposition prolongée a été comparée à l'exposition prolongée et à la restructuration cognitive. En somme, contrairement aux attentes, l'efficacité d'une approche, qui combine l'exposition et la restructuration cognitive, n'est pas appuyée dans ces études avec des civils.

Des études effectuées sur d'autres formes d'exposition que l'exposition prolongée ont comparé la restructuration cognitive et la combinaison de la restructuration cognitive avec la relaxation (Marks, Lovell, Noshirvane & Thrasher, 1998) ou la thérapie de soutien (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang & Nixon, 2003). L'exposition *in vivo* et en imagination a aussi été comparée à l'EMDR (Power et al., 2002), et l'exposition à l'EMDR et à la relaxation (Taylor et al., 2003). Les résultats de ces études sur des civils signalent l'efficacité des deux formes de traitement, la restructuration cognitive et l'exposition. Par contre, l'avantage d'un traitement combiné n'est pas été démontré.

Enfin, les résultats d'une méta-analyse de 11 études évaluant l'efficacité de l'exposition prolongée pour le traitement de l'ÉSPT ont démontré des effets de traitement robustes pour l'exposition prolongée en comparaison aux conditions de contrôle sur des mesures de l'ÉSPT (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan & Foa, 2010). Par ailleurs, aucune différence significative n'a été trouvée entre l'exposition prolongée, la thérapie cognitive du traitement de l'information (Resick & Schnicke, 1992), la thérapie cognitive-comportementale (Michenbaum, 1977) et l'EMDR (Shapiro, 2001).

### **Données probantes: études avec les combattants**

Bien que l'efficacité des différentes approches pour le traitement de l'ÉSPT soit effectuée avec les populations civiles, les recherches menées auprès des anciens combattants souffrant des effets post-traumatiques de leurs expériences pendant leur déploiement, démontrent des effets de traitement plus faibles en ce qui a trait à ces derniers. Par exemple, dans une méta-analyse multidimensionnelle de 26 études (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005), dont 5 sur d'anciens combattants, l'effet de traitement rapporté est de Cohen = 0,81 pour les anciens combattants en comparaison des résultats obtenus des populations civiles (traumatismes mixtes = 1,24 et agressions = 1,82). Il est proposé que ces effets différentiels de traitement peuvent être dus à de multiples causes : la nature chronique de l'ÉSPT et le degré plus important de psychopathologie dont souffrent les anciens combattants traités dans les milieux hospitaliers militaires américains; les occasions d'exposition et de soutien social restreintes en raison de la tendance à éviter de parler de leur vécu traumatique; le potentiel de gains secondaires reliés au système, où le droit à une compensation financière dépend de l'état symptomatique de l'ancien combattant; et les expériences traumatiques nombreuses auxquelles ces derniers sont fréquemment exposés pendant leur déploiement (Bradley et al., 2005).

**L'exposition.** Les résultats des premières études sur une forme de thérapie d'exposition pour l'ÉSPT conduites avec d'anciens combattants du Vietnam démontrent principalement une amélioration des symptômes d'intrusion avec l'exposition. Par exemple, Keane et ses collègues (1989) ont comparé d'anciens combattants du Vietnam assignés aléatoirement à un groupe soumis à 14-16 séances de 90 minutes d'une forme

d'exposition, le *flooding*, à un groupe contrôle. Les participants qui ont reçu le traitement d'exposition indiquent une amélioration significative sur le plan des symptômes intrusifs, l'état anxieux et la dépression. Par contre, le traitement n'a pas eu d'effet sur les symptômes d'engourdissement émotionnel et d'évitement social.

Dans une autre étude menée par Cooper et Clum (1989), les participants ont été traités en clinique externe et soumis 14 séances de 90 minutes d'exposition en imagination. Dans cette étude, les résultats établissent les bénéfices associés à l'ajout de l'exposition en ce qui concerne les symptômes reliés à l'état anxieux, l'anxiété subjective suite à l'exposition à des diapositives (images et sons) et les problèmes de sommeil. Par contre, les symptômes de dépression et de traits anxieux ne se sont pas améliorés par l'exposition.

L'évaluation d'un programme de traitement de groupe pour d'anciens combattants (*VA ; Veterans' Affairs*) du Vietnam, hospitalisés et traités avec l'exposition ou le counseling traditionnel a aussi été menée (Boudewyn, Hyer, Woods, Harrison & McCranie, 1990). Dans cette étude, le traitement d'un groupe d'anciens combattants dans un centre spécialisé est complété avec 10-12 séances de 50 minutes d'exposition en imagination. Ces derniers sont comparés à un groupe où l'ajout au traitement est décrit comme conventionnel, sans précision additionnelle (Boudewyn et al., 1990). Bien qu'aucune différence significative entre les deux groupes ne soit trouvée à la fin du traitement, lors d'un suivi de trois mois, une amélioration plus importante au *Veterans' Adjustment Scale* (Boudewyn et al., 1990) pour le groupe qui reçoit le traitement d'exposition est observée.

**L'exposition prolongée.** Récemment, l'efficacité de l'exposition prolongée est

évaluée dans une étude de cas non contrôlée sur cinq anciens combattants israéliens traités pour un ÉSPT chronique de 13 à 20 ans, après leur déploiement (Nacash et al., 2007). Les résultats indiquent, suite à 10-15 séances d'exposition prolongée, une réduction moyenne de 48 % des symptômes de l'ÉSPT. Quatre des cinq participants maintiennent leurs gains ou continuent de s'améliorer entre 6 et 18 mois après la fin du traitement. Une reproduction de cette étude (Rauch et al., 2009) avec 10 anciens combattants démontre une réduction des symptômes de stress post-traumatique de 50 %.

Une étude contrôlée (Schnurr, Green & Kaltman, 2007), menée dans le but d'évaluer l'efficacité de l'exposition prolongée sur une population militaire, est conduite avec des femmes ( $n = 284$ ) dont 97.5 % sont d'anciennes combattantes. D'autre part, 5 % des évènements traumatiques seulement sont reliés à un évènement militaire. Les participantes ont été assignées au hasard à 10 séances hebdomadaires de 90 minutes d'exposition prolongée ( $n = 141$ ) ou de thérapie centrée sur le présent, non reliée aux traumatismes passés ( $n = 143$ ). Les résultats indiquent que les participantes ayant recevant l'exposition prolongée démontrent une réduction significative des symptômes d'ÉSPT. Par contre, l'effet de traitement rapporté est plus faible ( $d$  Cohen = ,27) que les effets de traitement rapportés dans des études sur des civils (Foa et al., 1999; Resick et al., 2002).

**L'exposition et la restructuration cognitive.** Dans une autre étude, des anciens combattants de la guerre du Vietnam sont traités, au moyen de 13-14 séances de 90 minutes, selon les techniques de l'exposition en imagination et de la restructuration cognitive (Glynn et al, 1999). Celle-ci compare un groupe traité selon l'exposition et la restructuration cognitive à un groupe contrôle et à un troisième groupe traité selon

l'exposition, la restructuration cognitive et 16-18 séances additionnelles de thérapie familiale. Les résultats d'analyses factorielles identifient deux facteurs, soit un facteur pour les symptômes positifs (symptômes intrusifs et d'activation neurovégétative) et un autre pour les symptômes négatifs (évitement, engourdissement émotionnel). Les résultats traduisent une amélioration significative en ce qui concerne l'exposition et la restructuration cognitive pour les symptômes positifs, mais non pour les symptômes négatifs. Finalement, l'ajout de la thérapie familiale n'a pas d'effet bénéfique additionnel.

**La thérapie cognitive du traitement de l'information.** L'efficacité de la restructuration cognitive et de la TCTI (Resick & Schnicke, 1992), développée pour traiter les émotions autres que la peur (Shipherd, Street & Resick, 2006), est investiguée dans des études contrôlées sur des populations civiles et militaires (Cahill, Rothbaum, Resick & Follette, 2008; Monson et al., 2006).

Les résultats de la première étude contrôlée sur 60 anciens combattants (54 hommes, 6 femmes) de la guerre du Vietnam (Monson et al., 2006), conduite avec l'apport de la TCTI (Resick & Schnicke, 1992) établissent une réduction significative des symptômes de l'ÉSPT des participants dans la condition TCTI, évalués à partir du *Clinician Administered Posttraumatic Scale* (CAPS ; Blake et al., 1995) et du *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PTSDC ; Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993). Quarante pour cent de l'échantillon visé n'éprouve plus de symptômes de l'ÉSPT. Une réduction significative des symptômes de comorbidité est également réperée. Enfin, alors que la réponse au traitement a tendance à être plus faible pour les symptômes d'engourdissement et d'évitement des populations militaires (Glynn et al., 1999), dans cette étude une amélioration des symptômes d'intrusion et



d'engourdissement émotionnel a été obtenue pour la TCTI (Resick & Schnicke, 1992).

Les résultats d'une étude non contrôlée récente (Chard, Schumm, Owens & Cottingham, 2010), menée auprès des anciens combattants des guerres de l'Iraq et de l'Afghanistan ( $n = 50$ ) et des anciens combattants de la guerre du Vietnam ( $n = 50$ ) traités avec la TCTI indiquent des différences pré et post-traitement entre les deux cohortes.

Bien que les anciens combattants des guerres récentes participent à un nombre significativement plus faible d'entretiens de thérapie que les anciens combattants de la guerre du Vietnam, les résultats des analyses bi-variées n'établissent pas de différence significative entre les cohortes à la plupart des mesures pré et post-traitement, dont le *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS ; Blake et al., 1995). Une tendance post-traitement pour des anciens combattants des guerres d'Iraq et de l'Afghanistan est trouvée au *PTSD Checklist* (PCL; Weathers et al., 1993).

Les résultats des analyses multi-variées démontrent, en contrôlant les scores pré-traitement au CAPS, des scores post-traitement plus faibles pour les anciens combattants des guerres d'Iraq et de l'Afghanistan. De plus, les résultats pour les anciens combattants du Vietnam qui reçoivent un nombre significativement plus élevé d'entretiens de TCTI que le nombre habituel, (12) indiquent également des scores post-traitement plus élevés. Ces résultats confirment les données suggérant que les anciens combattants qui souffrent de symptômes post-traumatiques chroniques et de problèmes de comorbidité importants sont plus difficiles à traiter (Bradley et al., 2005).

En somme, la majorité des études, qui portent sur le traitement de l'ÉSPT en ce qui a trait aux populations militaires, sont conduites avec des anciens combattants, qui sont déployés au combat. Des résultats encourageants de quelques études menées sur

l'exposition prolongée (Nacash et al., 2007; Rauch et al., 2009; Schnurr et al., 2007) et sur la thérapie cognitive du traitement de l'information (Chard et al., 2010; Monson et al., 2006) sont rapportés.

**L'EMDR.** Avant le début des années 2000, les résultats des études contrôlées conduites auprès des anciens combattants du Vietnam et l'EMDR ne sont pas concluants (Russell & Frieberg, 2009), en raison des problèmes méthodologiques de ces études, dont le petit nombre de séances. La seule étude contrôlée, qui évalue l'effet de l'EMDR et qui satisfait aux critères de fidélité (des symptômes clairement définis, des mesures fiables et valides, des évaluateurs indépendants et formés, un traitement manualisé, une assignation à la condition de traitement au hasard et la fidélité au traitement ainsi qu'un nombre suffisant de séances pour les populations militaires, qui ont subi des expériences traumatiques multiples)(Foa & Meadows, 1997) est menée auprès de 35 anciens combattants du Vietnam, traités selon 12 entretiens d'EMDR (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998). Les résultats de cette étude démontrent une amélioration clinique importante chez plusieurs participants et certains sont devenus asymptomatiques pour l'ÉSPT.

Une autre étude non contrôlée récente (Richardson, Elhai & Sarreen, 2011) est menée auprès de 102 combattants et Casques bleus canadiens (69 anciens combattants et 33 militaires actifs), qui sont traités avec soit la thérapie cognitive-comportementale, soit l'exposition, ou l'EMDR, par des thérapeutes détenteurs d'une maîtrise en service social ou d'un doctorat en psychologie (Ph.D.). Les résultats indiquent que presque 58 % des participants qui, en dépit de souffrir d'un ÉSPT chronique depuis plus de dix ans, ne rencontrent plus les critères d'un ÉSPT probable après un an au *PTSD Checklist Military*

*Version* (PCL-M; Weathers et al., 1993). Ceux-ci signalent une réduction significative de la sévérité de leurs symptômes de dépression et d'anxiété. Par ailleurs, en dépit du fait que presque 60 % des participants ne satisfont plus aux critères diagnostiques d'un ÉSPT, la persistance des problèmes de santé mentale des participants est également soulignée. Dans cette étude, la durée de traitement d'un an est identifiée comme facteur contributif principal à l'amélioration des symptômes de l'ÉSPT des participants.

### **Le traitement des Casques bleus**

La possibilité que les Casques bleus puissent avoir des besoins de traitement spécifiques provient des résultats d'une étude (Forbes et al., 2005) sur des Casques bleus ( $n = 66$ ) et sur des anciens combattants du Vietnam ( $n = 63$ ) qui participent à un programme de traitement centré sur le traumatisme (*Australian Centre for Posttraumatic Mental Health* ; Creamer & Forbes, 2004). Les Casques bleus ont des cotes d'ÉSPT significativement plus élevées à l'échelle de sévérité du *Clinician Administered Posttraumatic Scale* (CAPS : Blake et al., 1995), ainsi que des symptômes intrusifs significativement plus prononcés que les anciens combattants du Vietnam, en fin de traitement. Les différences entre les deux groupes aux mesures de l'ÉSPT s'expliquent par la nature différente des situations de stress vécues par ces deux groupes de personnes, en particulier l'impuissance (être témoin de violence envers autrui sans pouvoir intervenir) éprouvée par les Casques bleus et l'incidence plus récente de l'ÉSPT chez eux.

Des résultats significativement plus élevés pour les Casques bleus en début de traitement à une mesure auto-rapportée de la colère, le *War Stress Inventory* (Johnson et al., 1996) et moins de changement pour cette variable sont aussi repérés en fin de

traitement. Les résultats des analyses indiquent que la réponse au traitement est déterminée par l'intensité de la colère, mais non par la durée de la maladie, par l'usage de l'alcool, par la dépression ou par l'anxiété. Enfin, les différences repérées dans cette étude entre les Casques bleus et les anciens combattants du Vietnam, soit moins d'amélioration des symptômes d'intrusion et le rôle atténuant de la colère sur les résultats, amènent les chercheurs (Forbes et al., 2005) à proposer que des modifications au traitement habituel de cette population militaire peuvent être requises.

Une deuxième étude non contrôlée est conduite auprès des Casques bleus néerlandais (Rademaker, Vermetten & Kleber, 2009), qui reçoivent un traitement intensif de groupe pendant 21 mois (une journée par semaine). Le traitement multimodal comprend de l'exposition, de la gestion de cas, de la psycho-éducation, de la thérapie par l'art, une thérapie psychomotrice, du psychodrame et des interventions sociales. Les résultats indiquent une amélioration importante des participants en ce qui a trait à plusieurs facteurs : les symptômes post-traumatiques, le style d'adaptation, le fonctionnement de la personnalité, le fonctionnement professionnel et les symptômes d'anxiété, de dépression et de dérangement somatique. En dépit des gains significatifs observés, les chercheurs trouvent que la majorité des participants présentent toujours des indices de psychopathologie importants à la fin du traitement (Rademaker et al., 2009).

### **Synthèse**

En raison des règles d'engagement qui sont associées aux missions de paix, les expériences des Casques bleus sont différentes des combattants à certains égards. L'obligation de faire preuve de retenue et l'impuissance qu'ils vivent, lorsqu'ils sont exposés à des situations dangereuses, où ils ne peuvent intervenir pour protéger les civils,

contribue fréquemment à changer certaines croyances qu'ils entretiennent avant leur déploiement, telle, par exemple, celle de pouvoir y apporter une contribution humanitaire. Ce type d'expérience contribue aussi à des sentiments de futilité, de culpabilité et de colère face à leur mission (Sarreen et al., 2010; Souza et al., 2011).

Les résultats des recherches établissent que les anciens combattants qui souffrent d'un ÉSPT chronique associé à leur déploiement à la guerre peuvent bénéficier des traitements validés par les données probantes, bien que la réponse de ceux-ci au traitement soit plus faible que celle des populations civiles (Bradley et al., 2005). Ces approches sont : l'EMDR, une approche en huit phases qui servent à la préparation avant d'amorcer le retraitement et l'approche cognitive-comportementale qui comporte plusieurs éléments dont les principales sont l'exposition prolongée et la restructuration cognitive. Il importe de souligner que la thérapie cognitive-comportementale n'est jamais appliquée sans tenir compte de la population d'où le client provient et sans être minimalement adaptée à ses besoins. Par exemple, des adaptations, telle une approche basée sur une phase de stabilisation précédant l'amorce du travail sur les traumatismes (Creamer & Forbes, 2004), peut être requise pour les Casques bleus qui souffrent d'un ÉSPT complexe associé à leur exposition à des traumatismes multiples.

Les données qui indiquent une réponse plus faible au traitement de l'ÉSPT chronique chez les Casques bleus, en comparaison des anciens combattants du Vietnam, proviennent d'une étude contrôlée (Forbes et al., 2005) et d'une étude non contrôlée sur des Casques bleus néerlandais (Rademaker et al., 2009). On note une amélioration des symptômes post-traumatiques chez des Casques bleus Australiens suite à leur participation de trois mois à un programme de traitement centré sur le traumatisme

(Forbes et al, 2005). Dans cette étude, la colère est identifiée comme prédicteur de la réponse au traitement chez les Casques bleus. Les chercheurs démontrent également qu'un degré de colère plus faible en début de traitement est associé à une réponse meilleure au traitement. Rademaker et ses collègues (2009) trouvent que, nonobstant les bénéfices du traitement intensif et multimodal offert sur une période de deux ans à des Casques bleus, des indices importants de psychopathologie demeurent présents à la fin du traitement.

### **Implications pour le traitement des Casques bleus**

Ces résultats sont considérés à la lumière de la possibilité que les Casques bleus qui souffrent d'un ÉSPT chronique puissent avoir des besoins de traitement spécifiques. Dans le but d'identifier ces besoins, il importe de tenir compte des circonstances particulières du déploiement et du type d'expériences vécues par les Casques bleus pendant leur mission de paix. Par exemple, dans l'ex-Yougoslavie, les Casques bleus ont été confrontés à la fois à des conditions de guerre où leur vie est menacée et à des règles d'engagement restrictives où ils ne peuvent intervenir. La possibilité qu'il existe un lien entre la colère et leur exposition à des expériences où ils ont vécu de l'impuissance doit être examinée.

Les populations militaires, qui sont déployées dans une opération du maintien de la paix ou au combat, sont fréquemment exposées à des traumatismes multiples. Il se peut que la durée du traitement, qui leur est offert dans le cadre des approches centrées sur le traumatisme pour le traitement de l'ÉSPT, soit insuffisante. Les résultats par Rademaker et ses collègues (2009) auprès des Casques bleus traités pour un ÉSPT chronique établissent les bienfaits d'une durée plus longue de traitement. En dépit des améliorations

des résultats rapportés dans cette étude, le fonctionnement des participants est demeuré sous le seuil d'un adulte bien ajusté.

### **Contribution de l'étude**

Les résultats des études sur l'efficacité des traitements de l'ÉSPT démontrent que la réponse des anciens combattants qui sont déployés à la guerre est plus faible que celle des populations civiles (Bradley et al., 2005). Les résultats de plusieurs études indiquent également que les Casques bleus présentent fréquemment un taux élevé de problèmes post-traumatiques, qui sont reliés à leur participation à une opération du maintien de la paix (Souza et al., 2011). Ce risque peut être accru selon le degré d'instabilité et de dangerosité, auquel les Casques bleus sont exposés, et les règles d'engagement auxquelles ils sont assujettis. Étant donné que le traitement des Casques bleus est peu étudié, la recherche qui sert à explorer la question des besoins de traitement de cette population militaire dans le but de mieux répondre à leurs besoins cliniques a une importance pour la pratique professionnelle.

### **Objectifs**

Dans le but d'explorer la possibilité que les Casques bleus puissent avoir des besoins de traitement spécifiques, la méthode est guidée par un objectif principal : illustrer comment les interventions peuvent être adaptées pour répondre aux besoins des participants. Les sous objectifs de l'étude, développés à partir de l'objectif principal pour chacun des participants sont :

Participant 1

- 1) décrire les expériences traumatiques et les symptômes d'ÉSPT rapportés par le

participant;

- 2) exposer les besoins de traitement spécifiques du participant;
- 3) illustrer comment les interventions, soit l'exposition et la restructuration cognitive, ont été adaptées pour répondre aux besoins de traitement d'un participant.

#### Participant 2

- 1) décrire les expériences traumatiques et les symptômes d'ÉSPT rapportés par le participant;
- 2) exposer les besoins de traitement spécifiques du participant;
- 3) illustrer comment le traitement EMDR a été effectué avec un participant pour répondre à ses besoins de traitement.



## CHAPITRE 2

### MÉTHODE

#### Devis et analyses

En psychologie clinique, l'étude de cas, considérée comme une méthode de choix essentielle pour refléter les expériences du client (O'Connor et al., 2009), contribue à vérifier les éléments-clés potentiellement efficaces d'un traitement thérapeutique et à former des hypothèses pour des recherches futures sur la base des résultats obtenus (Fortin, 2006). Puisque notre but dans cette étude est d'explorer la possibilité que les Casques bleus qui souffrent d'un ÉSPT chronique puissent avoir des besoins de traitement spécifiques, l'étude de cas est une méthode privilégiée.

**L'analyse de contenu qualitative.** En tant que stratégie de recherche, l'étude de cas permet l'utilisation de méthodes qualitatives ou quantitatives ou les deux (Hartley, 2004; Yin, 2003). Les données dans l'étude de cas sont donc abordées à partir d'une analyse de contenu classique (Tischer, Meyer, Wodak & Vetter, 2000), qui est une méthode d'analyse quantitative des communications (Babbie, 2001) ou d'une analyse de contenu qualitative.

Dans l'analyse de contenu qualitative où les thèmes sous-jacents aux contenus des entretiens sont recherchés (Bryman, 2004), l'accent est mis sur le rôle de l'investigateur dans la construction de sens et dans la structuration de l'information, qui émerge à partir des données. Dans cette étude de cas, nous nous sommes inspirés d'une analyse de contenu qualitative développée pour répondre aux lacunes de l'analyse de contenu quantitative (Mayring, 2000).

L'analyse de contenu qualitative sert à l'analyse des données dans la recherche qui porte sur les études de cas de façon à permettre

- 1) la compréhension des phénomènes sociaux complexes : par exemple, dans cette étude nous voulons élargir notre compréhension des besoins de traitement de l'ÉSPT chez les Casques bleus;
- 2) l'application d'une approche guidée par la théorie : cette étude est fondée sur des théories sous-jacentes aux traitements de l'ÉSPT, les théories du traitement de l'information (Foa & Kozak, 1986; Shapiro, 2001) et les théories cognitives (Ehlers & Clark, 2000);
- 3) la centralité du contexte dans l'interprétation et l'analyse du matériel : par exemple, la complexité des contextes pré et post-déploiement est considérée dans l'interprétation et l'analyse du matériel.

**Les étapes de l'analyse.** Les procédures qui contribuent aux analyses sont réalisées à partir des objectifs de l'étude : décrire les traumatismes et les symptômes d'ÉSPT rapportés par les participants; exposer leurs besoins de traitement spécifiques et investiguer les interventions (TCC et EMDR) utilisées pour répondre à leurs besoins de traitement. Les étapes de l'analyse, adaptées à partir d'une procédure proposée par Mayring (2000) se décrivent comme suit :

- 1) faire la lecture du matériel clinique : les notes récoltées dans le cadre des entretiens, les rapports d'évaluation et les rapports documentant l'évolution du traitement et le journal personnel d'un participant;
- 2) organiser les descriptions que les participants ont données de leurs expériences traumatiques et des autres contenus nécessaires à l'analyse des

données;

- 3) effectuer les analyses à partir des modèles conceptuels de l'ÉSPT (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozak, 1986; Resick & Schnicke, 1993; Shapiro, 2001) et des approches psychothérapeutiques utilisées, la thérapie cognitive-comportementale et l'EMDR;
- 4) considérer les données quantitatives obtenues dans le cadre de l'évaluation préliminaire et en cours de traitement comme appui aux données cliniques.

### **Participants**

Les principaux critères de sélection des participants (Casques bleus), qui sont considérés pour participer à l'étude, sont la durée du traitement et l'approche. Le traitement devait être complété ou en voie de l'être. Un participant est traité principalement à partir d'une approche cognitive-comportementale. Le traitement de l'autre participant est centré sur l'EMDR.

Les Casques bleus traités par la chercheuse ont été parmi les premiers Casques bleus déployés dans l'ex-Yougoslavie, alors que le climat politique était instable. Ils ont été assujettis à des règles d'engagement restrictives, à des conditions où la paix était difficile à maintenir, à des situations dangereuses et à plusieurs situations incompatibles avec le rôle de guerrier.

Les deux participants sont des hommes de 31 et 39 ans en début du traitement. Tel qu'un grand nombre d'anciens combattants (Creamer & Forbes, 2004), les participants font une demande de traitement plusieurs années après leur retour de déploiement. Un participant est vu dix ans après son retour de déploiement. Il occupe un emploi dans un domaine de la haute technologie. L'autre participant est rencontré 14 ans après son retour.

Ce dernier abandonne son emploi en raison de la détérioration progressive de son état de santé dans l'année qui a précédé sa demande de consultation.

### **Procédure**

**Considérations éthiques.** L'étude répond aux normes de recherche établies par le Comité d'éthique de la recherche sur des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais. La possibilité de participer à une étude, qui porte sur le traitement psychologique des Casques bleus souffrant d'un ÉSPT chronique est abordée par écrit, avec chaque participant (Appendice C). Après avoir accepté de participer à l'étude, les participants consentent à ce que les informations cliniques obtenues dans le cadre de leur traitement soient utilisées (Appendice D). Les participants sont également informés que leur consentement peut être retiré à tout moment (Appendice D).

**Formation de la chercheuse.** La chercheuse est psychologue et membre de l'Ordre des psychologues du Québec. Elle a reçu une formation au sujet de l'évaluation et le traitement de l'état de stress post-traumatique dans le cadre d'un programme basé sur le curriculum éducatif proposé par *l'International Society of Traumatic Stress Studies* en 1996 (Appendice E). Cette formation supervisée comprenait la thérapie cognitive-comportementale. Elle a également reçue d'autres formations et de la supervision dans l'approche cognitive (Padesky, 2003; S. Bouchard, 2006). Elle a complété sa formation sur le traitement EMDR, selon les normes établies par l'association internationale de l'EMDR (*EMDRIA*), en 1998 (Appendice E).

**Étapes de l'évaluation.** L'évaluation pré-traitement est effectuée par la chercheuse. Les instruments d'évaluation utilisés à cette fin sont disponibles à l'Appendice E. L'évaluation des troubles de l'axe I du DSM, soit de la dépression, de

l'anxiété et des problèmes de consommation, est effectuée cliniquement. Le diagnostic d'ÉSPT est établi à l'aide d'une traduction libre du module de l'ÉSPT du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID; Spitzer et al., 1996), décrit dans la section des instruments de mesure. Deux instruments additionnels, une traduction québécoise de la *Modified PTSD Symptom Scale* (EMST; Guay et al., 2002; Stephenson et al., 1995) et une traduction de l'*Impact of Event Scale* (EIE ; Horowitz et al., 1979) sont administrés épisodiquement, pour mesurer l'évolution des symptômes à des moments où cette information est particulièrement susceptible d'être utile au plan thérapeutique. De façon plus précise, l'EMST est administré au participant, Jules, au début et à la fin de la deuxième période de traitement. L'EIE est administrée à trois reprises en cours de traitement à l'autre participant, Simon.

**Étapes du traitement : participant 1.** Le traitement de Jules a lieu pendant deux périodes distinctes. La durée du traitement n'a pas été déterminée à partir d'un protocole de traitement standardisé, mais plutôt par l'évolution du traitement.

**Période 1.** La première période de traitement s'échelonne sur une période de vingt mois. Pendant cette période, trente-neuf entretiens de psychothérapie de 60 minutes ont lieu : vingt-quatre, entretiens à une fréquence hebdomadaire et dix entretiens à toutes les deux semaines; les cinq derniers entretiens sont reportés aux trois semaines ou mensuellement.

**Période 2.** La deuxième période de traitement, amorcée un an et demie après la fin de la première période, se poursuit pendant trente-neuf entretiens : vingt-sept, ont lieu à une fréquence hebdomadaire et six aux deux semaines; les six derniers, ont lieu aux trois semaines ou mensuellement.

La durée de l'évaluation préliminaire, de deux heures et demie, est effectuée lors des deux premiers entretiens. La première phase de la psychothérapie vise à établir des conditions, pour développer l'alliance thérapeutique et compléter l'anamnèse psychologique. Des informations portant sur l'ÉSPT, sur les options de traitement et sur le déroulement du traitement sont fournies au participant. Des stratégies en vue de faciliter la gestion de symptômes post-traumatiques lui sont présentées et pratiquées tout au long du traitement. Le participant est encouragé à tenir un journal personnel, dans lequel il rédige les expériences qui l'ont le plus marqué, pendant son déploiement. Le contenu du journal est révisé pendant les entretiens. Les événements traumatiques ciblés sont révisés de façon répétée au fil des entretiens. Le questionnement sur le sens de son expérience pendant cette première partie du traitement est exploré simultanément. Bien que le contenu des entretiens ne soit pas enregistré, des notes sont prises pendant les entretiens de retraitement EMDR.

**Étapes du traitement: participant 2.** Le traitement de Simon s'échelonne sur une période de 20 mois. Il participe à 33 entretiens axés sur le soutien et la stabilisation et à 9 entretiens de retraitement EMDR. La durée de la majorité des entretiens est de plus de 60 minutes, six, de 90 minutes et neuf, d'EMDR.

**Déroulement du traitement.** Le traitement se déroule essentiellement de la même manière qu'avec le premier participant. Une évaluation préliminaire d'une durée d'une heure et demie est effectuée. Toutefois, en raison d'un délai administratif, l'amorce du traitement avec celui-ci doit attendre deux mois. Les premiers entretiens servent à la poursuite de l'évaluation, à lui procurer des informations sur l'ÉSPT, sur le traitement et sur le développement de la relation thérapeutique. Des stratégies de gestion de ses

symptômes post-traumatiques sont discutées et pratiquées avant d'amorcer l'EMDR. Ces stratégies sont renforcées tout au long du traitement.

### **Données qualitatives recueillies**

Les renseignements contenus dans le dossier des participants comprennent les données brutes. Il s'agit des mesures de l'ÉSPT qui sont administrées dans le cadre de l'évaluation et du traitement, des rapports d'évaluation et des rapports décrivant l'évolution du traitement, des notes évolutives, et des informations récoltées pendant le déroulement des entretiens EMDR.

### **Instruments d'évaluation**

Les instruments d'évaluation administrés dans la présente étude servent à préciser le diagnostic de chacun des participants dans le cadre de l'évaluation préliminaire et comme appui au jugement clinique, dans le cadre du traitement. Ces instruments sont le module de l'état de stress post-traumatique du SCID, ainsi que deux questionnaires auto-rapportés, soit l'Échelle modifiée des symptômes du stress post-traumatique, (ÉMST; Guay et al., 2002; Stephenson et al., 1995) et l'Échelle d'impact événementiel (EIE; Horowitz et al., 1979).

**Le module de l'ÉSPT du Structured Clinical Interview for DSM-IV.** Le SCID (*Structured Clinical Interview for DSM*; Spitzer et al., 1996) est un instrument d'hétéro-évaluation semi-structuré. Le module de l'ÉSPT du SCID reprend les critères et symptômes définis par le DSM qui est en vigueur lors de la démarche thérapeutique. Des questions sont posées au client en vue de déterminer la présence pour chacun d'eux, selon une échelle de trois points (2 = présent, 1 = sous le seuil, 0 = absent). Bien que l'importance du SCID comme instrument diagnostique en recherche soit reconnue, une

absence surprenante de données sur la validité et la fidélité du SCID est aussi rapportée (Werner, 2001). Une étude du module de l'ÉSPT du SCID a produit un coefficient kappa (0,93) robuste (Schlenger et al., 1992; Weiss et al., 1992). L'évaluation de la fiabilité inter-juge du SCID donne un kappa de 0,68 et un accord diagnostique de 78 % (Keane et al., 1998). Enfin, étant donné que nous n'avons pas accès à la traduction québécoise du SCID dont la parution a eu lieu peu de temps avant les évaluations, une traduction libre du module consacré à l'ÉSPT est utilisée.

**L'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique.**

L'ÉMST (Falsetti, Resnick, Resick & Kilpatrick, 1993) est un instrument auto-administré de 17 énoncés qui sont fondés sur les critères de l'ÉSPT du DSM-IV, qui est utilisé chez les anciens combattants (Brillon, 2004). Chaque symptôme est évalué sur une échelle mesurant leur fréquence (0 = pas du tout perturbant, à 3-5 fois ou plus par semaine ou presque toujours) et leur sévérité (0 = pas du tout perturbant à 5 = extrêmement perturbant). La cotation s'effectue en additionnant les réponses selon la fréquence et la sévérité des 17 symptômes. Au plan psychométrique, les indices de cohérence interne sont de 0,92 pour l'échelle de fréquence 0,95 et de 0,95 pour l'échelle de sévérité (Guay, Marchand, Iucci & Martin, 2002). Une cote frontière optimale de 50 pour le total de l'ÉMST permet de dépister la présence ou l'absence de l'ÉSPT (Guay et al., 2002).

**L'Échelle d'impact évènementiel.** La version de l'EIE administrée dans cette étude, une traduction de l'*Impact of Event Scale* (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979), comprend 15 énoncés divisés en deux sous-échelles, qui mesurent les symptômes d'intrusion (7 items) et d'évitement (8 items) sur une échelle de 4 degrés (0 = jamais à 4 = souvent). La cotation s'effectue en additionnant les réponses aux 7 énoncés d'intrusion



(1, 4, 5, 6, 10, 11, 14) et d'évitement (2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15). Le score total de l'*Impact of Event Scale* s'étend de 0 à 75. Des indications pouvant aider à l'interprétation des cotes de cet instrument (Horowitz et al., 1979) sont rapportées pour des vétérans de guerre souffrant d'un ÉSPT (Schwarzwald et al., 1987). Un des premiers questionnaires à mesurer l'ÉSPT (Pratt, Brief & Keane, 2006), ses propriétés psychométriques sont rigoureuses (Horowitz et al., 1979). Les corrélations test-retest (intervalle de temps : 1 semaine) sont de 0,87 pour le résultat total, de 0,89 pour l'échelle d'intrusion et de 0,79 pour l'échelle d'évitement (Horowitz et al., 1979). La cohérence interne pour les groupes cliniques et non cliniques varie de 0,79 à 0,92 (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982). Sa principale faiblesse consiste à ne pas mesurer les critères d'activation neuro-végétative de l'ÉSPT et à sous-estimer les symptômes d'évitement comportementaux (Brillon, 2004).

## CHAPITRE 3

### RÉSULTATS

Les résultats présentés, issus des étapes d'analyse adaptées d'après Mayring (2000), sont développés à partir du matériel clinique récolté dans le cadre du traitement des participants et organisé pour chaque participant à partir des objectifs. Les expériences traumatiques et les symptômes post-traumatiques vécus par chaque participant ainsi que ses besoins de traitement sont décrits. Pour le premier participant, Jules, l'adaptation des interventions d'exposition et de restructuration cognitive pour répondre à ses besoins de traitement, pendant deux périodes distinctes de traitement, est décrite. Une troisième période de traitement amorcée alors que l'étude était en cours est rapportée dans le chapitre sur la Discussion. Le processus suivi pour le deuxième participant, Simon, pour qui le traitement principal est centré sur l'approche EMDR, est le même. Les expériences traumatiques et les symptômes post-traumatiques vécus par celui-ci ainsi que ses besoins de traitement sont décrits. Comment le traitement EMDR se déroule est également décrit.

#### **Participant 1: « Jules »**

##### **Objectif 1. Décrire les traumatismes vécus et les symptômes post-traumatiques du participant**

**État du participant à son retour de déploiement.** Bien que marqué par de nombreux événements traumatiques pendant sa mission de paix, Jules n'a jamais consulté de professionnel de santé mentale auparavant. L'absence de mécanismes qui puisse faciliter sa réintégration à la vie civile à son retour de déploiement a contribué à des difficultés d'adaptation sévères et à des symptômes de détresse, d'aliénation et de colère.

Le lien entre la colère et la sévérité de l'ÉSPT, connue chez les combattants (Novaco & Chemtob, 2002), est rapporté aussi chez les Casques bleus (Forbes et al, 2005).

Sa relation avec sa conjointe qui a su lui apporter l'appui nécessaire, sa réussite d'un programme d'études et un emploi satisfaisant contribuent à sa stabilisation. Par contre, des symptômes post-traumatiques persistants, dont l'évitement de situations et des activités à risque de déclencher des symptômes d'intrusion, une tendance à s'isoler, une incapacité à ressentir ses émotions, des problèmes de sommeil et un état d'alerte sont demeurés présents. Jules demeure préoccupé par des pensées négatives au sujet de sa mission perçue comme un échec. Il exprime vivre des sentiments de culpabilité envahissants, se sentir irritable et éprouver de la difficulté à gérer son agressivité.

**Première demande de consultation: déclencheurs.** Deux événements concourent à la réactivation de ses symptômes d'intrusion, à l'intensification de son irritabilité et de ses réactions agressives et à sa décision de consulter. Les pleurs de son bébé déclenchent chez lui des rappels bouleversants de plusieurs expériences traumatiques vécues avec des enfants pendant sa mission. Le choc d'apprendre la nouvelle du massacre de la population civile de l'enclave de Srebrenica, une ville démilitarisée qui est sous la protection des Nations-Unies (*Human Rights Watch*, 1995; *Massacre de Srebrenica*, 2014) et où il a servi pendant une partie de sa mission, est le deuxième facteur contributif. Croyant que le massacre est survenu suite à l'évacuation de la ville par les Casques bleus de son unité, Jules est envahi par des sentiments de culpabilité et par des pensées négatives reliées à son inaction et à la futilité de sa mission.

**Symptômes post-traumatiques : données qualitatives.** Le diagnostic d'ÉSPT chronique et modérément sévère, selon les critères du DSM (*Diagnostic and Statistical*

*Manual*, APA, 1994), évalué à partir du module d'ÉSPT du SCID (Spitzer et al., 1996), est précisé et confirmé dans le cadre du traitement. Les changements récents apportés aux critères diagnostiques de l'ÉSPT dans le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual*, APA, 2013), comprennent une histoire d'exposition à un événement traumatique, qui rencontre les critères de quatre groupes de symptômes : intrusion, évitement, altérations négatives des pensées et des émotions, de l'activation et de la réactivité. Ces changements sont reflétés dans ce qui suit.

Jules rapporte également plusieurs facteurs contributifs d'ÉSPT, répertoriés chez les Casques bleus : vivre plusieurs situations traumatiques, se sentir impuissant et menacé, croire que la mission n'a pas de sens et ne pas avoir de contrôle sur la situation (Dirkzwager et al., 2005).

***Critère A : exposition à un événement traumatisant.*** Jules est témoin de plusieurs événements impliquant la mort d'autres personnes, sans qu'il puisse intervenir en raison de l'interdiction associée aux règles d'engagement auxquelles il a été assujéti. Ayant passé une partie de sa mission dans une enclave de protection des civils de Srebrenica, Jules a le choc d'apprendre qu'ils ont été massacrés. Enfin, Jules est confronté à de nombreuses situations pendant son déploiement lors desquelles sa vie est en danger. Par exemple, il rapporte avoir vécu une prise d'otage de plusieurs jours lors de laquelle il a craint pour sa vie.

***Critère B: symptômes intrusifs.*** Jules rapporte des reviviscences répétées et troublantes d'événements traumatiques vécus pendant sa mission, dont son implication dans la mort d'enfants et d'autres personnes à qui il ne peut apporter d'aide; vivre de la détresse psychologique suite à son exposition à des rappels de l'événement et

l'expérience d'une réactivation physiologique à la suite de son exposition à ces déclencheurs. Par exemple, après avoir appris la nouvelle du massacre des civils de Srebrenica, Jules avoue être submergé à la fois par des souvenirs de ses expériences avec les personnes qu'il y a connues et se sentir encore fréquemment perturbé par des pensées qui portent sur l'évaluation négative qu'il faisait de ses expériences.

Jules est aussi marqué par des scènes de dévastation, de mort et de souffrance, dont il est témoin, tels des femmes et des enfants affamés qui pleurent et qui courent après les convois pour attraper les rations qui leur sont lancées par les Casques bleus. Lorsque repensant aux civils qui s'attroupent autour d'eux pour obtenir de la protection et aux personnes à qui il ne peut apporter d'aide, Jules décrit ressentir « un grand vide » et avoir la certitude de ne rien avoir accompli.

***Critère C : symptômes d'évitement.*** Plusieurs symptômes d'évitement et d'engourdissement émotionnel persistants sont répertoriés chez Jules pendant l'évaluation et aussi durant le traitement. Son sentiment d'aliénation et son isolement est amplifié par l'interdiction de parler de sa mission à son retour de déploiement et par ses recherches d'écoute non réussies. Il attribue son insensibilité à la mort, par exemple, d'une personne connue, au fait d'avoir « vu trop de personnes mourir et trop de morts ».

***Critère D: altérations négatives des pensées et de l'humeur.*** Ses expériences contribuent à des pensées négatives face à sa mission de paix qu'il considère comme un échec, à des émotions de culpabilité et de colère. Jules répète fréquemment ne pas être fier de la médaille qu'il a reçue des Nations-Unies pour avoir participé à sa mission de paix.

***Critère E: altérations de l'activation et de la réactivité.*** Le problème de sommeil

chronique dont il souffre se manifeste dès son arrivée à Sarajevo, pendant un bombardement. Alors que ses cauchemars se sont résorbés progressivement suite à son retour de déploiement, son sommeil perturbé, symptôme fréquemment résistant aux interventions psychologiques ou pharmacologiques habituelles (Zafert & DeViva, 2004; Spoomaker & Montgomery, 2008), est demeuré léger et non récupérateur. Jules vit toujours aussi des réactions de sursaut exagérées et il se sent tendu suite à des bruits soudains lui rappelant des coups de feu, tels le dynamitage et des feux d'artifice. Ces symptômes, attribués à des circonstances persistantes d'activation et d'hyper-vigilance sont identifiés comme un prédicteur négatif de la réponse au traitement chez les combattants (Creamer & Forbes, 2004).

**Deuxième période de consultation : déclencheurs.** Un an et demie après la fin de la première période de traitement, une nouvelle demande de consultation est faite par Jules. Deux facteurs concourent à sa rechute, une situation persistante de stress dans son milieu d'emploi et le diagnostic d'une maladie chronique. Un autre facteur, la nouvelle que plusieurs militaires déployés avec lui souffrent d'un ÉSPT contribue à réactiver l'amertume associée à l'absence de soutien prodigué par les Forces armées à son retour de déploiement.

**Symptômes post-traumatiques : données quantitatives.** L'Échelle modifiée des symptômes post-traumatiques (Stephenson et al., 1995), administrée lors de la première rencontre de la deuxième période de traitement, indique qu'il rencontre alors plusieurs des critères diagnostics de l'ÉSPT, selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Bien que légèrement en dessous de la cote frontière optimale (50), sa cote à l'ÉMST (Stephenson et al., 1995) pour le total des items (46), démontre néanmoins

la présence de symptômes post-traumatiques significatifs. La ré-administration de cette échelle à la fin de la deuxième période de traitement indique une résorption complète de tous les groupes de symptômes de l'ÉSPT.

**Symptômes post-traumatiques : données qualitatives.** Bien qu'il décrive se sentir davantage en contrôle que lors de la première période de traitement, Jules rapporte éprouver à nouveau des problèmes liés à sa difficulté à gérer sa colère, ce qui a des conséquences négatives sur ses relations. Son insomnie a refait surface. Il rapporte se sentir préoccupé par des rappels de ses expériences dans l'enclave de Srebrenica et par des pensées liées à la futilité de sa contribution: « J'ai travaillé là...ça a servi à rien. ... au lieu de les aider, on les a amenés à une mort certaine ». Il parle de sa sur-implication dans des activités comme moyen d'évitement, de ses pensées et des situations susceptibles de l'exposer à des rappels de ses expériences, pendant sa mission de paix (Finlay & Lyons, 2007).

**Conceptualisation de cas.** Jules grandit dans une famille nucléaire de classe moyenne. Sa décision de participer à une opération du maintien de la paix est déterminée par le fait que, tout comme un nombre important de militaires, qui sont en fin d'adolescence ou au début de la vingtaine lors de leur déploiement (Creamer & Forbes, 2004), il est à la recherche d'un cadre et d'une orientation de vie. Avidé de validation et de reconnaissance, Jules saisit l'occasion de s'impliquer dans un projet dans lequel il peut trouver un sentiment d'accomplissement. Croyant que le massacre de Srebrenika a eu lieu suite à l'évacuation des Casques bleus de son unité, cette nouvelle suscite chez lui une grande détresse, des sentiments de désillusion, d'échec, de culpabilité et de rage et intensifie ses pensées sur la futilité de sa mission.

L'absence de reconnaissance de sa contribution à son retour de déploiement et l'interdiction de parler de ses expériences concourt à alimenter sa frustration et sa colère, à amplifier ses symptômes post-traumatiques et de consommation abusive d'alcool et son aliénation de sa famille et de ses amis. Bien qu'il réussisse à retrouver un meilleur niveau de fonctionnement, Jules demeure aux prises de symptômes post-traumatiques importants. Il est motivé à s'impliquer dans un traitement et il a les ressources nécessaires pour en bénéficier. Il parle ouvertement de ses difficultés liées à son déploiement et il collabore bien.

**Éléments du traitement :** Les éléments du traitement de Jules sont : la préparation au traitement qui comprend l'établissement de la relation thérapeutique, la psychoéducation, des techniques de stabilisation et de gestion des symptômes. L'élément sur lequel le traitement a principalement porté est l'exposition. La restructuration cognitive a servi à remettre en question les pensées négatives face à sa mission de paix et sa culpabilité face au massacre de Srebrenica.

## **Objectif 2. Exposer les besoins de traitement du participant**

Jules identifie un nombre de besoins en lien avec les expériences traumatiques qu'il vit pendant sa mission. Le besoin d'éprouver moins de colère, une émotion fréquemment associée à l'ÉSPT chez les combattants (Novaco & Chemtob, 2002) et, chez les Casques bleus (Forbes et al, 2005), et à une réponse plus faible au traitement (Forbes et al., 2005), a motivé chacune de ses demandes de consultation. Son problème de sommeil chronique lié à son état d'alerte, qui ne s'est pas résorbé suite à son retour de déploiement et son besoin de mieux dormir, sont également identifiés par lui au début de chaque période de traitement. Enfin, Jules est revenu à maintes reprises tout au long de



son traitement sur son besoin de vivre moins de culpabilité, une émotion que vivent fréquemment les Casques bleus en raison des règles d'engagement restrictives auxquelles il sont assujettis pendant leur déploiement.

### **Objectif 3. Investiguer les interventions utilisées pour répondre aux besoins de traitement du participant**

**Première période de traitement : préparation au traitement.** Le traitement de l'ÉSPT complexe militaire associé à des traumatismes multiples doit être précédé de l'établissement d'une relation thérapeutique solide et de moyens servant à assurer la stabilisation, avant l'amorce d'un traitement centré sur les traumatismes (Creamer & Forbes, 2004). Dans cette étude, les informations obtenues sont centrées sur les expériences traumatiques que les participants ont vécu pendant leur mission de paix. Les informations sur l'histoire du développement ont été obtenues alors que le contexte relationnel s'y prête.

**Psychoéducation.** Lors des premiers entretiens, de l'information sur les symptômes de l'ÉSPT et sur les facteurs de risque quant au développement de ce trouble pour les populations militaires, tels le manque d'un réseau de soutien et l'accumulation d'expériences traumatiques (Friedman et al., 2007), ainsi que les conséquences sur sa vie de ses expériences traumatiques pendant sa mission de paix sont discutées. Ses objectifs et les traitements disponibles pour le traitement de l'ÉSPT, principalement, l'exposition et la restructuration cognitive, sont également discutés avec lui. Jules reçoit aussi des explications sur le rôle de l'évitement dans le maintien des symptômes post-traumatiques (Mowrer, 1960). Des informations sur l'exposition (Foa & Rothbaum, 1998) et sur les conséquences possibles des expériences traumatiques sur les croyances et sur les

émotions lui sont aussi fournies (Ehlers & Clark, 2000; Janoff-Bulman, 1992; Resick & Schnicke, 1992).

***Stabilisation et gestion des symptômes.*** Étant donné que l'amorce du traitement sur les traumatismes requiert que le client soit suffisamment stable et capable de gérer le rappel de ses expériences traumatiques, des stratégies de gestion de l'anxiété dont une technique de détente centrée sur l'imagerie mentale, par exemple la pêche à la mouche, et son initiation aux principes d'une forme de méditation qui est axée sur la capacité à orienter son attention sur des aspects sensoriels de son expérience dans le moment présent (pleine conscience : Kabat-Zinn, 1994), tels la conscience d'un son ou de la pression de ses pieds sur le sol, lui sont enseignées et pratiquées de façon soutenue tout au long du traitement comme moyen de gérer la perturbation associée aux rappels de ses expériences traumatiques.

**Première période de traitement : déroulement du traitement.** Le traitement de l'exposition prolongée (Appendice A) qui consiste habituellement à amener la personne à relater son expérience traumatique de façon répétée, graduelle et progressivement complète, empêche l'évitement, permet l'habituation (Foa & Rothbaum, 1998) et une organisation plus cohérente de l'évènement traumatique dans le réseau de mémoire.

En raison de son débit rapide et difficile à interrompre et de sa réceptivité faible à la possibilité de considérer une façon alternative de penser à ce moment-là, le traitement se poursuit principalement avec l'exposition. Le traitement est adapté pour tenir compte du besoin de Jules de parler de ses nombreuses expériences traumatiques, sans ordre pré-établi, à prime-abord. Étant donné le statut civil de la thérapeute, une écoute validante, ininterrompue, dans le but de faciliter le développement de l'alliance thérapeutique est

privilegiée. Jules écrit les évènements traumatiques les plus marquants dans un journal personnel. La rédaction de ces évènements sert à faciliter la narration répétée, durant les entretiens, et progressivement plus détaillée de ses expériences traumatiques identifiées comme les plus marquantes. Ses pensées et ses émotions au sujet de ces expériences sont ensuite retraitées.

L'exposition *in vivo* aux expériences susceptibles de déclencher le rappel d'expériences post-traumatiques, tels la cérémonie du souvenir et les feux d'artifice a lieu sans hiérarchie préétablie.

**Cibles de l'exposition.** Bien que le traitement d'exposition soit effectué sur plusieurs évènements traumatiques, deux d'entre eux identifiés parmi les pires, lors desquels Jules vit de la terreur et sur lesquels il revient à maintes reprises pendant le traitement, sont abordés de façon plus intensive : le débarquement à Sarajevo et la mort d'un Casque bleu (Appendice F).

***Débarquement à Sarajevo.*** Son arrivée dramatique à Sarajevo pendant un bombardement où les Casques bleus de son unité et lui-même doivent charger leur arme et débarquer, alors que l'avion roule sur la piste, est identifiée comme étant une de ses pires expériences de peur. Cet évènement dont Jules a parlé spontanément à maintes reprises, a été traité à partir de ses récits écrits détaillés et racontés dans le cadre de six entretiens. Les entretiens sont complétés par une discussion sur ses pensées et ses émotions au sujet de l'évènement.

***La mort d'un Casque bleu.*** Le deuxième évènement traité avec l'exposition (Appendice F), son implication dans la mort d'un Casque bleu par un obus de lance-roquette, a été traité à partir de la rédaction, à deux reprises, et de la narration répétée, et

détaillée à trois reprises, à partir de son texte écrit. Chaque entretien d'exposition est complété par un échange avec le client au sujet de l'évènement a lieu.

Un deuxième aspect traumatique de ce même évènement, la terreur de devoir remplacer le soldat mort dans le poste qu'il occupe avec deux autres Casques bleus, sur lequel Jules revient fréquemment, est aussi retraité avec l'exposition.

### **Première période de traitement : évolution de l'état du participant.**

**Entretiens 11-20.** Durant ces entretiens, Jules commence à exprimer ressentir le bienfait de parler et de se sentir compris. Lors du dix-septième entretien, Jules rapporte dormir des nuits complètes, ininterrompues et son sommeil est récupérateur. Sa capacité à travailler de façon concentrée et soutenue est meilleure. Il rapporte reprendre intérêt à des activités, telle la musique, qu'il n'écoute plus depuis son retour de déploiement, car elle lui rappelle les heures de conduite dans les convois. Il dit se sentir plus en paix avec lui-même et davantage en contrôle de ses émotions. Sa conjointe le trouve plus souriant et davantage capable de profiter des choses. Il parle aussi de ses efforts de rapprochement de ses enfants. Il précise spontanément avoir « 50% du chemin fait » et aussi avoir « le goût d'aller plus loin, d'aller au fond des choses ».

**Entretiens 21-29.** Lors des entretiens subséquents Jules exprime pouvoir davantage se remémorer ses expériences traumatiques et éprouver moins de difficulté à en parler. Il évalue son progrès à 5 sur une échelle de perturbation (Subjective units of disturbance : SUD; Wolpe, 1960) où 0 = aucune perturbation, 10 = le plus haut degré de perturbation possible). Par ailleurs, il demeure préoccupé par sa difficulté à accepter d'avoir été témoin d'atrocités sans pouvoir intervenir, sur ses sentiments d'insatisfaction et d'échec, de culpabilité, de dégoût, de révolte et de colère soulevés par ces expériences. **Entretiens 30-**

**40.** Durant les mois qui suivent, l'état de Jules continue de s'améliorer et de se stabiliser. Il rapporte retrouver un intérêt pour ses activités. Il souligne ne plus s'éveiller au moindre bruit. Il rapporte aussi éprouver des sautes d'humeur moins fréquentes et ne plus vivre de symptômes d'intrusion, tels qu'entendre des enfants pleurer. Il entretient le désir de participer à l'armistice pour la première fois depuis son retour de mission. Il parle de sa crainte des armes à feu qui s'est transformée en « petite phobie » et avoue ne plus sursauter face à des bruits, tels le dynamitage. En rapport à son identification persistante à la vie militaire, il souligne s'en sentir maintenant plus détaché. D'autre part, bien que rapportant aussi se sentir moins agressif et plus en contrôle, son intolérance envers les civils qu'il côtoie et qu'il perçoit comme ne pouvant comprendre la misère et se plaignant souvent pour rien, demeure présente.

Vers la fin de la première période de traitement, Jules exprime accepter davantage ce qu'il a vécu, se sentir plus en paix avec lui-même et davantage en contrôle de ses émotions. Il rapporte aussi que sa conjointe le trouve plus souriant et davantage capable de profiter des choses de la vie. Sa recherche de sens l'amène à s'impliquer dans des œuvres communautaires, ce qui lui permet d'amorcer un recadrage de son expérience, comme ayant possiblement servie à quelque chose.

**Deuxième période de traitement : déclencheurs.** Un an et demi après la fin de la première période de traitement, Jules fait une deuxième demande de consultation. Cette nouvelle requête nous permet de poursuivre le travail sur ses enjeux expérientiels non résolus et aussi de vérifier le maintien des bienfaits de l'exposition.

Deux facteurs de stress contribuent à sa rechute : l'aggravation d'une maladie qui s'est manifestée suite à son retour de mission et la précarité de sa situation d'emploi. La

réactivation de l'amertume associée à la nouvelle du taux élevé des problèmes post-traumatiques des Casques bleus avec qui il a été déployé et l'absence de soutien prodigué par les Forces armées à leur retour de mission.

Une réactivation de ses symptômes post-traumatique est rapportée. Il éprouve à nouveau des problèmes de sommeil. Son irritabilité et sa difficulté à gérer sa colère a un impact négatif sur sa relation de couple. Bien que décrivant se sentir davantage en contrôle que lors de la première période de traitement, son état l'inquiète. Il est aux prises avec des sentiments de culpabilité en rapport à « ce que j'ai faits et ce que j'aurais du faire ». Il est préoccupé par des reviviscences de ses expériences dans l'enclave de Srebrenica et par des pensées reliées à la futilité de son investissement. Une sur-implication dans des activités comme moyen d'évitement soit de ses pensées, soit des situations susceptibles de l'exposer à des déclencheurs, et comme moyen aussi de gérer ses symptômes d'activation, est utilisée par lui.

**Deuxième période de traitement : préparation au traitement.** Les premiers entretiens portent sur la pratique de moyens de stabilisation. Jules est à nouveau encouragé à pratiquer une technique de détente introduite pendant la première partie du traitement. À titre d'exemple, il utilise une image de la pêche à la mouche à laquelle il s'adonne. Il est introduit aussi à la pratique de la pleine conscience (*Mindfulness*; Kabat-Zinn, 1994), une forme de méditation visant à développer la conscience de son expérience dans le moment présent en maintenant une attitude d'observateur, comme autre moyen de stabilisation émotionnelle. Il fait la lecture du livre : « Où tu vas tu es » (Kabat-Zinn, 1994) et il intègre une pratique de méditation à son quotidien.

**Deuxième période de traitement : déroulement du traitement.** Une

composante essentielle des approches cognitives, la restructuration cognitive (Beck, 1979) suppose la remise en cause systématique des pensées négatives en rapport à l'évènement traumatique. Cette technique, centrale à la thérapie cognitive du traitement de l'information (*Cognitive Processing Therapy*; Resick & Schnicke, 1992) et à la thérapie cognitive de Ehlers et Clark (2000), aide la personne à s'interroger sur les pensées automatiques, qui alimentent les émotions négatives, à partir du récit (écrit ou raconté) d'un évènement traumatique identifié, dans le but d'en arriver à identifier une façon plus réaliste et équilibrée de le percevoir.

La première période de traitement porte principalement sur l'exposition à des évènements de peur. Une tentative non réussie d'introduire la restructuration cognitive pendant cette période de traitement en rapport aux sentiments de responsabilité exagérée et de culpabilité que Jules vit est davantage explorée pendant la deuxième période de traitement.

**Cible de la restructuration cognitive.** Jules revient à différentes reprises sur les sentiments d'insatisfaction et d'échec qu'il vit face à sa mission de paix. Il est aux prises avec le fait d'avoir été « bon soldat » et ne pas avoir osé s'opposer aux ordres dans plusieurs circonstances pendant sa mission. Le travail de restructuration cognitive porte principalement sur un évènement, le massacre de Srebrenica.

**Srebrenica.** L'évènement qui l'a amené à consulter, le massacre des civils de Srebrenica, sur lequel il est revenu à de nombreuses reprises tout au long de son traitement, devient le symbole de l'échec de sa mission. Il représente les nombreuses expériences, où il n'a pu intervenir et alimente son sentiment de futilité face à sa mission. Ses souvenirs des situations où il a réussi à apporter de l'aide aux civils ne sont pas

suffisants pour l'amener à avoir une perception davantage équilibrée de l'événement, ni pour lui apporter un soulagement.

Apprenant, après son retour au Canada, que la population civile de Srebrenica, où il passe une partie de sa mission est massacrée, il croit que cela a eu lieu suite à l'évacuation des Casques bleus de son unité. L'interdiction d'intervenir pour protéger les civils et le fait de « n'avoir rien à montrer pour les efforts investis et les liens créés » est un thème récurrent, fréquemment abordé comme un manque de fierté à sa médaille. Ses souvenirs des enfants qui suivent la patrouille de sécurité, « le seul moment où ces derniers se sentaient en sécurité », et de l'enfant à qui il donne naissance l'amènent à entretenir des pensées telles : « s'ils sont morts, c'est qu'on a créé une enclave... J'ai participé à la création de cette enclave... Ils sont morts à cause de moi... ».

La possibilité d'envisager une autre façon de penser à la situation est perçue par Jules comme une tentative de déresponsabilisation. Bien qu'il soit enclin à reconnaître qu'il n'est pas complètement responsable, il exprime aussi son refus de se disculper complètement: « ne pas pouvoir se dissocier de la responsabilité de leur avoir fait croire qu'on pouvait les aider ». La confiance qu'il a mise dans un système auquel il s'est identifié, la perte de son idéalisme, son désir véritable d'aider et aussi les limites de sa responsabilité sont explorés.

Des questions socratiques lui sont posées dans le but de tenter d'ébranler sa conviction qu'il est responsable du meurtre des civils alors qu'il était de retour au pays, depuis un certain temps, lorsque le massacre a eu lieu. Une analyse de ce qu'il aurait pu faire après avoir reçu l'ordre d'évacuer et d'abandonner l'enclave est effectuée. Par exemple, la question est soulevée sur les conséquences de désobéir à un ordre. Les



bienfaits possibles des interventions visant à l'amener à remettre en question le sentiment de responsabilité qu'il éprouve en rapport au massacre ne peuvent être évalués à ce moment-là. Des informations additionnelles au sujet du résultat possible de ces interventions, peuvent être constatées lors d'une troisième période de traitement alors que l'étude était en cours. Pour cette raison, ces résultats sont présentés dans la Discussion.

**Deuxième période de traitement : évolution de l'état du participant.** Pendant cette période de traitement, les situations de stress dans les différentes sphères de sa vie contribuent à la difficulté que Jules éprouve à gérer sa colère et à réactiver ses symptômes post-traumatiques.

**Entretien 12.** Le traitement du massacre de Srebrenica à partir de la restructuration cognitive est effectué de façon détaillée lors d'un entretien. **Entretien 19.** Le contenu de ses propos démontre une préoccupation persistante avec les atrocités dont il a été témoin et le fait d'avoir obéi aux ordres plutôt qu'intervenir. **Entretien 23.** Jules attribue sa capacité meilleure à gérer son agressivité aux rencontres hebdomadaires. Jules attribue sa capacité à mieux contrôler ses sautes d'humeur aux entretiens de psychothérapie hebdomadaires, lors desquels la narration de ses expériences traumatiques se poursuit. Plusieurs entretiens portent sur ses efforts de rapprochement avec ses enfants et sur les bienfaits pour sa relation conjugale. Jules attribue la perte de son côté enfant et son incapacité à éprouver du plaisir à sa mission de paix: « ...comme si ce n'était pas correct après avoir vécu et été témoin de la misère ».

**Entretien 25.** Jules souligne, lorsque se remémorant certains événements traités avec l'exposition lors de la première période de traitement, dont la mort d'un Casque bleu (Appendice F), se sentir « un peu plus en paix avec ça ».

**Entretien 27- 30.** La réévaluation de ses expériences l'amène à parler de l'évolution positive de ses perceptions en rapport à sa mission de paix. Jules parle d'une prise de conscience, lorsque discutant avec un frère d'armes avec qui il a vécu son déploiement : « on s'est rendu compte ces derniers temps qu'on voyait les choses plus positives...on est en train de se replacer ». Durant la même période, il constate que la relecture de son journal personnel ne le perturbe plus comme lorsqu'il en a amorcé la rédaction. Lors du trentième entretien, il rapporte que ses déclencheurs, fréquemment rapportés par les anciens combattants, tel son exposition à des bruits de dynamitage ne le perturbe plus. Il constate aussi que son exposition à des odeurs de diesel et de déchets qui brûlent ne comporte plus de charge émotionnelle. Finalement, Jules commence à considérer ses expériences pendant sa mission de paix comme appartenant au passé.

**Résumé des interventions.** Les principales interventions, pendant la première période de traitement, sont l'exposition écrite et racontée des expériences traumatiques vécues par Jules. Deux événements identifiés comme les plus perturbants sont adaptés et traités avec l'exposition. Les résultats des interventions cognitives en rapport à sa culpabilité face à la mort des civils dans l'enclave de Srebrenica, indiquent que ces interventions ont possiblement été bénéfiques. Étant donné que les résultats ont été rapportés durant une troisième période de traitement, alors que l'étude était en cours, nous élaborons sur ces résultats dans le chapitre sur la Discussion. À la fin de la troisième période de traitement, les propos de Jules face à sa mission de paix sont plus nuancés et plus positifs. Ses symptômes de stress post-traumatiques se sont tous résorbés.

## **Participant 2: « Simon »**

### **Objectif 1. Décrire les traumatismes vécus et les symptômes post-traumatiques du participant**

**État du participant à son retour de déploiement.** Simon rapporte être marqué par plusieurs expériences traumatiques de nature interpersonnelle, pendant sa mission de paix. Il subit aussi des expériences traumatiques, durant son déploiement dans la guerre du Golfe. Il a décrit gérer ses symptômes, suite à son retour de mission, au moyen de plusieurs stratégies d'évitement, dont des efforts intenses de distraction. Bien que ses symptômes post-traumatiques ne se soient pas résorbés, il occupe un emploi jusqu'à ce que son état de santé ne le lui permette plus.

**Demande de consultation: déclencheurs.** En dépit du fait que sa mission de paix a eu lieu plusieurs années auparavant et que ses symptômes post-traumatiques ne se sont pas résorbés, Simon n'avait jamais consulté un professionnel de santé mentale, ni parlé de ses expériences traumatiques pendant sa mission de paix. Sa décision de consulter a été prise suite à une expérience qui a déclenchée chez lui des souvenirs post-traumatiques de ce qu'il a vécu pendant son déploiement. Son exposition à toute situation militaire, telle l'évolution de la situation de la guerre en Irak, déclenchait chez lui des reviviscences post-traumatiques. Sa douleur chronique fréquemment débilite contribuait aussi à déclencher ses symptômes post-traumatiques.

**Symptômes post-traumatiques : données quantitatives.** L'évaluation préliminaire a été effectuée à l'aide du module de l'ÉSPT du SCID (Spitzer et al., 1996) et de l'EMST (Stephenson et al., 1995). Le diagnostic d'ÉSPT chronique et sévère est précisé dans le cadre du traitement. Sa cote de 0,75 à l'échelle complète de l'ÉMST

(Stephenson et al., 1995), alors que la cote frontière optimale de l'ÉMST est 50, est également une forte indication de la présence d'un ÉSPT.

**État de stress post-traumatique : données qualitatives.** Tel qu'avec le premier participant (Jules), les changements apportés aux critères diagnostiques de l'ÉSPT dans le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual*, APA, 2013) sont considérés dans la rédaction de ce document. Comme Jules, Simon rapporte vivre plusieurs facteurs contributifs d'ÉSPT, répertoriés chez les Casques bleus, tels se sentir impuissant et menacé, croire que la mission n'a pas de sens et ne pas avoir de contrôle sur la situation (Dirkzwager et al., 2005)

**Critère A : exposition à un évènement traumatisant.** Simon est marqué par de nombreux évènements, lors desquels il est témoin d'atrocités et de meurtres. Il vit aussi des situations où il est blessé et lors desquelles sa vie est en danger. Lors de celles-ci, il éprouve des sentiments de terreur, d'horreur et d'impuissance.

**Critère B : symptômes intrusifs.** Simon rapporte faire l'expérience de tous les symptômes d'intrusion associés à un ÉSPT, tels avoir des pensées et des souvenirs pénibles récurrents concernant l'évènement. Il note aussi être très perturbé par des cauchemars de guerre et par l'expérience de revivre soudainement l'évènement. Il souffre de détresse psychologique et de réactions physiques intenses et perturbantes suite à l'exposition à des situations lui rappelant l'évènement. Par exemple, il dit être fréquemment envahi par une odeur cadavérique, lorsque marchant dans un boisé ou dans un quartier de la ville, qui lui rappelle l'ex-Yougoslavie. Il parle aussi d'une expérience où il est blessé, lors d'une attaque au cours de laquelle il a peur de mourir. Il est particulièrement perturbé par le meurtre d'une personne, dont il est témoin sans pouvoir

intervenir.

**Critère C : symptômes d'évitement.** Simon décrit faire l'expérience de la plupart des symptômes d'évitement associés à un ÉSPT, soit faire des efforts persistants pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'évènement et les situations et les activités lui rappelant ce qu'il a vécu. Par exemple, en raison de son exposition très fréquente à la mort, il est incapable d'entrer dans un salon mortuaire. Il dit aussi ne pas pouvoir se souvenir de certains aspects importants des évènements, avoir perdu l'intérêt pour la plupart de ses loisirs habituels depuis l'évènement et éprouver une capacité diminuée persistante à ressentir des émotions.

**Critère D : altération négative des pensées et de l'humeur.** Certaines expériences traumatiques suscitent chez lui une grande détresse associée à des sentiments d'impuissance, de rage et de culpabilité reliée à son inaction. Il ne comprend pas la violence des belligérants envers les Casques bleus, dont l'objectif est humanitaire. Simon remet en question sa participation à cette mission, à laquelle il n'arrive pas à trouver un sens. Enfin, son incapacité à travailler en raison de la détérioration de son état de santé et la difficulté à faire reconnaître le lien entre son état médical et ses expériences traumatiques contribuent à exacerber sa frustration et son désespoir.

**Critère E : altération de l'activation et de la réactivité.** Simon avoue vivre des problèmes persistants d'insomnie, se sentir fréquemment irritable et être porté à éclater en colère soudainement, être fréquemment en état d'alerte, être extrêmement nerveux et plus facilement effrayé par des sons ressemblant à un coup de feu ou au son d'un lance-roquette, tels un bruit de silencieux ou de feux d'artifice. Ces symptômes, attribués à des circonstances persistantes d'activation neurovégétative et d'hyper-vigilance, sont

identifiés comme prédictors négatifs de la réponse au traitement chez les combattants (Brim & Riggs, 2011; Creamer & Forbes, 2004).

**Conceptualisation de cas.** Simon grandit dans un milieu adéquat où ses besoins affectifs de base sont été rencontrés. Une capacité à développer un réseau de soutien et à maintenir des liens significatifs est observée.

Militaire de carrière, Simon a participé à deux missions dont une de paix. Nonobstant le fait que ses symptômes post-traumatiques ne se sont pas résorbés suite à son retour de déploiement dans l'ex-Yougoslavie, son fonctionnement est suffisamment stable pour lui permettre de travailler. Plusieurs déclencheurs concourent à exacerber ses symptômes post-traumatiques : sa douleur chronique, la guerre en Irak, des problèmes administratifs reliés à sa demande d'invalidité auprès des anciens combattants. Les expériences traumatiques lors desquelles il a vécu de la peur, de l'horreur et de l'impuissance, engendrent la perception négative qu'il a de sa mission de paix et l'intensification de ses symptômes post-traumatiques.

Un homme touchant, Simon est motivé à s'impliquer dans son traitement et, nonobstant sa réticence à parler de son vécu précédent ses déploiements, il est capable d'établir une relation de travail. D'autre part, des facteurs pouvant avoir interféré avec l'évolution de son traitement sont sa réticence à exprimer sa peine et sa colère et sa crainte des répercussions légales possibles de certaines de ses confidences.

**Éléments du traitement :** Les éléments du traitement de Simon sont : la préparation au traitement qui comprend l'établissement de la relation thérapeutique, la psychoéducation sur l'ÉSPT, des techniques de stabilisation et le traitement de l'ESPT. L'approche principale sur laquelle le traitement a porté est l'EMDR. L'exposition in vivo

a été introduite à différentes reprises par le participant. Des interventions de soutien lui ont également été prodiguées.

### **Objectif 2. Exposer les besoins de traitement du participant**

Les principaux besoins de traitement identifiés par Simon sont : être moins perturbé par ses symptômes d'intrusion, vivre moins de reviviscences post-traumatiques, faire moins de cauchemars et mieux dormir. Il éprouve le besoin aussi, comme Jules, de vivre moins de culpabilité reliée à des événements où il ne peut intervenir en raison des règles d'engagement restrictives auxquelles il est assujéti.

### **Objectif 3. Investiguer les interventions utilisées pour répondre aux besoins de traitement du participant**

En raison de délais administratifs, l'amorce du traitement de Simon a débuté deux mois après l'évaluation préliminaire. La combinaison de la pharmacothérapie et de la psychothérapie pour le traitement des symptômes d'ÉSPT, en particulier pour les symptômes d'intrusion et d'activation, est recommandée par la *National Center for PTSD* (2009) dans plusieurs guides de pratique (Sharpless & Barber, 2011). Bien qu'il reçoive un certain soutien pharmacologique, l'absence d'un suivi médical optimal complique son traitement.

**Préparation au traitement.** La préparation au traitement est faite telle que dans le cas du premier participant. Simon reçoit de l'information sur l'ÉSPT et sur les traitements disponibles. L'approche EMDR (Appendice B) est introduite et les huit phases de ce traitement sont décrites à Simon. L'importance de la relation thérapeutique comme moyen principal de stabilisation, et des techniques offertes pour faciliter la gestion des symptômes, sont discutées.

**Psychoéducation.** Simon reçoit, comme Jules, de l'information sur les symptômes de l'ÉSPT et sur les facteurs de risque quant au développement de ce trouble (Friedman et al., 2007). Les objectifs de la thérapie et les traitements disponibles pour l'ÉSPT, ainsi que le rôle de l'évitement dans le maintien des symptômes post-traumatiques, sont discutés avec lui (Mowrer, 1960). Des informations lui sont aussi fournies sur les principes de l'exposition (Foa & Rothbaum, 1998) et sur la thérapie cognitive (Ehlers & Clark, 2000; Resick & Schnicke, 1993).

**L'EMDR.** L'EMDR (Shapiro, 2001) est développé pour traiter les problèmes post-traumatiques et adapté pour tenir compte des expériences qui y contribuent et qui ne correspondent pas nécessairement à la définition du DSM de l'ÉSPT (Russell & Figley, 2013), telle être témoin du meurtre de personnes sans pouvoir intervenir, dans le cadre d'une mission de paix. L'EMDR permet de traiter les expériences, qui n'ont pu être retraitées et emmagasinées dans un réseau de mémoire adaptatif et qui contribuent à la dysfonction. Le traitement des expériences traumatiques passées, des déclencheurs dans le présent et des craintes anticipées (futures) sont nécessaires au retraitement adaptatif (Shapiro, 2001).

Les huit phases du protocole de traitement EMDR: l'histoire, la préparation, l'évaluation, la désensibilisation et retraitement, l'installation, la scanographie du corps, la clôture et la réévaluation (Appendice B), offrent une façon systématique d'explorer et de retraiter les expériences traumatiques (Shapiro, 2001). Chacune des phases a été décrite à Simon.

Lors de la première phase de l'EMDR, une histoire des expériences traumatiques vécues pendant le développement est nécessaire à la conceptualisation de cas et à la



planification du traitement (Shapiro, 2001). Elle doit être obtenue autant auprès des populations militaires (Creamer & Forbes, 2004; Shapiro, 2001) que des populations civiles. En raison de la réticence de Simon de parler de ses expériences autres que militaires, les informations sur son passé personnel sont limitées. La présence d'un réseau de soutien et de ressources, qui ont semblées adéquates, ainsi que les attentes de Simon, supportent la décision d'amorcer le retraitement EMDR. L'approche EMDR requiert l'établissement d'une relation de confiance et un degré de stabilité suffisant avant que le travail sur les traumatismes soit amorcé.

**Stabilisation.** La phase de préparation qui sert à assurer le développement de la relation thérapeutique essentielle à la stabilisation et à la préparation du client au traitement est également assurée par des techniques pouvant servir à l'aider à gérer sa détresse pendant et entre les entretiens et à retrouver un sentiment de contrôle de soi (Shapiro, 2001). Ces techniques ne peuvent éliminer complètement la détresse qui peut se vivre lors du retraitement de l'évènement traumatique (Shapiro, 2001). Des techniques lui sont offertes, dont une image associée à un sentiment de bien-être (Shapiro, 2001), pour l'aider à maintenir l'attention-double. On lui fait mettre son attention, par exemple, sur la pression de ses pieds sur le sol. Une autre technique de stabilisation suggérée, le contenant imaginaire (Kluft, 1988), est utilisée comme moyen pouvant l'aider à mettre de côté le matériel perturbant à la fin de l'entretien.

De l'information est fournie à Simon sur l'approche EMDR et sur les principes de base du modèle de traitement adaptatif de l'information. Le déroulement du traitement est partagé avec lui. Par exemple, l'importance de maintenir le pied sur l'accélérateur pour se rendre au bout du tunnel (Shapiro, 2001) lui a été proposée comme moyen de gérer la

perturbation en cours de traitement. Par ailleurs, il a aussi été avisé de la possibilité d'arrêter à tout moment. Il a été informé d'un moyen de signaler son désir de le faire et du fait qu'il n'a pas à rapporter tous les détails de ce qui émerge. Cela importe pour les populations militaires, qui peuvent ne pas vouloir divulguer certains comportements et aussi pour limiter les risques pour le thérapeute de la traumatisation vicariante (Shapiro, 2001). Simon est aussi avisé que le degré de perturbation qu'il vit est vérifié en cours de traitement sur une échelle de perturbation (*Subjective Units of Disturbance: SUD*, Wolpe, 1960) où 0 = aucune perturbation et 10 = le plus haut degré possible de perturbation.

**Déroulement du traitement.** Le traitement EMDR de l'évènement traumatique se fait à partir de procédures structurées qui stimulent les processus associatifs du cerveau de sorte à permettre l'accès aux réseaux de souvenirs dans lequel l'évènement est emmagasiné de façon dysfonctionnelle (Shapiro, 2001).

**Cibles de l'EMDR.** Lorsque discutant du choix d'un évènement traumatique à traiter, Simon est informé que l'évènement choisi ne doit pas nécessairement être le pire (Shapiro, 2001). Les deux évènements traumatiques, identifiés par Simon, qui ont été retraités sont : son souvenir d'une famille assassinée et le meurtre d'une personne dont il a été témoin.

**Phase initiale d'évaluation.** Les différents éléments de la phase d'évaluation du protocole EMDR sont identifiés. Lorsque se remémorant l'expérience de trouver une famille assassinée, Simon souligne que l'évènement n'est pas le pire. La croyance négative (CN) qu'il identifie spontanément est: « Je ne peux rien faire ». Étant donné son degré d'activation élevé, la décision est prise, dans le but de ne pas interrompre le processus en cours, de laisser émerger ce qu'il veut arriver à croire pendant le

retraitement, la croyance positive (CP).

Le retraitement est amorcé lors de la phase de désensibilisation. Nous demandons à Simon de porter simultanément attention à son image représentative de l'évènement traumatique, à sa CN, « je ne peux rien faire », à l'endroit où il ressent la perturbation dans son corps, à suivre les lumières avec les yeux et à laisser venir ce qui émerge. Les mouvements oculaires sont stimulés à l'aide d'une barre de lumières. Simon est informé qu'il se peut qu'il constate l'émergence de nouveaux souvenirs, ou que son image, ou ses pensées, ou ses sensations physiques changent. Nous lui enjoignons de porter tout simplement attention et remarquer ce qui vient sans faire d'effort.

**Entretien EMDR 1.** Lors des premières séries de mouvements oculaires, Simon évoque des odeurs de mort qu'il éprouve en lien avec son image traumatique. Celle-ci est ciblée pendant les séries de mouvements oculaires suivants avec la consigne de laisser venir ce qui vient. À la fin de l'entretien il identifie un degré de perturbation de 3-4 sur l'échelle SUD. L'entretien se termine avec une technique d'imagerie centrée sur le calme et le bien-être.

**Entretien EMDR 2.** Au début de l'entretien suivant, Simon souligne ne pas avoir fait de cauchemars de la semaine. Une entrevue qu'il visionne avec le Général Dallaire au sujet du génocide du Rwanda l'amène à prendre conscience que ce dernier non plus ne pouvait rien faire.

L'évolution du traitement est évaluée en vérifiant le degré de perturbation ressenti, lorsque l'évènement est ramenée au début de l'entretien (phase de réévaluation). Lorsque se remémorant la scène de la famille assassinée, lors du deuxième entretien EMDR, Simon rapporte un degré de perturbation de 5-6. Il dit: « Ça sentait le cadavre...

ça me donne un petit mal de tête ». Lors des séries de mouvement oculaires, l'image et l'odeur sont ciblées. Sa perturbation augmente alors à 6-7. Suite à une autre série de mouvements oculaires, Simon signale voir d'autres scènes de mort. Il souligne aussi que celles-ci ne le dérangent pas. Il évalue alors son degré de perturbation à 2. Après une autre série de mouvements oculaires, il ajoute ensuite: « C'est moins pire (sic). Je ne sais pas si c'est correct. J'ai quasiment fermé la porte ». Par ailleurs, il admet aussi: « La senteur est encore là ». Il est encouragé à porter attention à l'odeur pendant qu'une autre série de mouvements oculaires est effectuée. La technique de son lieu associé à un sentiment de bien-être est utilisée pour clôturer la séance.

**Entretien EMDR 3.** Lorsque ramenant la scène au début du troisième entretien EMDR, Simon rapporte un degré de perturbation SUD entre 4-6. Suite à une série de mouvements oculaires, Simon fait le commentaire suivant: « Ça se peut-tu que je *peux* faire venir la senteur?... C'est moins pire (sic) qu'avant. C'est là, mais c'est moins pire (sic) ». Ce commentaire, perçu comme un indice de retraitement (Shapiro, 2001) est suivi par une autre série de mouvements oculaires. Simon évoque alors une autre scène plus perturbante, en rapport à un meurtre, dont il a été témoin.

Les maux de tête soulignés à différentes reprises durant les moments de perturbation intenses, pouvant signaler un état de surcharge émotionnelle (Shapiro, 2001), sont discutés avec lui. Simon en minimise l'importance, insistant sur la réduction de leur intensité après son départ du bureau. La technique d'imagerie associée à un lieu de bien-être est utilisée pour clore l'entretien. Au départ, il évalue son degré de perturbation à 5.

**Entretien EMDR 4.** La semaine suivante, Simon évoque une expérience d'exposition *in vivo*. Il est entré dans un édifice semblable au lieu où il a trouvé la famille

assassinée, et ce pour la première fois depuis l'évènement. Lorsque ramenant la scène du lieu en question (phase de réévaluation), il signale un degré de perturbation entre 2-3. Après la première série de mouvements oculaires, il identifie son degré de perturbation entre 1-2. Lors de la deuxième série de mouvements oculaires, la scène du meurtre dont il a été témoin a refait surface. Sa perturbation est alors augmentée à 5-6 et, lors de la série de mouvements oculaires suivante, à 7-8. En raison de sa perturbation élevée, le retraitement est interrompu après deux séries de mouvements oculaires à la demande du client. L'entretien est clôturé au moyen de techniques orientées sur le présent dans le but de l'aider à prendre une distance de l'évènement.

**Entretien EMDR 5.** La semaine suivante, Simon rapporte vivre des fluctuations émotionnelles associées aux reviviscences du meurtre survenues au cours de la dernière rencontre. Il veut amorcer le retraitement de ce deuxième évènement. La décision d'accepter sa demande, prise alors que Simon avait désinvesti le premier évènement, nous a semblé appropriée dans ce contexte. Sa capacité à retraiter à sa satisfaction son premier évènement décrit comme n'étant pas le pire a possiblement contribué à augmenter sa confiance dans sa capacité à aborder un évènement plus perturbant (Silver, 2008).

L'image du deuxième évènement, qui lui est apparue, est acceptée sans plus de précisions. La croyance négative (CN): « Je ne peux rien faire », et la croyance positive (CP): « J'ai fait ce que j'ai pu », associées à cet évènement, ont été identifiées. La validité de la croyance positive, « j'ai fait ce que j'ai pu », en lien avec l'image de l'évènement, était faible. Un degré de perturbation relativement élevé associé à l'image et à la croyance négative a également été identifié.

Pendant la première série de mouvements oculaires, Simon exprime ressentir de la colère et de la panique et avoir mal à la tête. La thérapeute accompagne la deuxième série de mouvements oculaires de certaines verbalisations dans le but de l'aider à prendre une distance de l'évènement traumatique et lui rappelle que c'est du passé. Il identifie un degré de perturbation entre 6-7. Suite à une autre série de mouvements oculaires, Simon exprime vivre de la panique associée à son incapacité d'intervenir. Suite à une autre série, Simon nous fait part que son mal de tête est diminué. La technique de son lieu associé à un sentiment de bien-être est utilisée pour préparer la fin de la rencontre ainsi que des interventions de soutien lui sont offertes. Par contre, son degré de perturbation demeure relativement élevé à la fin de l'entretien.

**Entretien EMDR 6.** Durant cet entretien, Simon parle de l'impuissance qu'il vit pendant le déploiement, et aussi de la croyance qu'il aurait dû faire quelque chose. Suite à la première série de mouvements oculaires il exprime se sentir en colère. Il identifie alors un degré de perturbation élevé (SUD: 7-8).

Sa décision de réviser l'évènement image par image au début de chaque entretien (Shapiro, 2001) est discutée avec Simon qui exprime devoir procéder de cette manière. Les séries de mouvements oculaires se poursuivent pendant un certain temps. Toutefois, son degré de perturbation demeure toujours élevé, et Simon fait des commentaires comme: « Ça s'en vient pas mal émotionnel... je ne veux pas pleurer... ». Dans le but donc de respecter le besoin de Simon de maintenir le contrôle, le retraitement est interrompu. Des techniques axées sur la centration dans le présent et sur son lieu associé à un sentiment de bien-être sont utilisées pour clôturer la rencontre. Au départ, Simon rapporte un degré de perturbation moyen (5-6).

**Entretien EMDR 7.** Lors de cet entretien, Simon ramène à nouveau l'évènement en révisant ce qui s'est passé à partir du début jusqu'à la pire image. Compte tenu de l'intensité de sa perturbation pendant les séries de mouvements oculaires, son désir de poursuivre le traitement est vérifié par la thérapeute. Par contre, Simon continue les mouvements oculaires sans répondre. Voici un extrait de cet entretien:

- Simon: « J'aurais aimé ça t'aider (il parle à la personne), mais je ne pouvais pas ».

Suite à avoir souligné l'intensité de son mal de tête, Simon répond:

- « Peut-être aussi parce que je retiens mes émotions ».

- Th. : « Si tu ne retenais pas tes émotions ? ».

- Simon : « Je pleurerais, je pense ».

- Th. : « Il y a de quoi pleurer ».

La séance se termine suite à une période de discussion sur ce qu'il vit et à l'utilisation d'une technique de stabilisation.

**Entretien EMDR 8.** La recherche d'une solution à l'impuissance qu'il vit pendant le meurtre dont il est témoin est mise en évidence pendant cet entretien. Au début de l'entretien, Simon identifie un degré de perturbation très faible. Durant le retraitement, Simon parle de sa demande d'autorisation d'intervenir à laquelle il ne reçoit pas de réponse et du regret qu'il éprouve de ne pas avoir réussi à sauver la personne. Voici un extrait d'une partie saillante de cet entretien:

- Th. : « Compte tenu des règles d'engagement, est-ce qu'il arrivait des fois qu'on autorise l'intervention? ».

- Simon : « Non ».

- Th. : « Cette décision de la sauver...Il ne semble pas que ç'aurait été faisable ».

- Simon : « C’aurait été faisable, mais... »
- Th. « Pourquoi pensez-tu que vous ne l’avez pas fait? ».
- Simon : « Si on avait été en temps de guerre, d’après moi on aurait agi. On était Casque bleu. ... J’aurais aimé qu’on ait pu faire de quoi ».

**Entretien EMDR 9.** Lors de l’entretien suivant, Simon exprime des sentiments de colère et de rage et des fantasmes de violence envers les agresseurs. La thérapeute maintient une attitude empathique intervenant entre les séries de mouvements oculaires par des tissages cognitifs, des questions servant à recadrer son expérience et à reconnaître un niveau de responsabilité approprié dans les circonstances (Shapiro, 2001). Voici un extrait du déroulement de cet entretien:

- Simon : « On peut rien faire ».

La thérapeute rappelle à Simon que l’évènement est passé.

- Simon : (Visiblement ému) : « Je me sens pas mal tout poigné... en état de choc ».
- Th. : « C’est normal de trouver ça dur. C’est difficile de penser à ça ».
- Simon : « Je poignerais un bâton... je donnerais une volée à ceux qui lui ont fait ça... Il aurait fallu la liberté qu’ils ont en Afghanistan... On était Casques bleus... À recommencer, avec ce qu’on sait aujourd’hui, on s’en serait mêlé... Tant que ta vie n’est pas en danger, on ne peut rien faire ».
- Th. : « Est-ce qu’on peut dire que vous avez fait du mieux que vous avez pu » ?
- Simon : « Oui. On a sauvé des vies aussi. Il y a eu des bonnes affaires aussi ».

**Évolution de son état.** Le premier évènement, la famille assassinée, est significativement retraité suite à quatre entretiens consécutifs. Par contre, le traitement du deuxième évènement soulève chez Simon un degré de perturbation intense et la



réactivation de symptômes intrusifs (cauchemars de guerre, reviviscences olfactives) qui, en raison de la surcharge émotionnelle qu'il vit pendant le traitement et de son incapacité à bénéficier d'une technique de stabilisation, requiert l'interruption des entretiens à différentes reprises et plusieurs entretiens de soutien. Les deux derniers entretiens de traitement EMDR ont lieu suite à une interruption de quelques mois.

En dépit de l'intensité de sa perturbation, Simon rapporte aussi, vers la fin du traitement, penser moins fréquemment au deuxième événement traumatique, le meurtre de la personne. Par ailleurs, il souligne aussi que ses symptômes sont ravivés par boucle de rétroaction positive pendant des périodes de douleur plus fortes. L'instabilité de son état médical et sa douleur chronique concourent donc à exacerber ses symptômes post-traumatiques.

Les résultats de l'EIE (*Impact of Event Scale*; Horowitz, 1979) sont interprétés à partir des indications pour les anciens combattants souffrant d'un ÉSPT fournies par Brillon (2004) et provenant d'une étude de validation (Schwarzwald et al., 1987) de la version anglaise de l'EIE (Horowitz, 1979). La moyenne de la cote totale pour les anciens combattants est de 34. Les cotes totales qui sont obtenues par Simon à l'EIE, administrée à trois reprises, 31, 43, 53, à quelques semaines d'intervalle, pendant les derniers mois du traitement, indiquent une intensification de ses symptômes post-traumatiques pendant la dernière période de traitement.

Plusieurs facteurs mènent à sa déstabilisation y compris des changements dans sa situation de vie et dans son réseau de soutien et la détérioration de son état de santé. Il éprouve de l'inquiétude et de fortes frustrations liées à la lenteur du système à reconnaître le lien entre ses problèmes médicaux et son déploiement. Ces facteurs

contribuent à une intensification de ses sentiments de découragement et de colère. La thérapeute lui offre des interventions de soutien et exprime de l'empathie et de la compréhension face à ce qu'il vit et à ses annulations fréquentes dues à ses problèmes médicaux.

**Résumé des interventions.** L'EMDR porte sur deux événements traumatiques vécus par le participant durant sa mission de paix. Le premier est retraité au cours de quatre entretiens EMDR. Lors du quatrième entretien, Simon parle d'une expérience d'exposition *in vivo* entreprise par lui suite au troisième entretien. L'information fournie sur les conséquences négatives de l'évitement peut avoir contribué à sa décision de s'exposer à un lieu évité depuis son retour de déploiement. La semaine suivante, lorsque l'événement est ramené (phase de réévaluation), Simon rapporte un degré de perturbation faible (SUD 1-2). Simon s'en est désinvesti. Le deuxième événement, décrit comme beaucoup plus perturbant que le premier, est retraité dans le cadre de cinq entretiens d'EMDR intercalés par plusieurs entretiens de soutien. Des expériences d'exposition *in vivo* initiées par lui où il constate la reconstruction de Sarajevo sont bénéfiques: « ça fait du bien de voir que le monde recommence à vivre un peu ».

Des changements importants dans sa situation de vie associés à des pertes familiales importantes, à son isolement, à la détérioration de son état médical et à l'intensification de sa douleur chronique contribuent à une augmentation de ses symptômes post-traumatiques et de ses symptômes dépressifs et à l'accroissement de sa consommation de substances. Pour ces raisons, l'EMDR est interrompu pendant des périodes prolongées. Un processus de référence à un programme de traitement spécialisé pour les anciens combattants souffrant d'un ÉSPT et d'abus de substances auquel il était

désireux de participer, est amorcé à la demande de Simon.

## CHAPITRE 4

### DISCUSSION

L'exploration de la possibilité que les Casques bleus puissent avoir des besoins de traitement spécifiques est effectuée dans cette étude de cas à partir des objectifs suivants : décrire les expériences traumatiques et les symptômes post-traumatiques des participants; identifier les besoins de traitement des participants; investiguer comment les interventions, l'exposition et la restructuration cognitive, répondent aux besoins de traitement d'un participant et, investiguer le traitement offert à un autre participant à partir de l'approche EMDR pour répondre à ses besoins spécifiques de traitement.

#### **Mise en relation des objectifs et des résultats: participant 1**

##### **Objectif 1. Décrire les expériences traumatiques et les symptômes d'ÉSPT rapportés par le participant**

La description de l'état du participant à son retour de déploiement, l'identification des déclencheurs qui contribuent à sa décision de consulter et la description de son exposition à de nombreuses expériences traumatiques est appuyée par certaines données quantitatives recueillies au début et en cours de traitement. Ces données qualitatives et quantitatives servent à confirmer la présence d'un ÉSPT chronique, à développer une compréhension de son vécu traumatique et à documenter l'évolution de son traitement.

##### **Objectif 2. Exposer les besoins de traitement du participant**

Le traitement du participant est guidé par les besoins qu'il a identifiés en début et en cours de thérapie : mieux dormir, vivre moins de culpabilité et vivre moins de colère. La rencontre de ses différents besoins a été constatée progressivement, dans le cadre de différentes périodes de traitement.

**Objectif 3. Investiguer comment les interventions, l'exposition et la restructuration cognitive sont adaptées pour répondre aux besoins de traitement du participant**

Une réduction importante des symptômes post-traumatiques du participant, à l'exception de sa culpabilité, s'est effectuée à la fin de la première période de traitement. Des demandes de consultation subséquentes, survenues suite à la réapparition de son irritabilité, de sa difficulté à gérer sa colère et ses problèmes de sommeil, nous permettant de réévaluer son état, de vérifier dans quelle mesure il maintient ses gains et de revenir sur les aspects non résolus du traitement.

L'exposition aux expériences traumatiques du participant associées à la peur a contribué à une amélioration importante de la plupart de ses symptômes d'ÉSPT. Par contre, l'exposition n'a pas permis d'enrayer ses sentiments de culpabilité, de futilité et d'échec en rapport au massacre de Srebrenica et face à sa mission de paix.

L'introduction de la restructuration cognitive, lors de la deuxième période de traitement, principalement, sous forme de questions socratiques, a contribué à aider le participant à réévaluer son vécu et à atténuer sa culpabilité. Une résorption de la plupart de ses symptômes d'ÉSPT a été démontrée, vers la fin de cette période de traitement, à l'Échelle modifiée des symptômes de stress post-traumatique (Stephenson et al., 1995).

Lors de la réévaluation clinique de son état au début d'une troisième période de traitement (survenue environ un an et demi après la fin de la deuxième période de traitement), un faible degré de perturbation associé à la réactivation des souvenirs traités précédemment avec l'exposition est trouvé. Bien que Jules rapporte se sentir triste de ne pas avoir pu intervenir, il exprime aussi ne plus se sentir préoccupé par l'évènement qui était devenu le symbole de l'échec de sa mission de paix, le massacre de Srebrenica.

Une amélioration progressive de ses symptômes d'activation est attribuée par celui-ci à la pharmacothérapie, à la stabilisation de ses problèmes de santé et à la résolution de certaines situations importantes de stress.

### **Mise en relation des objectifs et des résultats : participant 2**

#### **Objectif 1 : décrire les traumatismes vécus et les symptômes d'ÉSPT rapportés par le participant**

L'état du participant à son retour de sa mission de paix où il a été marqué par son exposition à de nombreuses expériences traumatiques de nature interpersonnelle et les déclencheurs qui ont contribué à sa décision de consulter ont été exposés. Tel que pour le premier participant, les informations cliniques et certaines données quantitatives ont servi à confirmer le diagnostic d'ÉSPT chronique et sévère, à approfondir notre compréhension des conséquences pour le participant de ses expériences traumatiques et à documenter l'évolution de son traitement.

#### **Objectif 2. Souligner les besoins de traitement du participant**

Le traitement a été guidé par les besoins identifiés par le participant : être moins perturbé par des symptômes d'intrusion, mieux dormir et vivre moins de culpabilité. En raison de l'instabilité de son état, l'amélioration symptomatique rapportée par le participant à différents moments pendant le traitement n'a pas été soutenue.

#### **Objectif 3. Investiguer comment l'EMDR a été effectuée pour répondre aux besoins de traitement du participant**

Le retraitement EMDR en ce qui concerne le participant a été effectué à partir de deux événements traumatiques, l'assassinat d'une famille et le meurtre d'une personne. Bien que le retraitement du premier événement n'ait pas été formellement complété, une

réduction significative de la perturbation associée à cet évènement (SUD = 1-2), après le troisième entretien, nous amène à considérer la possibilité que l'exposition *in vivo* ait contribué au retraitement de cet évènement.

Alors que les thérapies d'exposition requièrent que la personne maintienne l'attention sur l'évènement traumatique identifié pour une période continue pouvant varier entre 20 et 100 minutes (Foa & Rothbaum, 1998), l'approche EMDR est basée sur une forme d'exposition interrompue brève, dont la durée varie habituellement entre une demie minute et une minute. Cette approche incorpore un processus associatif menant fréquemment à une grande exploration interne des mémoires qui ont contribué à la dysfonction (Shapiro, 2001). Deuxièmement, plusieurs séances d'exposition soit en imagination, soit *in vivo* sont habituellement nécessaires pour résoudre les comportements d'évitement post-traumatiques reliés à l'anxiété et à la peur conditionnée (Fairbanks et al., 1983). Il est donc improbable qu'une seule séance d'exposition *in vivo* ait pu suffir à l'amélioration rapportée. Le nombre d'entretiens nécessaires au retraitement complet d'un seul évènement traumatique avec des civils (Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002) et des anciens combattants (Carlson et al., 1998; Silver, Rogers & Russell, 2008) varie fréquemment entre un et trois entretiens. Ces données concordent avec la réduction significative de la perturbation rapportée par Simon, lors du quatrième entretien de retraitement du premier évènement, la famille assassinée.

Le traitement du deuxième évènement a été compliqué par plusieurs facteurs. Certains bénéfices ont néanmoins été rapportés par Simon. Par exemple, il a souligné penser moins fréquemment à l'évènement. Par ailleurs, il a souligné aussi le lien entre sa douleur chronique et la réapparition de ses symptômes d'intrusion. Il a bénéficié

également de certaines occasions d'exposition *in vivo*, par exemple, en se rendant à différentes reprises sur le site de Sarajevo, où il a constaté que la vie reprenait. Les facteurs qui ont contribué à sa déstabilisation et à l'exacerbation de son état post-traumatique sont la détérioration de son état de santé physique, des pertes significatives qui ont contribué à son isolement et une rechute d'un problème de consommation qui requiert l'amorce d'un processus de référence dans un milieu spécialisé. L'intensification de ses symptômes post-traumatiques durant les derniers mois de traitement est documentée à l'Échelle d'impact événementiel (Horowitz et al., 1979).

### **Mise en relation de la contribution des résultats et de la documentation**

#### **Défis et difficultés rencontrés dans le cadre du traitement : participant 1**

Bien que Jules rapporte à la fin de chaque période de traitement qu'il dort mieux et se sent davantage en contrôle de sa colère, des situations de stress chroniques liées à la détérioration de son état de santé et à sa situation d'emploi contribuent à des périodes de rechute et à de nouvelles demandes de consultation motivées par son irritabilité et par la crainte des conséquences d'une perte de contrôle sur son agressivité.

Différents facteurs concourent à la stabilisation progressive de son état. Une amélioration de son sommeil et une meilleure capacité à s'auto-réguler a été attribuée par le participant à la prise d'une médication antidépressive amorcée lors de la troisième période de traitement. La pharmacothérapie, fréquemment utilisée pour traiter les symptômes isolés, tels les symptômes d'activation post-traumatiques (Cukor, Olden, Lee & Difede, 2010), est recommandée en combinaison avec la psychothérapie (National Center for PTSD, 2009). Enfin, la réduction du stress associé à son style de vie et la résolution des questions administratives liées à son ÉSPT ont également contribué à la



stabilisation de son état.

Le principal défi pour la thérapeute pendant la première période de traitement avec ce participant, a été, en raison d'une tentative non réussie d'introduire la restructuration cognitive visant le retraitement de sa culpabilité, de poursuivre le traitement avec l'exposition seule. Bien que l'exposition ait contribué à l'amélioration de son état post-traumatique et qu'elle ait été particulièrement bénéfique pour le traitement des événements associés à la peur, ce type d'intervention n'a pas suffi à atténuer sa culpabilité. Une nouvelle tentative de restructuration cognitive, lors de la deuxième période de traitement, par le biais de questions socratiques, ainsi que l'ajout par la thérapeute d'informations sur la présence des Casques bleus néerlandais, lors du massacre peut aussi, en facilitant une remise en perspective de l'évènement, avoir contribué à réévaluer ses croyances et à atténuer sa culpabilité.

Une amélioration significative de l'état post-traumatique du participant a donc été trouvée à la fin de chaque période de traitement. En outre, lors de chaque nouvelle période, une partie des gains obtenus à la fin de la période précédente est maintenue. Cependant, cette étude de cas approfondie suggère que l'exposition soit efficace pour traiter la peur, tel que démontré par le traitement de la peur vécue par Jules, mais qu'elle n'est pas nécessairement suffisante pour traiter les émotions liées à la honte, la culpabilité et la colère. Cette information suggère que l'amélioration de l'état post-traumatique ne puisse être assurée par l'exposition seule (Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007), dans le cas des Casques bleus.

Les résultats obtenus par ce Casque bleu suite à deux périodes de traitement de 39 entretiens chacune et une troisième période de traitement de 30 entretiens correspondent

aux données qui démontrent que les Casques bleus, qui ont été traités pour un ÉSPT chronique souffrent de symptômes d'ÉSPT résiduels importants (Forbes et al., 2005; Rademaker et al., 2009).

Bien qu'il ne s'agisse que d'un participant, ces résultats appuient ce qui a été trouvé par Forbes et ses collègues (2005), que la colère en début de traitement est un prédicteur du changement de la sévérité de l'ÉSPT chez les Casques bleus. Ces résultats confirment également les données (Rademaker et al., 2009) qui suggèrent que dans le cas des traumas complexes de nature interpersonnelle, telles les expériences vécues par les participants dans cette étude, la durée du traitement peut être longue.

### **Défis et difficultés rencontrés dans le cadre du traitement : participant 2**

Les défis et les difficultés rencontrés dans le cadre du traitement du participant, Simon, sont reliés à son désir de poursuivre le retraitement EMDR, en dépit de l'intensité fréquemment élevée de ses symptômes d'intrusion, qui sont intensifiés par sa douleur chronique (Sharp & Harvey, 2001). La décision d'accepter la requête de Simon a été prise en raison de sa motivation et de la stabilité de son réseau de soutien en début de traitement. Sa réponse positive au retraitement du premier événement EMDR, l'assassinat d'une famille, a été reçue comme une confirmation, pour la thérapeute et pour Simon, de sa capacité à bénéficier du traitement. Dans le contexte de la culture militaire où l'orientation sur la performance est élevée et la confiance dans les professionnels de santé mentale doit être développée, il importe de tenter d'offrir un soulagement symptomatique rapide de sorte à donner de l'espoir à l'ancien combattant et à éviter un abandon prématuré du traitement (Russell & Figley, 2013).

Par ailleurs, d'autres défis ont été posés dans le cadre du retraitement du

deuxième évènement, le meurtre d'une personne. Tel que décrit dans le chapitre dédié aux résultats, la thérapeute a tenté d'accéder aux contenus associatifs négatifs du réseau neuronal du meurtre en identifiant l'image représentative de l'évènement, la pensée négative reliée à cette image et en invitant le client à simultanément porter attention à l'endroit où il ressentait l'émotion dans son corps au moment précédant l'amorce des mouvements oculaires. Comme ce fut le cas avec Jules, le retraitement de l'évènement non complété s'est poursuivi lors de l'entretien suivant (phase de réévaluation) en lui demandant d'identifier, lorsque se remémorant l'évènement, son degré de perturbation sur l'échelle SUD.

La focalisation de Simon sur le déroulement de l'évènement à partir du début du « film » jusqu'à ce qu'il arrive à la pire image peut avoir contribué à la surcharge émotionnelle observée qui survient, lorsque la fenêtre thérapeutique (Brière, 1996) est dépassée. Une absorption trop intense du client par les contenus du réseau neuronal négatif (Russell & Figley, 2013) interfère avec le retraitement de l'évènement traumatique en inhibant l'accès aux endroits dans le cerveau, qui permettent le retraitement adaptatif de l'information (Russell & Figley, 2013). Les mouvements oculaires (ou autre modalité sensorielle bilatérale) permettent normalement à la personne de demeurer à l'intérieur de sa fenêtre de tolérance, en assurant la condition nécessaire au retraitement, le maintien de l'attention-double et une prise de distance de l'évènement (Lee et al., 2006). Les interventions de la thérapeute dans le but d'assurer l'établissement et le maintien de l'attention-double en rappelant à Simon que l'évènement est du passé n'ont pas suffi à empêcher son submergement émotionnel.

La déstabilisation de l'état de Simon en raison des changements significatifs

dans sa vie reliés à plusieurs pertes et à la détérioration de son état médical a requis l'ajustement du traitement en faveur d'une approche davantage centrée sur le renforcement des moyens associés à la gestion de ses symptômes et sur des interventions centrées sur le présent. La confrontation de la thérapeute quant aux pressions de ce dernier pour que le travail sur ses traumatismes se poursuive amène cette dernière à obtenir des consultations professionnelles à deux reprises.

### **La relation thérapeutique**

Les anciens combattants éprouvent fréquemment de la difficulté à développer une relation de confiance et à s'impliquer dans la psychothérapie (Bradley et al., 2005; Flack, Litz & Keane, 1998), en comparaison des civils, en raison des expériences traumatiques (Rosen & Martin, 1996; Stretch, Knudson & Durand, 1998) qu'ils peuvent vivre pendant l'enfance. Par exemple, les résultats d'une étude sur des vétérans du Vietnam (Ford & Kidd, 1998) démontrent que 54 % d'entre eux ont été abusés sexuellement pendant l'enfance et 57 % rencontrent les critères d'un ÉSPT complexe, défini comme étant dû à l'exposition à des expériences traumatiques multiples de nature interpersonnelle pendant l'enfance ou pendant la vie adulte (Herman, 1992). Donc, les expériences traumatiques vécues pendant l'enfance chez un pourcentage important d'anciens combattants souffrant des effets post-traumatiques de leur déploiement peuvent contribuer à la complexité de leur traitement. Étant donné que les combattants et les Casques bleus font partie du même bassin militaire, ces données devraient s'appliquer aussi aux Casques bleus.

Une relation thérapeutique où le client se sent en sécurité et qui lui offre une expérience émotionnelle corrective est essentielle pour des personnes, qui ont vécu des traumatismes relationnels (Parnell, 2013). L'alliance thérapeutique favorise l'accès aux

réseaux adaptatifs du client où les ressources intériorisées reliées (par exemple à la sécurité et au réconfort) sont emmagasinées (Russell & Figley, 2013). Les verbalisations sur un ton rassurant de la thérapeute pendant le retraitement, qui rappellent au client de ne pas faire d'effort, de porter attention à ce qui émerge (pensées, émotions, sensations physiques, souvenirs), peuvent stimuler des associations positives chez lui. Enfin, un rêve rapporté par Simon où la thérapeute lui dit : « laisse ça aller » a été reçu comme un indice de l'intériorisation par le client de cette dernière.

### **La thérapie cognitive-comportementale**

Les symptômes classiques de l'ÉSPT peuvent fréquemment être traités avec succès dans le cadre de la thérapie cognitive-comportementale, qui s'effectue sans trop d'accent sur la relation thérapeutique (Foa, Keane & Friedman, 2000; van der Kolk, Korn, Weir & Rozelle, 2004; Solomon, 1997). Par contre, pour les personnes qui ont subi des traumatismes complexes reliés à l'exposition à la guerre (Bradley et al., 2005) et à des événements traumatiques pendant l'enfance (Cahill, Rothbaum, Resick & Follette, 2009), la thérapie cognitive-comportementale seule peut s'avérer insuffisante en raison du taux élevé d'abandon du traitement (Spinazolla, Blaustein & Van der Kolk, 2005).

Tel que démontré avec un participant, Jules a bénéficié du traitement d'exposition à des événements où il a vécu de la peur. Par contre, l'exposition n'a pas permis dans ce cas-là, de retraiter sa culpabilité. Les résultats d'un questionnement socratique sur sa responsabilité en ce qui concerne le massacre de Srebrenica, lors d'une deuxième période de traitement, n'ont été connus que lors d'une troisième période de consultation. Une autre intervention de la thérapeute où des précisions historiques ont été apportées sur la présence des Casques bleus néerlandais au moment du massacre peut avoir amené

Jules à remettre en question ses pensées négatives, à découvrir les aspects manquants de sa conceptualisation rétrospective et à reconstruire le contexte des actions qui ont été prises au moment de l'évènement traumatique (Kubany & Ralston, 2006; Finlay & Lyons, 2007). Enfin, la restructuration cognitive et des interventions servant à réévaluer son biais cognitif à la lumière de nouvelles informations sembleraient avoir contribué à une réduction de ses symptômes de culpabilité et de futilité.

### **La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires**

Certaines études démontrent que la réponse au traitement EMDR des personnes, qui ont des antécédents traumatiques complexes peut être moins optimale que ceux qui n'ont pas une telle histoire (Van der Kolk et al., 2007). Par exemple, Van der Kolk et ses collègues (2007) signalent l'efficacité de l'approche l'EMDR, qui réussit avec un nombre limité d'entretiens, en ce qui concerne les traumatismes adultes, de nature interpersonnelle, chez des civils. Les résultats plus faibles sont repérés chez des adultes traités pour un ÉSPT relié à des traumatismes pendant l'enfance. Les militaires qui vivent des expériences traumatiques pendant l'enfance ont un risque plus élevé de développer des problèmes post-traumatiques liés à leur déploiement (Russell & Figley, 2013). À la lumière de ces données, les Casques bleus qui sont déployés dans des missions où ils sont exposés à des situations où ils ne peuvent intervenir pour apporter de l'aide aux civils et où ils sont témoins d'atrocités, tels les participants de cette étude, sont susceptibles de vivre des réactions de stress post-traumatique complexes.

Dans le cadre du protocole du traitement EMDR, le thérapeute intervient le moins possible de sorte à permettre au processus de retraitement inné de se faire. Par contre, dans le cas des traumatismes complexes, un protocole EMDR modifié est proposé

(Parnell, 2013) où on renforce des techniques qui servent à assurer que le client demeure à l'intérieur de sa fenêtre thérapeutique (Brière, 1996). Dans le but aussi de voir à ce que le processus de retraitement se poursuive, le thérapeute intervient avec des tissages cognitifs plus fréquents, qui prennent la forme de questions pouvant servir à introduire une information nouvelle ou une autre perspective : à titre d'exemple, une question a été posée à Simon en rapport aux règles d'engagement et le fait qu'il ne soit pas intervenu pour porter secours à la personne : « Est-ce qu'il arrivait des fois qu'on autorise l'intervention? ».

Pour des personnes souffrant d'un ÉSPT complexe, dû à des expériences traumatiques de nature interpersonnelle, il est recommandé que l'EMDR soit un traitement adjonctif à un traitement global (Shapiro, 2001). De plus, en ce qui a trait à ces personnes, plusieurs événements traumatiques doivent être retraités avec l'EMDR (Brown & Shapiro, 2006; Shapiro, 2001). Enfin, le traitement de Simon a été mené principalement, mais non exclusivement à partir de l'approche EMDR.

### **Recommandations à la lumière des résultats de cette étude et des données sur le traitement des Casques bleus**

Les données suggèrent que la réponse au traitement des Casques bleus qui souffrent d'un ÉSPT chronique relié à leur déploiement serait plus faible à certains égards que la réponse des anciens combattants du Vietnam (Forbes et al., 2005). Bien que les résultats d'une étude (Rademaker et al., 2009) non contrôlée multi-modale et intensive qui s'est échelonnée sur une période de presque deux ans démontrent une amélioration sur le plan des symptômes post-traumatiques et de comorbidité, des problèmes perdurants importants dans différentes sphères de fonctionnement ont été trouvés.

Les données révèlent un taux élevé d'ÉSPT complexe (American Psychiatric Association, 2000) chez les anciens combattants qui sont déployés au combat, en raison de leur exposition fréquente à des expériences traumatiques nombreuses de nature interpersonnelle (Herman, 1992) et des traumatismes qu'un pourcentage élevé d'entre eux ont vécu pendant l'enfance (Ford & Kidd, 1998). Il est probable que ces données s'appliquent aussi aux Casques bleus, en raison de leur exposition fréquente, pendant leur mission de paix, à des expériences traumatiques de nature interpersonnelle où ils vivent de l'impuissance. Nous faisons donc des suggestions qui tiennent compte des résultats trouvés dans cette étude.

### **Une approche basée sur des phases**

L'approche recommandée en ce qui concerne l'ÉSPT complexe (Courtois & Ford, 2009) par la majorité des experts dans le domaine (Cloitre, Courtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach & Green, 2011), la *National Institute for Clinical Excellence*, (NICE) (2005) et la *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health* (2007) est fondée sur des phases. Une phase de stabilisation, précède la phase de traitement des expériences traumatiques, qui est suivie d'une phase d'intégration (Herman, 1992). Les expériences traumatiques peuvent être subies, soit pendant l'enfance ou la vie adulte, pendant des périodes prolongées (Herman, 1992). Comme il est proposé pour les combattants (Creamer & Forbes, 2004), l'évaluation des Casques bleus, qui sont déployés dans une opération du maintien de la paix, devrait tenir compte de leurs antécédents traumatiques pendant l'enfance et d'autres expériences traumatiques précédant le déploiement, en plus des traumatismes vécus lors de la mission. Dans ce contexte, les Casques bleus qui sont identifiés comme souffrant d'un ÉSPT complexe attribuable à leur exposition à un



nombre d'expériences traumatiques de nature interpersonnelle pendant leur déploiement, devraient avoir accès à un traitement basé sur des phases (Herman, 1992) et à une durée de traitement plus longue que ce qui est offert dans le cadre des approches manualisées, telles l'exposition (Foa & Rothbaum, 1998) et la thérapie cognitive du traitement de l'information (Resick & Schnicke, 1993).

Nos efforts en vue d'offrir un traitement basé sur des phases aux participants, recommandé pour les populations militaires (Creamer & Forbes, 2004), semblerait avoir permis l'établissement et le maintien d'une relation de travail, contribué à l'amélioration significative de l'état post-traumatique de Jules sur différentes périodes de traitement et à une phase d'intégration. Lors des derniers entretiens avec lui, sa réévaluation de sa mission était généralement plus positive. Par exemple, alors qu'il a pendant longtemps exprimé un sentiment de futilité face à sa mission de paix, lors des derniers entretiens, il a exprimé ressentir un sentiment de fierté. Sa participation à un groupe de soutien pour les anciens combattants (Casques bleus et combattants) peut avoir contribué à la réévaluation positive de ses expériences. Enfin, la diffusion d'informations sur l'ÉSPT dans le contexte actuel où la contribution des militaires est davantage reconnue semblerait contribuer à son amélioration continue et à sa stabilisation.

L'EMDR est également compatible avec une approche fondée sur des phases. Le retraitement EMDR a été amorcé avec le participant, Simon qui, bien qu'il présentait un tableau post-traumatique sévère, semblait avoir des ressources adéquates. Bien que Simon ait bénéficié du retraitement d'un événement, sa déstabilisation, en raison de plusieurs facteurs, a interférée avec le retraitement du deuxième événement et avec la poursuite de l'EMDR.

### **Une durée de traitement adéquate**

Il existe un risque plus important de développer un ÉSPT complexe chez les personnes qui ont vécu des expériences traumatiques pendant l'enfance, telles la négligence et différentes formes d'abus physiques ou psychologiques. De plus, le pourcentage élevé d'expériences traumatiques pendant le développement chez les populations militaires (Ford & Kidd, 1998) peut avoir un impact négatif sur la capacité de ces derniers d'établir des relations de confiance. Il importe donc de s'assurer que le temps alloué au traitement soit suffisant pour favoriser l'établissement d'un lien thérapeutique. Une relation de confiance avec les anciens combattants requiert des conditions moins structurées et plus de temps que ce qui est permis dans le cadre de traitements standardisés (Creamer & Forbes, 2004).

Par exemple, bien que Jules ait été impliqué dans son traitement, ce n'est que lors de la dernière période de traitement qu'il a parlé spontanément de certaines expériences qu'il avait vécues pendant son enfance qui ont eu un rôle déterminant sur son développement et sur son fonctionnement. Étant donné la complexité du tableau clinique présentée par Simon et de sa réticence à parler de ses expériences personnelles, une période de préparation plus prolongée aurait pu être indiquée.

Enfin, il importe d'obtenir des informations suffisantes sur le vécu des Casques bleus pendant l'enfance pour la conceptualisation du cas et pour la planification du traitement. Le processus d'évaluation doit se poursuivre tout au long du traitement de sorte à permettre, si nécessaire, l'ajustement des objectifs et le titrage des interventions, pour tenir compte des fluctuations du client (Brière, 1996).

### **Particularités du traitement des Casques bleus**

Le traitement de l'ÉSPT chez les anciens combattants qui ont été déployés, soit au combat, soit dans des missions de paix, est fréquemment compliqué par des problèmes d'activation, en particulier la colère et la perturbation du sommeil reliées à leur état d'alerte. Des problèmes de comorbidité importants apparaissent également chez les Casques bleus. Ils ont tendance à faire un usage abusif de l'alcool et de drogues et ils éprouvent plusieurs problèmes de santé physique chroniques.

### **La colère**

Il a été proposé que la colère, en interférant avec la capacité de l'ancien combattant de ressentir la peur, peut empêcher l'habituation pendant l'exposition (Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995), interférer avec l'établissement de la relation thérapeutique (Forbes et al., 2002) et la poursuite du traitement (Forbes et al., 2008). Compte tenu de l'importance de la colère rapportée par les participants dans cette étude ainsi que des résultats de l'étude de Forbes et ses collègues (2005) démontrant un rapport entre la sévérité de la colère et la réponse au traitement de l'ÉSPT chez les Casques bleus, la suggestion qu'un volet sur la gestion de la colère précède l'amorce du travail sur les traumatismes (Owens, Chard & Cox, 2008), recommandée pour les combattants, serait également de mise pour les Casques bleus. Par exemple, des exercices qui facilitent l'identification des émotions cachées (peur, honte, culpabilité) associées à la colère post-traumatique sont proposés par Lipke (2014).

### **La comorbidité**

Les problèmes de comorbidité associés à l'ÉSPT chronique dont la dépression et, en particulier, les problèmes de consommation chez les populations civiles et les militaires actifs et les anciens combattants sont bien documentés (McGovern, Xie, Segal,

Siembab & Drake, 2006; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). L'état des connaissances soutient actuellement une approche intégrée où la gestion des symptômes, le développement des mécanismes de gestion du stress et le contrôle de la consommation précèdent le traitement sur les traumatismes (Najavits, 2003).

### **Les problèmes de santé**

Les conséquences du déploiement sur la santé physique sont reconnues chez un pourcentage élevé d'anciens combattants qui ont été déployés au combat diagnostiqués avec un ÉSPT (Barrett et al., 2002; Kulka et al., 1990) et, aussi, chez les Casques bleus (Yarvis, Bordnick, Spivey & Pedlar, 2005). Un lien causal entre le fait d'avoir participé à une mission de paix et les problèmes de santé physique importants que les deux participants ont développés suite à leur déploiement, ne peut être établi. D'autre part, le traitement de l'ÉSPT chez les anciens combattants est fréquemment compliqué par les problèmes de santé physiques chroniques dont ils souffrent. Conséquemment, il importe d'en tenir compte dans les études futures sur les Casques bleus.

### **Forces et limites de l'étude**

Cette étude comprend certaines limites, dont une des plus importantes est la nature anecdotale de la méthode de l'étude de cas. Il n'est pas possible à partir de ce devis de généraliser les résultats de cette recherche à d'autres membres de la population des Casques bleus. De plus, compte tenu l'absence de contrôles, des conclusions à caractère causal ne peuvent être tirées.

D'autres facteurs ont pu influencer les résultats dont la possibilité de gains secondaires associée à une demande de compensation par les deux participants; la participation d'un participant à la fois à une mission de combat et à une mission de paix,

le problème de la fidélité au traitement EMDR, le retraitement EMDR d'un nombre insuffisant d'évènements traumatiques et l'absence de consultation avec un spécialiste en EMDR. Nous abordons ces vulnérabilités dans les paragraphes suivants.

Bien que la possibilité de gains secondaires associés à la demande de compensation ait été soulevée dans plusieurs études comme barrière possible à l'évaluation et au traitement, les conclusions des études qui portent sur la question ne sont pas concluantes (Castro, Hayes & Keane, 2011). Tel que détaillé à différents endroits dans le texte, les participants dans cette étude ont fait des demandes de compensation reliées à leur ÉSPT et à des séquelles physiques reliées à leur déploiement. Par ailleurs, les participants de cette étude étaient motivés et impliqués dans leur traitement. Il est donc permis d'espérer que l'influence des gains secondaires n'ait pas exercé d'effet important dans le cadre de ce projet.

La participation d'un même participant, à la fois à une mission de paix et à une mission de combat serait un facteur confondant. Des études futures qui portent sur les besoins de traitement des Casques bleus devraient assurer la sélection de participants qui n'ont pas aussi vécu une expérience de combat. Toutefois, étant donné que les membres des Forces armées canadiennes peuvent être déployés soit au combat ou dans une mission de paix, la question de faisabilité peut poser un défi. Par exemple, dans leur étude non contrôlée menée avec des Casques bleus et des combattants canadiens souffrant d'un ÉSPT relié à leur déploiement (Richardson et al., 2011), les différences entre les deux groupes n'ont pu être évaluées car un grand nombre d'entre eux avaient participé à une mission de paix et de combat.

Un rapport existe entre les effets du traitement EMDR, le nombre d'entretiens

EMDR et la fidélité au traitement (Maxfield & Hyer, 2002). Les écarts à la fidélité au traitement dans cette étude et la contribution de cette variable sur l'effet du traitement doivent être considérés dans le cas du deuxième participant. Lorsque le but est d'obtenir une amélioration globale au-delà des symptômes d'ÉSPT habituels en ce qui concerne le traitement des problèmes post-traumatiques complexes, il est proposé que le retraitement EMDR de plusieurs événements traumatiques dans le cadre d'un traitement global est nécessaire (Brown & Shapiro, 2006; Shapiro, 2001). Pour le second participant, deux événements seulement ont été traités au cours de neuf entretiens d'EMDR. Enfin, des consultations avec deux spécialistes en thérapie cognitive-comportementale ont été obtenues. Une consultation avec un spécialiste dans l'approche EMDR aurait été de mise.

Le fait que cette étude de cas ait été effectuée sur des Casques bleus qui ont été traités dans un contexte clinique naturel, comporte des avantages. Nonobstant les limites associées à la validité externe que comporte l'étude de cas unique, elle confère une occasion d'accès à une compréhension en profondeur de l'expérience du participant. Elle favorise également un aperçu des interventions effectuées et de leur impact subjectif sur le participant.

Des efforts ont été faits pour adapter le traitement aux besoins particuliers des participants, des Casques bleus. La culture militaire (Moore, 2011), identifiée comme un facteur qui contribue à la complexité du traitement des populations militaires et notre statut en tant que thérapeute civile a, à titre d'exemple, contribué à la décision d'adopter une approche centrée sur l'exposition qui répondait davantage au besoin de Jules de parler de ses traumatismes.

La durée du traitement des participants, qui a été déterminée par l'évolution

clinique plutôt que par un protocole manualisé nous a permis de titrer les interventions à leurs besoins. Il se peut que cette façon de faire réduise le risque d'un abandon prématuré de la thérapie. Enfin, une amélioration progressive de l'état de Jules sur le plan de ses symptômes post-traumatiques sur différentes périodes de traitement et une phase d'intégration caractérisée par une capacité à redéfinir son expérience comme ayant servi à quelque chose, a été observée.

### **Études futures**

Des études additionnelles sur les besoins de traitement des Casques bleus qui souffrent d'un ÉSPT chronique relié à leur mission de paix sont nécessaires. Compte tenu des résultats de la présente étude de cas sur un Casque bleu, qui traduit un rapport entre l'amélioration progressive de son ÉSPT et la durée de traitement, une étude contrôlée pourrait être conduite sur des Casques bleus (anciens combattants) qui souffrent d'un ÉSPT relié à leur déploiement. Comme la participation au combat est un facteur d'exclusion, l'évaluation doit comprendre des instruments de mesure auto-administrés sur l'ÉSPT, la dépression, l'anxiété et la consommation. L'amorce du traitement offert aux participants par des thérapeutes formés dans une approche centrée sur les traumatismes, soit la thérapie cognitive du traitement de l'information, soit l'exposition prolongée, soit l'approche EMDR, aurait lieu suite à des phases de préparation et de stabilisation. La durée du traitement offerte serait déterminée par le besoin clinique en collaboration avec chaque participant. Étant donné que les données suggèrent que l'amélioration de l'ÉSPT et des symptômes de comorbidité se poursuit pendant plusieurs mois après la fin du traitement (Richardson et al., 2011), une période de temps déterminée après la fin d'une période de traitement serait requise avant que les participants puissent faire une nouvelle

demande de consultation dans le cadre de l'étude. Les thérapeutes auraient accès à de la supervision régulière pendant la durée de l'étude.

Les résultats de la présente étude appuient l'importance, lorsque menant des recherches contrôlées futures avec des Casques bleus, d'administrer une mesure d'ÉSPT rigoureuse, tel le *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake et al., 1995) et un instrument de mesure de la dépression, tel l'Inventaire de dépression de Beck-II (Beck, Steer, & Brown, 1996). Compte tenu de l'importance des problèmes de consommation fréquents des anciens combattants (Casques bleus et combattants), pour gérer leurs symptômes d'ÉSPT (Kruse, Steffen, Kimbrel & Gulliver, 2011), un problème de consommation ne devrait pas être un facteur d'exclusion dans la recherche avec les Casques bleus.

Des instruments de dépistage d'abus de substance, tel le Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool (AUDIT; Allen, Litten, Fortin & Babor, 1997; Babor, Bohn & Kranzler, 1995) et le Test d'identification des troubles liés à la consommation de médicaments et de drogues (DUDIT; Kruse et al., 2011) seraient également de mise.

Le soutien apporté aux anciens combattants qui participent à une thérapie de groupe reliée à leur déploiement est documenté dans nombre d'études (Foy, Drescher, Watson & Ritchie, 2011). Un traitement de groupe pour des anciens combattants qui éprouvent des problèmes de colère reliés à leur ÉSPT, développé pour le Centre national canadien des traumatismes liés au stress opérationnel (Faucher & Soledad, 2010), pourrait faire partie d'une étude future avec des Casques bleus.



## Conclusion

Cette étude de cas rétrospective avait comme objectif d'explorer la possibilité que les Casques bleus puissent avoir des besoins de traitement spécifiques. Dans ce but, nous avons décrit les expériences traumatiques, les symptômes d'ÉSPT et le traitement prodigué à deux Casques bleus traités dans le cadre de notre pratique.

Le besoin d'adapter une approche aux besoins d'une population particulière est démontrée par exemple dans l'adaptation de la thérapie cognitive du traitement de l'information (Resick & Schnicke, 1996), développée pour traiter les victimes de viole et adaptée pour traiter les anciens combattants (Resick, Monson & Chard, 2008). Nous avons, dans le cadre du traitement des participants, voulu tenir compte de la nature particulière du travail des Casques bleus et nous avons aussi travaillé à adapter les interventions à leurs besoins de traitement individuels. Enfin, les défis et les difficultés que nous avons rencontrés pendant le traitement de chacun des participants ont été discutés.

Les expériences traumatiques multiples vécues par les participants dans le cadre de leur mission de paix correspondent à la définition de traumatismes complexes. Selon le consensus des experts (Cloitre et al., 2011), le traitement, soit basé sur une approche cognitive-comportementale ou sur l'EMDR, devrait être orienté sur des phases, multimodal et centré sur le développement de mécanismes, pour faciliter la gestion des symptômes et l'amélioration du fonctionnement (Brière & Scott, 2006; Courtois et al., 2009). En plus d'une phase de stabilisation qui précède l'amorce du travail sur les traumatismes, une durée de traitement plus longue, peut permettre une phase d'intégration de sorte à faciliter la résolution des difficultés associées au questionnement

sur le sens profond des expériences traumatiques telles celles qui ont été vécues par les participants de cette étude dans le contexte de leur mission de paix. Enfin, une approche basée sur des phases peut possiblement limiter les risques de rechute.

Dans le cas des traumatismes complexes militaires, reliés au déploiement dans une mission de paix, le protocole EMDR régulier peut devoir être modifié pour assurer le maintien de la stabilité et faciliter le retraitement des événements traumatiques. Cela peut être davantage nécessaire avec les anciens combattants, qui incluent les Casques bleus, qui ont vécu des traumatismes pendant l'enfance.

La généralisation des résultats de cette étude sur les besoins de traitement des Casques bleus ne peut être faite à partir de deux participants. Néanmoins, des résultats intéressants trouvés à partir du traitement d'un Casque bleu, durant trois périodes de thérapie, suggère l'importance d'une durée de traitement plus longue que ce qui est offert dans le cadre des approches manualisées qui sont centrées sur l'amélioration des symptômes post-traumatiques. Aussi, tel que rapporté par Jules, il semblerait qu'une partie des gains rapportés par lui lors d'une période de traitement antérieure ont été maintenus.

Les résultats de cette étude semblent appuyer l'importance de la relation thérapeutique avec deux Casques bleus qui ont été exposés à des traumatismes multiples, dans le cadre de leur déploiement. Enfin, des études contrôlées futures dans le but d'explorer davantage les besoins de traitement des Casques bleus sont nécessaires.

## RÉFÉRENCES

- Adler, A. B., Huffman, A. H., Bliese, P. D., et Castro, C. A. (2005). The impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 121-137.
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B. et Babor T. A. (1997). A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcohol Clinical Experimental Research*, 21. 613-619.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington, D. C.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. Washington, D. C.
- American Psychological Association. (2004). Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 3-31.
- Asmundson, G. J. G. (2000). VAC Canadian Forces Survey analysis. Regina (SK): *Department of Veterans Affairs*.
- Asmundson, G., Stein, M. B. et McCreary, D. R. (2002). Posttraumatic stress disorder symptoms influence health status of deployed peacekeepers and non deployed military personnel, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 190, 807-815.
- Australian Center for Posttraumatic Mental Health. (ACPTMH). (2007). *Australian Guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and*

*posttraumatic stress disorder*. Melbourne: APCMH. Retrieved from

<http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resources-guidelines.html>.

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. et Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorder identification test: Guidelines for use in primary care* (2ième éd.). World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Barrett, D. H., Doebbeling, C. C., Schwartz, D. A., Voelker, M. D., Falter, K. H., Woolson, R. F. et al. (2002). Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. military personnel serving during the Gulf War period: Population-based study. *Psychosomatics*, 43, 195-205.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, B. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Beilin, H. et Pufall, P. (1991). *Piaget's theory: Prospects and possibilities*. Laurence Erlbaum Associates. Hillsdale, NJ.
- Berkowitz, B. D. (1994). Rules of engagement for U.N. peacekeeping forces in Bosnia. *Orbis*. 38, 635-646.
- Blake, D.D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. et Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Boudewyns, P. A., Hyer, L., Woods, M. G., Harrison, W. R. et McCranie, E. (1990). PTSD among Vietnam veterans: An early look at treatment outcome using

- direct therapeutic exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 359-368.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. et Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 214-223.
- Bramsen, I., Dirkzwager, A. J. et Van der Ploeg, H. M. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1115-1119.
- Brewin, C. R., Dagleish, T. et Joseph, S (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Brewin, C. R. et Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Brière, J. (1996). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival*. Springer.
- Brown, S. et Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*. 5, 403-420.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L. et King, S. (2003). Validation of a French version of the Impact of Events Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 56-61.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T. et Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 706-712.
- Bryman, A. (2004). *Social reasearch methods* (2<sup>ième</sup> éd.). Presses de l'Univ. Oxford.
- Buckley, T. C., Green, B. L. et Schnurr, P. (2007). Trauma, PTSD and physical health:

- Clinical issues. Dans: J. P. Wilson et T. M. Keane. *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press.
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D. et Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 19, 597-610.
- Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A. & Follette, V. M. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adults. Dans: E. B. Foa, T. M. Keane, M. Terence, M. J. Friedman et J. A. Cohen (éds). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, (2<sup>e</sup> éd.) 427-457. New York: Guilford Press.
- Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L. et Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Castro, F., Hayes, J. P. et Keane, T. M. (2011). Issues in assessment of PTSD in military personnel. Dans: B. A. Moore et W. E. Penk (Éds.). *Treating PTSD in military personnel: A clinical handbook*. New York: Guilford Press.
- Chard, K. M., Schumm, J. A., Owens, G. P. et Cottingham, S. M. (2010). A comparison of OEF and OIF veterans and Vietnam veterans receiving cognitive processing therapy. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 25-32.
- Clark, D. M. et Ehlers, A. (2005). Posttraumatic stress disorder. From cognitive theory to therapy. Dans: R. L. Leahy (Éd.). *Contemporary Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. et Green, B.

- L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 615-627.
- Cooper, N. A. et Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat Veterans: A Controlled Study. *Behaviour Therapy*, 3, 381-391.
- Courtois, C. A. (2014). *Treating complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Formation organisée par: l'Association des psychologues du Québec. Montréal.
- Courtois, C. A. et Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: Guilford Press.
- Creamer, M. et Forbes, D. (2004). Treatment of posttraumatic stress disorder in military and veteran populations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 388-398.
- Cukor, J., Olden, M., Lee, F. et Difede, J. (2010). Evidenced-based treatments for PTSD, new directions, and special challenges, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 82-89.
- Dirkzwager, J. E., Bramsen, I. et Van Der Ploeg, H. M. (2005). Factors associated with posttraumatic stress among peacekeeping soldiers, *Anxiety, Stress, and Coping*, 18, 37-51.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N., Adams, B. G. et Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313, 979-982.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative*. New York: Brunner-Routledge.

- Ehlers, A. et Clark. (2000). A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Falsetti, S.A., Resick, P.A., Resnick, H.S. et Kilpatrick, D.G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: a brief self-report measure of PTSD. *Behaviour Therapist*, 16, 161-162.
- Faucher, A. et Soledad, I. (2010). Mieux vivre sa colère avec PEACE: une thérapie de groupe pour anciens combattants vivant avec des traumatismes liés au stress opérationnel et des problèmes de colère. *Guide Clinique pour les thérapeutes et fiche-ressources pour les participants. Anciens combattants Canada. Centre national pour traumatismes liés au stress opérationnel.*
- Finlay, C. G., et Lyons, J. A. (2007). Issues in conducting exposure therapy to treat combat veterans' PTSD. Dans: D. S. Richard et D. L. Lauterbach (Éds.), *Handbook of Exposure Therapies*. Elsevier Inc.
- Flack, W. F., Litz, B. T. et Keane, T. M. (1998). Cognitive-behavioral treatment of war-zone related posttraumatic stress disorder: A flexible, hierarchical approach. Dans: V. M. Follette, J. M. Ruzek et F. R. Abueg (éds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, 77-89. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A. et Street, G. (1999). The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foa, E. B., Franklin, M. E. et Mozer, J. (2002). Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination? *Biological*



- Psychiatry*, 52, 987-997.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. et Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Feeny, N. C. et Zoellner, L. A. (2002). Posttraumatic stress disorder treatment for female assault victims. Dans: L. A. Zoellner. *Recent innovations in posttraumatic stress disorder treatment*. Symposium au congrès annuel de l'association des troubles anxieux de l'Amérique. Austin, Texas.
- Foa, E. B., Keane, T. M. et Friedman, M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B. et Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B. et Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. B. et Rauch, S. A. M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879-884.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D. et Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E. B. et Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral*

*therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.

- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. et Murdoch, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Forbes, D., Bennett, N., Biddle, D., Crompton, D., McHugh, T., Elliott, P. et Creamer, M. (2005). Clinical presentation and treatment outcome of peacekeeper veterans with PTSD: Preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2188-2190.
- Forbes, D., Creamer, M., Allen, N., Elliott, P., McHugh, T., Debenham, P. et al. (2002). The MMPI-2 as a predictor of symptom change following treatment for posttraumatic stress disorder, *Journal of Personality Assessment*, 79, 321-336.
- Forbes, D., Parslow, R., Creamer, M., Allen, N., McHugh, T. et Hopwood, M. (2008). Mechanisms of anger and treatment outcome in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 142-149.
- Ford, J. D. et Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743-761.
- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., van der Hart, O. et Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*. 18, 437-447.
- Fortin, M. F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Les Éditions de la Chenelière inc.

- Foy, D. W., Drescher, K.D., Watson, P. J. et Ritchie, I. (2011). Group therapy. Dans : Bret A. Moore et Walter E. Penk (Éds). *Treating PTSD in Military Personnel. A Clinical Handbook*. New York : Guilford Press.
- Friedman, M. J., Resick, P. A. et Keane, T. M. (2007). PTSD : Twenty-five years of progress and challenges. Dans : M. J. Friedman, T. M. Keane et P. A. Resick. (Éds.), *Handbook of PTSD. Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A. et Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 750-769.
- Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. W., Urbaitis, M., Boxer, L., Paz, G. G., Leong, G. B., Firman, G., Salk, J. D., Katzman, J. W. et Crothers, J. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 243-251.
- Grencavage, L. M. et Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R. & Christianson, H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S. et Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*,

23, 257-269.

- Hartley, J. (2004). Case studies in organizational research. Dans : Catherine Cassell et Gillian Symon (Éds.), *Qualitative methods in organizational research, a practical guide*. London : Sage.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic violence to political terrorism*. New York, NY: Guilford Press.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I. et Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Irak and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.
- Hoge, C. W., Terhakopain, A., Castro, C. A., Messner, S. C. et Engel, C.C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq War veterans. *American Journal of Psychiatry*, 164, 15-153.
- Horowitz, M., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychological Medicine*, 41, 209-218.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes* (2<sup>ième</sup> éd.). Northvale, New Jersey: Jason Aronso. Inc.
- Human Rights Watch. (1995). *The fall of Srebrenica and the failure of UN peacekeeping*. Récupéré le 1 avril 2015 de [www.hrw.org/fall-srebrenica-and-failure-un-peacekeeping](http://www.hrw.org/fall-srebrenica-and-failure-un-peacekeeping)
- Institute of Medicine. (2007). *Treatment of PTSD: An assessment of the evidence*. <https://www.iom.edu/Reports/2007/Treatment-of-PTSD-An-Assessment-of-The-Evidence.aspx>

- Jablensky, A. (1985). Approaches to the definition and classification of anxiety and related disorders in European psychiatry. Dans: A. H. Tuma et J. D. Maser (Éds.), *Anxiety and the anxiety disorders*, 735-758. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- Johnson, D. R., Rosenheck, R., Fontana, A., Lubin, H., Charney, D. et Southwick, S. (1996). Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic-stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 771-777.
- Kabat-Zinn, (1994). *Wherever you go there you are*. Hyperion Press.
- Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K, Y. et Murphy, F. M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *American Journal of Epidemiology*, 157, 141-148.
- Kaspersen, M. et Matthiesen, S. B. (2003). Post-traumatic stress symptoms among UN-soldiers and relief workers. *European Journal of Psychiatry*, 17, 69-76.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell et Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behaviour Therapy*, 20, 245-260.
- Keane, T. M., (1998). Psychological and behavioral treatments of post-traumatic stress disorder. Dans: P. E. Nathan et J. M. Gorman (Éds.), *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Keane, T. M., Weathers, F. W. et Foa, E. B. (2000). Diagnosis and assessment. Dans: E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Éds.), *Effective Treatments for PTSD*.

- 18-36. New York: Guilford Press.
- Keane, T. M., Zimering, R. T. et Caddell, R. T. (1985). A behavioral formulation of PTSD in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. et Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kohlbacher, F. (2006). The use of Qualitative content analysis in Case Study Research. *Forum Qualitative Social Research*, 7, 1-21.
- Kruse M. I., Steffen, L. E., Kimbrel, N. A. et Gulliver, S. B. (2011). Co-Occuring substance use Disorders. Dans: Bret A. Moore et Walter E. Penk (Éds.), *Treating PTSD In Military Personnel. A Clinical Handbook*. Guilford Press.
- Kubany, E. S. et Ralston, E. S. (2006). Cognitive therapy for trauma-related guilt and shame. Dans: Victoria M. Follette et Josef I Rusek (2e éd.), *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York: Guilford Press.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R. et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lang, J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Lee, C., Taylor, G. et Drummond, P. (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 97-107.

- Lipke, H. J. (2014). Don't I have the right to be angry? The HEArt program for veterans and others who want to prevent destructive anger. Publié par l'auteur. *Good Looking Software Inc.*, Wheeling, IL.
- Litz, B. T., Orsillo, S. M., Friedman, M., Ehlich, P. et Batres, A. (1997). Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 178-184.
- Macdonald, C., Chamberlain, K., Long, N. et Mirfin, K. (1999). Stress and mental health status associated with peacekeeping duty for New Zealand Defence Force personnel. *Stress Medicine*, 15, 235-241.
- Maguen, S. et Litz, B. T. (2004). Predictors of barriers to mental health treatment for Kosovo and Bosnia peacekeepers: A preliminary report. *Military Medicine*, 171, 454-458.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. et Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/ or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Massacre de Srebrenica (2014). Récupéré le 1 mai 2014 de :  
[http://en.wikipedia.org/wiki/Srebrenica\\_massacre](http://en.wikipedia.org/wiki/Srebrenica_massacre)
- Maxfield, L. et Hyer L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis (28 paragraphes). *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* (Journal en-ligne), 1 (2), Art 20. Date d'accès : 2004

<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/200/2-00mayring-e.htm>

- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Mehlum, L. et Weisaeth, L. (2002). Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 17-26.
- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y. et Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military- related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898-907.
- Moore, B. A. (2011). Understanding and working within the military culture. Dans: Bret A. Moore et Walter E. Penk (Éds), *Treating PTSD in Military Personnel. A Clinical Handbook*. New York: Guilford Press.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and the symbolic processes*. New York: Wiley.
- Nacash, N., Foa, E. B., Fostick, I., Polliak, M., Dinstein, Y., Tzur, D., et al. (2007). Prolonged exposure therapy for chronic combat-related PTSD: A case report of five veterans. *CNS Spectrums*, 12, 690-695.
- Najavits, L. M. (2003). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. *Psychotherapy Research*, 13, 125-126.
- National Center for Post-traumatic Stress Disorder (2009). *Clinicians' Guide to medication for PTSD*.  
<http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/clinicians-guide-to-medications-for-ptsd.asp>



National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in primary and secondary care*. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): London.

Nishith, P., Resick, P. A. et Griffin, M.G. (2002). Pattern of change in prolonged exposure and cognitive processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 880-886.

Norcross, J. C. (Éd.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.

Norris, F. H. et Slone, L. B. (2007). The epidemiology of trauma and PTSD. Dans: M. J. Friedman, T. M. Keane et P. A. Resick (Éds.). *Handbook of PTSD. Science and Practice*. Guilford Press.

Novaco, R. W. et Chemtob, C. M. (2002). Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 123-132.

O'Connor, K. P., Janelle, C. C., Coutu, M. F., Rouleau, A., Lessard, M. J., Kirouac, C., Marchand, A., Dupuis, G., Turgeon, L. et Bélanger, M. P. (2009). 'I'm Cured But...': Perceptions of illness following treatment. *Journal of Health Psychology*, 278-287.

Orsillo, S. M., Roemer, L., Litz, B. T., Ehlich, P., Friedman, M. J. (1998). Psychiatric symptomatology associated with contemporary peacekeeping: an examination of post-mission functioning among peacekeepers in Somalia. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 611-625.

- Owens, G. P., Chard, K. M., et Cox T. A. (2008). The relationship between maladaptive cognitions, anger expression, and posttraumatic stress disorder among veterans in residential treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 17, 439-452.
- Parnell, L. (2007). *A therapist's guide to EMDR. Tools and techniques for successful treatment*. Norton & Company.
- Parnell, L. (2013). *Attachment focused EMDR. Healing Relational Trauma*. Norton & Company.
- Paunovic, N. et Ost, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1183-1197.
- Peterson, A. L., Foa, E. B. et Riggs, D. S. (2011). Prolonged exposure therapy. Dans: Bret A. Moore et Walter E. Penk (Éds.). *Treating PTSD in military personnel: A clinical handbook*. New York: Guilford Press.
- Piaget, J. (1971). *Biology and knowledge*. Chicago University Press.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for post-traumatic stress disorder, *Clinical Psychology Review*, 30, 635-646.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. et Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Pratt, E. M., Brief, D. J. & Keane, T. M. (2006). Recent advances in psychological

- assessment of adults with posttraumatic stress disorder. Dans: V. M. Follette et J. I. Ruzek (Éds.), *Cognitive behavioral therapies for trauma*. 34-61. New York: Guilford Press.
- Rademaker, A. P., Vermetten, F. et Kleber, R. J. (2009). Multidimensional exposure-based group treatment for peacekeepers with PTSD: A preliminary evaluation. *Journal of Military Psychology*, 21, 482-496.
- Rauch, S. A., Defever, E., Favorite, T., Duroe, A., Garrity, C., Martis, B., ...Liberzon, I. (2009). Prolonged exposure for PTST in a Veterans Health Administration PTSD clinic. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 60-64.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uglmansick, M.O., Scher, C. D., Clum, G. A. & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 243-258.
- Resick, P.A., Monson, C. M. et Chard, K. M. (2008). *Cognitive processing therapy Veteran/military version*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. et Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-79.
- Resick, P.A. et Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P. A. et Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive processing therapy for rape victims*. A

*treatment manual*. Sage Publications Inc.

- Richardson, J. D., Elhai, J. D., Sarreen, J. (2011). Predictors of treatment response in Canadian combat and peacekeeping veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 639-645.
- Riggs, Cahill et Foa (2006). Prolonged exposure treatment of posttraumatic stress disorder. 65-95. Dans: V. M. Follette et J. E. Ruzek. *Cognitive behavioral therapy for trauma*. (2e éd.). New York: Guilford Press.
- Rosebush, P. A. (1998). Psychological intervention with military personnel in Rwanda. *Military Medicine*, 163, 559-563.
- Rosen, L. N. et Martin, L. (1996). Childhood antecedents of psychological adaptation to military life, *Military Medicine*, 161, 665-668.
- Rosen, C.S., Chow, H.C., Finney, J. F., Greenbaum, M.A., Moos, R. H., Sheikh, J. I. et Yesavage, J.A. (2004). VA practice patterns and practice guidelines for treating posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 213-222.
- Rothbaum B.O., Meadows, E.A., Resick, P. et Foy, D. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, p.60-83. Dans: E.B. Foa, T. M. Keane et M. J. Friedman (eds). *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Rothbaum, B.O., Asten, M.C. et Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 606-616.
- Russell, M. C. et Figley, C. R. (2013). *Treating traumatic stress injuries in military personnel. An EMDR practitioner's guide*. Routledge Press.

- Russell, M. C. et Friedberg, F. (2009). Training, treatment access and research on trauma intervention in the armed services. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 24-31.
- Sareen, Cox, Stein et al. (2007). Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic disorder in a large community sample, *Psychosomatic Medicine*, 69. 242-248.
- Sareen, J., Stein, M. B., Thoresen, S., Belik, S.-L., Zamorski, M. et Asmundson, G. J. G. (2010). Is peacekeeping peaceful? A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 464-472.
- Sayer, N. A., Friedemann-Sanchez, G., Spont, M., Murdoch, M., Parker, L. E., Chiros, et Rosenheck, R. (2009). A qualitative study of determinants of Treatment initiation in veterans. *Psychiatry*, 72, 238-255.
- Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Fairbank, J. A. Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R. et al. (1992). The prevalence of posttraumatic stress disorder in the Vietnam generation: A multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 333-363.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., et al. (2007). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 820-830.
- Schnurr, P. P., Green, B. L. et Kaltman, S. (2007). Trauma exposure and physical Health. Dans: Mathew J. Friedman, Terence M. Keane et Patricia A. Resick (Éds). *Handbook of PTSD Science and Practice*. Guilford Press.

- Schnurr, P. P., Kaloupek, D., Sayer, N., Weiss, D. S., Cohen, J., Galea, S. et Weaver, T.L. (2010). Understanding the impact of the Wars in Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 3-4.
- Schubert, S., et Lee, C. (2009). Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 117-132.
- Schwarzwald, J., Solomon, Z., Weisenberg, M. et Mikulinger, M. (1987). Validation of the impact of event scale for psychological sequelae of combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 55, 251-256.
- Seedat, S., Roux, C. et Stein, D. J. (2003). Prevalence and characteristics of trauma and post-traumatic stress symptoms in operational members of the South African National Defence Force. *Military Medicine*, 168, 71-75.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1991). Eye movement desensitization & reprocessing procedure: From EMD to EMD/R – a new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist*, 14, 133-135.
- Shapiro, F. (1994). EMDR: In the eye of a paradigm shift. *Behavior Therapist*, 17, 153-158.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. (2<sup>ième</sup> ed.). Guilford.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, Adaptive Information Processing and Case

- Conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68-87.
- Sharp, T. J. et Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and PTSD: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21, 857-877.
- Sharpless et Barber. (2011). A Clinician's guide to PTSD treatments for returning veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 8-15.
- Shipherd, J. C., Street, A. E. et Resick, P. A. (2006). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. 96-116. Dans: V. M. Follette et J. E. Ruzek. *Cognitive behavior therapy for trauma*. New York: Guilford.
- Siegel, D. J. (2002). The developing mind and the resolution of trauma : Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy. Dans : F. Shapiro (éd.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach : Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, 85-122. American Psychological Association Press.
- Silver, S. M., Rogers, S. et Russell, M. (2008). Eye movement and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *Journal of Clinical Psychology*.64, 947-957.
- Solomon, D. D. (1997). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *In session: Psychotherapy in practice*, 3, 27-41.
- Souza, W. F., Figueira, I., Mendlowicz, M. V., Volchan, E., Portella, C. M., in peacekeepers : A meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 309-312.
- Spates, C. R., Koch, E., Cusack, K., Pagoto, S. et Waller, S. (2008). Dans: E. B. Foa, T. M. Keane, M. Terrence, M. J. Friedman et J. A. Cohen (Éds.), *Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the International Society for*

*Traumatic Stress Studies* (2e éd.). New York: Guilford Press.

- Spinazolla, J., Blaustein, M. et Van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425-436.
- Spitzer, Williams, Gibbon, & First, (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- Spoormaker, V. I. et Montgomery, P. (2008). Disturbed sleep in posttraumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Medicine Reviews*, 12, 169-184.
- Stapleton, J. A., Taylor, S. et Asmundson, G. J. G. (2006) Effects of three PTSD treatments on anger and guilt: Exposure therapy, eye movement desensitization and reprocessing, and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 19-28.
- Stephenson, R., Brillon, P., Marchand, A. et DiBlasio (1995). *Traduction du Modified PTSD Symptom Scale*. Laboratoire d'Étude du Trauma, UQAM.
- Stickgold, R. (2002). EMDR : A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.
- Stretch, R. H., Knudson, K. H. et Durand, D. (1998). Effects of premilitary and military trauma on the development of post-traumatic stress disorder symptoms in female and male active duty soldiers. *Military Medicine*, 163, 466-470.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., et Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.



- Titscher, S., Meyer, M., Wodak, R., et Vetter, E. (2000). *Methods of text and discourse analysis* (Bryan, J., Trans.). London: Sage.
- Tulving, E. (2002). Episodic memory. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.
- U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2004). *VA/DOD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress*. Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense, Office of Quality and Performance publication.
- U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2010). *VA/DOD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress*. Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense, Office of Quality and Performance Publication.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. et Boyle, M.H.. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience Therapeutics*, 14, 171-81.
- Van der Kolk, B. A., Korn, D., Weir, J. et Rozelle, (2004). Looking beyond the date: Clinical lessons learned from an EMDR treatment outcome study. *EMDR International Association Conference*, Montréal, Québec, Canada.
- Van der Kolk, B.A., Spinazzola, J., Blaustein, M.E., Hopper, J.W., Hopper, E. K., Korn, D. L. et Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*. 68:0.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. et Keane, T. M. (1993). The

- PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Dans: *Proceedings of the 9th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies*. Northbrook, Ill, ISTSS.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Hough, R. L. et al. (1992). The prevalence of lifetime and partial posttraumatic stress disorder in Vietnam theatre veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 365-376.
- Weiss, D. S. et Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale-Revised, Dans: J. P. Wilson et T. M. Keane (Éds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook*, (p. 399-411). New York: Guilford Press.
- Werner, P. D. (2001). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinician Version. Dans: B. S. Blake et J. C. Impara (Eds.), *The fourteenth mental measurements yearbook* (p. 1123-1125). Lincoln: NE: Buros Institute of Mental Measurements.
- Williams, A. M., Galovski, T. E., Kattar, K. A. et Resick, P. A. (2011). Cognitive processing therapy. Dans: Bret A. Moore et Walter E. Penk. *Treating PTSD in Military Personnel. A Clinical Handbook*. Guilford Press.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy* (4<sup>e</sup> éd.). New York.
- Yarvis, J. S., Bordnick, P. S., Spivey, C. A. et Pedlar, D. (2005). Subthreshold PTSD: A comparison of alcohol, depression, and health problems in Canadian peacekeepers with different levels of traumatic stress. *Stress, Trauma and Crisis*, 8, 195-213.
- Yin, R. (2003). *Case Study Research, design and methods* (3e éd., vol. 5). Thousand Oaks (Calif.), Sage.

Zayfert, C. et DeViva, J. C. (2008). Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 69-73.

Zilberg, N. J., Weiss, D. S. et Horowitz, M. J. (1982). Impact of Event Scale: A cross validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 407-414.

## APPENDICE A

### L'EXPOSITION PROLONGÉE

L'exposition prolongée est un traitement manualisé de 9-12 séances de 60 à 90 minutes lors duquel le client est encouragé à relater l'évènement traumatique de façon détaillée.

L'approche comprend les composantes suivantes :

- 1) des informations au sujet des traumatismes et les réactions aux expériences traumatiques et à l'état de stress post-traumatique;
- 2) l'entraînement à la respiration;
- 3) l'exposition *in-vivo* aux situations évitées; et
- 4) l'exposition en imagination aux souvenirs traumatiques consiste à raconter l'évènement traumatique.
- 5) Les pensées et les émotions reliées à l'évènement traumatique sont retraitées lors d'une discussion entre le thérapeute et le client après l'entretien d'exposition en imagination.
- 6) Le client doit compléter un devoir, soit s'exposer à une situation *in-vivo* ou écouter l'enregistrement de l'évènement traumatique.

#### **Entretiens 1 et 2**

Lors des deux premiers entretiens, le client reçoit de l'information au sujet de l'exposition, l'évènement traumatique est discuté et des techniques de respiration sont pratiquées avec lui. Le devoir consiste à pratiquer les techniques de respiration et à faire une écoute de l'enregistrement de l'entretien.

Les réactions fréquentes aux expériences traumatiques et l'exposition *in vivo* sont

discutées et une hiérarchie d'exposition *in vivo* est développée avec le client. L'échelle de perturbation (*SUD* : Wolpe, 1960) est introduite. Le devoir consiste à compléter un exercice d'exposition *in vivo* par jour entre les entretiens et en faisant des ajouts à la hiérarchie *in vivo*.

### **Entretiens 3 à 6**

L'exposition en imagination est introduite et les principes sous-jacents à la procédure sont discutés. L'exposition en imagination d'un événement traumatique, amorcée suite à une discussion sur le devoir se poursuit pendant 30-45 minutes.

Le thérapeute demande au client de fermer les yeux et raconter l'événement au présent avec autant de détails possibles. L'événement peut être raconté à plus d'une reprise pendant l'entretien.

Ensuite le retraitement est facilité par un échange entre le thérapeute et le client sur l'expérience d'exposition en imagination de ce dernier. Le temps consacré au retraitement de ses pensées et de ses émotions lui permet de retrouver un sentiment de calme précédent la fin de la rencontre.

Le devoir consiste à écouter l'enregistrement de l'exposition en imagination à tous les jours et à poursuivre l'exposition *in vivo*.

Les entretiens subséquents se poursuivent essentiellement de la même manière.

### **Entretiens 6 ou 7**

À compter des entretiens 6 ou 7, l'attention du client est dirigé aux aspects de l'évènement traumatique qui comportent le plus de perturbation en le relatant. Le thérapeute demande au client de maintenir son attention sur chacun des aspects perturbants et de décrire ses pensées et ses émotions de façon aussi détaillée que possible

autant de fois que le temps le permet durant l'entretien.

### **Dernier entretien**

La durée de l'exposition en imagination est réduite lors de cet entretien à 20 ou 30 minutes. Les progrès du client sont discutés avec lui ainsi que la pertinence de ce qu'il a appris pour sa vie.

Foa, Hembree et Rothbaum, 2007; Foa et Rothbaum, 1998

-

## APPENDICE B

### Les huit phases du protocole de traitement EMDR

#### **Phase 1 L’histoire**

Cette phase sert à obtenir l’historique des antécédents traumatique, à développer un plan de traitement, à identifier les objectifs du client et à évaluer sa capacité à amorcer le retraitement et à identifier les évènements traumatiques qui seront ciblés.

#### **Phase 2 Préparation**

Cette phase sert à s’assurer que le client se sente en confiance, à lui fournir des informations sur l’approche EMDR, à développer des mécanismes de stabilisation et à renforcer la capacité du client à maintenir l’attention-double entre le passé traumatique et le présent.

#### **Phase 3 Évaluation**

Les composantes (image représentative et sons associés, émotions, sensations physiques et cognitions) d’un souvenir traumatique sont identifiées. Le client identifie une cognition négative (CN) au sujet de lui-même en lien avec l’image la pire de son expérience traumatique. La cognition positive (CP) identifiée est l’objectif visé. La véracité de la pensée positive est évaluée sur une échelle de validité de la cognition (1 à 7) où 1= pas vrai du tout et 7 = complètement vrai. Le degré de perturbation émotionnelle est évalué à partir de l’échelle SUD (1 à10) où le degré de perturbation visé à la fin du retraitement d’une expérience traumatique est 0.

#### **Phase 4 Désensibilisation et retraitement**

Les éléments de la mémoire de l’évènement traumatique emmagasinés de façon dysfonctionnelle sont activés et combinés avec des séries de stimulation bilatérales. Ce

processus permet la transformation de la mémoire du traumatisme dans une forme narrative qui n'est plus perturbante.

### **Phase 5 Installation**

Cette phase a lieu après que la cible traumatique ne cause plus de perturbation  $SUD = 0$ .

La nouvelle croyance, la croyance positive (CP), est alors renforcée en la combinant avec la scène traumatique et des mouvements oculaires.

### **Phase 6 Scanographie du corps**

Cette phase sert à identifier et à traiter les tensions résiduelles reliées au traumatisme.

### **Phase 7 Clôture de la séance**

Cette phase assure l'équilibre émotionnel du client à la fin de chaque entretien à l'aide de d'outils qui servent à faciliter la stabilisation, telle l'image associée à un sentiment de bien-être, l'orientation au présent et l'utilisation du contenant imaginaire (sert à mettre le matériel traumatique de côté jusqu'à la prochaine rencontre).

### **Phase 8 Réévaluation**

Lorsque le retraitement amorcé avec un événement traumatique n'est pas complété, il est poursuivi lors de la rencontre suivante de la façon suivante. Le thérapeute demande au client de ramener la scène traumatique, d'identifier le degré de perturbation SUD qu'il ressent et le lieu dans son corps où il ressent la perturbation.

Shapiro, 2001



## APPENDICE C

### TEXTE DE RECRUTEMENT

Cher client,

J'effectue une étude dans le cadre d'un programme de doctorat en psychologie clinique. Cette étude porte sur le traitement des Casques bleus qui ont reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique relié à leurs expériences pendant leur mission de paix et qui ont suivi une psychothérapie pour ce problème.

J'aimerais solliciter votre participation à cette étude. Cette participation signifie que vous donnez votre consentement à ce que j'analyse, dans le cadre de l'étude, le contenu de votre dossier afin de mieux comprendre les aspects du traitement qui sont les plus bénéfiques aux Casques bleus. Les informations à analyser comprennent : les contenus des rapports préparés par moi pendant le cours de votre thérapie, les notes que j'ai pu prendre pendant et après nos entretiens et autres documents que vous avez complétés.

TOUTES LES INFORMATIONS RELIÉES À VOTRE IDENTITÉ DEMEURERONT CONFIDENTIELLES.

Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez, votre consentement écrit sera nécessaire. Nous devons alors céduer un rendez vous durant lequel je vous parlerai davantage de l'étude, je répondrai à vos questions et nous réviserons ensemble le formulaire de consentement.

Si vous êtes intéressé à en entendre plus sur l'étude, je vous demande soit de répondre à ce message, soit m'appeler au 819-776-0005

Je vous remercie de la considération que vous allez porter à cette demande.

Lise Sinotte

Psychologue

Ordre des psychologues du Québec

## APPENDICE D

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

#### *Titre du projet*

Le traitement de l'état de stress post-traumatique chez les Casques bleus.

#### *Personnes responsables du projet*

Ce projet de recherche est mené par Lise Sinotte, psychologue et réalisé dans le cadre de sa thèse de doctorat en psychologie pour psychologues en exercice.

Le directeur de thèse est Paul Greenman, Ph.D. Il est professeur à l'université du Québec en Outaouais.

#### *Objectifs du projet*

J'effectue une étude sur le traitement psychologique des Casques bleus qui ont reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique relié à leurs expériences pendant leur mission de paix. Il existe très peu de données sur le traitement psychologique des casques bleus qui souffrent d'un trouble de stress post-traumatique. Mon objectif dans cette étude est de spécifier quelles interventions sont nécessaires au traitement du trouble de stress post-traumatique chez les Casques bleus.

*Avantage pouvant découler de la participation*

Étant donné que ce qui est connu sur le traitement psychologique des casques bleus qui souffrent d'un trouble de stress post-traumatique est très limité, votre participation à cette étude peut contribuer à l'avancement des connaissances portant sur ce qui devrait faire partie du traitement psychologique de ces anciens combattants.

*Inconvénients et risques pouvant découler de la participation*

Étant donné que le traitement est terminé et que je ne vous demanderai pas de parler de votre expérience en tant que Casques bleus ni à compléter des questionnaires, le risque que vous viviez de l'inconfort associé à la réflexion à vos expériences traumatiques est minime. Toutefois, je serais disponible à vous rencontrer si vous en ressentiez le besoin, soit pour discuter de l'étude soit pour discuter d'une préoccupation que vous pourriez avoir concernant votre participation à l'étude.

*Consentement à l'utilisation des informations recueillies pendant la thérapie*

Cette demande de consentement à participer à cette étude m'autorisera à consulter le contenu de votre dossier, c'est-à-dire les résumés des séances de thérapie et les rapports que j'ai rédigés, les questionnaires et journal personnel que vous avez complétés pendant le cours de la thérapie. Je me servirais de ces informations dans le but de démontrer comment le traitement que vous avez poursuivi avec moi s'est déroulé. Ces informations vont servir à la rédaction de ma thèse de doctorat.

*Confidentialité, partage, surveillance et publications*

Le contenu de votre dossier clinique est complètement confidentiel. Personne n'y a accès à part moi. Votre nom ne paraîtra sur aucun document relié à l'étude. Des mesures seront prises en vue de protéger votre identité lors de la préparation du document pour fin de présentation et de publication scientifique. Spécifiquement, je vais vous attribuer un

code numérique qui va paraître au lieu de votre nom sur tout document relié à la recherche. Je vais également changer les détails concernant l'année et le lieu de votre déploiement. Seule la durée du traitement sera mentionnée. Mon directeur de thèse, le Dr. Paul Greenman, aura accès seulement à votre code numérique et aux informations cliniques générales (diagnostic, durée du traitement, interventions utilisées durant le traitement). Il n'aura pas accès à votre dossier clinique.

Si je désire citer des extraits des séances de thérapie dans ma thèse ou dans une publication, toute information pouvant vous identifier sera enlevée ou changée afin qu'il soit impossible de vous identifier. Vous serez cité seulement avec votre approbation :

Vous pouvez me citer, mais toute information pouvant m'identifier doit être enlevée ou changée afin que la citation ne dévoile pas mon identité.

S'il vous plaît cocher la case appropriée :

Oui, vous pouvez me citer : \_\_\_\_

Non, je ne veux pas être cité : \_\_\_\_

*Droit de retrait sans préjudice à la participation*

Votre consentement à participer à cette étude en autorisant l'utilisation des informations recueillies pendant les sessions de thérapie est complètement volontaire. Vous pouvez retirer votre consentement à n'importe quel moment pendant l'étude, sans aucune répercussion.

Si vous avez des questions ou des inquiétudes concernant vos droits en tant que participant à la recherche, vous pouvez contacter monsieur André Durivage, président du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais : (819) 595-3900, poste 1781.

## APPENDICE E

### FORMATIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

1. Formation avancée sur l'état de stress post-traumatique par :  
Louise Gaston, Ph.D.  
Formation basée sur le curriculum éducatif proposé par l'*International Society of Traumatic Stress Studies* et endossé par les Nations-Unies. Elle comprend les curriculum développés par le Dr. Charles S. Marmar, M.D. et le Dr. Daniel S. Weiss, Ph.D.
2. Formation sur la : *Eye movement desensitization and reprocessing* offerte par : Francine Shapiro, Ph.D.

Certificate of Completion for level 11 of the EMDR basic training

November 22, 1998

## APPENDICE F

Évènement traumatique rédigé par Jules dans son journal personnel et raconté durant le traitement d'exposition

### Débarquement à Sarajevo

Récit écrit de la veille de son arrivée et aussi de son débarquement à Sarajevo pendant un bombardement, expérience identifiée comme ayant été parmi ses pires expériences de peur :

« La veille de notre arrivée, moi et mon copain, à Split, en Croatie, avons passé la soirée sur le balcon de notre chambre d'hôtel. Nous entendions dans les collines des bruits de bombardement et nous voyions de la fumée. À ce moment là nous avons joué à celui le plus indifférent. ...La peur et la panique m'avaient envahi mais je n'osais le dire. Il fallait surtout ne pas laisser transparaître notre peur. Malgré notre entraînement, nous n'étions pas prêts pour ça. Vingt ans, c'est trop jeune pour aller à la guerre et surtout trop jeune pour mourir. ... Le débarquement à Sarajevo fut le moment le plus intense de tous je crois. C'est le premier de tous. Le début de la fin. À partir de ce jour, l'adrénaline fut notre drogue de survie. Je crois aussi que mon âme s'est détachée de mon corps à ce moment. Plus les jours avançaient, plus mon âme s'éloignait de moi. ... Nous arrivions en plein bombardement. Les belligérants tiraient partout autour de nous. Nous ne savions pas où aller ni quoi faire. C'était la panique. Les choses qui m'ont frappé étaient l'odeur et l'atmosphère. L'odeur, un mélange de diesel, de poudre à canon, de soufre qu'on retrouve dans certains explosifs, une odeur de chaire en décomposition, d'ordure qui brûle, de pourriture et l'odeur de la peur. Une odeur non réelle, mais qui se ressent jusque dans nos tripes. Le ciel était d'une

## APPENDICE F

Évènement traumatique rédigé par Jules dans son journal personnel et raconté durant le traitement d'exposition

### Débarquement à Sarajevo

Couleur grisâtre. Le temps était sombre et nous étions en plein jour. Il y avait de la fumée partout. Des flammes sortaient des maisons et des véhicules qui longeaient les routes. Dans les rangs français qui protégeaient l'aéroport, des soldats étaient blessés. Aucun de nous ne parlait. La peur nous avait envahie ».

Voici des extraits de la troisième séance d'exposition documentée dans nos notes cliniques lors duquel Jules a amorcé son récit à nouveau à partir du soir avant son départ pour Sarajevo et le lendemain matin, de la route vers l'aéroport dans un bus Mercedes vert puis de son souvenir vague de quelqu'un qui lui donne une veste anti-fragmentation et un casque d'acier. L'avion sur lequel il a prit place :

« un avion russe, une grosse *baloune* avec des roues. ... Lors de l'arrivée à l'aéroport avant de débarquer, nous avons reçu l'ordre de charger nos armes.... Sentiment de panique....Débarquement alors que l'avion était encore en mouvement....Pas conscient qu'on se fait tirer dessus... ».

## APPENDICE F

Évènement traumatique rédigé par Jules dans son journal personnel et raconté durant le traitement d'exposition

### La mort d'un Casque bleu

« Lorsque le véhicule fut amené au campement, le sang coulait de partout. Les gars lavaient le *tank* à grande *hose* de pompier. Les morceaux de chair jonchaient le sol. J'ai aidé un sergent à couper la baïonnette de ce qui restait de sa veste anti-fragmentation qui était pleine de sang. Entre ce moment là et le moment où je me suis rendu sur place, je ne me souviens pas de grand-chose. Je me souviens d'avoir passé au quartier général chercher des grenades et des munitions, mais pas plus. Je ne me souviens pas d'avoir conduit jusqu'à l'emplacement. Pour la deuxième fois, c'est à ce moment là que la peur m'avait à nouveau envahie, mais je devais faire ma job ».

### ii. La terreur, de devoir remplacer le soldat mort dans le poste de surveillance

« Nous étions les trois assis dans le *tank* sans bouger ni parler. Il devait faire plus de 40 degrés dans le *tank*, sous le soleil. Les *hatches* étaient fermées et je regardais par le périscope de temps à autres. Je ne me souviens même pas d'être revenu au camp. J'étais comme un zombie ».