

Le Protocole URG-EMDR

Le protocole d'URGence de prise en charge EMDR (URG-EMDR), développé par Tarquinio et ses collègues (2012), reprend de nombreux éléments des protocoles EMDR d'événements récents, tout en se destinant à une prise en charge équivalente à l'objet du défusing ou du débriefing (24 à 72 heures après l'incident critique). Plus précisément, ce protocole relève d'une approche intégrative qui combine les points clés du protocole standard de F. Shapiro (1995, 2001, 2018), du protocole des événements traumatiques récents (REP : *recent traumatic events protocol*) de F. Shapiro (1995, 2001, 2018), du protocole R-TEP de E. Shapiro et Laub (2008), du protocole EMDR abrégé modifié de Kutz *et al.* (2008) et de la procédure de réponse d'urgence de Quinn (2009), ainsi que certains principes liés au débriefing psychologique. En effet, il ne vise pas seulement à atténuer les effets du traumatisme, à permettre une ventilation des émotions ou à offrir une démarche préventive pour éviter l'installation d'un état de stress post-traumatique ; la finalité est plus ambitieuse, car il s'agit aussi de contribuer directement au processus de guérison pour faire retrouver un état de santé psychique presque comparable à l'état antérieur du patient. Cependant, les auteurs reconnaissent que leur protocole ne pourrait permettre de faire l'économie d'une prise en charge EMDR complète, mais qu'il s'inscrit en amont d'une telle démarche.

Puisqu'il est mis en œuvre dans les 24 à 72 heures après l'incident critique et qu'il consiste en une séance unique, nous considérons qu'il appartient aux procédures d'urgence. S'il propose un traitement plus complet que les deux précédents (procédure de réponse aux urgences et protocole EMDR des urgences), il ne permet pas nécessairement un retraitement aussi complet que les protocoles des événements récents dont il reprend des éléments mais en se limitant à une séance unique. En ce sens, il permet de traiter, dans l'immédiat, l'impact de l'incident critique en lui-même, mais lorsque cet événement traumatique s'accompagne d'une série d'effets en cascade (impacts sur l'image de soi, l'intégrité corporelle, l'identité et les relations affectives, sociales et professionnelles, entre autres), un traitement en plusieurs séances pourrait s'avérer nécessaire.

Protocole URG-EMDR

Phases EMDR standard	Spécificités du protocole URG-EMDR
Phase 1 Recueil de l'histoire	L'anamnèse réalisée est plus sommaire que dans une prise en charge classique, centrée sur l'incident critique et sur tout antécédent traumatique ainsi que sur les ressources du patient. De plus, comme dans le protocole REP (Shapiro, 2001), le patient est invité, en faisant le récit de l'incident critique, à identifier les « moments sensibles ou perturbants » [<i>hot spots</i>] ou fragments-cibles qui constitueront les cibles à traiter.
Phase 2 Préparation	Comme dans toute prise en charge EMDR, des éléments de psychoéducation pertinents sont apportés au patient.
Phase 3 Évaluation	De manière proche du protocole REP, il est demandé à la victime d'imaginer (métaphoriquement) que l'événement traumatique a été enregistré dans sa mémoire de façon comparable à ce qui se passe avec un caméscope. Il lui est alors demandé de rembobiner la cassette jusqu'au début, voire même jusqu'au moment juste avant que cela ne débute (nuance tirée du R-TEP de Shapiro et Laub, 2008). Il est alors demandé à la victime de visionner cette vidéo et de s'arrêter avec sa télécommande virtuelle dès qu'elle sera confrontée à un aspect de l'événement qui génère chez elle des émotions. Il est ainsi possible de disposer, pour un même événement traumatique, de plusieurs fragments-cibles qui chacun peut avoir une pondération plus ou moins importante. Comme dans le protocole EMDR modifié abrégé (Kutz, 2008), aucune cognition n'est demandée. Vérification du <i>SUD global primaire de l'événement traumatique</i> dans son ensemble : « À l'instant, vous venez de repasser l'ensemble de ce qui s'est passé devant vos yeux. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond à pas de perturbation du tout et 10 à la pire des perturbations que vous puissiez imaginer, à combien l'estimez-vous maintenant ? »

	<p>Ensuite, <i>pour chacune des cibles-fragments</i>, le praticien invite à évaluer :</p> <p>L'émotion : Quand vous revenez sur ce point critique [dire lequel], quelles sont les émotions que vous ressentez ?</p> <p>Le SUD : « Lorsque vous pensez à ce point critique [dire lequel], sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond à pas de perturbation du tout et 10 à la pire des perturbations que vous puissiez imaginer, à combien vous l'estimez maintenant ? »</p> <p>Rien n'est évidemment demandé en ce qui concerne le siège corporel de la perturbation, comme dans tous les protocoles d'urgence ou d'événements récents. Tant que toutes les cibles-fragments n'ont pas été retraitées, on ne peut pas s'attendre à ce que le corps soit « calme » ou apaisé.</p>
Phase 4 Désensibilisation	<p>Désensibilisation d'un fragment-cible après l'autre. Si les réponses apportées par le patient sont en lien avec le fragment-cible, on poursuit la désensibilisation. En revanche, si les réponses ne sont pas en lien avec le fragment-cible, on demande au patient de revenir sur le fragment-cible et de vérifier « ce qui vient, ce qui est là maintenant ». Lors de chaque retour au fragment-cible, le praticien demande au patient d'évaluer le niveau de perturbation (SUD) associé. Lorsque le SUD associé à un fragment-cible est égal ou inférieur à 3, le patient est de nouveau invité à parcourir mentalement l'événement traumatique jusqu'à identifier un autre fragment-cible. Une évaluation (phase 3) est réalisée pour ce nouveau fragment-cible avant de procéder à sa désensibilisation (phase 4).</p> <p>Lorsque tous les fragments-cibles ont été désensibilisés, le praticien invite le patient à évaluer le niveau de perturbation (SUD) associé à l'événement traumatique dans son ensemble (SUD global final). L'espoir n'est pas d'avoir un SUD qui soit forcément égal à zéro, mais il est impératif d'obtenir un SUD global final au moins trois fois plus bas que le SUD global primaire.</p>
Phase 5 Installation	Omise
Phase 6 Scanner corporel	Pas de question sur les sensations corporelles en raison des souffrances physiques réelles du patient.
Phase 7 Clôture	Clôture adaptée à une fin de prise en charge.
Phase 8 Réévaluation	Réévaluation de certaines mesures par la suite pour les fins de la recherche.